

# 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 (einschließlich Bestellgeld) 20 Mark.  
Fernsprecher: Amt Moritzplatz, Nr. 3105/06

## Zur Hebung des Standes der Irrenpfleger.

**S**eit den Novembertagen des Jahres 1918 ist viel zur Hebung des Standes der Irrenpflege geschehen. Was der Deutsche Verein für Psychiatrie trotz all seiner Eingaben und öffentlichen Forderungen nicht durchzusetzen vermochte (Dienstwohnungen, bessere Ausbildung, mehr Ruhepausen), hat uns die jetzige Zeit gebracht. Ich erinnere nur an Bayers Buch „Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens“, Halle, Warhold, 1912, S. 445 ff.: „Erfülle man doch die Forderungen der Irrenärzte! Schaffe man überall Fachschulen für Irrenpfleger, so daß niemand zu diesem verantwortungsvollen Beruf zugelassen zu werden braucht, der nicht auch eine gute Qualifikation besitzt! Erhöhe man das Einkommen der Pfleger, vermehre man ihre Zahl an den Anstalten um ein Bedeutendes, damit der einzelne auch die nötige Erholungszeit haben kann; Sorge man dafür, daß nach einer bestimmten Dienstzeit der Pfleger der Staatsanstalt eine Zivildversorgung finden kann! Dann werden nicht, wie es heutzutage leider noch der Fall ist, sehr viele der tüchtigsten Irrenpfleger schon nach kaum einem Jahre wieder abwandern, der enorme Pflegerwechsel wird ein Ende nehmen, und mit ihm werden die Mißhandlungen“ — es war an den Allegianerprozeß angeknüpft worden von Bayer — „in den Anstalten auf ein Minimum beschränkt werden.“

Auf einen Punkt ist das Pflegepersonal bisher noch zu wenig hingewiesen worden. Es ist ihm zu wenig bekannt, daß eine geübte Hegepresse seinen Stand immer wieder grundlos angreift und seiner Ehre rührt. Das ist die Presse, die meist von ehemaligen Hebestranken inspiriert, die Irrenpflege von Grund auf reformieren will, indem sie dem Volke Märchen aufsticht von ungerechtfertigter Ausmerzung, von Mißhandlung durch „rohe Wärterhäufte“. Es ist mir im folgenden gestattet, einem größeren Leserkreis einige Proben dieser struppelosen Anschuldigungen wiederzugeben.

Ein anonymen Artikelschreiber in der Schrift: „Entspricht das heutige Irrenwesen der deutschen Bundesstaaten dem Kultur- und Rechtszustand des Deutschen Reiches und warum ist ein Reichsirrenrecht dringendes Bedürfnis?“ sagte bei Besprechung des Allegianerprozesses, daß das Pflegepersonal minderwertig sei. „Wie der Herr, so's Geschick.“

In der Reichstagsitzung am 16. Januar 1897 sagte der Abgeordnete **Penzmann** (Freisinnige Volkspartei): „Der Verbrecher, der aus dem Gefängnis kommt, kann sich über die Behandlung beklagen und findet Gehör, soweit seine Klagen berechtigt sind; der Irre, wenn er herauskommt, findet keinen Schutz; es heißt einfach: er ist ja verrückt, seine Klagen sind Phantome, Hirngespinnste. Deshalb finden wir vielfach bei den untergeordneten Personen in den Irrenhäusern diese abstoßende brutale Behandlung den Irren gegenüber.“

Derselbe Abgeordnete sagte am 1. Februar 1902 im Reichstag, er habe von einem Irrenarzt (I) gehört, daß die Ohrblutgeschwulst meist bei den Kranken am rechten Ohr bestehe, und zwar deshalb, weil die Wärter, welche meist linksständig seien (I), gerade an diesem Ohr zu zupfen und zu schlagen pflegten, daß also diese Geschwulst meist erst in Irrenanstalten entstände durch die Mißhandlungen, welche von den rohen Wärtern und dergleichen Personal den armen Kranken beigebracht würden.

Im Jahre 1908 richtete ein ehemaliger Kranker bayerischer Anstalten eine Petition an den Reichstag: „... Heutzutage kann

einer, der gestern noch hinter dem Pflug herging und Mist fuhr, heute schon Irrenpfleger sein. . . .“

**Fr. Guttenger** schrieb eine Broschüre: „Irrenanstalten wie sie sind und wie sie sein sollten, lehrreich für Ärzte und Laien“, die Berichte ehemaliger Kranker der breiten Öffentlichkeit unterbreiten soll. Da berichtet ihm z. B. ein Kranker namens **Löwenich**: „... Der Wärter betrat die Zelle. Ich verlangte sofort ein Glas Wasser, war es doch mindestens vier Tage her, daß ich weder gegessen noch getrunken hatte. Ich hatte jedoch noch oft zu bitten, bis mein Wunsch erfüllt wurde. Der Gentleman von einem Wärter meinte offenbar, weil ich seit vier Tagen keinreiß menschliches Bedürfnis befriedigt hatte, ich hätte überhaupt keine. . . .“ — „... So wird er vielleicht in seiner Verzweiflung jammernd und nach seinen Angehörigen rufend in der Zelle hin und her rennen und in seiner Angst nicht wissen, was beginnen. Die Wärter werden der Kennzeichnung gemäß, welche sie in dieser Schrift schon erfahren haben, ihre helle Freude an dem hilflosen Menschen haben und ihm natürlich nicht beispringen. Schließlich wird ihm nichts anderes übrig bleiben, als sich selbst zu bejahren. Tut er aber das, so wird es ihm übel genug bekommen. Die Wärter werden einen Grund haben, ihn zu mißhandeln und ihn dem Arzt zu melden. . . .“ — „... Er wird also der Gnade oder Ungnade unbarmherziger Wärter ausgeliefert. . . .“ — „... Die Wärter erschauen und verspotten ihn, sehen ihm vielleicht zu, wie man einem wilden Tiere zusieht, welches vor seinem Gitter hin und her rennt. . . .“ — „... Ich wußte es wohl, daß bei dem in der Anstalt angewandten System die Wärter die Kranken in der Gewalt haben, nicht die Ärzte. Die Wärter können mit den Kranken anfangen, was sie wollen, wenn die Ärzte fern sind, und das sind sie ja meistens. Wart nur, der So-und-so, heute abend in der Zelle, dann werden wir ihm das Nötige besorgen!“ Das hat Löwenich mehr als einmal mit angehört. Der Arzt wird vermutlich selten Mißhandlungen von Kranken direkt anordnen, er wird sie in den meisten Fällen nur übersehen und dulden, eventuell den Wärtern nahelegen. . . .“ Ein Wärter, namens **Pfister**, soll einmal zu ihm gesagt haben: „Sie sollte mer dazwische hawe, mir han schon emol ein von ihre Sort dazwische gehat.“ Dann erzählt L. von einem Mitkranken: „... Eines Tages habe er sich wieder einmal heftig zur Wehr gesetzt, und die Wärter hätten ihn überwältigt. Dann seien die Ärzte dazwischen gekommen und hätten an ihm herumgestickt, und er sei ihnen unter den Händen gestorben! Sollten ihn die Wärter am Ende ein wenig zu arg „dazwische“ gehabt haben? . . .“

Und dann die „Zeitschrift des Bundes für Irrenrechtsreform und Irrenfürsorge“ und die Irrenrechtsreform! — In einer Probe-nummer schrieb das erstgenannte Blatt im Juli 1909: „Mit der Praxis, daß sich das Pflegepersonal zum größten Teil aus Diebstahlfrechten, Stall- und Dienstmägden ergänzt, muß endgültig gebrochen werden, dann werden auch die ominösen Mißhandlungen in den Irrenanstalten seltener werden. Derlei Leute besitzen nicht die für einen solchen Beruf nötige Vorbildung. Den Töchtern der sogenannten besseren Stände wäre hier Gelegenheit geboten, ihre in den Pensionaten und Töchterschulen erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten segnenbringend im Dienste der Nächstenliebe zu verwerthen und so zur Lösung der Frauenfrage das ihrige beizutragen.“ In einem „Badisches Irrenrecht (Fall Braun)“ überschriebenen Aufsatz heißt es im Jahre 1916: „... Wer die Einrichtung einer Tobstuchszelle und die unbeschreibliche Willkür roher Wärter gegenüber den

wehrlosen Insassen solcher Einzelzellen kennt, der weiß, welche furchtbaren Qualen mit der Unterbringung eines nicht tobüchtigen Menschen in einer Tobfuchtzelle verbunden sind. . . Braun erklärte, daß er mitten in der Nacht durch Anstaltspersonal mißhandelt worden sei."

Und so weiter! — Beliebig ließe sich die Reihe der wüsten Angriffe gegen das Pflegepersonal, das als Helfershelfer der bösen Psychiater gilt, fortsetzen. Was nach dem Kriege aus dieser Art von Presse geworden ist, entzieht sich meiner Beurteilung. Vielleicht hat Papiermangel und die ins Ungemessene gestiegenen Druckkosten ihr ein Ende bereitet, wo man nur hinzusehen möchte: HOFFENTLICH für immer! Sollte sie aber wieder auferstehen oder ihre Artikelschreiber sich hier und da in die Tagespresse eindrängen, dann gilt es für das Pflegepersonal, mit uns Ärzten Schulter an Schulter sich dieser schamlosen und hinterhältigen Weise zu wehren.

Waffenbrüderchaft eint und läßt dieses vergessen, was früher als Zankapfel galt. Hier steht ein gemeinsamer Feind. Man behalte ihn im Auge, denn er ist um so gefährlicher, als ihm in den meisten Fällen der Schutz des § 51 des Strafgesetzbuches (Straffreiheit wegen Unzurechnungsfähigkeit) nicht versagt bleiben wird.

Oberarzt Dr. Werner Becker, Herborn (Dillkreis.)

### Eine neue Heiltechnik.

Der technische Gedanke, der die Möglichkeit zu umfassenden Operationen an der Lunge geschaffen hat, ist Sauerdruck zu verdanken, dem berühmten Münchener Chirurgen. Auch heute, bald zwanzig Jahre nach der Entstehung der Methode, ist sie noch nicht „selbstverständlich“ geworden, bildet aber bereits einen unentbehrlichen Bestandteil der operativen Lungenheilkunde.

An der Lunge sind Operationen deshalb so schwierig auszuführen, weil hier ganz bestimmte anatomische und physiologische Verhältnisse den Zugang von außen her erschweren. Die beiden Lungenhälften, die in ihrem Innern Luft enthalten, sind luftdicht im Brustkorb eingeschlossen. In der Brusthöhle befindet sich unter normalen Umständen keine Luft. Die Lungen stellen hohle Säcke dar, deren elastische Wandungen ausdehnbar und zusammendrückbar sind. Erweitert sich nun der Brustkorb, so folgen ihm die Wände der Lungen und diese erweitern sich (Einatmung). Verengt sich der Brustkorb, so werden die Lungen zusammengedrückt (Ausatmung).

Der Druck, der im Innern der Brusthöhle herrscht, ist negativ, d. h. geringer als der Luftdruck, der atmosphärische Druck. Im Innern der Brusthöhle ist also ein „Unterdruck“ vorhanden. Das ist so zu erklären: Die inneren Lungenwandungen bis in die feinsten Lungenbläschen hinein stehen durch die Luftröhre in unmittelbarer Verbindung mit der Außenluft. Infolgedessen wirkt auf sie der gewöhnliche Luftdruck ein; er pflanzt sich auch auf die Außenwände der Lungen, auf die Innenwandung der Brusthöhle fort. Die Lungen sind aber elastisch; ohne Druck oder Zug würden sie daher wieder zusammenfallen. Ein Teil des zur Verfügung stehenden Luftdruckes muß daher zur Entfaltung der Lungen verwendet werden, und um

diesen Betrag vermindert sich der auf die Außenwandung der Lunge und auf die innere Brustwandung fortgeplante Druck.

Das Sauerdruckische Unterdruckverfahren besteht in folgendem: Die Brustwand wird zur Vornahme irgendeiner Operation in der Lunge breit eröffnet, etwa zur Ausräumung eines Eiterherdes. Man würde, unter gewöhnlichen Verhältnissen, sofort Luft in den Brustraum schießen und die Lunge zum Zusammenfallen bringen. Das muß vermieden werden, dies geschieht durch künstliche Herstellung des negativen Druckes, der vor der Brustwandoberfläche in der Brusthöhle natürlicherweise herrscht. Wenn der negative Druck wieder hergestellt ist, fällt die Gefahr des Zusammenfallens der Lunge weg.

Zu diesem Zweck befindet sich der Körper des Kranken bis zum Hals in einer pneumatischen Kammer, die allseits luftdicht abgeschlossen ist. Hals und Kopf des auf dem Operationstisch liegenden Kranken ragen durch eine Öffnung in der Wand in einen Nebenraum. Der Hals ist gleichfalls ringsum von anschließendem Saugumgeben, der ziemlich luftdicht abschließt. Bei dieser Anordnung befindet sich also der Kopf in einem Raum mit dem gewöhnlichen Luftdruck, es kann hier eine regelrechte Einatmung von Luft oder Sauerstoff, auch Zufuhr von Narkosemitteln, stattfinden.

In der pneumatischen Kammer wird durch geeignete Saugvorrichtungen die Luft abgelaugt, bis der Druck nur 8 bis 10 Millimeter Quecksilber beträgt, also ein erheblicher Unterdruck besteht. Geeignete Ventilvorrichtungen halten diese Luftverdünnung auf ihrem Stand fest. Die Innenfläche der Lunge, die durch den Mund mit der Außenwelt in Verbindung ist, steht demnach unter dem gewöhnlichen Luftdruck von einer Atmosphäre, die Außenfläche der Lunge steht aber in der Unterdruckkammer nach Eröffnung der Brustwand unter einem Druck von nur 8 bis 10 Millimeter Quecksilber. Die Folge ist, daß sie nicht zusammenfällt, „kollabiert“, sondern nach wie vor ihre aufgeblähte Form, die für Atmung und Leben notwendig ist, beibehält.

Für den Operateur und seine Helfer hat der auch durch mehrere Stunden fortgesetzte Aufenthalt in der Unterdruckkammer keine Unannehmlichkeiten im Gefolge. Durch Glasfenster in den Wänden der Kammer ist unmittelbare Beobachtung zwischen Operateur und Narkotiseur möglich, ebenso zwischen Narkotiseur und Kranken. Ein in die Wand eingefügter Ballonstoff gestattet auch mündliche Verständigung zwischen Operateur und Narkotiseur, was dem ansonsten eingeführten Verkehr mittels Telephon oder Sprachrohr vorzuziehen ist. Auf verschiedene wichtige Einzelheiten der Kammer, die eine gesonderte Behandlung des Druckes im Blutgefäßsystem der unteren Körperhälfte gestatten, sei hier nicht eingegangen. Sie sind zum großartigen Verständnis der Frage nicht erforderlich. Verschiedene andere Konstruktionen von Unterdruckkammern (so von Bierig, von Willy Meyer in New York) beruhen im Prinzip auf dem gleichen Gedankengang wie die Sauerdruckische Unterdruckkammer.

Im Grunde daselbe biologische oder richtiger mechanische Prinzip liegt dem Ueberdruckverfahren zugrunde, das gleichfalls in der Lungenchirurgie eine bedeutende Rolle spielt. Es stellt das Spiegelbild des Unterdruckverfahrens dar. Beim Ueberdruckverfahren wird an Stelle der Luftverdünnung über dem eröffneten Brustkorb eine Luftverdichtung im Innern der Lunge erzielt. Der dadurch

### Der Zahn.

Von Dr. Fritz Zahn.

III.

(Schluß.)

Das Innere des Zahnes ist hohl und wird von einem Schwammgewebe (Pulpa) erfüllt. Dieses setzt sich aus sternförmigen Zellen und zahlreichen von diesen Zellen ausgehenden zarten Bindegewebsfasern zusammen, die ein Geflecht etwa von der Art durchfeuchteter Watte bilden. Das Schwammgewebe dient hauptsächlich der Ernährung des Zahnes und ist folglich von zahlreichen Nerven, Nerven und Lymphsträngen durchsetzt. Diese treten durch eine Öffnung in der Wurzelspitze des Zahnes ein, steigen durch den feinen Wurzelkanal aufwärts und breiten sich im Innern der Zahnhöhle aus. Die Nerven führen dem Zahn Blut und damit Wärme, Nährstoffe und vor allem Sauerstoffgas zur Atmung zu. Um alle Zellen, vor allem als die wichtigsten die Zahnbeinzellen, am Rand der Höhle ausreichend mit dem unentbehrlichen Gas zu versorgen, breitet sich die emporschiebende Ader wie ein Baum mit zahlreichen Seitenästen aus, die sich längs der Höhlenwand hinstrecken und, nachdem sie ihr Sauerstoffgas abgegeben und von den Zellen dafür das ausgeatmete giftige Kohlendioxidgas erhalten haben, sich wieder zu einem größeren Stamm sammeln, der den Zahn als Venen durch den Wurzelkanal verläßt. Durch Einspritzung einer Farbmasse in eine Zahnhöhle kann man den Aderbaum im Innern der Zahnhöhle auffällig hervortreten lassen und sieht dann in dem kleinen Eisenbeinleuchten Zahn ein Wunderbild erstahlen, ein Teppichornament aus blutdurchpulsten Adern geflochten, ein Schmuckstück, das, von keines

Künstlers Hand entworfen, von keines Webstuhls Schiffschen hin und hergeführt, sich hier drinnen im naturgeborenen Zauberschrein in Schönheit und Harmonie gestaltet hat, in jedem der 32 Eisenbeinleuchten anders und eigen und doch alle nach dem einheitlichen Grundsatze der höchsten Zweckmäßigkeit ähnlich gebildet. Mit solchen Miniaturteppichen, aus purpurschwarzen Adernfasern gewoben, aus Schlingornamenten von Baumgestalt gewirkt, vom warmen Glanz des Blutes durchzogen, sind überall im Leib des Menschen die Flächen der Zellenhallen belegt; nicht weniger als 10 Millionen liegen in dem ebenso vielen kleinen Tempeltüppeln unserer Unterhaut, im einzelnen ohne Mikroskop nicht erkennbar, in ihrer Gesamtheit aber über den Menschenleib jenen resigen Schimmer breitend, den wir in ahnungsvoller Würdigung seiner feinsten Schönheit mit dem feierlich klingenden Wort Inkrinat bezeichnen hat.

Noch feiner als das Gewebe der Adern ist das Geflecht der Nerven. Ist jenes ein Tibetteppich, so ist dieses eine Perlmutter Spitze, spinnfein gewoben, so fein, daß man selbst mit dem Mikroskop bei mäßiger Vergrößerung, die das ganze übersehbar, das Epithelmuskel nicht erkennen und es auch folglich nicht zur Darstellung bringen kann, sondern daß man nur mit starker Vergrößerung das einzelne abtastend, die Fäden spinnen kann, die sich zwischen den Zellen hinstrecken. Um das Nervenetz des Zahnes in feiner Gesamtausbildung und Schönheit zur Darstellung zu bringen, muß man ein Kolossalgemälde von den Dimensionen Michelangellos Fresken entwerfen. Bisher hat niemand den schönen, aber tübischen Plan zur Ausführung gebracht, man muß sich bemühen, das Gewebe in Gedanken auszuspinnen und auszusinnen. Wehlich den Ader-



höhere Innendruck, der also höher sein muß als der jetzt über der erweiterten Lunge bestehende Außendruck von einer Atmosphäre, hält die Lunge gleichfalls gebläht. Auf dreierlei verschiedene Arten läßt sich der Ueberdruck in der Lunge herstellen. Bei der einen, von Spreuer ausgebauten Methode umschließt ein Kasten den Kopf des Patienten. Die Druckluft wird durch ein Kapselgebläse in den Kasten geleitet. Ein Manometer läßt die erzielte Druckhöhe unmittelbar ablesen. In dem Kasten befinden sich auch die Hände und Arme des Patienten; sie stecken in geeignet angebrachten Boll- oder Halbbandbüchsen, die durch den Druck fest an die Arme gepreßt werden. Ein vollkommener Luftabschluß ist so erzielt. Der Kartotiseur beobachtet durch Glasfenster den Kranken.

Die zweite Art der Ueberdruckapparate sind Maskenapparate. Es gibt verschiedene Systeme, das bekannteste ist vielleicht das von Siegel-Heute. Bei diesem Verfahren sitzt dem Gesicht des Kranken eine Maske dicht an; in sie hinein wird durch ein eingeführtes Rohr ein ständiger Luft- oder Sauerstoffstrom geleitet, der die erforderliche Druckhöhe erzeugt. Ein Ventil regelt die notwendige Höhe der Spannung.

Bei der dritten Art des Ueberdruckverfahrens, dem Insufflationsverfahren nach Meißner-Lucr, wird ein Rohr durch den Mund hindurch unmittelbar in den Kehlkopf und die Luftröhre eingekittet. Diese Methode ist in Amerika sehr verbreitet. Hier handelt es sich um eine Luftdruckerhöhung in der Lunge ohne die Notwendigkeit schmerzhaften Abschlusses. Das ziemlich dünne Rohr wird durch den Kehlkopf weit in die Luftröhre hineingeschoben fast bis zu der Stelle, wo sich die Luftröhre in die beiden Bronchien teilt (Bifurkations- oder Gabelungsstelle). Einblasen von Luft oder Sauerstoff erhält die Aufblähung der Lunge auch bei geöffnetem Brustkorb. Die Luft oder der Sauerstoff entweicht dann wieder zwischen der äußeren Wand des Rohres und der inneren Wand der Luftröhre. Dadurch ist ständige Erneuerung der Luft in der Lunge möglich.

Dr. med. Schweißheimer.

### Krankenpflege und Krankenpflegeschulen im Auslande.

In England sind die ersten Ansätze zur systematischen Ausbildung in der Krankenpflege gefunden worden. Die Gründung der ersten Krankenpflegeschulen in England datiert aus den Jahren 1860 bis 1880. Die staatliche Regelung der Ausbildung in der Krankenpflege erfolgte im Jahre 1897 im Wege eines Erlasses. 1899 erließen ein Pensionsgesetz für Pfleger und Pflegerinnen, das ihnen nach 20 Jahren Dienstzeit den Uebertritt in den Ruhestand ermöglichte. Die Ausbildung der Krankenpflege ist an eine dreijährige theoretische Ausbildung in allen Weisen der chirurgischen und medizinischen Krankenpflege mit dem Nachweis der bestandenen Prüfung gebunden. Die Krankenpflege hat in England einen hohen Stand erreicht und erfreut sich eines großen Ansehens im Lande, das zum nicht geringen Teil auf das Interesse der englischen Ärzteschaft für die Sache der Krankenpflege zurückgeführt werden kann.

Von Frankreich lassen sich gleich günstige Verhältnisse in der Entwicklung der Krankenpflege nicht berichten. Wie in allen Ländern, so lag auch hier die Krankenpflege in den Händen der Kirche und religiösen Orden. Bis zum Jahre 1800 wurde in Frankreich die Krankenpflege von religiösen Einflüssen völlig beherrscht. Aus diesen Verhältnissen wird die Tatsache erklärt, daß die Krankenpflege auch von moralisch und sittlich verkommenen Elementen ausgeübt und als Mittel rigoroser Ausbeutung benützt wurde. Oekonomische und politische Umwälzungen ließen im Laufe der Zeit ein nach beruflicher Ausbildung strebendes Pflegepersonal entstehen, auf das die Gesetzgebung aufmerksam wurde. 1849 machte ein Gesetz den Versuch zur Zentralisation der Krankenpflege. Seitdem wurden immer wieder neue Anläufe zur Hebung des Krankenpflegeberufes gemacht. Wesentliche Fortschritte in der Ausbildung und Organisation der Krankenpflege sind im letzten Viertel des vergangenen Jahrhunderts zu beobachten, dank einer tatkräftigen Propaganda namhafter französischer Ärzte. — In dem Verhältnis, wie sich die wirtschaftliche und berufliche Stellung der Berufscollegen beider Länder hob, entwickelte sich auch ein festeres Band der Solidarität zwischen ihnen, wovon auch die ins Leben getretenen Fachzeitschriften Zeugnis ablegen, die für die Kollegen beider Länder das geistige Bindeglied wurden.

Auch Italien, Spanien, die Schweiz, Deutschland, Österreich, Holland, Norwegen, Schweden, Finnland und Rußland haben ihre Krankenpflegeschulen, allerdings sehr verschieden geartet und mit mehr oder weniger die Bedürfnisse des Berufes erschöpfenden Grundfächern. Aber was den Einrichtungen der Krankenpflege aller dieser Länder, auch Englands, heute noch fehlte, das ist die gezielte Zentralisation der Krankenpflegeschulen, die Ausbildung des Pflegepersonals nach einheitlichen landesgesetzlichen Vorschriften.

Um nun einen richtigen Ueberblick über den Stand der Ausbildungsbewegung im Auslande zu erhalten, wird empfohlen, im Anschluß an diese Ausführungen den Artikel des Kollegen Zlamann, Chicago („Sanitätswarte“ Nr. 26): „Die Ausbildung des Krankenpflegepersonals in Nordamerika“, zu lesen.

Betrachten wir die Bewegung im allgemeinen, so ergibt sich, daß in den einzelnen Ländern Europas gewaltige Fortschritte zu verzeichnen sind, doch bevor an einen festen internationalen Zusammenschluß zu denken ist, muß der Zusammenschluß des gesamten Pflegepersonals der einzelnen Nationen konsequent durchgeführt werden. Als deutsche Krankenpfleger und -pflegerinnen wollen wir mit gutem Beispiel vorangehen. Das bedingt ein Eingliedern in eine Organisation, in unsere Reichssection „Gesundheitswesen“, die im Zusammenwirken der vielen eine unvergleichliche Kraft darstellt und in ihrer Gewaltigkeit allen Widerstand beseitigt, der die Krankenpflegepersonen hindert, zu einer höheren Kulturstufe, gleich der gesamten Arbeiterklasse, zu gelangen. Nur in der vereinten Kraft liegt eine bessere Zukunft der wertvollen Menschheit.

Nerven die Nervenstämmchen durch den Wurzelkanal empor und verzweigen sich in der Höhle, so daß sie in der Schale des Zahnes wie Ranken in Eisenbleiben stehen. Mit ihren größeren Seiten reichen sie bis an die Zahnbeinzellen, die an den Wänden liegen, feinere Zweige aber ranken sich wie Schlinggewächse an Pfeilermauern an den Wänden der Höhle entlang und senden zahllose feinste, erst in jüngster Zeit nachgewiesene Nerven durch die Kanäle der Wand bis zum Schmelz hervor. Aber nicht zum Schmelz des Zahnes — feu um Marmoräulen —, sondern mit ihrer lieblichen Schönheit verbinden sie einen höchst profaischen Zweck: sie sind die elektrische Klingelleitung, der mit vielen Drähten ausgestattete Alarmapparat des kleinen Marmorhäufes, der dem Gehirn die Gewalt, die die kleine vorgeschobene Festung trifft, in Sekundenbruchteilen meldet, Härte, Hitze und Kälte der Speise, Zug und Stoß und vor allem — auch im Jelleben spielt der Diebeschutz die große Rolle unter allen Sicherungen — den Einbruch von Bakterien, die durch Sprünge im Schmelz, durch Risse im Zement in den „diebesficheren“ Saß des Zahnes gedrungen sind und hier das löbliche Zahnbein nicht herausbrechen, das begehrte Schwammgewebe nicht verzehren können, ohne auch an den Alarmdrähten des Nervenapparates zu rühren und uns den Schaden als Schmerz zu melden. Wer hätte nicht schon einmal, sondern zehnmal in seinem Leben über die Nerven seiner Zähne gefühlt! Wie sie ziehen und über Kopf und hämmern, schneiden und bohren, daß es bis ins Ohr, zum Auge, bis zum Gehirn hinaufdringt und hier mit den Fingern alles Denken, Fühlen, Wollen von Leben, Freude, Schmerz, Schlaf und Arbeit fortzieht und an den Zahn, den kleinen

Zahn, die winzig kleine, kaum erkennbare Stelle des Bakterieneintritts knotet und den Menschen, mag er wollen oder nicht, mag er sich Stunden, Tage, Wochen sträuben, schließlich doch wie mit Eisenketten zum Zahnarzt zieht — mit Eisenketten, die spinnefeinen Nervenstämmchen! Wir fluchen ihnen, weil wir undankbar sind. Was würden wir von einem Menschen sagen, der bei Feuersausbruch sich an den Feuermelder stellt und ihn beschimpft? Denn daß die Nerven es sind, die Tag und Nacht auf Wacht die kleinen Eisenbeinburgen des Mundes betreuen, uns zur Schonung des feinorganisierten Apparates anhalten, jeden Angriff von außen, jeden Schaden von innen melden und uns den Einbruch der unsichtbaren Bakterien mitteilen, ob Auge oder Zunge das geringste nachzuweisen vermögen, daß wir folglich ohne Nerven, ohne Nervenempfinden, in weniger als einem Jahrzehnt sämtlicher Zähne unseres Mundes beraubt wären, das bedenken wir nicht. Es liegt in unserer Menschenart, das Angenehme gedankenlos hinzunehmen, aber das Unangenehme mit Unmut zu bemängeln, selbst wenn es uns nützlich ist. Nicht fluchen dürfen wir ihnen, segnen müssen wir die kleinen Gesellen der schmerzenden Nerven. Denn mehr als der härteste Schmelz und das blutreichste Schwammgewebe, mehr als das feinst kanalisierte Zahnbein und das festest gemauerte Zement sind sie es, die uns den Zahn erhalten zu freudigem Genuß der Köstlichkeiten des Geschmacks, zum närenden Aufschluß der Speisen, zum Schmelz des Angenehms und zur Offenbarung jenes Wunderwerkes der Natur, als das er sich dem Betrachter, sei er Künstler, Forscher oder Techniker, von jedem Standpunkt aus gleich bewundernswert enthüllt.

◆ Privatbadeanstalten ◆

Berlin. Im gewerblichen Schlichtungsausschuss wurden durch Vereinbarung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen Löhne festgesetzt, die ab 1. Oktober in Kraft treten und bis zum 31. Oktober 1922 Gültigkeit haben: Für Schwitz- und Massagebäder 12 Mt. (Mehr 2 Mt.) Für Wannenbäder und Kaltwasserbehandlung 3,75 Mt. (Mehr je 1 Mt.) Monatliche Mindestlöhne für Bademeister in der Schwitzabteilung 5500 Mt. (Mehr 1500 Mt.) In der Wannenabteilung 5400 Mt. (Mehr 1500 Mt.) Für Bademeisterinnen in der Schwitzabteilung 4500 Mt. (Mehr 1100 Mt.) In der Wannenabteilung 4300 Mt. (Mehr 1000 Mt.)

◆ Aus unserer Bewegung ◆

Erhöhung der Bezüge der Krankenschwestern des Reiches. Mit Wirkung vom 1. September d. J. erfolgte eine erneute Erhöhung des Feuerungszuschlages auf 677 Proz. Daneben wird ein weiterer Feuerungszuschlag von 10 000 Mt. gewährt. Gleichzeitig sind vom 1. September ab die für die Beföstigung vom Dienstentkommen einzubehaltenden Beträge analog den Vereinbarungen für das übrige weibliche Personal der Reichskrankenanstalten für den vollen Kalendermonat wie folgt festgesetzt worden: in Ortsklasse A 6300 Mt., B 6180 Mt., C 6060 Mt., D 5940 Mt., E 5820 Mt.

Heimkehrlager des Roten Kreuzes. Die Septemberehälfter des Personals der Heimkehrlager haben gegenüber dem Vormonat eine nochmalige Aufbesserung erfahren. Die Gehaltsätze betragen danach ab 1. September: nach dem vollendeten 15. Lebensjahre: Männliche 4700 Mt., Weibliche 4250 Mt.; nach dem vollendeten 16. Lebensjahre: Männliche 5500 Mt., Weibliche 4950 Mt.; nach dem 17. Lebensjahre: Männliche 6650 Mt., Weibliche 5985 Mt.; nach dem 18. Lebensjahre: Männliche 7500 Mt., Weibliche 6750 Mt.; nach dem vollendeten 19.—20. Lebensjahre: Männliche 9500 Mt., Weibliche 8550 Mt.; nach dem vollendeten 21. Lebensjahre: Männliche 11 100 Mt., Weibliche 9990 Mt. Wohngruppe II 11 900 Mt., III 12 600 Mt., IV 13 500 Mt., V 14 400 Mt., VI 15 350 Mt., VII 16 900 Mt. Die Dienstalterszulagen werden in den Gruppen II und III auf 135 Mt., in IV und V auf 155 Mt. und in VI und VII auf 180 Mt. erhöht. Die Verheiratenzulage bleibt unverändert. Die Kinderzulagen betragen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahre 1300 Mt., bis zum vollendeten 16. Lebensjahre 1500 Mt. pro Monat.

Berlin. Die Tarifverhandlungen zwischen dem Verbands der privaten und gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten und dem Tarifrat der Arbeitnehmer am 11. Mai führten zu keinem abschließenden Ergebnis. Der angesehene Schlichtungsausschuss hat am 20. September folgenden Schiedsspruch gefällt: Die Löhne für den Monat September 1922 werden gegenüber der Lohnhöhung vom August 1922 festgesetzt: In Gruppe I auf 3458 Mt. monatlich, steigend jährlich um 176 Mt. zweimal; in Gruppe IIa auf 3984 Mt., IIb auf 4149,80 Mt., steigend jährlich um 185,60 Mt. zweimal; in Gruppe III auf 5568 Mt., steigend jährlich um 220,80 Mt. dreimal; in Gruppe IV, jugendliche Männliche im 15. Jahre auf 2073,60 Mt., im 16. Jahre auf 2176 Mt., im 17. Jahre auf 2325,60 Mt., im 18. Jahre auf 2428,80 Mt. Weibliche Personal: in Gruppe V auf 2403,20 Mt., VI auf 3158,80 Mt., VII auf 3288,40 Mt., steigend jährlich um 165,60 Mt. zweimal in allen Gruppen. In Gruppe VIII, jugendliche Weibliche, im 15. Jahre auf 1772,80 Mt., im 16. Jahre auf 1876,80 Mt., im 17. Jahre auf 1958,40 Mt., im 18. Jahre auf 2080 Mt. Die bisherigen Bezüge werden verdoppelt, so daß künftig für Kost, Wohnung und Dienstkleidung ein durchschnittlicher Betrag von 1200 Mt. von den Beschäftigten zu entrichten ist. Die Zuschläge sind generell um 150 Proz. erhöht, so daß künftig gewährt werden: für Verheiratete auf den Parolohn 1425 Mt., für außerhalb der Anstalt Wohnende 712,50 Mt., für Selbstbeföstigung 1710 Mt., für Kinder, auch uneheliche, 712,50 Mt., für Selbstbeföstigung in Urlaubs- und Krankheitsfällen 33,25 Mt. täglich. Das Gesamtergebnis dieser Lohnhöhungen beträgt 100 Proz. in der Zeit vom 28. Juli, des letzten Schiedspruchs, bis zum 20. September. Der Preisindex ist in der angegebenen Zeit um nahezu 115 Proz. hinaufgeschneit. Ferner hat der Schlichtungsausschuss entschieden, denjenigen Arbeitnehmern, die im August sich selbst beföstigten, und denjenigen, die im August außerhalb der Anstalt wohnten und sich selbst beföstigten, eine sofort auszahlabare Ausgleichszulage von 1000 Mt. zu gewähren.

Osnabrück. Das Tarifabkommen mit dem Allgemeinen Knappschaffsverein für August und September mußte infolge der sprunghaftesten Feuerung für September erneuert werden. Die Verhandlungen ergaben: Die Augustlöhne werden um 37 Proz. erhöht. Der Lohn beträgt hiernach: Gruppe 1, männliches Personal: 2630—2753 Mt., Gruppe 2: 2411—2520 Mt., Gruppe 3: 2109 bis 2219 Mt., Gruppe 1, weibliches Personal: 1698—1794 Mt., Gruppe

2: 1561—1644 Mt., Gruppe 3a: 1452—1534 Mt., Gruppe 3b: 1411 bis 1493 Mt. Dazu kommt eine einmalige Wirtschaftshilfe für alle am 23. September noch im Dienst des Knappschaffsvereins beschäftigten Personen. Es erhalten alle männlichen Personen, die vor dem 1. Juli schon im Dienst standen, 1200 Mt., die nach dem 1. Juli Eingetretenen 800 Mt. Weibliche Personen, soweit sie vor dem 1. Juli im Dienst waren, 1000 Mt. Die nach dem 1. Juli Eingetretenen 500 Mt.

Köln. Anschließend an die Versammlung der Gemeindeglieder am 15. September wurde die Monatsversammlung der Reichsaktion „Gesundheitswesen“ abgehalten. Kollege Reder gab einen Bericht vom Verbandstag und erläuterte die angenommenen Anträge, die unsere Sektion betreffen. Ein geplanter Antrag auf den ungeteilten Achtstundentag erfordere erhöhte Aufmerksamkeit der gesamten Kollegenschaft. Wir dürfen uns nicht in Sicherheit wiegen, denn man will uns diese Errungenschaft wieder nehmen. Dann gab Kollege Büstorf die neuen Lohnsätze bekannt, die für September einer Revision unterzogen werden. Des weiteren wurde das Ergebnis der Verhandlungen beim Ministerium besprochen und beantragt, daß die Bezahlung der Überstunden ab 1. Juni 1922 nach dem Manteltarif zu erfolgen hat. Falls das Ministerium bis 23. September die Zusage nicht gibt, soll der Sonderlichtungsausschuss in Schwerin angerufen werden. Des weiteren wurde beantragt, daß der Stichtag (2. September) auf die nicht ständig Beschäftigten keine Anwendung haben soll. Ein weiterer Antrag an die Gauleitung verlangt, daß in nächster Zeit eine Bezirkskonferenz der Sektion „Gesundheitswesen“ für Westfalen-Lippe einberufen werden soll. Die vorläufige Tagesordnung für die Konferenz ist der Gauleitung zu übermitteln.

◆ Rundschau ◆

Wann sind Krankenpfleger, Masseure, Hebammen usw. von der Umsatzsteuer befreit? Der § 2 Nr. 9 des Umsatzsteuergesetzes vom 24. Dezember 1919 hat mit Geltung ab 1. Januar 1922 folgende Fassung erhalten:

„Arztliche und ähnliche Hilfestellungen sowie Arznei- und Heilmittel, die zur Krankenpflege dienen, soweit die Entgelte für die von den Krankenkassen (§§ 225 der Reichsversicherungsordnung), den knappschaftlichen Krankenkassen, den Krankenkassen der selbständigen Handwerker und Gewerbetreibenden sowie den Erbschaften (§§ 503 ff. der Reichsversicherungsordnung) zu zahlen sind.“

Zur Klarstellung für unsere Kollegen ging uns folgendes Merkmalungsschreiben zu: Auf das Schreiben vom 24. August 1922 erwidere ich (Reichsminister der Finanzen — III. U. 10 217 und 10 918) ergebenst:

Nach § 122 der Reichsversicherungsordnung wird die ärztliche Behandlung im Sinne der Reichsversicherungsordnung durch approbierte Ärzte, bei Zahnkrankheiten auch durch Zahnärzte geleistet. Sie umfaßt Hilfestellungen anderer Personen, wie Wäher, Heilbediener, Heilgehilfen, Krankenpfleger, Masseure und Hebammen sowie der Zahnbediener im Sinne der Reichsversicherungsordnung nur dann, wenn der Zahnarzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in bringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann, oder wenn, soweit es um Zahnkrankheiten handelt, die Voraussetzungen des § 123 der Reichsversicherungsordnung erfüllt sind. Soweit also die Entgelte für diese Hilfestellungen, die durch Heilbediener, Heilgehilfen, Krankenpfleger, Masseure und Hebammen bewirkt werden, von den Krankenkassen oder § 27 Abs. 1 Nr. 3 der Ausführungsbestimmungen zum Umsatzsteuergesetz genannten Kassen zu zahlen sind, sind sie von der Umsatzsteuer befreit.“

◆ Eingegangene Schriften und Bücher ◆

Lehrbuch der chirurgischen Krankenpflege. Für (Krankenschwestern) Pflegerinnen und Operationschwester. Vierte Auflage. Herausgegeben von Professor Dr. P. Janssen, Düsseldorf. Mit 306 Abbildungen. 1922. Verlag: F. C. W. Vogel, Leipzig. Preis 400 Mt., gebunden 600 Mt. — Von vielen ähnlichen Lehrbüchern unterscheidet sich dieses Werk dadurch, daß es keine Einführung in die Krankenpflege sein soll, sondern diejenigen Kenntnisse der allgemeinen Krankenpflege voraussetzt, die für die Erlangung der staatlichen Anerkennung notwendig sind. Es ist ein Lehrbuch, das in den Rahmen des Jenczer Ausbildungsplans hineinpaßt, also für die Fortbildung in der chirurgischen Krankenpflege geeignet ist. Nach einer Einleitung ist das Buch in 6 Hauptabschnitte eingeteilt: 1. Wunden, 2. Infektion, 3. Asepsis, Antisepsis, Desinfektion und Wundbehandlung, 4. Aufgabe der Operationspfleger, 5. Aufgaben der Stationspfleger, 6. Aufgaben der Gemeinde- und Privatpfleger. Die besonderen Unterabteilungen der Hauptabschnitte ermöglichen erleichtertes Nachschlagen nach speziellen Wissensgebieten. Die sehr guten Abbildungen erscheinen klar und übersichtlich instruierend, auch weil das ganze Werk auf Kunstschpapier hergestellt ist. Für die Fachbibliotheken unserer Zitate ein geeignetes Werk.