

Die Sanitätswarte

Zeitschrift für das Personal in Kranken-, Pflege- und Irren-Anstalten
Kliniken, Sanatorien, Bade- und Massage-Instituten, Seebädern

Beilage zur „Bewerkschaft“, Organ des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter

Redaktion und Expedition: Berlin SO. 16,
Wusterhausener Straße 15.
Fernsprecher: Amt Moritzplatz, Nr. 3105/06
Redakteur: Emil Dittmer.

Reichsaktion:
„Gesundheitswesen.“

Erscheint wöchentlich, Freitags.
Bezugspreis: vierteljährlich durch
die Post (ohne Bestellgeld) 3 Mark.
Fernsprecher: Amt Moritzplatz, Nr. 3105/06

Abhilfe der Krankenhausnot durch Gemeindefrankenpflegestationen



Der vermehrte Zustrom von Patienten in die Krankenhäuser infolge der stark verminderten Volksgesundheit durch die hinter uns liegenden Kriegsnöte und heute noch bestehenden Ernährungsschwierigkeiten haben bereits eine Ueberfüllung der Krankenhäuser und damit einen Mangel an freien Betten hervorgerufen. Finanznöte und Mangel an Baumaterial erschweren die Errichtung neuer Krankenhäuser bis zur Unausführbarkeit. Die Pflege im Hause, namentlich bei der ärmeren Bevölkerung, kann aber die Krankenhauspflege in vielfacher Beziehung nicht ersetzen, so daß eine Not in der Pflege der Kranken eingetreten ist, die unter allen Umständen beseitigt werden muß, wenn nicht die Degeneration des deutschen Volkes noch weiter fortschreiten soll.

In Nr. 33 der „Kommunalen Praxis“ untersucht nun Dr. Rosenhaupt, Frankfurt a. M. diese Frage. Er fragt, ob nicht Ergänzungseinrichtungen zu treffen seien, die die Behandlung und Pflege im Hause derart vervollkommen, daß für viele Fälle das Krankenhaus überflüssig wird. Wörtlich fährt er dann fort:

Bei Untersuchung dieser Frage gibt es zunächst festzustellen, worin für die Fälle relativer Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung die Ueberlegenheit des Krankenhauses beruht. Man hat dabei wohl drei große Gesichtspunkte zu unterscheiden; die Ueberlegenheit in den diagnostischen Hilfsmitteln, in den ärztlichen Behandlungsmethoden und in den pflegerischen Maßnahmen.

Von diagnostischen Hilfsmitteln stehen dem modernen Krankenhaus zunächst solche zur Verfügung, die stationär und kaum transportabel sind; es sind das im wesentlichen die Einrichtungen der Röntgen-diagnostik. Soweit sie bei chirurgischen Fällen von Knochenverletzungen in Frage kommen, handelt es sich entweder um nicht gefährliche Patienten, die besonderer chirurgischer Maßnahmen bedürfen, also deren Einweisung absolut nötig war, oder um Feststellung von internen Veränderungen am Atem- oder Verdauungsapparat oder um leichtere Knochenverletzungen, wo vom Kranken das Röntgenkabinett zu Fuß aufgesucht werden kann, also eine Notwendigkeit zur Krankenhauseinweisung nicht zwingend ist.

Der größte Teil diagnostischer Maßnahmen dagegen ist überhaupt nicht an eine stationäre Apparatur gebunden. Als solche seien genannt der Rückenmarkskanaleinstich (Lumbalpunktion) und Messung des Truders der Rückenmarksflüssigkeit, die Ausheberung des Magens, die Nutenentnahme aus großen Blutadern (Venen) zur bakteriologischen Untersuchung des Blutes, die Blutentnahme mit daran anschließender mikroskopischer Untersuchung des Blutes usw. Alle diese Eingriffe lassen sich mit einer einfachen, leicht transportablen Apparatur bewerkstelligen und werden im Krankenhaus mit Hilfe geschulten Pflegepersonals vorgenommen und in gut eingerichteten Laboratorien schnell technisch durchgeführt, so daß der behandelnde Arzt, der am Bett des Kranken das Instrumentarium vorbereitet vorfindet, all diese Maßnahmen mit geringem Zeitaufwand durchführen kann.

Eine ganz ähnliche Ueberlegenheit bietet das Krankenhaus bei bestimmten Behandlungsmethoden. Die chirurgischen scheiden für

unser Betrachtung fast alle aus, da sie — von der sogenannten kleinen Chirurgie abgesehen — nur im Operationsraum mit bestimmter instrumenteller Einrichtung und geschultem, nicht wechselndem Hilfspersonal sicher durchgeführt werden können, also unbedingt an das Krankenhaus gebunden sind.

Auders verhält es sich bei Eingriffen ganz ähnlich denen, deren Vornahme zu diagnostischen Zwecken eben geschildert wurde. Diese sind mit transportabler Apparatur auszuführen und können im Privathaus durchgeführt werden, wenn dem Arzte geübte Pflegepersonen zur Seite stehen, die vorher alles vorbereitet haben. Von solchen Maßnahmen seien hier nur genannt: Fütterung mit der Magensonde, Nöhreinläufe, Eingiehung von Arzneimitteln in Blutgefäße, das Ablassen von Flüssigkeiten aus Bauch- oder Brusthöhle oder aus Gelenken, Einspritzungen größerer Flüssigkeitsmengen unter die Haut (Kochsalzlösung).

Was drittens noch im Krankenhaus bis jetzt prompter und sicherer, regelmäßiger und zuverlässiger durchgeführt wird, sind die pflegerischen Maßnahmen, die sich gliedern in die Beobachtung des Kranken in Abwesenheit des Arztes (Temperaturmessung, Pulszählung usw.) und in die Ausführung der ärztlichen Verordnungen wie hydropathische Präparate (Bäder, Packungen) und Arzneieinverleibung unter die Haut (Stempfer, Morphiumeinspritzungen usw.). Für ihre Durchführung bedarf es geübten Pflegepersonals.

Viele dieser Maßnahmen lassen sich im Privathaus durchführen, auch da, wo die wirtschaftliche Lage des Kranken oder seine Wohnungsverhältnisse die Dauereinstellung einer Pflegeperson nicht erlauben, wenn man dazu übergehen wollte, die ambulante Krankenpflege auszubauen bzw. neu zu organisieren. Der Weg dazu ist die Errichtung von entsprechend verteilten Krankenpflegestationen.

Die kirchlichen Verbände besitzen teilweise schon sogenannte Krankenpflegestationen, von denen aus durch Gemeindefürsorgern ambulante Krankenpflege besonders in der ärmeren Bevölkerung ausgeübt wird. Die ärztlichen Gesichtspunkte sind in der geschichtlichen Entwicklung dieser Einrichtungen nicht zur vollen Entfaltung gelangt, da die Gemeindepflege ja neben reiner Krankenfürsorge auch der sozialen und seelischen Fürsorge zu dienen bestimmt ist und ihre Zentrale in der kirchlichen Organisation hat.

Die neu zu schaffenden Krankenpflegestationen müßten vorwiegend unter dem Gesichtspunkt des ärztlichen Bedürfnisses geschaffen werden und hätten mit den seitherigen kirchlichen kaum mehr als den Namen gemeinsam, ohne daß damit gesagt werden soll, daß jene nicht hier und dort zu den Ergänzungseinrichtungen der Krankenfürsorge ausgebaut werden könnten, für die hier das Interesse geweckt werden soll.

Soll die Krankenpflegestation in einer großen Zahl von Fällen die Krankenhauseinweisung überflüssig machen, so muß sie mit Pflegepersonal besetzt sein, das in jeder Hinsicht nach der Seite der Ausbildung und der der persönlich-menschlichen Qualitäten den höchsten Anforderungen entspricht. Die Krankenschwestern — vielleicht auch auf jeder Station ein männlicher Pfleger für besondere Fälle — müßten über eine gute und umfassende Ausbildung, bei der Irrenpflege und Pflege des Säuglings nicht fehlen dürfte, verfügen. Sie müßten in der Lage sein, das Instrumentarium

nach vorheriger Benachrichtigung für den Arzt in der Wohnung des Kranken verwendungsbereit vorzubereiten, damit dieser ohne Zeitverlust seine diagnostischen oder therapeutischen Eingriffe vornehmen könnte. Sie wären zweckmäßig mit einem diagnostischen Laboratorium zu verbinden, wo eine ausgebildete Laborantin die Untersuchungen technisch durchführen könnte, so daß dem Arzt nur in besonderen Fällen die endgültige Beurteilung und Bewertung des Untersuchungsergebnisses übrig bliebe. Für diese Tätigkeiten ließen sich zweckmäßig auch ältere Pflegepersonen heranziehen oder solche, die aus anderen Gründen körperlich nicht mehr dem Pflegebetrieb im Krankenhaus gewachsen sind. Das schwierige Problem der Versorgung der in ihrer Arbeitskraft geminderten Krankenpflegerin ließe sich sowohl nebenbei noch der Lösung näherbringen. Neben einer einfachen Laboratoriumseinrichtung müßte die Krankenpflegestation auch die Apparatur zu all den therapeutischen und diagnostischen Eingriffen besitzen, von denen hier schon die Rede war, und zwar möglichst in mehrfachen Exemplaren. Das ist schon zum schnelleren Funktionieren des Betriebes nötig und hätte in der heutigen Zeit den großen ökonomischen Wert, daß nicht jeder Arzt sich alle möglichen, heute ganz besonders kostspieligen Instrumente anschaffen müßte, die er vielfach nur alle paar Wochen oder gar Monate braucht, und deren Pflege und Aufbewahrung ihm Zeit und Raum kosten. Für die Erhaltung seiner wissenschaftlichen Qualitäten wäre es für den Arzt von ganz besonderem Wert, wenn er auch außerhalb des Krankenhauses nicht mehr aus technischer Schwierigkeit oder Unmöglichkeit auf alle möglichen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel verzichten müßte. Die übliche Notwendigkeit, in der Privatpraxis auf einen großen Teil des im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Apparats verzichten zu müssen, birgt für den Arzt die Gefahr, zum Routinearzt zu werden, auf weiteres diagnostisches Eindringen und auf Behandlungsmethoden, die ohne Hilfsmittel und Vorbereitung nur sehr schwer oder gar nicht im Privathaus durchführbar sind, zu verzichten.

Neber die Quantitativnahme der Krankenpflegestation zur unmittelbaren Unterstützung des Arztes kommt sie noch zur eigentlichen ambulanten Pflegefähigkeit in Frage. Diese Art der Tätigkeit besteht ja jetzt schon bei den Gemeindefrankenhäusern; aber auch sie bedarf des Ausbaues. Der Arzt müßte immer und mit Sicherheit damit rechnen können, daß durch Schwestern der Pflegestation sein Patient gemessert wird, daß eine Fieberkurve geführt, daß Packungen gemacht, daß Einspritzungen vorgenommen, daß die Lagerung des Kranken überwacht wird und ähnliches mehr. Die Pflegestation müßte so reichlich mit den Mitteln der Pflege versehen sein, daß sie immer mit Eisbeuteln, Argiratoren, Bettstühlen, Krankenstühlen, Mundtäschen, Steckbetten, kurz mit allen Krankenpflegemitteln ausstatten könnte. Mit einem verhältnismäßig kleinen Fundus solcher Dinge lassen sich Anschaffungen und

damit Materialien ersparen, die nach Ablauf der Krankheit im Haus oft in einer Kumpellammer verkommen; kurz, es ließen sich Ersparnisse machen, die gerade in der Jetztzeit sowohl der Einzelwirtschaft wie der Gemeindefirtschaft zugute kämen.

Für die ambulante Krankenpflege wären jüngere Schwestern heranzuziehen, da sie große körperliche Leistung erfordert, und es lohnt sich die Frage anzumerken, ob nicht künftig auch ein Teil der Pflegerausbildungszeit in einer solchen Krankenpflegestation verbracht werden sollte. Diese Art der Ausbildung könnte auch die Brücke bilden zwischen rein pflegerischer und sozialfürsorglicher Tätigkeit der Schwester, eine Verbindung, die sich mehr und mehr als notwendig herausstellt. Die Bekanntschaft mit dem sozialen Milieu des Kranken wird der Pflegerin manche Einblicke verschaffen, die ihr bei der psychischen Beeinflussung ihrer Pfleglinge wertvoll sein können.

Andererseits bedeutet das Herausreißen des Kranken aus seiner Umgebung oft die Verstärkung manch psychischer Einflussmöglichkeiten, besonders wenn er aus einer sorgenden Familie, die seine Eigenart und seine Eigenschaften kennt und zu berücksichtigen weiß, heraus muß in ein großes Krankenhaus, in dem er nur eine Nummer unter vielen anderen Nummern sein kann.

Bis zu einem gewissen Maße ließen sich mit Hilfe der Pflegerinnen der Krankenpflegestationen auch Injektionskranke zu Hause versorgen, wenn die Raumverhältnisse die Benutzung eines besonderen Zimmers für den Kranken erlauben. Sache der Schwester wäre es, die Angehörigen derart anzuweisen und zu überwachen, daß eine strenge Trennung des Patienten von den übrigen Haushaltsangehörigen durchgeführt wird, daß kein Gegenstand, kein Gefäß, kein Kleidungsstück undbesinfiziert das Krankenzimmer verläßt. Die zur Durchführung dieser „Desinfektion am Krankenbett“ nötigen Gerätschaften könnten von den Krankenpflegestationen leihweise abgegeben werden.

An der Errichtung solcher Krankenpflegestationen haben Kommunalverwaltungen und Krankenkassen ein erhebliches Interesse, denn für beide führten sie zu einer erheblichen Entlastung ihrer Finanzen; es dürfte daher nicht allzu schwer sein, beide zu ihren Gunsten heranzuziehen.

Für die praktischen Ärzte wären die Stationen wertvoll, da sie ihnen größere Freiheit in der Anwendung diagnostischer und therapeutischer Methoden ermöglichen; für die Kranken brächten sie mancherlei Vorteile, und sicher keine Nachteile im Vergleich zur Klinikbehandlung, und den Pflegeorganisationen böten sie ein neues willkommenes Betätigungsfeld.

Die Frage der Krankenversorgung ist eine brennende und es wäre zu wünschen, daß man ihre Lösung in dem hier geschilderten Sinne alsbald in Angriff nähme.

Ein „schöner Fall“.

Der Göttinger Chirurg Langenbeck, der Onkel des berühmten Berliner Chirurgen Langenbeck, pflegte die Menschen in zwei Klassen einzuteilen, in eine, die operiert, und in eine zweite, die sich operieren lassen muß. Das Veranlassen, der zweiten Klasse anzugehören, habe ich jüngst genossen, und das war immerhin ein Erlebnis. Außerdem war es ein „schöner Fall“ in chirurgischem Sinne, eine ganz „blödsinnige“ Verwachsung, wie sie „leider“ selten vorkommt. Warum sollte ich nicht davon erzählen?

Der Hergang ist ziemlich einfach. Man empfindet irgendwelche Schmerzen, denkt erst, sie vergehen von selbst, fragt aber doch einmal den Arzt und dann findet man sich eines Tages in einem Bette, an dessen Kopfende eine zunächst noch leere Kuroventafel und ein Namensschild prangt. Ein klein wenig später, und eine Räderbahn fährt vor, die einen mehr sanft als sanft in ein weißgeputztes Vorbereitungszimmer bringt, wo einem ein eiserner fahrbarer, mit einer gelben Wachstuchmatratze belegter Tisch empfängt. Neben an geschäftiges Treiben in einer weißglänzenden Halle, hin und her der Schwestern, Schlurfen der Ärzte in den großen Gemügelofen, dazwischen: seltsam von den getackelten Wänden widerhallend, Gespräche, Schättereien, Wassergeräusch, metallenes Klirren und über allem der scharfe reizende Geruch.

Vollanästhesie. Die große Bewusstlosigkeit: „Sie fühlen gar nichts.“ Mit Interesse sieht man zu, wie einem fingerlange Nadelröhren kreuz und quer unter die Haut geschoben werden und wie dann das Novokolain eingepumpt wird. Der Schmerz ist erträglich. Die Nerven sollen nun empfindungslos geworden sein. Man hofft es. Denn es ist doch schließlich kein Sonntagnachmittagsplätscher, sich ein Loch in den Bauch schneiden zu lassen.

Die Arbeit beginnt.

Der Chirurg ist eingepanzert in eine grauleinene Rüstung, die mehr mich als ihn schützen soll. Die Operationschwestern fahren mich in den Saal. Ich werde sorgfältig abgedeckt. Lochtuch und die anderen Tücher werden an der Haut festgeklemmt. Zwei Schwestern einigen sich, wer assistieren und wer instrumentieren soll, die dritte deckt mir das Gesicht zu. Und nun erscheint der Herr des Objekts, ja, der Herr über Leben und Tod. Er rückt sich mit den Füßen einen Schemel zurecht und setzt sich an den Tisch, auf dem ich liege, als wenn ich ein Beefsteak mit Zwiebeln wäre, das warm gegessen werden muß. Angeknallt bin ich ja, und ich halte mich auch noch an den beiden Eisenstangen fest — nun kann das Werk beginnen.

Oh! Schräg über den Leib ein Schwitt mit einem wunderbar scharfen Messer. Sein Meister schaut fragend zu mir herüber und wundert sich, daß ich das überhaupt gespürt habe. Ja, das war schon ein Schmerz, aber wenn's nicht schlimmer würde, denke ich, mag sich's wohl ertragen lassen. Nicht schlimmer — alle Wetter, was ist das. Ach, die dummen Nerven, denke ich wegwerfend. Die sind so geschwäbig, daß sie alles, was sie nur ein wenig aus der Ruhelage bringt, dem Bewußtsein melden. Höre nicht auf sie! Arrst! st! bfm! Herrgottsaltrament, das soll doch nicht etwa so weitergehen?

Das Tuch muß vom Gesicht weg! Die dritte Schwester hebt es ein wenig, so daß ich wenigstens Luft schöpfen und mich auch einmal umsehen kann. Die Schwester hält noch immer das Tuch vor mein Gesicht mit ein paar allerliebsten rosigen runden Fingern. Und dieweil es unten im Leibe immer toller wird, zerrt, reißt, frant, zieht, zuckt, schme ich auf zu dieser Schwester aus felsamer Froshperspektive und sehe ein Madonnengesicht. Ich liebe

• Aus der Praxis •

Neben dem Nährwertbedarf der stillenden Frau brachte Prof. Dr. med. Schmid in der „Wiener medizinischen Wochenschrift“ einen Bericht, der für die Wöchnerinnenpflege wertvoll ist. Ein Auszug daraus besagt: Bei genügender oder etwas reichlicher Ernährung ist die Produktion der Milchdrüse der Frau von Schwankungen der täglichen Nährwertzufuhr unabhängig. Die Größe der Milchproduktion hängt in erster Linie von der individuellen Leistungsfähigkeit der Brustdrüsen ab. Nur innerhalb dieser individuellen Fähigkeit der Milchdrüse läßt sich die Funktion der Milchdrüse durch entsprechende Ernährung erhalten oder steigern. Ist die Tränenfunktion im Niedergang, so läßt sich dieser durch reichliche Ernährung höchstens verlangsamen, aber nicht völlig verhindern. Bei ungenügender Milchsekretion kann unter reichlicher Ernährung auch eine Zunahme der Leistungsfähigkeit erfolgen, aber nur wenn die individuelle Anlage vorhanden ist. Fehlt diese Anlage, so nützt die reichliche Ernährung nichts; sie führt dann in einzelnen Fällen zu Fettanbau und Körpergewichtszunahme der Stillenden; in anderen Fällen verpufft aber die Nahrung ohne den nachweisbaren Effekt (Luxuskonsum). Bei gutem Ernährungsstand ist die überreichliche Ernährung überflüssig und überdies unökonomisch, abgesehen davon, daß reichlicher Fettanbau die Milchdrüsenfunktion nach Erfahrungen beim Tier eher schädigt. Reichliche Ernährung hat daher nur Sinn, wenn die Frau unterernährt ist. In solchen Fällen wird sie den Allgemeinzustand des Körpers verbessern. Kurzdauernde Gesundheitsstörungen der Mutter mit zum Teil intensiven, aber rasch vorübergehendem Verabachen der Nährwertmengen haben keinen Einfluß auf die Milchproduktion. Auch der Wiedereintritt der Menstruation hat keinen nachweisbaren Einfluß auf die Milchsekretion. Die für die Milchproduktion erforderliche Nährwertmenge ist abhängig von der Größe der Milchproduktion. Diese Nährwertmenge ist zum Grundbedarf der Frau ohne Milchsekretion als Zuschlag zuzurechnen. Der Grundbedarf der stillenden Frau kann dem der nichtstillenden gleich angenommen werden. Die Milchproduktion selbst verlangt aber einen etwas höheren Nährwertzuschlag als der Nährwert der gelieferten Milch beträgt. Die Milchproduktion geht mit Verlust an Nährwert einher. Zur Produktion von je 1000 Gramm Frauenmilch (das wären also 765 Kalorien) sind 1000 Kalorien zum Grundbedarf zuzurechnen. Auch schon in der ersten Zeit des Stillens sollen 1000 Kalorien Nährwert zugeschlagen werden, um die Lieferrung von 1000 Gramm Milch pro Tag zu ermöglichen. In Anstalten sind Ammen mit höherer Milchsekretion entsprechend ihrer Mehrleistung zu ernähren. Im absteigenden Teil des Stillens soll die Nahrung parallel mit dem Rückgang der Milchmenge eingeschränkt werden. Die Zuschlagsfaktoren beziehen sich auf normal ernährte Frauen. Bei unterernährten Frauen ist ein entsprechend erhöhter Grundbedarf einzusetzen. Als Durchschnittswert des Grundbedarfs einer stillenden Frau bei fehlender Beschäftigung können 2000 Kalorien angenommen werden. Der Tagesbedarf bei Lieferrung von 1000 Gramm Milch beträgt daher bei einer stillenden Frau mit fehlender Beschäftigung $2000 + 1000 = 3000$ Kalorien. Es ergibt sich die einfache Regel, daß für jedes Gramm

Frauenmilch 1 Kalorie Nährwertzuschlag gegeben werden muß. Und da der Zuschlag gerade gleich ist der Hälfte des Bedarfs der nicht stillenden Frau, kann die Regel populär so ausgedrückt werden, daß man der Mutter rät, von jeder Speise zuerst soviel auf den Teller zu geben, als sie sonst zu essen gewohnt war, das ist für sie selbst, und dann noch die Hälfte davon dazu, das ist für das Kind. Besondere Regeln für die Eiwweißzufuhr sind nicht nötig, und zwar um so weniger, als die Frauenmilch ja eine relativ eiweißarme Flüssigkeit ist.

• Aus unserer Bewegung •

Rebburg-Gau. In letzter Zeit hat die Agitation in den Heil- und Pflegeanstalten im Rheinland gute Fortschritte gemacht. Immer mehr kommen die Mitglieder der christlichen Richtungen zu der Einsicht, daß ihre Interessen am besten durch unsere Organisation vertreten werden. So ist es gelungen, die Anstalt Rebburg-Gau, welche eine Hochburg des Streiterischen Verbandes war, fast reiflos unserem Verbands zuzuführen. Daß dieser Verlust für den genannten Verband außerordentlich schmerzhaft ist, können wir den Leitenden nachfühlen. Aber dem Personal können wir es nicht verdenken, wenn es in ihren Kopf nicht hinein will, daß ein Herr, der da antritt, in seinem Verbands die Interessen der Arbeiterschaft zu vertreten, nun mit einemmal Reichstagskandidat der Deutschen Volkspartei ist. Sie sind der ganz richtigen Ansicht, daß diese Partei die Interessen des Personals nicht vertreten kann. Nun ist aber auch bei dem Uebertritt in unseren Verband der gesamte Betriebsrat zu uns übergetreten und dieses schmerzt die Christlichen noch mehr. So ersuchte der Herr Kartellsekretär Raff aus Gleeve unseren Vorsitzenden, einen Sitz im Betriebsrat an die Christlichen abzutreten. Unser Kollege antwortete, dies sei doch unmöglich, denn wenn er den Posten aufgibt, so fände doch sein Stellvertreter an die Reihe. Da nun aber die Christlichen Stellvertreter nicht haben, würde auch der nächste Kandidat wieder einer von unserem Verbands sein. Darauf erklärte der Herr Sekretär: Würdest Du es nicht begreiflich finden, wenn Du als Betriebsrat in Opposition mit der Anstaltsleitung kommst und diese gegen Dich vorgeht, daß wir uns auf die Seite der Anstaltsleitung stellen? Also man hüdt gelben Manieren im christlichen Lager. Wir haben das schon lange gewußt, denn wir haben genügend Tatsachen zu verzeichnen, wo christlich Organisierte auf Verlangen der Leitungen sich auf die Seite der Anstaltsleitungen stellen und uns in den Rücken zielen. Aber dann wurde es immer abgelenkt. Nun ist dieser Vertreter einer „Arbeiterorganisation“ mal etwas deutlich geworden und das werden wir uns für die Zukunft merken. Leider erweckt es den Anschein, als ob unseren Kollegen das Leben schwer gemacht werden soll, weil sie im Betriebsrat die Interessen der Kollegenschaft vertreten. So ist in letzter Zeit ein Kollege zur Disposition gestellt worden. Dieser ist seit 17 Jahren als Pfleger tätig. Er ist nun einer von denjenigen, die ihre Worte nicht in die richtigen Formen kleiden können und bei den Verhandlungen

ihre Fingerchen und verschämt zieht sie sie zurück, um sie zu verstecken. So sind sie: Ich liege nackt und bloß, nur aseptisch abgedeckt, in aufgeschlitztem Zustande vor ihr, und sie tut schämig-gütlich, wenn ich ihre rosigrunden Fingerchen lobe.

Auf mein Bitten nimmt sie schließlich die Scheuflosigkeit ganz weg: ich hebe den Kopf, um mir das Schlachtfeld auch einmal anzuschauen. Viel läßt sich nicht erspähen, eine blutige Grube, darin die blutgeröteten Gummihandschuhe des Chirurgen, rings herum wie die Klöppel an einem Klöppelrad die Arterienklemmen und sonst noch die blinkenden Instrumente, stumpfe Haken etwa, die die Bauchwand auseinanderhalten. Der Anblick läßt mich kalt. Genau so wie die beiden Schwestern. Die assistierende muß, denke ich mir, Selma heißen, so blond, pummelig ist ihr Eindruck. Wenn nur ihr Kneifer bloß nicht abschnippt und mir in den Bauch fällt! Inzwischen aber summt und pfeift und pißt es dort in allen Registern und zeitweise kommt ein langgezogener durchdringender gellender Schmerz, der mich annutet, als wenn man eine kleine Kirchenglode in Gips mit einem Hammer scharf anschlägt. Da geht alle fühle Ueberlegung und alle Spekulation zum Teufel, und gerade dieser bis auf die Knochen dringende Schmerz wiederholt sich nun öfter und stärker, so daß mir sogar einmal ein kernhafter oberbanerischer Fluch über die Lippen kommt. (Sinterher hat es mir der Chirurg eingestanden, daß meine Knochen gegen örtliche Betäubung gesetzt sind und eine spätere Operation nur unter Narkose ausgeführt werden sollte.) Jetzt allerdings schaut er nur ernst und bedenklich zu mir herüber und auch Schwester „Selma“ sendet mir mitleidige Blicke.

Schließlich sind alle Engel im Himmel beisammen, um zu singen und pfeifen. Ein himmlisches Konzert — oder können diese qualenden Dissonanzen aus dem Inferno? Aber da es doch nun

gleich ist und der Chirurg sich gerade in der Gegend aufhält, mache ich ihm den Vorschlag, gleich einmal die Steinachische Verjüngungsprozedur vorzunehmen. Aber kaum habe ich ausgesprochen, da naht er wieder, jener infernalische Glodenton, und ein solches Leben auch noch verlängern lassen? Pfui Deubel! Ich ziehe meinen Vorschlag zurück! Denn immer öfter durchzieht mich das vermaledeite Gis. Der Meister läßt mir eine Spritze Morphium geben. Und als es nicht schnell genug wirkt, erscheint auf seinen Wink die Schwester mit der Narkosemaske. Ich atme ein, langsam, schneller, die Sache beauftragt mich fast und ich will ein Wort sagen. Aber die Sprache ist weg. Ich will dem Arzt ein Zeichen mit der Hand geben. Aber schon weiß ich nicht mehr, was ich mitteilen wollte. Also zurück mit der Hand! Aber sie gehorcht auch nicht mehr. Ich denke noch. Da gibt es einen scharfen Knack, wie wenn eine Violinsaiten beim Stimmen knarrt. Ein Brausen, ein Chaos von Vorstellungsfragmenten, jetzt noch ein solcher Knack — und dann hat sich die Welt und ihre Herrlichkeit für mich geschlossen. Nirwana — Ich bin ausgelöscht.

— Es ist spät nachmittags, da höre ich mich sagen: Guten Morgen! Und meine Augen öffnen sich und ich sehe wieder die schwarzen Tafeln über den Betten im Krankensaal. Ich selbst liege kerngerade auf dem Rücken, steif wie eine Mumie, schlack-beschwert, so wohlthuend matt. Alle Muskeln aus ihrer Spannung gelöst, alle Energie so sehr gebändigt, daß selbst die vergangene schreckliche Stunde wie in grauerhäriger Vergangenheit vor der Erinnerung steht. Und auch dieses Erinnerungsbild verflöcht bald. Eine Spritze Morphium läßt mich langsam tot und gefühllos werden, bis auch das Bewußtsein mich fallen läßt und sanft gleitet du — oder bist du ich? hinab in wohlthätige Nacht.

Hugo Hillig im „Vorwärts“.

das gerade herausbringt, was ihm in den Sinn kommt. Nun wurde er auf der unruhigen Station von hinten von einem Kranken überfallen und am Halse gewürgt. Bei diesem Ringen hat auch der Kranke Hautabschürfungen und einige blaue Flecke davongetragen. Wir sind gewiß keine Verteidiger von Mißhandlungen an Kranken. Es ist aber die Frage aufzuwerfen, ob es als eine Mißhandlung angesehen werden kann, die zur sofortigen Entlassung resp. zur Kündigung führen muß, wenn bei einem Ueberfall sich der Pfleger seiner Haut wehrt. Der Fall ist noch nicht erledigt, denn der Landeshauptmann der Rheinprovinz soll über die Kündigung entscheiden. Wenn aber der Leiter der Anstalt schon für die Kündigung eintritt, dann dürfte die Entscheidung des Landeshauptmanns wohl auch nicht anders ausfallen. Uns will es scheinen, als ob hier ein Anhalt gesucht werden soll, um ein verhaftetes Betriebsratsmitglied unerschädlich zu machen. Denn ein Nebenkollege ist dreimal verhöört worden. Immer ist ihm dringend anheimgestellt worden, aber auch ja die Wahrheit zu sagen. Erst beim dritten Verhör soll der Kollege ausgesagt haben, daß der Kranke von dem Pfleger mit der Hand auf den Hintern geschlagen worden sei. Der Pfleger bestreitet es und gibt an, wenn das geschehen wäre, dann könne es nur in der Erregung geschehen sein. Er wisse jedenfalls nichts davon. Auffallend ist aber, daß der Pfleger dreimal verhöört und erst beim drittenmal diese Aussage machte. Nach dem Vorfall ist der Kranke eingepackt worden, ohne daß es der Arzt angeordnet hat. Nun glaubte man, auch dieses habe der geschädigte Pfleger gemacht. Als man aber erfährt, daß die Einpackung von einem anderen Pfleger getan wurde, unterließ die weitere Unterjuchung. Man will anscheinend Nachsehen, weil die Kollegen nicht mehr dem christlichen, sondern unserem Verbande angehören. Sind Sie auch in dem „roten“ Verband? So lauten die Fragen von einzelnen Vorgesetzten. Wir werden die Interessen der Belegschaft zu vertreten wissen. Vor allem darf sich der Betriebsrat die Kündigung seines Kollegen nicht gefallen lassen. § 96 des Betriebsratsgesetzes gibt ihm die Handhabe. Dazu. Den Kolleginnen und Kollegen aber rufen wir zu: Seid auf der Hut und sorgt für den Ausbau des Verbandes!

Lehr. Gauleiter Ehret sprach in unserer Versammlung über die neue Beamtengehaltsordnung bzw. die Einreihung in die Gehaltsklassen. Aus seinen Ausführungen haben alle ersehen, wie der Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter auch die Interessen des beamteten Personals vertritt. Der immer sich wiederholende Beifall auch von christlicher Seite bewies das. Hat der Verband dem im 5. Dienstjahre stehenden Personal durch den am 3. Mai abgeschlossenen Tarifvertrag eine wesentliche Verbesserung gebracht, so wird bei den Vorberatungen zur Einreihung des beamteten Pflegepersonals in die neue Gehaltsordnung ebenfalls alles daranzusetzen sein, um die vorgegebenen Stufen zu erreichen. Kritiker war das beamtete Personal stets der Ansicht, daß unser Verband nur die Interessen des nichtbeamteten Personals vertreten kann. Durch seine Tätigkeit hat er bewiesen, daß er für das gesamte Pflege- und Wirtschaftspersonal Verhältnisse zu schaffen sucht, wie sie von diesem seit langer Zeit erreicht werden. Die Folge des Vortrags war, daß sich unsere Mitgliederzahl um 45 Proz. vermehrt hat. Die beamteten Pfleger haben fast risslos den Weg zu uns gefunden. Unsere Parole muß sein, stark und einzig hinter den Führern unserer Organisation zu stehen. Dann wird auch der soziale Aufstieg für den Arbeiter gebednet.

Oberschwaben. In der der Landesversicherungsanstalt Württemberg gehörigen Heilstätte Ueberruh — unterhalb des schwarzen Gats im württembergischen Aläu gelegen — entstand unter den Geschäftsführern der Württembergischen Anstalt die Organisation. Arbeitersekretär Fette unterzog sich der Aufgabe, über Zweck und Ziele der Organisation zu sprechen. Auch die seit langer Zeit in Vorbereitung befindliche Tarifregelung für die Angestellten der Landesversicherungsanstalt legte er dar. Alle Anwesenden schlossen sich dem Verbands an, so daß sofort 26 neue Mitglieder gewonnen wurden.

• Rundschau •

Neuregelung der Arbeits- und Rechtsverhältnisse der Hausangestellten. Vor einigen Wochen ging durch die Tagespresse die Mitteilung, daß die Rechtsverhältnisse der Hausangestellten einheitlich für das Reich neu geregelt werden sollen. Ueber die wichtigsten Fragen des neuen Hausdienstrechtes sollen in nächster Zeit im Reichsarbeitsministerium Besprechungen mit den Vertretern der beteiligten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände stattfinden. Die Reichssekktion Gesundheitswesen hat darauf als Vertretung der großen Zahl von Hausangestellten, die in Reichs- und Kommunalanstalten und -betrieben, sowie in privaten Krankenanstalten tätig sind, sofort beantragt, zu diesen Beratungen hinzugezogen zu werden. Das Reichsarbeitsministerium teilte darauf mit, daß Einladung an die Reichssekktion ergehen wird, sobald

der Entwurf eines Hausdienstgesetzes vorliegt. Da es sich bei den Beratungen dieses Gesetzes in erster Linie mit um die Regelung der Arbeitszeit der Hausangestellten handeln wird, ist unsere Kollegenchaft in den Anstalten an diesen Beratungen stark interessiert und es gilt schon jetzt die Augen offen und die Reihen geschlossen zu halten, um jeden Angriff auf die achtstündige Arbeitszeit parieren zu können. Sobald die Verhandlungen beginnen, werden wir eingehend darüber berichten.

Sozialisierung der Kurorte. Im „Blutus“ macht Regierungsrat Hans Gohlar den Vorschlag, die natürlichen Heilquellen Deutschlands und ihre Ausnutzung für die Volksgesundheit der Privatinitiative zu entziehen und sie für die Volksgemeinschaft nutzbar zu machen. Er fordert dazu: 1. Die Ueberführung aller natürlichen Heilquellen in den Besitz des Reiches zur Durchföhrung einer einheitlichen Bäderpolitik Hand in Hand mit den Institutionen der Reichsversicherung; 2. die Kommunalisierung oder Umwandlung in gemeinwirtschaftliche Betriebe einer hinreichend großen Anzahl von Hotelunternehmen an den Orten, die natürliche Heilquellen besitzen; 3. Vereinigung von gemeinnützigen Kuriumvereinen zur möglichst billigen und reichlichen Versorgung der Anwesenden der kommunalisierten Hotelunternehmungen und Gewährung staatlicher und Reichszuschüsse für Verpflegungszwecke; 4. Maßnahmen zur Verlängerung der Saison der Heilbäder mindestens auf die Zeit von Mitte April bis Mitte Oktober; 5. eine den Bedürfnissen des sozialen Lebens sich anpassende Eisenbahnpolitik; 6. rücksichtslose Anwendung des Enteignungsrechts in öffentlichen Interesse gegenüber allen Fällen von Boden speculation und Terrainspekulation in Orten mit Heilbädern sowie Einziehung besonderer schiedsrichterlicher Anstalten zur Verhinderung von Lebensmittel- und Weinwucher; 7. entsprechender Ausbau der Sozialversicherung. — Wir möchten diese Vorschläge der Reichsregierung zur baldigen Berücksichtigung empfehlen.

Zur Annahme des Morphiniemus. Der Krieg hat eine ganz erhebliche Steigerung des Morphiniemus gebracht. Im Kriege wurden vor allem die Schwerverwundeten geküppelt, dann vielfach alle Verwundeten, um ihnen den Gang oder den Transport nach rückwärts leichter zu machen. Aber nicht nur bei Verwundeten, auch bei Nervösen, bei Opiatkranken, bei leicht Erregten und Erschöpften wurde sofort von manchen Ärzten zur Morphiumgabe gegriffen. Zu diesen beiden Gruppen tritt noch eine dritte Gruppe, die sich von vornherein selbst mit dem Gift verlor: ältere und jüngere Ärzte und Sanitätspersonal; dienstliche Ueberlastung und nervöse Abspannung mußten hier als Begründung für die Sucht herhalten, während so gut wie immer nur der schwarze Wille es war, der die allzu bequeme Gelegenheit ausnutzte und die Verantwortung auf die Ungunst des Mikroschob. Aber auch unter der Zivilbevölkerung hat die Morphiumsucht um sich gegriffen; bei der starken Verteilung der vertriebsfähigsten Gesellschaftsklassen an der Pflege der Verwundeten und Kranken sind viele Willensschwäche mit dem Gift in Berührung gekommen, denen schnell der gewohnheitsmäßige Morphingebrauch zum unentfesslichen Beruf wurde. Zur Bekämpfung des Morphiniemus soll sich jeder Arzt dauernd die strengste Beachtung der Giftspunkte zur Pflicht machen, die von Dr. med. E. Kahn in der „M. m. W.“ 1920, Nr. 20, aufgestellt sind: Körper und alle Morphinderivate sind nur zu verabreichen, wenn klarer körperlicher Schmerz gelindert werden muß. Erst einmal eine Spritze gegeben werden müssen, so muß bei jeder weiteren Spritze die Indikation genau so gewissenhaft gestellt werden wie bei der ersten. Niemals darf einem Kranken die Spritze oder ein Rezept in die Hand gegeben werden. Es ist ein aus schließliches Unternehmen, einen Morphiniisten in einer offenen Anstalt oder in der freien Praxis heilen zu wollen, weil alle Morphiniisten hinsichtlich des Morphiums vollkommen unzuverlässig sind und unter den Bedingungen, die die geschlossene Anstalt gewährt, zuverlässig zu kontrollieren sind. Nach der Entziehungskur ist der Morphiniist noch nicht geheilt. Es ist noch mindestens zwei Jahre lang eine Kontrolle darüber notwendig, ob der Kranke frei von Morphium bleibt. Diese Kontrolle ist in der Weise durchzuführen, daß der Kranke in einem allmählich sich verlängernden Abstand von mehreren Monaten immer wieder für einige Tage zur Quarantäne in eine geschlossene Anstalt gebracht wird. Was den Morphiniemus von Ärzten, von angehenden Ärzten und von Vertretern verwandter Berufe (Zahnärzte, Apotheker, Pflegerpersonal) anlangt, so wird immer ein Verzichtsweg empfohlen und, wenn irgend möglich, auch durchgeführt werden müssen, da die bei jedem Morphiniisten vorhandene Gefahr des Mißfalls unter den besonderen Verhältnissen in diesen Berufen, in denen das Morphium immer griffbereit ist, besonders nahe liegt. — Die bisherigen Verkaufsbeschränkungen für Morphin und andere Gifte sind so lange haltbar, als es zwar schwer ist, ein Gramm Morphin ohne Rezept — sei es echt oder gefälscht — zu bekommen, aber keine Unmöglichkeit bedeutet, sich ein Milio Morphin zu verschaffen. Es wäre davon zu denken, nicht nur die gesamte Fabrikation und Einföhr aller in Frage kommenden Gifte der strengsten Beachtung zu unterstellen, sondern auch für die ärztliche Rezeptur solcher Medikamente eine eigene Regelung zu suchen.