

# 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. 33,  
Schlesische Straße 42.  
Fernspr.: Amt Worligplatz, Nr. 3105/06, 11944.  
Redakteur: Emil Dittmer.

Reichsaktion:  
„Gesundheitswesen.“

Erscheint wöchentlich, Freitags.  
Bezugspreis: monatlich durch die  
Post (einschließlich Bestellgeld) 100 Mark.  
Fernspr.: Amt Worligplatz, Nr. 3105/06, 11944.

## Wo bleibt die obligatorische Ausbildung des Krankenpflegepersonals?

Der Weg zu einem Reichsgesetz über die obligatorische Durchführung der Ausbildung und Prüfung von Krankenpflegepersonal ist anscheinend verstopft, denn seit Bekanntgabe des vorläufigen Gesetzentwurfs über die Ausübung der Krankenpflege usw. sind fast zwei Jahre vergangen, ohne daß über sein weiteres Schicksal die Öffentlichkeit etwas erfahren hätte. Deshalb ist es zu begrüßen, daß die Leitung unserer Reichsaktion „Gesundheitswesen“ einen neuen Vorstoß unternommen hat, die Reichsregierung zur Vorlage eines Gesetzes zu veranlassen. Unterm 23. Juli 1923 hat sie dem Reichsarbeitsministerium eine Eingabe überreicht, die hauptsächlich den verstopften Weg wieder frei macht, so daß der Gesetzes-Schimmel seinen „Trab“ wieder aufnehmen kann. Die Eingabe lautet:

Das Reichsarbeitsministerium hat bereits im Herbst 1921 einen „vorläufigen Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung der Krankenpflege, Säuglingspflege und Wochenspflege“ ausgearbeitet und den verschiedenen Landesregierungen zur Begutachtung übermittleit. Die Organisationen des Krankenpflegepersonals, insbesondere der unterzeichnete Verband, haben zu diesem Entwurf nicht Stellung genommen, weil er vom Ministerium selbst als ein „vorläufiger“ bezeichnet wurde. Sie haben sich deshalb ihre Stellungnahme bis zum Erscheinen des endgültigen Entwurfes vorbehalten. Obwohl bereits zwei Jahre seit Erscheinen dieses Entwurfes verstrichen sind, hat die unterzeichnete Organisation noch keine Kenntnis davon erhalten, daß der vorläufige Entwurf durch einen endgültigen ersetzt worden ist. Ebensowenig haben Besprechungen über die Gestaltung des Gesetzes mit den zuständigen Organisationen des Krankenpflegepersonals stattgefunden.

Die Reichsaktion „Gesundheitswesen“ des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter, als Vertretung des freigeberstaatlich organisierten Krankenpflegepersonals Deutschlands, hält die Schaffung eines Reichsgesetzes über die obligatorische Ausbildung des Krankenpflegepersonals für eine dringende Notwendigkeit, die einen weiteren Aufschieben nicht verträgt. Wir gestalten und beabsichtigen, beim Reichsarbeitsministerium die beschleunigte Einbringung eines Reichsgesetzes zu beantragen, in dem folgende Forderungen zu berücksichtigen wären:

1. Erlass reichsgesetzlicher Vorschriften über die obligatorische Ausbildung und staatliche Anerkennung des Personals der Kranken-, Irren-, Wochens- und Säuglingspflege. — 2. Einrichtung einer genügenden Anzahl von staatlichen Krankenpflegeschulen für männliches und weibliches Pflegepersonal. — 3. Erlass von erweiternden Uebergangsbestimmungen für die Gewährung der staatlichen Anerkennung an die bereits im Beruf Tätigen.

Zur Begründung unseres Antrages weisen wir darauf hin, daß zuzugelt in den einzelnen Ländern einseitige Vorschriften über die Ausbildung des Pflegepersonals nicht bestehen und daß die Ausbildung keine obligatorische ist. Die Tatsache, daß nicht nur Provinzialanstalten, sondern auch staatliche Anstalten es zum Teil grundsätzlich ablehnen, Personal einzustellen, das seine Ausbildung nicht in den Anstalten der betreffenden Verwaltung erhalten hat, führt für das Personal, besonders beim Zielungswechsel, zu außerordentlichen Schwierigkeiten, vielfach zur Aufhebung der Freizügigkeit. Die Verteilungen des Pflegepersonals, eine einheitliche Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung zu erhalten, finden jedoch bei den Anstaltsverwaltungen nur geringe Unterstützung. Hinzu kommt der Mangel an staatlich anerkannten Schulen für das Krankenpflege-, besonders aber für das Irrenpflegepersonal. So hat z. B. Preußen nach der letzten Veröffentlichung des preussischen Wohlfahrtsministeriums vom 15. Mai 1922 nur 3 staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen, von welchen nur 3 in Irrenpflegeschulen nationalisiert sind.

Die Ungleichheit in der Ausbildung des Personals bedingt naturgemäß eine ungleichmäßige Behandlung der Kranken sowohl in den Anstalten wie auch in der Privatpflege. Den Patienten, die sich den öffentlichen Anstalten anvertrauen, fehlt zurzeit jede Gewähr dafür, daß die Verordnungen der Organe von sachkundigen Personen ausgeführt werden. Wir bezweifen uns

hierbei auf das Zeugnis des Herrn Geh. Obermedizinalrat Dr. Rohne vom preussischen Wohlfahrtsministerium, der in einer Sitzung des Ausschusses zur Prüfung der Frage der obligatorischen Ausbildung des Krankenpflegepersonals am 12. Februar 1921 laut Protokoll erklärt: „Es könne auf die Dauer vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege nicht mehr länger mit angesehen werden, daß es z. B. auch minderwertigen Personen, die überhaupt keine Ausbildung auf dem Gebiete der Krankenpflege genossen hätten, mangels entsprechender gesetzlicher Vorschriften gestattet sei, sich einfach ein Schwesternkleid anzulegen und den Beruf einer Krankenschwester als Gewerbe zu betreiben. Es sei bekannt, daß Personen, die keine Ausbildung erhalten, in kleineren Krankenhäusern betriebe wie auch in der Privatpflege tätig seien. Dadurch entstünden schwere Mißstände.“ Der oben genannte Ausschuss faßte als Ergebnis seiner Verhandlungen einstimmig folgenden Beschluß: „Der Ausschuss hält einstimmig die baldige Einbringung eines Reichsgesetzes für nötig, durch das eine obligatorische Ausbildung und staatliche Prüfung aller derartigen Personen festgelegt wird, die hauptberuflich in der Krankenpflege tätig sind.“

Wir können uns diesem Beschlusse nur im vollen Umfange anschließen und verweisen darauf, daß einzelne Großstädte des Reiches, wie Berlin und Hamburg, von der Notwendigkeit der sofortigen Einführung der obligatorischen Ausbildung durchdrungen, bereits der Reichsregierung vorgeschritten und für ihre eigenen Anstalten eine obligatorische Ausbildung und staatliche Anerkennung des Pflegepersonals durchgesetzt haben.

Unbedingt notwendig bei der Schaffung eines solchen Gesetzes ist aber auch der gleichzeitige Erlass von erleichternden Uebergangsbestimmungen und die Gewährung der staatlichen Anerkennung ohne Prüfung an die bereits tätigen im Beruf Tätigen, wie sie in den preussischen, sächsischen, hamburgischen und ähnlichen Bestimmungen der Einzelstaaten enthalten sind.

Die Wünsche des organisierten Pflegepersonals auf Schaffung eines Reichsgesetzes über die obligatorische Ausbildung gehen durchaus konform mit den Interessen der Kranken, und die Not in Deutschland erfordert, daß alles geschieht, um den gesteigerten Anforderungen in der Krankenpflege gerecht zu werden. Wir erwarten daher, daß das Reichsarbeitsministerium unserem Antrage stattgeben und die Vorbereitungen für die Schaffung des beantragten Gesetzes sofort aufnehmen wird.

Die Forderung der obligatorischen Durchführung der Ausbildung und Prüfung von Pflegepersonal durch Reichsgesetz ist hier schon so oft begründet worden, daß sich erneute Erörterungen darüber erübrigen. Diese Frage ist eine Kulturfrage allerersten Ranges. Die Kollegenchaft sollte sich daher mit ganzer Kraft dafür einsetzen, daß sie bald gelöst wird.

## Kartofse.

III.

Atmung. Vor dem Eintritt der Bewußtlosigkeit ist die Atmung beschleunigt, beengt, abgebrochen, manchmal sogar eingehalten. Während der tiefen Kartofse ist sie langsam, ruhig, regelmäßig, manchmal unhörbar, manchmal laut schnarrend. Eine Beschleunigung der Atmung kündigt das Wachwerden an. Ein langsamer- und Schwächerwerden (oft unhörbar) bedeutet „sehr tiefe Kartofse“, hier heißt es „aufpassen“! Hier ist bisweilen eine kurze Unterbrechung der Kartofse am Platze, „die Wuste weg!“ Wird die Atmung behindert, dann ist irgendetwas nicht in Ordnung: Schleim sitzt vielleicht im Halse, zu enge Nasenwege gestalten bei geschlossenem Munde nicht genügenden Luftzutritt, die Zunge ist nach hinten gesunken und infolgedessen verschließt der Kehlkopf den Eingang zu Kehlkopf und Luftröhre. Man bemerkt dann, daß trotz verfrühter Atembewegungen keine Luft in die Luftröhre einströmt, die Gesichtsfarbe des Kranken wird bläulich, weil im Blute

120  
ge Zeichen verrät  
den Notschlichtung.  
dann im eigenen  
er mit Hilfe eines  
e manchmal kleine  
tritt eine Rötung  
nd der Hand ein.  
al aber kommen  
d daß die Möglich-  
dem Falle geht  
staunt, wenn ihm  
so viel Tagen ein  
den Sie ihm! Ge-  
ranke gewöhnlich  
lich ausbleibt. Oft  
Anstetung in den  
Blut hat die Be-  
weinefunde teils  
red davonkommt.  
D. W. B.“ ver-  
über die in letzter  
Behandlung der  
g: Fassen wir die  
ephyllis zusammen,  
mann es ausge-  
Ephyllis zu be-  
hages aufzufassen  
hinter dem Gal-  
ziehung sicherlich  
Aufmerksamkeit!  
Wenn auch über  
lung weitere Er-  
st schon an Stelle  
mpfohlen werden,  
verwendet wird.  
ntigene sind Auf-  
die zur Bildung  
Eingimpfungen bei  
arteriellen Krank-  
haltbarkeit dieser  
im Kriege haben  
os war, während  
in Verbreitung so  
sch zu lösen, das  
reicht aber nicht  
denimpfstoffe aus-  
len. Soweit bis  
ngst haltbar und  
fertiger und bean-  
t weniger Raum.

sich Kohlenäure ansammelt, die den Körper nicht durch Ausatmung verlassen kann und der behinderte Luftzutritt keinen Sauerstoff in die Lungen gelangen läßt. Dieser Zustand muß sofort beseitigt werden. Die Pflegerin darf nicht ruhen, solange sie nicht die Ursache zu diesem Zustande ausfindig gemacht hat. Nie darf sie diesen Zustand als selbstverständlich hinnehmen oder denken, daß sie nichts daran ändern kann. Sie darf nicht weiter narkotisieren, wenn die Atmung nicht frei ist. Obwohl es nie vorkommen soll, daß ein Narkotizierter einen Gegenstand im Munde trägt, muß mit der Möglichkeit doch gerechnet werden. Gelangt dieser in die Luftwege, so kann der Kranke oft nur durch den Luftröhreneinschnitt (Tracheotomie) gerettet werden und deshalb soll in einem Operationssaal stets das Instrumentarium für diesen Eingriff steril zur Hand liegen.

**S p i e g e l.** Im Beginn der Narkose wird gehustet, wenn viel Speichel und Schleim in die Kehle gelangen, ebenso wenn der Patient zu sich kommt nach der Narkose. Wird schnell tief narkotisiert, dann wird Speichel und Schleim leichter in die Luftröhre gelangen, ein Umstand, der später gefährlich werden kann und überdies direkt zur Folge hat, daß nicht genügend Luft hinzutritt. In diesem Falle wird man nicht mehr von einer „guten Narkose“ sprechen können. Der Speichel muß aus der Kehle entfernt werden, bevor er eingeflogen wird. Wird der Kopf in der oben geschilderten Weise nach hinten unten abgelenkt, so wird diese gefährliche Unannehmlichkeit nicht eintreten können.

**P u l s.** Im Anfang der Narkose ist der Puls schnell, voll und kräftig. Während der Narkose ist er langsam und regelmäÙig. Puls- und Atmungsbeschleunigung läßt auf Erwachen schließen. Sehr kleiner und sehr schneller Puls bedeutet großen Blutverlust oder Erschöpfung infolge zu langer oder zu tiefer Narkose. Unregelmäßiger und nicht fühlbarer Puls erfordert zeitweiliges Aussetzen des Tropfens. Ein sehr kleiner Puls erfordert große Vorsicht.

**G e s i c h t s f a r b e.** Diese ist veränderlich wie der Puls. Im Anfang ist sie stärker gerötet, manchmal blaurot, später mäßig blaÙ. Cyanose (blaue Verfärbung durch Anhäufung von Kohlenäure im Blut) während der Narkose bedeutet Störung in der Atmung. Die Luftzufuhr läßt dann zu wünschen übrig und erfordert ein sofortiges Eingreifen. Tödliche Blässe ist eine Folge von zu starkem Blutverlust oder von schlechter Herztätigkeit bei zu tiefer Narkose. Sie ist immer ein böses Anzeichen, dem schnell begegnet werden muß durch Aussetzen der Narkose.

**A u g e n.** Im Anfang werden die Augen fest zugedrückt und tränen oft stark. Während der Narkose wird das Auge meist leicht geschlossen, nur dann reflektorisch fester zugedrückt, wenn die Fingerspitze die Hornhaut berührt. Dies ist ein Mittel, mit dem man sich oft vergewissert, ob die Narkose tief genug ist. Ist diese noch nicht tief, dann wird das Auge bei Berührung noch fester zugedrückt. In tiefer Narkose bleiben die Augenlider bewegungslos bei Berührung der Hornhaut. Wir raten dringend, sich dieses ganz unnötigen Mittels nicht zu bedienen, weil dadurch die zarte Hornhaut leicht verletzt werden und geschwüurig erkranken kann.

Ein viel besseres Mittel, sich über die Tiefe der Narkose zu vergewissern, ist das Beobachten der Pupillen.

Ein erfahrener Narkotiseur legt während der Narkose großes Gewicht auf die Größe und die Beweglichkeit der Pupille. Im Beginn der Narkose ist die Pupille weit und während der tiefen Narkose sehr eng. Eine weitere Pupille findet sich bei einer Narkose, die nicht tief genug ist, aber auch bei einer solchen, die zu tief ist (auf der Grenze zwischen Leben und Tod). Ein Anfänger wird sich hier nicht leicht auskennen, er soll sich auch deshalb in diesem Punkte nicht zuviel zutrauen. Stets soll die Pupille während der Narkose beim Eröffnen der Lider auf Lichteinfall reagieren und sich verengen; tut dies eine weite Pupille nicht mehr, so ist die Narkose zu tief und die Darreichung des Narkotikums muß sofort unterbrochen werden.

**R i e s e r u n d Z u n g e.** Solange der Patient „spannt“ und sich bewegt, preßt er die Riefer auseinander. Der Narkotiseur hat dann Obacht zu geben, daß die Zunge nicht zwischen die Zähne geklemmt wird. Ist die Nase für eine tiefe Atmung zu eng, so muß eventuell ein Mundsperrer zwischen die Riefer gelegt werden (der gebräuchlichste Mundsperrer ist der Heisterische). In tiefer Narkose sinkt der Riefer herab und damit fällt die Zunge nach hinten, der Kehledeckel verschließt den Kehlopfingang. Man hört dies sofort an der Atmung, der man anmerkt, daß die Luft nicht frei durch die Atemwege streicht. Diese Gefahr soll die narkotisierende Pflegerperson sofort erkennen und auch zu beseitigen wissen, sonst droht der Erstickungstod. Der Unterkiefer muß so durch die hinter den Rieferwinkel saßenden Daumen geschoben werden, daß die untere Zahn-

reihe vor die obere zu stehen kommt. Die Narkose ist wieder eine „gute“, sobald die Atmung ruhig geworden und die Gesichtsfarbe eine frische ist. Gelingt es nicht, mit den Fingern den Unterkiefer nach vorn zu bringen, so muß man die Zunge an der Epiglottis festhalten und sie, soweit es geht, nach außen ziehen. Hier muß große Vorsicht obwalten, damit die Zunge nicht einreißt. Kann man den Mund nicht mit den Fingern öffnen, so geschieht dies mit dem Mundsperrerr.

Zu Erbrechen kann es während aller Stadien der Narkose kommen, wenn der Patient zu wenig Narkotikum erhält und wenn er anfängt wach zu werden. Bei einer gleichmäßigen Narkose wird in der Regel nicht erbrochen. Eine Schwester, die die Patientin während der Narkose öfter erbrechen läßt, versteht ihre Sache nicht gut.

Beginnt das Erbrechen trotz der getroffenen Vorförmäßigkeiten dennoch (Anzeichen hierfür sind Schluckbewegungen, stoßende Atmungsbewegungen, Rollen im Leibe) und sind auch andere Beweise dafür da, daß die Narkose weniger tief geworden ist, dann kann man zwei Mittel anwenden. Schnelles Weitertropfen kann die Narkose sofort so tief machen, daß die Brechbewegungen aufhören, bevor nach Speisereste oder Schleim aus dem Magen nach oben kommen. Fürchtet man, daß das Erbrochene bereits in die Nähe des Kehlopfers geraten ist und daß deshalb Gefahr besteht, daß das Erbrochene in die Luftröhre gelangen kann, dann muß die Narkosemaske entfernt und der Kopf zur Seite gehalten werden, damit das Erbrochene und der reichlich fließende Speichel auf diese Weise leicht nach außen gelangen können. Nahm der Patient eine sitzende Stellung ein, dann muß der Kopf vornüber gehalten werden und es muß Obacht gegeben werden, daß nicht in die Luftröhre hinein erbrochen wird, zumal wenn diese sich in der Nähe des Mundes befindet. Erbricht der Patient nicht mehr, dann wird schnell weiter narkotisiert, weil Unterbrechungen stets sehr unangenehm für den Operateur sind, der das Operieren während des Erbrechens einstellen muß. War der Magen gefüllt, dann kommen die verschiedensten Speisereste zutage; die Atmung kann hierdurch sehr behindert werden. Wer dies einmal erlebt hat, wird am besten verstehen, warum vor der Narkose der Magen entleert werden muß!

Nach der Narkose erbricht der Patient leichter, es muß jedoch auch jetzt darauf acht gegeben werden, daß nichts in die Luftröhre gelangt und daß das Erbrochene nicht auf den Wundverband und auf das Bett fließt. Mit einem Handtuch und einer kleinen Brechschale wird man dies leicht vermeiden können.

Was muß geschehen, wenn die Narkose zu tief wird, wenn drohende Erscheinungen auftreten und wenn der Patient kollabiert?

Drohende Erscheinungen sind sehr unregelmäßiger, sehr kleiner und sehr schneller Puls, sehr blasser Gesichtsfarbe, schwache und verlangsamte Atmung, sehr weite, reaktionslose Pupillen neben allen Erscheinungen einer tiefen Narkose. Der Operateur bemerkt in solchen Fällen oft, daß die Blutung in der Operationswunde steht und daß das Blut dunkel wird. Zeigen sich eine oder mehrere dieser Erscheinungen, dann hat der Narkotiseur sofort dafür zu sorgen, daß die Narkose weniger tief wird, daß sie in keinem Falle tiefer werden darf. Nicht allein das Tropfen muß aufhören, auch die Maske muß für einige Zeit beseitigt gelegt werden. Atmet der Patient reine Luft ein — eine Sauerstoffbombe soll für solche Fälle stets zur Hand sein —, so genügt das in der Regel, um die Gefahr abzumenden. Bisweilen ist es angebracht, das Gesicht mit einem nassen oder mit Aether befeuchtetem Tuch abzureiben. Manchmal ist es notwendig, die Herzgegend zu massieren, um die schlechte Herztätigkeit durch diese Reize anzuregen. Ist es nötig, daß der Patient weiter narkotisiert wird, dann darf es natürlich nicht so weit kommen, daß er wieder zu sich kommt, weil sonst Erbrechen eintreten könnte. Mit großer Vorsicht muß dann Aether verabreicht werden, denn die drohenden Erscheinungen waren eine Folge davon, daß zeitweise zuviel Narkotikum gegeben wurde. Diese Zufälle treten meist bei der Chloroformnarkose auf.

Entweder hat die Schwester nicht genügende Aufmerksamkeit gezeigt, oder ein starker Blutverlust (oder irgendein anderer Vorgang im Operationsgebiet) brachte es mit sich, daß der Patient mit einem Male bedrohliche Erscheinungen zeigte. Bei dieser Gelegenheit soll darauf aufmerksam gemacht werden, daß es Personen gibt, die Chloroformnarkose in keiner Weise vertragen (Idiosynkrasie) und nach Einatmung geringer Mengen sofort tief kollabieren und sterben. Eine Ursache hierfür kennt man noch nicht, das Ereignis gehört zu den furchtbarsten, die dem Chirurgen begegnen können — bei Aetherdarreichung ist das ganz unbekannt.

### Wir fordern wertbeständige Hebammengebühren.

Wie der rasende Marktzug und die damit verbundenen, mit Vogeleschwindigkeit in die Höhe steigenden Warenpreise die bisherige allgemeine Lohn- und Gehaltspolitik über den Haufen werfen, so ist auch die bisherige Art der Festsetzung der Hebammengebühren unhaltbar geworden. Die Idee, den Löhnen und Gehältern der Arbeiter, Angestellten und Beamten Wertbeständigkeit zu verschaffen, hat sich im Prinzip fast allgemein durchgerungen. Es muß deshalb nun auch erstrebt werden, den amtlich festgesetzten Hebammengebühren Wertbeständigkeit zu verschaffen. Eine Hebammenversammlung am 12. Juli in Berlin beauftragte deshalb nach einem Referat des Kollegen Krenner die Leitung der Reichsfektion Gesundheitswesen, die notwendigen Schritte einzuleiten. Das hat nach eingehender Beratung, an der die Kolleginnen Henseleit und Hecht teilnahmen, zu einer Eingabe an das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt geführt, aus der wir folgende Stellen hier wiedergeben:

„Für die freipraktizierenden Hebammen, die unseres Erachtens zurzeit zu den sozial am schlechtesten gestellten Berufen zählen, ist eine derartige Regelung (Einführung wertbeständiger Hebammengebühren. Red. „Sanit.“) noch nicht getroffen worden. Die Verhältnisse in diesem Berufe sind unhaltbar. Die zuständigen Behörden gehen an die Neuregelung der Hebammengebühren mit einer Langsamkeit und Bedächtigkeit heran, wie es zurzeit der stabilen Währungsverhältnisse zur Not erträglich war. In Berlin beispielsweise dauert es fast immer ein bis zwei Monate, ehe die Eingaben der Hebammenverbände soweit erledigt sind, daß das Ergebnis publiziert werden kann. Meistens sind auf Grund solcher Eingaben neue Gebühren wochenlang vorher bewilligt, ehe die Hebammen davon Kenntnis erhalten, so daß sie unter diesen Umständen noch immer zu den alten niedrigen Sätzen arbeiten müssen. Es kommt ferner in Betracht, daß fast immer niedrigere Sätze bewilligt werden, als die durchaus bescheiden gehaltenen Eingaben beantragen. Durch diese Umstände ist es dahin gekommen, daß in Berlin am 23. Juli 1923 der Realwert der Hebammengebühren nur noch 20,34 Proz. im Verhältnis zur Vorkriegszeit betrug. Wir haben bei Feststellung dieses Bombenhaltens die Reichsindexziffer und den niedrigsten Gebührensatz für den Bestand bei einer regelmäßigen Geburt zugrunde gelegt. Regelmäßige Geburten kommen naturgemäß am meisten vor, und der niedrigste Satz kommt nach der neuen Gebührenordnung des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt, von geringen Ausnahmen abgesehen, nur noch in Frage. Außerhalb Berlins sind die Verhältnisse keineswegs besser. Um nun hier einigermaßen gelunde Verhältnisse zu schaffen, bitten wir den Herrn Minister für Volkswohlfahrt, die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten von Berlin anzumelden:

1. wertbeständige Hebammengebühren in der Weise zu schaffen, daß die Hebammengebühren wöchentlich festgesetzt werden, wobei 80 Proz. der Gebührensätze des Jahres 1914 als Grundgebühr gelten und diese mit der Reichsindexziffer multipliziert werden;
2. mit den Hebammenverbänden auf ihren Antrag in Verhandlungen zu treten über Abgrenzung der Feuerungsklassen und die zweckmäßigste Bekanntgabe der allwöchentlichen Gebührensätze an die Hebammen.

Wir glauben, mit dieser Regelung ist auch den Behörden gedient, denn sie ersparen sich die vielen immer wiederkehrenden Beratungen über die Neu festsetzung der Gebühren.“

Eine ähnliche Eingabe ist von der Berliner Abteilungsleitung des Deutschen Hebammenbundes an das Berliner Polizeipräsidium gesandt worden. Die Kolleginnen im Reich werden gut tun, diese Aktion zu unterstützen, indem sie unverzüglich durch unseren Verband an die zuständigen Behörden (Ministerien, Regierungspräsidenten, Hebammenstellen, Kreisärzte usw.) herantreten, damit wertbeständige Gebühren eingeführt werden. Die Not der Hebammen ist bereits so groß, daß sie durch weitere Entwertung der Hebammengebühren nicht noch vergrößert werden darf.

### Hebammen

Berlin, Mit Wirkung vom 1. Juli 1923 gelten folgende amtlichen Gebührensätze:

1. Für den Bestand bei einer regelmäßigen und auch bei einer frühzeitigen Geburt für die Dauer bis zu 12 Stunden 60 000 bis 200 000 Mf., für jede folgende Stunde 4000 bis 10 000 Mf. — 2. Für den Bestand bei einer Zwillingsgeburt, einer regetwichtigen Geburt, einer mit Plunungen und deren Folgen oder mit Oslampfie mit Lösung der Nachgeburt oder mühsamer Wiederbelebung des Kindes verbundener Geburt für die Dauer bis zu 12 Stunden erhöht sich der Anlagensatz zu 1 auf 75 000 bis 300 000 Mf. — 3. Bei einer Geburt, zu der ein Arzt zuge-

- zogen wurde, erhöht sich die Gebühr zu 1 und 2 um 4000 bis 30 000 Mf.
4. Für den Bestand bei einer Fehl- oder unzeitigen Geburt oder bei Abnahme einer Mole für die Dauer bis zu 6 Stunden 35 000 bis 50 000 Mf., für jede folgende Stunde 4000 bis 10 000 Mf. — 5. Für jeden angeführten Wochenbesuch einschließlich der anbei erfolgenden Untersuchungen und Berrichtungen, wie Ausfäufungen, Äufstiersehen, Katheterisieren, Baden und Wädeln des Kindes für jede angefangene Stunde bei Tage 4000 bis 10 000 Mf., bei Nacht das Doppelte. — 6. Für jeden sonstigen Besuch, einschließlich der dabei erfolgenden Untersuchungen und Berrichtungen für jede angefangene Stunde 4000 bis 10 000 Mf., bei Nacht das Doppelte. — 7. Für eine Tagewache außerhalb der Zeit der Geburt (Besuch eingeschlossen) 20 000 bis 40 000 Mf., für eine solche Nachtwache 30 000 bis 50 000 Mf., für eine solche Tag- und Nachtwache 40 000 bis 75 000 Mf. — 8. Für eine Kateerteilung und Untersuchung in der Wohnung der Hebamme bei Tage 5000, bis 12 000 Mf., bei Nacht das Doppelte. — 9. Für ein schriftliches Zeugnis außer der Gebühr für die Untersuchung oder den Besuch 2000 bis 6000 Mf. — 10. Für den Bestand bei einer ärztlichen Operation für die angefangene Stunde 8000 bis 15 000 Mf. — Bei Berrichtungen in Häusern, die mehr als 2 Kilometer von der Wohnung der Hebamme entfernt liegen, sind der Hebamme, falls ihr nicht freies Fußweert gestellt wird, sowohl für den Hin- als auch für den Rückweg entweder die baren Auslagen für tatsächlich benutztes Fußweert oder 750 Mf. Begegebeld für jeden zurückgelegten Kilometer Landweg bzw. die Fahrkosten der 3. Wagenklasse bei Benutzung der Eisenbahn oder der Fahrpreis der Straßenbahn bei deren Benutzung zu erstatten. Im übrigen sind der Hebamme die baren Auslagen für die bei ihrer Hilfeleistung benutzten Desinfektionsmittel und Verbandstoffe zu erstatten.

Kolleginnen, welche Rechnungen für geburtsbifflische Leistungen im Monat Juli bei den Wohlfahrtsämtern und bei Privaten schon eingereicht haben, tun gut, Nachtragsforderungen auf Grund vorstehender Gebührensätze zu stellen.

### Hus unserer Bewegung

Preußische Staatskrankenanstalten. Nach Vereinbarung zwischen unkerer Reichsfektion Gesundheitswesen und dem preußischen Kultusministerium erhöhen sich die Lohnsätze der Lohnordnung vom 10. Juli, ab 16. Juli um das 1½fache. Die übrigen Sätze sind verdoppelt worden. Es sind danach zu zahlen 1. an stundenweise beschäftigte Reinigungsfrauen pro Stunde in der Ortsklasse A 11 196 Mf., Ortsklasse B 10 974 Mf. 2. An Ueberzeitarbeit pro Stunde: für männliches Personal in der Ortsklasse A 20 048 Mf., Ortsklasse B 20 064 Mf.; für weibliches Personal in der Ortsklasse A 15 070 Mf., Ortsklasse B 14 992 Mf. Der Frauenaufschlag beträgt vom 16. Juli 1923 ab monatlich 332 800 Mf., für die Stunde 1600 Mf. Der Kinderzuschlag für jedes unterhaltungsberechtigte Kind 332 800 Mf. monatlich, für die Stunde 1600 Mf. Die Dienftzulage für die Krankenpflegepersonen in den pflegerischen Abteilungen wird auf monatlich 30 000 Mf. erhöht. Für die Gewährung von Beföstigung sind in Anrechnung zu bringen in der Ortsklasse A 1 164 384 Mf., Ortsklasse B 1 141 296 Mf. Für Wohnung einschließlich Heizung und Beleuchtung werden ab 1. Juli 1923 fest gesetzt:

	In der Ortsklasse	
	A	B
Für Familienwohnung monatlich . . . . .	45000	40000
Für Ledige b. Gewähr. eines Einzelzimmers monatl. eines Zimmers, das von zwei oder drei Personen gemeinsam benutzt wird, monatlich . . . . .	27000	24000
eines Zimmers, das von vier oder fünf Personen gemeinsam benutzt wird, monatlich . . . . .	14000	12000
eines Zimmers, das von mehr als fünf Personen gemeinsam benutzt wird, monatlich . . . . .	10000	9000
eines Zimmers, das von mehr als fünf Personen gemeinsam benutzt wird, monatlich . . . . .	8000	7000

Für Wohnungen, deren Wert offensichtlich hinter dem festgesetzten Betrage zurückbleibt, ist der Wert durch einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Betriebsrat festzustellen. Der so ermittelte Wert ist alsdann in Anrechnung zu bringen. Für Klädung sind ab 1. Juli 1923 in Abzug zu bringen bei weiblichen Arbeitsträften: Für Rod und Bluse monatlich 4500 Mf., für Kleiderhülle 3200 Mf., für Schürze 2000 Mf., für Hemd 2000 Mf.; bei männlichen Arbeitsträften für Drillichhülle (Heizerhülle) 3200 Mf., für Drillichhose (Heizerhose) 3200 Mf., für Schürze 2000 Mf., für Hemd 2000 Mf. — Soweit Lohnempfänger vor dem 19. Juli 1923 aus dem Arbeitsverhältnis aus dem Rinken usw. ausgeschieden sind, sind Lohnnachzahlungen auf Antrag, welcher spätestens bis zum 31. Juli 1923 bei der Anstaltsleitung zu stellen ist, für die Zeit vom 16. Juli 1923 an nur zu leisten a) beim Ausscheiden infolge Todes, b) beim Ausscheiden infolge Dienstunfähigkeit, c) beim Ausscheiden aus anderen Gründen, wenn der ausgeschiedene Lohnempfänger noch im Monat Juli 1923 wieder in den Dienst bei der preußischen Staatsverwaltung eingestellt ist.

Oberbayern. Das Krankenpflegepersonal in den oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten befand sich von jeher in keiner bedeneis-

ist wieder eine  
ie Gesichtsfarbe  
den Unterleiser  
r Spitze seitlich  
genzange lassen  
uß große Bor-  
man den Mund  
mit dem Mund-

n der Markose  
hält und wenn  
n Markose wird  
e die Patientin  
cht ihre Sade

Vorsorgemah-  
ung, stöfende  
uch andere Be-  
orden ist, dann  
tertropfen kann  
emegungen auf-  
im Magen nach  
e bereits in die  
Gefahr besteht,  
dann muß die  
schalten werden,  
scheidet auf diese  
der Patient eine  
gehalten werden  
e Wunde hinein  
he des Mundes  
rd schnell weiter  
genehm für den  
echens einstellen  
e verschiedensten  
schindert werden.  
en, warum vor

es muß jedoch  
in die Entfröbre  
unüberband und  
r kleinen Brech-  
leif wird, wenn  
atient kollabiert?  
ger, sehr kleiner  
hwauche und ver-  
ken neben allen  
ur bemerkt in  
ionswunde steht  
r mehrere dieser  
safür zu sorgen,  
nem Falle tiefer  
jören, auch die  
den. Atmet der  
für solche Fälle  
um die Gefahr  
esicht mit einem  
t. Manchmal ist  
ie schlechte Herz-  
daß der Patient  
so weit kommen,  
eintreten könnte.  
werden, denn die  
n, daß zeitweise  
ren meist bei

Aufmerksamkeit  
anderer Vorgang  
atient mit einem  
Gelegenheit soll  
sonen gibt, die  
diagnostische) und  
eren und sterben  
elgnis gehen zu  
en — bei Achter-

werten Lage, weil es den Außenstehenden nicht bekannt war, daß ihnen bei einer mehr als zehnstündigen Dienstzeit am Tage und zeitweise fünfstündiger Nachtdienstzeit nur wenig freie Zeit zur Verfügung steht. Daneben sind die Personalverhältnisse schlecht geordnet und die Wohnregelungen des beamteten Personals ins unklare geraten. Die Ausbildungsbestrebungen des Personals sind zu umgekehrten Auswirkungen gekommen. An Stelle obligatorischer Fachausbildung und staatlicher Prüfung aller Krankenpflegepersonen werden theoretische Unterrichtskurse durch den vorgelegten Oberarzt erteilt, die eine Grundlage für die Prüfung durch den Kreisarzt geben müssen. Es wurde dem Personal sogar der Vorwurf gemacht, daß seine gewerkschaftliche Organisation diese Kurse angestrebt hätte. Nachdem die Beamtenmehrheit auch das Pflegepersonal erfasste, gingen die Befoldungsverhältnisse gegenüber den früheren Tarifverträgen zurück, besonders nachdem mehrmalig Juridistufungen geschaffen wurden und die Gründung eigener Haushalte durch die Dienstalterschwierigkeiten zur Unmöglichkeit wurden. Personal in verhältnismäßig weit vorgeändertem Lebensalter kann 70 Proz. des Beamtenanwärterentkommens, nach drei Jahren 75 Proz. des Gehalts der Beamten in Gruppe III und nach weiteren fünf Jahren das Niedrigstgehalt dieser Gruppe erreichen. Die ohnehin niedrigen Lohnzahlen werden durch die Abzüge für Beföstigung und Wohnung bis auf einen kleinen Rest herabgedrückt, so daß kaum etwas für Steuer- oder weitere Abzüge übrigbleibt. Für die Zahlung am 1. Juli würde das Gehalt der Anwärter und Probebeamten noch nicht einmal für die Kostabzüge reichen. Wenn für den 1. Juli an Anwärter 782 595 M. Lohn in Ansatz kommen, so stehen diesem Betrag 783 460 M. Abzug für Beföstigung gegenüber, so daß 865 M. ohne Deckung sind. Bei den Probebeamten ist es noch schlimmer, da bei diesen dem Gehaltsätze von 547 820 M. ein Kostabzug von 626 768 M. gegenübersteht und 78 948 M. ohne Deckung bleiben, trotzdem die Kost noch nicht einmal ausreichend ist, von einer Regierungskommission sogar als mangelhaft bezeichnet wurde. Dagegen stehen sich die Lazarettarbeiter so, daß ihnen für Juli nach Abzug des Kostbeitrages 681 708 M. übrig bleiben. Daß die Behörden auf solche Feststellungen nicht stolz sein können, ist selbstverständlich. Um diesem Mißstand zu steuern, sind die gesetzlichen Vertreter des Personals jederzeit bereit mitzuarbeiten, doch daran denken die Behörden nicht, trotzdem sie dazu aufgefordert wurden. Eine auffallende Erscheinung ist die Auswirkung einer Änderung in der Gehaltszahlungsweise. Probebeamte erhielten am 26. Mai eine Auszahlung und mußten bis 4. Juli auf die nächste Auszahlung warten, und das in einer Zeit, in der sogar Privatfirmen zu Vorstufzahlungen bereit sind. Ein besonderer Mißstand entsteht durch die Personalknappheit in den Kasernenabteilungen, da diese mit der größeren Arbeit, die aus der Geldentwertung entsteht, nicht rechtzeitig fertig werden können. So wurde einem Pensionär, der für 1922 75 000 M. Nachzahlung zu erhalten hatte, dieser Betrag mehr als sechs Monate später ausgezahlt. Unter Berücksichtigung der Geldentwertung würde dieser Betrag gegenüber dem Fälligkeitstage bis auf 3000—2000 M. entwertet sein, ohne daß dem Pensionär eine Entschädigung für die Entwertung wurde. Daß diese Zustände in den oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalten dazu führen, daß es dem Personal nicht möglich ist, ohne Abhilfe der Mißstände weiterzuarbeiten, zeigt sich im Personalwechsel. Der daraus entstehende Personalmangel hat schon zu Urlaubseinschränkungen geführt, so daß auch das noch verbleibende Personal bis zur Verweisung getrieben wird. Es genügt bei diesen Zuständen nicht, daß vom Personal die gnädigst bewilligten Abhilfen abgewartet werden, sondern das Personal muß selbst frätig mitarbeiten, indem es seine freigewerkschaftliche Organisation bis zur Geschlossenheit stärkt und sich auf die nächsten Wahlen vorbereitet, damit eine im Interesse der Arbeiter richtig ausfallende Wahl die geschilderten Mißstände vor ihrem Entstehen unmöglich macht.

**Berlin.** (Der Magistrat gegen den Achtstundentag.) Die achtsündige Arbeitszeit in den Krankenhausbetrieben der Stadt Berlin, die seit 1919 besteht und sich nach wiederholten Äußerungen leitender Ärzte aufs beste im Interesse der Kranken bewährt hat, soll auf Beschluß des Magistrats und der Stadtverordnetenversammlung, ungeachtet der tariflichen Bestimmungen, abgebaut werden. Unter Berücksichtigung eines Stadtverordnetenbeschlusses, wonach die Arbeitszeit für das Krankenpflegepersonal zum Zwecke der Ersparnis geteilt werden soll, erließ der Magistrat am 7. Juli 1923 eine Verfügung, worin die Teilung der Arbeitszeit angeordnet wird. Es wird ferner verfügt, daß diejenigen, die der Verfügung entsprechend nicht handeln, freistlos zu entlassen sind. Auf Veranlassung unseres Verbandes, der im dem Vorgehen des Magistrats einen Verstoß gegen die bestehenden tariflichen Bestimmungen erblickte, wurde die Verfügung nicht befolgt. Es besteht die Gefahr, daß die Magistratsverfügung, wenn sie nicht in irgendeiner Weise revidiert wird, eine Bewegung innerhalb der gesamten städtischen Betriebe auslösen kann, die schwere Nachteile für die gesamte Bevölkerung der Stadt Berlin und insbesondere für die Kranken im Gefolge haben kann. Unser Verband bemüht sich gegenwärtig, durch Verhandlungen die Annullierung der Verfügung zu bewirken. Ob es ihm gelingen wird, hängt von dem Verhalten des Magistrats und der Stadtverordnetenversammlung ab.

**Kußenberg.** Von den Kreis-, Heil- und Pflegeanstalten, die als staatliche Krankenpflegeschulen anerkannt wurden, dürfte in Bayern wohl Kußenberg die erste Krankenpflegeschule sein, von der ein Prüfungsergebnis vorliegt. Obwohl die Kolleginnen und Kollegen sich mit Bedenken diesen mit der Prüfung bedingten Aufgaben entgegenwerfen haben, dürften sie heute, nachdem das Prüfungsergebnis vorliegt, diesen Schritt nicht zu bereuen haben. Die Prüfung ergab für 24 Prüflinge folgendes Resultat: Note 1 15 Prüflinge, Note 1 8 Prüflinge, Note 111 1 Prüfling. Dieses günstige Resultat ist dem großen Einfluß des Lehrers der Krankenpflegeschule, Oberarzt Dr. F a s, und dem Eifer und der Ausdauer der Kolleginnen und Kollegen zu verdanken. Nicht in letzter Linie haben die lehrreichen Artikel unserer „Sanitätskarte“ dazu beigetragen, das Allgemeinwissen der Kolleginnen und Kollegen zu bereichern. Wir wollen heute die Worte, die Dr. F a s in einer Veranlassung des Personals ausgesprochen hat, wiederholen: Lesen Sie aufmerksam Ihre „Sanitätskarte“, sie ist das beste und billigste Bildungsmittel, das Ihnen zur Verfügung steht.“ Mögen die Kolleginnen und Kollegen dieser Mahnung Rechnung tragen. Die Aussicht, ein gefestetes Ziel zu erreichen, rückt damit in immer greifbarere Nähe.

**Halle a. d. S.** (Staatliche Anerkennung für Krankenpflegerinnen der Landesheil- und Pflegeanstalt Nietleben.) Durch die Regierungspräsidenten des Regierungsbezirks Merseburg sind in Auftrage des Ministers für Volkswohlfahrt 45 Pfleger und Pflegerinnen als staatlich geprüfte Krankenpflegerinnen anerkannt worden. Damit ist auch in der Irrenanstalt Nietleben fast die Hälfte des Personals staatlich geprüft. Es zeigt sich hier wieder, daß überall wo eine starke geschlossene Organisation, wie unser Verband, vertreten ist, auch Erfolge im Interesse aller Berufsangehörigen zu verzeichnen sind.

• Rundschau •

**Die Not der Krankenanstalten.** Von den Verwaltungen der Krankenanstalten wird in den letzten Jahren immer wieder auf die steigende finanzielle Not der Krankenanstalten hingewiesen. In neuerer Zeit fallen die trassen Beispiele auf, die beweisen sollen, daß eine geordnete Krankenfürsorge nicht mehr möglich ist. Artikel, die im Interesse der Allgemeinheit für die Krankenversorgung dringend nötig sind, können oft infolge der hohen Beschaffungskosten nicht zur Verwendung kommen. Von anderer Seite wurde darauf hingewiesen, daß es im Interesse der Krankenanstalten läge, wenn die verwaltungsrechtlichen Maßnahmen besser den wirtschaftlichen Verhältnissen der Nachkriegszeit angepaßt würden, damit auf diesem Wege Ersparnisse erzielt werden können, ohne den notwendigen Bedarf übermäßig einzuschränken. Es könnte auch keinem Zweifel unterliegen, daß die Krankenversorgungsinstitute mehr von der Teuerung betroffen werden als andere, für Gesunde bestimmte Wirtschaftsstätten. Um so mehr muß es befremdend wirken, wenn gegen die finanzielle Not Abhilfemittel vorgeschlagen werden, die auf die Volksgesundheit schädigend wirken müssen, weil sie keine finanzielle Abhilfe bringen können. So soll nach einem neuen Vorschlage ein gleichende Verpflegungssatz festgesetzt werden, die als Grundlage 60 Proz. des Tagelohns eines unelernten Arbeiters vorliegen, während in der Vorkriegszeit dafür 75 Proz. eingesetzt wurden. Man sicheres hätte man annehmen dürfen, daß für die Krankenversorgung rechtzeitig feste Richtlinien geschaffen wurden, die gegen Teuerungserhöhungen vorbeugend gewirkt hätten und den Kranken die Auswirkungen der steigenden Not nicht so stark hätten fühlbar lassen. Zahlenerleichterungsmittel bedeuten nicht immer Ersparnisse, besonders wenn die in einem Etatsjahre ersparten Ausgaben im nächsten Etat vervielfältigt wieder erscheinen und damit den Ruin einer geregelten Krankenversorgung herbeiführen können. Ebenso verhält es sich mit der finanziellen Ersparnis durch Personalabbau und Teilung der Arbeitszeit. Von keiner Stelle konnte bisher bewiesen werden, daß bei einem Personalabbau Nutzen geschaffen wurde, besonders wenn das ersparte Personal durch neue Kräfte ersetzt werden mußte. Nur wenige Krankenanstalten Deutschlands zeigten den Willen und hatten Gelegenheit, fruchtbarer Sparmaßnahmen durchzuführen. In ökonomischer Weise sind wirtschaftliche Ersparnisse möglich, ohne daß der Krankenhausbauformel darunter leidet. Der Aufschub notwendiger Ausgaben, die Entlassungen notwendiger Personals und die Verlängerung oder Teilung der Arbeitszeit bedeuten keine Ersparnisse, die im Interesse der Kranken liegen. Aber auch selbst dann, wenn keine Ersparnisse möglich sind, müßte eine gute Krankenversorgung gesichert werden, weil alle Ausgaben im Interesse der Volksgesundheit den größten Nutzen erbringen.

• Eingegangene Schriften und Bücher •

Neuer Kriterienverfassung. Von San.-Rat Dr. G. Sieck, Bad Seibitzheim. G. 7. Aufl. 1923. 45 S. Verlag: Kretschke Buchhandlung, Otto Gmelin, München.