

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 47 (64). Rocznik II.

Kraków, 23. 11. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

T R E Ś C:

	Str.
H. WEGMANN: Rozrachunek za świadczenia lekarsko-dentystyczne	309
Dr. WAIZENEGGER: Kliniczne spostrzeżenia poczynione nad chorymi na dur osłkowy w Radomiu	310
Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia	313

Rozrachunek za świadczenia lekarsko-dentystyczne

Napisał H. Wegmann.

Przy Izbie Zdrowia utworzono obecnie ostatecznie osobny dział dla rozrachunku za świadczenia wszystkich lekarzy-dentystów w Generalnym Gubernatorstwie. Z natychmiastową ważnością dział ten przejmuje obrachunek świadczeń lekarsko-dentystycznych dla wszystkich kas chorych, które na terenie Generalnego Gubernatorstwa obejmują ubezpieczonych niemieckich. Także i dawniejsze rozrachunki, które już doręczono Izbie Zdrowia, zostały wszystkie objęte przez ten dział. Honoraria przypadające na nie zostaną ustalone według obowiązujących umów, a następnie przekazane do wypłaty.

Przy przeglądaniu posiadanych tu rozrachunków za ubezpieczonych niemieckich musieliśmy stwierdzić, że znaczna większość rozrachunków — za wyjątkiem nadesłanych przez niemieckich lekarzy dentystów — zawiera bardzo liczne błędy, które z powodu zbyt wielkiego obciążenia nie mogą już więcej ulec sprostowaniu.

Aby więc z góry mieć zabezpieczenie co do tego, że wszystkie rozrachunki będą zestawiane jednolicie, zgodnie z przepisami, aby przez to uniknąć opóźnienia w rozrachunku na skutek odesłania z powrotem, lub dodatkowego wyjaśniania spraw wątpliwych, podajemy poniżej wskazówki trochę obszerniejsze, ale jednak jasne i wyraźne, o poszczególnych grupach kas chorych, o wypełnianiu kart porady i o rozliczeniu za nie, a niniejszym nakłada się obowiązek dokładnego przestrzegania tego pouczenia. Jeśli by mimo to przedłożono jeszcze błędne rozliczenie, to w interesie przeprowadzenia bez tarć i punktualnie całego rozrachunku zostanie ono odłożone na bok i odesłane z powrotem po ukończeniu prac rozliczeniowych przy końcu kwartału; oczywiście w przypadku takim nie można dokonać wypłaty.

W związku z tym również wskazuje się na to, że polscy lekarze-dentyści zobowiązani są tam, gdzie nie ma niemieckich lekarzy dentystów, lub gdzie nie ma ich do dyspozycji w wystarczającej ilości, do przyjmowania kart porad ubezpieczonych niemieckich i do rozliczania czynności na tej karcie porady za pośrednictwem Izby Zdrowia zgodnie z poniższymi postanowieniami. Bezwzględnie nie wolno żądać ani przyjmować dopłat do świadczeń przyznawanych z reguły przez dotyczącą kasę chorych (poniżej podajemy wyjaśnienie pojęcia świadczeń kasowych). Koszty za świadczenia, przekraczające regularne świadczenia kas chorych, a więc np. koszty korony, albo protez zębowych itp., nie mogą być wstawione do rachunku na karcie leczenia. Zwrotu tych kosztów należy zażądać bezpośrednio od ubezpieczonego, chyba że on przedłoży zezwolenie swej kasy, stwierdzające, że ona przyczynia się do tego należnością, ustaloną w określonej wysokości. Wówczas rzecz oczywiście sta pacjent płaci tylko różnicę należności między kosztami łącznymi, a udziałem kasy. Dodatek ze strony kasy podlega zaliczeniu i wypłacie również za pośrednictwem Izby Zdrowia. Powrócimy do tego jeszcze szczegółowiej w dalszych objaśnieniach.

Wśród rozmaitych kas chorych i grup kas odróżniamy następujące:

1. kasy obowiązkowe — według ordynacji ubezpieczeń Rzeszy (R. V. O. — Pflicht-Kassen). Pod określeniem kasy obowiązkowe według ordynacji ubezpieczeń Rzeszy należy rozumieć wszystkie kasy chorych miejscowe (Ortskrankenkassen), wiejskie (Landkrankenkassen), przemysłowe (Betriebskrankenkassen) i związkowe (Innungskrankenkassen), których karty porad już zewnętrznie odróżniają się barwą papieru. Karty porad

miejskowych kas chorych są z reguły różowe i szare (ubezpieczeni i członkowie rodzin), karty porad wiejskich kas chorych są zielone (ciemnozielone ubezpieczeni, a jasno-zielone członkowie rodzin), karty przemysłowych kas chorych — żółte, a związkowych kas chorych — niebieskie. Wszystkie karty porad mają to samo brzmienie za wyjątkiem nazwy kasy chorych. (W następnym numerze umieścimy wzór Nr. 1, który będzie przedstawiał stronę przednią i tylną takiej karty porady). Przeważnie taka karta porady składa się z dwóch części: A i B. Część A po wpisaniu daty rozpoczęcia leczenia, zaopatrzeniu w pieczęć i podpis zwraca się natychmiast członkowi kasy dla odesłania kasie. Część B służy jako dowód rozrachunkowy, który należy dołączyć i przysłać razem z rozrachunkiem. Te karty porad, a mianowicie tylko część B, muszą być we wszystkich częściach wypełnione dokładnie i czytelnie atramentem. Przede wszystkim niezbędne jest podanie daty rozpoczęcia leczenia, przy leczeniu jamy ustnej oznaczenie choroby — podanie dokładnego rozpoznania naukowego — oraz dzień ukończenia leczenia; ponadto należy kartę porady zaopatrzyć na przedniej stronie w datę, pieczęć i podpis. Na odwrocie w schemacie uzębienia musi się rysować przy każdym leczonym zębie rodzaj świadczenia przy zastosowaniu skrótów podanych w dolnej rubryce poprzecznej (np. ekstrakcja — X, plomba z leczeniem — Vo, itd.). Honorowanie świadczeń dla obowiązkowych kas chorych następuje według stawek ordynacji opłat dla lekarzy dentystów kasowych (zwanej w skróceniu powstałym z początkowych liter nazwy niemieckiej KAZGO, patrz załącznik 2) według systemu ryczałtowego, przy czym należy jak najściślej przestrzegać wywodów odnoszących się do poszczególnych cyfr opłat. Tak np. niedopuszczalne jest zarachowanie porady, jeżeli zalicza się czynność; przy ekstrakcji tylko jednego zęba, lub dwóch zębów stojących obok siebie w połowie szczęki, można wstawić do rachunku za konieczne znieczulenie tylko opłatę według cyfry 3a (nigdy według 3b); zaliczenie dodatku za plombę krzemową lub amalgamat srebra (w schemacie zaznaczyć osobno — Si) jest dopuszczalne tylko dla 6 górnych i 6 dolnych zębów frontowych, względnie dla górnych i 10 dolnych zębów przednich; przy zabiegach operacyjnych poza ogólnym określeniem mo., albo go., musi się podać, czy chodzi o resekcję

wierchołka korzenia, wydłutowanie, lub temu podobny zabieg; przy leczeniu poza godzinami ordynacyjnymi w czasie nocnym od godz. 20 aż do 8, które opłaca się specjalnym dodatkiem według liczby 9 ordynacji opłat dla lekarzy-dentystów kasowych, niezbędne jest dokładne podanie czasu, dodatku za leczenie w niedzielę i święta nie można już zaliczać; zdjęcie lub ponowne założenie korony nie jest świadczeniem przyznawanym z reguły przez kasę, nie jest nim również leczenie paradentozy. Wszystkie świadczenia wymienione w ordynacji opłat dla lekarzy-dentystów kasowych (KAZGO) stanowią świadczenia przyznawane z reguły, do których ma prawo w ramach konieczności niemiecki ubezpieczony z chwilą wręczenia mu karty porady, bez konieczności ponoszenia dodatkowych dopłat. Lekarze-dentyści są zobowiązani leczyć chorych w sposób wystarczający i celowy, przy czym jednak nie wolno przekroczyć miary konieczności. Wreszcie w dolnej rubryce poprzecznej należy podać liczbę dokonanych świadczeń cyframi arabskimi w przeznaczony do tego rubryce (patrz wzór 3). Wyliczenie opłat za świadczenie i wpisanie ich na karcie leczenia nie jest przepisane bezwarunkowo. Wszystkie pozostałe rubryki są przeznaczone dla świadczeń lekarskich, a przy leczeniu zębów nie trzeba ich uwzględniać. O ewentualnie niezbędne zdjęcia rentgenowskie musi się przed ich wykonaniem zgłosić wniosek w kasie chorych wchodzącej w grę, używając do tego przepisanego formularza zlecenia do rentgenologa (wzór), które musi zawierać dokładne uzasadnienie. Wynagrodzenie świadczeń rentgenologicznych następuje według stawek taryfy za czynności rentgenologiczne (zał. 4).

C. d. n.

Izba Zdrowia — zakres rzeczowy Prasa — wypłaciła po 100 zł tytułem wyznaczonej premii asekuracyjnej, z powodu zgonu wymienionych prenumeratorów naszego czasopisma, następującym członkom ich rodzin:

- p. Zofii Maczewskiej, Warszawa (pren. Dr. med. Maczewski),
- p. Marii Kmita, Warszawa (pren. Dr. med. Jan Kmita),
- p. Loli Kupczyk, Koszyce (pren. Dr. med. Bernard Kupczyk),
- p. Wandzie Modzelewskiej, Zamość (pren. Bolesław Modzelewski).

Kliniczne spostrzeżenia, poczynione nad chorymi na dur osutkowy w Radomiu

Rola stanów azotemicznych w przebiegu duru osutkowego

(Ciąg dalszy)

Dla ilustracji przytaczamy następujące przypadki:

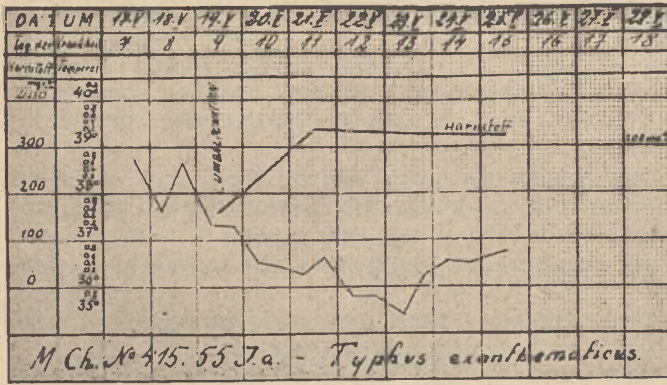
I.

M. Ch. Nr. 415 — lat 55.

Chorą przywieziono do szpitala 7-go dnia choroby. Wysypka, obrzęk śledziony, sztywność karku, tętno bardzo słabe, nitkowate, nieprzytomna. Mocz nie wykazuje zmian zapalnych w nerkach. Odczyn

Weila-Felixa 1:1600. 8-go dnia nakłucie lędźwiowe. Odpuszczono około 50 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego przy niezmiernie zwiększonym ciśnieniu. Badanie płynu wykazało: 0,26‰ białka, Nonne Apelt +, Pandy +, pleocytoza 7 w 1 mm³. Tego samego dnia poziom mocznika 183 mg %. Po nakłuciu nastąpiła pewna krótkotrwała poprawa. Po 2 dniach poziom mocznika podniósł się do 345. Chora jest zupełnie

nieprzytomna, nie przyjmuje pożywienia. *Status gravissimus*. Po upływie następnych 4 dni poziom mocznika wynosi pomimo naszych usiłowań 325 mg % i chora umarła.

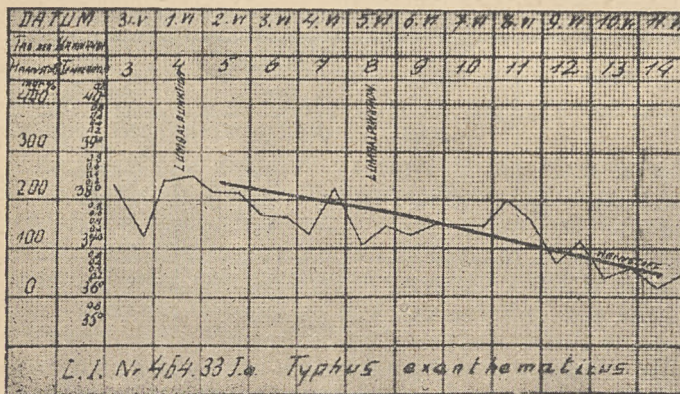


II.

L. J. Nr. 464 — lat 33.

Przyjęty do szpitala w 3 dniu choroby. Znaczna osutka, obrzęk śledziony, stan katatoniczny, sinica. Następnego dnia wystąpiła sztywność karku. Mocz: białko 3,3‰, 10—15 wałeczków w polu widzenia, liczne erytrocyty, odczyn dwuazowy i Weissa dodatnie. Odczyn Weila-Felixa 1:200. Czwartego dnia choroby nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego zwiększone. W płynie białko 0,1‰. Nonne Apelt —, Pandy —. Pleocytoza 13 w 1 mm³. Pomimo nakłucia nie daje się zauważyć zmniejszenia sztywności karku. Chory jest podniecony, niespokojny, sinica. Piątego dnia poziom mocznika 233 mg %. Ósmego dnia ponowne nakłucie lędźwiowe. W płynie 0,66‰ białka. Nonne Apelt i Pandy +++. Pleocytoza 55 w 1 mm³. Stan ciężki. Dziewiątego dnia poziom mocznika wynosi 165 mg %, następuje powolna poprawa, chory powoli odzyskuje przytomność. Dwunastego dnia choroby spadek gorączki. Czternastego dnia poziom mocznika 45 mg %. Nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Pomimo ciężkiego przebiegu i ciężkich objawów mózgowych krzywa mocznika wbrew obrazowi klinicznemu pomyślna pod względem rokowania.



III.

H. L. Nr. 489 — lat 36.

Przybyła do szpitala 10-go dnia choroby w bardzo ciężkim stanie. Osutka, obrzęk śledziony, objawy

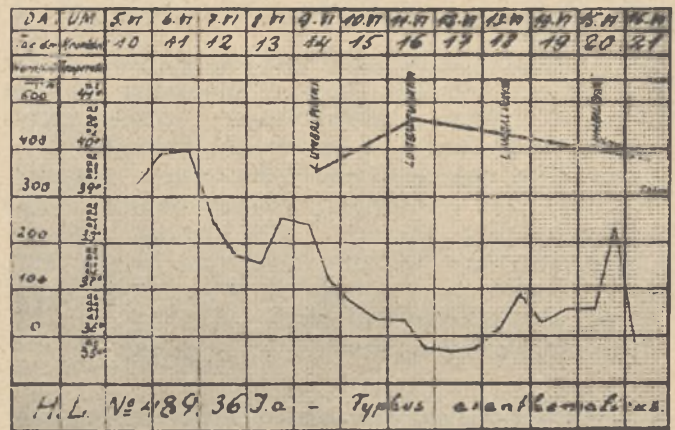
oponowe, przeczulica, ciepłota 40°, w moczu białko 0,52‰, erytrocyty 3—5 w polu widzenia, wałeczki 1—2 w polu widzenia. Odczyn Weila-Felixa 1:100. 12-tego dnia choroby gwałtowny spadek gorączki. Chora jest nieprzytomna, apatyczna. 18-tego dnia nakłucie lędźwiowe. Wzmoczone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn lekko ksantochromowy. Białko 0,33‰ Nonne Apelt +, Pandy +, pleocytoza 14 w 1 mm³. Mocznik 260 mg %, odczyn ksantoproteinowy 58 jednostek, mocznik w moczu 90 g‰.

Pomimo przeprowadzonego nakłucia lędźwiowego, chora wciąż nieprzytomna. 16-tego dnia drugie nakłucie, 50 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, białko 0,33‰, odczyn globulinowe dodatnie. Pleocytoza 74 w 1 mm³. Tego samego dnia mocznik 450 mg %. *Status gravissimus*. Drgawki.

18-tego i 20-tego dnia choroby nakłucia lędźwiowe. Ostatnie wykazuje: białko 0,4‰, Nonne Apelt i Pandy +++. Pleocytoza 22 w 1 mm³. Chora jest silnie podniecona, krzyczy. Drgawki.

21-tego dnia choroby chora zmarła.

Mocznik we krwi wynosił w tym dniu 385 mg %.



IV.

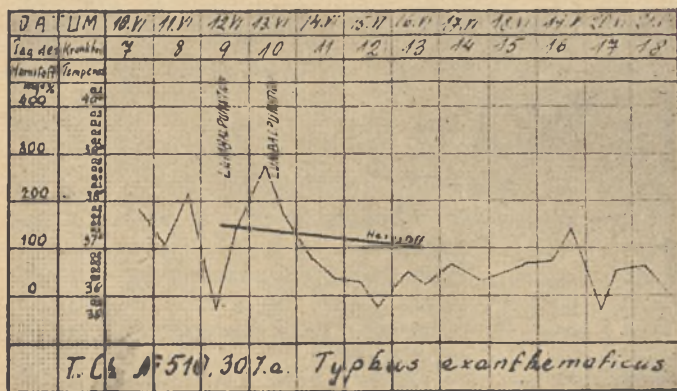
T. Ch. Nr. 510 — lat 30.

Przyjęta do szpitala 7-go dnia choroby z osutką. Powiększenie śledziony, zapalenie spojówek, bez sztywności karku. Następnego dnia nieprzytomna, silne podniecenie, wybitne objawy oponowe, robi pod siebie. Tętno przyspieszone, regularne, miękkie. Odczyn Weila-Felixa 1:800.

9-go dnia nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego silnie zwiększone. Białko 0,16‰, Nonne Apelt +, Pandy +++. Pleocytoza 38 w 1 mm³. Mocznik w krwi 145 mg %. Odczyn ksantoproteinowy 52 jednostki. Po nakłuciu spadek gorączki. Chora jest podniecona, nieprzytomna. Ciśnienie krwi 90/70. 10-go dnia ponowne nakłucie. W płynie mózgowo-rdzeniowym 0,33‰ białka. Nonne Apelt +, Pandy ++. Pleocytoza 44 w 1 mm³. Małe przebliski przytomności. Poprawa tętna. 13-go dnia mocznik w krwi 100 mg %. Chora nie gorączkuje. Zaćmienie świadomości. Sztywność karku utrzymuje się trwale nadal. Wyzdrowienie nastąpiło powoli.

Pomimo silnych objawów ze strony centralnego układu nerwowego, krzywa mocznika w zgodzie

z dalszym przebiegiem choroby wskazuje na zejście pomyślne.



V.

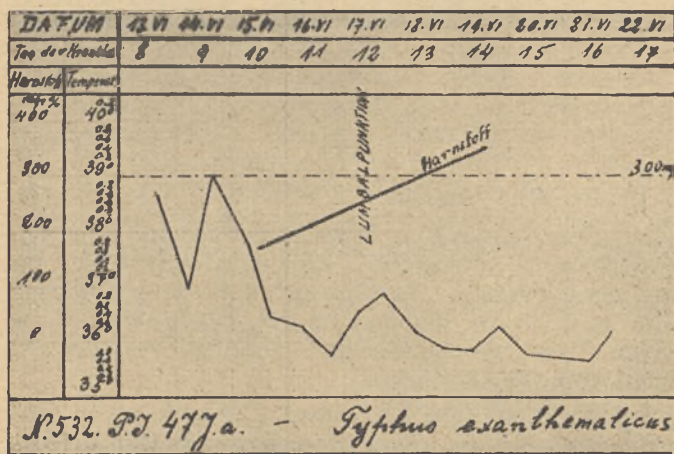
P. I. Nr. 532 — lat 47.

Przyjęcie do szpitala 8-go dnia choroby. Osutka, nieznaczne powiększenie śledziony, bez sztywności karku, bredzenie, stan ciężki, sinica. Odczyn Weila-Felixa 1:800.

10-go dnia choroby silny spadek gorączki, brak przytomności, czkawka, poziom mocznika w krwi 175 mg %, białko w moczu 0,16‰, liczne erytrocyty, 2—3 wałeczki ziarniste w polu widzenia.

12-go dnia nakłucie lędźwiowe. Płyn mózgoworzdzeniowy pod ciśnieniem umiarkowanym, lekko ksantochromowy, zawiera 1,32‰ białka. Odczyn globulinowy silnie dodatnie. Pleocytoza 19 w 1 mm³. Silne objawy zapalne mózgowia. 14-go dnia wzrost poziomu mocznika do 340 mg %.

16-go dnia ciśnienie krwi 70/55 — exitus.



Już wielu autorów zwracało uwagę na wielkie znaczenie azotemii pozanerkowej w różnych chorobach, a my powołamy się na referat Re i n w e i n a „Extra-renale Azotämie“ (Med. Klinik Nr. 19/1941), który powiada, że znajomość zespołu objawów wysychania, pod którym to określeniem należy rozumieć w pierwszym rzędzie azotemię pozanerkową, nie jest tak ogólna, jak by tego należało sobie życzyć ze względu na rozpowszechnienie tego stanu, a przede wszystkim z powodów leczniczych.

Jako przykład klasyczny przytacza on cholereę i ciężkie przypadki paraduru; stany takie często też

stwierdza się przy czerwonce i zapaleniu okrężnicy (colitis).

Każda choroba, której towarzyszą częste wymioty, a przede wszystkim zwężenie odźwiernika i wrzód dwunastnicy (ulcus duodeni), mogą doprowadzić do zagrażających życiu stanów wysychania z towarzyszącą azotemią.

Patogeneza tej azotemii pozanerkowej nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona, jednakże bezwątpienia główna rola przypada zaburzeniom przemiany wody.

Już wzgląd na stany azotemiczne przy zwężeniu odźwiernika z wymiotami skłania nas do przypuszczenia, że autor pod wyczerpującym określeniem azotemii pozanerkowej pojmuje stany, które w literaturze już są znane pod nazwą azotemii z hipochloremią (po francusku azotémie par manque du sel, Straussa: chloroprive Azotämie).

Obserwowane przez nas przypadki duru osutkowego wykazują rzucające się w oczy podobieństwo z klinicznymi objawami azotemii hipochloremicznej, a więc: zmęczenie, apatia, suchość skóry i błon śluzowych, atrofia tkanki podskórnej (skóra ujęta w tańd nie wygładza się), twarz się zapada, język jest suchy, spękany co oznacza wszystkie zjawiska odwodnienia.

Równocześnie spadek ciśnienia krwi jest charakterystyczny zarówno dla azotemii hipochloremicznej, jak również duru osutkowego, pomimo nagromadzenia we krwi większych ilości niedopałów białkowych.

W przeciwieństwie do tego przy azotemii na tle zapalenia nerek występuje mniejsze czy większe podniesienie ciśnienia krwi, obrzęk lub skłonność do obrzęku, jak również stale pewna niedokrwistość, które to objawy z reguły nie występują przy durze osutkowym. (Wyjątek — chorzy niedożywieni, u których można brać pod uwagę niedokrwistość pochodzącą jeszcze z czasów przed zachorowaniem).

Nasze dotychczasowe nieliczne oznaczenia chloru w całej krwi (metodą Rusznyaka) przemawiają za wyraźną hipochloremią.

Uzyskane przez nas cyfry wahają się poniżej dolnej granicy normy, przy czym najniższy uzyskany przez nas poziom NaCl wynosił 326 mg % (przy normie w całej krwi 450—550 mg %).

Dla ilustracji przytaczamy poniżej wyniki dwóch równoległych badań na mocznik i na NaCl u 2 chorych:

Chory	Data	Mocznik mg %	NaCl mg %
E. M. Nr. 649	5. VII.	50	368
	7. VII.	50	348
	9. VII.	88	365
	11. VII.	65	386
R. H. Nr. 651	5. VII.	110	360
	7. VII.	70	403

W obydwu wypadkach przytoczonych równocześnie ze zwiększeniem poziomu NaCl w krwi ulega z mniejszeniem mocznik, przy czym stan kliniczny doznaje poprawy.

Dla porównania przytaczamy liczby podane przez innych autorów.

Tak więc n. p. prof. Frank: „Die akute Azotä-

mie" (Med. Klinik Nr. 42/1932) znalazł przy następujących chorobach:

Rozpoznanie	Azot niebiałkowy mg %	Mocznik mg %	NaCl w krwi mg %
Enteritis (bacillus Breslau).	43,4	—	496
Wodonercze z uporczywymi wymiotami .	155,4	197,5	350
Schorzenie wątroby o typie choroby Weila .	103	—	355

W przeciwieństwie do innych autorów (Penson) i w zgodzie z naszymi spostrzeżeniami stwierdza prof. Frank, że obraz kliniczny przebiega zupełnie równolegle do zwiększenia azotu niebiałkowego we krwi:

„Obraz kliniczny, który rozwija się zgodnie ze wzrostem azotu niebiałkowego, który zresztą należy przeważnie przypisać na rachunek udziału mocznika, charakteryzuje się wysokim stopniem osłabienia i prostracji, bardzo silną utratą napięcia, ...apatją, zaćmieniem świadomości aż do stanów bredzenia, a nawet śpiączkowych.“

(C. d. nastąpi).

Bekanntmachungen und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abteilung Gesundheitswesen

K r a k a u, den 29. Juli 1941.

R u n d s c h r e i b e n.

Betrifft: Dienststellung und Dienstbezeichnung der in der Gesundheitsverwaltung der Kreis-(Stadt-)hauptleute tätigen Ärzte.

Es besteht verschiedentlich Unklarheit über Dienststellung und Dienstbezeichnung der in der Gesundheitsverwaltung der Kreis-(Stadt-)hauptleute angestellten Ärzte. Zur Beseitigung dieser Unklarheiten bestimme ich daher folgendes:

1. A m t s a r z t.

Der Amtsarzt ist der leitende deutsche Arzt, der der Behörde des Kreishauptmanns (Stadthauptmanns) als Leiter der Gesundheitsverwaltung angehört.

In der Behörde jedes Kreishauptmanns (Stadthauptmanns) gibt es einen leitenden deutschen Arzt mit der Dienstbezeichnung „Amtsarzt“.

Die Dienstbezeichnung „Amtsarzt“ wird nach reichseinheitlichen Vorschriften nur an Ärzte verliehen, die eine besondere zusätzliche Ausbildung erfahren und die Qualifikation dafür vom Reichsministerium des Innern erhalten haben.

Die Geschäfte des Amtsarztes können in keinem Fall von einem nichtdeutschen Arzt wahrgenommen werden (insbesondere also auch nicht von einem Kreis- oder Bezirksarzt). In Fällen, in denen ein Amtsarzt oder sein Stellvertreter noch nicht bestellt sind, sind die Geschäfte des Amtsarztes von dem Amtsarzt eines benachbarten Bezirkes oder einem sonstigen, besonders beauftragten deutschen Arzt zu führen. Zu den Funktionen, die ausschliesslich dem deutschen Amtsarzt oder seinem Stellvertreter vorbehalten sind, gehört insbesondere eine behördlich angeordnete Untersuchung von Deutschen. Dagegen können amtlich angeordnete Untersuchungen von Nichtdeutschen den Kreis-, Bezirks- oder Hilfsärzten übertragen werden.

Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych

K r a k ó w, dnia 29 lipca 1941

O k ó l n i k.

Dotyczy: Stanowiska służbowego lekarzy zatrudnionych w administracji spraw zdrowotnych starostw i miast wydzielonych.

Powstają bardzo często niejasności co do stanowiska i tytułu służbowego lekarzy, zatrudnionych w administracji spraw zdrowotnych starostw i miast wydzielonych. Celem usunięcia tych niejasności, postanawiam co następuje:

1. L e k a r z u r z ę d o w y — A m t s a r z t.

Jest to kierujący lekarz niemiecki, który należy do urzędu Starosty Powiatowego (Miejskiego) jako kierownik administracji spraw zdrowotnych.

W urzędzie każdego starosty powiatowego (miejskiego) istnieje jeden kierujący niemiecki lekarz z tytułem służbowym „lekarz urzędowy“ — Amtsarzt.

Tytuł „lekarza urzędowego“ nadaje się wedle jednolitych przepisów obowiązujących w Rzeszy tylko tym lekarzom, którzy odbyli szczególne dodatkowe wyszkolenie i zostali przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Rzeszy zakwalifikowani jako zdadni na to stanowisko.

Czynności lekarza urzędowego nie może w żadnym wypadku pełnić lekarz nieniemiecki, w szczególności „lekarz powiatowy“ — Kreisarzt, lub „lekarz okręgowy“ — Bezirksarzt. W wypadkach, gdy nie zamianowano jeszcze lekarza urzędowego lub jego zastępcy, winien pełnić jego funkcje lekarz urzędowy sąsiedniego starostwa, albo też inny specjalnie wyznaczony lekarz niemiecki.

Do funkcyj, które zastrzeżone są wyłącznie dla niemieckiego lekarza urzędowego albo jego zastępcy należy przede wszystkim urzędowo zarządzane badanie lekarskie Niemców. Natomiast urzędowo zarządzane badanie nieniemców może być zlecone również i lekarzom powiatowym (Kreisarzt), lekarzom okręgowym (Bezirksarzt) oraz lekarzom pomocniczym (Hilfsarzt).

2. Stellvertreter des Amtsarztes.

Zum Stellvertreter des Amtsarztes kann nach Massgabe der bestehenden Vorschriften nur ein Deutscher berufen werden, der die Qualifikation zum Amtsarzt besitzt.

In der Behörde jedes Kreishauptmanns (Stadthauptmanns) kann es nur einen „Stellvertreter des Amtsarztes“ geben.

Bis zur Behebung des bestehenden Mangels an Amtsärzten können als „Amtsarzt“ bzw. „Stellvertreter des Amtsarztes“ auch deutsche Ärzte berufen werden, die nicht über die Qualifikation zum „Amtsarzt“ verfügen. Diesen Ärzten wird Gelegenheit gegeben, die für die Qualifikation zum „Amtsarzt“ notwendige Ausbildung zu erhalten.

3. Deutscher Arzt der Gesundheitsverwaltung.

Die Dienstbezeichnung „deutscher Arzt der Gesundheitsverwaltung“ führen alle deutschen Ärzte, die neben dem „Amtsarzt“ und „Stellvertreter des Amtsarztes“ in der Gesundheitsverwaltung der Kreis-(Stadt-)hauptleute tätig sind.

4. Kreisarzt.

Die Dienstbezeichnung „Kreisarzt“ führen die nichtdeutschen Ärzte, sofern sie zum „Kreisarzt“ bestellt sind. Zur Behörde jedes Kreishauptmanns (Stadthauptmanns) gehört ein oder mehrere Kreisärzte, die dem Amtsarzt unterstellt sind. Es entfällt auf ca. 100 000 Einwohner ein Kreisarzt.

5. Bezirksarzt.

Die Dienstbezeichnung „Bezirksarzt“ führen die nichtdeutschen Ärzte, sofern sie zum „Bezirksarzt“ bestellt sind. Die Bezirksärzte sind den Kreisärzten unterstellt oder beigegeben. Sie haben im Regelfall einen Bezirk (Kreisteil oder Stadt) mit einer Einwohnerzahl von etwa 15—30 000 zu betreuen.

6. Hilfsarzt.

Die Dienstbezeichnung „Hilfsarzt“ führen die nichtdeutschen Ärzte, die nicht zu den beamteten Ärzten des früheren polnischen Staates gehören, sofern sie zum Hilfsarzt bestellt sind. Die Hilfsärzte sind den Kreisärzten unterstellt. Sie werden bei Vorliegen besonderer Verhältnisse neben dem Bezirksarzt haupt- oder nebenamtlich eingestellt. (Z. B. für Siedlungen in Stadtrandgebieten).

gez. Dr. Walbaum

2. Zastępca lekarza urzędowego.

Na zastępcę lekarza urzędowego — Stellvertreter des Amtsarztes — może wedle istniejących przepisów być powołany tylko Niemiec, który ma kwalifikacje na lekarza urzędowego — Amtsarzt.

W urzędzie każdego Starosty powiatowego (miejskiego) może być tylko jeden zastępca lekarza urzędowego. Aż do czasu usunięcia istniejącego obecnie braku lekarzy urzędowych mogą być powoływani na stanowisko lekarza urzędowego, względnie zastępcy lekarza urzędowego, także i tacy lekarze niemieccy, którzy nie posiadają wykształcenia koniecznego dla uzyskania kwalifikacji na lekarza urzędowego.

3. Niemiecki lekarz administracji zdrowia.

Tytuł służbowy „niemiecki lekarz administracji zdrowia“ — Deutscher Arzt der Gesundheitsverwaltung — przysługuje wszystkim tym lekarzom niemieckim, którzy poza lekarzem urzędowym i zastępcą lekarza urzędowego czynni są w administracji spraw zdrowotnych starostw (miast wydzielonych).

4. Lekarz powiatowy.

Tytuł służbowy „lekarz powiatowy“ — Kreisarzt — mają nieniemieccy lekarze, którzy zostali powołani na lekarzy powiatowych. Na terenie starostwa (miasta wydzielonego) może być jeden lub kilku lekarzy powiatowych, którzy podlegają lekarzowi urzędowemu. Na około 100 000 mieszkańców przypada jeden lekarz powiatowy.

5. Lekarz okręgowy.

Tytuł służbowy „lekarz okręgowy“ — Bezirksarzt — mają nieniemieccy lekarze, którzy zostali powołani na stanowisko lekarza okręgowego. Lekarze okręgowi podlegają lekarzom powiatowym albo też są im przydzieleni. Mają oni zasadniczo opiekować się okręgiem (częścią powiatu lub dzielnicą miasta) z ludnością wynoszącą około 15—30 000 mieszkańców.

6. Lekarz pomocniczy.

Tytuł służbowy „lekarz pomocniczy“ — Hilfsarzt — mają nieniemieccy lekarze, nie należący do urzędowych lekarzy dawnego Państwa Polskiego, o ile zostali powołani jako lekarze pomocniczy. Podlegają oni lekarzom okręgowym, a powołuje się ich w miarę szczególnych potrzeb obok lekarzy okręgowych jako zatrudnionych głównie lub ubocznie. (Np. dla osad na terenach podmiejskich).

podp. Dr. Walbaum

BERICHTIGUNG

In der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1941 betr. Arzneimittelverordnung (Nr. 43 Seite 290) ist ein Druckfehler unterlaufen und zwar derart, dass als Austauschstoff für *Tinct. Ratanhiae* — *Sol. Vlemigksi*, Mitigal angegeben wurde.

Es soll dagegen als Austauschstoff

für:

Tinct. Gallarum

Tinct. Ratanhiae

gestellt werden, und

für:

Ung. Wilkinsonii *Sol. Vlemigksi*, Mitigal

I. *Sol. Natr. thiosulf.* 10%

II. *Acid. hydrochlor.* 12%

Tinct. Tormentillae

SPROSTOWANIE

W ogłoszeniu z dnia 11 października 1941 r. dot. zaopatrzenia w leki (Nr. 43 str. 290) zdarzył się błąd drukarski a mianowicie tego rodzaju, że jako materiał wymienny zamiast *Tinct. Ratanhiae* podano *Sol. Vlemigksi*, Mitigal.

Natomiast jako materiał wymienny winno się wstawić

zamiast:

Tinct. Gallarum

Tinct. Ratanhiae

a zamiast:

Ung. Wilkinsonii

Sol. Vlemigksi, Mitigal

I. *Sol. Natr. thiosulf.* 10%

II. *Acid. hydrochlor.* 12%

Tinct. Tormentillae