



UNIVERSITÄTS-
BIBLIOTHEK
PADERBORN

Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten

Kolb, Gustav

Halle, 1902/1907

Dritte Lieferung.

[urn:nbn:de:hbz:466:1-94512](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:466:1-94512)

SAMMEL-ATLAS

FÜR DEN

BAU VON IRRENANSTALTEN.

EIN HANDBUCH
FÜR
BEHÖRDEN, PSYCHIATER UND BAUBEAMTE.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. G. KOLB.

BAYREUTH.

DRITTE LIEFERUNG.

VON DR. G. KOLB, BAYREUTH.

THEIL A. (SEITE 29—54):

DIE ZIELE DER PRAKTISCHEN PSYCHIATRIE. — DIE MITTEL ZUR ERREICHUNG DIESER
ZIELE. — DIE VEREINIGUNG DIESER MITTEL IN DER IRRENANSTALT. — ÄUSSERE
VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE WIRKSAMKEIT DER ANSTALT.

THEIL B. (SEITE 59—82):

EINE HEIL- UND PFLEGE-ANSTALT FÜR 600 KRANKE.



HALLE A. S.
VERLAG VON CARL MARHOLD.

1902.

SAMMEL-ATLAS

BAND VON IRRENAUSTATTEN

— EIN HANDBUCH —

BESONDERS FÜR PSYCHIATREN UND BÄUERÄRZTE

ALLE RECHTE, BESONDERS DIEJENIGEN
AUF DIE ORIGINALENTWÜRFE, VORBEHALTEN.

VERLAG VON KARL MARSHALL

Kapitel III.

Die Ziele der praktischen Psychiatrie.

Das Ziel der praktischen Psychiatrie ist, heilbare Geisteskranke möglichst rasch der Genesung zuzuführen und sie, sowie die unheilbaren Kranken, während der Dauer ihrer Psychose und der durch dieselbe bedingten Defektzustände auf einer möglichst hohen, socialen Stufe zu erhalten und zu verhüten, dass durch die Psychose oder deren Folgezustände oder in Folge derselben eine vermeidbare Abkürzung der Lebensdauer, die für den betr. einzelnen Kranken unter den vor der Erkrankung gegebenen Verhältnissen zu erwarten wäre, bewirkt wird.

Praktische Gesichtspunkte lassen zu diesen wesentlichsten Zielen der Psychiatrie eine Reihe weiterer Aufgaben hinzutreten:

1. Im Interesse des Kranken, seiner Familie, vom nationalökonomischen Standpunkte aus müssen wir fordern, dass jeder Kranke thunlichst bald und mit einem möglichst geringen Defekte körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit seinem Berufe oder einer entsprechenden anderen Erwerbsthätigkeit wiedergegeben werde.

2. Der Kranke muss zu einer Lebensführung und Lebensweise erzogen werden, welche geeignet ist, die Wiederkehr akuter Störungen auszuschliessen oder doch dieselben in milderer Form auftreten zu lassen oder welche, bei chronischen Psychosen, ein gewisses Gegengewicht gegen die Schädigung und Gefahren der Geisteskrankheit zu bilden geeignet erscheint.

3. Der Kranke ist in einer Weise zu verpflegen, welche — bei voller Wahrung der psychiatrischen und hygienischen Anschauungen — die geringste finanzielle Belastung der Allgemeinheit mit sich bringt.

4. Die Verpflegsform der einzelnen Kranken ist so zu wählen, dass nicht durch dieselbe eine nach dem momentanen Zustande des Kranken mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit vorauszusehende Gefährdung oder sonstige Beeinträchtigung fremder Personen, der öffentlichen Ruhe und Sicherheit bedingt ist.

5. Der Ausbreitung der Seelenstörungen ist nach Kräften entgegen zu arbeiten:

a) Durch Aufklärung des Publikums über die Gefahren der hereditären Belastung.

b) Durch energische Unterstützung aller Bestrebungen, welche darauf ausgehen, Momente, welche Psychosen verursachen oder auslösen, (Lues, Alcohol, Ueberbürdung, Excesse etc.) einzuschränken oder auszuschalten.

c) Durch Regelung der Fürsorge (Aufklärung über die Gefahren und Vortheile der verschiedenen Berufe, poliklinischer Dienst an Anstalten, Einrichtung von eigenen Anstalten oder Anfügung von besonderen Abtheilungen an Anstalten für Geisteskranke) für die zu Psychosen besonders disponirten Menschen, deren Disposition sich in nachweisbaren Symptomen äussert (Psychopathisch Minderwerthige; Alkoholiker; zahlreiche Neurosen). —

Die Mittel zur Erreichung dieser Ziele.

Betrachten wir zunächst die Mittel, die uns zur Verfügung stehen, heilbare Kranke der Genesung zuzuführen.

Unter diesen Mitteln steht an erster Stelle:

1. Die Bettbehandlung.

Bei einer ganzen Gruppe von Krankheitszuständen: den auf Erschöpfung und auf erschöpfenden Momenten beruhenden Psychosen ist die Bettruhe, welche im Vereine mit einer methodisch durchgeführten Ueberernährung der Indikation des möglichst raschen Ersatzes von verbrauchtem Körpermaterialie bei möglichst geringer Inanspruchnahme desselben genügt, direkt von heilemdem Einflusse d. h. sie trägt zur Beseitigung der die Krankheit verursachenden, schädlichen Momente wesentlich bei. —

Von grösster Bedeutung ist ferner die Bettruhe für die Behandlung der allgemeinen progressiven Paralyse:

Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dass erschöpfende Momente den Verlauf dieser Psychose, besonders Dauer und Form der akuten Zustandsbilder, in ungünstigem Sinne beeinflussen; es ist demnach die Bettbehandlung zur Verhütung einer drohenden, zur Bekämpfung einer eingetretenen Erschöpfung von grösstem Werthe.

Die Statistik wie die tägliche Erfahrung am Krankenbette und am Sektionstische zeigt uns ferner den hervorragenden Antheil, den Erkrankungen des Gefässapparates an wesentlichen Symptomen des paralytischen Krankheitsbildes wie als direkte oder indirekte Todesursache tragen; es entspricht daher die Bettruhe, welche am besten eine dauernd gleichmässig geringe Inanspruchnahme des Gefässsystems sichert, in sehr vielen Fällen direkt einer Indikation.

Bei den Psychosen mit depressiven Zustandsbildern ist die Bettruhe ein wichtiges Mittel, den schädigenden Einfluss der Verminderung der Nahrungsaufnahme wie der Störung des Schlafes durch möglichst Reduktion des Kräfteverbrauches zu paralysiren; bei Psychosen mit expansiven Zustandsbildern nicht weniger wichtig dem durch vermehrte Frequenz der rein motorischen Aeusserungen gesteigerten Mehrverbrauche das Gleichgewicht zu halten.

Bei allen Psychosen aber erleichtert die Bettbehandlung die nöthige Ueberwachung und Pflege; sie giebt dem besonnenen Kranken ein gewisses, in

vielen Fällen erwünschtes Krankheitsgefühl; sie giebt dem nicht ärztlichen Pfleger das Gefühl, dass er es mit einem „Kranken“ zu thun hat; sie gestattet die möglichste Ausschaltung äusserer Reize; sie verhütet Konflikte erregter Patienten; sie gestattet im Vereine mit einer rationellen Badebehandlung die Beschränkung der chemischen Beruhigungsmittel in der ganz überwältigenden Mehrzahl der Fälle streng auf Indikation sowie die Vermeidung eines jeden mechanischen Zwanges; sie mildert die Form, in der sich die Erregung expansiver Kranker äussert; sie ist endlich das beste und sicherste Mittel Kranken, welche durch eine ungeeignete Behandlung und Verpflegung insocial geworden sind, ihre socialen Eigenschaften wieder zu geben.

Dieser Reihe von sicheren Vorzügen steht allerdings eine Anzahl möglicher Nachteile gegenüber:

1. Eine sehr lange dauernde, complete Bettbehandlung bedingt eine Schwächung des Circulationsapparates, der, wenn später unvermuthet (durch körperliche Arbeit, durch gesteigerte Frequenz der rein motorischen Aeusserungen in Folge eines expansiven Zustandsbildes, durch körperliche Erkrankung) erhöhte Anforderungen an denselben herantreten, diesen nicht mehr gewachsen ist.

Leicht vermeidbar durch zeitweilige Unterbrechung der Bettbehandlung; Combination derselben mit einer leichten Arbeit.

2. Im Vereine mit den besonderen Verhältnissen, welche bei manchen Geisteskranken gegeben sind, (oberflächliche Athmung, Zurückhaltung von Speichel, fehlende active Reinigung der Mundhöhle, Unreinlichkeit, ungenügende Nahrungsaufnahme etc.), disponirt die Bettruhe mit ihrer wenig ergiebigen Ventilation der Lungen, besonders wenn ungünstige äussere Momente hinzutreten, (Ueberfüllung, ungenügende Belichtung und Ventilation, Unmöglichkeit der häufigen, gründlichen Reinigung des Krankenzimmers, eine Bevölkerung mit stark verbreiteter Tuberkulose) zur Entwicklung der Lungentuberkulose.

Vermeidbar durch möglichst ausgedehnte Bewegung im Freien; durch Einrichtung und Benützung von Liegehallen; durch häufige Reinigung und event. Desinfection des Krankenzimmers; durch Mundpflege; durch vorsichtige Badebehandlung; durch Eliminirung von Personen mit weitgehender Ansteckungsgefahr; durch günstige natürliche Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse.

3. Die complete Betruhe hat ferner einen wenig günstigen Einfluss auf die Verdauung, besonders wenn weitere Schädlichkeiten hinzutreten, welche durch den Zustand des Kranken (sehr geringe Nahrungsaufnahme, ungenügendes Zerkauen und Einspeicheln, fehlende active Auswahl aus den vorgelegten Speisen etc.) resp. durch die gemeinsame Verpflegung einer grösseren Anzahl von Menschen bei geringem Aufwande (einförmige Kost, schwer verdauliche Bestandtheile etc.) gegeben sind.

Zu paralyisiren: durch Bewegung nach der Hauptmahlzeit; durch häufigere Zuführung kleiner Nahrungsmengen; durch Verabreichung von besonders zerkleinerten Speisen; durch Massage; durch Extra-Kost.

4. Die Bettbehandlung der Paralytiker birgt die Gefahr der Entwicklung von Druckbrand in sich.

Vermeidbar durch Berücksichtigung aller gegebenen Verhältnisse; durch prophylaktische Abhärtung der Haut; durch entsprechende Lagerung; durch regelmässige Unterbrechung der Bettbehandlung; durch Lagewechsel.

5. Die gleichmässige Wärme des Bettes bedingt eine gewisse Verweichlichung, welche bei den besonderen Verhältnissen einer Anzahl von Kranken (Neigung zur Entblössung, ungenügende oder fehlende Reaktion auf objectiv unangenehme Sinnesreize etc.) bedenklich werden kann.

Vermeidbar durch zeitweilige Unterbrechung der Bettbehandlung, durch rationelle Abhärtung mit Hilfe einer methodischen Wasserbehandlung.

6. Endlich bestehen bei einzelnen Psychosen während der Dauer gewisser Zustandsbilder Bedenken gegen die Bettbehandlung: bei expansiven Zustandsbildern des constitutionellen manisch-depressiven Irreseins wie der Dementia praecox in vereinzelt Fällen die Gefahr sexueller Excesse (Masturbation) resp. des Erwerbes insocialer Gewohnheiten (Bohren im After); bei Zustandsbildern mit zahlreichen Sinnestäuschungen besonders im Bereiche des Gemeingefühls fehlt eine gewisse Ablenkung; es besteht schliesslich die Gefahr, dass über der Bettbehandlung der richtige Zeitpunkt zum Beginne der Beschäftigung des Kranken versäumt wird.

Vermeidbar durch die sofortige Feststellung der Diagnose und eine der Psychose wie deren speciellem Verlaufe im vorliegenden Falle entsprechende, individualisirende Behandlung; durch Combination der Bettbehandlung mit Arbeit.

Das von Laienseite meist geäusserte Bedenken, dass: „Leute, welche den ganzen Tag im Bette

liegen, Nachts nicht schlafen können“, dass eine Umkehr der natürlichen Verhältnisse in der Weise stattfindet, dass die Kranken Tags schlafen, Nachts aber wachen, hat nur für ganz vereinzelte Fälle eine Berechtigung und bei diesen ist eine Correctur leicht zu erzielen durch Aufwecken der Kranken, durch Unterbrechung der Bettbehandlung, durch Combination derselben mit einer leichten Arbeit. Ein so harmloses Mittel die Bettbehandlung scheint, so wenig ist sie es und ihre Anwendung hat zur Voraussetzung

- a) die Diagnose des vorliegenden Krankheitsbildes,
 - b) die Würdigung der jeweils bestehenden äusseren Umstände (Jahreszeit, Temperatur, Luftbewegung etc.),
 - c) die Würdigung und fortdauernde Controlle des körperlichen Zustandes des Kranken,
 - d) die ständige Controlle des Verlaufes der Psychose,
- d. h. die Bettbehandlung ist ein Mittel, das mit Aussicht auf Erfolg und ohne die Gefahr einer Schädigung des körperlichen und geistigen Zustandes des Kranken nur von einem Arzte angeordnet und durchgeführt werden darf, der nach dem Stande seines Wissens befähigt und durch die Verhältnisse in die Lage gesetzt ist, den obigen Voraussetzungen zu entsprechen.

Als wichtiges therapeutisches Mittel ist ferner zu nennen

2. Die Badebehandlung.

Wir besitzen in dem protrahirten warmen Vollbade ein vorzügliches Mittel auf eine der physiologischen Entstehung der normalen Ermüdung fast vollkommen entsprechende Art und Weise bei einer sehr grossen Kategorie erregter Kranker Beruhigung und Schlaf herbeizuführen, die akuten Exacerbationen einer Psychose abzuflachen, den Kranken während derselben auf einer gewissen socialen Stufe zu erhalten und vor Schädigung der eigenen Person und seiner Umgebung zu bewahren.

Das protrahirte warme Vollbad bietet uns ferner die Möglichkeit, erregte Kranke unter ständiger Fortdauer der Ueberwachung, Pflege und Behandlung von anderen Patienten zu separiren, und dadurch die Möglichkeit eine Störung auszuschalten, während gleichzeitig eine therapeutische Maassnahme, welche dem Pfleger wie dem Kranken als solche imponirt, ihren günstigen Einfluss auszuüben vermag.

Die Behandlung im Dauerbade im Vereine mit der Bettbehandlung ist das beste Mittel durch ungeeignete Behandlung und Verpflegung insocial gewordene Geistesranke auf eine höhere, socialé Stufe zu heben.

Erwähnung möge schliesslich finden der Werth des Dauerbades für die Verhütung eines drohenden, für die Bekämpfung eines beginnenden Druckbandes besonders bei den Paralytikern; für die Bekämpfung einer auf unsauberen Gewohnheiten beruhenden Furunkulose; unter Umständen für die Möglichkeit der offenen Wundbehandlung erregter Kranker, welche Verbände nicht dulden.

Die Anwendung des Dauerbades hat die Einwilligung oder doch das fehlende Widerstreben des betr. Kranken zur Voraussetzung; die Nothwendigkeit einen Kranken durch mechanischen Zwang im Bade zurückhalten zu müssen, bildet eine strikte Contra-indikation. —

Bezüglich der therapeutischen Verwendung von anderen Badeformen möge erinnert werden an die Badebehandlung bei komatösen Zuständen (laues Bad mit kühlen Uebergiessungen); an die kühlen Sitzbäder, welche die excessive Masturbation einzelner Kranker einschränken mögen; an den Werth kühler Abreibungen zur Abhärtung für die auf objectiv unangenehme Reize nicht genügend reagirenden Kranken; an deren Bedeutung für neurasthenische Kranke; endlich an den Werth, den die Badebehandlung für die Therapie der verschiedenen intercurrenten körperlichen Erkrankungen besitzt.

Von der hervorragendsten Bedeutung ist endlich das Bad als Mittel zu einer vollständigen und gründlichen Reinigung des Körpers — ist peinlichste Reinlichkeit überall, wo eine grössere Anzahl von Menschen auf relativ engem Raume unter anomalen Lebensbedingungen vereinigt sind, geboten, so ist sie doppelt und dreifach nothwendig bei den besonderen Verhältnissen der Geisteskranken. —

Auch bei dem Dauerbade steht einer Reihe sicherer Vorzüge eine Anzahl von möglichen Nachtheilen gegenüber:

1. Bei starker Anämie, bei hochgradigen Schwächeständen ist die Anwendung oder doch die längere Ausdehnung des protrahirten Bades mit Gefahren verbunden.

Zu vermeiden durch die Ordination erst nach vorausgegangener körperlicher Untersuchung, durch die ständige Anwesenheit einer in der Controlle des Pulses geübten Person und durch die zeitweilige Controlle des Arztes; durch Combination der Badebehandlung mit Ueberernährung und Bett-ruhe.

2. Das Dauerbad birgt die Gefahr des absichtlichen (Selbstmord) oder zufälligen (epileptischer, paralytischer Anfall; apoplektischer Insult; Ohnmacht) Ertrinkens.

Vermeidbar durch ständige Beaufsichtigung — nöthigen Falles durch zwei Personen; durch Lagerung des Kranken auf den Schweberahmen; durch Sicherung der Möglichkeit rascher Unterstützung des Ueberwachenden. —

3. Um das Bad auf gleicher Temperatur zu erhalten, ist die zeitweilige Zufuhr warmen Wassers nothwendig, ein Umstand, welcher die Gefahr einer Verbrühung in sich birgt.

Vermeidbar durch Mischvorrichtung oder durch sonst geregelte Zufuhr von Wasser innerhalb einer unschädlichen Temperaturgrenze.

4. Es besteht die Gefahr einer gewissen Verweichlichung durch die gleichmässige Temperatur des Wassers und die Gefahr der Verkältung nach dem Bade.

Vermeidbar durch kühle Abreibungen, die das Dauerbad unterbrechen oder demselben nachfolgen; durch die principielle Durchführung einer mehrstündigen Betruhe unter ständiger Aufsicht nach dem Bade.

Die Form des Bades, welche für die Behandlung der Psychosen als solcher weitaus in erster Linie in Frage kommt: das warme Dauerbad ist ein durchaus einschneidender Eingriff, mit welchem eine Anzahl wesentlicher oder zufälliger Gefahren verknüpft sind, welche dessen Anwendung im Allgemeinen nur unter folgenden Cautelen zulässig erscheinen lassen:

1. Der ersten Ordination hat eine eingehende körperliche Untersuchung voranzugehen; ergiebt dieselbe irgend bedenkliche Momente, so hat jeder neuen Verordnung unbedingt die Feststellung des jeweiligen körperlichen Zustandes voranzugehen. —

2. Während der Dauer des Bades ist die ständige Anwesenheit mindestens einer Person, welche mit der Controlle des Pulses vertraut ist und welche in der Lage ist, jederzeit rasch Unterstützung zu requiriren, sowie mindestens alle 5—6 Stunden die Controlle eines Arztes nothwendig.

Was von dem Dauerbade gesagt wurde, gilt in erhöhtem Masse von der feuchtwarmen Einpackung, welche wegen ihrer einschneidenderen Wirkung, wegen der durch sie bedingten Behinderung der Athmung, wegen der naheliegenden Gefahr, dass mit ihr eine mechanische Beschränkung verbunden wird, überhaupt auf Ausnahmefälle beschränkt werden sollte.

3. Einen breiten Raum in der Behandlung der Psychosen nahmen zeitweise

die chemischen Beruhigungs- und Schlafmittel ein.

Ihr wesentlicher Vorzug ist, dass sie ermöglichen, in einem einzelnen Falle jeder Zeit und ohne die Voraussetzung besonderer Räume, Vorkehrungen und Einrichtungen relativ rasch und bei entsprechender Dosirung fast unbedingt sicher auf eine gewisse Dauer Beruhigung und Schlaf herbeizuführen. —

Dass in dem Gebrauche jener Mittel trotz dieser hervorragenden Vorzüge in letzter Zeit eine wesentliche Einschränkung eingetreten ist, hat seinen Grund in einer Anzahl möglicher resp. unter gewissen Voraussetzungen sicherer Nachteile, welche zwar nicht den vollständigen Verzicht, wohl aber eine Beschränkung strikte auf eine scharf gestellte Indikation nothwendig erscheinen lassen.

Als wesentliche Nachteile mögen hier Erwähnung finden:

1. Die bei der Mehrzahl jener Mittel vorhandene Möglichkeit einer schädlichen, specifischen Nebenwirkung (Trional, Sulfonal: Gefährdung der Nieren, Chloralhydrat: Gefährdung des Herzens, Hyoscin: Schwächezustände etc.).

2. Die Gefahr durch die specifische Wirkung des Mittels selbst unter bestimmten Voraussetzungen neue, das Krankheitsbild im ungünstigen Sinne complicirende Symptome hervorzurufen (Sinnestäuschungen, delirante Züge).

3. Bei fast allen Mitteln tritt relativ rasch Gewöhnung ein, d. h. selbst nach kurzem Gebrauche muss zur Erzielung der gleichen Wirkung unter sonst gleichen Voraussetzungen eine höhere Dosis verabreicht werden; es tritt dadurch naturgemäss bei längerer Anwendung stets eine erhebliche Steigerung der unter 1. und 2. erwähnten Gefahren ein.

4. Die chronische Anwendung fast sämtlicher Mittel erzeugt, zumal sie ja nur bei steigender Dosirung Erfolg hat, schwere Schädigungen.

5. Geradezu deletär wirkt die lange Zeit fortgesetzte Verabreichung unter Beschränkung auf eine einförmige Umgebung (Isolierzimmer, geschlossene Abtheilungen mit geschlossenen Gärten) ohne ständige Ueberwachung und Pflege resp. ohne anregende Beschäftigung.

6. Häufig besteht die Schwierigkeit, nach längerer Darreichung jener Mittel Schlaf ohne deren Anwendung herbeizuführen.

7. Besonders bei einzelnen Mitteln (Morphium, Opium, Alkohol) ist die Gefahr des activen, gewohnheitsmässigen Gebrauches durch den genesenen oder gebesserten Kranken gegeben.

Der Werth der Beruhigungs- und Schlafmittel (Brom und vielleicht für ganz vereinzelt Fälle Opium und Alkohol ausgenommen) liegt in ihrer *ausnahmsweisen* *) Anwendung strikt nach Indikation in solchen Fällen, in welchen die übrigen Mittel zur Erzielung von Beruhigung resp. Schlaf (Bettruhe, Badebehandlung, Separirung unter Aufsicht für akute Zustandsbilder, Arbeit für chronische Psychosen) sich als unzulänglich erwiesen haben oder aus besonderen Gründen nicht zur Anwendung gelangen konnten.

Ihre Verabreichung ist indicirt

a) *ausnahmsweise* *) zur Beruhigung zum Zwecke der Inaugurirung einer therapeutischen Massnahme (Badebehandlung, Bettbehandlung, in ganz vereinzelt Fällen: Versetzung in ein besseres Milieu),

b) wenn der Schlaf auf natürliche Weise resp. nach Anwendung der oben angedeuteten Mittel so lange nicht eintrat, dass dadurch unter den gegebenen Umständen eine Gefährdung des Kranken bedingt wurde.

Dabei ist stets zu erwägen:

1. Welcher Psychose gehört das vorliegende Krankheitsbild an?

2. Fand ein gesteigerter (Erregung) oder verminderter (Hemmung, Bettbehandlung) Stoffwechsel statt?

3. War die Nahrungszufuhr vermehrt oder eingeschränkt?

4. Wie ist das Allgemeinbefinden (Alter, Geschlecht, Ernährungszustand, complicirende körperliche Erkrankungen)?

c) *ausnahmsweise* *) zur vorübergehenden Dämpfung einer Erregung, wenn durch die Aeusserungen derselben das Leben oder die Gesundheit des Kranken in erheblicher Weise gefährdet ist, ohne dass die Möglichkeit bestünde, diese Gefahr auf andere Weise zu beseitigen oder doch herabzusetzen.

Auch ohne Indikation kann in Ausnahmefällen vorübergehend die Darreichung von chemischen Mitteln nothwendig werden, wenn nämlich die sichere Gefährdung oder Belästigung anderer Personen durch die Aeusserungen der Erregung eines Einzelnen in keinem Verhältnisse steht zu der möglichen Schädigung jenes Kranken durch die Darreichung.

Stets aber muss sich der Arzt, der nicht nach Indikation, sondern unter dem Drucke einer wirklichen oder vermeinten Nothwendigkeit jene Mittel verabreicht, vor Augen halten:

*) „Ausnahmsweise“ im Sinne der obigen Postulate bedeutet „ausnahmsweise“ für den betreffenden einzelnen Kranken.

1. Es ist ein Kunstfehler, den ich begehe.
2. Besteht keine andere Möglichkeit, die Erregung des Kranken zu mildern oder ihren Einfluss auf die Umgebung aufzuheben?
3. Wird der Kranke nicht morgen unter der Nachwirkung des Mittels ein noch ungünstigeres Verhalten zeigen?
4. Werde ich nicht morgen, übermorgen, in 8 Tagen etc. stets wieder vor der gleichen „Nothwendigkeit“ stehen und muss ich dann nicht nach der Art und dem voraussichtlichen Verlaufe der Psychose durch diese länger dauernde Darreichung eine Schädigung befürchten?

Stets hat die Verabreichung von chemischen Mitteln — und hier ist natürlich auch das Brom nicht ausgenommen — zur Voraussetzung

- a) die Untersuchung des körperlichen Zustandes des betr. Kranken,
- b) die Diagnose der vorliegenden Psychose,
- c) die Möglichkeit während der ganzen Dauer der Darreichung den körperlichen und psychischen Zustand des Kranken mindestens täglich einmal ärztlich zu kontrollieren,
- d) die Stellung der Indikation resp. die Feststellung einer zwingenden Nothwendigkeit unter kritischer Abwägung aller in jedem einzelnen Falle gegebenen Verhältnisse,
- e) die — soweit möglich und zulässig durch — Versuche nachgewiesene Unmöglichkeit die Anwendung der chemischen Mittel durch andere unter den gegebenen Verhältnissen unschädliche Behandlungsformen (Bettruhe, Badebehandlung, Ermüdung durch Arbeit oder ausgiebige Bewegung im Freien, diätetische Massnahmen, Separirung, Ablenkung, Versetzung in ein besseres Milieu, Entfernung oder Beseitigung erregender äusserer oder innerer Momente) zu vermeiden. —

4. Als sehr wichtiger, therapeutischer Faktor ist ferner für die ganz überwiegende Mehrzahl der akuten Psychosen und für die Anfangsstadien der chronischen Psychosen zu bezeichnen

die Entfernung des Kranken aus seiner gewohnten Umgebung,

die ihn seiner Arbeit, seinen Sorgen, unerquicklichen häuslichen Verhältnissen, seinen Excessen, den Schädigungen des Berufes, des täglichen Lebens, dem Einflusse des Alkohols, dem Anblicke seiner „Feinde

und Verfolger“, der „ehrebrecherischen“ Gattin, und last not least den mehr oder minder intensiven Heilbestrebungen seiner Umgebung entzieht und seine Versetzung unter günstige Verhältnisse: unter eine freundliche, wohlwollende, aber konsequente Behandlung, welche die krankhaften Aeusserungen weder begünstigt noch ihnen schroff entgegentritt, den Patienten behandelt als das, was er ist: als einen kranken Menschen; unter eine Behandlung, welche Festigkeit mit Wohlwollen, Wahrheitsliebe und Offenheit mit Schonung, Objektivität mit wahrer menschlicher Theilnahme gepaart zeigt, und welche Willens und in der Lage ist, die Schädlichkeiten der früheren Umgebung auch thatsächlich von dem Kranken ferne zu halten.

Es ist eine unbestreitbare Thatsache, dass die eigene Familie für die weitaus überwiegende Mehrzahl der Geisteskrankheiten das denkbar ungeeignetste Element ist, selbst wenn durch den Zustand des Kranken und durch die Gunst äusserer Verhältnisse die Möglichkeit einer Verpflegung in der eigenen Familie gegeben wäre.*)

Der Grund für jene Thatsache ist leicht einzusehen: Der Antheil, den die eigenen Angehörigen an dem Schicksale eines Kranken nehmen, ist in der Regel ein wesentlich grösserer, die Gefühlsbetonung, mit der sie den Verlauf, die Schwankungen einer Psychose verfolgen, eine wesentlich stärkere; die Pflege wird dadurch aufreibend; es fehlt dem Verhalten des Kranken gegenüber die nöthige Objektivität und Consequenz; das Bestreben zu helfen ist ein intensiveres und darin liegt die Gefahr, dass, wenn die vom Arzte eingeschlagene Behandlung nicht rasch wesentliche Fortschritte herbeiführt, die Angehörigen die Behandlung selbst übernehmen oder doch beeinflussen: man versucht das „Zureden“; man redet dem Kranken „seine dummen Ideen“ aus; man sucht ihn durch „Zerstreuung“, durch Reisen „abzulenken“; es folgen eine perverse Wasserbehandlung, ein Aderlass, das „Besprechen“, eine Heirath und bleibt, wie vorauszusehen, der Erfolg aus, dann tritt schliesslich die unvermeidliche Reaktion ein: man kommt zur Ueberzeugung, dass das Verhalten des Kranken ganz oder zu einem Theile auf „Ungezogenheit“, auf „Bosheit“, auf „Arbeitsscheu“, auf „Bequemlichkeit“ beruht: „er kann, wenn er will“ und man sucht den

*) Diese Ausführungen wollen nicht übersehen, dass eine kleine Anzahl von akuten Zustandsbildern und eine Anzahl von chronischen Psychosen unter gewissen Voraussetzungen, besonders nach der Erziehung durch eine vorübergehende Anstaltsbehandlung, für die Pflege in der eigenen Familie durchaus geeignet ist resp. dass für sie die Pflege der eigenen Familie direkt wünschenswerth sein kann.

Willen durch Ermahnungen, Drohungen, Strafen zu stärken, um schliesslich dann, abgestumpft, den ganz verwilderten und insocial gewordenen Kranken, für den bei sofortiger entsprechender Behandlung eine absolute oder relative Heilung möglich gewesen wäre, in die Anstalt zu senden.

Birgt demnach die Verpflegung in der eigenen Familie in der Regel selbst unter günstigen Voraussetzungen erhebliche Gefahren in sich, so wird die Verpflegung in Familien, deren Angehörigen die ethischen Begriffe fehlen oder unter dem Drucke von Armuth und Entbehrung verloren gegangen sind, nicht selten zu traurigster Verwahrlosung, zu den unglaublichsten Rohheitsakten führen.

5. Die Ausschaltung schädlicher, äusserer Reize, die wir bei der Entfernung des Kranken aus der gewohnten Umgebung als Hauptzweck im Auge hatten, erreicht ihren höchsten Grad in der

Separirung

d. h. der Verpflegung des Kranken in einem lediglich für denselben (und ev. die pflegende Person) bestimmten Raume.

Der therapeutische Werth der Separirung wurde und wird bedeutend überschätzt und beschränkt sich auf einzelne Fälle einiger Zustandsbilder weniger Psychosen.

Als Vorzüge können namhaft gemacht werden:

1. Sie entspricht für einzelne Kranke, besonders der gebildeten Kreise, einem Wunsche, dem Verlangen nach Absonderung und hat demnach als psychischer Faktor eine gewisse Bedeutung.

2. Sie gestattet die möglichste Beschränkung äusserer Sinnesreize und kann demnach werthvoll sein:

a) bei einzelnen (besonders epileptischen und vielleicht katatonischen) Erregungszuständen und bei solchen Erregungszuständen, in denen die Erregung im Anschlusse an Personen, Gegenstände, Vorgänge der Umgebung entstanden ist resp. durch deren Anblick gesteigert oder unterhalten wird;

b) bei einzelnen Zustandsbildern mit leicht depressiver Färbung, in denen der Vorgang der Wahrnehmung selbst mit depressiver Gefühlsbetonung verbunden ist, wenn keine wesentliche Selbstmordgefahr resp. die gesicherte Möglichkeit einer ständigen Ueberwachung besteht;

c) ausnahmsweise, vorübergehend, in Abwechslung mit anderen Verpflegungsformen und Behandlungsarten bei Kranken mit starkem Beziehungswahn und

intensiven Sinnestäuschungen besonders im Bereiche des Gemeingefühles, die auf Personen der Umgebung zurückgeführt werden.

Diesen Vorzügen gegenüber verdienen als mögliche resp. unter gewissen Voraussetzungen sichere Nachteile hervorgehoben zu werden:

1. Die Gefahr des Verlustes der socialen Eigenschaften, eine Gefahr, die im Wesentlichen dadurch bedingt ist, dass bei Erregungszuständen mit Steigerung der Frequenz der rein motorischen Aeusserungen der gesteigerte Thätigkeitsdrang naturgemäss das ihm momentan zur Verfügung stehende Material: das Bett, dessen Bestandtheile, das Nachtgeschirr, das Fenster, den Koth, den Urin, den Speichel, — „verarbeitet“ (Reisser, Schmierer) und dass sich mit der Erweiterung des Thätigkeitskreises durch Oeffnen der Thüre die motorischen Aeusserungen in stürmischer Weise gegen den Eintretenden richten; diese Gefahr ist um so mehr gegeben, je mehr die Auffassung der Aussenwelt getrübt oder gestört ist.

Vermeidbar durch Ausschluss jener Zustandsbilder von der Separirung oder doch möglichste Beschränkung der Anwendung der Separirung; durch ständige Anwesenheit einer überwachenden Person; durch Beschränkung der Separirung auf die Dauer der Nacht und Combination derselben mit Badebehandlung, Bettruhe, Arbeit.

2. Die in den obigen Ausführungen angedeutete Gefahr, dass der Kranke insocialer, feindseliger, gefährlicher erscheint als er unter anderen Behandlungs- und Verpflegungsformen thatsächlich wäre und dass der mit jener Erscheinung nicht vollkommen vertraute Arzt sich dadurch abhalten lässt von der richtigen und rechtzeitigen Verwendung der werthvollen therapeutischen Mittel der Bettbehandlung, der Badebehandlung, des Milieus und vor allem der Beschäftigung.

3. Die Separirung begünstigt bei der Einförmigkeit der Umgebung, bei dem Mangel an Sinnesindrücken, welche alte associative Verbindungen anregen, die rasche Entwicklung der Verblödung.

Vermeidbar durch Unterbrechung, Combination mit Arbeit und Lektüre, Beschränkung auf die Nacht.

4. Die Separirung birgt bei vorübergehendem Versagen der Aufmerksamkeit oder bei mangelnder Zuverlässigkeit der pflegenden resp. überwachenden Person die schwersten Gefahren für das Leben, die Gesundheit und die socialen Eigenschaften des betr. Kranken in sich.

Dass Räume für Einzelverpflegung hinsichtlich

des Baues wie eines den Postulaten der modernen praktischen Psychiatrie entsprechenden Betriebes ganz excessiv theurer sind, als andere Räume, möge hier nur nebenbei Erwähnung finden.

Die Anwendung der Separirung hat unter allen Umständen zur Voraussetzung:

a) die nicht nur theoretisch construirte, sondern praktisch und unter Berücksichtigung der menschlichen Schwächen und der theilweisen Unvollkommenheit des Pflegepersonals gegebene, gesicherte Möglichkeit desjenigen Masses von Ueberwachung und Pflege, das der Krankheitsfall nach Art und Verlauf wie nach den besonderen Verhältnissen des betr. Kranken erfordert d. h. nicht selten die gesicherte Möglichkeit der ständigen, auch über die Dauer der Nacht ausgedehnten Ueberwachung und Pflege;

b) den Wunsch, die Einwilligung oder doch das Fehlen des Widerstrebens des separirten Kranken.

Dieses Postulat bedingt die Forderung einer Thüre, welche energischen Bestrebungen des Kranken, den betr. Raum gegen das Innere des Hauses zu verlassen, nicht Widerstand zu leisten vermag resp. die der Kranke unter Tag zu öffnen in der Lage ist;

c) die Forderung, dass der zur Separirung bestimmte Raum sich nach Lage, Grösse, Belichtung, Einrichtung wenig oder nicht von einem normalen Wohn- oder Schlafzimmer unterscheidet resp. seiner Verwendung zu einem therapeutischen Zwecke entsprechend eingerichtet ist (Separirung eines Kranken im Baderaume, im Dauerbade);

d) dass die Separirung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur auf die Dauer der Nacht beschränkt sei; dass dieselbe bei Ausdehnung auch auf den Tag in der Regel durch Aufenthalt und Bewegung im Freien, durch das Beisammensein mit anderen Personen, durch Beschäftigung unterbrochen resp. mit Lektüre, Arbeit, Unterricht oder therapeutischen Massnahmen combinirt und jedenfalls über längere Zeiträume nur ganz ausnahmsweise bei solchen Psychosen fortgesetzt wird, welche nach Art und Verlauf für die Vorzüge der Separirung empfänglich und deren Nachtheilen nicht ausgesetzt sind;

e) dass die Separirung nur durch einen Arzt angeordnet wird, welcher durch Stellung der Diagnose und Berücksichtigung aller gegebenen Verhältnisse wie durch fortdauernde Controlle des Zustandes ständig in der Lage ist, die jeweiligen Vorzüge und Nachtheile der Separirung für den vorliegenden Fall in kritischer Weise gegen einander abzuschätzen und

bei dem Eintritte oder der Gefahr von Nachtheilen die Separirung jederzeit sofort zu unterbrechen;

f) dass der zur Separirung bestimmte Raum, wenn er mit einem Kranken belegt wird, von welchem äussere Reize thunlichst ferne gehalten werden sollen, auch thatsächlich diesen Zweck zu erfüllen vermag,

d. h. dass nicht etwa rechts, links; über, unter dem Kranken und ihm gegenüber sich je ein lärmender, an die Thüre klopfender, singender und schreiender Kranker befindet.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen man sich von der Separirung Vortheile versprechen kann, ist die Separirung im eigentlichen Sinne des Wortes, d. h. die Unterbringung eines einzelnen Kranken in einem eigenen Raume nicht nothwendig, es genügt die Beschränkung der Zahl der in einem und demselben Raume weilenden Kranken und das Vorhandensein einer hinreichenden Separirungsmöglichkeit, d. h. der Möglichkeit, die in jenem Raume vereinigten Kranken zeitweise — besonders während des Tages — auf mehrere Räume zu vertheilen.

Je unruhiger, erregter, insocialer Kranke sind, desto niedriger muss jene Ziffer angesetzt werden, welche angiebt, wie viele von diesen Kranken höchstens in einem Raume vereinigt werden dürfen, desto höher muss die Separirungsmöglichkeit sein, d. h. die Möglichkeit, diese vorübergehend in jenem einen Raume vereinten Kranken zeitweise auf verschiedene Räume zu vertheilen.

Beide Faktoren: die Beschränkung der Maximalzahl der in einem Raume untergebrachten Kranken und eine hinreichende Separirungsmöglichkeit können im Vereine meist die Vorzüge der Einzelverpflegung ersetzen und sollen die eigentliche Separirung in der Regel ersetzen, da sie nicht die bei jener möglichen Gefahren in sich bergen.

In ganz vereinzelt Fällen kann ausnahmsweise die Rücksicht auf die Sicherheit — (dagegen wohl nie: auf die Ruhe) — der Umgebung vorübergehend zur zwangsweisen Unterbringung eines Kranken in einem Raume zwingen, welcher in einer Weise construiert ist, dass ein Verlassen desselben auch gegen das Innere des Baues dem Insassen durch die ihm entgegenstehenden mechanischen Hindernisse unmöglich gemacht ist, auch wenn er den Wunsch oder das Bestreben hierzu hat. (Isolirung).*)

Der Unterschied zwischen Separirung und Isolirung besteht also darin, dass, in Folge der Con-

*) Ueber Isolirung wird das Weitere bei dem Kapitel „Wachabtheilungen“ gehandelt werden.

struction der Thüren, erstere nur so lange sie dem Willen des Kranken entspricht, letztere, so lange es in den Intentionen der anordnenden Persönlichkeit liegt, aufrecht erhalten werden kann.

Vortheile für den betr. Kranken kann die Isolirung im Sinne der obigen Definition nie bringen; ist der Patient für Einzelverpflegung geeignet und widerstrebt er nicht, so genügt die Separirung; widerstrebt er aber, so ist die Isolirung ein schädlicher Zwang, und dieser Umstand tritt erschwerend zu den gegen die Separirung geltend gemachten Nachtheilen resp. Gefahren.

Die Isolirung ist lediglich zulässig, wenn durch die Aeusserungen eines Kranken eine direkte Lebensgefahr oder eine erhebliche Gefährdung anderer Personen bedingt ist, ohne dass die Möglichkeit gegeben wäre, durch legale Mittel (Bettbehandlung, event. feuchtwarme Einpackung; Dauerbad; Ablenkung durch Beschäftigung, Arbeit, ausgiebige Bewegung im Freien; psychische Beeinflussung; Versetzung in ein anderes Milieu; Separirung; Darreichung von chemischen Beruhigungsmitteln in Fällen, in denen durch die Isolirung grössere Gefahren drohen als durch die ausnahmsweise Anwendung eines chemischen Mittels) die Erregung zu coupiren, abzulenken oder sie durch Beseitigung des verursachenden oder auslösenden Momentes zum Verschwinden zu bringen.

Voraussetzung für die Anwendung der Isolirung ist:

a) Das Isolirzimmer darf nach Lage, Grösse, Ausstattung, natürlichen Belichtungs-Verhältnissen sich gar nicht, in Bezug auf Einrichtung nur so weit von einem gewöhnlichen Wohn- resp. Schlafzimmer unterscheiden, als es der augenblickliche Zustand des jeweiligen Insassen unbedingt erfordert.

b) Jedem Isolirten muss während der Dauer der Isolirung dasjenige Mass von Ueberwachung und Pflege thatsächlich, nicht nur theoretisch, gewahrt bleiben, das für den augenblicklichen Zustand des Kranken nothwendig ist.

c) Die Isolirung darf nur durch einen Arzt angeordnet und lediglich in dessen Gegenwart vollzogen werden; dem niederen Personale ist der Schlüssel zum Isolirzimmer gar nicht oder nur unter Cautelen zugänglich, welche die sichere Controlle jeder Benutzung gestatten (Aufbewahrung hinter einer im Bedarfsfalle einzuschlagenden Glasscheibe).

d) Die Isolirung ist unter allen Umständen in kurzen Zwischenräumen zu unterbrechen und hiebei der Versuch einer legalen Behandlung und Verpflegung stets zu wiederholen.

e) Die Isolirung ist aufzuheben, so bald sich die leisesten Anzeichen der durch sie so oft erzeugten beginnenden Verwahrlosung nachweisen lassen; diese Forderung bedingt die möglichst häufige Controlle des Zustandes des Isolirten durch den Arzt.

Stets aber mache sich der Arzt, wenn ihm die Nothwendigkeit einer Isolirung geboten scheint, klar:

1. Es ist ein Kunstfehler, den ich dem Kranken gegenüber begehe, denn ich treffe eine Anordnung, welche ihm schädlich sein muss, nur einem Anderen nützlich ist.

2. Wird der Kranke, wenn ich in einer Viertelstunde wieder öffnen lasse, nicht sich in einem wesentlich schlechteren Zustande befinden? Und

3. werde ich daher nicht, wenn ich einmal mit dem Isoliren anfangen, gezwungen sein, dauernd oder doch längere Zeit damit fortzufahren?

4. Ist es eine ganz acute Störung oder ein ganz acutes Zustandsbild mit langem Intervalle bis zur nächsten Wiederholung, so kann und darf ich mich leichter zu jener Massnahme entschliessen; ist es eine länger dauernde oder eine chronische Psychose mit Neigung zu Verlust der socialen Eigenschaften, zu Selbstbeschädigung, so muss ich die Isolirung um jeden Preis zu vermeiden suchen.

Durch die Darreichung eines Schlafmittels kann in einem einzelnen Falle bei entsprechender Dosirung die Nothwendigkeit der Isolirung für einen bestimmten Zeitpunkt umgangen werden, dagegen bedingt häufige Darreichung von Schlafmitteln an den gleichen Kranken sehr oft Zustandsbilder, welche zur Isolirung drängen.

Es ist für die Verhältnisse der gemischten Heil- und Pflege-Anstalten (weniger für reine Durchgangsstationen mit durchschnittlicher Aufenthaltsdauer von wenigen Wochen) ein fundamentaler Irrthum, zu glauben, man könne durch viele Schlafmittel die Isolirung ersetzen; und umgekehrt: durch Isolirung die Schlafmittel einschränken: nicht trotz der vielen Hypnotika „sind alle Isolirzimmer besetzt“, sondern wegen des Missbrauches, der mit jenen getrieben wird: Je geringer die Anzahl der Kranken ist, welche Schlafmittel dauernd oder doch längere Zeit hindurch erhalten, desto seltener sind jene Artefakte, bei denen Isolirung nothwendig wird — und umgekehrt: je weniger Artefakte man durch häufige Isolirung erzeugt, desto seltener wird man zur Darreichung von chemischen Beruhigungsmitteln gezwungen sein.

6. Eine nicht geringe Bedeutung kommt bei der Behandlung der Psychosen der

Ernährungstherapie

zu und in erster Linie möge hier die methodisch durchgeführte Ueberernährung Erwähnung finden.

Nach theoretischen Erwägungen darf sie eine vierfache Bedeutung beanspruchen:

1. bei expansiven Zustandsbildern vermag sie, besonders im Vereine mit einer rationellen Bettbehandlung, durch vermehrte Nahrungszufuhr der gesteigerten Umsetzung von potentieller in kinetische Energie das Gleichgewicht zu halten und die Complication des expansiven Zustandsbildes durch Erschöpfungssymptome zu verhindern;

2. bei einzelnen depressiven Zustandsbildern, bei der Hysterie, scheint die durch sie zu erzielende Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Psychose auszuüben;

3. bei den auf Erschöpfung und erschöpfenden Momenten beruhenden Psychosen vermag die Ueberernährung durch Beseitigung des verursachenden Momentes günstig zu wirken, zumal hier wahrscheinlich auch die 4. Seite der Wirkung zum Ausdruck gelangt, die besonders im Vereine mit einer rationellen passiven Bewegungstherapie (Massage, Elektrisieren), und ev. mit der Kochsalzinfusion ihren günstigen Einfluss äussert;

4. durch die erzielte Beschleunigung des Stoffwechsels wird die Ausscheidung von toxischen Stoffen beschleunigt und daher ist ihre Anwendung bei Intoxikationspsychosen im weitesten Sinne des Wortes von Bedeutung.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass der exquisit günstige Einfluss, den die Ueberernährung auf die schwersten Formen akuter, paralytischer Zustandsbilder auszuüben scheint, theilweise auf jener sub 4 erwähnten Beschleunigung des Stoffwechsels beruht.

Der Erfolg bei Hysterie wäre theilweise mit der gleichen Berechtigung bei dem Absatze: „Psychische Beeinflussung“ zu besprechen.

Selbstverständlich hat die Ueberernährung auf den Zustand und das Funktioniren sämtlicher Theile des Verdauungstraktus weitgehende Rücksicht zu nehmen; auch die Anordnung der Ueberernährung setzt die Stellung der psychiatrischen Diagnose, die Beobachtung des Verlaufes, die Würdigung der bestehenden körperlichen Verhältnisse und deren ständige Kontrolle voraus.

7. Endlich möge als therapeutisches Mittel die medikamentöse und operative Behandlung

Erwähnung finden, soweit dieselbe bestrebt ist Momente, welche die Entwicklung der Psychosen bedingten oder begünstigten, zu beseitigen resp. Zustände zu schaffen, denen wir einen günstigen Einfluss auf den Ablauf der betr. Seelenstörung zu schreiben müssen.

Andeutungsweise mögen hier Erwähnung finden

1. die Digitalisbehandlung bei Herzfehlern, die antiluetiche Therapie bei specifisch syphilitischen Veränderungen; die medikamentösen Mittel zur Anregung der Urinsecretion bei urämischen Erscheinungen; die Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsenpräparaten; die Durchspülung des Körpers mit physiologischer Kochsalzlösung bei toxischen Momenten; die Versuche durch die Erzeugung von Fieber den Ablauf von Psychosen zu beeinflussen;

2. die Paracentese des Trommelfells, die Eröffnung des Warzenfortsatzes, die Trepanation bei Hirntumoren, Abscessen, Verletzungen etc.

II. Wurden im Vorstehenden diejenigen therapeutischen Massnahmen angedeutet, welche im Wesentlichen für die Heilung der Psychosen in Betracht kommen, so mögen nun diejenigen Faktoren Erwähnung finden, welche in erster Linie dem zweiten Eingangs dieses Kapitels aufgestellten Postulate gerecht zu werden gestatten: Der Forderung, dass der Kranke während der Dauer seiner Psychose und der durch dieselbe bedingten Defektzustände auf einer möglichst hohen socialen Stufe erhalten werde.

Mit dieser aus praktischen Gründen angewendeten Eintheilung soll nicht etwa die „Heilung“ zur „Erhaltung des socialen Niveaus“ in einen Gegensatz gebracht werden — nichts wäre unrichtiger als dieses Bestreben, denn die Erhaltung der socialen Eigenschaften hat einen eminenten Werth für die „Heilung“ besonders im Sinne der Anschauungen und Anforderungen des praktischen Lebens, gehört also theoretisch auch als einer der wichtigsten Faktoren bei den therapeutischen Mitteln erwähnt.

Neben resp. im Vereine mit der Bett- und Badebehandlung, deren günstiger Einfluss auf das Verhalten des Kranken, auf die Erhaltung resp. die Wiederkehr socialer Eigenschaften bereits angedeutet wurde und mit der noch zu erwähnenden Beeinflussung durch das Milieu ist zur Erreichung jenes Zieles

die Arbeit

resp. eine geeignete Beschäftigung

bei den akuten Zustandsbildern als ein wichtiges, bei den chronischen Psychosen als ein fast souveränes Mittel zu bezeichnen.

Die Vorzüge der Arbeit sind vom psychiatrischen, hygienischen und nationalökonomischen Standpunkte aus gegeben.

Der Psychiater hat zu rühmen:

1. Bei expansiven Zustandsbildern die Möglichkeit, den gesteigerten Tätigkeitsdrang in geordnete Bahnen zu lenken und dadurch zu verhüten, dass sich derselbe zerstörend auf Gegenstände, bedrohend gegen Personen der Umgebung richte oder in einer anderen, insocialen Weise (Lärmen, Zerreißen, Schmieren, Masturbation etc.) äussere. —

2. Die Möglichkeit, durch die Arbeit auf physiologische Weise Ermüdung und damit Beruhigung und Schlaf herbeizuführen und die dadurch gegebene Möglichkeit, auf die Anwendung der chemischen Schlaf- und Beruhigungsmittel, auf Separierung und Isolierung mehr oder minder vollständig zu verzichten.

3. Die in ihr und durch sie gegebene Möglichkeit, den Kranken von seinen Wahnideen, seinen Sinnestäuschungen, seinen Sorgen und trüben Gedanken abzulenken.

4. Die Arbeit hat ferner einen werthvollen didaktischen Einfluss — sie bringt den Kranken in ein mehr oder minder vielfach wechselndes Milieu, sie giebt ihm Gelegenheit in den verschiedenen Sinnesgebieten Wahrnehmungen zu machen und verleiht ihm dadurch die Möglichkeit, von diesem oder jenem Projectionsfelde aus alte associative Bahnen, welche durch langen Nichtgebrauch zu veröden drohten, wieder einzuschlagen und auszuschleifen, ja sie gestattet, wenn nicht durch den Krankheitsprocess das anatomische Substrat zerstört wurde, die Anbahnung neuer Verbindungen d. h. die Arbeit, besonders im Freien, ermöglicht, dass dem Kranken durch das, was er bei der Arbeit hört, sieht, fühlt, auf dem Wege der Erinnerung alte Fähigkeiten, Kenntnisse, Eigenschaften wiederkehren resp. sie hilft verhüten, dass dieselben durch Nichtgebrauch allmählich zu Grunde gehen, ja, sie ermöglicht den Neuerwerb von Fähigkeiten. —

5. Bei Rekonvalescenten, bei den leichteren Formen konstitutioneller Störungen, bei Hysterie etc. ist der erzieherische Einfluss besonders der landwirthschaftlichen und der Garten-Arbeit hervorzuheben — sie giebt, mit ihren kleinen Erfolgen und Misserfolgen, Anlass zu kleinen Freuden und kleinen Leiden, sie regt den Kranken an, ohne ihn aufzuregen; sie führt ihn in

die Natur, die dem Menschen das Gesetzmässige des Werdens und Vergehens zeigt und ihm damit das Masshalten in Schmerz und Freude lehrt.

6. Durch die Möglichkeit, unbemittelten Kranken bei der Entlassung eine Entschädigung für ihre Arbeitsleistungen auszuzahlen, wird denselben die Rückkehr in die Familie, in den Beruf, in die alten Lebensverhältnisse erleichtert und gerade für die erste Zeit der Rekonvalescenz oder Besserung den schwersten finanziellen Sorgen vorgebeugt, durch welche das kaum gebesserte Befinden rasch wieder alterirt werden könnte.

7. Die Arbeit trennt die Kranken während des grössten Theiles des Tages und setzt während dieser Zeit die Möglichkeit einer gegenseitigen Störung oder sonstigen Beeinträchtigung wesentlich herab.

Vom Standpunkte des Hygienikers aus wären als die Vorzüge der Arbeit zu betonen:

1. Die körperliche Arbeit, besonders die im Freien (— und diese kommt ja für die vorliegenden Verhältnisse weitaus in erster Linie in Betracht —) hat bei normalen, körperlichen Verhältnissen den günstigsten Einfluss auf Lunge und Herz: die Arbeit bedingt tiefere Athmung und ermöglicht so die ausgiebige Ventilation der Lungen in der doch meist einwandfreien Luft; das gesunde Herz wird bei dem normalen Wechsel zwischen stärkerer und schwächerer Inanspruchnahme erhalten und damit zu einer grösseren Widerstandsfähigkeit plötzlich einsetzenden Schädlichkeiten gegenüber befähigt.

Die Wärmeregulirung wird durch den Wechsel zwischen vermehrter Thätigkeit in der freien Luft und Ruhe in den geschützten Räumen des Hauses, zwischen vermehrter und verminderter Wärmeabgabe und Wärmeproduktion in voller Leistungsfähigkeit erhalten und dadurch auf die wirksamste und natürlichste Weise den zahlreichen auf ihrer Störung beruhenden oder durch sie begünstigten (Erkältungs-) Krankheiten vorgebeugt.

2. Die körperliche Arbeit erleichtert die Verarbeitung und Resorption einer selbst einförmigen und „schweren“ Kost.

3. Die Arbeit im Freien entlastet die Wohnräume: sie schafft für die in ihnen Zurückbleibenden, auf die nunmehr ein wesentlich höherer Luftkubus trifft, entsprechend günstigere hygienische Verhältnisse.

Endlich ist der Wert der Arbeit vom finanziellen und vom nationalökonomischen Standpunkte aus unbestreitbar:

1. Durch die Beschäftigung erregter Kranker wird auf das Wirksamste der oft grosse Kosten verursachenden Neigung dieser Kranken zu zerstören, zu zerreißen, zu zerschlagen entgegengearbeitet; der kostspielige

Bau von Räumen für Einzelverpflegung und Isolirung wird nur in geringem Umfange nothwendig; der Betrieb dadurch verbilligt; die Ausgaben für chemische Beruhigungsmittel werden erheblich eingeschränkt.

2. Die Entstehung von „Artefakten“, welche nur in Anstalten verpflegt werden können, wird am besten durch die Arbeit vermieden; durch sie wird in Folge dessen ermöglicht, eine grosse Anzahl von Kranken, welche ohne sie auf „Anstalten“ angewiesen wären, auf einem socialen Niveau zu erhalten oder zu einem socialen Niveau wieder zu erziehen, welches gestattet, dieselben in Familienpflege, welche bedeutend geringere einmalige Ausgaben für den Bau, dauernde Ausgaben für Betrieb und Verpflegung erfordert, unterzubringen, zumal

3. der durch die Arbeit und zur Arbeit erzogene Kranke nicht ein lästiges, störendes, und daher nur mit Widerwillen ertragenes Element, sondern einen nützlichen Helfer bei der täglichen Arbeit repräsentirt.

Psychiatrische wie hygienische Erwägungen weisen den Kranken gerade auf jene Arbeitsgebiete, auf welchen bei den bestehenden Verhältnissen der grösste Mangel an Arbeitskräften herrscht: die Psychiatrie vermag der Landwirthschaft eine nicht geringe Anzahl von Arbeitskräften wieder zuzuführen und ihr neue zu werben; sie giebt dem Kleinbauern, welcher so schwer um seine Existenz zu kämpfen hat, Gelegenheit durch Aufnahme von arbeitenden Kranken in familiäre Verpflegung sich eine kleine, von ihm hochgeschätzte Bareinnahme und billige, sichere, dauernde Arbeitskräfte zu verschaffen. —

4. Die der Allgemeinheit durch den Bau und den Betrieb von Anstalten erwachsenden Kosten werden durch den Werth der geschaffenen oder gewonnenen Produkte etwas vermindert.

5. Nicht wenige Kranke werden endlich — dauernd bei der Arbeit erhalten — nach Ablauf oder bei einem gewissen Stillstande ihrer Psychose leichter und öfter in der Lage sein, durch Aufnahme ihrer alten Thätigkeit, resp. in einem neuen, ihnen eröffneten Erwerbszweige wieder für ihre Familie zu sorgen und so zu verhindern, dass dieselbe der öffentlichen Fürsorge anheimfällt.

Diesen sicheren und hervorragenden Vorzügen stehen wenige und leicht vermeidbare Nachteile gegenüber.

1. Bei Kranken, welche lange Zeit nicht mehr gearbeitet haben, vielleicht überhaupt nie körperlich gearbeitet hatten, besteht, besonders wenn sie vorher längere Zeit in Bettbehandlung standen, die Gefahr der akuten Herzerweiterung oder eines plötzlichen

Versagens des Herzens, besonders wenn man die Rücksichtslosigkeit einzelner Kranken ihrem Körper gegenüber in Rechnung zieht.

Leicht vermeidbar durch consequentes, systematisches Ansteigen von leichter zu schwerer Arbeit, von kurzer zu längerer Arbeitszeit; durch körperliche Untersuchung, durch zeitweilige Controlle des Pulses.

2. Bei einzelnen Psychosen — progressive Paralyse mit Veränderungen im Gefässsystem, den auf Erschöpfung und erschöpfenden Momenten beruhenden Psychosen — kann eine schwerere Arbeit schädlich wirken. —

Vermeidbar durch Berücksichtigung der Diagnose bei der Zuweisung der Kranken zu den verschiedenen Arbeitszweigen; durch Combination von Bettbehandlung und leichter Arbeit; durch ständige Controlle des Arbeitenden, seines Körpergewichtes.

Die nach theoretischen Voraussetzungen konstruirte Besorgnis, dass die Nothwendigkeit, die Kranken einen grossen Theil des Tages ohne jede mechanische Einschränkung im Freien zu belassen und ihnen bei der Arbeit Werkzeuge, theilweise gefährliche Werkzeuge in die Hand zu geben, zu gehäuften Entweichungen, zu gehäuften Thätlichkeiten führen müsse, ist praktisch unter den nöthigen Cautelen durchaus unbegründet, ja es ist — bei einigemassen intelligenter Auswahl der Kranken — genau das Gegentheil der Fall: das Mass relativer Freiheit, das die Arbeit bedingt, lässt den Kranken die vollkommene Freiheit wenig oder nicht vermissen und daher nicht oder bei weitem nicht so intensiv erstreben als den Kranken, dessen Bewegungsfreiheit im Sinne der normalen, gewohnten Bewegungsfreiheit durch mechanische Hindernisse eingeengt ist und die Möglichkeit eines Missbrauches der Werkzeuge wird durch den später zu erwähnenden psychischen Einfluss des Milieus in der ganz unendlich überwiegenden Mehrzahl der Fälle paralytirt. —

Nicht jeder Kranke ist für jede Arbeit geeignet; die Vertheilung der Kranken auf die verschiedenen Betriebszweige muss die Diagnose der betr. Psychose, den körperlichen Zustand, die Prognose der Geisteskrankheit und die äusseren Verhältnisse des Kranken berücksichtigen.

1. Die Nothwendigkeit, die Beschäftigung von der Diagnose der vorliegenden Psychose resp. von der Berücksichtigung des momentanen Zustandsbildes abhängig zu machen, dürfte aus folgenden Andeutungen erhellen:

Ein Paralytiker ist in erster Linie mit einer leichten, ganz mechanischen Arbeit zu beschäftigen,

welche er auch bei der zu erwartenden Zunahme der Verblödung und Abnahme der körperlichen Kräfte möglichst lange wird leisten können; zweckmässig wird man bei Resten akuter Symptome diese Arbeit mit partieller Bettbehandlung, event. mit Ueberernährung kombinieren;

die Fälle von Dementia praecox in und nach der Pubertät mit hochgradigen Defekten sind, wenn der körperliche Zustand keine Contraindikation bildet, mit schwerer Arbeit zu beschäftigen, dabei ist von der einfachen, rein mechanischen Thätigkeit des Karrens, des Schaufelns, des Sägens allmählich zu complicirteren Arbeiten anzusteigen;

Rekonvalescenten von Erschöpfungspsychosen wird man einige Stunden mit leichtester Gartenarbeit beschäftigen und gleichzeitig partielle Bettbehandlung und Ueberernährung in Anwendung bringen.

Expansive Kranke werden wir einer Arbeit zuführen, welche nicht sehr exakt gemacht werden muss und welche den Kranken nicht allzusehr anstrengt;

bei stark expansiven Kranken werden wir jede Thätigkeit, und wäre sie noch so unnütz, ja widersinnig, begünstigen, sofern sie nur nicht in-social ist; Bettbehandlung, Badebehandlung event. Ueberernährung ist nicht zu versäumen.

Kranke, von denen wir wissen, dass sie Ermüdung nicht empfinden resp. auf dieselbe nicht reagieren (Paralytiker, expansive Zustandsbilder, stark demente Kranke) werden wir zu schwerer Arbeit unter allen Umständen nur dann heranziehen dürfen, wenn strikte Ueberwachung und die Möglichkeit den Patienten zu beeinflussen, die Gefahr der Ueberanstrengung ausschliessen lässt.

2. Auch die Berücksichtigung des körperlichen Zustandes ist nothwendig, zumal eine grosse Anzahl von Geisteskranken Schmerzen, Beschwerden nicht empfindet, oder sich über dieselben nicht in Worten äussert oder ihr Thun durch dieselben nicht beeinflussen lässt.

Rekonvalescenten von depressiven Zustandsbildern, deren Ernährungszustand noch ein reducirter ist, Kranke mit initialer Tuberkulose, Patienten von schwächlichem Körperbau oder in reducirtem Ernährungszustande, Kranke mit Herzfehlern oder mit nachweisbaren Veränderungen des Gefässapparates sind mit leichter Arbeit zu beschäftigen, die zweckmässig mit partieller Bettbehandlung und ev. mit reichlicher Ernährung kombiniert wird; der Ernährungszustand ist durch häufige

Feststellung des Körpergewichtes fortlaufend zu kontrollieren. —

Kranke mit nicht florider Lungentuberkulose wird man im Freien, in guter Luft beschäftigen, dabei aber stets Rücksicht auf die Witterungsverhältnisse nehmen; Patienten mit chronischen Störungen des Respirationstraktus von Arbeiten fernhalten, welche mit Staubeentwicklung verbunden sind etc.

3. Endlich ist bei der Wahl der Arbeit Rücksicht zu nehmen auf die Prognose der vorliegenden Psychose und auf die äusseren Verhältnisse des Kranken.

Ist die Prognose ungünstig d. h. führt die Krankheit zum Tode oder lässt sie die Möglichkeit selbständiger Lebensführung mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit ausschliessen, so hat die Wahl der Arbeit nur den direkt günstigen Einfluss auf das Befinden und Verhalten des Kranken zu berücksichtigen; besteht aber die gegründete Aussicht auf Heilung oder eine Besserung, welche eine selbständige Lebensführung gestattet, so ist es Pflicht den Kranken so zu beschäftigen, dass ihm seine früheren Fähigkeiten und Fertigkeiten zum mindesten erhalten bleiben, wenn möglich eine weitere Entwicklung erfahren oder dass ihm, wenn er sich einem neuen Erwerbszweige zuwenden soll, die nöthige Ausbildung zu Theil wird.

d. h. Die Vertheilung der Kranken auf die verschiedenen Betriebszweige hat, soll anders die Arbeit ihre Wirksamkeit in vollem Umfange ausüben und die Gefahr einer Schädigung des Kranken sicher ausgeschlossen sein, allgemein medicinische und speciell psychiatrische Kenntnisse der die Beschäftigung regelnden Persönlichkeit zur Voraussetzung.

Als einer der wichtigsten Faktoren kommt bei der Arbeit wie bei den meisten anderen therapeutischen Mitteln ein Moment in Betracht, das vielleicht zweckmässig als

psychischer Einfluss des Milieu's, der Thätigkeit, der Behandlung

bezeichnet wird.

Nach theoretischen Voraussetzungen dürfen wir erwarten, dass in der gleichen Zustandsphase des gleichen Krankheitsbildes verschiedene Kranke ein desto socialeres Verhalten zeigen werden, je mehr das Milieu, in welchem sie sich befinden, demjenigen entspricht, in welchem sie sich während des Erwerbes und der Bethätigung ihrer socialen Eigenschaften befanden, dagegen ein desto insocialeres, je weniger dies der Fall ist, je mehr die ganze Gestaltung ihrer Umgebung dem Milieu genähert ist, in welchem sie insociale Gewohnheiten erwarben und bethätigten.

Die Erfahrung hat die Richtigkeit dieser Annahme unter gewissen Voraussetzungen auf das Schlagendste bewiesen.

Die wichtigste Voraussetzung ist, dass die Auffassung der Aussenwelt nicht vollkommen aufgehoben ist.

Derselbe Kranke, der vor einer Viertelstunde in der kahlen, halbdunklen Oberlichtzelle sich mit dem eigenen Kote beschmierte, die Kleider herabbriss, nackt herumtanzte, die Thüre fast hinaus schlug und dieses Verhalten im gleichen Raume noch Stunden und Tage lang fortgesetzt hätte, liegt bald darauf im freundlichen, hellen Saale in seinem sauberen Bett, oder sitzt in der Badewanne, oder geht im gefällig eingerichteten Tagraume, in seinen guten Kleidern, seine Cigarre rauchend, unter annähernd socialen Personen auf und ab — er wird vielleicht einige Male aus dem Bette, aus der Badewanne springen, er wird vielleicht seinen Gang zu einigen Tanzbewegungen steigern, ein Lied singen, im Grossen und Ganzen aber sich so benehmen, wie es ihm durch jahrzehntelange Uebung, durch Erziehung und Bildung zur Gewohnheit geworden ist. Der Zustand des Kranken hat sich in der Viertelstunde nicht geändert, die Erregung ist die gleiche, aber sie äussert sich nun entsprechend der besseren Umgebung in einer mildereren, harmloseren Form.

Ein anderer Fall: Ein Kranker, der aus seiner dunklen Isolierzelle heraus jeden Eintretenden mit Wurfgeschossen: dem Nachtgeschirre, Kottkugeln, Speiseresten — begrüsst, auf den näher Tretenden energische Angriffe machte, sich aus einem Stückchen Glas, einem Blechlöffel gefährliche Waffen herstellte, wird, ohne dass in seinem Zustande eine Aenderung eingetreten wäre, zur Arbeit in das Freie gegeben; er erhält ein Werkzeug — und statt nun mit demselben dem Arzte, auf welchen er in der Zelle die gefährlichsten Angriffe machte, den Kopf zu zertrümmern, benützt er es ruhig zur gewohnten Arbeit: er ist unter Arbeitern, die ihr Werkzeug mit Vorsicht handhaben, er ist in der gewohnten Umgebung, bei der gewohnten Thätigkeit — mit dem anomalen Milieu, mit dem Zwange sind die anomalen Aeusserungen, ist die Auflehnung gegen den Zwang weggefallen und die durch Erziehung, durch jahrelange Gewöhnung gegebenen Momente beeinflussen sein Verhalten: an Stelle des Geisteskranken X. ist der Bauer, der Tagelöhner, der Handwerker X. getreten.

Die Thatsache, dass wir durch die Gestaltung des Milieus, durch die Behandlung, durch die Arbeit in

der Lage sind die Form der Aeusserungen unserer Kranken zu beeinflussen, gestattet uns die früher besprochenen therapeutischen Mittel auch unter diesem Gesichtspunkte zu würdigen:

Wir verstehen den psychischen Einfluss der Bettbehandlung: das Verbleiben im Bette auch während des Tages in einem freundlich eingerichteten, hellen und luftigen Saale erweckt in dem Kranken — ohne ihn, wie es der sprachliche Hinweis in der Mehrzahl der Fälle thun würde, aufzuregen — die mehr oder minder klare Vorstellung: „Ich bin krank; da muss ich ruhig bleiben; ich soll hier behandelt, geheilt werden.“

Das Bad, das Dauerbad wird dem Kranken fast stets als therapeutisches Mittel imponiren, ebenso die Arznei, ein Schlafmittel, ein chirurgischer Eingriff; die Arbeit, die Beschäftigung ist für alle Menschen während der Tagesstunden naturgemäss und selbstverständlich.

Wir verstehen nun aber auch die Bedenken gegen die Isolirung, wir verstehen vollends die Gefahren, die eine Beschränkung der Bewegungsfreiheit der Glieder eines Kranken in sich birgt: Wann sperrt man im gewöhnlichen Leben einen Menschen ein? — Doch nur, wenn er etwas begangen hat, und der Bewegungsfreiheit der Glieder beraubt man doch nur die schwersten Verbrecher. Jede mechanische Beschränkung, der wir einen Geisteskranken unterwerfen, ist ein Freibrief, den wir dem Kranken ausstellen, mit der Erlaubniss, ja mit der direkten Aufforderung, sich so insocial als möglich, sich wie ein ungezogenes Kind, wie ein Trunkener, wie ein Raufbold, wie ein Verbrecher zu benehmen.

Die Anordnung der Bettruhe, der Badebehandlung, die Darreichung einer Arznei, ein chirurgischer Eingriff lässt den Kranken in dem Psychiater den Arzt erkennen — die Isolirung, eine mechanische Beschränkung lässt ihn in dem Arzte den Kerkermeister, in der Anstalt: das Zuchthaus, in den Wärtern: seine Feinde sehen, vermuthen, ahnen und beeinflusst in diesem Sinne sein Verhalten.

Eine Indikation für die Anwendung eines mechanischen Zwanges kann nur gegeben sein, wenn durch die Aeusserungen eines Kranken dessen Leben oder die Gebrauchsfähigkeit wichtiger Körpertheile direkt und unmittelbar gefährdet werden.

Die Nothwendigkeit ihn anzuwenden kann nur aus der direkten und unmittelbaren Gefährdung des Lebens oder aus der direkten Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit anderer hergeleitet werden, stets aber ist Voraussetzung:

1. Dass die sämtlichen anderen Beruhigungs- und Ablenkungsmittel ohne Erfolg in Anwendung ge-

bracht wurden resp. dass deren Anwendung aus besonderen Gründen (Reise) unmöglich oder unzulässig war.

2. Dass während der Dauer der Beschränkung dem Kranken ständige Ueberwachung und Pflege zu Theil werde.

3. Dass die Beschränkung stets und unter allen Umständen in ganz geringen Zwischenräumen unterbrochen und jede, selbst die geringste Besserung zur gänzlichen Beseitigung derselben benützt werde.

4. Dass die Indikation resp. die Nothwendigkeit nach Massgabe ärztlicher Erwägungen festgestellt sei.

5. Dass die Beschränkung stets in Gegenwart des Arztes vorgenommen und der betr. Kranke unter Tags alle Stunden, Nachts 1—2 mal vom Arzte besucht werde.

6. Dass die Mittel zur mechanischen Beschränkung der Glieder eines Kranken nicht in präformirter Gestalt (Zwangsjacke, Gitterbett, Deckelwanne, Handschuhe, etc.) vorhanden sind, sondern im Bedarfsfalle erst improvisirt werden.

Es mögen kurz die wichtigsten Gründe für das letzte Postulat angedeutet werden: die Zwangsjacke, ein „Handschuh“ ist in wenigen Minuten angelegt, die Improvisirung einer mechanischen Beschränkung dagegen erfordert längere Zeit — und während dieser Zeit wird auch ein weniger gewissenhafter Arzt nicht umhin können bei dem Kranken zu bleiben und in neun von zehn Fällen wird sich ihm während dieser Zeit Gelegenheit bieten eine legale Behandlung einzuleiten, eine Ablenkung zu ermöglichen, die Aeusserungen in unschädliche Bahnen zu lenken oder doch die Gefahr, die dem Kranken oder der Umgebung aus denselben droht, zu beseitigen. Und selbst wenn dies nicht der Fall sein sollte, wenn wirklich die improvisirte Beschränkung zur Durchführung kommen müsste, so wird doch den anderen, besonnenen Kranken, es wird vor allem dem Personale gezeigt, dass die zwangsmässige Beschränkung eines Patienten nicht eine voraussehende, häufige Nothwendigkeit ist, mit der man als mit einer unvermeidbaren Thatsache von vorne herein rechnet, sondern ein singulärer Ausnahmefall, welcher so selten eintritt, dass besondere Mittel für denselben vorzusehen nicht nothwendig, sondern überflüssig und schädlich erscheint.

Der Einwand: „Der Kranke trägt die Jacke etc. gerne“, „empfindet sie nicht als Zwang“, mag in seinem zweiten Theile in ganz vereinzelt Fällen richtig sein — doch dieses Zugeständniss vermag nicht die Anwendung zu rechtfertigen: empfindet

der Kranke selbst die Handschuhe, die Jacke nicht als anomal, unangenehm, störend, so bleibt doch der psychische Einfluss auf das Personal, auf die übrigen Kranken bestehen — und ein solcher Kranker kann und muss durch seine blosser Erscheinung das sociale Niveau einer ganzen Abtheilung herabdrücken.

Die psychische Beeinflussung des Kranken durch das Milieu, die Behandlung, Verpflegung und Beschäftigung hat nach zwei Richtungen ihre Bedeutung:

nach der positiven und nach der negativen Seite hin:

1. sie hat dadurch, dass sie den Kranken in Räume, in eine Umgebung, unter eine Behandlung und zu einer Beschäftigung führt, die den normalen Verhältnissen nach Thunlichkeit genähert sind, die durch Erziehung, Bildung und Gewöhnung gegebenen hemmenden Momente zu stärken,

2. sie hat zu vermeiden, dass durch die Schaffung oder Entwicklung von Ausnahmeständen, welche von den normalen Verhältnissen weiter verschieden sind als es der momentane Zustand des Kranken unbedingt erfordert, der Kranke zu einem anomalen Verhalten künstlich erzogen werde.

Fortschreitende Erfahrung hat uns gelehrt, dass Ausnahmestände, welche ohne weiteres als solche imponiren, für eine sehr grosse Anzahl der akuten Zustandsbilder unnöthig, überflüssig, für nicht wenige schädlich, für die chronischen Psychosen ohne stärkere akute Symptome dagegen in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle direkt schädlich sind.

Ein Ausnahmestand wirkt um so schädlicher, je öfter er sich im täglichen Leben durch wiederholte Wahrnehmung in mehr oder minder klarer Weise dem Bewusstsein eines Patienten aufdrängt, — nicht, je einschneidender er in die ganze Lebenshaltung eingreift.

Das den Kranken umgebende Milieu nicht nur ordentlich, hell, reinlich, kurz in einer den hygienischen Anforderungen entsprechenden Form, sondern behaglich und mit einem gewissen Comfort zu gestalten, ist nicht „rücksichtslos einseitige Vernachlässigung der zahlenden Bevölkerung zu Gunsten der Geisteskranken“ sondern weiseste Sparsamkeit und einer der wichtigsten Faktoren in der Behandlung der Psychosen.

Die praktische Psychiatrie hat ferner das Bestreben und die Pflicht zu verhindern, dass durch die Psychose oder deren Folgezustände oder in Folge derselben eine vermeidbare Abkürzung der Lebensdauer, die für den

betr. einzelnen Kranken unter den vor der Erkrankung gegebenen Umständen zu erwarten gewesen wäre, bewirkt wird.

Es kann und soll nicht die Aufgabe des Psychiaters sein, den Kranken vor allen möglichen Schädigungen durch Witterungseinflüsse, durch die Arbeit, durch die bei der Arbeit verwendeten Werkzeuge etc. zu schützen — es ist aber seine Pflicht ihn vor Schädigungen zu schützen, denen der Geisteskranke in Folge seiner Krankheit in erheblich höherem Grade ausgesetzt ist, als es vor der Erkrankung der Fall war.

Es wäre lächerlich, einem ruhigen, besonnenen Kranken kein Beil anvertrauen zu wollen, weil er sich damit — ebenso gut wie jeder Gesunde — einmal in die Hand hacken könnte: es wäre ein Kunstfehler einen stark expansiven Kranken, welcher „blind darauf loshackt“, gleichgültig, ob er das Holz oder die Hand trifft, zum Holzspalten zu verwenden;

es wäre übertrieben, einen abgehärteten Landmann wegen Regen und nasskalter Witterung nicht auf Arbeit in das Freie zu lassen; aber es ist durchaus berechtigt einen sehr schwächlichen, kränklichen Geisteskranken, welcher auf objektiv unangenehme Wahrnehmungen nicht oder nicht entsprechend reagiert, einer Beeinflussung schwer zugänglich ist, zu Hause zu lassen — der erstere hätte sich vor seiner Erkrankung sicher durch das Wetter nicht abhalten lassen auf Arbeit zu gehen und zu bleiben — der letztere aber würde voraussichtlich entweder gar nicht hinausgegangen oder doch, sobald er sich in Folge der Durchnässung unbehaglich gefühlt hätte, in richtiger Würdigung seiner Kränklichkeit nach Hause zurückgekehrt sein, d. h. er ist dadurch, dass er die Nässe jetzt nicht mehr fühlt resp. aus dem Gefühl nicht den Schluss zu ziehen vermag: „Ich muss jetzt nach Hause gehen, sonst werde ich krank“ in Folge seiner Psychose der Schädigung in erheblich höherem Grade ausgesetzt als es vor der Erkrankung der Fall war.

Das beste, fast das ausschliessliche Mittel zur Erreichung jenes Zieles ist

die Ueberwachung und Pflege

durch besonders ausgebildete Personen unter der ausschliesslichen, ständigen Leitung und nach den Anweisungen einer Persönlichkeit, welche durch ihre besonderen Kenntnisse befähigt ist, die Gefahren, welche dem Leben oder der Gesundheit der Kranken drohen, durch Feststellung der vorliegenden Krank-

heit und damit durch die Erkennung des voraussichtlichen Verlaufes unter kritischer Würdigung der bestehenden körperlichen Verhältnisse und äusseren Umstände nach Möglichkeit vorauszusehen und denselben vorzubeugen, eingetretene Schädigungen sofort zu erkennen und zu beseitigen.

Unter den Gefahren, die dem Leben und der Gesundheit der Geisteskranken drohen können, mögen Erwähnung finden:

1. Die Selbstmordbestrebungen

vieler Kranker mit depressiven Zustandsbildern; einzelner Kranker bei starken, störenden oder schmerzlichen Sinnestäuschungen; bei einzelnen von gewohnheitsmässig gebrauchten Mitteln abstinent gehaltenen Kranken; bei Imbecillen und Idioten mit starken Affekten; in katatonischen, paralytischen und vereinzelten epileptischen Erregungszuständen; in Angstzuständen.

Vermeidbar durch ständige, auch über die Dauer der Nacht ausgedehnte, kontrollirbare und automatisch regulirte Ueberwachung;

durch möglichste Beseitigung aller Mittel zum Selbstmord.

2. Die Gefährdung des Lebens durch vollständiges oder theilweises

Cessiren der Nahrungsaufnahme.

Im paralytischen Anfalle (Status paralyticus).

Als Mittel zum Selbstmord.

Wegen depressiver Wahnideen („Ich bin das Essen nicht werth“).

In Folge motorischer Hemmung.

In hochgradig gesteigertem Thätigkeitsdrange. (Der Kranke kommt vor Unruhe nicht zum Essen).

Bei hochgradiger Trübung des Bewusstseins (Der Kranke vermag den Zweck der Speisen nicht zu erkennen).

Nachzuweisen ist diese Gefährdung durch Beobachtung der Nahrungsaufnahme im Vereine mit der Feststellung des Körpergewichtes —

zu beseitigen: durch Eingeben der Speisen (motorische Hemmung), Anregung des Appetites (Dauerbad, Beseitigung von Störungen des Verdauungstraktus, durch das Beispiel anderer, den Anblick von Speisen); durch Deckung des Wasserbedarfes des Organismus (Kochsalzklystier); durch künstliche Ernährung mit der Schlundsonde.

3. Die Gefährdung durch

motorische Aeusserungen,

welche sich in Folge starker Trübung des Bewusstseins oder bei mangelnder Schmerzempfindung in

blinder Weise gegen den eigenen Körper des Kranken richten.

Katatonische, paralytische, epileptische Erregungszustände; Delirien.

Die Gefährdung ist auszuschalten

a) durch Bekämpfung der Erregung (Badebehandlung, Ausschluss von äusseren Sinnesreizen, ev. chemische Beruhigungsmittel).

b) Durch Ablenkung der motorischen Aeusserungen von dem Körper.

c) Durch Aufhebung oder Milderung des schädigenden Einflusses, den diese motorischen Aeusserungen auf den Körper des Kranken auszuüben vermögen (Entfernung von Instrumenten etc., Schneiden der Fingernägel, Einfetten der Hände, um die Reibung zu verhindern, Einfetten einzelner besonders bedrohter Körpertheile, um einen energischen Zug an denselben unmöglich zu machen).

d) Durch Einschränkung der motorischen Aeusserungen durch Personen.

e) Im äussersten Nothfalle: durch vorübergehende Einschränkung durch mechanischen Zwang.

Kranke, bei denen eine gewisse Wahrscheinlichkeit einer absichtlichen oder unabsichtlichen Selbstbeschädigung gegeben ist resp. sich nach der Form des Zustandsbildes und der Art der Psychose mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit voraussuchen lässt, sind von der Einzelverpflegung ausgeschlossen, insofern nicht die kontrollirbare und automatisch regulirte Möglichkeit desjenigen Masses von Ueberwachung, dessen der Kranke bedarf, gegeben ist.

4. Eine ganze Reihe von Gefahren erwachsen einer erheblichen Anzahl von Geisteskranken aus dem Umstande, dass sie die Warnungen, welche der normale Mensch aus dem Schmerze und anderen Unlustgefühlen erhält, nicht erhalten oder nicht in der Lage sind, aus diesen Warnungen die entsprechenden Schlüsse für ihr Verhalten zu ziehen, ihr Verhalten durch sie in der normalen Weise beeinflussen zu lassen.

Es möge Erwähnung finden:

a) Die Gefahr des Druckbrandes bei Kranken, welche das Unangenehme des dauernden Liegens in der gleichen Lage, mit dauernder Belastung der gleichen Körperstelle, nicht empfinden, resp. bei welchen diese Empfindung nicht hinreicht die zu einer entsprechenden aktiven Lageveränderung nöthigen Bewegungsimpulse auszulösen.

Diese Gefahr ist besonders vorhanden:

wenn in Folge nervöser Störungen eine besondere Disposition des Gewebes gegeben ist,

wenn der Kranke unrein ist und

wenn der natürliche Schutz, den das Fettpolster bietet, nicht oder nicht in entsprechendem Masse gegeben ist.

Vermeidbar durch prophylaktische Abhärtung und Kräftigung der Haut; durch häufige Lageveränderung (Wenden) des Kranken; durch peinlichste Reinlichkeit; durch Lagerung auf weiche Medien; durch Ausschaltung des Druckes auf die besonders gefährdeten Stellen (Luftkissen); durch Vermeidung jeder Ungleichheit der Unterlage (Wasserkissen); durch Lagerung in den Schweberahmen im Dauerbade.

Zu bekämpfen: durch eine entsprechende chirurgische Behandlung.

b) Das gleiche Moment — dauerndes Festhalten der gleichen Lage beim Liegen — begünstigt, besonders bei wenig tiefer Athmung, die Entwicklung einer gewissen Form der Lungenentzündung (Hypostatische Pneumonie).

Vermeidbar durch systematisch durchgeführten Lagewechsel, durch Bäder mit kühlen Uebergiessungen, durch kühle Abreibungen zur Anregung und Vertiefung der Athmung.

c) Auch ausserhalb des Bettes verharren einzelne Kranke wochenlang unter Tags stets in der gleichen Stellung, ein Verhalten, das von ungünstigem Einfluss auf die Cirkulationsverhältnisse der abhängigen peripheren Theile ist.

Vermeidbar durch zeitweises Herumführen des Kranken; durch partielle Bettbehandlung.

d) Bei Verlust des Wärmegefühles (Paralyse; hochgradige Bewusstseinsstörung, ebenso bei sehr gieriger Nahrungsaufnahme) besteht die Gefahr einer erheblichen Verbrennung durch zu heisse Speisen, der Verbrennung am Ofen oder an sonstigen Wärmequellen.

Leicht vermeidbar durch Verabreichung lediglich von abgekühlten Speisen;
durch Ueberwachung.

e) Für eine erhebliche Anzahl von Geisteskranken werden die aus körperlichen Erkrankungen drohenden Gefahren dadurch erheblich gesteigert, dass der Kranke die durch dieselben verursachten Beschwerden oder Schmerzen nicht empfindet oder sich über dieselben nicht sprachlich äussert oder sein Thun und Lassen durch dieselben nicht in der entsprechenden Weise beeinflussen lässt.

Vermeidbar oder doch einzuschränken durch eine ständige, intelligente Ueberwachung, welche auch auf Kleinigkeiten (müßiges Herumsitzen oder Liegen von sonst thätigen oder erregten Kranken,

Appetitmangel, Röthung des Gesichtes, Wärme der Hände, Husten, Nachschleppen eines Beines etc.) achtet und die objective Untersuchung des Kranken durch den Arzt herbeiführt; für die Erkennung von chronischen Krankheiten ist vor allem die häufige Controlle des Körpergewichtes von Bedeutung; die jedesmalige Besichtigung der einzelnen in Frage kommenden Kranken vor oder nach dem Bade ermöglicht den Nachweis von kleinen Verletzungen (Stiefeldruck etc.) oder Affectionen (Furunkel) der äusseren Haut; bei jedem neu zu gehenden Kranken ist eine genaue Feststellung des ganzen körperlichen Befundes mit Hilfe der objectiven Untersuchungsmethoden vorzunehmen.

f) Nicht wenige Kranke setzen sich rücksichtslos den atmosphärischen Einflüssen (Zugluft, Feuchtigkeit, Kälte, direkte Bestrahlung der unbedeckten Haut durch die Sonne) aus und bedürfen daher der nur durch die Ueberwachung ermöglichten Controlle.

g) Kranke mit gesteigertem Thätigkeitsdrang muthen, besonders bei geistiger Schwäche oder mangelnder Schmerzempfindung (Paralyse), ihrem Körper bei der Arbeit Leistungen zu, welche derselbe ohne Schädigung nicht zu vollbringen vermag (Wundarbeiten der Hände, allgemeine Erschöpfung mit Collaps, Gefahr der akuten Herzerweiterung, schwerer Compensationsstörungen oder gar des akuten Herztodes).

Die Mittel, diese Gefahren zu vermeiden, wurden bereits S. 40 erwähnt.

5. Eine ganze Reihe von Gefahren droht besonders den an progressiver allgemeiner Paralyse Erkrankten aus der nicht so seltenen Störung der Reflexthätigkeit;

a) so kann die Störung des Schlingaktes zur Aspiration von Speisen und anderen Fremdkörpern in die unteren Abschnitte des Respirationstractus und damit zu Lungenentzündungen (Fremdkörperpneumonien) führen.

Diese Gefahr kann durch Aufhebung der normalen Nahrungszufuhr und event. Ersatz derselben durch die Ernährung mit der Schlundsonde, durch häufiges Auswischen des Mundes herabgesetzt werden.

Enthält das Mund- oder Rachensekret stark infectiöse Keime, so ist die Gefahr des Lungenbrandes (der Lungengangrän) gegeben.

Einzuschränken durch peinlichste Zahnpflege der Paralytiker bereits in den Anfangsstadien, (Extraction bezw. Füllen cariöser Zähne); Gewöhnung an active gründliche Reinigung des Mundes und der Nase, in späteren Stadien Ersatz

derselben durch täglich mehrmals wiederholte, gründliche passive Reinigung.

b) Die Störung in der Entleerung der Blase kann zu Ruptur derselben oder zu dauernder oder vorübergehender Unfähigkeit der Blase den Urin ganz oder theilweise zurückzuhalten, führen.

Vermeidbar durch die Feststellung des Füllungszustandes der Blase, welche bei allen Kranken, bei denen die Möglichkeit einer vollständigen oder theilweisen Harnverhaltung gegeben ist, täglich zweimal durch den Arzt vorzunehmen ist, event. durch die künstliche Entleerung des angesammelten Urines.

c) Die Aufhebung des Lidschlages (Status paralyticus) kann zur Entwicklung von Hornhautgeschwüren führen.

Vermeidbar durch passiven Lidschluss in angemessenen Zwischenräumen.

6. Auch plötzlich einsetzende Zustände, während welcher das Bewusstsein aufgehoben ist, bergen für den Kranken (Epileptiker, Paralytiker — weniger Katatoniker und Hysteriker) Gefahren in sich, so die Gefahr des Sturzes aus dem Bette, des Aufschlagens auf feste, scharfkantige Gegenstände, die Gefahr der Erstickung durch Speisen, welche in die Luftröhre gelangen.

Vermeidbar oder in den Folgen einzuschränken durch Ueberwachung der Kranken mit häufigen Anfällen bei der Arbeit wie im Hause; durch die Einrichtung von Betten mit herabschlagbaren, gepolsterten Seitentheilen; durch die Verabreichung von Speisen an die in Frage kommenden Kranken nur in Gegenwart eines Pflegers.

7. Bei einer Anzahl von Kranken (besonders bei Deliranten, den Erschöpfungspsychosen, bei rascher Entziehung gewohnheitsmässig benützter Reizmittel, bei stark expansiven Zustandsbildern besonders im Vereine mit ungenügender Nahrungsaufnahme, körperlichen Krankheiten, schwächlichem Körperbau) besteht die Gefahr eines plötzlichen Collapses.

Derselben ist vorzubeugen durch Ueberernährung, Bettruhe, Badebehandlung, event. Anwendung der chemischen Beruhigungsmittel, vorsichtige Darreichung von Alkohol. —

Der eingetretene Collaps ist zu bekämpfen durch rasches Eingreifen mit Kaffee, Coffein, Kampher, Aether, durch Kochsalzklystier, Kochsalzinfusion.

8. Gewisse Gefahren drohen dem Paralytiker aus der in der Regel vorhandenen vollständigen Unsicherheit im Dunkeln, (die Gefahr des Stürzens, des Anstossens an Ecken oder scharfkantige Gegenstände).

Vermeidbar durch die nächtliche Ueberwachung der in Frage kommenden Kranken, soweit dieselben gewohnheitsmässig oder doch häufiger während der Nacht das Bett verlassen.

Von hervorragender Bedeutung ist die Ueberwachung auch für die Erhaltung der socialen Eigenschaften, indem sie den sofortigen Nachweis insocialer Aeusserungen gestattet und damit die sofortige Bekämpfung derselben ermöglicht; je eher dieselbe einsetzen kann, desto rascher und leichter wird sie von Erfolg begleitet sein.

Die Ueberwachung vermag dem Kranken das Material für einzelne insocialer Aeusserungen (den Urin, den Koth, das Sputum, das Menstrualblut) zu entziehen resp. den Missbrauch, den der Kranke mit demselben treiben würde, zu verhindern; häufig

genügt die blosse Anwesenheit einer überwachenden Person, die insocialer Aeusserungen zu beenden oder doch zu beschränken.

Nur eine gewisse Ueberwachung vermag zu erreichen, dass der Kranke von den Schädlichkeiten, welche Sorgen, aufregende Mittheilungen, Ueberarbeitung, Excesse, der Alkohol, das Morphinum für ihn in sich bergen, thatsächlich konsequent ferne gehalten wird.

Die Ueberwachung endlich ist das weitaus wichtigste Mittel, das uns befähigt, eine Gefährdung zweiter Personen durch den Kranken zu verhüten, indem sie einestheils im Bedarfsfalle die Möglichkeit des sofortigen Eingreifens der Ueberwachenden sichert, andererseits durch die ständige Beobachtung des Kranken Gelegenheit bietet, Angriffspunkte für die Behandlung ausfindig zu machen. —

Die Vereinigung dieser Mittel in der Irrenanstalt.

Die therapeutischen Mittel im weitesten Umfange des Wortes finden wir vereinigt in der Irrenanstalt.

Als Irrenanstalt ist zu bezeichnen jede unter der ausschliesslichen Leitung eines specialwissenschaftlich gebildeten Arztes stehende Gelegenheit zur Unterbringung von Geisteskranken, welche nach den anerkannten Gesetzen der praktischen Psychiatrie in einer Weise organisirt ist, welche gestattet jedem Zustandsbilde aller für die Benützung in Frage kommenden Psychosen diejenige Behandlung (im weitesten Umfange des Wortes) zu Theil werden zu lassen, welche dem momentanen Zustande eines jeden einzelnen Kranken unter kritischer Berücksichtigung aller gegebenen und sich voraussichtlich ergebenden Verhältnisse entspricht —

Und welche gestattet jeden Kranken unter Verhältnisse und Lebensbedingungen zu versetzen, welche den gewohnten Verhältnissen des Kranken nach Thunlichkeit angepasst und von ihnen in jedem Momente nur so weit verschieden sind als es der momentane Zustand des Kranken erfordert.

Das Postulat der ausschliesslichen ärztlichen Leitung bedingt, dass die Behandlung — und unter Behandlung ist nach den obigen Ausführungen auch die Regelung der Verpflegung, der Unterbringung, die Gestaltung der Umgebung,

der Verkehr des Kranken, dessen Unterricht, dessen Beschäftigung zu verstehen — nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch allein nach den Anweisungen eines Fachmannes erfolgt, welcher nach dem Stande seiner Kenntnisse und nach Lage der äusseren Verhältnisse zur ständigen Regelung jener Faktoren befähigt ist: Die Verwendung eines Personales, welches berechtigt oder verpflichtet ist sich in der Behandlung der Kranken und im Umgange mit denselben noch von anderen Gesichtspunkten als den Anweisungen des ärztlichen Vorstandes leiten zu lassen, die „Leitung“ einer „Anstalt“ im Nebenamte, die Einrichtung, dass ein vielleicht gar nicht einmal ständig im Orte anwesender Arzt nur „den ärztlichen Dienst versieht“ — bedingt den Verzicht auf die Einreihung unter den Begriff „Anstalt“ im Sinne der Postulate dieses Buches.

Specialwissenschaftliche Kenntnisse können vorausgesetzt werden bei einem Arzte, welcher mindestens zwei Jahre an einer grösseren, öffentlichen Anstalt unausgesetzt praktisch thätig war; bietet die Anstalt, in welcher der Arzt nach Ablauf dieser Zeit den Dienst übernimmt, nach Organisation (nur ein Arzt), Grösse, Betrieb, Bestimmung (z. B. lediglich Aufnahme von Dementen etc.) nicht die Möglichkeit der nothwendigen Weiterbildung, so

erscheint die Erfüllung des Postulates wünschenswerth, dass der Arzt in entsprechenden Zwischenräumen durch vorübergehende Thätigkeit an einer Normalanstalt seine Kenntnisse weiter entwickle und sich praktisch über die in der Zwischenzeit gemachten Fortschritte im Bereiche der praktischen Psychiatrie informire.

Auf die Anforderungen, welche wir an eine Irrenanstalt in Bezug auf Bau und Einrichtung, Organisation und Betrieb im Einzelnen stellen dürfen und müssen, wird in späteren Kapiteln eingegangen werden, hier möge ein Punkt Erwähnung finden, dessen Bedeutung von dem nicht psychiatrisch Gebildeten in der Regel in bedauernswerther Weise unterschätzt wird:

die Frage der Ueberfüllung.

Man hört oft die Meinung: „Wo für 400 bis 500 Kranke Platz ist, wird es auf 10, 30, 50 mehr auch nicht ankommen“, und ist diese Ueberzahl untergebracht, so heisst es: „Sehen Sie, es geht ja“. Ja, es geht — aber wie gross der Schaden ist, den die Kranken erleiden, wie schwierig, aufreibend, verantwortungsvoll und gefährlich der Dienst für Aerzte und Personal geworden ist, das vermag nur der Fachmann zu beurtheilen.

Eine Ueberfüllung ist gegeben, sobald bei Einhaltung der an Bodenfläche und Luftraum zu stellenden Mindestanforderungen (s. Kapitel I) der freie Spielraum, das für die betr. Art von Anstalt zu fordernde Fluktuirungsvermögen der Kranken zwischen den einzelnen Abtheilungen beschränkt ist;

Die Ueberfüllung muss als hochgradig bezeichnet werden, sobald das Fluktuirungsvermögen vollständig aufgehoben oder bei nur partieller Beschränkung desselben eine Herabsetzung des Mindestmasses von Bodenfläche und Luftraum vorgenommen werden musste.

Ein Beispiel möge das Gesagte erläutern: Herr X., welcher bisher auf der Abtheilung für ganz ruhige, sociale Kranke untergebracht war, wird Nachts plötzlich erregt und stört die Ruhe der ganzen Abtheilung. Der Arzt, davon benachrichtigt, kennt den Charakter dieser Erregung, er weiss dass der Kranke während derselben zu Selbstmord neigt; der Patient gehört demnach in die Abtheilung, welche für ständige Ueberwachung unruhiger Geisteskranker eingerichtet ist; dort sind alle Betten besetzt; der Arzt hat nun rasch zu überlegen, welcher Kranke der ständigen Ueberwachung am wenigsten nothwendig bedarf — ein unrichtiges Urtheil kann den Selbstmord eines Kranken, eine schwere Schädigung seiner Gesundheit, die Bethätigung insocialer Eigenschaften zur Folge haben. Endlich ist ein Kranker Y. gefunden, bei dem der Arzt glaubt,

die Verantwortung übernehmen zu können; doch ist derselbe bei weitem nicht so social, dass es möglich wäre, ihn zu den ersten Bettnachbarn des Herrn X. zu legen; es muss also für den Herrn Y. ein Platz in einer seinem socialen Niveau entsprechenden Abtheilung gesucht werden; auch auf dieser Abtheilung ist kein Bett frei — ein Herr Z. muss aus seinem Bett weichen und es ist ein Glück, wenn dieser Kranke nun geeignet ist das freie Bett des Herrn X. einzunehmen.

Und der Einfluss dieser Massnahmen auf den Kranken: Man setze sich selbst in die Lage: nachts, vielleicht bei Regen oder Kälte, ohne eigenes Verschulden sein Bett einem anderem Menschen räumen und ein eben von einem dritten verlassenes Bett, aus welchem vielleicht trotz des Wechsels der Bettwäsche die Spuren der Verunreinigung durch den vorherigen Insassen sich in der Nacht, bei der Eile nicht vollständig beseitigen liessen, einnehmen zu müssen und nun berücksichtige man, dass es sich um an und für sich erregte Geisteskranke handelt und man wird sich eine schwache Vorstellung von dem schädlichen Einflusse machen können; man halte sich vor Augen, wie störend es für die Saalgenossen der drei Kranken ist, wenn mitten in der Nacht Licht gemacht, ein Kranker nicht ohne Protest aus dem Bett genommen und durch einen anderen Patienten ersetzt wird.

Der Arzt, der die Anordnungen trifft, muss vollkommen orientirt sein über die Belegung aller Abtheilungen, er muss alle Kranken genau kennen, alle Faktoren — die Gefahren, die dem Kranken drohen, die Belästigung oder Störung, die dessen sociales Niveau für seine Umgebung im Gefolge hat, seine Willfährigkeit sich einem derartig gewalthätigen Eingriffe zu fügen; — genau gegen einander abwägen.

Zugegeben, dass es in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle dem erfahrenen und mit seinen Kranken ganz vertrauten Arzte gelingen wird, die nächtlichen Versetzungen zu vermeiden, so birgt doch schon die Nothwendigkeit immer eine ganze Reihe von Kranken bei Tag oder für die Nacht in eine andere Abtheilung versetzen zu müssen, nicht weil ihr Zustand oder ihr Verhalten ihr Verbleiben in der betreffenden Abtheilung unmöglich oder nicht wünschenswerth erscheinen lässt, sondern lediglich, weil Platz geschaffen werden muss, eine Reihe von erheblichen Bedenken und Gefahren in sich.

Wir haben gesehen, dass einer der wichtigsten therapeutischen Faktoren die psychische Beeinflussung des Kranken durch das Milieu ist und dass es demnach ein Grundprincip der praktischen Psychiatrie sein muss jedem Kranken das mit seinem momentanen

Zustände vereinbare Mass von Freiheit und Annäherung an die normalen Lebensverhältnisse zu gewähren. Muss der Arzt nun in Folge der Ueberfüllung einen Kranken lediglich aus äusseren, von dem Zustande und Verhalten des betr. Patienten nicht beeinflussten Gründen aus dieser Umgebung nehmen und in eine andere versetzen, so sind bei den thatsächlich bestehenden Verhältnissen nur zwei Möglichkeiten gegeben:

1. Der Kranke kommt in eine Abtheilung, deren Insassen auf einem höheren socialen Niveau stehen als es ihm selbst zu erreichen bei dem momentanen Stande seiner Psychose möglich ist; die Folge wird sein, dass das ganze sociale Niveau dieser Abtheilung leiden wird; oder

2. Der Kranke wird in eine Abtheilung versetzt, deren Insassen weniger social sind, als er selbst — ist er bei klarem Bewusstsein, so wird er diese Verschlechterung als störend, unangenehm, als eine ungerechtfertigte Strafe, als ein Zeichen persönlicher Abneigung des Arztes empfinden und auslegen; ist sein Bewusstsein getrübt, so ist er in erhöhtem Masse der schädlichen Beeinflussung durch das weniger günstige Milieu unterworfen und wird rasch die weniger socialen Eigenschaften seiner neuen Umgebung annehmen. —

Und damit ist der eine Grund einer Erscheinung gegeben, welche man kurz mit folgenden Worten präcisiren kann: Mit zunehmender Ueberfüllung steigt, bei im Uebrigen vollkommen unveränderten Verhältnissen, der Procentsatz der insocialen Kranken mit enormer Raschheit zu einer oft ungläublichen Höhe an. —

Der zweite Grund für jene Erscheinung liegt darin, dass die Ueberfüllung zwingt bei sonst gleich bleibenden Verhältnissen die Zahl der auf einen einzelnen Raum treffenden Personen zu erhöhen; birgt schon die dadurch bedingte Herabsetzung des auf den einzelnen Insassen treffenden Luftraumes bei den besonderen Verhältnissen vieler Geisteskranken, einzelner Anstalten, schwere hygienische Bedenken in sich, so muss sie vom Standpunkte des Psychiaters aus geradezu als deletär bezeichnet werden: je mehr Kranke durchschnittlich auf einen Raum treffen, desto mehr Kranke werden durch die insocialen Aeusserungen auch nur eines Insassen dieses Raumes in Mitleidenschaft gezogen, desto kleiner wird die dem einzelnen Kranken zur Verfügung stehende Bodenfläche, desto häufiger wird die Enge des Raumes, welche zufällige oder beabsichtigte gegenseitige Belästigung bedingt oder begünstigt, Anlass geben zu gehäuften Konflikten — und es wird sich schliesslich ein trauriger *circulus vitiosus* entwickeln: je enger der Raum ist, desto häufiger

ger kommen Konflikte vor, desto insocialer werden die Kranken — desto öfter wird man gezwungen sein, Kranke, welche sonst ein relativ hohes Niveau einnahmen, in eine Abtheilung tieferen Niveaus zu versetzen — dadurch werden die Abtheilungen für insocialer Kranke immer mehr überfüllt — Konflikte immer häufiger etc. d. h. in überfüllten Anstalten zeigt sich die enorme Schädigung am besten darin, dass die Abtheilungen für sociale Kranke relativ leer stehen, die für insocialer Kranke überfüllt sind resp. dass die Zahl der für insocialer Kranke bestimmten Abtheilungen im Gegensatz zu den Abtheilungen für sociale Kranke zunimmt.

Kommt dazu dann noch der durch jede Ueberfüllung begünstigte Missbrauch mit chemischen Beruhigungsmitteln, die Anwendung des mechanischen Zwanges in seinen verschiedenen Formen, so müssen in kurzem Anstaltsartefakte resultiren, welche in grellestem Widerspruche stehen zu dem „Heil“zwecke der Anstalt.

Die Ueberfüllung einer Anstalt paralytirt nicht nur für eine grosse Anzahl von Kranken die therapeutischen Leistungen selbst einer an und für sich trefflich angelegten, eingerichteten und geleiteten Anstalt, sondern sie lässt sogar für einen recht beträchtlichen Procentsatz der Kranken den Anstaltsaufenthalt direkt schädlich werden;

Eine überfüllte Anstalt ist, mag sie auch sonst theoretisch allen Anforderungen entsprechen, für die überwiegende Mehrzahl ihrer Insassen nichts mehr und nichts besseres als ein Raum, in welchem Kranke aus dem öffentlichen Leben, aus der Freiheit eliminiert gehalten werden, ohne Rücksicht auf das Fehlen eines günstigen, auf die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit eines schädigenden Einflusses, d. h. sie ist wenig besser als eine Rückkehr zu den „Narrenthürmen“ und „Narrenhäusern“ des Mittelalters.

Man hat von Laienseite eine Reihe von Einwänden und Bedenken gegen die Irrenanstalten geltend gemacht, auf welche hier kurz eingegangen werden muss; so hört man vielfach das Bedenken äussern:

1. „Regt denn nicht in der Anstalt, in welcher auf relativ engem Raume in der Regel mehrere Hundert, oft: viele Hundert von Geisteskranken vereinigt sind, ein Kranker den andern auf?“

Die moderne, praktische Psychiatrie fordert, wie S. 36 auszuführen versucht wurde, eine weitgehende Separierungsmöglichkeit d. h. die Beschränkung der Zahl von Kranken, welche durchschnittlich auf einen Raum treffen; sie fordert, dass diese Zahl um so niedriger gegriffen werde, je mehr die in Frage kommenden Kranken die Möglichkeit einer gegen-

seitigen Störung voraussetzen lassen, und sie verhehlt nicht, dass sehr grosse Anstalten nur unter gewissen Voraussetzungen zulässig, nie oder fast nie wünschenswerth sind.

Die moderne praktische Psychiatrie hat ferner das Bestreben zu decentralisiren — die baulich vollkommen zusammenhängende Anstalt kennt sie überhaupt nicht mehr; in Räumen, welche dem Begriffe „Anstalt“ im Sinne des Laien entsprechen, (geschlossene Abtheilungen), verpflegt sie nur einen Theil ihrer Kranken, während die Mehrzahl derselben zu ihr nur in lockerem (offene Abtheilungen) oder in einem äusserlich nicht sichtbaren Zusammenhange (familiäre Verpflegung) steht.

Muss so der Einwand des Laien für die moderne Anstalt als durchaus unberechtigt zurückgewiesen werden, so kann ihm eine gewisse Berechtigung nicht abgesprochen werden, in so weit Anstalten in Frage kommen, welche dem Postulate einer Beschränkung der auf einen Raum treffenden Krankenzahl nicht Rechnung tragen und volle Berechtigung muss ihm zugesprochen werden hinsichtlich überfüllter Anstalten.

Ein zweiter Vorwurf, welcher der Irrenanstalt gemacht wird, ist der, dass sie den Kranken in ein anomales Milieu versetze, seine Bewegungsfreiheit beschränke und dass der Zwang, den die Psychiater theoretisch verwürfen, praktisch doch in der schlimmsten Weise in der Zurückhaltung des Kranken in der Anstalt, fern von der Familie, gegeben sei.

Auch diese Vorwürfe sind für die moderne Anstalt scharf zurückzuweisen; sie ist viel mehr, viel eher als die eigene Familie in der Lage den Kranken, ohne die Rücksicht auf sein Wohl wie auf die Sicherheit seiner Umgebung zu vernachlässigen, unter normalen oder doch annähernd normalen Lebensverhältnissen zu verpflegen; sie hat die Pflicht und sie bietet die Möglichkeit durch probeweise Versetzungen das Mass von Freiheit, das der Kranke in seinem momentanen Zustande zu ertragen befähigt ist, festzustellen; sie gestattet in Folge der Möglichkeit der Ueberwachung durch ein ausgebildetes und geschultes Personal, bei den besonderen Einrichtungen und Vorkehrungen, dem Kranken ein weitaus grösseres Mass von Bewegungsfreiheit zu gewähren als die eigene Familie ihm in der Regel dauernd zu bieten vermag, will anders sie nicht das Wohl und die Sicherheit des Kranken wie seiner Umgebung auf das Gröblichste vernachlässigen.

Gewiss bedingt die Zurückhaltung eines Kranken einen gewissen Zwang und die moderne Psychiatrie vermeidet es, soweit es ihr durch polizeiliche Anordnungen nicht unmöglich gemacht wird, Kranke, welche

den Anstaltsaufenthalt deutlich als Zwang empfinden und sich in konsequenter Weise gegen denselben auflehnen, längere Zeit in der Anstalt wider ihren Willen zurück zu halten, ja, sie besitzt, wie weiterhin versucht wird auszuführen, legaler Weise gar nicht die Mittel dies zu thun.

Nicht die Zurückhaltung an einem bestimmten Wohnorte (hier: in der Anstalt) wird von der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Menschen (hier: der Patienten) als unangenehmer Zwang empfunden, sondern die Beschränkung der alltäglichen, gewohnten Bewegungsfreiheit, eine Beschränkung, die sich in Kleinigkeiten geltend macht, welche alle Minuten wiederkehren und eben darum immer wieder und immer von neuem dem Kranken mehr oder minder klar diese Beschränkung zum Bewusstsein bringen. Seinen Wohnort nicht verlassen zu können, ist für die meisten Menschen das natürliche, das Haus zeitweise nicht verlassen zu können — nichts ausserordentliches, und eine weitergehende Beschränkung muthet die moderne Anstalt keinem Kranken zu; anomal aber ist die Beschränkung der Bewegungsfreiheit des Kranken im Hause, die Beschränkung des freien Gebrauchs seiner Glieder durch mechanischen Zwang, das Vergittern der Fenster — und alles das wird die Verpflegung in der Familie in der Mehrzahl der Fälle dauernd oder vorübergehend nothwendig machen, während es die Anstalt zu entbehren vermag.

3. Man hat ferner vielfach das Bedenken geäussert, ob es denn möglich sei, in der Anstalt eine individualisirende Behandlung durchzuführen.

Es möge ohne weiteres zugegeben werden, dass die bedeutende Grösse einer Anstalt, trotzdem sie theoretisch durch die grössere Zahl von Abtheilungen, durch die vermehrte Zahl der verschiedenen Betriebszweige die erhöhte Möglichkeit einer individualisirenden Sonderung hinsichtlich der Verpflegung und Beschäftigung bietet, praktisch in der That die Erkennung und Berücksichtigung der Individualität erschwert.

Dagegen kann eine kleine Anstalt, mit der genügenden Anzahl von Aerzten, mit einem hinreichend zahlreichen, geschulten Personale, mit baulichen Einrichtungen, welche eine entsprechende Separationsmöglichkeit sichern, die Individualität eines Kranken wohl eben so leicht erkennen als die Familie und sie wird in der Regel leichter und besser als jene in der Lage sein, ihr dauernd Rechnung zu tragen.

4. Endlich erhebt man gegen die Irrenanstalten immer wieder den Vorwurf, es würden widerrechtlich in ihnen geistesgesunde Menschen zurückgehalten.

Diese Gefahr muss wohl auch der grösste Skeptiker

in einer nach den modernen Anschauungen gebauten und geleiteten Anstalt als ausgeschlossen betrachten, weil dieser einfach die Mittel fehlen einen annähernd normalen Menschen dauernd gegen seinen Willen zurückzuhalten. ¶ Bei den alten Anstalten konnte man mit einem Scheine von Berechtigung auf die durchweg vergitterten Fenster, die durchweg verschlossenen Thüren verweisen, die moderne Anstalt muss einen

Kranken, welcher „gesund“ ist, resp. bei dem der Laie auf die Vermuthung geistiger Gesundheit kommen kann, da derselbe doch ein durchaus sociales, annähernd normales Verhalten zeigen muss, diesem Verhalten entsprechend frei d. h. in offenen Abtheilungen oder in einer Familie verpflegen und damit ist dem Betreffenden jederzeit die Möglichkeit gegeben, sich der Anstaltsbehandlung zu entziehen. —

Aeusserere Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Anstalt.

Soll aber die Irrenanstalt ihren Zweck erfüllen, so genügt nicht das blosse Vorhandensein aller jener Faktoren, welche den Begriff „Anstalt“ im Sinne der obigen Definition konstituieren, sondern die Geisteskranken müssen auch Willens und in der Lage sein, die Anstalt aufzusuchen resp. die Angehörigen der Kranken müssen Willens und in der Lage sein, dieselben der Anstalt zuzuführen.

Und da müssen wir mit Bedauern konstatiren, dass der Wille zur Benützung der Anstalten vielfach fehlt, um so mehr fehlt, je mehr der in Frage kommenden Anstalt das Odium des alten „Narrenhauses“ objektiv wegen Rückständigkeit in Bezug auf Bau oder Einrichtung, Organisation oder Leitung oder wegen dauernder oder zeitweiliger Ueberfüllung oder subjektiv wegen einer rückständigen Auffassung des Wesens der Geisteskrankheiten, der Einrichtung und des Zweckes der Irrenanstalten durch die Bevölkerung anhaftet.

Nichts wäre verfehlter als das Mittel zur Beseitigung tief eingewurzelter Vorurtheile in der Ausdehnung der zwangsweisen Einschaffung, in polizeilichen Massnahmen zu suchen: dadurch würde vielleicht vorübergehend den Aeusserungen dieser Vorurtheile vorgebeugt, diese selbst aber würden in ihren Wurzeln gestärkt und gefestigt.

Um sie auszurotten ist es nothwendig peinlich alles zu vermeiden, was der Abneigung, welche leider noch in weiten Kreisen gegen die Anstaltsverpflegung besteht, neue Nahrung geben könnte.

1. Es ist in der baulichen Anlage der Anstalt alles zu vermeiden, was die alte Irrenanstalt äusserlich einem Zuchthause ähnlich machte und ihr damit den Stempel der Strafanstalt aufdrücken, den Makel des Entehrenden anhaften half: statt massiger Gebäude mit vergitterten Fenstern, engen, dunklen Höfen, mit

Gärten, welche ängstlich durch hohe Zäune oder Mauern von der Aussenwelt abgesperrt sind, errichtet die moderne praktische Psychiatrie gefällig angelegte, scheinbar zwanglos gruppirte, kleinere Gebäude, die sich äusserlich in nichts von einem gewöhnlichen Krankenhause resp. von einem Wohnhause unterscheiden; am Hause rankt sich der wilde Wein in die Höhe, eine hübsche Veranda ladet zum Ruhen ein, vor den Häusern dehnen sich gefällige Anlagen aus, welche zu Gärten für die Kranken durch Zäune abgetheilt sind, die sich in nichts von der Umzäunung des Besitzthumes eines beliebigen Privatmannes unterscheiden.

2. Auch sonst ist alles zu vermeiden, was geeignet erscheint, die Irrenanstalt in eine Parallele zu bringen mit einer Strafanstalt und unter diesem Gesichtspunkte ist zu verwerfen:

Die Uniformirung der Geisteskranken (wohl auch des Personales);

Die Anwendung von Isolirung und anderen Formen der mechanischen Beschränkung;

Die häufige zwangsweise Einschaffung von Geisteskranken;

Die Begleitung Geisteskranker auf der Reise durch äusserlich als solche kenntliche Polizeimannschaften;

Die Aussetzung von Prämien auf die Einlieferung entwichener Kranker;

Der Usus, dass Irrenwärter zu Gefängnissaufsehern etc. „avanciren“.

3. Die Anstalt ist nicht ängstlich vom Verkehre abzusperrn — es giebt in ihr nichts, was zu verbergen wäre; besonders die Angehörigen der Kranken haben ein Recht darauf, zu verlangen, dass ihnen der Kranke nicht in einem ad hoc eingerichteten Raume, in einer

Kolb, Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten, Theil A.

ad hoc verbesserten Kleidung „gezeigt“ werde, sondern dass man ihnen Einblick gewähre in die Räume, in welchen sich der Kranke aufhält, in das Verhalten, das er dort zeigt — und die moderne Anstalt, welche die Vereinigung vieler Kranker in einem Raume verwirft und eine ausreichende Separationsmöglichkeit sichert, gestattet die praktische Durchführung dieses Postulates.

Diejenigen Faktoren, welche in erster Linie berufen oder befähigt sind, aufklärend zu wirken (Beamte, Geistliche, Lehrer, Geschworene) mögen thunlichst zu Besuchen angeregt werden; der Bevölkerung der Umgebung ist durch Einrichtung eines poliklinischen Dienstes für Nerven- und Geisteskranken Gelegenheit zu geben, einen Einblick zu thun in das Getriebe der Anstalt, Gelegenheit zu geben, sich von deren Bestrebungen und Leistungen im Dienste der Humanität ein Bild zu machen.

4. Der Psychiater hat ferner die Pflicht, durch populär gehaltene Publikationen mit Hilfe der Presse breite Schichten der Bevölkerung über die Irrenanstalten aufzuklären, durch Wort und Bild ihnen Einblick zu bieten in das Wesen, die Bestrebungen, die Erfolge der modernen Anstalt; er hat vor allem die Pflicht auf diesem Wege Angriffe zurückzuweisen, welche — leider — sogar von Persönlichkeiten gemacht werden, bei denen man, als Correlat der Freiheit, das Gefühl der Verantwortlichkeit voraussetzen sollte.

5. Das beste Mittel aber aktiv das Misstrauen, die Abneigung gegen die Irrenanstalten zu zerstreuen, ist in der Entwicklung der offenen Verpflegung der Kranken, in der Arbeit gegeben, besonders in der Beschäftigung im Freien, welche den Vorübergehenden Gelegenheit gibt, sich von dem annähernd normalen Verhalten der Geisteskranken durch eigene Anschauung zu überzeugen, es ist vor allem gegeben in der Anbahnung und Ausbildung der familiären Verpflegung, welche weitere Kreise der Bevölkerung mit der Anstalt, mit den Geisteskranken in direkte Berührung bringt.

6. Dass sich die alten Vorurtheile gegen die Irrenanstalten so lange erhalten konnten, daran ist sehr häufig der Umstand Schuld, dass eben in der Regel nur sehr wenigen Menschen Gelegenheit gegeben ist, sich durch den Anblick einer Anstalt oder gar einen Einblick in dieselbe ein selbständiges Urtheil über deren wahres Wesen zu bilden; es trifft ja im Durchschnitt in den meisten Ländern eine Anstalt erst auf ein räumlich sehr ausgedehntes Gebiet, sei es, weil man sich zum Baue von sehr grossen Anstalten entschlossen hat, sei es, dass die geringe Benützung derselben durch die Bevölkerung das Bedürfniss zur

Anlage mehrerer Anstalten nicht hat hervortreten lassen. Die weite Entfernung begünstigt die Verkennung und Verschleierung der thatsächlich bestehenden Verhältnisse.

Es genügt nicht durch Bau, Organisation und Betrieb alles zu vermeiden, was die alten Vorurtheile unterstützen könnte, alles zu thun, was denselben entgegenarbeitet, sondern es muss auch breiteren Schichten der Bevölkerung Gelegenheit gegeben sein, die dadurch beabsichtigten Eindrücke auf sich einwirken zu lassen; Gebiete, in welchen eine rückständige Auffassung der Irrenanstalten herrscht, haben statt einer grossen Anstalt, welche naturgemäss von grossen Theilen ihres Versorgungsgebietes weit entfernt ist, eine Anzahl kleinerer Anstalten zu bauen, deren jede von allen Theilen ihres Gebietes leicht erreichbar ist, so dass einem grossen Bruchtheile der Bevölkerung Gelegenheit gegeben ist, sich durch eigene Anschauung eine richtige Auffassung zu bilden.

7. Und das hätte noch einen weiteren Vortheil: nicht wenige Leute scheuen davor zurück, erkrankte Angehörige in einer Anstalt unterzubringen, weil diese weit, 100 km, event. hunderte von Kilometern entfernt ist, da für sie selbst dadurch die Möglichkeit sich von der Unterbringung, der Verpflegung, dem Befinden ihrer Angehörigen durch öfteren Besuch zu überzeugen, praktisch aufgehoben oder doch wesentlich eingeschränkt ist. Der Wegfall dieses Bedenkens wird gerade den moralisch und ethisch besseren Theilen der Bevölkerung den Entschluss der Zuführung ihrer Angehörigen in die Anstalt wesentlich erleichtern.

8. In den gebildeten Kreisen wurzelt die Abneigung gegen die Anstaltsverpflegung vielfach in der Scheu vor der Bezeichnung „Irrenanstalt“: „Ja, wenn man hört, dass mein Sohn, Vater, Bruder in einer „Irrenanstalt“ war, dann ist es vorbei mit seiner Carrière, und er ist ja gar nicht „verrückt“, er ist „nur gemütskrank“; meine Tochter kann nie heirathen, wenn man erfährt, dass ihre Mutter, ihre Schwester, sie selbst einmal in einer „Irrenanstalt“ war“ — und wir haben die Pflicht, jene Anschauung zu respectiren und ihr entgegen zu kommen, indem wir die „Irrenanstalt“ in eine „Heil- und Pflege-Anstalt“ verwandeln.

9. Noch mehr, noch besser werden wir jener Auffassung Rechnung tragen, wenn wir auch den öffentlichen Anstalten eine Abtheilung, Räume und Einrichtungen zur Aufnahme und Verpflegung von nicht eigentlich Geisteskranken (Rekonvalescenten von Psychosen, Nervenkranken, Minderwerthige) angliedern und damit den Angehörigen die Möglichkeit geben, darauf hinzuweisen, dass nicht die Thatsache des Ein-

trittes in die Anstalt das Vorhandensein „des Irrsinns“ präjudicire.

Diese Anordnung ist selbstverständlich nur dann zulässig, wenn die betr. Anstalt den modernen Anschauungen in jeder Hinsicht genügend entspricht und wenn die Bevölkerung des Versorgungsgebietes aufgeklärt genug ist, um den gewünschten Erfolg: Zerstreuung der Abneigung gegen die „Irrenanstalt“ und nicht einen höchst unerwünschten Effect: „Uebertragung der Abneigung gegen die alte Irrenanstalt auch auf die neue Abtheilung für Nervenranke“ voraussehen zu lassen.

10. Die Abneigung gegen die Anstaltsverpflegung wurzelt schliesslich in nicht wenigen Fällen in der Scheu vor den Kosten; sind die Mittel zur Unterbringung und Verpflegung der Kranken bei deren Angehörigen vorhanden, so ist es Sache der anzustrebenden Aufklärung diesen Bedenken entgegen zu treten; sind sie nicht vorhanden, so ist es eine — von den meisten Ländern bereits durch die Gesetzgebung anerkannte und geregelte Pflicht, diese Kosten auf breitere Schultern zu übernehmen.

Als unfähig zur Aufbringung der Kosten ist zu bezeichnen, wer nach Erlegung der Verpflegskosten

nicht mehr in der Lage ist, den nöthigen Lebensunterhalt sich und den Seinen aus seiner bisherigen oder einer entsprechenden neuen Erwerbsthätigkeit zu verschaffen d. h. die eigene Familie darf zur Kostendeckung nur bis zu einem Betrage herangezogen werden, dessen Erlegung die Möglichkeit der künftigen selbstständigen Lebensführung unter Würdigung der bestehenden Verhältnisse nicht ausschliesst.

Ein Punkt, welcher praktisch nicht selten die theoretisch gesicherte Möglichkeit der Zuführung auch unbemittelter Kranker in Anstalten illusorisch macht, muss hier Erwähnung finden: Werden zur Deckung der Kosten, welche aus der Anstaltsverpflegung unbemittelter Geisteskranken erwachsen, die politischen Gemeinden in stärkerer Masse herangezogen, so kann bei sehr kleinen Gemeinden der in Frage kommende Betrag eine sehr erhebliche Erhöhung der Gemeindeumlagen erfordern; sind diese nun an und für sich sehr hoch oder ist die Gemeinde arm, so tritt öfter, als man für möglich halten sollte, der Fall ein, dass der Wunsch, das Bestreben der Angehörigen, ja die Nothwendigkeit einen Kranken in die Anstalt zu verbringen, zurücktritt hinter der Scheu sich der Abneigung des ganzen Dorfes auszusetzen. —



Eine Heil- und Pflege-Anstalt für 600 Kranke.

I. Allgemeine Gesichtspunkte.

Für ein Gebiet von 1 Million Einwohner soll ein generelles Programm aufgestellt werden, welches sich über den planmässigen Ausbau der Irrenfürsorge verbreitet.

Das Programm soll sich über einen Zeitraum von 20 Jahren erstrecken und für den Schluss dieser Periode eine Zahl von Plätzen in Irrenanstalten vorsehen, welche dem normalen Versorgungsbedürfnisse unter den zu jenem Zeitpunkte voraussichtlich gegebenen Verhältnissen entspricht.

Vorhanden sind zwei grosse öffentliche Anstalten, mit je 620—630 Kranken belegbar und belegt, eine städtische, selbständige Durchgangsstation für 30 Kranke der Hauptstadt *A*;

zwei, städtischen allgemeinen Krankenhäusern angegliederte Irrenstationen (Durchgangsstationen) für je 10 Kranke der Mittelstädte *B* und *C*.

Die vorhandenen Anstalten lassen sich nach dem Berichte des psychiatrischen Sachverständigen der Verwaltungsbehörde in einer den modernen Anschauungen entsprechenden Form adaptieren.

Die städtischen Durchgangsstationen entsprechen allen Anforderungen.

Da demnach für 1 000 000 Bewohner $620 + 630 + 50 = 1300$ Plätze in Anstalten vorhanden sind, beträgt

das gegenwärtige Versorgungsverhältniss $\frac{1300}{1000000} = 1:769$; das normale Versorgungsverhältniss wäre, bei 25% städtischer Bevölkerung, 1:400; d. h.

das Gebiet ist von seinem normalen Versorgungsverhältnisse noch recht weit entfernt.

Die Bevölkerung wird voraussichtlich im Laufe der Programmperiode von 20 Jahren um 25% zunehmen; nach Ablauf jener Zeit wird die städtische Bevölkerung voraussichtlich 35% der Gesamtbevölkerung umfassen; das normale Versorgungsverhältniss wird demnach nach 20 Jahren bei einer Bevölkerung von $1250000 \frac{1250000}{1000} \times (2,5 + 10 \times 0,02) = 1250 \times 2,7 = 3375$ Plätze in Anstalten bedingen; 1300 sind, wie oben erwähnt, bereits vorhanden; es ist demnach im Laufe der Programmperiode für $3375 - 1300 =$ für 2075 Kranke Platz in neuen Bauten zu schaffen.

Von den Städten des Gebietes beabsichtigt die Hauptstadt *A* die Anlage einer 2. Durchgangsstation für 20 Geisteskranke im Anschlusse an ein neu zu erbauendes, städtisches allgemeines Krankenhaus.

Die Mittelstadt *D* projektirt den Bau einer selbständigen Durchgangsstation für 20 Geisteskranke.

Die kleinere Mittelstadt *E* hat den Plan, ihrem allgemeinen Krankenhause eine Irrenstation für 10 Kranke anzugliedern.

Ferner ist ein Concessionsgesuch für die Anlage einer Privatanstalt für Pensionäre, welche bis auf 25 Betten erweitert werden soll, eingereicht und wird beilligt werden.

Da demnach durch andere Faktoren die Einrichtung von 75 Krankenbetten vorgesehen ist, hat die beschliessende Vertretung des Gebietes die Einrichtung von $2075 - 75 = 2000$ neuen Anstaltsplätzen für Geisteskranke im Laufe der nächsten 20 Jahre in das Auge zu fassen, d. h. es ist durchschnittlich jährlich für 100 Kranke Platz in Neubauten vorzusehen.

Der beschliessenden Vertretung des Gebietes werden durch die mit der Ausarbeitung des generellen Programmes beauftragte Kommission folgende Vorschläge unterbreitet:

1. Auf die Erweiterung der bereits bestehenden Anstalten wird verzichtet, da diese dadurch ihr homogenes Gefüge verlieren würden, auch eine weitere Zunahme des Krankenstandes die einheitliche Leitung erheblich erschweren würde, da ferner die aus einer Reihe von Gründen dringend wünschenswerthe Ausdehnung der familiären Verpflegungsformen im Anschlusse an Normalanstalten die Errichtung kleinerer Anstalten voraussetzt.

2. Die neu zu schaffenden Plätze sind durchweg in völlig selbständigen Normalanstalten vorzusehen, d. h. in Anstalten, welche aus dem Bereiche des ihnen zugewiesenen Versorgungsgebietes alle Formen von Geisteskranken direkt aus der Familie aufnehmen (mit alleiniger Ausnahme der ihnen aus den städtischen Durchgangsstationen ihres Versorgungsgebietes zugehenden Patienten) und direkt in die Familie zurückgeben; unheilbare Kranke verbleiben in der Anstalt resp. unter der Controlle der Anstalt.

Jede Anstalt hat jedem ihrer Insassen dasjenige Mass von Freiheit, von Annäherung an die gewohnten Lebensverhältnisse zu gewähren, welches jeder einzelne Kranke nach seinem momentanen Zustand zu ertragen fähig ist, d. h. jede Anstalt hat für alle dazu befähigten Kranken Gelegenheit zu einer Beschäftigung vorwiegend im landwirthschaftlichen Betriebe und Gelegenheit zur offenen und familiären Verpflegung vorzusehen.

3. Als Normalgrösse der neuen Anstalten wurde eine Belegung mit 500 Kranken vorgesehen incl. der familiär Verpflegten.

Diese relativ geringe Grösse wurde auf Grund der folgenden Erwägungen gewählt:

Das gegenwärtige, recht ungünstige Versorgungs-

verhältniss weist darauf hin, dass die Irrenanstalten leider noch nicht in einer ihrer Bedeutung und ihren Erfolgen entsprechenden Weise von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Der Grund hierzu liegt nach Ansicht der Kommission einestheils in alten Vorurtheilen der Bevölkerung, anderentheils in der weiten Entfernung, welche die bisher bestehenden Anstalten von grossen Theilen des Gebietes trennt.

Die Anlage einer grösseren Anzahl kleinerer Anstalten ist daher doppelt erwünscht: sie bietet breiteren Schichten der Bevölkerung Gelegenheit sich über das Wesen, die Leistungen und Erfolge der Irrenanstalten auf Grund eigener Anschauung ein Urtheil zu bilden, welches das wirksamste Gegengewicht gegen alte Vorurtheile sein wird und sie schafft möglichst günstige Zuführungsbedingungen: d. h. die durchschnittliche mittlere Entfernung, welche ein Geisteskranker zurückzulegen hat, um zu seiner regionären Anstalt zu gelangen, wird wesentlich vermindert.

Ein weiterer Grund war in dem oben aufgestelltem Postulate der kräftigen Ausdehnung der familiären Verpflegungsform gegeben: Dieselbe ist, nach dem übereinstimmenden Gutachten der Psychiater der Kommission, nur im Anschlusse an kleine Anstalten in dem gedachten und geforderten Umfange möglich; je grösser die Zahl dieser Anstalten ist, desto grössere Kreise der Bevölkerung wird es gelingen zu derselben heranzuziehen. —

Diesen Anschauungen entsprechend sollen die im Laufe der nächsten 20 Jahre neu einzurichtenden 2000 Plätze in

2 Anstalten zu je 500 Kranken,
in einer Anstalt von 600 Kranken,
in einer Anstalt von 400 Kranken
vorgesehen werden.

Die Anstalt für 600 Kranke erhält als Versorgungsgebiet die erwähnte Hauptstadt A und deren Umgebung; bei der grossen Bevölkerungsdichtigkeit wird dieses Versorgungsgebiet wenig mehr als 300 Quadratkilometer umfassen, so dass die natürlichen Zuführungsbedingungen trotz der relativen Grösse der Anstalt die günstigsten sind, während andererseits die Grossstadt nach den statistischen Erhebungen ein Krankenmaterial liefert (sehr zahlreiche Paralytiker und Alkoholiker), welches die Entwicklung der familiären Verpflegung zu der für die anderen Anstalten vorgesehenen Höhe nicht gestattet.

Die Anstalt für 400 Kranke dagegen wurde für

eine Reihe von Gebietstheilen vorgesehen, welche von einer vorwiegend Landwirthschaft treibenden Bevölkerung bewohnt, eine sehr geringe Anzahl von kleinen Städten, eine relativ geringe Bevölkerungsdichte und wenig entwickelte Verkehrsverhältnisse zeigen.

4. Sofort in Bau genommen werden sollen die Anstalten zu 600 und 400 Kranken, deren jede einen Theil des Versorgungsgebietes einer der beiden bereits bestehenden Anstalten zugewiesen erhält, so dass diese beiden Anstalten durch Ueberführung von Kranken in die neuen Anstalten wieder aktionsfähig werden.

Bei einer voraussichtlichen durchschnittlichen Zunahme des Krankenstandes um jährlich 100 Kranke wird die Schaffung von 1000 neuen Plätzen den Bedürfnissen der nächsten 10 Jahre genügen.

Im Anfange des 9. Jahres und weiterhin im Anfange des 14. Jahres d. h. 2 Jahre, bevor voraussichtlich die jeweils bestehenden Anstalten vollkommen besetzt sind, ist mit dem Baue je einer Anstalt von 500 Betten zu beginnen.

Der sofort nach Genehmigung des generellen Programmes ernannte Direktor der neu zu erbauenden Anstalt für 600 Kranke gelangt auf Grund des gesammelten statistischen Materiales zur Aufstellung des

II. allgemeinen Programmes für den Bau der Anstalt.

1. Feststellung des sofortigen wie des alljährlichen Bedarfes an Plätzen.

a) Aus dem Versorgungsgebiete der neuen Anstalt sind in der correspondirenden alten Anstalt untergebracht 225 Kranke, deren Zahl sich, bis zur Fertigstellung der neuen Anstalt, voraussichtlich auf 250 erhöhen wird =

sofortiger Bedarf an Plätzen in Folge der Ueberweisung von Kranken aus einer bereits bestehenden Anstalt.

b) Der ausserordentliche Bedarf an Plätzen in den ersten Jahren in Folge der Hebung der Zuführungsbedingungen

lässt sich auf 150 Plätze veranschlagen.

c) Die durchschnittliche jährliche Zunahme des Krankenstandes durch den Aus-

bau der Irrenfürsorge, in Folge der Zunahme der Bevölkerung wie in Folge des relativ rascheren Wachsthumes der Städte

lässt sich berechnen auf $\frac{600 - (225 + 150)}{20} =$

$\frac{225}{20} = 11-12$ Kranke.

2. Die Hauptabtheilungen für Männer und Frauen sind für die gleiche Krankenzahl eingerichtet.*)

3. Auf jeder der beiden Hauptabtheilungen sind vorzusehen:

I a) Wachabtheilungen für 20% = 60 Kranke, welche sich zu gleichen Theilen auf die Wache für ruhige und die für unruhige Kranke vertheilen,

b) Gelegenheit zu Bettbehandlung für 40% = 120 Kranke,

c) Isolirräume für 1% = 3 Kranke,

d) Einzelzimmer für 5 1/2% = 17 Kranke,

e) eine Infektionsbaracke für 3% = 9 Kranke.

II a) Geschlossene Abtheilungen für 50% = 150 Kranke,

b) offene Abtheilungen für 40% = 120 Kranke.

c) familiäre Verpflegung für 15% = 45 Kranke.

Die 5% Plätze, welche entsprechend dem Fluktuirungsbedürfnisse der Anstalt über die vorgesehene Krankenzahl hinaus zu fordern sind, sind in I b bzw. II a enthalten.

Die Infektionsbaracke und die Isolirzimmer sind für die Berechnung des Fassungsvermögens der Anstalt nicht in Anschlag gebracht.

Die 15% der Plätze, welche in familiärer Verpflegung vorgesehen sind, repräsentiren nur ein unter allen Umständen zu erreichendes Minimum. Zeigt sich das Krankenmaterial wie die Bevölkerung der Umgebung besser geeignet für jene Verpflegungsform als man gegenwärtig annimmt, so ist die Entwicklung der familiären Verpflegung auf Kosten der Verpflegung in offenen Abtheilungen anzustreben.

*) Praktisch würde in einem konkreten Falle die Hauptabtheilung für Männer nur 5 — 10 — 15% grösser anzulegen sein als die für Frauen, da der überwiegende Theil des Krankenmaterialies aus einer Grossstadt stammt, in welcher die den männlichen Theil der Bevölkerung bevorzugenden Psychosen (progressive Paralyse, Störungen auf alkoholischer Basis) zahlreich vertreten zu sein pflegen.

III. Spezielles Programm.

Zur Aufnahme der 315 (300 + 5%) Kranken sind für jede der beiden Hauptabteilungen vorgesehen:

Pa- villon	Ab- thei- lung	Bestimmung.	Betten		Einzel- zimmer	Isolir- zimmer	Sa.
			für Bettbe- hand- lung	in Schlaf- sälen			
I. Geschlossene (klinische) Abteilungen.							
A		Wachabteilung für unruhige Kranke	30	8	4	(1)	42
Aa	I u. II	Geschlossene Abteilung für unruhige und halbruhige Kranke (theilw. Bettbehandlung)	18	18	5	(1)	41
B	I	Wachabteilung für ruhige Kranke	30	—	4	(1)	34
B	II	Geschlossene Abteilung für Bettbehandlung ruhiger Kranke	30	3	5	—	38
In Summa:			108	29	18	(3)	155
II. Offene Abteilungen.							
C	I	Abteilung für sociale Pensionäre	—	11	—	—	11
C	II	Abteilung für weniger sociale Pensionäre (theilw. Bettbeh.)	8	2	1	—	11
D	I, II, III	Offenes Landhaus für ruhige, arbeitende Kranke	—	90	—	—	90
In Summa:			8	103	1	—	112
III. Familiäre Verpflegung							
			4	6	—	—	10
1 Haus für 4 Pflegerfamilien In Privathäusern der Umgebung			—	38	—	—	38
In Summa:			4	44	—	—	48
Insgesamt:			120	176	19	(3)	315

Vorhanden sind demnach nach Vollendung sämtlicher Bauten:

- Ia) Plätze unter Wache für 60 Kranke (je 30 in A und BI),
- b) Gelegenheit zu Bettbehandlung für 116 Kranke (für 30 Kranke in A, für 18 Kranke in AaI und AaII, je 30 Kranke in BI und BII, für 8 Kranke in C),
- c) Isolirräume für 3 Kranke (je 1 in A, AaI, BI),
- d) Einzelzimmer für 19 Kranke (4 in A, 2 in AaI, 3 in AaII, 4 in BI, 5 in BII),
- e) Eine Infektionsbaracke für 9 Kranke.
- IIa) Geschlossene Abteilungen für 155 Patienten (42 in A, 20 in AaI, 21 in AaII, 34 in BI, 38 in BII),
- b) Offene Abteilungen für 112 Kranke (je 11 in CI und CII; 3 mal 30 in DI, DII, DIII),
- c) Familiäre Verpflegung für 48 Patienten.

Sofort in Bau zu geben ist

- Pavillon A (42 Kranke),
 „ B (72 Kranke),
 „ C (22 Kranke).

Die Pavillons DI und DII (60 Kranke).

Das Haus für 4 Pflegerfamilien (10 Kranke).

Die Infektionsbaracke.

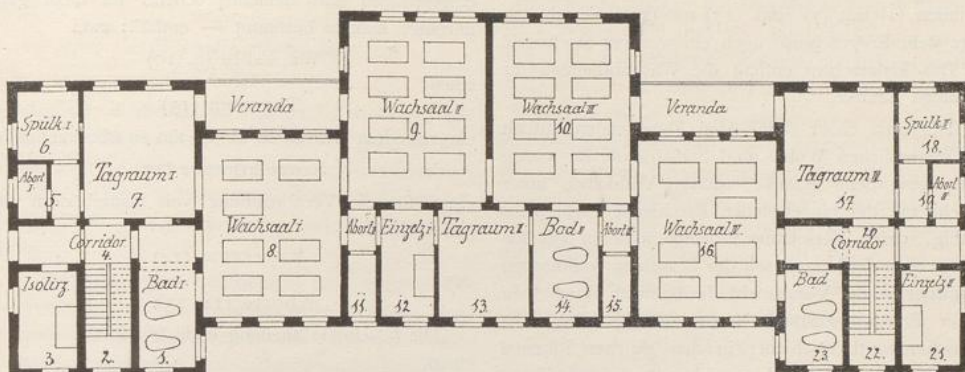
Damit ist Platz geschaffen für $(2 \times 206 = 412)$ Kranke, d. h. entsprechend der Zahl von Kranken, welche aus der alten Anstalt übernommen werden resp. in Folge der Verbesserung der Zuführungsbedingungen voraussichtlich zugehen werden.

In den nächsten Jahren ist konsequent und planmässig die Entwicklung der familiären Verpflegung anzustreben.

Im 4. Jahre ist mit dem Baue des Pavillons Aa, im 11. Jahre mit dem des Pavillons DIII zu beginnen.

IV. Beschreibung der einzelnen Bauten.

1. Pavillon A.



Erdgeschoss.

Wachabtheilung für unruhige Kranke.

Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Boden- fläche qm	Luft Raum cbm	Verwendung	
						Parterre	I. Stock
1	2,80	6,80	3,70	19,04	70,45	Bad I	Einzelzimmer III
2	2,20	5,00	—	11,00	—	Treppe I	Treppe I
3	2,80	4,60	3,70	12,88	47,66	Isolirzimmer	Tagraum der Hausarbeiter (mit Theil von 4)
4	5,40	1,80	—	9,72	35,96	Corridor	Corridor
5	3,00	2,70	—	8,10	29,97	Abort mit Vorplatz	Abort mit Vorplatz
6	—	3,30	—	9,90	36,63	Spülküche I	Abtheilungspfleger
7	5,40	6,20	—	33,48	123,88	Tagraum I	Schlafzimmer der Hausarbeiter
8	6,80	8,60	—	58,48	216,38	Wachsaal I	—
9	—	8,80	—	59,84	221,41	„ II	} teilweise Hauptgarderobe (Giebelzimmer)
10	—	—	—	—	—	„ III	
11	1,35	5,20	—	7,02	25,97	Abort II	
12	2,60	—	—	13,52	50,02	Einzelzimmer I	—
13	4,50	—	—	23,40	86,58	Tagraum II	—
14	3,20	—	—	16,64	61,57	Bad II	—
15	1,35	—	—	7,02	25,97	Abort III	—
16	6,80	8,60	—	58,48	216,38	Wachsaal IV	—
17	5,40	6,20	—	33,48	123,88	Tagraum III	Schlafzimmer der Hausarbeiter
18	3,00	3,30	—	9,90	36,63	Spülküche II	Wachpfleger
19	—	2,70	—	8,10	29,97	Abort mit Vorplatz	Abort mit Vorplatz
20	6,80	1,80	—	12,24	45,29	Corridor	Corridor
21	2,80	4,60	—	12,88	47,66	Einzelzimmer II	Tagraum der Hausarbeiter (mit Theil von 20)
22	2,20	5,00	—	11,00	—	Treppe II	Treppe II
23	2,80	4,60	3,70	12,88	47,66	Bad III	Einzelzimmer IV
						Wachabtheilung für unruhige Kranke:	Hausarbeiter, Reconvalescenten.

Kolb, Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten, Theil B.

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist im Wesentlichen einstockig projektirt, nur die beiden Flügelbauten — entsprechend den Räumen (1) mit (7) resp. (17) mit (23) — erhalten über dem Erdgeschosse noch ein weiteres Stockwerk.

Das Erdgeschosse enthält die Wachabtheilung für unruhige Kranke.

Der erste Stock der beiden Flügelbauten enthält im Wesentlichen Wohn- und Schlafräume für einige ruhig gewordene Kranke, deren Verbleiben unter Wache mit der eingetretenen Beruhigung nicht mehr nöthig, deren Versetzung in einen anderen Pavillon aber wegen der kurzen seit der Besserung verflossenen Zeit oder in der Voraussicht der baldigen Wiederkehr neuer Erregungszustände nicht zulässig oder nicht wünschenswerth erscheint; in den gleichen Räumen ist Platz für einige ruhige, sekundär kranke Hausarbeiter vorgesehen.

Die Tagräume sind von den Schlafräumen durch vertikale Scheidewände getrennt.

Der Bau ist in reinem Pavillonstyl gehalten.

Unterkellerung ist lediglich in der durch die centrale Heizanlage etwa gebotenen Ausdehnung vorgesehen.

Als lichte Höhe der Stockwerke ist — wie bei allen im Folgenden geschilderten Bauten — 3,70 m angenommen. —

II. Spezielle Beschreibung

der einzelnen Stockwerke und Räume.

1. Das Erdgeschosse,

die Wachabtheilung für unruhige Kranke enthaltend, besteht eigentlich aus drei von einander getrennten Unterabtheilungen, welche in Rücksicht auf das Postulat der Uebersichtlichkeit in einer Weise nebeneinander gereiht wurden, welche die Möglichkeit der vollständigen Ueberwachung durch nur zwei Pfleger sichert.

Die 1. Unterabtheilung — bestimmt für die unruhigsten Kranken des Pavillons — enthält: einen

Wachsaal (8)

einen

Tagraum (7)

ein akustisch von diesen Räumen vollkommen getrenntes

Isolirzimmer (3)

einen zur Verabreichung von Dauerbädern eingerichteten

Baderaum (1)

einen

Abort (5) (bezw. auch Abort 11).

Die 2. Unterabtheilung — trennend resp. verbindend zwischen den für die unruhigsten und den für die relativ ruhigsten Elemente bestimmten Saal eingeschoben und dementsprechend für nicht ganz unruhige Kranke bestimmt — enthält: zwei

Wachsäle (9. 10)

einen

Tagraum (13)

ein von dem Wachsaale II (9) aus zu überwachendes

Einzelzimmer (12)

einen für die Verabreichung von Dauerbädern eingerichteten

Baderaum (14)

zwei

Aborte (11. 15).

Die 3. Unterabtheilung endlich enthält:

einen

Wachsaal (16)

einen

Tagraum (17)

ein akustisch vollkommen von den Haupträumen getrenntes

Einzelzimmer (21)

einen kleineren

Baderaum (23)

einen

Abort (19) (bezw. auch Abort 15).

Durch diese dreifache Gliederung der Wachabtheilung ist die Möglichkeit einer separirenden Verpflegung und individualisirenden Sonderung der Kranken gesichert.

Die 4 Wachsäle I, II, III, IV (8. 9. 10. 16) liegen unmittelbar nebeneinander; Wachsaal I und IV bieten je 7 Kranken und einem Pfleger 28 bezw. 20 cbm, Wachsaal II und III je 8 Kranken 28 cbm Luftraum.

Die ununterbrochene Continuität der Ueberwachung und Pflege ist nachts durch eine Doppelwache sicher gestellt.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sämmtlicher Wachsäle sind als durchaus günstige zu bezeichnen:

Die Wachsäle I und IV besitzen je 6 Oeffnungen in 2 einander gegenüberliegenden Wandflächen; bei den Wachsälen II und III, welche nur je 5 Oeffnungen in 2 aneinanderstossenden Wandflächen zeigen, ist die Möglichkeit einer Verbesserung der Ventilationsverhältnisse durch das Oeffnen der in den Tagraum (resp. auch in das Einzelzimmer I) führenden Thüren gegeben.

In der Nacht wird die Abtheilung in der Regel in der Weise getheilt werden, dass die von Wachsaal

II nach WachsaaI III führende Thüre geschlossen gehalten wird; es wird auf diese Weise eine vollkommene optische, eine genügende akustische Trennung der ruhigeren Hälfte der Abtheilung von der unruhigeren erzielt.

An jeden der Wachsäle stösst direkt ein

Tagraum (I, II, III — 7. 13. 17)

an, Tagraum I und III zu WachsaaI I bzw. IV gehörig, bieten je 8, Tagraum II, zu den Wachsälen II und III gehörig, bietet 5—6 Personen einen Luftraum von je 16 cbm; insgesamt stehen in Tagräumen 21 Personen je 4,3 qm bzw. 15,9 cbm zur Verfügung.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind als genügend zu bezeichnen; Tagraum I und III (7. 17) besitzen je 3 Oeffnungen in zwei aneinander stossenden Wandflächen, Tagraum II (13) bei einer Tiefe von nur 5,20 m 2 Oeffnungen in einer Wandfläche.

Von

den Einzelzimmern (12. 21 parterre. 1. 23 I. Stock) wurde eines (12) dem WachsaaI II direct angereicht und auf diese Weise für einen in Einzelverpflegung befindlichen Kranken die Möglichkeit ständiger Ueberwachung und Pflege von diesem Saale aus gesichert; von den übrigen Einzelzimmern wurde eines (21) vollkommen, die beiden anderen (1 und 20 im I. Stock) welche nur Nachts belegt werden sollen, in genügender Weise von allen Haupträumen akustisch getrennt.

Abgesehen von dem Einzelzimmer I (12) welches eine Oeffnung in einer Wandfläche zeigt, besitzen sämtliche Einzelzimmer als Eckzimmer je 2 Fensteröffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen.

Ein

Isolirzimmer (3)

wurde von sämtlichen Haupträumen akustisch vollkommen getrennt, während doch die Nähe der Spülküche (6), in welcher ein stets abkömmlicher Pfleger sich aufhält, wie die Nähe des Tagraumes I (7) und des Bades I (1) die nöthige Aufsicht und Pflege sichert.

Der eben geschilderte Raum besitzt als Eckzimmer 2 Fensteröffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen.

Zur Verabreichung von Bädern stehen

3 Baderäume I, II, III (1. 14. 23)

zur Verfügung, je einer für jede der 3 Unterabtheilungen. Jeder der Baderäume enthält zwei feststehende Wannen, deren Beaufsichtigung in der Regel einem

Pfleger wird anvertraut werden dürfen, da dieser aus den anstossenden Wachsälen I bzw. III und IV jederzeit rasch Unterstützung requiriren kann.

Da für 34 Kranke der Hauptabtheilung 8 Wannen (je 2 feststehende und eine fahrbare Wanne in (1) und (23), 2 feststehende Wannen in (14) vorgesehen sind, trifft auf 4,1 Kranke eine Badegelegenheit.

Den WachsaaI II (9) ausgenommen, von welchem aus man nur durch den Tagraum II (13) in das Bad II (14) gelangt, ist von sämtlichen dauernd oder vorübergehend mit Kranken belegten Räumen ein Bad direkt d. h. ohne dass ein zweiter mit Kranken belegter Raum durchschritten werden müsste, zugänglich.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse stehen den Insassen des Erdgeschosses

4 Aborte (5. 11. 15. 19)

zur Verfügung:

Abort I (5) für die Insassen des Isolirzimmers (3), der Spülküche I (6), des Tagraumes I (7), des Bades I (1),

Abort II (11) für die Insassen des WachsaaI I (8), des WachsaaI II (9), des Einzelzimmers I (12),

Abort III (15) für die Insassen des WachsaaI III (10), des Tagraumes II (13), des Bades II (14), des WachsaaI IV (16),

Abort IV (19) für die Insassen des Tagraumes III (17), der Spülküche II (18), des Einzelzimmers II (21), des Bades III (23).

Mit alleiniger Ausnahme des Tagraumes II (13), welcher von den Aborten II und III durch das Einzelzimmer I bzw. das Bad II getrennt ist, ist von sämtlichen mit Kranken belegten Räumen ein Abort direkt zugänglich. Event. wäre zweckmässig Bad II nach (15), Abort III nach (14) zu verlegen.

In jedem der beiden Flügel ist eine

Spülküche (I und II, 6. 18)

vorgesehen, vom Corridore aus durch einen kleinen Gang zu erreichen. Der in ihr beschäftigte Pfleger vermag in der Regel die Aufsicht über einen event. im Einzelzimmer II (21) oder im Isolirzimmer (3) befindlichen Kranken zu übernehmen und kann im Bedarfsfalle die in der eigentlichen Abtheilung beschäftigten Pfleger leicht unterstützen. Durch einen Schalter stehen die Spülküchen mit den Tagräumen I bzw. III in direkter Verbindung.

Als Eckzimmer besitzen die beiden Spülküchen treffliche Ventilationsverhältnisse — sie verfügen über je 2 Oeffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen.

Im

2. I. Stocke

sind vorgesehen:

2 Tagräume (3. 21)

mit den entsprechenden Theilen der Corridore 4 bezw. 20 für die bei der „Allgemeinen Beschreibung“ S. 64 erwähnten Rekonvalescenten und für ruhige, Hausarbeit verrichtende Kranke, diese Zimmer, welche insgesamt 38,1 qm Bodenfläche, 140,9 cbm Luftraum besitzen und demnach 9 Personen je 4,2 qm bezw. 15,6 cbm zu bieten vermögen, sollen den betr. Kranken nur in den Stunden, in welchen die Spülküchen ausser Betrieb sind, zur Verfügung stehen.

2 Schlafzimmer (7. 17)

über den Tagräumen gelegen und daher während der Nacht einer unzulässigen Störung durch die Patienten des Erdgeschosses nicht ausgesetzt, vermögen je 4 Kranken und 2 Pflegern je 20 cbm Luftraum zu bieten.

Der Eingang zu den

Einzelzimmern (1. 23)

wurde in einer Weise abgeschlossen, welche die Möglichkeit einer Störung der Schlafräume fast völlig ausschaltet.

Als

Zimmer des Abtheilungspflegers

ist Zimmer 6, als

Schlafzimmer für einen Pfleger

Zimmer 18 in Aussicht genommen.

Als

Aborte

dienen (5) und (19).

2 Garderoben

sind in den Bodenräumen vorgesehen.

2 Veranden,

je 6,60 m breit, 2,40 m tief, von den Tagräumen I und III resp. von den Wachsälen II und III zugänglich, ermöglichen auch bettlägerigen Kranken selbst bei weniger günstigem Wetter den Aufenthalt im Freien.

Die Verbindung zwischen den Stockwerken wird durch

2 Treppen (2. 22)

unter allen Umständen sicher gestellt.

Hausthüren

führen in das Freie direkt: von den Corridoren (4. 20), über Veranden: von den Tagräumen I und III und von den Wachsälen II und III.

Für die 34 Patienten der Hauptabtheilung (7 in

(8), 8 in (9), 8 in (10), 7 in (16), je 1 in (12. 21) des Erdgeschosses und (1. 23) des I. Stockes) stehen zur Verfügung

Nachts: 4 Wachsäle (8. 9. 10. 16)

4 Einzelzimmer (12. 21 — 1. 23)

1 Isolirzimmer; in summa 9 Räume.

Tags: 4 Wachsäle, 2 Einzelzimmer, 1 Isolirzimmer, ferner

3 Tagräume (1. 13. 17)

3 Baderäume (1. 14. 23), so dass in Summa 13 Räume verfügbar sind.

Der Index der Separationsmöglichkeit beträgt sohin

Nachts: 3,78

Tags: 2,61.

Trotzdem ist die Uebersichtlichkeit gewahrt:

2 Pfleger vermögen die Wachsäle,

3 Pfleger im Nothfalle die Tagräume und Wachsäle zu übersehen.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Der Pavillon bietet Platz

im Erdgeschoße für 32,

im I. Stocke für 10 Kranke;

fordern wir für die 34 Kranken der Hauptabtheilung einen Pfleger auf 5, für die 8 Kranken der Nebenabtheilung einen Pfleger auf 7 Kranke, so stehen $6,8 + 1,1 = 8$ Pfleger zur Verfügung.

Von diesen hat im Wesentlichen zu versehen

1 Pfleger Spülküche I und das Isolirzimmer,

1 Pfleger Tagraum I und Bad I,

1 Pfleger Wachsaal I und Bad I,

1 Pfleger Wachsaal II, Tagraum II, Einzelzimmer I,

1 Pfleger Wachsaal III, Bad II,

1 Pfleger Wachsaal IV, Bad III,

1 Pfleger Tagraum III, Bad III,

1 Pfleger Spülküche II, Einzelzimmer II.

Einer unter den Pflegern erhält die Funktion des Abtheilungspflegers zugewiesen.

Für die Nacht tritt folgende Vertheilung ein:

Die beiden jeweils nicht wachenden Wachpfleger schlagen ihre Betten im Tagraum II (13) auf;

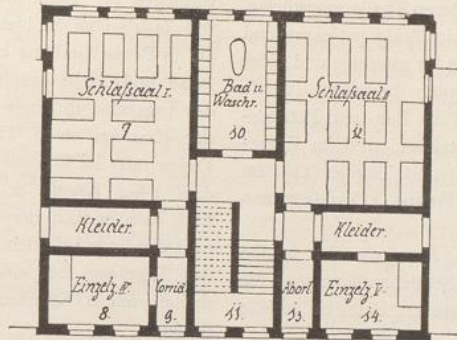
einer der unter Tag in der Abtheilung Dienstthuenden, also mit den Kranken vertrauten Pfleger schläft im Wachsäle IV;

der Abtheilungspfleger in Nr. (6),

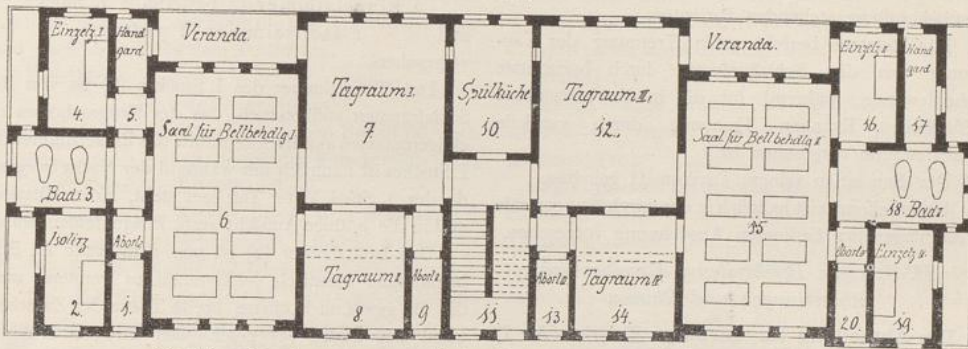
ein Pfleger in Nr. (18),

je 1—2 Pfleger in (7) und (17) des I. Stockes, während die übrigen Pfleger die Wachpfleger ablösen oder als Ersatz für ihre in eigenen Häuschen schlafenden Kameraden eintreten.

2. Pavillon Aa.



I. Stock.



Unruhige Kranke. Erdgeschoss. Halbruhige Kranke.

Geschlossene Abtheilung für unruhige und halbruhige Kranke (theilweise Bettbehandlung).

Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Bodenfläche qm	Luftraum cbm	Verwendung		
						Parterre	I. Stock	Bemerkungen
1	1,40	5,00	3,70	7,00	25,90	Abort I	—	Für unruhige Kranke
2	2,60	"	"	13,00	48,10	Isolirzimmer	—	
3	5,80	3,20	"	18,56	68,67	Bad I	—	
4	2,60	5,00	"	13,00	48,10	Einzelzimmer I	—	
5	1,40	"	"	7,00	25,90	Handgarderobe I	—	
6	6,60	11,20	"	73,92	273,50	Saal für Bettbehandlung I	—	
7	6,40	8,30	"	53,12	196,54	Tagraum I	Schlafsaal I	
8	4,60	5,30	"	24,38	90,21	" II	thw. Einzelzimmer IV	
9	1,40	"	"	7,42	27,45	Abort II	Corridor	
10	3,60	5,80	"	20,88	77,26	Spülküche	Bad, und Waschr.	
11	"	7,80	—	28,08	—	Treppe	Treppe	
12	6,40	8,30	3,70	53,12	196,54	Tagraum III	Schlafsaal II	
13	1,40	5,30	"	7,42	27,45	Abort III	Abort	
14	4,60	"	"	24,38	90,21	Tagraum IV	thw. Einzelzimmer V	
15	6,60	11,20	"	73,92	273,50	Saal f. Bettbehandlung II	—	Für halbruhige Kranke
16	2,60	5,00	"	13,00	48,10	Einzelzimmer II	—	
17	1,40	"	"	7,00	25,90	Handgarderobe II	—	
18	5,80	3,20	"	18,56	68,67	Bad II	—	
19	2,60	5,00	"	13,00	48,10	Einzelzimmer III	—	
20	1,40	"	"	7,00	25,90	Abort IV	—	
Tagräume und Säle für Bettbehandlung							Schlafsäle.	

Kolb, Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten, Theil B.

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist in seinem mittleren Theile zweistöckig, in den beiden Flügeltheilen einstöckig projektirt und zur Aufnahme einer Abtheilung für unruhige und einer solchen für halbruhige Patienten bestimmt. Beide Abtheilungen, in Rücksicht auf die Bau- und Betriebskosten in einem Pavillon vereinigt, sind im Erdgeschoße durch Spülküche (10) und Treppe (11), im 1. Stocke durch Bad (10) und Treppe (11) vollkommen von einander getrennt.

Das Erdgeschoß enthält für jede der beiden Abtheilungen einen Saal für Bettbehandlung und die Tagräume für sämtliche ausser Bett befindliche Kranke des Pavillons.

Der 1. Stock enthält Schlafräume für die nicht unter Bettbehandlung stehenden Patienten. —

Für Letztere besteht sohin Trennung der Tagräume von den Schlafzimmern durch horizontale Scheidewände, während für die in Bettbehandlung befindlichen Kranken Trennung durch vertikale Scheidewände vorgesehen ist.

Der Bau ist in reinem Pavillonstyl gehalten.

Unterkellerung ist lediglich in der durch eine centrale Heizanlage etwa bedingten Ausdehnung vorgesehen.

II. Specielle Beschreibung der einzelnen Abtheilungen und Räume.

1. Die Abtheilung für unruhige Kranke (Aa I) enthält zunächst

einen Saal für Bettbehandlung
(6. im Erdgeschoße)

welcher 9 Kranken und einem Pfleger den nothwendigen Luftraum von 28 (bezw. 20) cbm zu bieten vermag.

Die Aufstellung einer Nachtwache ist nicht vorgesehen.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse dürfen, nachdem 6 Fenster in 2 einander gegenüberliegenden Wandflächen vorhanden sind, als günstig bezeichnet werden.

Als Schlafsaal (1)

für die nicht in Bettbehandlung befindlichen Kranken der Abtheilung ist Zimmer No. 7 im 1. Stocke vorgesehen, welches 10 Insassen (9 Kranken und 1 Pfleger) je 20 cbm Luftraum zu bieten vermag.

Der Saal besitzt 5 Oeffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen, welche ihm entsprechende Ventilationsverhältnisse sichern.

Die Tagräume [I und II (7. 8)]

befinden sich im Erdgeschoße und sind, direkt aneinander grenzend, beide von dem an sie angrenzenden Saale für Bettbehandlung (6) aus zugänglich.

Bei 77,5 qm Bodenfläche, 286,75 cbm Rauminhalt vermögen die Tagräume 18 Personen einen Luftraum von je 16 cbm zu bieten; berücksichtigen wir, dass die in Bettbehandlung befindlichen Kranken nur theilweise und meist vorübergehend für die Benützung der Tagräume in Frage kommen, dass ferner einzelne der Kranken einen Theil des Tages auf Arbeit im Freien oder im Werkstättenbau abwesend sein werden, dass 1—2 Kranke in der Spülküche etc. beschäftigt sind, dass endlich der eine oder andere Kranke sich im Dauerbade befinden wird, so werden wir die Grösse der Tagräume bei einer Maximalbelegung der Abtheilung mit 20 Kranken eben als genügend bezeichnen dürfen.

Für Einzelverpflegung sind

2 Einzelzimmer (4 parterre, 8 I. Stock)
und 1 Isolirzimmer (2 parterre)
vorgesehen.

Das Einzelzimmer des I. Stockes (8) ist von den Schlafräumen vollkommen, das des Erdgeschoßes (4) einigermaassen akustisch getrennt; das Einzelzimmer des I. Stockes ist natürlich nur während der Nacht belegbar, da der 1. Stock unter Tag leer steht, einem Insassen mithin die nöthige Aufsicht resp. Pflege fehlen würde.

Das Isolirzimmer (2) ist von dem Saale für Bettbehandlung akustisch vollkommen zu trennen, wenn die für gewöhnlich offene, breite Thüre der Zwischenwand des Bades (3) geschlossen wird; eine gegenseitige Störung der im Einzelzimmer I (4) und Isolirzimmer (2) ausnahmsweise etwa gleichzeitig untergebrachten Kranken ist durch die Anordnung der Thüren so gut wie ausgeschlossen.

Sämmtliche für Einzelverpflegung bestimmte Räume haben 2 Fensteröffnungen und zwar Isolirzimmer (2) und Einzelzimmer I (4) in 2 aneinander stossenden Wandflächen, Einzelzimmer IV (8 des 1. Stockes) in einer Wandfläche.

Das Bad I (3)

ist vom Saale für Bettbehandlung, vom Isolirzimmer, vom Abort I (1) aus direkt, vom Einzelzimmer I (4) aus leicht zugänglich; ein Pfleger wird zur Ueberwachung auch von zwei im Dauerbade befindlichen Kranken in der Regel genügen, da er aus dem anstossenden Saale leicht und rasch Unterstützung requiriren kann; der Abtheilung neu zugehende Kranke betreten in der Regel den Pavillon durch diesen Raum, in welchem sie vor dem Niederlegen gebadet werden.

Für die nicht unter Bettbehandlung stehenden Patienten ist ein

II. Baderaum (10 I. Stock)

vorgesehen, der zugleich von den im 1. Stocke schlafenden Kranken der Abtheilung für halbruhige Kranke

benützt wird, und ausser einer Wanne eigene Wasch-
gelegenheit für jeden einzelnen der für die Benützung
in Frage kommenden Patienten enthält.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse
stehen den Abtheilungsinsassen

2 Aborte (I. II) (1. 9)

zur Verfügung:

Abort I (1) welcher das Isolirzimmer akustisch
von dem Saale für Bettbehandlung separirt, für die
Insassen jenes Saales (6) sowie für die event. im
Einzelzimmer (4), im Bade (3), im Isolirzimmer be-
findlichen Kranken;

Abort II (9) für die Insassen der beiden Tag-
räume (7. 8);

Ein weiterer Abort (13) im ersten Stocke ist zur
Benützung für die nicht in Bettbehandlung befindlichen
Kranken während der Nacht resp. unmittelbar vor
und nach dem Aufstehen bestimmt.

Eine kleine

Handgarderobe (5)

welche lediglich die für den täglichen Bedarf nöthigen
Kleidungsstücke enthält, trennt das Einzelzimmer I (4)
von dem Saale für Bettbehandlung.

Die abgelegten Kleider der in dem Schlafsaale I
des 1. Stockes (7) schlafenden Kranken werden für
die Dauer der Nacht auf fahrbaren Kleiderständern
in den das Einzelzimmer IV (8) vom Schlafsaale
trennenden Raum gefahren. —

Eine Veranda,

6,40 m breit, 2,40 m tief, vor den Fenstern des
Saales (6) laufend und vom Tagraume I (7) aus zu-
gänglich, gestattet einzelne Kranke auch bei weniger
günstigem Wetter in das Freie zu bringen.

Die Spülküche (10)

wurde zwischen die beiden Abtheilungen des Pavillons,
diese trennend resp. in gewisser Weise — für die
Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung und Aus-
hilfe des Personales der beiden Abtheilungen — ver-
bindend eingeschoben; sie steht durch je eine Oeffnung
zum Hinausgeben der Speisen und des Geschirres
mit den Tagräumen I (7) und III (12) der beiden Ab-
theilungen in direkter Verbindung; der in ihr mit einigen
ruhigen, Hausarbeit verrichtenden Kranken beschäftigte
Pfleger ist durch diese Anordnung der Spülküche
in die Lage versetzt, im Nothfalle in jeder der beiden
Abtheilungen rasch unterstützend eingreifen zu können.

Eine Treppe (11)

sichert die Verbindung zwischen den Stockwerken.

Hausthüren

führen in das Freie:

von (11. 3. 18) direkt,

von (7. und 12) über Veranden.

Die in der andern Hälfte des Baues untergebrachte
2. Abtheilung für halbruhige Kranke (A a II)
zeigt im Wesentlichen die gleiche Eintheilung und
Verwendung der Räume.

Als Ausnahme sind lediglich zu erwähnen:

Entsprechend dem ruhigeren Character dieser
Abtheilung wurde

1. auf die Anlage eines Isolirzimmers verzichtet und
der correspondirende Raum (19) als Einzelzimmer
vorgesehen,

2. die akustische Trennung des mit dem Einzel-
zimmer I (4) correspondirenden Einzelzimmers II
(16) von dem Saale für Bettbehandlung (15)
unterlassen und dasselbe direkt an diesen Saal
angeschlossen,

3. das Einzelzimmer V (14) weniger vollkommen
von dem Schlafsaale II (12) getrennt als das ent-
sprechende Einzelzimmer IV (8) von dem Schlaf-
saale I (7).

Einige ruhige, Hausarbeit verrichtende Kranke
schlafen mit den Patienten dieser Abtheilung im
Schlafsaal (12).

Eine gegenseitige Störung der in den beiden Ab-
theilungen befindlichen Kranken erscheint durch die
Thatsache ausgeschlossen, dass zwischen die Tagräume
des Erdgeschosses — Spülküche (10) und Treppe (11),
zwischen die Schlafräume des 1. Stockes — Bad (10)
und Treppe (11) eingeschoben wurde. —

In Giebelzimmern wurde eine

Hauptgarderobe

und ein Zimmer für Requisiten
vorgesehen.

Der Pavillon bietet Platz

im Erdgeschoße: in (4) für 1 Kranken

„ (6) „ 9 Kranke 1 Pfleger

„ (15) „ 9 „ 1 „

„ (16) „ 1 Kranken

„ (19) „ 1 „

im I. Stocke: „ (7) „ 9 Kranke 1 Pfleger

„ (12) „ 9 „ 1 „

„ (8) „ 1 Kranken

„ (14) „ 1 „

in Summa für 41 Kranke.

Zu therapeutischen Zwecken sind 6 Badewannen
[je 2 feststehende und 1 fahrbare in (3 und 18)]
vorhanden; es trifft demnach auf nicht ganz 6 Kranke
eine Badegelegenheit.

Ferner sind vorgesehen:

Nachts: Parterre (2. 4. 6. 15. 16. 19), I. Stock
(7. 8. 12. 14) in summa 10 Räume.

Tags: Parterre (2. 3. 4. 6. 7. 8. 12. 14. 15. 16.
18. 19) in Summa 12 Räume.

Der Index der Separierungsmöglichkeit beträgt sohin
 Nachts: 4,10
 Tags: 3,42.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Fordern wir für 7 Kranke 1 Pfleger, so stehen insgesamt 6 Pfleger zur Verfügung; von diesen haben Dienst:

1 in der Spülküche resp. bei den Reinigungsarbeiten,
 3 in der Abtheilung für unruhige Kranke (1 im

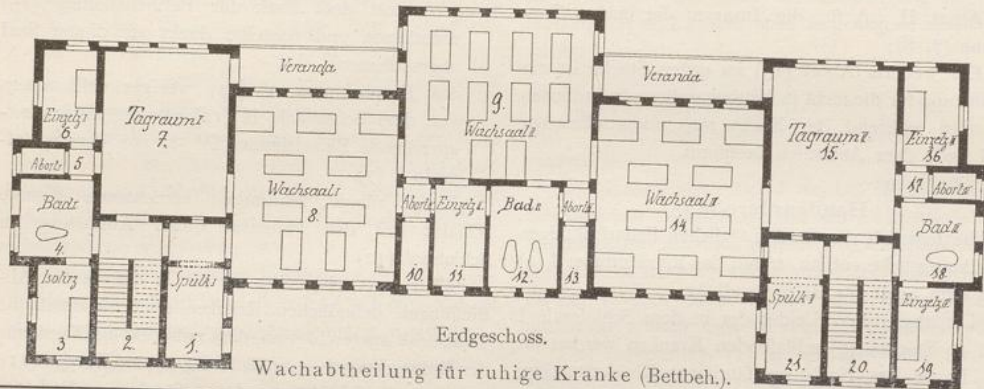
Saale für Bettbehandlung, 1 im Bade, 1 in den Tagräumen),

2 in der Abtheilung für halbruhige Kranke.

1 Pfleger erhält die Funktion des Abtheilungspfleger zugewiesen.

Nachts schläft je ein Pfleger in (6) und (15) des Erdgeschosses und in (7) und (12) des I. Stockes; die zwei restirenden Pfleger lösen die Wachpfleger resp. die bei den Familien schlafenden verheirateten Pfleger für die Nacht ab.

3. Pavillon B.



Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Bodenfläche qm	Luftraum cbm	Verwendung		
						Parterre	I. Stock	II. Stock
1	2,80	7,00	3,70	19,60	72,52	Spülküche	Einzelzimmer V	—
2	3,20	"	—	22,40	—	Treppe I	Treppe I	—
3	2,80	4,70	3,70	13,16	48,69	Isolirzimmer	Untersuchungszimmer	—
4	3,80	4,00	"	15,20	56,24	Bad I	Bad I	Hausarbeiter
5	"	1,35	"	5,13	18,98	Abort I	Abort I	Abort
6	2,80	4,70	"	13,16	48,69	Einzelzimmer I	Einzelzimmer VI	—
7	6,40	8,40	"	53,76	198,91	Tagraum I	Tagraum I	Garderobe I (Giebelz.)
8	8,60	9,60	"	82,56	305,47	Wachsäle I	Saal f. Bettbehandlung I	—
9	9,60	8,40	"	80,64	298,37	" II	" " " II	Requisiten (Giebelz.)
10	1,35	5,20	"	7,02	25,97	Abort II	Abort II	—
11	2,60	"	"	13,52	50,02	Einzelzimmer II	Einzelzimmer VII	—
12	3,60	"	"	18,72	69,26	Bad II	Bad II	—
13	1,35	"	"	7,02	25,97	Abort III	Abort III	—
14	8,60	9,60	"	82,56	305,47	Wachsäle III	Saal f. Bettbehandlung III	—
15	6,40	8,40	"	53,76	198,91	Tagraum II	Tagraum II	Garderobe II (Giebelz.)
16	2,80	4,70	"	13,16	48,69	Einzelzimmer III	Einzelzimmer VIII	—
17	3,80	1,35	"	5,13	18,98	Abort IV	Abort IV	Abort
18	"	4,00	"	15,20	56,24	Bad III	Verbandzimmer	Hausarbeiter
19	2,80	4,70	"	13,16	48,69	Einzelzimmer IV	Zimmer des Abtheilungspfleger	—
20	3,20	7,00	—	22,40	—	Treppe II		Treppe II
21	2,80	"	3,70	19,60	72,52	Spülküche II	Einzelzimmer IX	—
Wachabtheilung für ruhige Kranke (BI)						Geschlossene Abtheilung für Bettbehandlung ruhiger Kranker (BII)	Hausarbeiter	

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist im Wesentlichen zweistöckig projektirt, nur die beiden Flügelbauten erhalten entsprechend den Räumen (4. 5) bzw. (17. 18) über dem Erdgeschoss und dem I. Stocke noch einen Aufbau.

Das Erdgeschoss enthält die Wachabtheilung für ruhige Kranke (BI);

Der I. Stock eine geschlossene Abtheilung für Bettbehandlung ruhiger Kranker (BII);

In den Aufbauten sind Schlafräume für einige ruhige, zur Hausarbeit heranzuziehende Kranke vorgesehen.

Die Tagräume sind von den Schlafräumen durch vertikale Scheidewände getrennt.

Der Bau ist in reinem Pavillonstyl gehalten.

Unterkellerung ist lediglich in der durch eine centrale Heizanlage etwa bedingten Ausdehnung vorgesehen.

II. Spezielle Beschreibung der einzelnen Stockwerke und Räume.

1. Das Erdgeschoss

enthält zunächst drei neben einander liegende

Wachsäle I, II, III (8. 9. 14),

deren jeder 10 Kranken und 1 Pfleger einen Luftraum von je 28 (bzw. 20) cbm zu bieten vermag. Wird die Vertheilung der Kranken in der Weise geregelt, dass in dem Wachsahl II (9), in welchem nachts der wachhabende Pfleger in der Regel sich aufzuhalten hat, die der striktesten Ueberwachung bedürftigen Kranken untergebracht sind, so wird es zur Ausdehnung der Ueberwachung und Pflege auch auf die Nacht in der Regel genügen, einen Wachpfleger aufzustellen, der durch die breiten Thüren einen guten Theil der beiden anstossenden Wachsäle I und III (8. 14) in genügender Weise übersehen kann.

Häufen sich Elemente, welche einer besonderen Ueberwachung oder Pflege bedürfen, vorübergehend an, so wird die zeitweise Etablierung einer Doppelwache kaum zu vermeiden sein; in jenem Falle besteht die Möglichkeit, durch das Verschliessen der zwischen (8) und (9), resp. zwischen (9) und (14) liegenden Thüren die Abtheilung auch nachts in zwei Theile zu theilen, welche optisch vollkommen, akustisch in durchaus genügender Weise von einander getrennt sind.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilations-

verhältnisse der Wachsäle sind durchweg als günstig zu bezeichnen: Wachsahl I und III zeigen je 8 Oeffnungen in 2 einander gegenüber liegenden Wandflächen, Wachsahl II zeigt 8 Oeffnungen in 3 Wandflächen.

Die für die Nacht unter gewissen Voraussetzungen bestehende Möglichkeit, die Abtheilung in 2 selbständige Theile zu trennen, ist Tags unter allen Umständen gegeben: Die eine Unterabtheilung, den Tagraum I (7), den Wachsahl I (8) und die nöthigen Nebenräume umfassend, möge den insocialeren, die andere Unterabtheilung, aus dem Wachsahl III (14), dem Tagraum II (15) und den nöthigen Nebenräumen bestehend, möge den socialen Elementen der Abtheilung reservirt bleiben. Die Insassen des Wachsahles II (9) können je nach Bedarf der einen oder der anderen dieser Unterabtheilungen zugetheilt resp. auf beide vertheilt werden; auch als 3. Unterabtheilung könnte man den Saal auffassen, da ihm alle nothwendigen Nebenräume direkt angereiht sind und zur vollkommenen Selbstständigkeit lediglich ein eigener Tagraum fehlt.

Die

Tagräume I und II (7. 15)

sind von den Wachsälen I und III (8. 14) direkt zugänglich, während die Insassen des Wachsahles II (9) einen der beiden anderen Wachsäle passiren müssen, um einen Tagraum zu erreichen.

Der hierin liegende Nachtheil erscheint in etwas milderem Lichte, wenn wir berücksichtigen, dass dieser Wachsahl II (9) für diejenigen Patienten bestimmt sein soll, welche der intensivsten Ueberwachung bedürfen: es werden dies in der überwiegenden Mehrzahl solche Kranke sein, welche einer fast kompletten Bettbehandlung unterliegen, für die Benützung der Tagräume also nur theilweise und nur vorübergehend in Frage kommen.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind als genügend zu bezeichnen — jeder Tagraum hat 4 Oeffnungen in 2 aneinandertossenden Wandflächen; die etwas ungünstigen, rückwärtigen Theile der Säle erhalten durch breite Thüröffnungen Licht aus den trefflich belichteten Wachsälen I und III.

Bei 107 qm Bodenfläche, 398 cbm Rauminhalt vermögen die Tagräume 25 Kranken je 4,5 qm bzw. 16 cbm zu bieten, d. h. sie besitzen Raum für gut $\frac{2}{3}$ der in der Abtheilung vereinigten Kranken.

Für Einzelverpflegung sind vorgesehen

4 Einzelzimmer I, II, III, IV (6. 11. 16. 19)

und ein

Isolierzimmer (3).

Eines der Einzelzimmer (11) wurde dem Wachsäle II (9) in einer Weise angereiht, dass es auch nachts von dem in jenem Saale stationirten Wachpflieger leicht vollkommen übersehen werden kann.

Dieses Einzelzimmer zeigt nur eine Fensteröffnung.

2 Einzelzimmer [I (6) und III (16)] wurden den Tagräumen I und II (7. 15) direkt angereiht — auf diese Weise die Möglichkeit einer vollkommenen Ueberwachung derselben von den Tagräumen aus für den Tag, eine annähernd genügend akustische Separierung von den Wachsälen für die Nacht erreicht.

Ein weiteres Einzelzimmer [IV (19)] und das Isolierzimmer (3) endlich wurden von allen Haupträumen akustisch vollkommen separirt, während die direkte Nachbarschaft des Bades (4 resp. 18) die Möglichkeit der Badebehandlung und einer recht häufigen Controlle sichert.

Mit einziger Ausnahme des Einzelzimmers II (11) sind sämtliche für Einzelverpflegung vorgesehene Räume Eckzimmer und verfügen über je 2 Fensteröffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen und damit über die denkbar günstigsten natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse.

3 Baderäume (4. 12. 18)

sichern die Möglichkeit der weitgehenden Anwendung der Badebehandlung. Die den Einzelzimmern benachbarten und von den Wachsälen akustisch getrennten Baderäume I und III (4. 18) sind in erster Linie für Dauerbäder erregter Kranker bestimmt; dem Pavillon neu zugehende Kranke, welche denselben durch die hier vorgesehenen Hausthüren betreten, werden vor dem Niederlegen hier gebadet.

Von sämtlichen dauernd oder vorübergehend mit Kranken belegten Räumen ist ein Baderaum direkt d. h. ohne dass ein 2. mit Kranken belegter Raum passirt werden müsste, zugänglich.

Da für die 34 Patienten, mit denen die Abtheilung maximal belegt werden kann, 5 Wannen (je 1 in (4) und (18); 2 in (12), eine fahrbare Wanne) vorgesehen sind, trifft auf 6,8 Kranke eine Badegelegenheit.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse stehen den Abtheilungsinsassen

4 Aborte (5. 10. 13. 17)

zur Verfügung und zwar

Abort I (5) für die Insassen des Isolierzimmers, des Einzelzimmers I, des Tagraumes I, der Spülküche I, des Bades I.

„ II für die Insassen des Wachsäles I, des Einzelzimmers II.

„ III für die Insassen der Wachsäle II u. III.

„ IV für die Insassen des Tagraumes II, der Einzelzimmer III und IV, der Spülküche II, des Bades III,

d. h. abgesehen von den in den Spülküchen beschäftigten Personen und von den event. Insassen des Isolierzimmers (3) und des Einzelzimmers IV (19), welche den Baderaum I (4) resp. III (18) durchschreiten müssen, um zu einem Abort zu gelangen, kann jeder Insasse des Pavillons, wo immer er sich auch aufhalten möge, einen Abort direkt erreichen.

2 Spülküchen I und II

sind in (1) und (21) vorgesehen; Spülküche II (21) steht mit dem Wachsäle III und dem Tagraume II, Spülküche I (1) mit dem Wachsäle I und dem Tagraume I durch einen Schalter, der zum Hinausreichen der Speisen und des Geschirres bestimmt ist, in direkter Verbindung. Durch diesen direkten Anschluss an die Haupträume sind die in den Spülküchen beschäftigten Pfleger in die Lage gesetzt, jederzeit leicht und rasch das in der eigentlichen Abtheilung thätige Personal abzulösen resp. im Bedarfsfalle zu unterstützen.

Da jede Spülküche 3 Oeffnungen in 2 aneinander stossenden Wandflächen besitzt, dürfen die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse als entsprechende bezeichnet werden.

2 Veranden

8,40 m breit, 2,20 m tief, vom Wachsäle II und von den beiden Tagräumen aus zugänglich, gestatten auch bettlägerige Kranke selbst bei weniger günstigem Wetter zeitweise in das Freie zu bringen.

Die Abtheilung bietet Platz

in (8. 9. 14) für je 10,

in (6. 11. 16. 19) für je 1 Kranken, in Summa für 34 Patienten.

Für diese stehen zur Verfügung

Nachts: 3 Wachsäle

4 Einzelzimmer

1 Isolierzimmer

= 8 Räume; zu diesen treten

Tags: 2 Tagräume

3 Baderäume,

so dass 13 Räume unter Tag verfügbar sind.

Der Index der Separierungsmöglichkeit beträgt
sohin:

Nachts: 4,25
Tags: 2,62.

2. Der I. Stock,

zur Aufnahme einer für Bettbehandlung eingerichteten geschlossenen Abtheilung für ruhige Kranke bestimmt, zeigt im Wesentlichen dieselbe Eintheilung und Verwendung der Räume wie das Erdgeschoss; abgesehen von dem Fehlen einer ständigen, auch über die Dauer der Nacht ausgedehnten Ueberwachung sind als Unterschiede nur namhaft zu machen:

Die im Parterre als Spülküchen verwendeten Räume (1 und 21) dienen im I. Stocke, mit dem Saale für Bettbehandlung I (8) resp. III (14) durch Thüren verbunden als

Einzelzimmer.

Der dem Isolirzimmer (3) entsprechende Raum dient als

Untersuchungszimmer,

Raum 18, der im Erdgeschoße als 3. Bad dient, möge im I. Stocke als

Verbandzimmer

Verwendung finden, Zimmer 19 unter Tag dem

Abtheilungspfleger

zur Verfügung stehen.

3. In den Aufbauten

dienen die Räume (4) und (18) als Schlafzimmer für je 1—2 ruhige Hausarbeit verrichtende Kranke

und einen Pfleger; denen in (5) und (17) auch

2 Aborte

zur Verfügung stehen.

In Giebelzimmern sind

2 Garderoben

und ein

Requisitenzimmer

vorgesehen. —

Die Verbindung zwischen den Stockwerken wird durch

2 Treppenhäuser (2. 20)

unter allen Umständen sicher gestellt.

Hausthüren

führen in das Freie direkt: von den Spülküchen (1. 21), den Treppenhäusern (2. 20), den Baderäumen I und III (4. 18); über Veranden: von dem Wachsaae II (9) und den beiden Tagräumen (7. 15) aus.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Der Pavillon bietet Platz

im Erdgesch. (BI) f. 34 Kranke [je 10 in (8. 9. 14) je 1 in (6. 11. 16. 19)],

im I. Stocke (BII) f. 35 Kranke [je 10 in (8. 9. 14) je 1 in (1. 6. 11. 16. 21)],

im II. Stocke für 3 Kranke

in Summa für 72 Patienten.

Fordern wir für die Wachabtheilung auf je 5 Kranke, für die geschlossene Abtheilung auf je 6 Kranke 1 Pfleger, so stehen $6,8 + 6,3 = 13$ Pfleger zur Verfügung.

6 Pfleger, von denen einer die Funktion des Abtheilungspflegers zugewiesen erhält, haben Dienst in der eigentlichen Abtheilung des Erdgeschosses und zwar je 1 in den beiden Tagräumen und in den 3 Wachsälen, während der 6. in einem der Baderäume Verwendung findet; in den Morgen- und in den Abendstunden, wenn sämtliche Kranke noch oder wieder zu Bette liegen und in den Mittagsstunden, wenn sämtliche Insassen des einen oder des anderen Wachsaaes sich ausser Bett befinden, wird es unter allen Umständen möglich sein, noch 1—2 Pfleger für den event. Dienst in den Badezimmern zu erübrigen.

5 Pfleger haben Dienst im I. Stocke und zwar in der Regel je einer in jedem der 5 Haupträume.

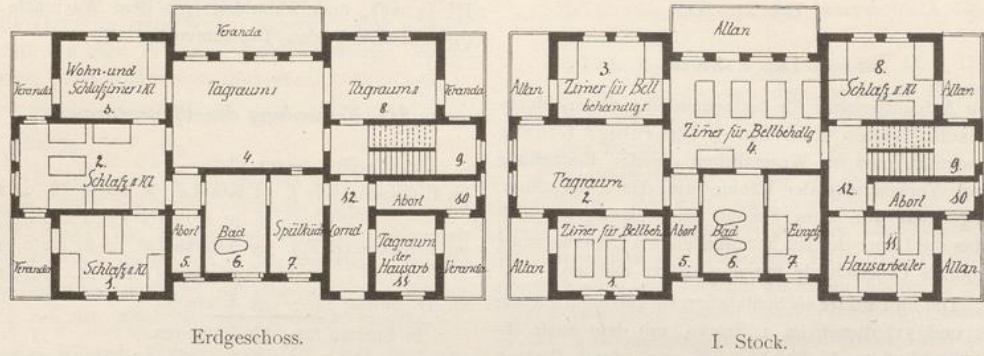
Die restirenden beiden Pfleger leiten die Hausarbeit verrichtenden Kranken bei ihren Arbeiten in den Spülküchen an und machen, wenn dort entbehrlich, Dienst in einem der Baderäume.

Für die Nacht tritt folgende Vertheilung ein:

Der jeweils nicht wachhabende Wachpfleger schläft in Wachsaa III (14), je einer der unter Tag in der Abtheilung Dienst thuenenden Pfleger schläft in Wachsaa I und II (8. 9).

Im I. Stocke schläft je ein Pfleger in (8. 9. 14); der Abtheilungspfleger schläft in (18) und ein weiterer Pfleger in (4) des II. Stockes, während die restirenden 6 Pfleger die Wachpfleger resp. die Pfleger anderer Abtheilungen, welche verheiratet sind und im eigenen Heim schlafen, ablösen.

4. Pavillon C.



Abtheilung für sociale Kranke.

Abtheilung für insocialere Kranke.

Offene Villa für Pensionäre.

Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Bodenfläche qm	Luftraum cbm	Verwendung	
						Parterre	I. Stock
1	5,00	4,00	3,70	22,40	82,88	Schlafzimmer II. Kl. (3)	Zimmer f. Bettbehandl. I (2)
2	7,80	4,50	"	35,10	129,87	" II. " (4)	Tagraum
3	5,60	4,00	"	22,40	82,88	{Wohn-u. Schlafzimmer I. Kl. (1)}	Zimmer f. Bettbehandl. II (1)
4	8,00	5,70	"	45,60	168,72	Tagraum I	" " " III (4)
5	1,50	5,30	"	7,95	29,42	Abort I	Abort I
6	3,20	"	"	10,96	62,75	Bad	Bad
7	2,80	"	"	14,84	54,91	Spülküche	Einzelzimmer (1)
8	5,60	4,00	"	22,40	82,88	Tagraum II	Schlafzimmer II. Klasse (3)
9	5,80	2,60	—	15,08	—	Treppe	Treppe
10	5,80	1,50	3,70	8,70	32,19	Abort II	Abort II
11	3,20	4,00	"	12,80	47,36	Tagraum d. Hausarbeiter	Schlafz. der Hausarbeiter (2)
12	2,00	8,90	"	17,80	65,86	Corridor	Corridor
						Sociale Kranke.	Insocialere Kranke (Bettbehandlung).

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist zweistöckig projektirt und zur Aufnahme von Patienten der theureren Verpflegungsklassen in offenen Abtheilungen bestimmt.

Im Erdgeschoße sind die Wohnräume für sociale Kranke;

im 1. Stock die für Bettbehandlung eingerichteten Räume für weniger sociale Patienten.

Die Tagräume sind von den Schlafzimmern durch vertikale Scheidewände getrennt.

Unterkellerung ist nur in dem für die Bedürfnisse des Hauses etwa wünschenswerthen Umfange vorge-

sehen; event. kann auf sie wie auf eine zentrale Heizanlage verzichtet werden.

II. Spezielle Beschreibung der einzelnen Abteilungen und Räume.

I. Die offene Abtheilung für sociale Kranke (CI).

Die Abtheilung besteht zunächst aus zwei neben einander liegenden

Tagträumen I und II (4, 8),

welche, bei 68 qm Bodenfläche, 251,60 cbm Luft-raum jedem der für die Benützung in Frage kommenden 11 Kranken je 6 qm und 25 cbm zu bieten vermögen.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind bei Tagraum I, welcher 4 Oeffnungen in einer Wandfläche besitzt, vor welcher eine gedeckte Veranda läuft, als knapp genügend;

bei Tagraum II mit 3 Oeffnungen in zwei an einander stossenden Wandflächen als sehr günstig zu bezeichnen.

Der grössere Tagraum I (4) dient, mit der Spülküche durch einen Schalter verbunden, als Speisesaal.

Vom Tagraum I aus sind zwei

Schlafzimmer (2, 3)

direkt erreichbar, während Schlafzimmer (I) nur durch das Schlafzimmer (2) hindurch zugänglich ist.

Schlafzimmer (3) ist für einen Patienten der I. Verpflegsklasse, der sich ev. auch unter Tag zeitweise in diesem Raum aufhalten mag.

Zimmer (2) für 4 Kranke der II. Verpflegsklasse und einen Pfleger,

Zimmer (1) für 3 Patienten der II. Verpflegsklasse bestimmt;

auf jeden Insassen treffen in (2) 26, in (1) 27 cbm Luftraum.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sämtlicher Schlafzimmer sind günstig, indem (1) und (3) je 3 Oeffnungen in 2 an einander stossenden Wandflächen zeigen, während (2) 4 Oeffnungen in 3 Wandflächen besitzt.

Drei von den unter Tag im Erdgeschoße befindlichen Kranken schlafen nachts im I. Stocke in dem mit dem Tagraume II correspondirenden Zimmer (8).

An Nebenräumen sind vorgesehen:

Kolb, Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten, Theil B.

Ein

Bad (6)

von der Spülküche (7) direkt, vom Tagraum I (4) und dem Schlafzimmer (2) durch den Vorraum des Abortes (5) zugänglich.

Eine

Spülküche (7)

von den Haupträumen entsprechend getrennt und doch wieder — durch die erwähnte Schalteröffnung gegen den Tagraum I (4) zu — genügend mit ihnen verbunden; von aussen durch den Corridor (12) leicht zugänglich, über welchen hin die in der Spülküche beschäftigten Kranken leicht und ohne die eigentliche Abtheilung betreten zu müssen, ihren

Tagraum der Hausarbeiter (11)

erreichen können; derselbe bietet 2 Kranken und einem Pfleger je 16 cbm Luftraum.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind — bei 2 Oeffnungen in 2 an einander stossenden Wandflächen als durchaus günstig zu bezeichnen.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse steht den Pensionären

Abort I (5),

vom Tagraume I, vom Bade und vom Schlafzimmer (2) aus direkt zugänglich, und den Pflegern sowie den Hausarbeitern der Normalklasse

Abort II (10),

von der Spülküche und vom Tagraum der Hausarbeiter aus zugänglich, zur Verfügung.

Eine grosse

Veranda

8,00 m breit, 2,40 m tief, vor den Fenstern des Tagraums I laufend und von diesem aus zugänglich und 4 kleinere Veranden, 4,40 m breit, 2,20 m tief, vor den Zimmern von (1, 3, 8, 11) gestatten auch bei weniger günstigem Wetter den Aufenthalt im Freien.

2. Offene Abtheilung für Bettbehandlung von weniger socialen Kranken (CII).

Der Charakter der Abtheilung, die Nothwendigkeit den in ihr vereinigten Kranken die Möglichkeit der Bett- und Badebehandlung zu sichern, bedingte theilweise eine andere Verwendung der Räume als sie für das Erdgeschoße vorgesehen wurde:

Zimmer (2) wurde als

Tagraum

verwendet, da die ausgiebige Anwendung der Bett- und Badebehandlung eine Zweitheilung der Tagräume als überflüssig, die Nothwendigkeit strikterer Ueberwachung dieselbe als schädlich erscheinen liess.

Bei 35,16 qm Bodenfläche, 130 cbm Luftraum vermag der Tagraum den 9 Patienten der Abtheilung 4 qm, 14,4 cbm zu bieten, besitzt demnach, da sämtliche Kranke wohl nie für eine gleichzeitige Benützung desselben in Frage kommen werden, eine eben noch genügende Grösse.

Diesem Tagraum reihen sich

3 Zimmer für Bettbehandlung (1. 3. 4) direkt an, so dass es einem Pfleger im Bedarfsfalle möglich ist eine gewisse Aufsicht über alle in den Haupträumen befindlichen Insassen der Abtheilung auszuüben.

Zimmer (4) bietet 4 Kranken und 1 Pfleger je 37 bez. 20 cbm,

Zimmer (3) 2 Kranken 41 cbm,

Zimmer (1) 2 Kranken und 1 Pfleger je 31 bezw. 20 cbm Luftraum.

Von dem grossen Zimmer für Bettbehandlung (4) und von dem Tagraume (2) wie von dem Einzelzimmer (7) aus ist das

Bad (6)

leicht zu erreichen, so dass die Möglichkeit der Badebehandlung gesichert ist, ohne dass dieselbe allzu viel Personal absorbiren würde.

Das

Einzelzimmer (7)

ist von den Zimmern für Bettbehandlung akustisch genügend getrennt, während die unmittelbare Nähe des Baderaumes die Möglichkeit entsprechender Ueberwachung und Pflege sichert.

Wie bereits erwähnt dient Zimmer (8), von der Abtheilung CII vollkommen getrennt, 3 socialen Kranken des Erdgeschosses als Schlafräum;

Zimmer (11) als

Schlafzimmer für 2 Hausarbeiter

der Normalklasse und den Abtheilungspfleger.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse steht den insocialen Pensionären Abort I (5) zur Verfügung, welcher vom Zimmer für Bettbehandlung (4) und vom Tagraume (2) direkt und damit auch von den Zimmern (1 und 3) leicht zugänglich ist.

Abort II (10) ist für die Pensionäre des Schlafzimmers (8) und für die Hausarbeiter bestimmt.

In Giebelzimmern ist eine

Garderobe

und

Requisitenzimmer

vorgesehen.

Die Verbindung zwischen den Stockwerken wird durch eine

Treppe (9)

hergestellt.

Hausthüren

führen in das Freie direkt: vom Corridor (12), über Veranden: von den Zimmern (1. 3. 4. 8. 11) aus.

Den 20 Kranken der Hauptabtheilung stehen

Nachts im Erdgeschosse:

3 Schlafzimmer (1. 2. 3),

im 1. Stocke:

3 Zimmer für Bettbehandlung (1. 3. 4),

1 Schlafzimmer (8),

1 Einzelzimmer (7),

in Summa 8 Räume,

Tags im Erdgeschosse:

2 Tagräume (4. 8),

im 1. Stocke:

3 Zimmer für Bettbehandlung (1. 3. 4),

1 Tagraum (2),

1 Einzelzimmer (7),

1 Bad (6),

in Summa ebenfalls 8 Räume zur Verfügung.

Der Index der Separirungsmöglichkeit beträgt sohin:

Tag wie Nacht 2,50.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Für die im Pavillon untergebrachten (20 + 2) 22 Patienten sind etatsmässig 3 Pfleger vorgesehen; zu diesen treten 2 Privatpfleger,

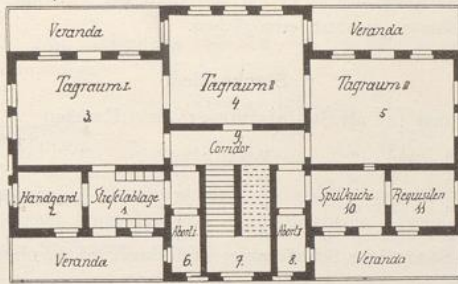
je 2 Pfleger haben Dienst in den Haupträumen des Erdgeschosses und des 1. Stockes, während 1 Pfleger die laufenden Reinigungsarbeiten leitet resp. wenn in dieser Hinsicht nicht in Anspruch genommen, im 1. Stocke im Bade Dienst thut.

Für die Nacht tritt folgende Vertheilung ein:

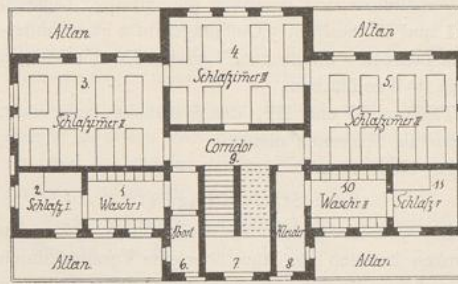
1 Pfleger schläft in Zimmer (2) des Erdgeschosses, der Abtheilungspfleger bei den Hausarbeitern in (11),

je 1 Pfleger in (4) und (1) des 1. Stockes.

5. Pavillon D.



Erdgeschoss.



I. Stock.

Offenes Landhaus für 30 ruhige, arbeitende Kranke.

Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Bodenfläche qm	Luft-raum cbm	Verwendung		
						Parterre	I. Stock	II. Stock
1	4,00	3,00	3,70	12,00	44,40	Stiefelablage	Waschraum I	—
2	3,40	"	"	10,20	37,74	Handgarderobe	Schlafzimmer I	—
3	7,80	5,60	"	43,68	161,62	Tagraum I	" II	Garderobe (Giebelz.)
4	7,40	5,80	"	42,92	158,80	" II	" III	Schlafzimmer VI
5	7,80	5,60	"	43,68	161,62	" III	" IV	Requisiten (Giebelz.)
6	1,50	5,40	"	8,10	29,97	Abort I	Abort	Abort
7	3,60	5,80	—	20,88	—	Treppe	Treppe	Treppe
8	1,50	5,40	3,70	8,10	29,97	Abort II	Kleider	Reservezimmer
9	7,40	1,80	"	13,32	49,28	Corridor	Corridor	Corridor
10	4,00	3,00	"	12,00	44,40	Spülküche	Waschraum	—
11	3,40	"	"	10,20	37,74	Requisiten	Schlafzimmer V	—
						Tagraum	Schlafräume	

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist im Wesentlichen zweistöckig projektirt, nur der Mittelbau — entsprechend den Räumen (4. 6. 7. 8. 9) — erhält über dem Erdgeschoße und dem 1. Stocke noch ein weiteres Stockwerk.

Der Pavillon ist als offenes Landhaus für ruhige, arbeitende Kranke gedacht. Im Erdgeschoße befinden sich die Tagräume; im 1. und 2. Stocke die Schlafräume.

Der Bau ist in reinem Pavillonstyl gehalten.

Die Heizung erfolgt durch Kachelöfen.

Unterkellerung ist lediglich in dem durch die Bedürfnisse des Hauses gebotenen Umfange vorgesehen, event. kann ganz auf sie verzichtet werden.

II. Spezielle Beschreibung

der einzelnen Stockwerke und Räume.

I. Das

Erdgeschoss

enthält zunächst

3 Tagräume I, II, III (3. 4. 5),

welche unmittelbar nebeneinander liegen, so dass die Uebersichtlichkeit hinreichend gewahrt erscheint. Bei 130 qm Bodenfläche, 482 cbm Luftraum vermögen die Tagräume den 30 Kranken je 4,3 qm bzw. 16 cbm zu bieten.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind durchweg sehr günstig: Tagraum I und III besitzen 5 Oeffnungen in 2 an einanderstossenden Wandflächen, Tagraum II 5 Oeffnungen in 3 Wandflächen.

Tagraum II und III, der Spülküche benachbart, mögen als Speisesäle dienen.

An Nebenräumen sind vorgesehen:

Eine Stiefelablage (I.)

Die von der Arbeit im Freien zurückkehrenden Kranken betreten das Haus über eine Veranda durch die in diesem Raume vorgesehene Hausthüre, wechseln hier ihre Schuhe, im Bedarfsfalle auch die Kleider gegen Kleidungsstücke aus, welche aus der anstossenden Handgarderobe leicht und rasch herbeigeschafft werden können und reinigen sich vor den aufgestellten (10) Waschbecken.

Die

Spülküche (10)

ist ebenfalls von aussen durch eine Hausthüre zugänglich, sie ist wie bereits erwähnt, durch einen Schalter mit dem Tagraume III verbunden. Unmittelbar an sie reiht sich

ein Zimmer für Requisiten (11)

an, welches als Eckzimmer die erforderlichen günstigen natürlichen Ventilationsverhältnisse besitzt; das gleiche ist bei der

Handgarderobe (2)

der Fall, in welcher lediglich die für den täglichen Bedarf nothwendigen Kleidungsstücke aufbewahrt werden sollen.

Ein Baderaum wurde nicht vorgesehen — für die Patienten der offenen Abtheilung und für die in familiärer Verpflegung untergebrachten Kranken ist die Errichtung eines kleinen Centralbades in Aussicht genommen.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse stehen den Kranken

2 Aborte (6. 8)

zur Verfügung. Von jedem der Tagräume wie von der Stiefelablage und von der Spülküche aus ist ein Abort direkt zugänglich.

Von den 4

gedeckten Veranden,

welche je 8,20 m breit, 2,40 m tief sind, mögen die vor den Fenstern der Tagräume I und III laufenden Veranden den Kranken zeitweise zum Aufenthalt dienen, während die beiden Veranden der Rückseite die Hausthüren vor Witterungseinflüssen schützen und die Verrichtung einzelner mit Staubentwicklung ver-

bundener Arbeiten von der Spülküche resp. der Stiefelablage aus im Freien und doch vor Witterungseinflüssen geschützt, ermöglichen.

2. Im

1. Stocke dient

Zimmer (2) als Schlafzimmer für 1 Kranken

„ (3) „ „ „ 7 „ u. 1 Pfl.

„ (4) „ „ „ 8 „

„ (5) „ „ „ 7 „ u. 1 Pfl.

„ (11) „ „ „ 1 „

Sämmtliche Schlafzimmer sind direct, d. h. ohne dass ein zweiter Schlafräum durchschritten werden müsste, zugänglich.

2 Waschräume (1. 10)

enthalten eigene Waschgelegenheit für jeden Insassen des Pavillons.

Waschraum I (1) ist für die Kranken aus (2. 3. 4).

Waschraum II (10) für die aus (5. 11) und aus (4) des 2. Stockes bestimmt.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse vor dem Schlafengehen resp. nach dem Aufstehen, steht den Kranken

1 Abort (6)

zur Verfügung.

Die abgelegten Kleider werden für die Dauer der Nacht an fahrbaren kleinen Kleiderständern in den

Kleiderraum (8)

gefahren.

Die den Veranden entsprechenden

Altane

sichern in gewisser Weise die Fenster der Schlafräume, gestatten die Bettstücke in die Sonne zu bringen, ohne sie die Treppe hinab- und herauftragen zu müssen.

Der

2. Stock

enthält einen

Schlafräum VI (4)

für 7 Kranke und 1 Pfleger,

ein

Reservezimmer (8 und die Hälfte von 7),

einen

Abort (6).

Die abgelegten Kleider der Kranken werden für die Dauer der Nacht in den Corridor gefahren.

Ausserdem ist in Giebelzimmern eine

Hauptgarderobe

und ein

2. Requisitenzimmer

vorgesehen.

Vor den Fenstern des Schlafzimmers läuft ein Altan.

Die Verbindung zwischen den Stockwerken wird durch eine

Treppe (7)

hergestellt.

Hausthüren

führen in das Freie über Veranden von den Tagräumen I und III, von der Stiefelablage (1) und von der Spülküche (10) aus.

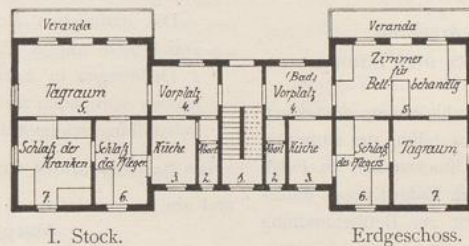
III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Für die 30 Kranken des Pavillons sind 3 Pfleger vorgesehen, von denen einer die Funktion des Abtheilungspflegers zugewiesen erhält.

Der Abtheilungspfleger besorgt resp. leitet mit einigen Kranken die laufenden Reinigungsarbeiten, während die anderen beiden Pfleger mit den übrigen Kranken auf Arbeit gehen.

Nachts schläft je ein Pfleger in (3) und (5) des 1. Stockes und in (4) des 2. Stockes.

6. Haus für 4 Pflegerfamilien zur Aufnahme von 8—12 Kranken eingerichtet.



Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Boden- fläche qm	Luft Raum cbm	Verwendung	
						Parterre	I. Stock
1	2,40	6,65	—	15,96	—	Treppe	Treppe
2	1,05	3,60	3,00	3,78	11,34	Abort	Abort
3	2,50	„	„	9,00	27,00	Küche	Küche
4	3,80	2,80	„	10,64	31,92	Vorplatz (Bad)	Vorplatz
5	7,45	4,00	„	29,80	89,40	Zimmer f. Bettbehandl.	Gemeinsamer Tagraum
6	3,00	4,80	„	14,40	43,20	Schlafzimmer d. Pflegers	Schlafzimmer d. Pflegers
7	4,20	4,80	„	20,16	60,48	Gemeinsamer Tagraum	Schlafzimmer d. Kranken
						Familiäre Verpflegung in Bettbehandlung.	Familiäre Verpflegung (ohne Bettbehandlung).

I. Allgemeine Beschreibung.

Der Bau ist zweistöckig projektirt und für 4 verheiratete Pfleger, landwirthschaftliche Vorarbeiter oder andere Bedienstete der Anstalt bestimmt, denen je 2—3 Kranke in familiäre Verpflegung gegeben werden und zwar können die beiden im Erdgeschoße wohnenden Familien in Bettbehandlung befindliche Kranke (Sieche, secundär Demente mit körperlichen Krankheiten oder vorgeschrittener körperlicher Schwäche, Rekonvalescenten etc.) zugewiesen erhalten, während die beiden

im ersten Stocke untergebrachten Familien Kranke aufnehmen sollen, welche sich unter Tag ausser Bett befinden.

Die Tagräume sind von den Schlafräumen durch vertikale Scheidewände getrennt.

Die 4 Wohnungen besitzen nur das Treppenhaus gemeinsam und sind im Uebrigen vollkommen von einander getrennt und in sich abgeschlossen.

Die Auswahl der Kranken möge in der Weise getroffen werden, dass je ein Kranker die Frau des

betr. Pflegers bei der Erledigung der Hausarbeiten unterstützen kann, während die übrigen nicht in Bettbehandlung befindlichen Kranken im landwirthschaftlichen Betriebe oder im Werkstättenbau der Anstalt beschäftigt sind, resp. das an die Pflegerfamilien überlassene Terrain als Gärtner oder Bauern bearbeiten helfen.

Unterkellerung ist lediglich insoweit sie etwa für die Bedürfnisse des Hauses wünschenswerth erscheint, vorgesehen; event. kann ganz auf sie verzichtet werden.

Die Heizung erfolgt durch Kachelöfen.

Als lichte Höhe der Räume ist 3,00 m angenommen.

II. Specielle Beschreibung der einzelnen Stockwerke und Räume.

Die 4 Wohnungen zeigen vollkommen identischen Grundriss, doch musste die Verwendung der einzelnen Räume in den verschiedenen Stockwerken in Folge der Bestimmung, dass für die im Erdgeschosse untergebrachten Kranken Gelegenheit zur Bettbehandlung vorzusehen sei, verschieden gewählt werden.

1. Das

Erdgeschoss

enthält zwei Wohnungen mit identischer Eintheilung und Verwendung der Räume, so dass es genügt eine derselben zu schildern.

Lediglich für die Kranken ist vorgesehen: ein Zimmer für Bettbehandlung (5), lediglich für die Pflegerfamilie: ein Schlafzimmer (6), eine Küche (3); zur gemeinsamen Benutzung: ein Tagraum (7), ein Abort (2), ein im Bedarfsfalle als Badezimmer verwendeter Vorplatz (4).

Das Zimmer für Bettbehandlung (5)

dient für die Nacht den 3 Patienten, unter Tag den beiden bettlägerigen Kranken als Aufenthaltsraum; bei 29,8 qm Bodenfläche, 89 cbm Luftraum bietet es seinen 3 Insassen je 9,9 qm bzw. 29,8 cbm.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse sind bei 4 Oeffnungen in 2 an einanderstossenden Wandflächen als vorzüglich günstige zu bezeichnen.

Eine vom Zimmer aus direct zugängliche

Veranda

8,20 m breit, 2,40 m tief sichert den Kranken auch bei weniger günstigem Wetter die Möglichkeit des Aufenthaltes im Freien.

An das oben geschilderte Zimmer schliesst sich der

Tagraum (7)

für die Pflegerfamilie, sowie für den resp. die ausser Bett befindlichen Kranken an; bei 20,2 qm Bodenfläche, 60,5 cbm Luftraum vermag derselbe 4 Personen je 5 qm 15,1 cbm zu bieten.

Berücksichtigt man, dass zwei Kranke in partieller Bettbehandlung sich befinden, dass die gedeckte (und event. geschlossene) Veranda diesen Kranken zur Verfügung steht, dass die Frau des Pflegers und der sie bei der Hausarbeit unterstützende Kranke einen grossen Theil des Tages in der Küche und im Vorplatze beschäftigt sind, so wird man die Grösse des Tagraumes als genügend bezeichnen dürfen.

Die natürlichen Belichtungs- und Ventilationsverhältnisse dieses Zimmers sind gute, indem 2 Oeffnungen in 2 aneinanderstossenden Wandflächen vorhanden sind. An das Zimmer für Bettbehandlung schliesst sich ferner direkt an

das Schlafzimmer des Pflegerehepaares (6)

und ein

Vorplatz (4),

welcher heizbar und mit Ausflusshähnen und Ablaufvorrichtung versehen ist, so dass in ihm die fahrbare Badewanne des Hauses gefüllt und entleert und event. Bäder gegeben werden können, wenn die Verabreichung derselben im Krankenzimmer (5) nicht wünschenswerth erscheint.

In der

Küche (3)

kocht die Frau des Pflegers das Essen für die Familie und die Kranken und verrichtet unterstützt durch einen Kranken dort oder im Vorplatze die laufenden Reinigungsarbeiten.

Ein

Abort (2)

ist vom Vorplatze aus zugänglich. —

2. Im

1. Stocke

ist Gelegenheit zu Bettbehandlung nicht vorgesehen; es wurde demnach hier der Tagraum, welcher dadurch auch einen entsprechend grösseren Umfang erhielt, nach (5) in die Front des Gebäudes, das entsprechend verkleinerte Schlafzimmer der Kranken nach (7) in den rückwärtigen Theil des Hauses verlegt.

Der

Tagraum (5)

vermag, bei 29,8 qm Bodenfläche, 89,4 cbm Luft-

raum 5 Personen je 5,9 qm bzw. 17,9 cbm oder 6 Personen je 5 qm bzw 15 cbm zu bieten.

Berücksichtigt man, dass höchstens 6 Personen (2—3 Kranke, der Pfleger, seine Frau, 1—2 Kinder derselben) für die Benützung in Frage kommen und zwar nur vorübergehend, da die Frau und ein Kranker meist in der Küche oder im Vorplatze beschäftigt sein werden, zwei der Kranken und der Pfleger unter Tag auf Arbeit im Freien oder im Werkstättenbau sich befinden, so wird man die Grösse des Tagraumes als genügend bezeichnen dürfen.

Das Schlafzimmer des Kranken (7) bietet jedem der Insassen 20 cbm Luftraum.

Schlafzimmer des Pflegers, Küche und Abort sind in jeder Hinsicht identisch mit den entsprechenden bei Schilderung des Ergeschosses beschriebenen Räumlichkeiten.

Im

Vorplatze (4)

kann ein Bett für ein Kind der Pflegerfamilie aufgestellt werden.

Für jede der 4 Familien ist eine

Bodenkammer,

welche event. als Schlafräum dienen kann, in Giebelräumen vorgesehen.

Die Verbindung zwischen den Stockwerken wird durch eine

Treppe (1)

hergestellt.

Die Vereinigung mehrerer Familien in einem Hause hat den Vortheil

1. einer nicht unwesentlichen Verringerung der Baukosten,
2. der Möglichkeit rascher gegenseitiger Aushilfe und Unterstützung im Bedarfsfalle.

Bei der Vertheilung der Pflegerfamilien auf die Häuser wird es sich wohl am meisten empfehlen in die für die Aufnahme männlicher Kranken bestimmten Familienhäuser kinderlose, ganz oder halb invalide Pfleger;

in die für die Aufnahme weiblicher Kranken bestimmten Familienhäuser Bedienstete der Anstalt zu legen, deren Frauen als frühere Pflegerinnen mit dem Krankendienste vertraut sind.

7. Die Infectionsbaracke

entspricht dem auf Seite 57 der 2. Lieferung publicirten Grundrisse mit der Abweichung, dass das Krankenzimmer nicht für 6, sondern für 7 Kranke bestimmt, demnach etwas breiter anzulegen ist. —



Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.