

Die Sanitätswarte

ZEITSCHRIFT FÜR DAS PERSONAL IN KRANKEN-PFLEGE U. IRREN-ANSTALTEN
KLINIKEN, SANATORIEN, BADE- U. MASSAGE- INSTITUTEN, SEEBÄDER

XXIV. Jahrgang

Berlin, den 19. September 1924

Nummer 17

Schriftleitung: Emil Dittmer

INHALTSVERZEICHNIS

Unsere vierte Reichskonferenz in Dresden	E. Dittmer
Betriebsrätetätigkeit im Gesundheitswesen III (Schluß)	W. Schapitz
Diät bei Nierenerkrankungen und Leiden der Harnwege	Dr. Schwyzer
Bericht über unsere Dresdener Reichskonferenz	
„Gesundheitswesen“	* * *
Neue Ausichten für das Pflegepersonal	Meißner
Auf wieviel Kranke soll eine Pflegeperson kommen?	Alwin Raumburger
Deutsche Bäder in alter Zeit	Valerian Cornius
Das Geheimnis des fünften Hirnnerven	Dr. Ewald Schill
Gebammen • Aus unserer Bewegung • Rundschau • Eingegangene Bücher und Schriften.	

Redaktion und Expedition: Berlin SO 33, Schleifische Straße 42 / Telefon: Moritzplatz 3105/06, 119 44

EINMALIGES PREIS-ANGEBOT

Wir liefern:

1 Selbstfüllfederhalter mit goldpl. Dauerfeder und Clips (durchaus solide Arbeit), 10 gut schreibfähige Geschäftsbriefumschläge

für 0.50 Goldm.

Außerdem erhält jeder 500. Käufer einen kompletten

Radio-Apparat

als Prämie. Durch günstigen Einkauf sind wir in der Lage, das obige Sortiment zu einem so niedrigen Preise abzugeben. Die Verteilung der Prämien erfolgt durch Auslosung, und zwar dergestalt, daß auf je 500 Bestellungen eine Prämie entfällt.

Alle Zahlungen müssen — zwecks genauer Kontrolle — unbedingt auf unser Postscheckkonto: Leipzig 59 846 erfolgen. Die Bestellung und sonstige Anmerkungen sind auf dem Zahlkartenabschnitt zu vermerken.

**K. MAX STRAUS
LEIPZIG-PLAGW.
Zschochersche Straße 54
Postscheckkonto: Leipzig 59846**

Fachschule für Naturheilkunde

Lehranstalt des Deutschen Vereins der Naturheilkundigen (E. V.)
Theoretischer und praktischer Unterricht. Poliklinik. Lehrfächer:
Anatomie, Physiologie, Histologie, Mikroskopie, Krankheitslehre,
Untersuchungsmethoden (Diagnostik), Erste Hilfe, Verbandslehre,
Wasser- und Lichtbehandlung, Frauenkrankheiten, Heilgymnastik usw.
Lehrplan und Prospekt gegen 1,— Mark durch die Direktion

M. Canitz, Berlin C. 25, Münzstrasse 29 a

**Synoptische
Geschichtstabellen**

für die Zeit von etwa 1500 bis 1920

Herausgegeben von Dr. SIEGFRIED KAWERAU
unter Mitarbeit von

Dr. FR. AUSLÄNDER, HEINR. REINTJES, Dr. FRITZ WUBSING
Preis in Halbleinen gebunden 7.— Mark

Über dieses neuartige Geschichtswerk sagt KONRAD HAENISCH,
Minister a. D.: „... ein überaus wertvolles Hilfsmittel für den
Geschichtsunterricht in der Republik.“

Für die Mitglieder des Verbandes der Gemeinde- und Staats-
arbeiter liefert dieses Werk zu ermäßigten Preisen die

**ABTEILUNG BÜCHER UND SCHRIFTEN
BERLIN SO 35, SCHLESISCHE STRASSE 42**

**Bongs Goldene
Klassiker-Bibliothek**

umfaßt die Werke aller hervorragenden Dichter
in geschmackvoll ausgestatteten Bänden

Goethe (Auswahl) 5 Bände in Halbleinen .. 21.25 M.
in Leinen .. 23.75 M.

(Erweiterte Auswahl)
10 Bände in Halbleinen .. 42.50 M.
in Leinen .. 47.50 M.

Schiller (Auswahl) 5 Bände in Halbleinen .. 21.25 M.
in Leinen .. 23.75 M.

(Vollständige Ausgabe)
10 Bände in Halbleinen .. 42.50 M.
in Leinen .. 47.50 M.

Freiligrath 2 Bände in Halbleinen .. 8.50 M.
in Leinen .. 9.50 M.

Heine 4 Bände in Halbleinen .. 17.00 M.
in Leinen .. 19.00 M.

Herwegh 1 Band in Halbleinen .. 4.25 M.
in Leinen .. 4.75 M.

Anzengruber (Dorfromane) 1 Band
in Halbleinen .. 5.50 M.
und viele andere.

Fordern Sie ausführliches Preisverzeichnis über die
Goldene Klassiker-Bibliothek

und ihren wohlfeileren Ausgaben (holzhaltiges Papier) zu er-
mäßigten Preisen von

Abteilung Bücher und Schriften.

Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter
BERLIN SO. 33, Schlesische Straße 42.

*Nestle's Kindermehl, das gib
Deinem Kind, hast du es lieb!*

Volks-Kultur!

Jetzt ist es Jedermann möglich eine gere-
gelte Zahn- und Mundpflege
auszuüben und seine Familie und
Umgebung dazu anzuhalten, denn die

echte Zahnpasta

Kaliklora

25 kostet trotz unveränderter
1 halbe Tube. Qualität nur 40
Pfg. überall erhältlich! Pfg. 1 ganze Tube

**Kaliklora-Zahnpflege ist nicht
nur Pflicht, sondern auch Genuß!**

Quelsser & Co. GmbH. Hamburg 19

Die Sanitätswarte

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

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

Redaktion und Expedition: Berlin SO. 33,
Schlesische Straße 42.
Fernspr.: Ami Moritzplatz, Nr. 3105/06, 11944.
Redakteur: Emil Dittmer.

Reichsaktion:
„Gesundheitswesen.“

Er scheint wochenentlich.
Bezugspreis:
monatlich durch die Post 50 Pfg.

Unsere vierte Reichskonferenz in Dresden.



Es ist nicht ganz einfach, eine Uebersicht von unserer Dresdener Tagung in knappen Strichen zu geben, weil inhaltlich außerordentlich viel Material beigebracht worden ist über die gesamten Fragen des Pflegeberufs sowohl von den Referenten wie auch von den Diskussionsrednern. Als der Kollege Beder in seiner Einleitungsrede nachwies, wie sich in den letzten Jahren die Dinge gestaltet haben, war gewissermaßen die Stimmung ausgelöst, mit der die Delegierten der ganzen Tagung beiwohnten. Diese Stimmung darf dahin charakterisiert werden: Es ist der feste Wille aller Mitglieder des Gesundheitswesens, unermüdet daran zu arbeiten, daß unser Beruf ein **Lebensberuf** werde.

Unsere Dresdener Kollegen hatten alles getan, was eben angängig war, um den Delegierten den Aufenthalt in der Stadt Dresden so angenehm wie möglich zu machen. Aber auch unserer Poschwiger Kollegen müssen wir rühmend gedenken, weil sie uns einen herzlichen Festabend bereiteten, der in schöner Kollegialität und Harmonie verlief.

Zahlreich waren die Vertreter der Behörden erschienen und ausländische wie inländische Gäste begrüßten unsere Tagung.

Das Referat von Dr. Popitz über die „Ethik in der Krankenpflege“ gab, wie das bei diesem Referenten zu erwarten stand, eine umfassende geschichtliche Uebersicht des Krankenpflegeberufs und seiner ethischen Auswirkung. Er wies auf Grund der materialistischen Geschichtsauffassung nach, daß die Ethik nichts Feststehendes, sondern dem Wandel der Zeiten unterworfen ist. Es ist also zwar aus den Zeiten heraus verständlich, wenn wir früher Ordenspflege hatten, schwerer verständlich ist es aber, daß sie heute noch eine so große Rolle spielt. Die ethische Pflicht des Krankenpflegers zu seinem Beruf läßt sich zusammenfassen in dem Grundgedanken der Nächstenliebe, der Hilfsbereitschaft, Sorgfalt und Zuverlässigkeit bei der Betreuung der Kranken, aber auch des Pflichtbewußtseins der Pflegepersonen für sich und seinen Beruf. Es muß den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend auch bei der Krankenpflege alles angewandt werden, was zu Nutzen und Frommen der Kranken dienen kann. Die zahlreichen wertvollen Hinweise des Referenten auf das Ringen der Menschheit zwischen Egoismus und Altruismus, wie es sich auch im Berufe der Krankenpflege bemerkbar macht, waren besonders interessant. Seine Forderung, daß man sich aber nicht nur von den Berufsnoten gefangen nehmen lassen darf, sondern daß auch das Gesamtbringen der Arbeiterschaft für neue Kulturforderungen einbezogen werden müsse, fand allgemein volles Verständnis.

In der Diskussion ergänzten die Kollegen Kurpat-Weitzig und Dittmer diese Ausführungen durch Darlegung einiger praktischer sozial-ethischer Berufsfragen. Kurpat wies insbesondere auf die Haltung der Arbeitgeber in Ge-

meinde, Staat und Reich hin, die in vieler Beziehung den ethischen Anforderungen des Berufs nicht genügend Rechnung trägt. Es hat sich aber durch Betriebsräte und Gewerkschaften in den letzten Jahren die Selbsthilfe des Personals stark bemerkbar gemacht. Kollege Dittmer stellte fest, daß die Ärzte auch in bezug auf die Ethik unseres Berufes nicht immer den notwendigen Eifer zeigen, um uns in unseren Forderungen zu unterstützen. Das trifft insbesondere auch zu für die Ordenspflege, die heute vielfach psychisch mindestens eine Hemmung im Wiedergenehmungsprozeß der Kranken bedeutet. Ebenso wurde von ihm der Gedanke des Streiks im gewerkschaftlichen Kampfe des Krankenpflegepersonals erörtert. Wir können den Streik nicht ablehnen, wenn alle anderen Mittel der Verhandlungen erschöpft sind, müssen aber natürlich volle Rücksicht auf die Patienten nehmen. Daß die verlängerte Arbeitszeit die Ethik im Krankenpflegeberufe nicht verbessern dürfte, ist klar und auch aus diesem Grunde müssen wir darauf drängen, daß der Achtstundentag wieder die Maximalarbeitszeit werde.

Ueber die „Berufsgefahren im Krankenpflegeberufe“ referierte alsdann Dr. Bauer-Altscherbich. Da wir sein Referat in der „Sanitätswarte“ besonders behandeln werden, können wir uns darauf beschränken festzustellen, daß dieses Referat eine Fülle von Material enthält, das auch für spätere Zeiten von unseren Vertretern verwandt werden kann bei Wahrnehmung unserer Interessen.

In der äußerst ausgiebigen Diskussion hierzu, die sich bis zum Spätnachmittag des ersten Tages hinzog, wurde sehr viel Ergänzungsmaterial beigebracht und in sachlicher Weise auf die Gefahren des Berufs von den verschiedensten Seiten hingewiesen. Unser Sektionsleiter, Kollege Schulz, gab die Resultate einer statistischen Umfrage bekannt über die Unfallgefahr, Invaliddität und längere Krankheit des Pflegepersonals. Aber auch von anderen Diskussionsrednern wurde sehr viel Einzelmateriale zur Erörterung gestellt. Kollege Kochowski-Berlin wies auf die Notwendigkeit hin, die Unterstellung des Krankenpflegepersonals unter die Unfallversicherung baldmöglichst durchzuführen. Eine Fülle von Zahlen rasselte auf die Delegierten herab und es war interessant zu beobachten, daß viele Delegierte und Gastdelegierte sich Aufzeichnungen machten, um den Kollegen das Material bei der Berichterstattung zu unterbreiten.

Bemerkenswert bei der Diskussion war die große Sachlichkeit und der Eifer, mit dem alle Beteiligten die Darlegungen aufnahmen. . . .

Der zweite Tag brachte zunächst das Referat des Kollegen Schulz über den „Stand der Organisation“. Dabei konnte er feststellen, daß unsere Sektion im Verband zurzeit zahlenmäßig die stärkste ist. Es ist zu hoffen, daß, nachdem der Personalabbau so ziemlich beendet sein dürfte,

nun die Mitgliederzahl wieder gefestigt wird und es uns angeht, die noch fehlenden 10 000 Kollegen zu gewinnen.

Die Arbeitszeitfrage wurde im Anschluß daran von der Kollegin Friedrich-Schulz besprochen. Sie wies nach, daß der Kampf um die Arbeitszeit des Krankenpflegepersonals für uns nicht zu Ende sein kann, sondern daß wir ihn erneut aufnehmen müssen mit dem Ziel, den Achttundentag wieder für den Krankenpflegeberuf gesetzlich festzulegen. Interessant waren ihre Darlegungen im besonderen über die Rolle, welche die Berufsorganisation der Schwestern sowie die christliche Organisation bei dem Abwehrkampf spielten. Sie haben durch ihr kluges Verhalten nicht unwesentlich dazu beigetragen, daß die Arbeitszeitverordnung einen solchen rückständigen Charakter erhielt.

Auch zu diesen beiden Tagesordnungspunkten hatten sich eine ganze Reihe von Diskussionsrednern gemeldet, die zahlreiches Material aus der Praxis vorbrachten. Fast schien es einen Moment, als solle darunter der gute Ausgang der Konferenz leiden. Am Nachmittag wurde jedoch Schluß der Debatte gemacht, und Kollege Dittmer konnte über die „Ausbildungsfragen“ sprechen. Wir verweisen hierzu auf den Bericht sowie auf das demnächst erscheinende Protokoll und können nur sagen, daß die Grundlinien für die Ausbildung des Pflegepersonals bereits in Jena 1919 festgelegt worden sind. Es ist mittlerweile in Preußen die zweijährige Ausbildungszeit eingeführt, wenn auch nur fakultativ. Die Fortbildung des Krankenpflegepersonals ist gleichfalls in der Verordnung vom 19. Juni 1921 empfohlen. Der Redner kam zu dem Resultat, daß selbst mit den unzulänglichen gesetzlichen Bestimmungen über die Ausbildung und staatliche Prüfung, die heute bestehen, durch energische Selbsthilfe der Kollegenschaft etwas anzufangen sei. Und er empfahl daher die Bildung von örtlichen und provinziellen Fachausbildungskommissionen aus Kollegentreifen. Ebenso soll eine Reichskommission gebildet werden.

In der Diskussion wurde dieser Gedanke der Fachausbildungskommission von verschiedenen Seiten als notwendig bezeichnet. Wie überhaupt eine einmütige Auffassung über die Grundlagen der obligatorischen Ausbildung auf der Konferenz festzustellen war. Dabei soll auch eine Neuregelung der Hebammenausbildung im Reichsgesetz vorgesehen werden. Den Konferenzdelegierten wurde auch vom Kollegen Dittmer ein neuer Ausbildungsplan unterbreitet mit Kursen für Spezialgebiete in der Krankenpflege sowie Fortbildungskursen.

Als letzter Referent sprach der Kollege Flich-Halle über die „Interessenvertretung des beamteten Krankenpflegepersonals“. Abgesehen von den rechtlichen Darlegungen wies der Referent insbesondere darauf hin, daß auch die beamteten Kollegen alle Veranlassung haben, der Einheitsorganisation unseres Verbandes Treue zu halten. Nur auf dem Wege geschlossener Zusammenarbeit von Arbeitern, Angestellten und Beamten kann im Gesundheitswesen für jeden einzelnen eine Besserstellung durchgesetzt werden.

Die Diskussion über die beiden letzten Punkte mußte zwar etwas knapper ausfallen mit Rücksicht auf die späte Zeit. Es wurden aber auch hier wiederum eine Anzahl interessanter und beachtenswerter Anregungen gegeben, die der Sektionsleitung zur Berücksichtigung empfohlen wurden. Die Fülle von Anträgen zu den einzelnen Tagesordnungspunkten wurde zum Teil zusammengefaßt in den Resolutions der Referenten. Diese Entschlüsse wurden einstimmig angenommen.

Damit ist gleichzeitig der harmonische Verlauf der Konferenz am besten charakterisiert. Was uns Jena, als Grundlage war, ist Dresden als Aufbau. Der feste Wille der Kollegenschaft, sich nicht so sehr auf Befehlsgebung und Parlament zu verlassen, sondern neben den nötigen gesetzgeberischen Maßnahmen nun auch alles daran zu setzen, daß die Kollegenschaft innerhalb der Organisation selber den Beruf vorwärts bringt. Das ist das Kennzeichen unserer Dresdener Tagung. D.

Betriebsrätetätigkeit im Gesundheitswesen.

III.

(Schluß.)

Krankenabteilung. Eine Krankenabteilung ist die Unterfunktion für alle Menschen, deren körperlicher Organismus in irgendeiner Art Schaden erlitten hat. Die Behandlung der Krankheit außerhalb der Anstalt — ist aus Mangel an Pflege, Geld oder Infektionsgefahr usw. nicht möglich. Wissenschaftliche Erkenntnis auf den Gebieten der Medizin und Chirurgie spiegelt sich in den Erfolgen, bei der Behandlung von Krankheiten. Autoritäten dieser Wissenschaft sind die Leiter größerer Krankenanstalten. Aufgabe des gesamten Personals dieser Anstalten ist: Arbeit zu leisten im Interesse der kranken Menschheit, da im besonderen die minderbemittelten Volksschichten die eigentlichen Inassen eines Krankenhauses sind. Dem Zwecke, Heilung und Pflege der Patienten, hat sich die Wirtschaftsabteilung anzupassen. Folglich ist der Hauptbetriebszweig die Krankenabteilung.

Aufnahme, Kranken- und Operationsaal, Infektionsbaracken, Bäder, Laboratorium, Röntgen- und Pathologisches Institut usw. bilden organisch verbunden die Krankenabteilung. Die Leitung liegt in den Händen eines Oberarztes, Professors oder Beheimrats. Sie tragen die Verantwortung und entscheiden in wichtigen medizinischen Fragen endgültig. Die Krankenabteilung ist ein Arbeitsfeld, wo durch die wissenschaftliche Betriebsführung zur Aufrechterhaltung der Ordnung und des Wohlbefindens der Kranken die mannigfaltigen Forderungen an den Leiter gestellt werden. Falls bei einer größeren Anstalt der verantwortliche Leiter sich auf die ihm unterstellten Ärzte, Schwestern und das übrige Personal, die mit den Kranken umgehen, nicht verlassen kann, oder das Organisationstalent des Leiters mangelhaft ist, dann besteht die Gefahr, daß der Zweck der Anstalt nicht erreicht wird. Die Folge davon ist: Unzufriedenheit der Patienten, Auseinandersetzungen mit dem Personal, Vorwürfe in der Öffentlichkeit, die die Stellung des Leiters und den guten Ruf wie das Vertrauen zu der Anstalt stark erschüttert.

In dem Buche „Das deutsche Krankenhaus“ (Verlag G. Fischer, Jena) Seite 613 weist Professor Dr. Graber unter „Leitung und Organisation“ auf die Notwendigkeit hin, daß ein Arzt die gesamte Leitung eines Krankenhauses übernehmen müßte. „Wirtschaftsverwaltung und Bureauverehr einer Krankenanstalt, wenn man sie genauer und im einzelnen untersucht, sind so eng mit medizinischen Fragen verbunden, daß es nicht möglich ist, sie in zweckentsprechender Weise zu führen, wenn sie nicht dauernd von medizinischer, d. h. also ärztlicher Seite kontrolliert und mit den übrigen Aufgaben des Krankenhauses in enger Verbindung und in gleicher Richtung gehalten werden.“ Dabei dürfen wir nicht verkennen, daß es auch Verwaltungsbeamte gibt, die auf dem Gebiete des Gesundheitswesens durch jahrelange praktische Tätigkeit sich ein Wissen angeeignet haben, das ein reibungsloses Zusammenarbeiten mit den Ärzten gewährleistet. Weiter schreibt Professor Graber: „Der Verwaltungsoberbeamte bei der gemischten Verwaltung keinen Betrieb und hält ihn in musterhafter Ordnung. Damit weiß er noch lange nicht und kann es auch niemals wissen, ob dieser Betrieb derartig ist, daß er den Kranken bei ihrer Genesung nützt, den Zweck des Krankenhauses fördert und sich dem eigentlichen Krankheitsheilungsprozeß fördernd unterstellt. Ein musterhafter Küchenbetrieb ist bei weitem noch nicht einwandfrei für ein Krankenhaus. Das wird er erst, wenn die ärztliche Aufsicht alles, auch den kleinsten Vorgang, durchdringt und kontrolliert. Nicht anders verhält sich die Sache bei der Wäschereinigung, der Desinfektion, der Zufuhr von Kraft und Licht und bei dem Bureauverehr. Überall sind die krankenhaushygienischen Fragen die maßgebenden; diese zu entscheiden, kann aber nur Sache des Arztes sein.“

Diese enge Verbindung zwischen Kranken- und Wirtschaftsabteilung, die auch von Professor Groder festgestellt wird, deutet sich mit der Auffassung der Betriebsräte und zeigt deutlich, daß das Tätigkeitsgebiet der Betriebsräte im Gesundheitswesen nicht eng begrenzt ist. Bei den Zusammenkünften der Betriebsräte wird oft Klage erhoben, daß gerade dieser Punkt Gegenstand heftiger Auseinandersetzungen zwischen Verwaltung und Betriebsrat bildet. Nach der Betriebsrat eine Beschwärde, die die Krankenabteilung betrifft, anhängig, dann bekommt er als Antwort: diese Angelegenheit gehört nicht zu ihren Aufgaben. In dieser Antwort liegt eine mangelhafte Bildung und eine Verkennung der Betriebsrätetätigkeit. Es ist eine bekannte Tatsache und psychologisch verständlich, daß man die Betriebsräte als eine unliebsame Einrichtung betrachtet, aber ebenso psychologisch verständlich ist es, daß die Kranken zu ihren Klassen Genossen (Betriebsräte) mehr Vertrauen haben als zu den Verwaltungsbeamten, da letztere, oft auch den Ärzten gegenüber, keine Rückensärkte besitzen.

Im Gedanken des eigentlichen Zweckes eines Krankenhauses.

betriebs, „Heilung der Kranken, in der mit den Hilfsmitteln der medizinischen Wissenschaft durchgeführten Erkennung und Behandlung der Krankheiten“, und daß die Wirtschaftsabteilung sich der Krankenabteilung anzupassen hat, kann sich die Tätigkeit der Betriebsräte nicht allein auf die Wirtschaftsabteilung erstrecken. Stößen wir auch auf Widerstand, doch — gestützt auf das Betriebsrätegesetz — gestützt und Schutz durch die Organisation — gestützt auf selbstermorbene Kenntnisse und Erfahrungen — wird unsere Auffassung über die Tätigkeit der Betriebsräte im Gesundheitswesen — allen Widersachern zum Trotz — sich nach und nach durchsetzen.

W. Schapik.

Diät bei Nierenerkrankungen und Leiden der Harnwege.

Die alte Idee, daß man die Nieren durch Milchdiät schonen oder durch reichlichen Genuß von Wasser oder Mineralwasser auswaschen müsse, ist durch die moderne Erkenntnis von dem Wesen der Wasserjucht, der Urämie (Harnvergiftung), der Ekstasie (Krämpfe bei Kindern und Gebärenden) torrigiert worden. Es gibt zwei Arten der Wasserjucht, die eine vom Herzen ausgehend, durch Stauung, die andere geht von den Nieren aus, durch ungenügende Wasserabgabe und durch Kochsalzverhaltung im Körpergewebe. Für diese beiden sonst recht verschiedenen Zustände kommt Verminderung der Wasseraufnahme und der Kochsalzzufuhr in Betracht, d. h. eine kohlsalzarme Trockenkost. Bei Stauungswasserjucht wird diese nur leicht durchgeführt (Digitalis ist dabei die Hauptmedizin). Bei Nierenwasserjucht dagegen ist oft eine strenge, salzfreie Trockenkost angezeigt und Digitalis nützt nur, wenn das Herz gelitten hat. Ist die Niere so stark erkrankt, daß im Körper Harnstoff zurückgehalten wird, was hauptsächlich bei der allgemeinen Nierenentzündung der Fall ist, so muß die Eiweißzufuhr auf ein Minimum eingeschränkt werden, eventuell setzt man die Patienten für eine Anzahl Tage auf eine Kost, die nur aus Kohlenhydraten und Fett besteht. Sind die beiden Krankheitsprozesse vorhanden, Wasserjucht und Gefahr der Urämie oder der Ekstasie, so ist die Krankheit so ernst, daß energische Maßregeln notwendig sind: Man läßt den Patienten einige Tage hungern und dürsten, und versucht dann durch einmalige große Flüssigkeitszufuhr (von 1½ Liter dünnen Tees), die Barriere zu durchbrechen, welche sich in der Niere der Ausscheidung entgegenstellt. Gelingt es, eine Blut von Urin zu erhalten, so kann der Krankheitsprozeß ausheilen. Die Patienten werden noch längere Zeit auf einer milden Kost gehalten, bei der Fett, Kohlenhydrate, Obst, Gemüse die Hauptrolle spielen und Eiweißsubstanzen, Kochsalz und Flüssigkeiten beschränkt sind. Dabei läßt man Gewürze, Fleischextraktstoffe und Fleischbrüheprodukte sowie Alkoholika noch lange Zeit weg. Gelingt der Versuch der Wasserausschwemmung bei einem ersten Male nicht, so wiederholt man ihn nach ein oder zwei Tagen der kohlsalzarmen Trockenkost. Man kann auch bei den schon chronisch gewordenen Formen der Nephritis diese Anordnungen nach Volhard befolgen. Tritt der Erfolg nicht ein, so bleibt nichts übrig, neben dem Versuche der operativen Entkapselung der Niere, als durch Fortsetzung einer trockenen Kost, arm an Kochsalz und Eiweißprodukten, die Gefahr solange als möglich hinauszuschieben. Geht die Nierenentzündung in das Stadium der Schrumpfung über, so wird manchmal der Zustand wieder erträglicher, und besonders die Reizung der Wasserjucht geringer. Dann braucht die Trockenkost nicht mehr so strenge gehandhabt zu werden.

Man unterscheidet heute drei Hauptklassen von Nierenerkrankungen:

1. Die Nephrose, einen einfachen Degenerationsprozeß, der akut oder chronisch verläuft, zu Wasserjucht führt, aber nicht zu Harnstoffretention und der damit verbundenen Blutdrucksteigerung. Diese Art der Kranken müssen durch Beschränkung der Kochsalz- und Wasseraufnahme die Entwicklung der Wasserjucht verhindern. Sonst können sie eine vernünftige milde Kost bekommen.
2. Die eigentlichen Nierenentzündungen, welche in zwei ganz getrennte Typen zerfallen: a) diffuse Nephritis mit Wasserjucht oder ohne, immer mit Blutdrucksteigerung und Urämiegefahr, akut einsehend, eventuell chronisch werdend. Für diese gelten die oben angegebenen Diätvorschriften: eiweiß- und kohlsalzarme Trockenkost, abwechselnd mit Auswaschversuchen. b) herdförmige Nierenentzündung, die leicht im Verlaufe der septischen Infektionen vorkommt. Dabei ist Blutung das hervorsteckende Symptom, während genügend unbeschädigtes Nierengewebe vorhanden zu sein pflegt, um Wasserjucht und Urämie zu verhindern. Diese Fälle haben keinen hohen Blutdruck. Sie werden auf milder Diät gehalten, ohne daß man sie mit Trockenkost und dergleichen quälen muß. Auch Fälle von Nierentuberkulose gehören manchmal

hierher. — Oefters kombinieren sich Nephrose und Nephritis, oder Nephrose und Herdnephritis, und in diesen Fällen muß die Kost vom Arzte so vorgeschrieben werden, wie es die speziellen Verhältnisse verlangen. Allgemeine Regeln lassen sich da nicht aufstellen.

3. Die Nierenarteriosen (Nierenverhärtung). Es gibt zwei Formen: a) eine recht harmlose, langsam verlaufende Verhärtung der Niere, welche allmählich zu hohem Blutdruck führt, erst spät zu Wasserretention, wobei diese wohl meist von schließlicher Erschöpfung des Herzens abhängt. b) eine bösartigere Form, die schon nach kürzerer Zeit schwere Zeichen der Urämie macht. Bei der langsam verlaufenden muß die Diät einfach eingeschränkt werden, so daß weder unvernünftige Quantitäten Fleisch noch übertriebenen Flüssigkeitsmengen aufgenommen werden. Sobald das Herz im Mittelstadium gezeugen wird, müssen Flüssigkeit- und Kochsalzkonsum eingeschränkt werden.

Die Spätstadien der beiden Formen von Sklerose, gerade wie der sekundären Schrumpfnieren, sind ganz ungünstig und mit Diät nicht mehr zu bessern. Man versucht bei kohlsalzreicher Trockenkost unter Verminderung von viel Eiweiß die Herzkraft möglichst lange zu erhalten. Oft besteht starker Durst, da besonders bei der sekundären Schrumpfnieren viel Wasser ausgeschieden wird. Erlaubt man zu viel Flüssigkeit, so zeigt das Herz sofort Zeichen zu großer Inanspruchnahme, Schwindelanfälle usw. Dann reduziert man die Flüssigkeitsmenge oder versucht hier und da einen Tag Trockenregime. Tritt im Verlaufe einer ganz chronischen Sklerose eine akute diffuse Nephritis auf, so bildet diese für die Diät den bestimmenden Faktor, wobei natürlich die Heilungsaussichten nicht gut sind.

Bei folgenden Nieren- und Harnwegenerkrankungen gibt Dr. Schapik folgende Diätvorschriften:

Akute Herdnephritis. Bei dieser Krankheit, wenn sie nicht zu heftig auftritt, ist die Ausscheidung von Wasser, Kochsalz und Harnstoff usw. nicht beeinträchtigt, der Blutdruck nicht erhöht. Die Nierenblutung ist selten so stark, daß sie gefährlich werden könnte. Meist handelt es sich darum, den Infektionsherd, von wo aus Bakterien in die Nieren geraten, zu entfernen. Dann heilen die Nieren meist aus, oft mit dauernder Eiweißausscheidung, aber ohne großen Schaden für den Organismus. Eine eigentliche Nierenschonungsdiät hat keinen Zweck; jedoch ist es angezeigt, das wegzulassen, was die Niere hauptsächlich reizt und was den Blutdruck erhöht. Wir geben also eine allgemeine Kost, aber wir lassen weg: Fleischextraktstoffe, Fleischsaucen, viel Fleisch, alle scharfen Gemüse, Alkoholika, Kaffee, außer in kleinen Quanten. Ist das akute Stadium abgelaufen und „mit Defekt geheilt“, so ist eine strenge Diät weder nötig noch nützlich. Die Patienten können viele Jahre etwas Eiweiß ausscheiden und doch gesund bleiben.

Nephrose: Bei dieser Form von akuter oder chronisch verlaufender Degeneration der Nieren ist das Hauptsymptom die Reizung zu Wasserjucht. Nach den allgemeinen Prinzipien wäre die einzige Diätvorschrift „wenig Wasser und wenig Kochsalz“. Die Produkte des Eiweißumsatzes werden gut ausgeschieden, Urämie droht nicht, der Blutdruck ist nicht erhöht. Da wir über die Ursache dieser Krankheit ganz im Unklaren sind und nicht mit Sicherheit behaupten können, daß die Nahrung mit dem Entstehen dieser Degeneration gar keinen Zusammenhang hat, so ist zu empfehlen: möglichst wenig Flüssigkeiten, wenig Kochsalz, alle Ferastein, alle Gemüse, außer scharfen (wobei darauf zu achten ist, daß viele Gemüse und Früchte bis zu 90 Proz. aus Wasser bestehen, und daher nur in kleinen Mengen gegeben werden dürfen); Rahm, Butter, Eier, fetten Käse, etwas Fleisch, auch gebraten, aber weder Fleischextraktstoffe, noch Bratensoßen, noch Alkohol. Die streng kohlsalzarme Trockenkost stellt an die Kochkunst große Anforderungen. Viele Kranke verlieren den Appetit fast ganz, und wir müssen versuchen, durch Anwendung von Gewürzsubstanzen, außer den ganz scharfen, und mit Zwiebeln, Kapern, Zitronensaft, Gewürzkräutern, Del, Essig, Zucker usw., Mayonnaisen, saurem Rahm, so viel Geschmack in die Nahrung zu bringen, daß sie trotz dem Salzverlust genossen wird. — Die Menge der auszunehmenden Flüssigkeit (Getränke und Wasser in den Speisen) darf das Quantum der täglichen Wasserabgabe (durch Nieren, Darm, Haut und Lunge) nicht überschreiten.

Akute und chronische diffuse Nierenentzündung: Die Hauptprinzipien der Behandlung sind schon in den allgemeinen Bemerkungen zur Nierenentzündung enthalten. Die Niere ist in ihrer ganzen Funktion gestört und oft so schwer geschädigt, daß sie tagelang gar keinen Urin produziert. Da wäre es das Verheerendste, durch Milchdiät und kohlsalzhaltige Mineralwasser die Wiederaufnahme der Funktion erzwingen zu wollen. Man erreicht damit nur, daß sich die Wasserjucht rascher entwickelt und daß die Zeichen der Harnstoffretention drohender werden. Man läßt eventuell die Patienten tagelang hungern und dürsten, worauf wie oben erwähnt, ein größeres Quantum Wasser, auf einmal eingeführt, den Reiz ab-

geben kann zur Wiedererholung der Nierenfunktion. Andere empfehlen neben Kochsalz- und Wasserabstinenz auch die Enthaltung von allen Eiweißprodukten für eine Anzahl von Tagen durchzuführen. Man gibt dann als Nahrung Zucker (in ziemlich wenig Wasser gelöst), Fruchtsäfte, süße Früchte, Rahm, feine Weizenmehl- und Stärkebreie, gute Butter. Wenn dann die Harnproduktion angestiegen ist, gibt man auch etwas Milch, Zerealien, gekochte grüne Gemüse, Kakao, Eisgib und leichte Desserts, alles salzarm. Erst später Eierweiß und gekochtes Fleisch.

Nierentuberkulose. Eine bloß einseitige Nierentuberkulose wird eventuell durch Nierenexstirpation geheilt. Sind aber beide Nieren erkrankt, so muß man die Funktion der erkrankten Organe durch eine nierenchonende Diät möglichst erleichtern und das Element der Leberernährung, welches sonst bei Behandlung der Tuberkulose zur Anwendung kommt, auf reichliche Zufuhr von Kohlenhydraten und Fett beschränken. Die Flüssigkeitszufuhr darf eine beträchtliche sein, da es sich um eine chronische herdförmige Erkrankung der Niere handelt, bei der für lange Zeit genügend funktionstüchtiges Gewebe übrig bleibt, oder gar bloß um eine Erkrankung des Nierenbeckens.

Die gutartige Nierenklerose. Diese hat ähnliche Ursachen wie die Arteriosklerose, und die verläuft oft außerordentlich langsam. Für solche Patienten läßt sich kaum eine Diät während Jahrzehnten durchführen. — Treten erstere Symptome auf, hoher Druck, urämische Zeichen, Öde und da leichte Ödeme, Herzsymptome, so wird das Quantum der täglichen Flüssigkeitsaufnahme, welches schon in den frühen Stadien mäßig gehalten werden sollte, mehr reduziert. Immerhin darf das nicht übertrieben werden, denn Schrumpfnieren können nur einen recht verdünnten Urin produzieren, und Flüssigkeit ist notwendig, um den Harnstoff auszuschwemmen. — Bei der bösartigen Sklerose verläuft die Krankheit in kurzer Zeit und tritt bald ins Endstadium ein, ähnlich demjenigen, welches von der gutartigen Sklerose erst nach vielen Jahren erreicht wird. Die Nieren sind dann total insuffizient, Harnstoff, Wasser und Kochsalz werden zurückgehalten, das Herz versucht noch mit großen Anstrengungen durch immer höher werdenden Druck die Harnausscheidung im Gang zu halten. Schließlich erlahmt es, wenn nicht schon vorher eine Apoplexi (Schlaganfall) oder ein urämischer Anfall die Krankheit beendet haben. Man versucht die Körperenergie und besonders die Herzkraft durch reine Kohlenhydrate (Stärke und Zucker) aufrechtzuerhalten. Die Rücksicht auf das Herz kann hier und da Trodenkosttage verlangen, die Rücksicht auf die Urämie eiweißfreie Zudertage.

Akuter Katarrh des Nierenbeckens, der Blase der Harnröhre. Prinzip: möglichst vermeiden, was reizt. Man gibt wässrige Flüssigkeiten und Milch; genügend Obst und Gemüse im Verhältnis zu den aufgenommenen Eiweißkörpern, um den Urin nahe an neutrale Reaktion zu halten. Von den Gemüsen vermeidet man die scharfen, von den Obstarten die sehr sauren und besonders die oxalsäurehaltigen. Am besten nur wenig und nur gekochte Fleischspeisen und fast keine Bouillon, um die Ausscheidung von Harnsäure und allfälligen Ausfällen von solchen Kristallen möglichst zu vermeiden. Absolut keine alkoholischen Getränke. Alles ziemlich salzarm. Brot und Zerealien nach Belieben, ebenso Zucker und leichte Desserts.

Oxalurie (Weißsäureharn) und Bildung von Oxalsäuresteinen. Die Oxalsäure bildet mit Kalzium im Urin, oder manchmal schon in der Niere, eine unlösliche Verbindung, welche in Form von kleinen scharfen Kristallen oder gar als Koncrement (Stein) ausfällt. Diese Kristalle reizen die Harnwege stark und können zu Blutungen führen. Um eine richtige Diät aufstellen zu können, muß man wissen, daß die Oxalsäure im Urin aus dreierlei Quellen stammt: 1. aus der Oxalsäure der Nahrung: Kakaoprodukte, Schwarzwurzel, Sauerkraut, Spinat, Rhabarber, Kartoffeln, ausgekeimte und grüne Bohnen, Tomaten, Feigen und Beerenfrüchte enthalten viel Oxalsäure. Sie sind daher zu vermeiden. 2. kann sich bei Prädisponierten Oxalsäure aus den Eiweißabbauprodukten der Nahrung und 3. aus den gleichen Produkten des körpereigenen Weisses bilden, besonders aus dem Glykollol (Weinensäure) der Leimsubstanzen. Man wirkt dem Ausfallen des oxalsäuren Kaltes auch dadurch entgegen, daß man die besonders kalzreichen Speisen vermeidet, zu denen die Milch, der Eidotter und die kalzreichen Gemüse gehören (Spinat, Kohlraben, Salat, Lauch, Kohlrabi und Rüben). Durch Sieden der Gemüse im Wasser (welches man fortgießt) wird ein beträchtlicher Teil der präformierten Oxalsäure entfernt, z. B. in der Kartoffel, dem Spinat, den Bohnen usw. Die Produktion aus Glykollol verlangt Einschränkung aller Fleischgehaltstoffe und gelatinösen Substanzen. So kommt man zur strengen Kost: wässrige Getränke Wasserjuppen, Breie, leichtes Brot, leichtes Fleisch, Käse,

Rahm, Butter nach Belieben, leichte Gemüse, grüner Salat, wenig Milch. Erlaubt: Tee und Kaffee in geringer Menge, Eier ebenso.

Uratsteine und chronische Gicht. Die Gicht, im allgemeinen eine Vermehrung der Harnsäure im Körper, kann verursacht sein durch ungenügende Harnsäureausscheidung durch die Nieren, schlechte Verarbeitung der Eiweißkörper und besonders der Kernsubstanzen im Körper, und durch übertriebene Zufuhr von harnsäurebildenden Substanzen, von Fleisch, besonders inneren Organen, Fleischgehaltstoffen (Bouillon und Saucen) und Eiweiß überhaupt. Dabei scheinen größere Mengen von Kohlenhydraten (Zucker und Alkohol) die Verarbeitung von Harnsäure im Körper zu hemmen. Es ist wichtig, die hauptsächlichsten Harnsäureproduzenten zu kennen. Nachstehend einige Angaben. Die in 100 Gramm Substanz enthaltenen Purinkörper genügen, um folgende Mengen von Harnsäure zu geben: Gekochter Schinken 0,075, Leberwurst 0,114, Rindfleisch 0,1—0,18, Kalbfleisch 0,1—0,18 (einzelne Teile mehr), Hammelfleisch 0,078—0,19, Zunge (Kalb) 0,16, Hirn (Schwein) 0,08, Leber (Rind) 0,28—0,37, Niere (Rind) 0,24—0,32, Kalbsmilch 0,99—1,3 (l), Lunge (Kalb) 0,15, Bouillon (100 g Fl.) 0,045, Fische meist 0,1—0,16, Sprossen 0,24—0,43.

Aus dem erlaubten Teile der Diätliste lassen sich reichhaltige Menüs ausarbeiten: wässrige Gemüsesuppen, Zerealienjuppen, Milch- und Rahmsuppen, nur gekochte Fleischspeisen, auch gekochter Fisch, alle Gemüse, alle Früchte, Milch, Butter, frischen Käse, Rahm nach Belieben, alle nicht schwer verdaulichen und nicht zu süßen Desserts, Eier in mäßigem Quantum. Zufuhr von größeren Flüssigkeitsmengen, auch von alkalisch-muriatischen Mineralwässern und von Fruchtjäften erhöht die Harnsäureausscheidung wesentlich. Man kann annehmen, daß der Kalzgehalt der Vegetabilien die Harnsäurelösung und Ausscheidung befördert. Alle brotarartigen Substanzen erlaubt. Auch Salate, Kakao, Tee und kleine Mengen von Kaffee scheinen nicht schädlich zu sein. — Bei akutem Gichtanfall gibt man wenig Eiweiß im allgemeinen, gar keine Fleischspeisen und Fleischgehalte, wenig Eier, wenig Süßigkeiten und Zucker, dafür aber genügend Milch, Zerealien, Obst, Butter und so viel Gemüse, als man dem beim Gichtanfall oft etwas gestörten Magen zumuten kann. Als Getränke sind auch aromatische Tees, Schwarzwurzel, Kaffee (bei älteren Leuten besser ohne Koffein) und Kakao erlaubt.

Phosphaturie. Schon beim normalen Menschen zeigt sich nach reichlichem Genuß von Obst und Gemüse eine Erhöhung im Urin, die durch Ausfällen von Phosphaten bedingt ist. Wenn diese Phosphatausscheidung selbst bei geringem Konsum an Gemüse konstant wird, so spricht man von Phosphaturie. Diese wird von verschiedenen nervösen Symptomen begleitet, meist auch von Lebersekretion von Salzsäure, wodurch wahrscheinlich mehr von dem Kalz der Nahrung gelöst und den Nieren zugeführt wird als normal. Entsprechend ist dann der Kalzgehalt der Harnsäure relativ zu dem des Urins herabgesetzt. Die Kost muß für den Magen ziemlich reizlos sein, aber viel Eiweißkörper enthalten, um den Säuregehalt des Urins zu erhöhen. Früchte und Gemüse, welche die Alkaleszenz des Urins vermehren, werden verboten. Um den Kalzgehalt des Urins nicht zu hoch werden zu lassen, erlaubt man nur wenig Milch und nicht zu viel Eidotter, womöglich nur gekochtes Brunnenwasser, in dem ein Teil des Kaltes ausgefallen ist. Erlaubt: alle Bouillonjuppen, alle Fleischarten, frische fette Käse, alle Brotarten, Zerealien und Hülsenfrüchte, Butter und Rahm, Eiweiß nach Belieben. Alkoholische Getränke sind insofern verboten, als sie Fruchtsäuren enthalten; sonst wäre verdünnter Alkohol erlaubt, leichter Dessert ebenfalls.

Chronischer Katarrh der Harnwege, Prostatitis. Prinzip: Die Harnwege so wenig als möglich reizen. Nicht nur alle reizenden Gewürze und scharfen Gemüse vermeiden, sondern so zwischen den das Alkali vermehrenden Gemüsen und Früchten und den die Säure erhöhenden Eiweißkörpern die Wage halten, daß die Reaktion des Urins fast neutral ist. Und, da meist zu häufig uriniert werden muß, besonders bei Prostatitahypertrophie, so muß man danach trachten, das Gesamtquantum der aufgenommenen Flüssigkeit nicht zu groß werden zu lassen. Sobald die Möglichkeit der Steinbildung vorliegt, ist es wichtig, Oxalsäure zu vermeiden, und die Alkaleszenz wie oben angegeben zu regulieren. Das heißt, der Arzt kann durch häufige Analysen und richtige Auswahl der Kost die Bildung von Urat-Phosphat, Oxalat- und auch Carbonatkoncrementen verhindern. Mäßiges Quantum Suppe, wenig Bouillon, Milch und Milchprodukte nach Belieben, Zerealien, Fleischsubstanzen, Eier mit Rahm; Gemüse und Obst eine bescheidene Menge, wenig Oxalsäureträger, keine Gewürze, außer milden Gewürzkräutern, wenig Tee und Kaffee und Kakaoprodukte, keinen Alkohol. — Diese Kost gilt auch für Blasen-tuberkulose, nur wird dabei auf recht gute Ernährung zu halten sein, viel Butter, Zucker, Eier usw.

Bericht über unsere Dresdener Reichskonferenz „Gesundheitswesen“.

Erster Verhandlungstag. Sonnabend, den 6. September 1924.

Verbandsvorsitzender Becker eröffnet die Konferenz um 9 1/2 Uhr und führt u. a. aus: „In der Nummer 10 unserer „Sanitätswarte“, die in festlich geschmücktem Kleid erschienen ist, hat der Kollege Dittmer im Einleitungsartikel geschrieben, daß uns vor fünf Jahren auf der 2. Konferenz des Krankenpflegepersonals der Himmel voller Geigen hing, und wahrlich, verehrte Kollegen und Kolleginnen, in der damaligen Zeit hatte es auch den Anschein, als ob nunmehr für die Arbeiterbewegung Deutschlands eine neue Zeit angebrochen sei. Wir haben im Jahre 1919, als wir in Jena beisammen waren, die stattliche Zahl von 40 000 Mitgliedern in der Reichsfektion Gesundheitswesen gezählt. Damals haben wir unsere Hoffnungen noch hoch gespannt und gedacht, daß es uns auch über kurz oder lang gelingen werde, die 10 000 Richtungsorganisierten, die in den Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten noch gezählt wurden, sehr bald für unsere Ideen und unsere Organisation zu gewinnen. Ebenso haben wir gehofft, die circa 5000 weltlichen Schwestern für unsere freie Organisation zu gewinnen. Vor fünf Jahren, auf der 3. Reichskonferenz, hatten wir eine reichhaltige Tagesordnung, die für alle Delegierten und Anwesenden interessant und lehrreich war. Ganz besonders wurde die für den Pflegeberuf so außerordentlich wichtige Frage der Aus- und Fortbildung von unserem Kollegen Dittmer, dem alten Praxistilus aus diesem Gebiet, behandelt, und wir haben uns dort neue Richtlinien geschaffen. Man kann sagen, daß die Jenaer Reichskonferenz in der Aus- und Fortbildungsfrage richtunggebend für uns war. Nachdem nun fünf Jahre vorübergegangen sind, müssen wir allerdings feststellen, daß von den damaligen hochgespannten Hoffnungen wir etliches herabsinken mußten. Wir wissen, wie unheilvoll noch wie vor die Ordensschwestern und Ordensbrüder auf unsere Arbeitsverhältnisse gedrückt und eingewirkt haben, insbesondere aber auf die Gestaltung unserer Arbeitszeit. Allerdings haben wirtschaftliche Verhältnisse auch dazu beigetragen, daß, so wie in einigen anderen städtischen Betrieben und in Reichs- und Staatsbetrieben und auch in der Privatindustrie, auch in den Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten die Arbeitszeit verlängert wurde. Auch die übrigen Programmpunkte, die wir in Jena aufgestellt haben, wurden zurückgedrängt, weil wirtschaftliche Verhältnisse uns an deren Verwirklichung gehindert haben. Wir haben weiter darüber zu klagen, daß die Behörden und Anstaltsleitungen unter unseren Berufskollegen und -kolleginnen mit dem Personalabbau fürchterlich gewütet haben. Aber trotz all dieser Widerwärtigkeiten zählen wir heute noch in unseren Reihen 35 000 Kolleginnen und Kollegen. Wir dürfen wohl sagen, daß diese 35 000 den Stimm und den Kern der Reichsfektion Gesundheitswesen des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter bilden. Ein Teil der weltlichen Schwestern hat eingesehen, daß sie nur in unserem Verbande ihre Interessenvertretung finden und sind deshalb bei uns organisiert. Unsere Kollegen in Dresden haben fröhlich die notwendigen Vorarbeiten geleistet. Ich glaube im Sinne aller Anwesenden zu handeln, wenn ich der Filiale Dresden für den herzlichsten Willkommengruß unseren besten Dank ausspreche. Unsere Bruderorganisationen im Ausland haben, so weit es möglich war, Vertreter zu unserer Konferenz geschickt. Die Schweiz hat unsere alten lieben Freunde und Kollegen Dr. Oprecht und Reiser delegiert. Uns Deutscher ist der Genosse Hans Schmidt und aus der Tschechoslowakei die Genossen Klotzer, Andrie und Waisar amwesend. Der Kollege van Hinte, der mit der Vertretung der holländischen Bruderorganisation beauftragt war, ist leider erkrankt. Die übrigen Bruderverbände haben sich entschuldigt. Der Deutsche Berufsfeuerwehverband ist vertreten durch den Kollegen Neumann. Das preussische Ministerium des Innern ist vertreten durch Herrn Regierungsrat Kempien. Heute nachmittag wird die Landtagsabgeordnete Gertrud Hanna als Vertreterin des Hauptausschusses für Arbeiterwohlfahrt erscheinen. Vom sächsischen Landesgesundheitsamt ist Herr Oberregierungsrat Medizinalrat Dr. Oppelt amwesend, von der Landesversicherungsanstalt Sachsen Herr Präsident Tempel und Herr Oberregierungsrat Leuthold, vom sächsischen Ministerium des Innern Dr. med. Popitz und von der Landesanstalt „Sonnenstein“ Herr Dr. Neumann. Vom Ortsausschuß des ADGB ist erschienen Genosse Wiesner, vom Landesausschuß des ADGB Genosse Erich Stein, von der Ortskrankenkasse Dresden Genosse Starke, vom Rat der Stadt Dresden Herr Stadtrat Dr. Tempel und vom Landesverein sächsischer Staatspfleger der Vorsitzende Herr Niemig.

Für die Leitung der Konferenz werden Becker und Schulz bestimmt. Als Beisitzer Maria Caspary-Hamburg, Moser-Gallung und Förster-Dresden. In die Verbandsprüfungskommission werden gewählt Reich-Hamburg, Malusch-Lapiau, Renner-Leipzig, Fritz-Stuttgart und Petersen-Berlin. Die Tagungszeit wird festgesetzt von 9 bis 1 und von 2 bis 5 Uhr. Vor Eintritt in die Tagesordnung ergreifen die Behörden und der Bruderorganisationen zur Begrüßung das Wort. Wir verweisen auf das demnächst erscheinende Protokoll.

Die Ethik in der Krankenpflege.

Dr. Popitz-Leipzig: Ich will Ihnen keine Unterrichtsstunden halten über Krankenpflege, ich will Ihnen noch weniger eine philo-

sophische Vorlesung halten über Ethik im allgemeinen und die Besonderheiten der Krankenpflege, sondern ich will einmal den Versuch unternehmen, vom Standpunkt der nächsten materiellsten Gesichtsauffassung, so wie sie uns Karl Marx lehrte, Stellung zu gewinnen zu den ethischen Forderungen im Krankenpflegeberuf. Ich will vorausschicken, daß man die Ethik der Krankenpflege in drei Gruppen von Forderungen unterscheiden könnte, nämlich 1. die Pflichten gegenüber dem Kranken, etwa Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Sorgfalt, Zuverlässigkeit usw., 2. die Pflichten der Pflegepersonen gegenüber selbst, dazu zählt Pflege des Körpers und des Geistes zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit, und 3. die Notwendigkeit, in der Krankenpflegeethik mit Verständnis die Leistung zum Vollkommenen zu gestalten zu Ruh und Frommen des Kranken.

In der Krankenpflege möchten wir eine unabänderlich feststehende Berufsethik verlangen, und mit einer gewissen Berechtigung. Inwieweit nämlich die Grundgesetze der Krankenpflege sich nicht verändert haben, werden auch keine wesentlichen Veränderungen der Krankenpflegeethik zur Geltung kommen müssen.

Als erster Gesichtspunkt darf wohl gelten, daß die Krankenpflege die unmittelbare Beziehung von Mensch zu Mensch in einer irgendwie geordneten Gesellschaft voraussetzt, und zwar in der Weise, daß dem kranken Menschen, der nicht fähig ist, seine Existenz sicherzustellen, weil er nicht imstande ist, die dazu notwendigen Leistungen zu vollbringen, von andern Mitgliedern dieser Gesellschaft Hilfe und Unterstützung zuteil wird. In allen Gesellschaftsorganisationslehren, wir bezeichnen sie gemeinlich als Religionslehren, wurden mehr oder weniger klar die Grundforderungen des Mitleides ausgesprochen. Weil sie aber durchaus nicht leicht erfüllbar waren, lehnen diese Forderungen, zum Teil gepaart mit Vorwürfen wegen ihrer Nichtbefolgung wieder und immer wieder. Natürlich regte sich die Abneigung gegen die Hilfeleistungen, denn sie borgen ja immerhin eine mehr oder weniger große Gefahr für den Helfer, und der Egoismus, der Ausfluß des Selbsthaltungstriebes war von jeher wesentlich stärker, weil er ein viel älterer Trieb ist, dessen Bahnen viel fester und dauerhafter eingeschrieben sind als die des Hilfsbereitschaftstriebes. Unter allen Umständen bedeutet der Verzicht auf den Egoismus ein Opfer.

In allen geschichtlichen Wandlungen der Krankenpflege bei allen ihren Irrwegen blieb aber doch der Kern wirksam, das je länger je tiefer wachsende Bedürfnis gegenseitiger Hilfe, wenn auch für kürzere oder längere Zeiträume unbeachtet, vielleicht verhöhnt und verspottet sich kümmerlich am Leben erhielt. Daneben zeigten sich allerdings, und zwar auch schon recht frühzeitig, andere Beweggründe, mit der Krankenpflege einzuspringen. Das war zu Zeiten, wenn allgemeine Not, allgemeine Gefahren für Gesundheit und Leben drohten. Die Anfänge des Krankenhauswesens entspringen auf diesem Boden von der Krankenstadt Bassilus, neben dem Handels- und Verkehrsmitelpunkt Caesarea in Kleinasien bis zu den Pesthöfen und Siedenhäusern der deutschen Städte im Mittelalter und der Neuzeit. Das, was hier zur Geltung kam, war der Gedanke der Abwehr des Uebels, des Schicksals der Gemeinden vor drohender Gefahr. Recht und schlecht, und zum Teil wie schlecht, wurden die Kranken der Hilfe zugeführt, indem man sie von den Gefunden einfach ausschloß. Und doch birgt dieser selbstthätige Gedanke den Keim größter neuerlicher Leistungen in sich, den Gedanken der Hygiene. Zugleich aber gaben solche Hilfsmaßnahmen auch den Anstoß zu einer Umgestaltung der Krankenversorgung überhaupt. Nach dem Vorbilde der Ordenshospitäler und der Justizgefängnisse in manchen Ländern wurden aus den Seuchenhäusern in langsame Entwicklung Krankenhäuser, deren Leitung in die Hände erfahrener, erprobter, oft berühmter Ärzte gelegt wurde. Der edelste Ehrgeiz der Ärzte zielte dahin, aus den ihnen überwiesenen Krankenhäusern die wahren Heilstätten für die Kranken des Volkes zu schaffen. Mit der Ausbildung der ärztlichen Wissenschaft, die den Wert der Krankenhäuser und der wissenschaftlichen Krankenpflege zu schätzen verstand, wurden der Krankenpflege neue Aufgaben gestellt, neue Betätigungsfelder erschlossen. Gewiß gab es Zeiten, in denen der Arzt am Krankenbette nur den weissen Berater abgab, während die Krankenbehandlung und Pflege in den Händen von mehr oder weniger erfahrenem Hilfspersonal lag. Das aber mußte sich ändern, sobald die ärztliche Kunst von der rein philosophierenden Tätigkeit zum Handeln beim Kranken und der Krankheit selbst überging. Die Epitelen, die der Frau des Epitelen an die Hand ging, um Pestkrante, Lungenentkrante und Weisenkinder gleichzeitig zu versorgen, genügte nicht mehr. In einem geordneten Krankenhausbetriebe bedurfte es geschulter Hilfskräfte. Denn der Arzt konnte allein nicht allen Anforderungen der Krankenpflege gerecht werden.

Wenn aber das Ziel der neuzeitlichen Krankenhauspflege und damit der gesamten Krankenpflege erreicht werden sollte, mußte die Behandlung und Pflege intensiver werden, die Krankenpflege zu einem wesentlichen und wichtigen, vielleicht dem wichtigsten Teil der Behandlung werden. Damit klangen die Anforderungen an das Pflegepersonal, das durch jahrelange Schulung und Vorbereitung zur Hand und zum Auge des Arztes werden mußte, der ja nicht dauernd am Krankenbette verweilen konnte. Je mehr sich die ärztliche Wissenschaft entfaltete, je feiner die Verzweigungen der Arbeitsleistung auf diesem Gebiete wurden, um so dringender mußte

lich das Bedürfnis nach Arbeitsteilung in der Krankenpflege geltend. Mit der Teilung in bestimmte Berufszweige wuchs aber auch der Bedarf an geschulten Kräften der Zahl nach. Die Schulung und Ausbildung trat jetzt gleichberechtigt neben die früher allein genügende und verlangte gefühlsmäßige Eignung. War vordem die Krankenpflege Lebenszweck der mehr oder weniger kirchlich frommen Mitglieder von Ordensgemeinschaften, Schwestern- und Bruderschaften im Sinne eines „Gottesdienstes“ gewesen, so wurde sie jetzt zu einem Berufe, der dem Erwerb der Lebensbedingungen dienlich wurde. Die Krankenpflege wurde zu einem Lebensberufe, wie andere Erwerbstätigkeiten auch.

Das dürfte die wichtigste Wandlung im Krankenpflegeberufe bis heute sein; denn hiermit kommt der Beruf unter die Bedingungen des heutigen Erwerbslebens, das heißt der Krankenpfleger bringt seine Arbeitskraft als Ware mit bestimmten Eigenschaften auf den Markt. Allen Gesetzen der heutigen Wirtschaft unterliegt sie. Damit muß sich notgedrungen die Ethik auf die des Lohnarbeiters von heute einstellen; sie muß proletarierethik werden. Daß hierbei gewisse Forderungen althergebrachter Ethik mit neuzeitlichen ethischen Forderungen in Zwiespalt geraten, ist unausbleiblich, denn die beiden Grundgesetze der Lebenserscheinungen, der Kampf um Dasein, der Selbsterhaltungstrieb auf der einen Seite und auf der anderen Seite die Forderung der gegenseitigen Hilfe, der Altruismus müssen unter solchen Umständen heftig aufeinander stoßen.

Die lebendige Teilnahme an der Arbeit der gewerkschaftlichen Organisation ist allein im Stande, das Verständnis zu wecken für die aus den Nöten und dem Ringen der Arbeiterschaft emporprossenden neuen Kulturforderungen, für die damit verknüpften sozialen Notwendigkeiten der Menschheit von heute, die nicht kampflös zur Blüte kommen können, so unshön und unethisch das auch scheinen mag. Die Teilnahme an diesem Ringen gehört eben auch zur Arbeiterethik im Krankenpflegeberufe. Mit der Neugestaltung der Gesellschaft werden unweigerlich die ethischen Begriffe neuen Inhalt gewinnen, wird der Kampf zwischen Egoismus und Altruismus im Sinne des Sozialismus zum Ende kommen und damit auch die Ethik des Krankenpflegeberufs neue Grundlagen und neue Entwicklungswege finden. Es steht nicht zu befürchten, daß die Forderung der Nächstenliebe, die von der Kirche als das Monopol christlicher Religion hingestellt wird, verschwindet. Sie ist geboren aus dem sozialen Wesen der nur durch Betätigung gegenseitiger Hilfe zur Kultur emporgebrungenen Menschheit. Mit ihrer Betätigung steht und fällt jeder Kulturforschritt. Um sie in ihrer reinen sozialen Form zu erlangen, gilt heute die Forderung des Kampfes um dieses Ziel als ebenso bedeutendes ethisches Gebot. So führt letzten Endes auf mancherlei Um- und Irrwegen das Ringen des Menschengeschlechts die Krankenpflege zurück auf den einen allein herrschenden und immer herrschend gewesenen ethischen Grundsatz: Liebe deinen Nächsten, mit dem Zusatz: hilf ihm aus Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl gegenüber der Kulturgemeinschaft der menschlichen Gesellschaft. (Stürmischer Beifall.)

In der Nachmittags Sitzung eröffnet die Diskussion:

Kurpat-Weipzig: Wir hätten den Ausführungen des Vortragenden nichts zuzufügen, höchstens noch zu untersuchen, wie steht es heute mit der Krankenpflegeethik in unserer Praxis. Damit steht es noch recht traurig aus. Wenn wir das prüfen, müssen wir sagen, es liegt viel an uns Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen. Wir machen uns zwar dieses Ziel schon lange zu eigen, wir kämpfen um die Ethik in der Krankenpflege, aber wie steht es mit den anderen Kräften, die zusammen mit uns wirken? Was tut unser Arbeitgeber um die Hebung der Krankenpflegeethik? Um keinen Beruf stand es vor der Revolution trauriger als um unseren. Wir müssen in Verbindung mit dem Referat daran denken, was Genosse Antrid im Reichstag in den Jahren 1900 bis 1907 ausgeführt hat. Die Hoffnung, daß uns durch das Betriebsrätegesetz ein Mittel in die Hand gegeben ist, unseren Beruf zu heben, hat sich nicht voll erfüllt. Unsere Arbeitgeber in Gemeinde, Staat und Reich haben uns bis heute hartnäckig verhindert, das Betriebsrätegesetz in dem von uns verstandenen Sinne im Krankenhaus anzuwenden und damit die Berufsethik zu heben. Wie wenig an sich unsere Arbeit gewertet wird, ergibt sich daraus, wie die Pfleger entlohnt werden. Auch die Art der Dienstbotenbehandlung, der Kasernehofnung, wie er vor dem Kriege bestand, der lebt noch heute fort und hindert uns an der Durchführung einer besonderen Ethik in der Krankenpflege, eines besonderen Berufsbewusstseins. Den Gewerkschaftern in den Anstalten wird das Leben manchmal sehr schwer gemacht, sie erhalten nur besonders schwere Stationen und das kleinste Verläumdnis genügt, um sie auf die Straße zu werfen. Dann hat man bei der Krankenpflegepersonen überhaupt mit einer besonderen Psyche zu rechnen. Die tägliche Ausübung des Berufes macht, ohne daß es der Betreffende merkt, die Menschen ganz behelmen. Sie sehen täglich um sich die Schwerkranken, und unwillkürlich prägt sich ihnen das Gefühl der Dankbarkeit dafür ein, gesund zu sein, und alle anderen Ansprüche werden nach und nach zurückgestellt. Deshalb ist die Organisation des Krankenpflegepersonals so außerordentlich schwierig. Bei uns in Weipzig mußte eine Krankenpflegeschule ertämpft und ertrotzt werden, die Direktion versagte jede Hilfe. Wir müssen daher an dieser Stelle nochmals sagen, daß wir alles tun wollen, um unsere Organisation zu stärken, denn nur dann wird es gelingen, die Ethik

in der Krankenpflege zu heben und das Ziel zu erreichen, das uns Herr Dr. Popitz vor Augen gestellt hat. (Sehr richtig!)

Dittmer-Berlin: Das vorzügliche Referat des Genossen Dr. Popitz hat uns erneut in Erinnerung gebracht, daß die großen Ziele, um die wir in unserer Organisation kämpfen, eng verbunden sind mit dem allgemeinen Menschlichkeitsgedanken. Es hat uns aber auch ganz besonders erinnert daran, daß wir von der Entwicklung der Naturwissenschaft abhängig sind, in einem Maße wie kaum ein anderer Beruf, und es ist außerordentlich interessant, das, was wir gehört haben, durch das Referat für unsere engeren Kreise in Uebertragung zu bringen. Die Ärzte konnten früher nicht einmal Studien an den Leichen machen, denn es bestanden kirchliche Verbote. Eine freie Forschung gab es jahrhundertlang nicht, trotz aller Anstrengungen der Ärzte und der beteiligten Interessentengruppen, weil die Kirche das Machtwort sprach und von ihrem ethischen Grundsatz aus meinte, es ist nicht anständig, daß nach der Richtung hin die Tradition durchbrochen werde. Aber die Ärzte haben nicht geruht und gestrebt. Sie haben mit Hilfe der Naturwissenschaft es durchgesetzt und die Entwicklung hat gezeigt, daß durch das Experiment im besonderen und durch die genauen Feststellungen mit Hilfe der Anatomie es gelang, gerade ein großes Gebiet der ärztlichen Kunst, die Chirurgie, in eine ganz andere Bahn zu lenken. Früher war der Gebante vorherrschend, Gebete und kirchliche Zeremonien werden nicht nur physisch wirken, sondern auch eine Heilung herbeiführen. Auch jetzt ist das noch vielfach der Fall, ich erinnere nur an die Wallfahrtsorte. Die Ärzte haben zum Teil wohl dagegen Stellung genommen. Neuerdings hebt aber wieder die Tendenz ein, Ordensschwestern in den Vordergrund zu drängen, weil das materielle Moment ausgeprochen eine große Rolle spielt. Sie sollen billig und willig sein. Bieweit sie billiger sind, ist eine Frage, die ich nicht untersuchen kann im Rahmen dieses Vortrages. Die Verwaltungen begründen vielfach damit die Wiedereinführung dieser Ordensschwestern und wir haben auch festgestellt können, daß die weltlichen Berufsschwestern zwar den Kampf aufgenommen haben in gewissen Zeiten, aber auch seit Jahren gewissermaßen ein Kompromiß geschlossen haben. Sie haben sich hineingegeben und vieles in ihren Mutterhäusern von den Ordensschwestern übernommen. Mit dieser Halbheit können sie natürlich den Kampf nicht aufnehmen. Und es muß ausgesprochen werden, die Ärzte in ihrer Gesamtheit, sowohl theoretisch wie praktisch, tun nicht genügend auf diesem Gebiete, tun nicht, was ihnen ihr Gewissen vorschreiben müßte und was naturwissenschaftliche Erkenntnis vorschreibt. Ich will natürlich nicht den ganzen Stand angreifen, sondern nur feststellen, daß wir einzelne wenige Vorkämpfer auf diesem Gebiete haben, Nachfolge aber vielfach nicht. Deswegen wird auch die Entwicklung der Ethik eine Teilaufgabe unserer Berufsorganisation in erster Linie bleiben. Noch zwei andere Gesichtspunkte muß ich herausgreifen, die vielfach umstritten sind und in dieses Gebiet hineingehen. Das ist der Streit in der Krankenpflege. Da waren die anderen Organisationen vielfach der Meinung, er sei ein unerhörtes und mit der Ethik in der Krankenpflege nicht zu vereinbarendes Mittel. Die Ärzte haben seit Jahrzehnten sich auf den Standpunkt gestellt, wenn es erforderlich ist, gilt auch der Streit als Mittel nicht nur zur Erreichung besserer Gehalts- und Arbeitsverhältnisse, sondern auch als Druckmittel, ja als moralisches Mittel, um das Standesbewußtsein durchzusetzen. Wir müssen sagen, jawohl auch die letzte Waffe im gewerkschaftlichen Kampfe gehört dem Krankenpflegepersonal. Wir können den Streit nicht ablehnen, wenn die Vorbedingungen dazu gegeben sind. Diese bestehen darin, daß alle anderen Mittel der Verhandlung usw. zu erschöpfen sind, daß alles versucht werden muß, um einen Ausgleich auf anderer Basis herbeizuführen, daß uns aber das letzte Mittel nicht genommen werden kann, soll nicht auch die Ethik leiden. Von diesem Gesichtspunkt aus ist das hier ausdrücklich festzustellen, weil wir erlebt haben, daß die christlichen und anderen Organisationen einen anderen Standpunkt einnehmen, wenigstens in ihrer Führung und in ihrer Theorie, obwohl die Kollegenschaft in jenen Reihen oftmals in gesundem Empfinden die Solidarität in solchem Kampfe doch nie und da bezeugt hat. Herdorben möchte ich ferner, daß wir durch die Arbeitszeitverordnung wieder eine große Unfreiheit bekommen haben und damit naturgemäß eine Hemmung auf ethischem Gebiete. Es ist selbstverständlich, daß eine längere Arbeitszeit sich auch auswirkt in ungenügendem Sinne auf die Ethik des Berufes und wenn wir das ganz allgemein beobachten in der Krankenpflege besonders. Jede Ueberlastung, jede Verlängerung der Arbeitszeit in der Krankenpflege ist mehr oder minder eine Gefährdung der Volksgesundheit. Wir müssen in unserer Organisation die ethischen Grundgesetze nach außen nach besten Kräften vertreten, wie das ja auch unsere Presse tut, wir müssen uns aber auch an diejenigen Gruppen, dazu zählen in erster Linie die Ärzte, wenden und appellieren, daß die gesamte Volksgesundheit zu einem erheblichen Teil abhängig sein wird zu allen Zeiten von Krankenpflegepersonen und deswegen muß gefordert werden, daß die naturwissenschaftliche Entwicklung Anwendung findet, nicht nur für den begrenzten Kreis der Ärzte, sondern den gesamten Kreis der Berufsangehörigen in der Krankenpflege. (Sehr richtig!)

Es referiert nun über „Die Berufsgefahren im Krankenpflegeberuf“ Herr Dr. med. Julius Bauer-Alt-Scherbigh.

Wir behalten uns vor, in einem besonderen Artikel das Referat Dr. Bauers wiederzugeben und müssen uns deshalb mit folgender Zusammenfassung begnügen: Für die Infigierung ist dem Pflegepersonal reichlich Gelegenheit gegeben. Das Verhalten bei Epidemien ergibt besondere Schwierigkeiten, es erfordert eine relativ hohe Zahl von Ärzten und Pflegern. Auf die Bazillenträger muß mehr als bisher geachtet werden. Notwendig ist praktische Berufskleidung, gefordert zu waschen. In der Umgebung der Kranken getragene Kleidung ist nicht nach Hause mitzunehmen! Also keine Berufs- und Schwestertracht auf der Straße. Möglichst viel Badegelegenheit! Die Gefahr der Tuberkuloseinfektion hat sich gehäuft im letzten Kriegsjahre und nach dem Kriege. Es sollte möglichst nach 6 Wochen jeder abgelöst werden und in den Außendienst kommen. Auch die landwirtschaftlichen Arbeiten konnten vielfach nicht genügend wahrgenommen werden. Die Ernährung muß besser überwacht werden. Nach wissenschaftlich-rationellen Methoden ist die Küche zu führen. Alles in allem gehört zur Krankenpflege unendliche Geduld, hohe Nervenleistung. Der Referent kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Es ist sorgfältig zu prüfen, ob körperlich und seelisch geeignete Beschäftigung im Krankenpflegeberuf für jeden Pfleger und jede Pflegerin bestehen. Ferner muß begrenzte Arbeitszeit, in der Regel nicht mehr als acht Stunden (nur ausnahmsweise mehr) festgesetzt werden. Mehrwöchiger Urlaub und Berücksichtigung des schweren Dienstes durch größere Freizeiten sind für die Berufsangehörigen erforderlich.

Schulz-Berlin: Wir haben das Reichsarbeitsministerium eingeladen, weil wir geglaubt haben, daß daselbe, mit dem wir doch zu tun haben bei der Vertretung der Interessen des gesamten Anstalts-personals, einen Vertreter entsenden wird. Hätte das Reichsarbeitsministerium das getan, so wären dem Vertreter das Material und die Anlagen, die damit erhoben worden sind, so zu Herzen gegangen, daß er auf Befehlunigung der Arbeiten eingewirkt hätte, die wir auf dem Gebiete vom Reichsarbeitsministerium verlangt haben. Nur ein Teil unserer Kollegen ist als Irrenpfleger tätig. Alle anderen haben ja nur vom Hörensagen durch die „Sanitätswarte“ Kunde bekommen können von dem, was hinter den Mauern der Nervenheilanstalten vor sich geht, und wir können ruhig sagen, daß hier tatsächlich das Vieh vom braven Mann Anwendung finden kann, der unter Aufopferung seiner Gesundheit und seines Lebens bemüht ist, dazu beizutragen, daß dem Geiste des Kranken wieder Heilung zuteil wird. Unsere Forderung auf gesetzliche Schutzmaßnahmen haben wir in der „Sani“ wiederholt beknagtegeben. Ihre Begründung dieser Forderung müssen wir Material haben, um den gefeh-genden Körperkassen, besonders dem Reichsarbeitsministerium, zu zeigen, wie bitter notwendig es ist, daß auf diesem Gebiete endlich einmal etwas geschieht. Wir haben uns zu unserem Teil bemüht, Material zu sammeln, wovon Redner einiges vorführte.

Auf eine Umfrage, die wir am 1. Juli 1924 veranstaltet haben, sind bei uns zurzeit von 16 Anstalten Berichte eingegangen. Danach sind in der letzten Zeit, 1923/24, zu verzeichnen: Todesfälle durch Angriffe Geisteskranker 3, Todesfälle durch Infektionen 2, sofortige Invaliddität durch Angriffe Geisteskranker 1, sofortige Invaliddität durch Infektion 3, längere Krankheit durch Angriffe Geisteskranker 26, längere Krankheit durch Unfälle 5, längere Krankheit durch Infektionen 126. Von den letzteren sind betroffen 5 Leichendiener, 1 Pfleger infiziert durch Boden, 120, zumieist Pflegepersonen, die durch Tuberkulose infiziert worden sind.

Sehr instruktiv ist die Darstellung aus Dohr a. M. Von dort wird berichtet, daß in den Jahren 1923/24 5 Unfälle beim Arbeitsdienst bei Geisteskranken (1 durch Angriff eines Geisteskranken) vorgekommen sind. An Tuberkulose sind dort gestorben: Im Alter von 34, 37, 38 und 42 Jahren 4 Pflegepersonen; ohne Angabe des Lebensalters wird von 3 Wärkern berichtet, die nach 3, 5 und 7 Dienstjahren ebenfalls an Tuberkulose gestorben sind, also auch jüngere Kollegen waren. — Durch Abbau sind 8 Kollegen pensioniert, davon ist einer mit 42 Lebensjahren und 18 Dienstjahren und einer mit 35 Lebensjahren und 12 Dienstjahren durch Tuberkulose invalidd geworden. 4 Kollegen sind durch Herzneurose invalidd geworden, davon 3 mit 10 und 1 mit 13 Dienstjahren im Alter von 37, 38, 41 und 34 Jahren. Der siebente ist im Alter von 37 Jahren nach 14 Dienstjahren durch ein Magenleiden erwerbsunfähig geworden. Aus Pommern wird nachträglich berichtet, daß von 8 Pflegern 3 pensioniert wurden, während 5 Todesfälle zu verzeichnen sind, und zwar 1 durch Selbstmord, 3 durch Tuberkulose und 1 durch Herzkrankheit. Von den 3 pensionierten war einer nervenkrank, einer tuberkulös, und eine Pflegerin wurde als geisteskrank in dieselbe Anstalt übergeführt, in der sie selbst jahrelang dafür sorgte, der leidenden Menschheit Gesundheit zu bringen. Aus den Rheinischen Heil- und Pflegeanstalten wird von 7 Anstalten berichtet, in denen 486 Angriffe von Geisteskranken auf das Pflegepersonal erfolgt sind. Von einer Anstalt sind anscheinend alle Angriffe gebucht worden, während die anderen Anstalten nur die verzeichnet haben, die zu Erwerbsunfähigkeit, längerer Krankheit usw. geführt haben. 29 Angriffe haben zu dauernder Erwerbsunfähigkeit geführt. Unsere Gaulteitung hat auch eine andere Seite dieser Frage geprüft, die dadurch entsteht, daß den besten Irrenpflegern natürlich auch einmal die Nerven versagen, daß er auch einmal in vermeint-

licher Notwehr seine Befugnisse überschreitet, um sein Leben zu erhalten, vielleicht derber zugreift, wie notwendig ist, und dann tragen die Kollegen noch Gefängnisstrafen davon, oder zum mindesten wird ihnen die Entlassung angedroht. So wurden in diesen Anstalten 4 Pfleger und 1 Pflegerin wegen Ueberschreitung entlassen, und 5 andere haben selbst getündigt.

Wir haben den Gesetzgeber, wie die Kollegen in der „Sani“ gelesen haben, gemahnt, auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung die notwendigen Schritte zu unternehmen. Wir bekamen den bekannten Bescheid, daß diese Forderung beim Umbau der Reichsversicherungsordnung behandelt werden soll, eine Novellordnung könnte nicht erlassen werden. Wir haben uns in dieser Frage an alle Arbeiterpartei und den ADGB gewandt, um auf die gesetzgebenden Körperschaften einzuwirken.

Petersen-Berlin berichtet für die Mandatsprüfungskommission. Sämtliche Mandate werden als gültig erklärt.

Rochowski-Berlin: Die Berufsgesfahren im Krankenpflegeberuf sind eminent groß, vielleicht größer als in allen anderen Berufen. Eingedenk dessen haben wir in Berlin versucht, eine ähnliche Versicherung, wie es die Unfallversicherung ist, zu schaffen. Wir haben mit dem Magistrat Berlin verhandelt und es ist von Seiten des Magistrats unseren Wünschen entsprochen worden. Es wurde, allerdings nur in 6 Bezirken, eine eigene Versicherung der Stadt Berlin nach dem Muster der Unfallversicherung geschaffen. In Berlin werden auch die Infektionen durch Sphillis, Tuberkulose usw. die im Beruf erworben wurden, den Unfällen gleichgestellt. Seit einiger Zeit jedoch werden gewisse Einschränkungen gemacht. Aus den Berichten der Betriebskrankenkasse der Stadt Berlin ist zu ersehen, daß im Jahre 1913/1914 in 58 Betrieben der Stadtgemeinde Berlin 1198 Unfälle zu verzeichnen waren mit 26 002 Krankheitstagen. Die Krankenhäuser, 13 an der Zahl, sind beteiligt mit 69 Unfällen und 1572 Krankheitstagen. 1914 ist die Zahl etwas geringer und zwar 1180 Unfälle mit 26 282 Krankheitstagen, die Krankenhäuser sind daran beteiligt mit 68 Unfällen und 996 Krankheitstagen. Im Jahre 1916/17 sind in 60 Betrieben 1066 Unfälle festgestellt worden mit 28 241 Krankheitstagen. Die Krankenhäuser sind mit 15 beteiligt, und zwar 47 Unfälle mit 1029 Krankheitstagen. 1917 ist die Zahl etwas höher, und zwar 1258 Unfälle mit 34 155 Krankheitstagen. Daran sind die Krankenhäuser mit 52 Unfällen und 1341 Krankheitstagen beteiligt. Dazu kommen noch 12 Fälle, die an Tuberkulose erkrankt sind und auch als Unfälle betrachtet werden. Man müßte meinen, daß im Laufe des Krieges, insbesondere nach dem Kriege, wo die wirtschaftliche Depression sich bemerkbar machte, die Unfälle höher sein müßten. In den Jahren: 1921/22 haben wir aus 70 Betrieben Material. Es sind 1921 1428 Unfälle mit 39 386 Krankheitstagen verzeichnet. Die Anstaltsbetriebe sind mit 18 daran beteiligt und buchen 80 Unfälle mit 1530 Krankheitstagen. Im Jahre 1922 ist die Zahl der Unfälle fast gleich. In den Krankenhäusern sind wiederum 80 Unfälle mit 2098 Krankheitstagen. Nicht ganz so schlimm sind die Verhältnisse bei Sphilliserkrankungen, die auch des öfteren zu verzeichnen sind in unseren Krankenhäusern. Im Virchow-Krankenhaus sind im Verlaufe des vorigen Jahres 10 Erkrankungen vorgekommen, und zwar einige Schwestern und Pflegerinnen und ein Laboratoriumsdiener. Wir haben vom Magistrat Schutzkleidung verlangt und unsere Forderung ausführlich begründet. Der Magistrat hat unsere Gründe leider nicht anerkannt. Beim Kampf um die Schutzkleidung, die bis 1914 gewährt wurde, hat man uns vor Gericht geschleppt und der Magistrat hat einen Sachverständigen, den bekannten Bakteriologen Prof. Dr. Seigmann, entsendet. Dieser hat in bezug auf Infektionen vor Gericht folgendes ausgesagt: „Wer sich heute noch infiziert, ist ein Schwein!“ Prof. S. bekundet keinen bemerkenswerten Ausspruch folgendermaßen: „Die Wissenschaft ist soweit gediehen, daß alle Vorsichtsmaßnahmen getroffen sind, um das Personal vor Infektionen zu schützen.“ Der Pfleger auf Infektionsstationen kann sich vor Beginn und nach Schluß des Dienstes die Hände nicht waschen, weil Seife nicht geliefert wird! Leichen- und Laboratoriumsdienern werden gleichfalls weder Seife noch Seifenspiritus geliefert, noch werden ihnen die unbedingt notwendigen Handschuhe bei Deffnung der Leichen zur Verfügung gestellt. Das sind die Folgen der Nachkriegszeit. Standalös ist aber die Tatsache, daß der Magistrat Berlin ein Verbot erlassen hat, daß das freie Baden innerhalb der Anstalt zu unterlassen ist. Ein wesentlicher Teil der in den Berichten der Betriebskrankenkasse enthaltenen Unfälle entfällt auf die Irrenanstalten. Durch Angriffe von Geisteskranken sind einige Pfleger tödlich veretzt worden. Auch können wir in der letzten Zeit von vier Fällen berichten, in denen Leichendiener durch Leichengift zu Grunde gegangen sind. Wir müssen noch die Forderung erheben, daß nicht nur die innerhalb der Krankenanstalten arbeitenden Personen, sondern auch die außerhalb im ambulatorischen Dienst Beschäftigten in die Unfallversicherung einbezogen werden müssen. Dazu gehören auch die Hebammen, bei denen die Infektionsgefahr gleich groß ist. Auch für sie besteht keine reichsrechtliche Maßnahme. Es passiert öfter, daß die Hebammen in Ausübung ihres Berufes nicht nur mit Tuberkulose, sondern auch mit Dues infiziert werden. Eine Hebamme mit einer solchen Krankheit darf ihren Beruf nicht mehr ausüben, auch wenn sie nur mit geschlossener Tuberkulose behaftet ist, oder die Dues zurückgedrängt ist.

Moser-Galling: Daß es vorkommen kann, wie das in Gabersee der Fall war, daß ein Pfleger von einem Kranken mit einem Ostentil erschlagen wurde, ist kennzeichnend. In unserer eigenen Anstalt wurde ein Pfleger von einem Kranken mit einem Stuhl derart zugerichtet, daß er mehrere Monate im Krankenhaus zubringen mußte. Herr Dr. Bauer hat in erfreulicher Konsequenz den achtstündigen Arbeitstag gefordert für die Pfleger. Er dürfte unter der Ärzteschaft — das muß leider festgestellt werden — ein weißer Rabe sein. Ich möchte bitten, nicht nur eine parlamentarische Aktion einzuleiten, sondern auch den Versuch zu machen, in allen Zeitungen die Schwierigkeiten zu schildern, die der Krankenpflegeberuf mit sich bringt.

Rummele-Bohr a. M. befürwortet die gesonderte Wiedergabe des Referats von Dr. Bauer in der „Sani“.

Brüdemer-Frankfurt a. M.: Der § 544 der Unfallversicherung anerkennt eine Infektion als Betriebsunfall in den meisten Fällen noch nicht. Es heißt dort ausdrücklich, wenn sich die Infektionen als Grund für den Unfall nachweisen lassen, was natürlich in den meisten Fällen nicht möglich oder mit großen Schwierigkeiten verbunden ist. Wir müssen daher fordern, daß die Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetzgebung von Grund auf neu geschaffen werden und Infektionen unbedingt als Betriebsunfälle anerkannt werden. Es muß lobenderweise hervorgehoben werden, daß wir Wissenschaftler in Frankfurt haben, die anders vorgehen wie Prof. Dr. Seigmann. Wir haben eine Kapazität, Prof. v. Pershmann, der in dieser Frage ein für uns äußerst günstiges Gutachten abgegeben hat. Die Ausführungen, die Herr Dr. Bauer uns machte, waren äußerst interessant; ich möchte sie aber nicht allein auf das Pflegepersonal, sondern auch auf das Haus- und Wirtschaftspersonal ausdehnen lassen. Dieses ist ebenfalls den gleichen Gefahren ausgesetzt und wir können es nicht schutzlos lassen. Für sie zu sorgen, muß auch unsere Aufgabe sein. Ferner möchte ich noch anregen, daß in Zukunft von Seiten unserer Organisation allgemeine Richtlinien herausgegeben werden über die Frage der Ruhe- und Hinterbliebenenversorgung.

Schmidt-Jerichow: Aus unserer Anstalt — ich verrete die Anstalt, an der der Referent Dr. Bauer einige Jahre gewirkt hat — ist mir bekannt, daß ein Patient mit dem Eifer der Zürling einen Pfleger bedrohte, da er „Gebrüme spritzen lassen wollte“. Dieser Kranke hat etwa vor vier Jahren einen Kollegen von uns zum Krüppel gemacht. Der Kranke war nach dem feinerzeitigen Vorkommnis dauernd hilflos. Im Kreisstrankenhaus Dessau ist ein Pfleger nach 20jähriger Dienstzeit an Tuberkulose erkrankt. Er wurde von der Landesversicherung nach Schielow zur Behandlung geschickt. In Schielow erreichte ihn die Kündigung für treu geleistete 20jährige Dienste. Ob es gelingen wird, die Tuberkulose als Betriebsunfall zur Anerkennung zu bringen mag zweifelhaft sein, wenn wir nicht die Organisation so stärken, daß sie allen Stürmen trotzend, die Ziele, die sie sich gesetzt hat, auch erreichen kann.

Bindshädel-Hamburg: Herr Dr. Bauer hat heute morgen in seinen Ausführungen die Berufsgefahren hauptsächlich in der Irrenanstalt skizziert. Nach meinem Dafürhalten müßte dem Pflegepersonal gegenüber viel größere Offenheit von Seiten der Ärzte bezüglich der Erkrankungen der Patienten u. dgl. herrschen. Wir müßten darauf aufmerksam gemacht werden, wenn wir es mit Epileptikern, Epileptikern usw. zu tun haben, vor allen Dingen bei gemeingefährlichen Kranken. Man erfährt nur in wichtigen Fällen etwas, wenn es sich um Selbstmordkandidaten handelt, oder wenn die Ärzte nach außen für Leben und Gesundheit aufkommen müssen, große Gerichtsachen schweben usw. Bei solchen Kranken besteht für den Pfleger die größte Gefahr. Die ganzen Berufsgefahren werden verschwinden mit der Zeit, wenn wir geschultes und tüchtiges Pflegepersonal in den Anstalten haben. Ein Pfleger, der alle Zusammenhänge der Krankheiten kennt und weiß, welche Gefahren aus diesen Krankheiten entspringen, wird sich ganz von selbst vorsehen.

Walter-München: Herr Dr. Bauer hat in seinen Ausführungen darauf hingewiesen, daß gerade durch die Unterernährung die Infektionsgefahr eine viel größere ist. Deswegen haben wir die Forderung aufzustellen, daß für das Pflegepersonal, das auf Infektionsstationen tätig ist, eine höhere Zulage gezahlt wird, damit es sich die nötigen Nahrungsmittel beschaffen kann, um diesem schweren Dienst gewachsen zu sein. Es muß versucht werden, in das Arbeitsschutzgesetz eine Bestimmung hineinzubringen, daß jeder auf Tuberkulosestation Beschäftigte vor Dienstantritt ärztlich genaustens untersucht wird. Bei uns sind in den letzten 3½ Jahren auf einer Abteilung drei Kollegen mit offener Tuberkulose infiziert worden. Herr Dr. Bauer hat uns Fingerzeige gegeben, wie sich das Pflegepersonal vor Infektionen schützen kann. Doch eins habe ich vermisst, daß man sich räumlich am wirksamsten gegen Infektionen schützen kann, wenn man weiß, um welche Krankheiten es sich handelt. Als Betriebsratsvorsitzender und aus eigener Erfahrung weiß ich, daß man jungen, neu eintretenden Kolleginnen und Kollegen nicht sagt, welcher überaus großen Gefahr sie gegenüberstehen, und so kommen bei welchen Infektionen vor, die nicht notwendig wären. Es ist daher unbedingt erforderlich, daß darauf hingewirkt wird, daß dem Pflegepersonal sobald es mit Kranken in Berührung kommt, gesagt wird, um welche Krankheiten es sich handelt bzw. wie es sich gegen die Infektionen schützen kann. Herr Dr. Bauer hat aus seiner Praxis Fälle ange-

führt, die beweisen, wie gefährlich die Irrenpflege ist. Auch ich kann aus meiner langjährigen Praxis einiges berichten. In Geddelau wurde vor 12 Jahren ein Oberarzt erschossen und zwei Pfleger schwer verwundet. Der Kranke hatte freien Ausgang und sich dabei die Waffe beschafft. In Gießen im festen Haus ist einem Pfleger von einem gemeingefährlichen Kranken buchstäblich das Bein ausgerissen worden. Der Pfleger wurde denkmalsfähig, aber man war weit entfernt davon, das als Unfall anzuerkennen. Das war allerdings noch vor dem Kriege. Nun habe ich neuerdings einen Fall erlebt, wo ein Pfleger sich eine Verrentung des rechten Armes zugezogen hatte und bei der Operation versehentlich eine Sehne angeschlitten wurde, so daß der Arm steif blieb. Auf Antrag, diese Sache als Betriebsunfall anzuerkennen, wurde erklärt, daß dies kein Unfall wäre. Der eingeleitete Prozeß wurde gewonnen und der heftigste Staat verpflichtet, allen aus dem Unfall erkrankten Schwaben zu ersetzen. Mir ist persönlich ein Fall bekannt, daß man so weit am Personal abgebaut hat, daß die Wache in den einzelnen Stationen auf einen Mann reduziert wurde, so daß die Gefahr des Ueberfalls durch Kranke sehr nahe liegt. Es muß darauf gedrungen werden, daß auch bei einer derart gefährlichen Arbeit ein Schülerpfleger nicht beschäftigt werden darf. In allen anderen Berufen ist der Arbeitnehmer geschützt gegen Unfallgefahren. Die ihm drohen, in Krankenanstalten fehlt dieser Schutz. Wohl sind allgemein Alarmglocken angebracht, aber ehe der Ueberfallene diese erreichen kann, ist das Unglück meist schon geschehen. Aus zahlreichen Städten Deutschlands liegen Anträge vor, das ist der Schrei aus den Anstalten nach der Unfallversicherung für diese Leute, die viel mehr den Unfallgefahren ausgesetzt sind als manche andere Berufe. Im Jahre 1920 starben von 10 000 Menschen 16,3, dagegen wurde bei einer Statistik über Kranken-Schwester festgesetzt, daß von 10 000 Schwestern 88 oder 5/100 sozial harten wie von der übrigen Bevölkerung. Ueber das weltliche Personal liegt eine Statistik nicht vor. Geradezu erschütternd sind die Zahlen. Das Erzbistum Köln hat für Ordensschwester eine Statistik aufgenommen. Aus dieser geht hervor, daß in der Zeit von Anfang 1919 bis Mitte 1922 von 10 700 Ordensschwestern nicht weniger als 339 Schwestern an Tuberkulose starben, während 514 sich wegen Schwindsucht in ärztlicher Behandlung befanden und außerdem Hunderte dem Bild als schwindsuchtverdächtig erschienen. Diese Zahlen sind ungefähr 5-6mal so hoch als die für die übrige Bevölkerung desselben Gebiets. Wir müssen deshalb verlangen, daß die Verordnung sowohl in der Frage der Arbeitszeit als auch in der der Unfallversicherung ausgedehnt wird auf die Ordensschwestern, und zwar deshalb, weil diese Schwestern, wenn derartige Zahlen vorliegen, eine direkte Volksgefahr bilden müssen. (Sehr richtig.) Die Anstaltsgesundheit im Kreisstrankenhaus ist auch für gesunde Patienten viel größer als draußen. Der Körper ist durch die Krankheit geschwächt und viel eher aufnahmefähig für Tuberkulose als der gesunde Körper. Wenn der Krankenpfleger nicht vollständig gesund ist, liegt die Gefahr der Volksvergiftung nahe.

Beger-Hamburg: Es ist nicht genügend darauf hingewiesen worden, daß wir selbst Mittel in der Hand haben, die Unfallgefahren und die Berufsrisiken bis zu einem gewissen Grade einzudämmen. Ich nehme doch an, daß zweifellos in allen Anstalten Einrichtungen zur Vermeidung einer vorübergehenden scharfen ärztlichen Untersuchung. Damit ist noch nicht alles getan, besonders soweit Tuberkulose in Frage kommt. Die sehr schwer feststellbar ist. Es ist deshalb zu empfehlen, daß wir selbst eine scharfe Auslese treffen. Hamburg hat ziemlich weitgehende und scharfe Vorschriften. Von allen neu Eintretenden wird gewissermaßen ein Gesundheitsnachweis für die letzten 5 Jahre verlangt. Sorgen Sie mit dafür, daß diese Vorkehrungsmaßnahmen bei allen Anstaltsleitungen getroffen werden.

Nach Schluß der Debatte wird folgende Entschließung angenommen:

Unfallversicherung

Die 4. Konferenz der Reichssekktion Gesundheitswesen des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter stellt mit Entrüstung fest, daß die schon seit Jahren von den gesetzgebenden Körperschaften geforderte Einbeziehung des gesamten Pflegepersonals in die Unfallversicherung noch nicht erfolgt ist. Sie fordert darum erneut die endliche Erledigung der gesetzlichen Maßnahmen.

Angeichts der besonderen gesundheitlichen Gefahren, die dem Pflegepersonal durch Infektionen aller Art, dem Irrenpflegepersonal durch Kernzertrümmung, drohen, ist außerdem zu verlangen, daß die durch diese Berufsrisiken entsetzende Erwerbsunfähigkeit als entschädigungspflichtig im Sinne der Reichsversicherungsordnung angesehen wird.

Von den gesetzgebenden Körperschaften sind alle Schutzmaßnahmen zu treffen, die dazu dienen können, die verheerenden Wirkungen der dem Pflegepersonal drohenden Berufsrisiken einzudämmen. Als wirksamste Maßnahme ist in erster Linie die achtstündige Arbeitszeit gesetzlich festzusetzen. Im übrigen sind alle von der Seilsunde als familiäre Schutzmaßnahmen anerkannten Einrichtungen zwangsmäßig einzuführen. Besonders Gewicht ist darauf zu legen, daß das Irrenpflegepersonal bei arbeitenden Geisteskranken nicht zur Mitarbeit, sondern nur zur Aufsicht verpflichtet wird.

Die Leitung der Reichssekktion Gesundheitswesen wird beauftragt, im Sinne vorstehender Forderungen tätig zu werden. Die Betriebsräte und Vertrauensleute der Reichssekktion werden verpflichtet, das zu Gebote stehende Material zu sammeln und die Leitung der Reichssekktion Gesundheitswesen bei ihrer Tätigkeit wirksam zu unterstützen. Paul Schulz.

Neue Aussichten für das Pflegepersonal.

Das Personal in den Krankenhäusern, Landesheilanstalten usw. war von jeher den unsocialsten Arbeitsbedingungen unterworfen, und unter den gegebenen Verhältnissen der Gesindeordnung war ein großer Teil des Personals vollkommener Willkür der Anstaltsleitung preisgegeben. Als nach der Revolution die Ketten der Gesindeordnung gefallen waren, somit der rechtlose Zustand beseitigt war, wurde die Anerkennung als gleichberechtigter Faktor verlangt. Zu gleicher Zeit setzte aber von den Inhabern und Verwaltungsbeamten dieser Institutionen der Kampf gegen jeden sozialen Fortschritt ein. Die Verkürzung der Dienstzeit auf ein normales Maß gegenüber der übrigen Arbeiterschaft und die Einräumung selbstverständlicher Rechte war für diese Herren „untragbar“, sie wollten eben Alleinherrscher im Hause bleiben. In den letzten Jahren haben sie sich in mehreren Kongressen mit der Wiedereinführung der früheren unsocialen Zustände beschäftigt; erst kürzlich fand in Magdeburg eine Konferenz statt, auf die wir kurz eingehen wollen.

Es wurden u. a. die Themen „Arbeitsrechtliches in der Krankenhausverwaltung“ und „Die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeit in den Krankenhäusern“ behandelt. Das Referat zu letzterem hielt Herr Verwaltungsamtmann Dreßler aus Jena. Wir lassen seine Ausführungen nach dem Bericht des „Magdeburger Generalanzeigers“ folgen:

„Schon vor 15 Jahren tauchte die Frage der Arbeitszeit bei den Reichstagsverhandlungen auf. Es kam dann die Revolutionszeit, welche rein schematisch die Arbeitszeit festsetzte und in den Krankenhäusern viel Verwirrung brachte. Erst mit der auf Grund der Ermächtigungsgesetze ergangenen Verordnung vom 13. Februar 1924 über die Arbeitszeit sei es wieder besser geworden. Es müsse unbedingt die Arbeitsintensität gesteigert werden. 60 Stunden in der Woche seien zu erstreben. Besonders wichtig sei die Frage der Anrechnung der Dienstbereitschaft. Der Vortragende behandelte dann ein Schema, nachdem das Pflegepersonal wöchentlich 88 1/2 Stunden Arbeitszeit und ebensoviel Stunden während der Nacht Arbeitsbereitschaft haben müßte. Die Arbeitsbereitschaft von morgens 8 bis abends 7 Uhr rechnet er nur als 5 Stunden Arbeit. Sehr sozial klangen diese Aufführungen gerade nicht. Er sprach dann noch von der Stärkung der Disziplin, von der Festsetzung von Strafen, Heranziehung zu Schadenersatzleistungen, Verbot der Annahme von Geschenken, Entfernung von fragwürdigen und unwürdigen Elementen aus der Arbeiterschaft. Die Revolution habe die Löhne nivelliert. Statt dessen müsse das Leistungsprinzip betont werden. Verdienstloosen Kräften müsse Beamteneigenschaft verliehen werden. Allerdings müßten auch diese Beamten 60 und nicht nur 48 Stunden arbeiten. Möglichst müsse als Grundsatz gelten: Mehr Leistung, aber dann auch mehr Lohn. Ferner: Das Pflegepersonal müsse sich darüber klar sein, daß es der Allgemeinheit ein Opfer bringe. Hier dürften keine sozialen Klassenkämpfe ausgefochten werden.“

Aus dem vorstehenden Bericht erkennen wir mit aller Deutlichkeit, was für das Personal auf dem Spiele steht; die Arbeitszeit wird überhaupt kein Erbe finden und das Personal soll wieder zum Sklaventum zurückgeführt werden. Wir können Herrn Dreßler aus Jena dankbar sein für seine offenen Ausführungen; wir wissen nun, um was es geht.

Auch der Redner über die arbeitsrechtlichen Fragen hat nicht ein Wort darüber gefunden, daß auch die Arbeitnehmer in den unteren Schichten ein Recht haben. Mit keinem Wort hat er angedeutet, daß, wenn man Pflichten erfüllt sehen will, dem auch Rechte gegenübersehen, was man hätte unbedingt erwarten müssen.

Aufgabe des gesamten Personals ist es nun, durch festen Zusammenhalt in der Organisation dafür zu sorgen, daß jenen rückständigen Arbeitgebern resp. Beamten, die jedes soziale Empfinden und die Ehre des von Pflichten erfüllten getragenen Kollegen verlegen, ein entschiedenes Nein zugerufen wird. **Re i f e r.**

Auf wieviel Kranke soll eine Pflegeperson kommen?

Auf das Verhältnis 1:6 hat man vor kurzem das Pflegepersonal der bayerischer Provinzialanstalten zurückgeschraubt. Und vor zirka zwei Jahren beschäftigten sich die leitenden Verwaltungsbeamten Deutschlands damit, derartige Verhältniszahlen festzulegen, wobei Zahlen zulage traten, die den Uneingeweihten glauben machen mußten, in der Krankenpflege werde ein ungeheurer Luxus mit Pflegepersonal getrieben. Meint man vielleicht sagen zu können, das Pflegepersonal führe ein goldenes Dasein bei Verhältniszahl 1:1 oder 1:2, wie sie damals teilweise in Erscheinung traten? Welt

gefesht. Was besagen denn solche Zahlen? Nichts, rein gar nichts. Bismarck hat einmal wegwerfend von der Statistik gesagt, sie sei die Kunst, mittels Zahlen zu lügen. Sein Ausspruch trifft auf die Art Statistik, die jetzt von den Verwaltungen in der Krankenpflege gemacht wird, allerdings zu. Solche Verhältniszahlen wie oben angegeben, besagen nichts. Wer in der Krankenpflege Bescheid weiß, wird ohne weiteres verstehen, daß die in Bayern eingeführte Verhältniszahl 1:6 für einzelne Pflegepersonen eine starke Belastung darstellt. Nimmt man an, daß wirklich ein Pfleger auf 6 Kranke kommt, so ändert sich die Zahl sofort, wenn man sich überlegt, daß der Pfleger nicht täglich 24 Stunden arbeiten kann. Bei Abzug der Nachdienstpfleger wird dann ohne weiteres eine andere Verhältniszahl erscheinen, wahrscheinlich 1:8-10. Aber auch diese Zahl würde noch nicht besagen, ob hierbei das Pflegepersonal voll beschäftigt sei oder nichts zu tun habe, denn am wichtigsten ist, daß es hinsichtlich des Pflege- und Aufsichtsbedürfnisses eine unerschöpfliche Zahl von Arten von Kranken gibt, welchem Umstande bei der Verteilung des Pflegepersonals Rechnung getragen werden muß.

Nehmen wir als Beispiel die Heil- und Pflegeanstalt Dresden an. Diese kam unter Einfluß aller Arbeitnehmer 1922 auf die Verhältniszahl 1:1,7. In Abteilung I sind vorwiegend Geistesranke, bei denen teilweise eine Gefährdung der Sicherheit der Kranken und des Personals in Betracht gezogen werden muß. Dort weicht allerdings die Verhältniszahl nicht allzu sehr von 1:1,7 ab, sie schwankt infolge des dauernd veränderlichen Krankenbestandes um die Zahl nach unten und oben. Anders in den Abteilungen II und III, wo der Bestand nicht sehr veränderlich ist. In allen bettlägerigen Stationen hat man einen Pfleger für 8 Kranke vorgeesehen und die Belegung der einzelnen Zimmer ist so, daß auch die Pfleger genügend Beschäftigung haben. Nun gibt es aber Stationen mit leichteren Kranken, in denen auf einen Pfleger bis 20 Kranke entfallen können, weil bei diesen kein großes Pflegebedürfnis vorhanden ist. Werden nun Durchschnittszahlen für die ganze Anstalt genommen, ergibt sich allerdings ein anderes Bild. Am 2. März 1924 entfielen beispielsweise auf eine Pflegeperson 3,72 Kranke. Aber diese Zahl sagt ja nichts. Sie läßt keinen Einblick in die wirklichen Verhältnisse zu. Will man sie verändern, müßten folgende Maßnahmen durchgeführt werden: 1. Man lasse das Personal täglich 24 Stunden arbeiten, dann erspart man ungefähr ein Sechstel des Personals; würde ergeben 1:4,53. 2. Man lasse das Personal alle Tage arbeiten, gewähre also keinen freien Tag, wobei sogar 1/4 des Personals übrig wird. Das bringt mit dem 1/6 eine Verhältniszahl 1:7,65. Vielleicht wäre man mit dieser Zahl zufrieden, aber da derartige Maßnahmen unmöglich sind, sind auch solche Zahlen unmöglich. Es würde ja schließlich auch ein weiterer Abbau des Personals in Verbindung mit einer intensiven Mehrbelastung innerhalb bestehender Arbeitszeiten eine Veränderung der Verhältniszahlen bringen. Aber das würde ja letzten Endes nur bedeuten, daß die Krankenpflege überhaupt keine Krankenpflege mehr ist, denn es darf nicht übersehen werden, daß das Pflegepersonal recht viele Reinigungsarbeiten zu leisten hat, zumal in den Krankenhäusern nicht dem industriellen Prinzip: „Unnötige Bewegung vor und nach dem Arbeitsplatz vermindert die Produktionsmenge“ Rechnung getragen werden kann. Forderungen der Hygiene und gesetzliche Vorschriften über Anlage und Einrichtung von Krankenanstalten machen notwendig, daß das Pflegepersonal tagsüber bei seiner Arbeit mehrere Kilometer hin und her zu laufen hat. Also weiterer Abbau würde dann nur bedeuten: Entweder Nichtbeachtung hygienischer Grundzüge oder Verschlechterung der Krankenpflege. Hingewiesen sei noch auf eins. In der Verhältniszahl vom 2. März 1:3,72 ist nur das Pflegepersonal enthalten inklusive des Stationsaufsichtspersonals. Nimmt man den ganzen Personalbestand der Anstalt (einschl. des Verwaltungspersonals), verändert sich diese Zahl in 1:2,08; das ist ein Zeichen dafür, daß das Pflegepersonal, welches die Hauptarbeit im Krankenhaus zu leisten hat, bei weitem nicht ausgeschlaggebend ist bei Verhältniszahlen, wie sie seitens der Verwaltungsbeamten aufgestellt wurden, denn hier ergibt sich beispielsweise nur eine prozentuale Verteilung des Personals wie folgt: Pflegepersonal 55,20 Proz., übriges Personal 44,80 Proz.

Aus allem Angeführten ist nun ersichtlich, daß mit verallgemeinernden statistischen Verhältniszahlen in der Krankenpflege gar nichts anzufangen ist.

Will man aber trotzdem zur Statistik greifen, dann muß man schon etwas tiefer in die Materie eindringen und Zahlen bringen, aus denen auch die wirkliche Arbeitsleistung des Pflegepersonals ersichtlich ist. Und diese festzustellen, ist mit großen Schwierigkeiten verknüpft, weil eben jeder Kranke ein anderes Maß an Pflegebedürfnis hat. Auch darüber sollte man sich

Nur sehr, daß die Krankenpflege nur von Leuten ausgeübt werden sollte, bei denen eine bestimmte psychische Eignung zu dieser Berufstätigkeit vorhanden ist. Infolge der bisherigen Abkehrung der Ausbildungspflicht sind leider viele Personen darunter, die nicht die besten Qualifikationen zur Krankenpflege besitzen. Vielleicht dürfte hierüber einmal eine Statistik von Nutzen sein, welche sich leicht erheben läßt und die dann hoffentlich dazu führt, daß die Ausbildung endlich obligatorisch wird. Eine Statistik aber über die Verteilung des Pflegepersonals auf die Kranken kann nur dann angebracht sein, wenn sie folgende Grundsätze nicht außer acht läßt: Die Kranken bedürfen einer menschlichen Behandlung. Das Pflegepersonal bedarf zur Erfüllung seiner Pflichten gesunder sozialer Verhältnisse. Alwin Roumburger.

Deutsche Bäder in alter Zeit.

Von Valerian Tornius.

Im Mittelalter gab es in Deutschland kaum ein Haus oder eine Burg, das nicht über eine geheizte Badestube verfügte, und wer eine solche nicht in seinem eigenen Heim hatte, ging in die öffentlichen Badeanstalten. Lannhäuser wenigstens konnte das zweimalige Baden in der Woche nicht entbehren. Stellte sich ein Ritter als Gast auf einer Burg ein, so gehörte es einfach zum guten Ton, ihm ein Bad zu bereiten. Junge Mägde frohlockten ihn und waren ihm beim Anlegen der frischen Kleidung behilflich. Manche mittelalterliche Miniatur zeigt uns einen solchen badenden Ritter. In den Städten ging man, weil in den Häusern der Raum fehlte, in die öffentlichen Badeanstalten, und zwar mindestens alle vierzehn Tage, doch nicht bloß, um sich zu säubern, sondern auch, um sich zu vergnügen, zu schmausen und zu zechen. Daß es hierbei, wo Männer und Weibchen sich zusammen im Wasser tummeln, nicht immer ganz dezent zugeht, wird durch diesen oder jenen Holzschnitt oder Kupferstich recht anschaulich bestätigt.

Außer den Badeanstalten, die der Sauberkeit und der Unterhaltung dienen, kannte das Mittelalter natürlich schon Mineralbäder, die gegen Krankheiten und Seuchen Anwendung fanden. Manche von ihnen, wie Aachen und Wiesbaden, reichen in ihrer Entstehung bis in die Römerzeit zurück. Man unterschied im Mittelalter streng zwischen Heilbrunnen, die von Kranken gebraucht wurden, und sogenannten Jungbrunnen, die die Eigenschaft besaßen, häßliche Schön und Alte jung zu machen. Die Jungbrunnen, von denen die Sagen und Dichtungen der Ritterromantik soviel zu erzählen wissen, spielten damals ungefähr die gleiche Rolle wie das alchimistische Schönheitselixer in der galanten Zeit. Im späteren Mittelalter fiel die strenge Scheidung zwischen Jung- und Heilbrunnen fort; das Mineralbad umfaßte beides. Ueber das Leben und Treiben in den alten Bädern besitzen wir einige drastische und ergötzliche Berichte, die uns zeigen, daß man es mit der Moral hier nicht sehr genau nahm. Im Hause des Mainzer Rämmerers und Domherrn Johann v. Eberstein befand sich ein Wandgemälde, das ein Wiesbadener Badefest darstellte. Dieses ähnelte nach der Beschreibung eines Zeitgenossen einem Bacchanal. Ausführliche Schilderungen des spätmittelalterlichen Badewesens enthält ein Brief des päpstlichen Sekretärs Johann Franz Poggio an seinen Freund Nicolo Nicoll. Seine Kenntnisse stützen sich auf Baden im Aargau. Poggio verbreitet sich ganz besonders genau über die BADEEINRICHTUNGEN in den Gasthöfen. Auch hier badeten beide Geschlechter gemeinsam, allerdings durch Scheidewände getrennt, in denen kleine Fenster angebracht waren, durch die man sich sehen, sprechen und berühren konnte. Auf den umlaufenden Galerien wandelten ungeniert Mannspersonen und schauten den badenden Rymphen zu. In dem Bade selbst speiste man an einem Tische, der auf dem Wasser schwamm. Zuweilen vereinigten sich mit diesem selbstigen Genuß noch ein Ohrenschmaus in Gestalt eines Konzerts einer Damenkapelle. Baden im Aargau muß sich durch besondere Leichtgläubigkeit und Vergnügungssucht ausgezeichnet haben. Das bestätigt auch der französische Essajist Montaigne, der bei seinen ausgedehnten Reisen viele Bäderorte kennen lernte und die Eigenart eines jeden einzelnen sorgfältig vermerkte. Er sagt, daß die Einheimischen den ganzen Tag über bis zu den Hüften im Wasser zubringen und dabei zu spielen und zu turnen pflegten. Kein Wunder, daß durch den lang anhaltenden thermischen und chemischen Reiz eine Hautentzündung entstand, die man Badausschlag nannte. Man sah darin einen Genußvorgang und setzte alles daran, durch unausgesetztes Training ihn so schnell wie möglich herbeizuführen.

Während im Mittelalter die Ru en möglichst in der Nähe des Wohnsitzes vorgenommen wurden, kamen im 16. und 17. Jahrhundert die Badereisen in Mode.

Der steigende Besuch der Bäder veranlaßte eine Vervollkommnung der hygienischen Einrichtungen. Größere Bäder hielten sich einen ständigen Arzt, in kleineren waren die Bader und Schröpfer gewöhnlich die Ratgeber der Kranken. Ganz wohlhabende Patienten brachten sogar ihren eigenen Arzt mit. Es geschah auch schon damals, daß der Ruf der Bäder wechselte. Wurde irgendwo ein Wunderbrunnen entdeckt, von dem es hieß, Blinde, Taube, Lahme, Gichtbrüchige seien von ihm geheilt worden, so ergoß sich der ganze Strom der Genußsuchenden nach dem betreffenden Ort. Im Jahre 1556 wurde beispielsweise Pyrmont als besonders wunderkräftig verschrien, und es sollen im Laufe von vier Wochen sich 10 000 Menschen dort zur Kur eingefunden haben, die überall in den umliegenden Dörfern Wohnung nahmen. Hornhausen, Bielefeld, Rastenberg im Thüringischen, Weihenell bei Ansbach genossen alle eine Zeitlang den Ruf eines Wunderbrunnens. Meist verblüht jedoch ihr guter Ruf eben so schnell, wie er entstanden war, und nur diejenigen Bäder, deren Quellen über wirklich heilkräftige Bestandteile verfügten, behielten dauernden Zuspruch.

Der Dreißigjährige Krieg übte keine unheilvolle Wirkung auch auf das deutsche BADELEBEN aus. Erst allmählich erhobte es sich wieder. An Stelle der berühmten alten LUGUSBÄDER traten neue mit einem den veränderten Verhältnissen angepaßten Komfort. Die Veränderung machte sich noch insoweit bemerkbar, als die TRINKUR jetzt zu überwiegen begann. Darum wurden Orte wie Karlsbad, Marienbad, Spaa, Pyrmont und Lauchstädt beliebt. Es hängt dies vielleicht mit einer allgemeinen Abneigung des galanten Zeitalters gegen das Wasser überhaupt zusammen. Die auffallend kleinen Waschbeden in den Schlössern liefern uns dazu die beste Illustration. Ja, die Vorschriften des guten Tons warnten sogar vor dem Wassergebrauch. Man benehete seine Finger allenfalls mit Rosenwasser und rieb das Gesicht mit Parfüm ein. Eifelotte schreibt einmal: „Baden wäre meine Sache nicht, habe diese Lust mein Lebenlang nicht begreifen können.“ Und Goethe rechnete das Baden im fließenden Wasser zu den „damaligen Verirrlichkeiten“, obwohl er selbst in jungen Jahren es mitgemacht hatte.

Als eines der besuchtesten LUGUSBÄDER galt im 18. Jahrhundert KARLSBAD. Es gab kaum eine Saison, in der nicht eine Reihe Fürstlichkeiten mit ihrem ganzen Hofstaat anwesend waren. Selbstverständlich hatte der Aufenthalt dieser hohen Herrschaften eine Fülle von rauschenden Festlichkeiten, Ballen, Blumentorlosen und sonstigen Belustigungen zur Folge, daran das Bürgertum, falls es nicht zur Geisteselle gehörte, keinen Anteil nehmen durfte; denn die Schelung der Stände wurde sehr peinlich durchgeführt. Zugleich waren die LUGUSBÄDER die große Modenschau. In den Kurpromenaden wandelte, an strenge Etikettenvorschriften gebunden, die vornehme Welt, und abends zerstreute man sich bei Phombre, Rusti, Lang oder Theater. Das mehrmalige Umziehen bei Tage gehörte zu den notwendigen gesellschaftlichen Forderungen, und es kam wohl vor, daß Damen, die dieses Gebot nicht befolgten, die Kurpromenaden meiden mußten.

Zu den besuchtesten LUGUSBÄDERN zählte LAUCHSTÄDT, dessen Blütezeit in das dritte Viertel des 18. Jahrhunderts fiel. Auch Lauchstädt bildete einen Treffpunkt der adligen Gesellschaft Mitteldeutschlands. Aber der Charakter des LUGUSBADES trat hier nicht so auffällig hervor.

Die im 17., 18. und bis weit in das 19. Jahrhundert hinein bestehende Abneigung gegen das Baden hatte ihre Ursache in erster Linie in der SITTENVERDERBNIS, die in den mittelalterlichen Badstuben noch und noch um sich griff. Sie hat viel zur Verbreitung der Lustsuche beigetragen. Diese Erscheinung kam der Gegnerschaft der damals noch allmächtigen Kirche gegen alles Rechte zugute. Die dadurch entstandene Wasserseuche und die damit verbundene ungenügende Hygiene haben wesentlich zum Ausbruch immer neuer Seuchenepidemien beigetragen. Heute ist es zwar wesentlich besser geworden. Jedoch haben auch jetzt noch viele Kreise der Bevölkerung aus angeborener Prüderie Angst vor dem Baden in Wasser, Luft und Sonne. Dagegen anzutämpfen ist in erster Linie Aufgabe unserer Kollegenchaft in der Krankenpflege und im Badegewerbe. Sie dienen damit nicht nur der Kultur, sondern auch ihren materiellen Interessen, denn je badelustiger die Bevölkerung wird, um so größere Verdienstmöglichkeit bietet sich in unserm Beruf.

Ausgestoßene Verbrecher tragen oft mehr Menschlichkeit im Herzen als jene kühlen, unerbittlichen Staatsbürger der Tugend, in deren bleichen Herzen die Kraft des Bösen erloschen ist, aber auch die Kraft des Guten. Heine.

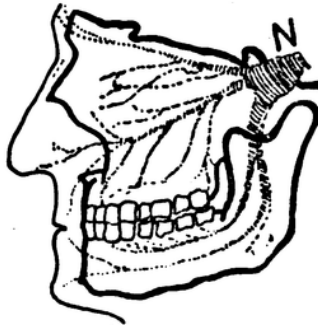
Das Geheimnis des fünften Hirnnerven.

Von Dr. Ewald Schild.

Wer wüßte nicht aus eigener Erfahrung, daß Nervenschmerzen (Neuralgien) heftige Schmerzen sind, die oft plötzlich auftreten und ebenso plötzlich verschwinden und die verschiedensten Ursachen haben können. Wohl am langwierigsten und verärglichsten ist der sogenannte Gesichtschmerz, die Trigeminusneuralgie der Wissenschaft, auf die nach statistischen Feststellungen nicht weniger als ein Drittel aller vorkommenden Neuralgien entfallen.

Der Nerv, um den es sich bei diesen anfallsweise auftretenden Schmerzen handelt, ist der fünfte der zwölf paarigen Nervenstämmе, die vom Gehirn ausgehen und mit ihren zahlreichen großen und kleinen Verzweigungen im Bereich der oberen Körperhälfte, vornehmlich des Kopfes, lebenswichtige Aufgaben für den Organismus zu erfüllen haben. Seiner Form und Ausbreitung wegen wird er auch als Trigeminus, das heißt Dreifling, bezeichnet. Ohne Berücksichtigung aller feineren gehirnanatomischen Einzelheiten sei nur erwähnt, daß der Nerv kurz vor seinem Austritt aus der knöchernen Schädelkapsel einen großen Nervenknotten (N in der nebenstehenden schematischen Abbildung) bildet, von dem drei Hauptäste des Nerven ausgehen, die nach ihren besonderen Ausbreitungsbezirken als Augen-, Oberkiefer- und Unterkieferast bezeichnet werden und selbst wieder eine außerordentlich reiche Verästelung aufweisen. Jene Stellen, an denen die Nervenäste aus dem knöchernen Gesichtsschädel heraus-treten, sind bei Erkrankungen besonders schmerzempfindlich, sie werden als Druckpunkte bezeichnet, deren genaueste Kenntnis für den Arzt von besonderer Wichtigkeit ist. Der Trigeminus ist ein fast völlig sensibler Nerv, das heißt Empfindungen aufnehmend und leitend, keine motorische (Bewegung auslösende) Wirksamkeit bleibt nur auf einen Teil der Kaumuskeln beschränkt.

Das Geheimnis des Trigeminus besteht darin, daß man über das eigentliche Wesen einer neuralgischen Erkrankung und damit auch des Gesichtschmerzes noch herzlich wenig weiß und bei der Beurteilung einer Neuralgie nur auf die erfahrungsgemäß festgestellten Ursachen angewiesen ist. Außer den allgemeinen Entstehungsur-sachen (Erkältung, Vergiftung, Infektionskrankheiten, Quetschung und Zer-rung des Nerven durch Verletzungen usw.) kommen bei der Tri-geminusneuralgie, deren Schmerzen zu den fürchterlichsten Leiden ge-hören, die den Menschen überhaupt heimsuchen können, noch beson-dere Ursachen hinzu, die in der Lage und dem Verlauf dieses Nerven begründet sind. Besonders sind es Zahnerkrankungen (Wurzelhaut-entzündungen usw.), dann Erkrankungen der Kiefer, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, der Augen, des Mittelohrs usw., die Neuralgien des fünften Hirnnerven auslösen können. Bei solchen Fällen gelingt es noch verhältnismäßig leicht, durch Beseitigung der Grundursache die Neuralgie zu heilen, was aber bei den nicht minder häufigen Erkrankungen unbefangenen Ursprungs oft unmöglich wird. Hier bleibt dem Arzt oft nur der schwierige chirurgische Eingriff der Ent-fernung des übererwähnten Nervenknottens (Ganglion Gasseri) übrig, um dem von der Trigeminusneuralgie Bemerkten Linderung oder vollends Heilung zu bringen.



N: Das Ganglion Gasseri, von dem die drei Äste des Gesichtsnerven ausgehen. Der obere tritt in die Augenhöhle und versorgt ihre Weichteile und die Stirn. Der mittlere Ast verläuft im Bereich des Oberkiefers, der untere geht zu den Kaumuskeln und verläuft im Bereich des Unterkiefers und der Zunge.

Bedauern

Kontrolle der kindlichen Herzklänge durch Radio. Der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ Nr. 28 von 1924 entnehmen wir folgende Mitteilungen von Dr. Neubauer, Hamburg: „In Heft 3 des „Radio-Umschau“ dieses Jahres gibt Dr. L. Jacobsohn in einem Artikel über „Die ärztliche Konsultation per Radio“ eine durch Abbildung unterstützte Anleitung, Herzklänge eines Patienten laut hörbar zu machen. Ferner empfiehlt er dies Verfahren auch bei der Kontrolle und in der Schwangerschaft: „Eine Ueberwachung des Herzens durch die pulsführende Wiffenzug wird überflüssig, wenn das

Herz während der Dauer der Narkose mit 150 bis 250 Tönen in den Raum hinausruft und dem Operateur die Möglichkeit gibt, sich in jedem Augenblick von dem Stand der Narkose zu überzeugen. Für die Geburtshilfe wird die Methode dadurch Bedeutung erlangen, daß sie die kindlichen Herzklänge bereits in frühen Stadien der Schwangerschaft hörbar machen wird.“ In weiterer Ausführung dieses Gedankens möchte ich noch folgenden Vorschlag machen, der die Ueberwachung der kindlichen Herzklänge im Entbindungszimmer zugleich systematisieren und vereinfachen soll. Es soll von jedem Kreißbett aus zu einer Zentralstelle, wo dauernd eine Hilfsperson nur mit der Ueberprüfung der jeweiligen Herzklänge zu befaßt hat, eine Hörleitung mit der eingeschalteten Verstärkerapparatur führen. Im einzelnen müßte diese nach Jacobsohn also bestehen: aus einem Mikrophon (empfohlen wird Schallkopf) und Mikrophon aus dem ehemaligen Minenhörgerät), welches mit einem breiter Gummi-band dem Leib der Kreißenden an der Stelle der lautesten Herzklänge aufgeschraubt wird. Bei guter Apparatur genügt vielleicht auch eine beliebige Stelle der Nabelnähe. Vom Mikrophon aus führt, am besten, um Hindernisse zu vermeiden, senkrecht zur Decke, der fortleitende Draht in den Hörraum, wo zweckmäßig die Verstärkerapparatur, nämlich Transformator und Verstärker, eingebaut ist. Daran angeschlossen werden müßte entweder ein Kopfhörer oder ein Lautsprecher unter Zwischenschaltung eines zweiten Mikrophons. Der Betrieb wäre etwa so zu denken, daß die Kontrollperson alle zehn Minuten unter Umschaltung auf die einzelnen Kreißenden die entsprechenden kindlichen Herzklänge überprüft. Das Verfahren lohnt sich natürlich nur für größere Kliniken, wo das vorhandene Personal, wie so oft, an Brennpunkten vollauf beschäftigt ist und dann die Kontrolle der Herzklänge bei den anderen Kreißenden nicht so regelmäßig durchgeführt werden kann. Selbstverständlich ist die systematische Ueberprüfung und eventuelle kurvenmäßige Festlegung der kindlichen Herzklänge auch von allgemeinem Interesse, zudem ja auch die Qualität der einzelnen Töne (Nabelschnur-, Uteringeräusche) verbessert sein soll. Die Kosten einer Anlage für 8—10 Mikrophone sollen sich auf etwa 1000 Goldmark belaufen.“

Aus unserer Bewegung

Vom Kreisauschuß für Schwaben. Für die nicht beamteten Bediensteten in den schwäbischen Heilanstalten bestand seit Juni 1920 ein Tarifvertrag, den der Kreisauschuß gekündigt hat. Derselbe ist am 1. Juli 1924 abgelaufen. Auf den Antrag der Gewerkschaft des Verbandes der Gemeinde- und Staatsarbeiter, wiederum einen Tarifvertrag abzuschließen, hat der Kreisauschuß ablehnend geantwortet und beschlossen, mit jedem der Bediensteten einen Dienstvertrag abzuschließen. Der darum angerufene Schlichtungsausschuß Augsburg hat in seiner Sitzung am 22. August 1924 den Antrag der Gewerkschaft, auf Abschließung eines Tarifvertrages, abgelehnt. In der Verhandlung hat der Vertreter des Kreisauschusses ausgeführt, daß in keiner Weise beabsichtigt sei, die Angehörigen wirtschaftlich und sozial schlechter als bisher zu stellen, wie der vorgelegte Entwurf eines Dienstvertrages beweise. In der Begründung des Schiedspruches ist ausgeführt, daß die zwangsmäßige Aufzerrung, einen Tarifvertrag abzuschließen, nur dann eine rechtliche Stütze finden würde, wenn der Arbeitgeber den erkennbaren Versuch gemacht hätte, die wirtschaftlichen und sozialen Belange seinen Angestellten durch Ausnutzung der Vertragsfreiheit im erheblichen Maße zu schmälern. Nach dem vorgelegten Dienstvertrag kann der Arbeitgeber eine solche Absicht nicht unterstellt werden. Die Behauptung des Vertreters des Kreisauschusses und die Begründung des Schiedspruches entspricht aber nicht den Tatsachen. Im nachstehenden wollen wir deshalb der Öffentlichkeit einen Einblick geben, wie die bisherigen tariflichen Lohn- und Arbeitsbedingungen der Bediensteten gegenüber den durch Dienstverträge zu regelnden sich unterscheiden, woraus ersichtlich ist, daß ganz gewaltige wirtschaftliche und soziale Verschlechterungen den Bediensteten ausgezwungen werden sollen.

Vergleichs-Gegenüberstellung der bisherigen Lohn- und Arbeitsbedingungen der Haus-, Spül-, Wasch- und Küchenmädchen nach dem Tarifvertrag von 1920 und dem einseitig vom Kreisauschuß Schwaben aufgestellten Dienstvertrag, der zur Einführung kommen soll. (Unter 1. sind die bisherigen Tarifvertragsbestimmungen aufgeführt. Unter 2. sind die Bestimmungen des neuen Dienstvertrages aufgeführt.)

Arbeitszeit: 1. Haus- und Wackmädchen 54 Stunden ausschließlich der Pausen pro Woche. Spül- und Küchenmädchen 60 Stunden. Ueberstunden bei Loh 33%, Nachstunden, Son- und Feiertagsstunden 66% Proz. Zuschlag. Bei 2 bis 3 Ueberstunden an einem Tage ist eine viertelstündige Pause und bei mehr Stunden eine halbstündige Pause ohne Lohnabzug zu gewähren. 2. Alle Mädchen 63 Stunden pro Woche ausschließlich der Pausen. Von 1/2 Uhr früh bis 6 Uhr abends. In besonderen Fällen ist auch länger zu arbeiten. Bis 9 Uhr abends ohne besondere Vergütung. Dauert die Dienstleistung länger als bis 9 Uhr abends, ist eine besondere Vergütung für die Stunde von 33% Proz. Zuschlag zum Gesamtlohn zu leisten. In Ausnahmefällen haben die Mädchen auch Arbeiten zu verrichten, die

nicht herkömmlich zu den Obliegenheiten des übernommenen Dienstes gehören. Auf Grund der Arbeitszeitverordnung für Krankenpflegeanstalten im Deutschen Reich vom 13. Februar 1924 beträgt die Höchst Wochenarbeitszeit einschließlich Arbeitsbereitschaft 60 Stunden.

Freizeit: 1. Während der freien Zeit steht dem Personal, auch wenn es in der Anstalt wohnt, vollständige persönliche Freiheit unter Einhaltung der Dienst- und Hausordnung zu. 2. Die Küchen- und Hausmädchen haben wöchentlich 1 Tag frei, das Waschküchenpersonal Samstag nachmittags und jeden Sonn- und Feiertag. Nach der täglichen Arbeitszeit haben sie freie Zeit. Nachts 11 Uhr müssen sie zu Hause sein. Der Verwalter hat jederzeit das Recht, die Zimmer der Hausangestellten zu betreten. Eine Kontrolle jedoch darf nur im Beisein der Angestellten erfolgen.

Urlaub: 1. Nach einem halben Jahr Dienstzeit 7 Tage, im 2. bis 5. Dienstjahr 14 Tage, nach 5 Dienstjahren 21 Tage. 2. Nach einjähriger Dienstzeit 8 Tage. (Steigung gibt es nicht mehr.)

Entlohnung:	Wochenlohn im			
	1.	2.	3.	4. Dienstj.
1. Forderung:	1.	2.	3.	4. Dienstj.
Haus- u. Spülmädchen	12,96	13,50	13,50	14,04
Küchen- u. Waschküchen	15,66	16,20	16,20	16,74
2. Angebot:	1.	2.	3.	4. Dienstj.
Haus- u. Spülmädchen	11,34	11,34	11,88	11,88
Küchen- u. Waschküchen	13,50	13,50	14,04	14,04

Kostenrüchdigung: 1. Für Teilnahme an der Anstaltsbetätigung werden 50 Proz. des Lohnes in Abzug gebracht. 2. Für die Verpflegung ist der vom Kreisausschuss jeweils festgesetzte Tageslohn zu entrichten.

Krankentagelohn: 1. Im Erkrankungsfalle wird dem Personal ein Zuschuß in der Höhe der Differenz zwischen Lohn und Krankentagelohn auf die Höchstdauer von 26 Wochen gewährt. 2. Nichts. (Zwangszahlung die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs.)

Ruhekosten: 1. Die Dienstreisen erlangen mit dem Tage des Dienstbeginns Anwartschaft auf Ruhestandsbezüge nach der von den Vertragsteilen getroffenen Regelung, wobei insbesondere die Höhe des pensionsfähigen Lohnes festzusetzen ist. 2. Nichts.

Lösung des Arbeitsverhältnisses: 1. Das Arbeitsverhältnis kann während des ersten Monats ohne Kündigung beiderseits gelöst werden; von da ab gilt monatliche Kündigung. Wird die Kündigung während der Erkrankung ausgesprochen, so darf die Vollerhebung zum Krankentagelohn mit Ablauf der Kündigung nicht eingestrichelt werden. 2. Die Kündigung ist jederzeit zulässig, muß aber, wenn sie für den nächsten Monatsanfang wirksam sein soll, spätestens in der Zeit vom 1. bis 15. Tage des laufenden Monats erklärt werden.

Wir überlassen es der Deffentlichkeit zu beurteilen, ob der Kreisausschuss durch Ausschaltung der Organisation in ganz reaktionärer Weise die Wichtigkeit des einzelnen Beamten dazu ausnützt, dessen wirtschaftliche und soziale Verhältnisse ganz erheblich zu verschlechtern.

Gebirge. Eine „tüchtigen“ Direktor hat die Anstalt vor zirka zwei Jahren bekommen in der Person des Herrn U. In der Dienstverteilung für das Personal macht er sich besonders bemerkbar. Was er heute macht, gefällt ihm morgen nicht mehr; es wird wieder geändert. Diese Veränderungen sind zugespitzt auf die Dienstzeit in der Vorkriegszeit. Sie treffen das Personal von Sekretär abwärts. Damit er sparen kann, pfercht der Herr Direktor einfach die Patienten zusammen. Die Abteilung H, welche in Friedenszeiten für 70 Patienten erbaut wurde, ist heute mit 100 und mehr Kranken belegt. So werden die Patienten auch in den anderen Abteilungen zusammengepfercht. Dazu kommt der starke Abbau des unteren Personals, bei dem Leben und Gesundheit des Personals gefährdet sind. Wer denkt da nicht an die beiden Fälle, wo ein verheirateter Pfleger von einem Patienten erschlagen worden ist und wo eine Pflegerin von einer Patientin so gegen die Türklinte geworfen wurde, daß sie starb. Uebrigens auch zwei Beiträge zu unserer Forderung der geistlichen Unfallversicherung für das Krankenpflegepersonal. Seit einiger Zeit wird sieberhaft an der Herstellung eines Schwesterheimes gearbeitet, in das am 1. Oktober 1924 15 Ordensschwwestern ihren Einzug halten sollen. Ordensschwwestern sind billiger, heißt es. Freilich verschlingt das Heim soviel Mittel, daß die Pflege durch weltliche Pflegerinnen drei Jahre finanziert werden könnte. Die dadurch erneut überflüssig werdenden Pflegerinnen können am Winteranfang gehen und vermehren das Heer der Arbeitslosen. Oder braucht man deswegen keine Abbaue, weil durch die „sehr guten“ Dienstbestimmungen so so viel davonlaufen? Möglich wäre es, den die rechte Hand des Herrn Direktors, eine Pflegermeisterin, trägt nicht zur Gehaltsmachung des weiblichen Personals bei. Während der Direktor keine Maßnahmen durchführt, reitet das Personal der Beamtenschimmel. Es streitet sich, ob es sich freigeberisch organisieren oder Beamtenbündler sein soll. Dabei vergißt es die Tatsache, daß das Anstaltspersonal vor allem Pflegeberufpersonal ist, und daß es organisatorisch nur zu seiner Berufsorganisation in die Reichsleitung Gesundheitswesen und Beamtenfunktion angehört. Man hört auf ein paar Schwäger innerhalb

der Anstalt und läuft ihnen nach, wenn sie in ihrer Doppelpfinglichkeit noch so viel Unfien reden. Mißstände, wie die vorstehend angeführten und noch andere erfordern eine stramme und disziplinierte Angestellten- oder Beamtenchaft, dann wachsen dem Herrn Direktor die Bäume auch nicht in den Himmel.

München. In der Versammlung des Pilegepersonals der städtischen Krankenanstalten und der Psychiatrischen Klinik am 22. August 1924 referierte Kollege Ehrhardt über: „Unsere Lohn- und Arbeitsbedingungen“. Es wurde dann über die Gründung einer Fachfortbildungsgruppe diskutiert. — Kollege Huber legte Ziel und Zweck des Arbeiter-Samariterbundes dar und erluchte die Kollegen, im Interesse des gesamten Proletariats diesen Bund zu unterstützen. Der glänzende Verlauf der Versammlung hat bewiesen, daß der gewerkschaftliche Geist des Münchener Krankenhauspersonals wieder aufsteht. Hoffen wir, daß bald alle Kolleginnen und Kollegen unsere Kampfesreihen füllen.

• Rundschau •

Opium — Kokain. Die Spezialkommission des Arbeiterbundes zur Bekämpfung des Opium- und Kokainhandels, welche Ende Juli 1924 in Genf tagte, gibt uns mit aller Deutlichkeit wieder mal ein Bild, welche furchtbare Verwüstungen der Volkskraft durch die Raufschäfte herbeigeführt werden. Die frühere englische Regierung hat den Kampf gegen das volksvergiftende Gaster des Opiumrauchens, welches fast nur in China üblich ist, mit unermüdlicher Strenge jahrelang nicht ganz ohne Erfolg geführt; aber seit der chinesischen Revolution hat sich das alles geändert. Die völlige Anarchie im Innern dieses riesigen Reiches, die den einzelnen Militärbefehlshabern die diktatorische Vollmacht in die Hände legte, hat zu einem erneuten und erschreckend hohen Opiumverbrauch geführt, weil die Generale die Anpflanzung von Opium der hohen Steuern wegen, die auf dieses Gift gelegt wurden, in jeder Weise begünstigen. Der Opiumhandel liegt zum größten Teile in europäischen Händen, und wenn heute der Opiumgenuß das Problem des fernem Ostens ist, so haben Europa und Amerika ihr nicht minder schwieriges Problem, den Kokainhandel. Wenn schätzungsweise 100 Millionen Menschen die Zahl der Personen, die Raufschäfte gewohnheitsmäßig nehmen, in Nordamerika auf über 2 Millionen. Nicht besser sieht es in Europa aus. Wenngleich auch 1912 auf der Haager Konferenz ein Abkommen gegen den Handel mit Raufschäften getroffen wurde, zu dessen Unterzeichnen auch Deutschland gehörte, ist es trotzdem mäßig gewesen, doch, vor allem nach dem Kriege, das Gaster des „Kokain“ einen wahren Siegeszug durch ganz Europa antreten konnte. In Frankreich ist es förmlich eine Volksplauge geworden. In Rußland sind 12jährige Kinder als gewohnheitsmäßige Schrupfer kein ungewöhnliches Bild. Die Sowjetregierung hat energisch, aber bisher ohne jeden großen Erfolg, den Kampf gegen dieses Gaster aufgenommen. Auch Italien und Spanien sind in den wenigen Jahren nach dem Kriege von dem Gaste erobert worden. Der Bericht der Kommission gibt uns auch die Namen der Länder bekannt, die diese fürchterlichen Gaste produzieren. An erster Stelle Deutschland, dann die Schweiz und Japan; hier werden Kokain, Heroin und Morphium für den internationalen Gebrauch hergestellt, während Opium von der Türkei, Persien, Indien, Rußland und Griechenland geliefert wird. Um von Deutschland zu sprechen, sind es die Firmen wie Bringer in Frankfurt a. M. und Merck in Darmstadt, die in internationalen Kreisen als die eigentlichen Kokainlieferanten bezeichnet werden. Es steht fest, daß heute ein Zwanzigstel der Produktion an Kokain zur Befriedigung der medizinischen Ansprüche genügen würde. Alles andere dient somit dem Laster. Wie ist dem nun zu begegnen? Die Giftproduktion müßte in allen Ländern von Staats wegen einer sorgfältigen Kontrolle unterworfen werden. Es dürfte nur so viel produziert werden, als es für rein medizinische Zwecke notwendig ist. Unsere Gewerkschaften und die Partei werden im Interesse des Volkswohls und der Volksgesundheit alles daransetzen, den Kampf gegen diese Giftproduktion mit zu fördern. Für unsere Kollegenchaft besteht aus bekannten Gründen eine erhöhte Gefahr, die nur durch scharfe gegenseitige Kontrolle beseitigt werden kann.

• Eingegangene Schriften und Bücher •

Episoden und Anekdoten aus der Parlament- und Ministerzeit von Adolph Hoffmann. Preis 1.— M. — Adolph Hoffmann, der bekannte Sozialdemokrat, erzählt in diesem Buchlein anlässlich einer Anzahl Episoden, in denen er unter der Monarchie im Reichstage und preussischen Landtage durch seine schätzenswerten Zwischenfälle den Schrecken der bürgerlichen Abgeordneten und der Minister wurde. Aber vor dem steige schon in der modernen Arbeiterbewegung stand, wird darin manch lustige Erinnerung wiederkehren.

Der Zeitgeber, Nr. 62. „Kardennanen in Japan“ von E. Krauß, herausgegeben vom Tierbund. Berlin 64. Gassen, 1924. Preis 15 Pf. Der Verfasser ging auf Japan um die Erde. Was er bei der Zupferung sah und erlebte, erzählt er in diesen Blättern. Für die reifere Jugend und Erwachsene.

Heft 5 - September 1924

Gewerkschafts-Archiv

Herausgegeben von
Karl Zwing

Monatshefte für Theorie
und Praxis der gesamten

Gewerkschaftsbewegung

zum Preise von 1,- Goldmark pro Heft

liefert laufend und portofrei

Abtl. Bücher und Schriften

Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter
Berlin SO 33, Schleifische Straße 42

LYCPI

Das wirkungsvolle Desinfektionsmittel, zur Körperpflege unerschütterlich, wohlrüchend, zuverlässig u. sparsam im Gebrauch
100 gr. 250 gr. 500 gr.
0,90 1,80 3,00
Erhältlich in allen Apoth. u. Droг.
Fabrikant Hugo Heydemann,
Berlin NO. 43.

Der Arbeiter-Abstinenz-Bund
ist die Organisation der
sozialistischen Alkoholgegner
In vielen Städten Ortsgruppen

Kampfschrift:
„Der abstinente Arbeiter“
Beim zuständigen Postamt zu bestellen
Vierteljährlich 30 Pfennig

Alkoholgegnerrische Literatur, Flugblätter,
Plakate, Lichtbilder
durch die

Geschäftsstelle des Deutschen Arbeiter-
Abstinenz-Bundes, SO 16, Engelauer 24

*

Das Fundament

für freie Weltanschauung und
sozialistischen Kulturwillen ist

**WISSEN VON NATUR
UND GESELLSCHAFT**

für jeden verständlich durch die

URANIA

Ab Oktober erscheinen jährlich
12 „URANIA“-MONATS-
HEFTE U. 4 WERTVOLLE
URANIA - BUCHBEIGABEN

Vierteljährlich nur 1.25 Mk.
mit gebundenen Büchern 1.80 Mk.

Bestellungen nimmt entgegen die
Abtl. Bücher u. Schriften
Berlin SO 33, Schleifische Str. 42

*

Fordern Sie ausführliche Prospekte
und Werbematerial

Geschichte

des

deutschen Volkes

Vom Ausgange des 18. Jahrhunderts bis
zur Gegenwart

von Dr. Fritz Waeffling

320 Seiten 8°, Gebundene, Preis 5 Mark

Aus dem Inhalt: Der Absolutismus —
Städtertum und geistige Revolution —
Großbetrieb und Protektariat — Bismarcks
Reich — Weltwirtschaft, Weltmarkts-
hängigkeit, Finanzkapitalismus — Der
Weltkrieg — Kampf um die Demokratie,
Friedensvertrag.

Für die Mitglieder des Verbandes der
Gemeinde- und Staatsarbeiter liefert dieses
Werk zu ermäßigten Preisen die

Abteilung Bücher u. Schriften
Berlin SO 33, Schleifische Straße 42

Der Zentralstellennachweis

des Verbandes der Gemeinde- u. Staatsarbeiter

Reichssekktion Gesundheitswesen

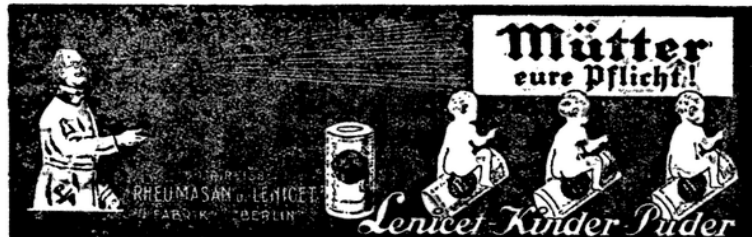
Berlin SO. 33, Schleifische Straße 42

Telefon: Moritzplatz 3105/3106

sucht dringend erstklassige Bademeisterinnen und Kassenssen,

auch Anfängerinnen, für Sanatorien, Kur-
häuser usw.

Bei Meldungen sind Zeugnisabschriften und
Ausweis über Verbandzugehörigkeit mit zu-
zureichen. Die Verwaltung.



BLUT UND NERVEN

diese beiden Körperbestandteile sind die Träger des Lebens,
die Torwächter der Gesundheit. Nur wenn das Blut seine
normale Beschaffenheit aufweist, kann es dem Körper mit
seinem Lebenselement, dem Sauerstoff, in hinreichendem
Maße versorgen und nur, wenn die Nerven, die durch die
Hast und Unruhe des heutigen Lebens im Uebermaß ver-
brauchte Nervensubstanz immer wieder ausreichend er-
gänzen können, wird der Mensch sich seine Spannkraft,
Widerstandsfähigkeit, Arbeitskraft und Gemütsfreudigkeit
erhalten. Sowohl in den Nerven wie im Blut ist es
ein und dieselbe Substanz, die in genügendem Maße
vorhanden sein muß, wenn sie ihre Aufgabe im mensch-
lichen Körper ungestört erfüllen soll, das Lecithin.

Biocitin

stärkt Körper u. Nerven

Biocitin enthält außer seinem wirksamsten und wertvollsten
Bestandteil, dem physiologisch reinen Lecithin, nach Pro-
fessor Dr. Habermann, auch sonst alle dem Körper nötigen
natürlichen Nährstoffe, nur in geläuterter, idealer und kon-
zentrierter Form. Hierin liegt der Grund für die glänzen-
den Erfolge und für die allgemeine kräftliche Anerkennung
des Biocitins als vertrauenswertes Kräftigungsmittel bei

Nervosität, Schlaflosigkeit, Blutarmut, Unterernährung

wie überhaupt bei allen mit körperlicher oder ner-
vöser Schwäche verbundenen Zuständen. Biocitin
wird neuerdings auch in Tablettenform geliefert. Biocitin-
Tabletten sind unentbehrlich für jeden Sporttreibenden und
bequem auf Reisen und Wandertouren mitzunehmen. Biocitin
nach Prof. Dr. Habermann ist in der alten bewährten Güte
in Apotheken und Drogerien wieder erhältlich. Minder-
wertige Nachahmungen bitten wir zurückzuweisen. Ein
Geschmackmuster Biocitin und eine Broschüre über ratio-
nelle Nervenpflege sendet auf Wunsch völlig kostenlos die
Biocitin-Fabrik G. m. b. H., Berlin S. 42 i.w.

Fachliteratur für das Krankenpflegepersonal

für Krankenpfleger und -pflegerinnen, Schwestern, Hebammen u. a.

sowie alle anderen Bücher und Schriften auf den Gebieten

Volkswirtschaft und Politik / Sozialismus und Gewerkschaftsbewegung / Geschichte / Philosophie / Naturwissenschaft / Romane / Erzählungen / Gedichte
Klassiker und moderne, alte und neue Literatur

Wir können jederzeit liefern:

Leitfaden der Krankenpflege

In Frage und Antwort
von Dr. J. HARING

Der chirurgische Operationsaal

Ratgeber für die Vorbereitung chirurgischer
Operationen und das Instrumentieren
von FRANZISKA BERTHOLD

Menschenökonomie

von Dr. med. ALFRED BEYER

Handbuch des praktischen Desinfektors

Ein Leitfaden für den Unterricht und ein
Nachschlagebuch für die Praxis
von Dr. phil. KARL GREIMER

Das preussische Hebammengesetz

mit Ausführungsbestimmungen und Vorschriften
über Ausbildung, Prüfung und Fortbildung
der Hebammen usw.
von Dr. OTTO KROHNE

Die Abtreibungsseuche und ihre Gefahren

Heft 5 der Gesundheitswacht
von Dr. med. W. SCHWEINSHEIMER

Körperbildung und Nacktkultur

Anklagen und Bekenntnisse
von ADOLF KOCH, mit Beiträgen von
Dr. GRAAZ, GUSTAV HAEDICKE,
Dr. KAWERAU

Abteilung Bücher und Schriften

Verband der Gemeinde- und Staatsarbeiter

Berlin SO. 55, Schlesische Strasse 42

Auf Wunsch Teilzahlungen nach Vereinbarung bei Anschaffung größerer Werke / Prospekte bei Angabe
des Literaturgebietes kostenlos / Siehe auch unsere früheren und heutigen Anzeigen in dieser Zeitschrift