alle Ekg-Bewertungen von Ekg-Spezialisten sein müssen, die nur den Streifen in die Hand bekommen und den Patienten nicht selber klinisch untersuchen. Daraus folgt, daß man entweder den Patienten zur gesamtinternistischen Untersuchung und nicht nur zum Ekg an den Facharzt überweisen sollte - oder daß mehr Praktiker als bisher sich einen Ekg-Apparat anschaffen müßten. Ich halte die erste Lösung im allgemeinen für die bessere. Aber es soll nicht verschwiegen werden, daß Schellong als internistischer Kliniker die zweite Lösung durchaus für annehmbar findet. Entscheidend ist nur, daß Ekg-Beurteilung und Kranken-Beurteilung in einer Hand liegen! [26]. Dies nur nebenbei.

Schaefer schlägt für die Ekg-Beurteilung eine genaue elektrophysiologische Benennung der Störung vor, z. B. nach Analyse des Ventrikelgradienten pathologische inhomogene Erregungsrückgänge (T abnorm) oder "lokal abgeschwächte oder aufgehobene Erregbarkeit" (ST verändert) [27]. Mit solchen wünschenswert exakten Aussagen kann aber nur der Fachmann etwas anfangen.

O. Ritter und V. Fattorusso empfehlen nach dem Brauche in der Schule Wilsons (USA) die Einteilung: Normale Kurve, Kurve an der Grenze der Norm, wahrscheinlich abnorme Kurve, abnorme Kurve, wobei auch Wilson immer wieder betont, daß eine elektrische Anomalie keine Krankheit sein müsse [33].

Folgende Nomenklatur, die wir seit 4 Jahren versuchsweise verwenden, hat sich uns bewährt und sei auch zur Diskussion gestellt. Uebrigens werden ähnliche Benennungen unabhängig von uns schon an mehreren deutschen Kliniken - vor allem in der Schule von Siebeck, Reindell u. a. [29] - routinemäßig verwendet.

Schema zur Ekg-Befundung

- 1. Befundschilderung: z. B. Sinusrhythmus von 90, im Stehen muldenförmige ST 2+3 Senkung über 0,1 mV, negatives T 2+3, weniger in Ruhe und nach Belastung.
- 2. Beurteilung (Deutung): Geringe, erhebliche Verdachtszeichen oder Zeichen einer Herzmuskelfunktionsstörung.
- 3. Bewertung: (Bedeutung im Rahmen des klinischen Gesamtbildes) z. B. Fokalbedingtes Orthostasesyndrom.

Lipross [28] hat sich in einer Diskussionsbemerkung der Karlsruher Therapie-Woche 1950 für die Beibehaltung des Begriffs "Myocardschaden" eingesetzt, weil dieser eingebürgert sei, weil der Arzt für die praktischen Belange eine "Anhiebsdiagnose" stellen müsse, die möglichst weitgespannt sein soll, und er hat in Erwägung gezogen, einen labilen und fixierten Myocardschaden zu unterscheiden. Diese Benennung ist wohl sprachlich und begrifflich gleich unbefriedigend, sie zeigt aber, wie selbst den Verfechtern des Ausdruckes "Myocardschaden" dieser nicht mehr genügt. Die Bezeichnung "Herzmuskelfunktionsstörung" ist

- 1. weit und allgemein genug, um keine Bedeutungsdiagnose vorwegzunehmen, etwa ob die Störung primär cardial oder extracardial ausgelöst wird, sie erlaubt
- 2. eine Anhiebsunterscheidung vom völlig unauffälligen Ekg und erzieht
- 3. sprachlich zum richtigen ärztlichen Denken und zu einer mehr funktionellen Betrachtungsweise.

Geraten wir hier in abseitige philologische Spitzfindigkeiten und Wortklaubereien? Vielleicht neigen Mediziner dazu, die nicht nur theoretische Bedeutung und Wirkmacht der Wortwahl und Sprachpflege zu unterschätzen (Wir kommen in der Verständigung untereinander ohne "Logotherapie" nicht aus). Eine sprachlich unglückliche Wortschöpfung scheint mir daran mitschuldig zu sein, daß im ärztlichen Großhirn ein gefährlicher, bedingter Reflex gebahnt wurde: Veränderte Nachschwankungen im Ekg — Herzmuskelschaden — Herzerkrankung — spezifische Herztherapie, vor allem Strophanthin. Aber hoffentlich werden meine Ausführungen nicht mißverstanden, als sollte ein neuer Reflex gebahnt werden, der genau so falsch wäre: nämlich, bei jeder ST-Senkung im Ekg nur an Psychotherapie und Herdsanierung zu denken.

Schrifttum

Schrifttum

1. Kaliebe: Med. Klinik 1951, 1201. — 2. Klumbies u. Kleinsorge: Deutsche Med. Wschr. 1949, 4. — 3. Reindell, Klepzig, Schildge: Diagnostik der Kreislauffrühschäden (Stuttgart 1949). — 4. Klumbies: Aerztl. Wschr. 5 (1950), 715. — 5. Polzien: Klin. Wo. (1952), 411. — 6. Magendantz u. Shortsleeve: Amerik. Heart J. 42, 6 (1951), 849. — 7. Essen: Diskussion während Therapiewoche Karlsruhe 1950. — 8. Heyer, Winans, Plessinger: Amer. J. med. Sci. (1947), 23. — 9. Hochrein: Deutsche med. Wschr. 1950, 490. — 10. Gutzeit: Therapiewoche Karlsruhe 1950. — 11. Delius u. Reindell: Klin. Wschr. 1, 1949; Dtsch. Med. Wschr. 1938, 884. — 12. Kienle: Das Belastungs-Elektrokardiogramm und das Steh-Ekg, Leipzig 1946. — 13. Holzmann: Klinische Elektrokardiographie, (Stuttgart 1951). — 14. Ströder: Verh. dtsch. Ges. Kreisl. forsch. 1949. — 15. Therapiewoche Jänner 1951, 158. — 16. Schellong im Lehrbuch der inneren Medizin, herausgegeben v. Dennig 1950, I. Aufl. — 17. Halhuber und Haus: Wiener Z. inn. Med. 33 (1952), 223. — 18. Kühns; Vogel: Arch. Kreisl.forsch. 17 (1951) 147. — 19. Petersen: Med. Monatssch. 1952, 146. — 20. Nordenfelt: Acta med. scand. Suppl. (XIX 1941). — 21. Verh. d. dtsch. Ges. Kreisl.forsch. (Diskussion) 15 (1949), S. 250. — 22. Kühns: Z. f. Kreisl.forsch. 1949, 669. — 23. Brogsitter: Dtsch. Gesdh. Wes. 1951, 326. — 24. Lachmann: Z. f. ärztl. Fortb. 46 (1952), 16. — 25. Zimmermann-Meinzingen: Wien. Klin. Wschr. 1939, 987. — 26. Schellong: Therapiewoche April 1951, 336. — 28. Lipross: Therapiewoche, April 1951, 338. 29. Reindell: Nauheimer Fortbildungslehrgang, Bd. 17, S. 29. — 30. Lepeschkin, E.: Modern Electrocardiography Vol. I (Baltimore 1951). — 31. Mainzer, F.: Cardiologia 3 (1939), 287. — 32. Kiss u. Sladpak: Wien. Z. f. inn. Med. 32 (1951), 162. — 33. Ritter u. Fattorusso: Atlas der Elektrokardiographie (Basel 1951). — 34. H. L. Blumgart, M. J. Schlesinger, D. Davis: Am. Heart J. 19, 1 (1940). — 35. C. K. Friedberg, H. Horn: J. A. M. A. 112 (1939), 1675. — 36. H. Groß und W. H. Sternberg: Arch Anschr. d. Verf.: Innsbruck, Med. Univ.-Klinik.

Aus dem Hygienischen Institut der Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Harmsen)

Von der "Geburtenregelung" zur "Bewußten Elternschaft"

Von Hans Harmsen, Hamburg

Die Entwicklung in Deutschland

Bereits vor dem Ersten Weltkrieg hatte der Berliner Sozialhygieniker Prof. Alfred Grotjahn das Phänomen des Geburtenrückganges bei den meisten westeuropäischen Völkern als Ergebnis der bewußten Beeinflussung der Zeugung analysiert. Er forderte nicht schlechthin Kleinhaltung der Familie und Geburtenverhütung, sondern eine "Geburtenregelung", die individuell das Ziel der gesunden Familienbildung in sich schloß, sowie die Verantwortung gegenüber der Bestandserhaltung des Volkes. Dem Staat wurde die Aufgabe gestellt, die Entwicklung der gesunden Familie wirtschaftlich und sozialpolitisch zu begünstigen.

Nach dem Ersten Weltkrieg führte die wirtschaftliche Verelendung im Zusammenhang mit der Propaganda für die Freigabe der Abtreibung zu einem schnellen Ansteigen der Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen und kriminellen Aborte. Im Anschluß an die unter Initiative von Margret Sanger 1927 in Genf veranstaltete Weltkonferenz bemühte sich die "Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung" unter Harmsen, die Aerzteschaft zu einer verantwortlichen Mitarbeit zu gewinnen. Ein Besuch Margret Sangers am 28. Mai 1929 in Berlin auf Einladung Prof. Grotjahns führte zu einer Besprechung im Hygienischen Institut der Universität, an der Direktor Burgdörfer, Frau Dr. Durand-Wever, Dr. Harmsen und Frau Stutzin teilnahmen. Margret Sanger sprach damals in Berlin auch vor dem Bund der Aerztinnen. Der anschließende Internationale Kongreß für Familienrecht führte Erörterungen über die Wege der Geburtenregelung weiter. Mrs. How-Martyn, die ehemalige Generalsekretärin des Genfer Bevölkerungskongresses, berichtet dabei über die unter ihrer Leitung stehenden englischen "Joint Committees maternita centres and Birth-Control-Informations".

In den 1930 von Harmsen einberufenen "Fachkonferenzen für Geburtenregelung" traten Persönlichkeiten, wie Ministerialdirektor Dr. Dietrich vom Preußischen Ministerium für Volkswirtschaft, Prof. Grotjahn, Prof. Straßmann, Prof. Sēllheim (Leipzig), Frau Dr. Durand-Wever, Prof. Schäfer, Frau Dr. Heußler-Edenhuizen u. a., für eine sachliche, von allen Nebenabsichten freie Aufklärung über die Möglichkeiten der Geburtenregelung wie auch für eine Ueberprüfung aller angepriesenen Mittel durch eine staatliche Stelle ein [1].

Februar 1931 wurden auf einer zweiten Fachkonferenz für Geburtenregelung eingehend die von Prof. Stöckel vorgelegten 32 Leitsätze über die Behandlung der Konzeptionsverhütung im akademischen Unterricht [2] erörtert und gefordert, daß die biologisch-klinische Ueberprüfung der Wirksamkeit empfängnisverhütender Mittel durch das Reichsgesundheitsamt — ähnlich wie die Prüfung "von Schutzmitteln" gegen "Geschlechtskrankheiten" — erfolge [3].

Im Anschluß an den VII. Internationalen Kongreß für Geburtenregelung in Zürich (September 1930) entstand auf Initiative von Frau Stutzin eine "Deutsche Arbeitszentrale für Geburtenregelung", in der Dr. Hodann, Dr. Bendix (Leiter der Krankenkassenambulatorien), Dr. Lehfeldt, Dr. Herta Riese, Dr. Marcuse, Dr. Benda wie Dr. Durand-Wever, Harmsen u. a. mitarbeiteten [4]. Schon damals empfahl die "Arbeitszentrale für Geburtenregelung"; die ärztliche Beratung zur Empfängnisverhütung als Kassenleistung und die dazu erforderlichen chemischen und mechanischen Mittel zur Kassenverordnung zuzulassen. Ullmann berichtete über die Zweckmäßigkeit der Geburtenregelung in der Schwangerenfürsorgestelle. Er betonte, daß sich hier die Ausgabe von Verhütungsmitteln sehr bewährt habe, weil viele Frauen kurz nach der Entbindung die Schwangerenfürsorgestelle wieder aufzusuchen pflegen, um sich weiteren Rat zu holen. Harmsen forderte, daß in jedem Fall eines Abortes eine Beratung über Empfängnisverhütung erfolge.

Da sich die Aerzteschaft den Fragen der Beratung über die Möglichkeit der Empfängnisverhütung aber doch zumeist verschloß und auch ärztlich geleitete Beratungsstellen weithin fehlten, ging die Propaganda für Empfängnisverhütung in diesen Jahren weithin an betriebsame Laienorganisationen über. Im Anschluß an den "Bund für Mutterschutz" und die "Gesellschaft für Sexualreform" organisierten sich damals Laienbünde mit vielen Hunderttausenden von Mitgliedern.

Die Zeit von 1933-1945 brachte zahlreiche Maßnahmen zur Förderung der Fürsorge für Mutter und Kind und der gesunden Familie, insbesondere der Kinderreichen. 1939 hatte die deutsche Geburtenziffer seit der Mitte der zwanziger Jahre zum erstenmal wieder die für die bloße Bestandserhaltung erforderliche Höhe erreicht; ein beachtlicher Hinweis auf die Wirksamkeit bevölkerungspolitischer Fürsorgemaßnahmen. Als durch den Zweiten Weltkrieg ein ausreichender Nachwuchs in Frage gestellt war, erließ Himmler am 21. 1. 1941 eine "Polizeiverordnung über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung von Schwangerschaften", in der mit radikaler Gründlichkeit alle Verbotsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden. Durch eine 1943 erlassene "Verordnung zum Schutz von Ehe, Familie und Mutterschaft" wurde auch die Herstellung sogenannter empfängnisverhütender Mittel verboten. Am 9.3.1943 folgte eine Neufassung der §§ 218, 219 des Deutschen Strafgesetzbuches, in denen neben Gefängnisund Zuchthausstrafe für Abtreibung und Empfängnisverhütung weiter verschärfend die Todesstrafe vorgesehen wurde, "wenn der Täter dadurch die Lebenskraft des deutschen Volkes fortgesetzt beeinträchtigt"! In den Wirkungsbereich des § 219 StGB., der bis dahin nur Mittel und Gegenstände betraf, die zur Schwangerschaftsunterbrechung geeignet waren, wurden damals auch die empfängnisverhütenden Mittel einbezogen.

Nach 1945 führten der Verlust der staatlichen Einheit und die sehr unterschiedlichen Anordnungen der Besatzungsmächte auch auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung zu einem unübersehbaren rechtlichen Chaos. Durch Kontrollratsgesetz wurde zwar im Strafrecht die vom Nationalsozialismus für Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung eingeführte Todesstrafe aufgehoben, die Himmlersche Polizeiverordnung von 1941 blieb jedoch bestehen; sie ist auch heute noch in einer Reihe von Bundesländern gültig. Der § 219 StGB. erhielt nur für den Bereich der britischen Zone durch eine Verordnung des Zentraljustizamtes vom 3. 2. 1947 seine ursprüngliche Fassung, so daß er sich in der britischen Besatzungszone nur auf Mittel für die Schwangerschaftsunterbrechung und Abtreibung bezieht, nicht jedoch auch empfängnisverhütende Mittel einbezieht. Da die Himmlersche Polizeiverordnung seinerzeit vom Reichsinnenministerium ausging, konnte das Zentraljustizamt für die britische Zone als Nachfolge des Reichsjustizministeriums keine Aufhebung durchsetzen. Mangels einer einheitlichen Bundesregelung blieb die Entscheidung über die Geburtenregelung in der Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer.

Für den Bereich der sowjetischen Besatzungszone erklärte die damalige deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen bereits in einem Rundschreiben vom 26. 8. 1946, daß die Himmlersche Polizeiverordnung, die der typisch nazistischen Vorstellungs- und Gedankenwelt entstamme, nicht mehr anwendbar sei, auch wenn diese Polizeiverordnung weder vom Kontrollrat noch von der SMA aufgehoben sei. Die Herstellung und der Verkauf empfängnisverhütender Mittel sei daher unter Beachtung der allgemeinen Bestimmungen zulässig.

Erst nach zähen dreijährigen Auseinandersetzungen wurde im westdeutschen Bundesgebiet die Himmlersche Polizeiverordnung zuerst durch die Hansestadt Hamburg mit Gesetz vom 12. Mai 1948 aufgehoben. Nach dem Gesetz über Schwangerschaftsverhütungsmittel vom 28. Juli 1949 bedürfen Mittel oder Gegenstände in Form von Fertigwaren, die zur Einführung in die Scheide und zur Verhütung der Schwangerschaft bestimmt oder geeignet sind, der Genehmigung der Gesundheitsbehörde. Diese muß auf den Verkaufspackungen erkennbar vermerkt sein.

Vier weitere Länder der westdeutschen Bundesrepublik haben die Himmlersche Polizeiverordnung wenigstens teilweise außer Kraft gesetzt, so Nordwürttemberg-Baden durch Verordnung vom 16. Jan. 1947, Niedersachsen durch Verordnung vom 21. Jan. 1949, Schleswig-Holstein durch Verordnung vom 15. Okt. 1949, Bremen durch Gesetz vom 26. Sept. 1950. In einer Neufassung vom 20. März 1950 sind verboten: "Mutterrohre, sofern sie nicht einen Durchmesser von mindestens 12 mm besitzen und mit einem nicht unter 15 mm starken abgerundeten oder olivartig erweiterten Mundstück mit mindestens 6 Oeffnungen versehen sind, Intrauterin-Pessare jeder Art, auch Sterilette und Silkwormpessare" sowie nicht von der Landesgesundheitsverwaltung geprüfte und zum Verkauf zugelassene Fertigwaren. In den übrigen sechs Bundesländern kann ein Arzt, der etwa ein von der Gesundheitsbehörde Hamburg geprüftes Mensinger-Okklussiv-Pessar in seiner Praxis anwendet, bestraft

Die außerordentliche Wohnungsnot nach dem Zweiten Weltkrieg, hervorgegangen aus den Bombenkatastrophen und der Vertreibung von mehr als 12 Millionen Deutschen aus ihrer früheren Heimat, der Zerfall aller rechtlichen Ordnungen und die demoralisierenden Wirkungen der Hungerjahre 1945—48 führten zu einem außerordentlichen Ansteigen des geheimen Abortes. Die Fragen der Schwangerschaftsunterbrechung und Empfängnisverhütung wurden in Hunderttausenden von Familien zur gewissensbelastenden Not.

In gläubigen römisch-katholischen Kreis e n bleibt auf Grund der Enzyklika des Papstes Pius XI. über die christliche Ehe vom 31. Dez. 1930 als einziger Ausweg die Beachtung der Tage geringerer Empfängniswahrscheinlichkeit. So ist es verständlich, daß die Bewegung der "Natürlichen Geburtenregelung", die auf die Lehren von Prof. Knaus und Ogino aus dem Jahre 1929 zurückgeht, zunehmende Verbreitung erfahren hat. Der nach dem zweiten Weltkrieg aufgedeckte Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Eireife und einem Ansteigen der Basal- (Morgen-) Temperatur der Frau hat mit der Entwicklung entsprechender Frauenthermometer die Zuverlässigkeit zur Bestimmung des Zeitpunktes der Eireife und der damit fruchtbaren Tage wesentlich gesichert. - Der Bundesminister des Innern hat mit Schreiben vom 14. Februar 1952 zur Empfängnisverhütung nach der Methode Knaus-Ogino festgestellt, daß "Vorträge, die das Thema der vermeintlichen Schwangerschaftsverhütung nach solchen Methoden behandeln, nicht zu den Verfahren gerechnet werden dürfen, die zu denselben Zwecken bestimmt sind wie Verhütungsmittel. Sie dürfen daher der Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens vom 29. 9. 1941 nicht unterliegen". Trotzdem bestehen größten Schwierigkeiten, Beratungsstellen über "Natürliche Geburtenregelung" zu schaffen. Ueber die Zuverlässigkeit der Methode, die bislang als keineswegs sicher erwiesen gilt, mehren sich positive Stimmen [5].

Innerhalb der evangelisch-kirchlichen Kreise hatte bereits 1930 der "Evangelische Arbeitskreis für Sozialethik" ebenso wie die Lambeth-Konferenz der Anglikanischen Bischöfe und der vom Amerikanischen Kirchenbundesrat eingesetzte "Ausschuß für Fragen des Ehe- und Familienlebens" zur Frage der Geburtenregelung im positiven Sinne Stellung genommen. Anschließend an eingehende Beratungen über die Stellungnahme zur Schwangerschaftsunterbrechung im Jahre 1947 hat ein Arbeitskreis der "Evangelischen Akademie der Hamburgischen Landeskirche" in zweijährigen eingehenden Beratungen das Problem der Geburtenregelung erörtert und seine Auffassung in einer ausführlichen Stellungnahme [6] niedergelegt. Unter Ablehnung der gewaltsamen Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft, der Sterilisierung eines Eheteils als Mittel der Geburtenbeschränkung und auch Ablehnung der Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft mit der Absicht, so am sichersten und "sittlich unanfechtbarsten" Geburtspausen oder überhaupt die Kleinhaltung der Familie zu erreichen, wird für die verbleibenden Wege als Maßstab betont, "daß keiner vor dem anderen als sittlich höherstehend zu bevorzugen ist und daß derjenige im besonderen Falle einzuschlagen ist, der a) das beabsichtigte Ziel einer zeitweiligen Verhütung der Empfängnis am sichersten zu erreichen verspricht und b) die Vereinigung der Eheleute am wenigsten beeinträchtigt".

Auf einer Tagung für Jugend- und Eheberatung, die im Mai 1950 in Detmold stattfand, wurden auch die Fragen der Geburtenregelung behandelt. Sie veranlaßten Frau Dr. Durand-Wever, Berlin, Prof. Harmsen, Hamburg, und Frau Ilse Lederer, Kassel, die Schaffung eines neutralen Rahmens für die Ziele der bewußten Elternschaft in die Wege zu leiten.

Für die politische Lage im westdeutschen Bundesgebiet bezeichnend ist die Tatsache, daß der Deutsche Bundestag am 23. April 1952 einstimmig ein Gesetz annahm, welches unter dem verschleiernden Titel "Aufhebung einiger Polizeiverordnungen auf dem Gebiet des Verkehrs mit Arzneimittel" - ohne daß dies den Abgeordneten zum Bewußtsein kam - alle zur Empfängnisverhütung geeigneten Mittel rezeptpflichtig machte und auf die Abgabe in Apotheken beschränkte! Erst über den Einspruch des Bundesrates konnte diese von bestimmten konfessionellen Kreisen beabsichtigte Regelung wieder aufgehoben werden. Staatssekretär Bleek führte bei der erneuten Beratung dieses Gesetzes am 29. Mai 1952 aus, "das Verbot der Herstellung, Einführung, Ankündigung und des Verkaufs antikonzeptioneller Mittel durch die Polizeiverordnung über Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung von Schwangerschaften vom 21. Jan. 1941 (Himmlersche Polizeiverordnung) wird hierdurch nicht berührt"! Einer Anregung, auch diese Polizeiverordnung aufzuheben, konnte aus staatsrechtlichen Gründen im Zusammenhang mit dem hier zur Beratung stehenden Gesetz seitens des Vermittlungsausschusses nicht nähergetreten werden!

Anknüpfend an die Bestrebungen der Fachkonferenz und der Deutschen Arbeitszentrale für Geburtenregelung aus dem Anfang der 30er Jahre hat sich am 19.7.1952 in Kassel der "Deutsche Arbeitskreis: Bewußte Elternschaft" konstituiert. Er soll in besonderer Weise dem ärztlich-wissenschaftlichen Gedankenaustausch über Fragen der Geburtenregelung auf internationaler Ebene dienen und eine enge Zusammenarbeit mit dem International Committee of Planned Parenthood anstreben. Zum Präsidenten wurde der Professor der Hygiene, Dr. Dr. Harmsen, Hamburg, bestimmt, zum Stellvertreter Frau Dr. Durand-Wever, Berlin, die beide dem Kampf um das Ziel der bewußten Elternschaft seit vielen Jahrzehnten verbunden sind. Der Arbeitskreis gibt eine deutsche Ausgabe der "News of Population and Birth Control" als "Weltnachrichten für Bevölkerungspolitik und Geburtenordnung" durch Frau Lederer, Kassel-Wilhelmshöhe, heraus. Der persönlichen Initiative und dem unermüdlichen Einsatz von Frau Ilse Lederer, die in Kassel eine Beratungsstelle für Bewußte Elternschaft ins Leben rief, ist es weiterhin zu danken, daß am 20. Juli in Kassel eine "Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie" gegründet wurde, die die leibseelischen Schäden der kriminellen Schwangerschaftsunterbrechung bekämpfen und die Kenntnisse verbreiten will, die für eine bewußte Führung des Ehelebens nötig sind, um dafür zu sorgen, daß ohne Rücksicht auf die Vermögenslage alle Eheleute aus verantwortlichem Entschluß über die Zeugung eines Kindes entscheiden können. Auf dieser Gründungsversammlung wurde die nachfolgende vom "Deutschen Arbeitskreis: Bewußte Elternschaft" vorbereitete Entschließung einstimmig

- 1. Die seit 1945 zunehmende uneinheitliche Rechtsentwicklung in den Bundesländern und Berlin in Bezug auf Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung der Schwangerschaft macht dringend eine bundesgesetzliche Regelung dieses Bereiches erforderlich. Unter Aufhebung der Himmlerschen Polizeiverordnung 1941 und Wiederherstellung des § 219 in der bis 1943 gültigen Fassung muß festgelegt werden, daß zur Geburtenregelung nur noch Mittel und Gegenstände zugelassen sind, deren Wirksamkeit und gesundheitliche Unschädlichkeit staatlich geprüft ist.
- 2. Es wird gefordert, daß von den Trägern der Sozialversicherung eine verantwortliche ärztliche Beratung, soweit sie von auf diesem Gebiete besonders erfahrenen und ausgebildeten Aerzten in Fragen der Geburtenregelung erfolgt, als ärztliche Leistung ebenso anerkannt und honoriert wird wie Untersuchung und Beratung gegen bestehende Sterilität. Die Verordnung entsprechender Mittel und Maßnahmen für die Frau im Rahmen der Schadensverhütung vor den Folgen der Abtreibung sowie aus ärztlicher und gesundheitlicher Indikation sollen als Arzneimittel übernommen werden.
- 3. In Fällen, in denen seitens ärztlicher Gutachterstellen eine Unterbrechung der Schwangerschaft als gerechtfertigt anerkannt wird, muß zugleich im Sinn der nachgehenden sozialhygienischen Fürsorge eine ausreichende Belehrung und Aufklärung der betreffenden Frau über geeignete Mittel und Methoden zur

Vermeidung einer erneuten Schwangerschaft vor Wiederherstellung der Gesundheit gewährleistet werden.

Unterlassung dieser Beratung ist ärztlicher Kunstfehler.

Schrifttum

Schrifttum

1. Harmsen: Fachkonferenz für Geburtenregelung. Die Medizinische Welt, 1930, Nr. 31. — 2. Stöckel: Die Behandlung der Konzeptionsverhütung im akademischen Unterricht. Zentralblatt für Gynäkologie, 1931, H. 17. — 3. Harmsen: Geburtenregelung. Die Medizinische Welt, 1931 Nr. 21. — 4. Harmsen: Deutsche Arbeitszentrale für Geburtenregelung. Archiv für Bevölkerungspolitik, Sozialethik und Familienkunde, 1931, S. 145. — 5. Ockel: Praktische Ergebnisse statistischer Untersuchungen über die Zuverlässigkeit der Methode Knaus-Ogino-Smulders bei der Geburtenregelung (insbes. der Geburtenverhütung). Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 26. — 6. Bornikoell Harmsen: Zur Frage der Geburtenregelung. Volksgesundheitsdienst, 1950, H. 5.

Anschr. d. Verf.: Hamburg 36, Gorch-Fock-Wall 15-17

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen (Direktor: Prof. Dr. med. C. Korth)

Grundlagen, Indikationen und Durchführung der salzlosen Diät*)

Von Dr. med. M. v. Lutterotti

Die Behandlung der Herzkrankheiten hat in den letzten Jahren durch die neueren Ergebnisse amerikanischer Untersucher (s. Friedberg) große Fortschritte gemacht, seit man gelernt hat, das Na- und Wassergleichgewicht des Körpers und die Na- und Wasserausscheidung zu kontrollieren. Die Herzinsuffizienz stellt jetzt eines der Hauptindikationsgebiete der salzlosen Diät dar; es soll daher im folgenden kurz auf ihre Grundlagen eingegangen werden, wie sie sich nach den neueren Ansichten darstellen, um so die Notwendigkeit und Bedeutung der salzlosen Diät verständlich zu machen. Eigene Untersuchungen sollen nur kurz erwähnt werden, es wird an anderer Stelle ausführlicher auf sie eingegangen werden.

Die klinischen Erscheinungen der kongestiven Herzinsuffizienz wurden bis vor wenigen Jahren fast ausschließlich durch eine passive Ueberfüllung des Venensystems und eine Erhöhung des Venendrucks proximal vom Herzen, also gewissermaßen durch Rückstauung, erklärt. Diese Theorie hat sich sehr lange gehalten, sie wurde zum erstenmal 1715 von Vieussens vorgeschlagen und 100 Jahre später von Corvisart übernommen. Sie stützt sich auf experimentelle Kreislaufuntersuchungen, pathologisch-anatomische Befunde und klinische Beobachtungen bei kompensierten und dekompensierten Herzkranken. So findet man bei Obduktionen von Kranken, die an Herzinsuffizienz gestorben sind, eine vermehrte Blutfülle in den Organen, die rückwärts vom versagenden Ventrikel liegen, also in der Leber, der Milz und im gesamten großen Kreislauf bei Rechtsinsuffizienz, in den Lungen bei Linksinsuffizienz. Diese Lokalisation stimmt auch mit den klinischen Symptomen der isolierten Rechts- und Linksinsuffizienz überein und auch die Reihenfolge, in welcher die einzelnen klinischen Symptome auftreten, scheint für eine zunehmende, passive Ueberfüllung des Venensystems vom versagenden Ventrikel nach rückwärts zu sprechen. Die Mitralstenose z.B. führt zuerst zu Lungenstauung mit dem klinischen Bild der Dyspnoe, erst später, wenn eine Rechtsinsuffizienz hinzukommt, zu Leberstauung und Oedemen. Starling faßte dann die Entstehung des erhöhten Venendrucks nicht mehr rein passiv auf und sah in ihm einen kompensatorischen Vorgang mit der Aufgabe, den Druckunterschied zwischen den

^{*)} Vortrag, gehalten am Aerztlichen Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät in Erlangen am 25. Oktober 1952.