



## Die Innere Abteilung

Blickt man die lange Tradition der Krankenhausgeschichte zurück, so wird offensichtlich, daß wohl keine andere öffentliche Institution einen solchen permanent-medizinischen und gesellschaftlich-politischen Wandel durchlaufen mußte. 100 Jahre Krankenhausgeschichte Mühlacker sind im Verständnis dieses Wandlungsprozesses nicht nur die bauliche Weiterentwicklung aus zwei Bezirkskrankenhäusern in Maulbronn und „Dürrmenz-Mühlacker“, wie laut Beschluß vom 11. 3. 1891 geplant und letzteres davon am 20. 7. 1892 mit ca. 16 Betten feierlich eröffnet, sondern auch gesellschaftlich-politische Auswirkungen durch eine Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung in 100 Jahren medizinischen Fortschritts auf fast das Doppelte.

Einen entscheidenden Beitrag leistete dazu nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch (1843–1910) die Bekanntgabe des Tuberkulins 1890 auf einem internationalen Ärztekongreß in Berlin, das damals zum Mekka der Weltmedizin wurde. Wenn auch der Einsatz des Tuberkulins als Therapeutikum nicht erfolgreich war, hatte es doch als Diagnostikum in der damaligen Volksseuche Tuberkulose hervorragend Eingang gefunden. Die zweite furchtbare Seuche dieser Zeit, die Diphtherie, wurde vom Koch-Schüler Emil Behring (1854–1917) erfolgreich angegangen. Die Bakteriologie und Immunologie war geboren und stand im Gegensatz zur Zellulärpathologie von Rudolf Virchow (1821–1902). Es gab sonst praktisch noch keine medizinische Technik: weder Röntgenstrahlen noch radioaktive Strahlentherapie, weder Blutdruckmessung nach Riva-Rocci (1863–1937) noch ein Elektrokardiogramm. Ein erneuter Prüfstein des jungen Faches Bakteriologie war eine schwere Choleraepidemie in Hamburg 1892. Die mikrobiologische Denkweise führte 1890 zur Einführung von Operationshandschuhen durch Stewart Halsted (1852–1922).

Typische Meilensteine der Medizingeschichte (s. Tabelle) mußten in den Krankenhäusern übernommen werden und diese dem medizinischen Fort-

schritt laufend angepaßt werden. Die Bezirkskrankenhäuser Maulbronn und Dürrmenz-Mühlacker waren bald zu klein, mußten erweitert werden und wurden schließlich nach Beschluß des damaligen Vaihinger Kreistages im September 1957 zu einem neuen Schwerpunktkrankenhaus mit ursprünglich 320 Betten in Mühlacker umgewandelt. Dieses auch heutige Kreiskrankenhaus, nach der Kreisreform dem Enzkreis zugeordnet, wurde am 2. 10. 1975 bezogen und ist mit 285 Planbetten im Krankenhausbedarfsplan II ausgelegt. Durch den Neubau waren die Betten für die Innere Medizin von 64 in Maulbronn und Mühlacker auf 104 vermehrt worden, was auch schon damals bei einer angespannten, schwierigen Personalsituation auf dem Arbeitsmarkt, wie auch heute im Pflegeberuf, für das gesamte Personal zu großen Belastungen führte.

Moderne medizinische Techniken wurden im Kreiskrankenhaus Mühlacker schon von meinem Vorgänger Dr. Alex Fritz eingeführt mit zahlrei-



Dr. med. Alex Fritz (re.) bei seiner Verabschiedung im Gespräch mit seinem Nachfolger Dr. Bernd Feinauer

chen Magen-, Darm- und Bauchspiegelungen als Verfahren der modernen Endoskopie. Die Gastroskopie und Gastrokamerauntersuchung (Magenspiegelung) wurde seit 1972, die Koloskopie (Darmspiegelung) seit 1976 in Mühlacker durchgeführt und ein gewisser endoskopischer Schwerpunkt geschaffen. Nach Einführung der Ultraschalluntersuchungen in die Innere Medizin wurde auch diese elegante neue Methode bald in Mühlacker eingeführt und seit 1978 routinemäßig betrieben. 1984 ist

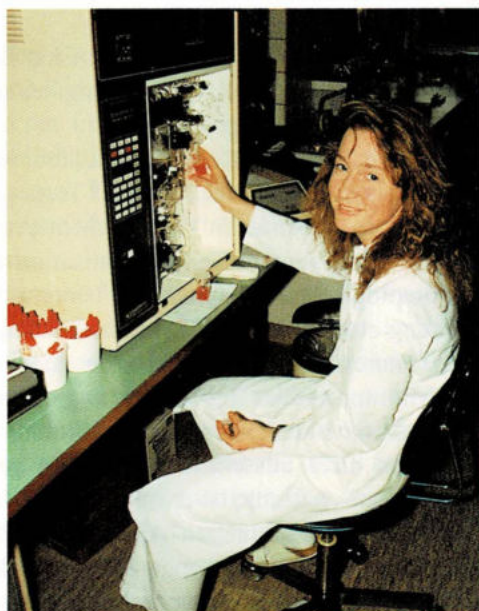
die Funktionsdiagnostik von Gefäßkrankheiten durch die Dopplersonographie erweitert worden, und das herkömmliche Elektrokardiogramm hat mit Belastungs- und Langzeit-EKG-Untersuchungen eine Bereicherung erfahren.

Den vorhandenen gastroenterologischen Schwerpunkt konnte ich seit 1. 4. 1987 mit Einführung weiterer Techniken ergänzen und ausbauen. Es

wurde die Bronchoskopie (Spiegelung der Luftwege), die ERCP (Darstellung von Gallengängen und Bauchspeicheldrüse), viele Verfahren der operativen Endoskopie (Papillenspaltung, Papillendehnung, Gallensteinentfernung, mechanische oder chemische Gallensteinzerstrümmerung, tumorüberbrückende Endoprothetik, Verödung von Krampfadern der Speiseröhre, Haemorrhoidenverödung, laparoskopische Adhäsilyse usw.) in routinemäßiger Fernsehendoskopie eingeführt. Die gute apparative Ausstattung des Hauses konnte durch konstruktive, hervorragende Zusammenarbeit mit der Knittlinger Firma R. Wolf auf einen überdurchschnittlich hohen Stand gebracht werden.

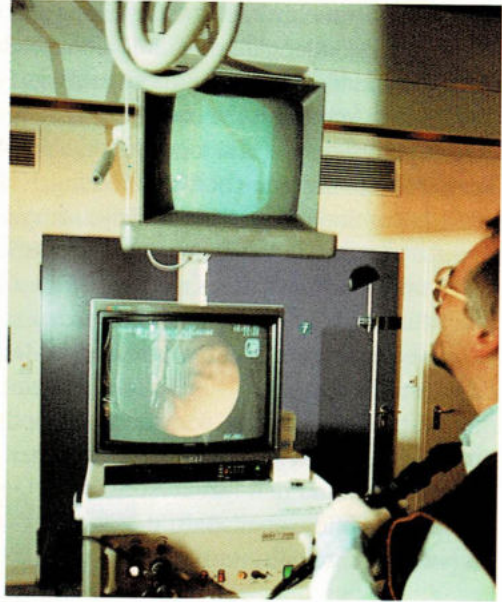
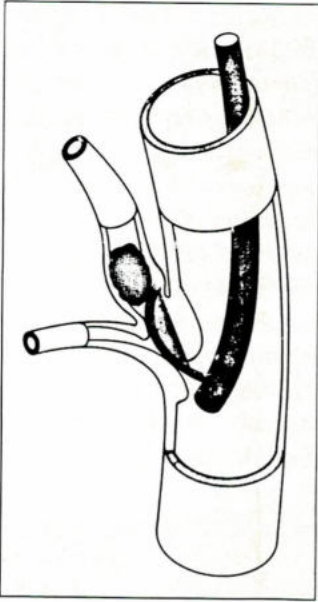
Als zweiter Schwerpunkt wurde die moderne kardiologische Funktionsdiagnostik ausgebaut. Die Einführung eines 24-Stunden-Langzeit-EKG mit Festspeicher ist mit der neuen Computertechnik möglich geworden und seit 1987 im Einsatz, die Ultraschall-Doppleruntersuchungen von Extremitäten und den hirnersorgenden Gefäßen sind durch Darstellung im direkten Ultraschall-B-Bild-Verfahren weitergeführt, die Echokardiographie (Ultraschalluntersuchung des Herzens) wurde seit 1988 in Mühlacker aufgenommen und mit Anschaffung eines modernen Farbdoppler-Echokardiographiegerätes 1990 dem heutigen modernsten Stand angepaßt. Durch Subspezialisierung auf Oberarztbene ist eine hohe Qualifikation vorhanden und die enge Zusammenarbeit mit weiterführenden Zentren und Herzkatheteruntersuchungen gegeben. Die interdisziplinäre Intensivstation ermöglicht als gut ausgestattete Einheit eine lückenlose Überwachung und Behandlung. Die Implantation von modernen Herzschrittmachern ist geplant.

Weitere Schwerpunkte in Endokrinologie und Stoffwechsel, insbesondere Diabetes mellitus, werden mit großer Aufmerksamkeit



Blutanalyse im Zentrallabor





Endoskopische Gallensteinentfernung als Beispiel für moderne gastroenterologische Diagnostik und Therapie

und Patientenschulungen verfolgt. Eine Erweiterung des Spektrums zur Mitbehandlung des Dialysekrankengutes mit einem nephrologisch erfahrenen Mitarbeiter ist geplant.

Ein großes leistungsfähiges Zentrallabor ist mit modernsten Geräten ausgestattet und erbringt ca. 350 000 Tests pro Jahr. Ein Laborautomat für die klinische Chemie im Trockenchemieverfahren wurde erst kürzlich beschafft. Eine weitere Teilautomatisierung und Ergänzung der modernen immunologischen (Enzymassay) Untersuchungsverfahren sowie die Einrichtung einer Labor-EDV sind in Planung.

Ein weiterer Fortschritt wird bei der zunehmenden Zahl älterer Menschen mit Multimorbidität die Einrichtung eines Geriatrischen Schwerpunktes sein. Akutkrankenhaus und Rehabilitation sollen sich beim geriatrischen Patienten nicht ausschließen, sondern gegenseitig ergänzen. Wird ein älterer Mensch krank, ist er immer durch Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und intellektuellen Abbau zusätzlich gefährdet im Sinne einer Krankheitsverschlimmerung. Probleme der Akutmedizin beim älteren Patienten, der meist an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig leidet, sollten daher mit einer Frührehabilitation parallel gehen, damit es

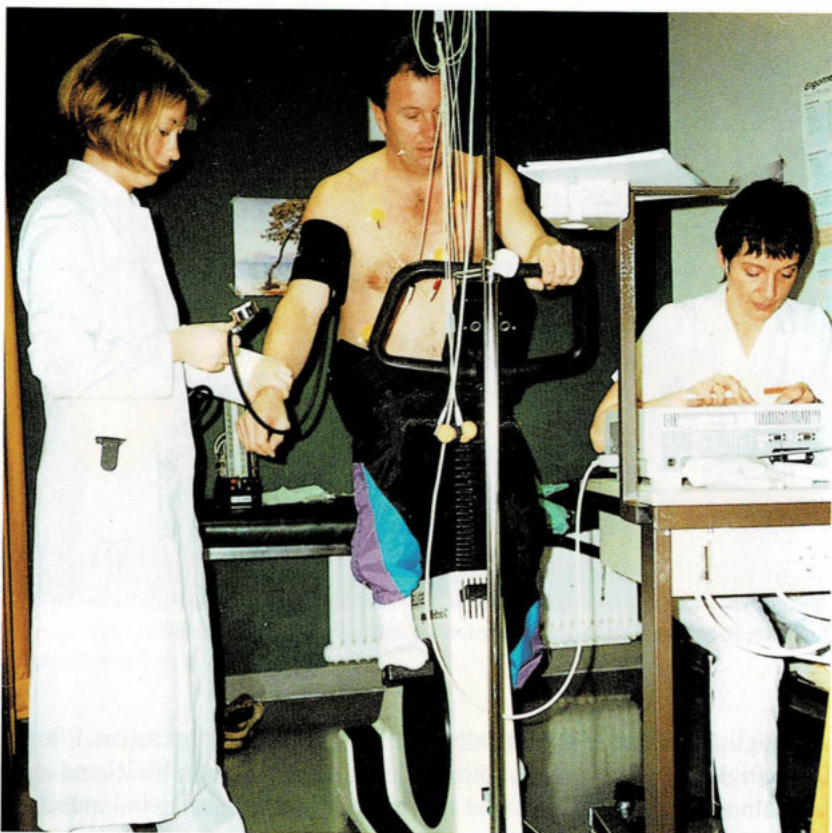


Endoskopisches Einbringen von Magensonden durch die Bauchwand (PEG)

zu möglichst wenig Folgeschäden kommt und keine allgemeine Pflegebedürftigkeit entsteht. Das frühe Erkennen von sich schleichend entwickelnden Behinderungen und der frühe Therapieansatz sind entscheidend für eine bessere Lebensqualität. Enge Zusammenarbeit mit einem Rehabilitationsteam aus Logopäden, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Krankenschwester/-pfleger sind für den geriatrisch weitergebildeten Arzt eine wichtige Voraussetzung.

Die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Mühlacker kann im Haus der Regelversorgungsstufe heute ein breites Leistungsspektrum der Inneren Medizin anbieten. Der Chefarzt ist zur vollen Internistenausbildung ermächtigt. Bei hohem Leistungsniveau und guter Auslastung wurde die Liegedauer stetig verkürzt. Bei all der modernen Medizintechnik stellt sich jedoch immer wieder mit großer Dringlichkeit die alte Frage neu, wie man für den Patienten, der für kurze oder längere Zeit der hochleistungsfähigen klinischen Medizin ausgeliefert ist, humane Bedingungen schafft. Die alte Idee des wertfreien barmherzigen Dienstes am hilfsbedürftigen Kranken, aus der die ersten Hospitäler des Urchristentums entstanden sind, gewinnt angesichts unserer „Medizinfabriken“ und der





Belastungs-EKG

„Apparatemedizin“ erneut an Aktualität. Nach dem Abklingen der Euphorie, die anfangs eine rein naturwissenschaftlich orientierte klinische Medizin mit ihren teils phänomenalen Heilerfolgen mit sich brachte, rücken seit einiger Zeit die psychosomatischen Aspekte gerade innerhalb der Krankenhausmedizin, aber auch neue „Seuchen“ wie AIDS und Probleme des Krebskranken wieder in den Vordergrund. Sicherlich können von einer Ganzheitsmedizin getragene Vorstellungen im modernen Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus in naher Zukunft einen erneuten Wandel herbeiführen, der zwar ein wesentlicher Faktor in der Kostenspirale ist, aber auch gerade im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Geriatrischen Rehabilitation ein ethisches Muß unserer Wohlstandsgesellschaft darstellt.

## „Meilensteine 100 Jahre Medizingeschichte“

1890	Blutdruckmessung	RIVA-ROCCI
1890	Tuberkulin	ROBERT KOCH
1890	sterile OP-Handschuhe	STEWART HALSTED
1891	Diphtherie-Serum	EMIL BEHRING
1895	Röntgenstrahlen	WILHELM CONRAD RÖNTGEN
1898	Diphtherie-Toxin	ROUX u. YERSIN
1899	Tetanustoxin	KNUT FABER
1899	Aspirinsynthese	FELIX HOFFMANN
1902	Anaphylaxie	RICHET u. PORTER
1902	Blutgruppen	LANDSTEINER
1905	Syphilis-Erreger	SCHAUDINN u. HOFFMANN
1905	Strahlentherapie	MARIE CURIE
1905	Psychoanalyse	SIGMUND FREUD
1905	RR-Messung mit Auskult.	KOROTKOW
1910	Laparaskopie	KELLING
1910	Salvarsantherapie Lues	EHRlich, HATA
1914	Vitamin B	FUNK
1914	Thyroxin	KENDALL
1920	Elektrokardiographie	EINTHOVEN, COHN, LEWIS
1921	Elektroencephalographie	BERGER
1922	Erste Insulintherapie	CAMPBELL u. FLETCHER
1922	Röntgensichtaufn.	BOCAGE
1927	Vit. D durch UV-Strahlen	WINDAUS u. HESS
1927	Herzrhythmusstörungen	WENKEBACH
1929	Drehanodenröhre	BOUWERS
1929	Atmungsfermente	WARBURG
1929	Herzkatheter	FORSSMANN
1929	Penicillin	ALEXANDER FLEMING
1931	Elektronenmikroskop	KNOLL u. RUSKA
1932	Halbflex. Gastroskop	SCHINDLER u. WOLF



1937	Zitronensäurezyklus	KREBS
1937	Vitamin A Synthese	KUHN u. MORRIS
1938	Heparintherapie	JORPES u. MURRAY
1944	Wirkprinzip der Gene	BUTENANDT, KÜHN
1945	Duodenopankreatektomie	WHIPPLE
1945	Koronarangiographie	CASTELLANOS u. RADNER
1946	Muskelrelaxans/Curaretyp	BOVET
1946	Penicillin-Synthese	DU VIGNEAUD
1948	Vitamin B 12	FOLKERS, SMITH, PARKER
1952	Erythromycin	MC GUIRE
1952	Röntgen-Bildverstärkerröhre	
1953	Strukturanalyse Insulin	SANGER
1954	Strahlentherapie mit Kobaltbomben	
1955	SH-Therapie Diabetes	ACHELIS u. HARDEBECK
1956	Nierentransplantation	MERRILL
1956	Anti-Baby-Pille	PINGUS
1957	Aldosteronantagonisten	KAGAWA
1958	Leberblindpunktion	MENGHINI
1958	Fibergastroskopie	HIRSCHOWITZ, PETERS, CURTISS
1960	Herzschrittmacher	CHARDACK u. JOHANNSON
1960	Herzklappenoperation	STARR, HARKEN
1960	Gastrokamerauntersuchung	HEINKEL
1961	Echokardiographie, TM	EDLER
1967	Herztransplantation	CHRISTIAN BARNARD
1967	Real-time-Sonographie	KRAUSE u. SOLDNER
1968	Koronare Bypassoperation	FAVALORO
1968	Fiberbronchoskopie	IKEDA
1969	ERCP	McCUNE u OI
1970	Elektronenbeschleuniger-Betatron	
1971	Abdomensonographie	RETTENMAIER
1971	Polypektomie im Colon	DEYLE
1972	1. Gen-Synthese	KHORANA

1972	Rö-Computer-Tomographie	HOUNDSFIELD
1972	Gallensteinchemolyse	DANZINGER
1974	enoskop. Papillotomie	DEMLING, CLASSEN
1976	Lebertransplantation	STARZL
1976	Endosonographie	LUTZ, RÖSCH
1976	Echokardiographie, 2D+TM	
1977	PTA (Gefäßdilatation)	GRÜNTZIG
1979	Biosynthese Humaninsulin	GOEDDEL
1979	Oesophagusvarizenveröd.	PAQUET, SOHENDRA
1979	Endosk. Endoprothetik	SOHENDRA
1979	Routinevideoendoskopie	HEINKEL, FEINAUER
1980	PEG (endoskop. Nährsonde)	GAUDERER
1981	Lasertherapie	DWYER
1981	Herzinfarkt-Lysetherapien	
1982	AIDS	GALLO, MONTAGNIER
1982	transoesoph. Echokardiogr.	HENRATH, SCHLÜTER
1983	Duplexsonographie	
1983	Elektronisches Endoskop	CLASSEN
1983	ESWL (Nierensteine)	BRENDEL
1983	PTCA (Coronardilatation)	
1985	ESWL (Gallensteine)	SAUERBRUCH
1985	Polymerase-Chain-Reakt.	MULLIS u. SAIKI
1985	Kernspintomographie	
1985	Farbdopplerechokardiographie	
1987	Laserlithotripsie	FLEISCHER
1987	Minimal invasive Chir.	BUESS, SEMM

# DER AERZTLICHE PRAKTIKER.

Wochenschrift für die wissenschaftlich-

praktischen Interessen des Arztes.

Redaktion: Dr. A. Seidel, Berlin W. 62.  
Kleiststrasse 37-38.



Verlag u. Expedition: Gebr. Lüdeking,  
HAMBURG 13, Eppendorfer Weg 265-267.

Abonnementspreis pro Vierteljahr 3 Mark (incl. Postgebühr) und 15 Pfg. Postbestellgeld.

## Inhalts-Verzeichnis:

I. Original-Artikel. Die Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medizin Revue. 1. Diabetes mellitus (Birnbbaum). . . . .	Seite 50
2. Tuberkulosis (Löwenthal) . . . . .	
II. Feuilleton. 1. Nochmals über Rosenbach's Versuch einer Revision der Grundlagen unseres medizinischen Denkens u. Handelns. 2. Polypragmatische therapeutischer Nihilismus von Standpunkte der Rhinodaryologie (Platau). . . . .	58
III. Praktische Notizen. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. — Heilung des Prolapsus ani. — Die Therapie der Klapfenfelder. — Massage-Behandlung bei Ozaena. — Kalium hypermanganicum-Lösung als Antidot bei akuter Phosphorergiftung. . . . .	62
III. Aphorismen. . . . .	64
IV. Literatur. . . . .	64

## Original-Artikel.

### Die Fortschritte auf dem Gebiete der Inneren Medizin.

(Revue.)

#### Diabetes mellitus.

Wie in den vorhergehenden Jahren haben wir auch in dem zur Besprechung vorliegenden nur kleinere Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medizin zu erwähnen, die, soweit sie der ärztliche Praktiker kennen muss, hier zusammen gefasst werden sollen.

Eine ganze Reihe von Arbeiten liegen über den Diabetes vor. Das Dunkel, das vorläufig noch über der Aetiologie dieser Krankheit ruht, suchte der bekannte Spezialist für Zuckerkrankhe Schmitz in Neuenaahr zu lüften. Ein Mann, der 2500 Diabetiker gesehen, dürfte wohl im Stande sein, uns Aufklärung über diese Krankheit zu schaffen.

Er betont, dass er für das ursächliche Moment der Entstehung des Diabetes das Vorhandensein einer diabetischen Disposition annimmt. Dass das männliche Geschlecht häufiger an Diabetes erkrankt als das weibliche, bestätigt er. Die Krankheit ist vor dem 20. Jahre selten; sie wird von Jahrzehnt zu Jahrzehnt häufiger, am häufigsten im Alter von 50 bis 60 Jahren.

Bekannt ist, dass Diabetes vorzugsweise Juden befallt, ferner Schweden und Italiener, sehr selten ist das Leiden in der Rheinprovinz, in Westfalen und Bayern. Die überreichliche Zuckernahrung der ersterwähnten Völker kann nicht die alleinige Ursache des Diabetes sein; vielmehr ist nach Schmitz die Ursache des Diabetes in der Vererbung zu suchen. Schon Ferriehat das häufige Befallenwerden mehrerer Familienglieder von Diabetes konstatiert.

Schmitz hat ferner das erbliche Vorkommen des Diabetes in solchen Familien beobachtet, in denen schwere Psychosen, insbesondere tiefe Melancholie, ferner Morphiumsucht, Trunksucht, Onanie zu Hause waren; etwas seltener war dies bei tuberkulös und gichtisch belasteten Familien der Fall.

Die von Schmitz zuerst erwähnte Beobachtung, dass Diabetes nicht selten bei Elegatten vorkommt, ist von einer Anzahl anderer Forscher bestätigt worden. Schmitz vermutet, dass hier Mikroorganismen\*) mit im Spiele sind.

Ganz ablehnend verhält sich Schmitz gegenüber der Angabe, dass heftige psychische Insulte Diabetes hervorrufen können. Demgegenüber teilt Fleisch in Frankfurt a.M. ausführlich einen Fall mit, in welchem unweifelhaft akute Glykosurie in Folge psychischer Aufregung eintrat. Auch sonst dürfte, wohl diese Angabe Schmitz auf Widerstand stoßen.

Einen weiteren Beitrag hat Schmitz über die prognostische Bedeutung und die Aetiologie der Albuminurie bei Diabetes geliefert. Schmitz hat gefunden, dass Albuminurie bei Diabetes nicht, wie man bisher annahm, in 10 bis 25 pCt. aller Fälle vorkommt, sondern in über 75 pCt.

Schmitz hält das Auftreten von Albuminurie bei Diabetes im Allgemeinen nicht für ein böses Zeichen, wie man es früher glaubte. Die Albuminurie pflegt niemals hydropische Anschwellung oder gar Uraemie im Gefolge zu haben. Leichte Oedeme kommen bei Diabetes vor und stehen in gar keiner Beziehung zu der etwa vorhandenen Albuminurie.

In Bezug auf die Aetiologie der Albuminurie bei Diabetes glaubt Schmitz den lange Zeit und beständig fortgesetzten Genuss von sehr vielen Eiern, wie sie eben das Befolgen der antidiabetischen Diät leicht mit sich bringt, anschluldigen zu müssen.

Als zweites aetiologisches Moment führt Schmitz den so häufigen Blasenkatarrh der Diabetiker an, wie er so leicht durch Zersetzung des zuckerhaltigen Urins in der Blase entstehen kann. Eine Folge dieses Blasenkatarrhs ist dann oft Nephritis catarrhalis.

Eine Reihe von Studien über den Diabetes haben Posner und Epenstein veröffentlicht. Die Forscher haben die auch von uns schon erwähnte a-Naphtholprobe auf Zucker auf ihre praktische Verwertbarkeit am Krankenbette geprüft und empfehlen dieselbe durch-

\*) Vergl. die Erfolge von Vopelius mit innerlicher Darstellung von Lysozol. D. Red.



## Die Chirurgische Abteilung

Die letzten 100 Jahre sind ein Zeitabschnitt, der der modernen Chirurgie neben dramatischen Höhepunkten und gewaltigen Erfolgen auch Niederlagen und Rückschläge brachte.

Noch bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts hinein blieb das Repertoire eines Chirurgen recht bescheiden und beschränkte sich hauptsächlich auf Amputationen von Gliedmaßen, Unterbindung großer Gefäße, plastische Operationen und Eingriffe wegen Harnblasen- und Harnröhrensteinen. Erst die Erfindungen der Narkose sowie der Asepsis und Antiseptik machten es möglich, daß der Schmerz aus den Operationssälen verbannt wurde und die uralte Furcht vor der Infektion allmählich dahinschwand. Von da ab öffnete sich der Chirurgie der Weg in alle Bereiche des menschlichen Körpers.

Der Gründungstermin der beiden Krankenhäuser fiel in eine Zeit, als nur wenige Jahre zuvor erstmals eine Gallenblasen-, Blinddarm- und Magenoperation erfolgreich durchgeführt worden waren. Viele Jahre lang blieben solche Eingriffe, die heute zu Routineoperationen eines jeden Klinikchirurgen zählen, wenigen Zentren in Deutschland vorbehalten. Noch bis in den Anfang des 20. Jahrhunderts hinein wurden viele Patienten mit einer Blinddarmentzündung zu lange konservativ behandelt und nicht selten zu spät operiert. Dementsprechend hoch war die Sterblichkeit.

In den ersten Jahren bestand das Bezirkskrankenhaus Mühlacker aus 12 Betten. Krankenunterlagen aus dieser Zeit sind nicht mehr vorhanden. 1909/10 erfolgte eine Erweiterung der Bettenzahl auf 42. Wie aus den ältesten zur Verfügung stehenden Unterlagen vom Jahre 1911 hervorgeht, war das Haus in eine „Innere“ und eine „Äußere“ Abteilung gegliedert. In letzterer wurden Patienten mit Verletzungen, Leistenbrüchen, Blinddarmentzündungen sowie gynäkologischen Erkrankungen behandelt.

So wird beispielsweise berichtet, daß am 18. 10. 1911 eine Patientin namens Maria Kautz (Namen geändert), Ehefrau des Andreas Kautz, Bauer in Dürrmenz, geb. 12. 9. 1860 zu Corres, wegen einer eitrigen Blinddarmentzündung operiert werden mußte und am 11. 11. 1911 wieder geheilt

entlassen werden konnte. Operateur war ein Dr. Renz aus Pforzheim, Assistent Dr. Hebenstreit. Interessant sind auch die Angaben über die Höhe der Behandlungskosten. Noch 1920 betrug ein 33-tägiger stationärer Aufenthalt wegen einer Blinddarmoperation 167 RM und 20 Pf.

Dr. Hebenstreit und Dr. Friedrich Reichmann betreuten von 1910–1944 bzw. 1910–1946 die chirurgischen Patienten im Krankenhaus Mühlacker. Erst ab 1946 wurden mit der Ernennung von Dr. Willy Wehnert, dem ersten Facharzt für Chirurgie, zum Chefarzt am Krankenhaus Mühlacker, die Abteilung eigenständig und damit das chirurgische Spektrum wesentlich erweitert. Es entsprach etwa dem eines heutigen Krankenhauses der Grundversorgung. Dem Einsatz von Dr. Wehnert war es zu verdanken, daß das alte Krankenhaus umgebaut und neue Operationssäle eingerichtet wurden. Eine Erweiterung auf insgesamt 61 Betten erfolgte 1951.

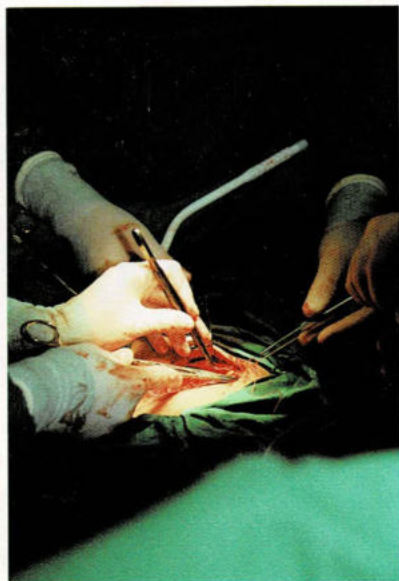
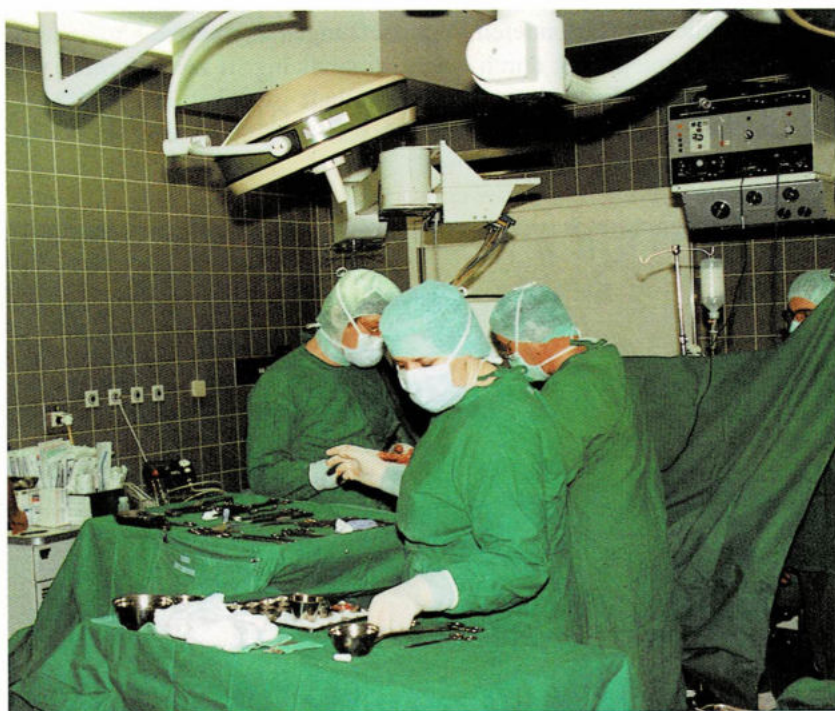
Nachfolger von Dr. Wehnert wurde Dr. Heinz Lempp, der die Abteilung von 1962 bis 1979 leitete. Ein Wendepunkt in der Geschichte der Krankenhäuser stellte die Inbetriebnahme des neuen, nach modernsten Gesichtspunkten erbauten und am 2. 10. 1975 eröffneten Kreiskrankenhauses „Im Lindach“ dar. An dessen Planung und Entwicklung hatte Herr Dr. Lempp maßgeblichen Anteil. Zum gleichen Zeitpunkt wurde das Kreiskrankenhaus Maulbronn aufgelöst und in Mühlacker integriert, weshalb es von 1975–1977 für 2 Jahre mit Dr. Adolf Hornberger zwei Chefarzte für Chirurgie gab.

Von 1979 bis 1988 übernahm Dr. Gerhard Raguse die Leitung der Chirurgischen Abteilung. Nachfolger wurde am 1. 7. 1988 Dr. Wolfgang Haug.

Die Chirurgische Abteilung verfügt derzeit über 92 Betten. Neben 2 Oberärzten sind 4 Assistenzärzte, 3 Ärzte im Praktikum, zahlreiche Fachschwestern und Fachpfleger tätig. Gemäß dem Auftrage eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung sind die angewandten operativen Verfahren sehr breit gefächert und entsprechen den aktuellen internationalen Standards.

Die moderne und apparativ zweckmäßige Ausstattung erlaubt es, daß neben Notfalleingriffen in allen Körperhöhlen nahezu alle Operationen der Allgemein-Bauch- und Schilddrüsenchirurgie sowie der Unfall- und Wiederherstellenden Chirurgie durchgeführt werden. Eingriffe der Plastischen Chirurgie, der Handchirurgie sowie der Hüftgelenksendoprothetik runden das breite Spektrum ab.

In den letzten 100 Jahren haben Chirurgen Großes vollbracht, und die Entwicklung in der Chirurgie schreitet ständig weiter fort. So ist es heute



Operationen 1992



bereits möglich, bei besonderen Voraussetzungen u. a. Gallenblasensteine mittels Bauchspiegelung durch einen Minimaleingriff zu entfernen, was besonders für Risikopatienten sehr vorteilhaft ist. Auch am Kreiskrankenhaus Mühlacker wird diese Methode seit 1992 durchgeführt.



Operationen im 19. Jahrhundert

## Die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung

Als am 2. 10. 1975 in Anwesenheit der Gesundheitsministerin, Frau Annemarie Griesinger, das neue Schwerpunktkrankenhaus in Mühlacker seiner Bestimmung übergeben wurde, ging ein merkliches Aufatmen durch die Reihen aller an der Planung und am Bau Beteiligten. Endlich war das langersehnte und langerarbeitete Ziel erreicht, ein neues, modernes und funktionsfähiges Kreiskrankenhaus zur Grund- und Regelversorgung übernehmen zu können zum Wohle aller jetzt und in Zukunft zur Aufnahme kommenden Patientinnen und Patienten.

Ein langer, mühevoller Weg vom Bezirkskrankenhaus 1892 bis zum Schwerpunktkrankenhaus erster Ordnung 1975 war zu Ende gegangen. Auch für die Geburtshilflich-Gynäkologische-Abteilung bedeutete dies den langersehnten Wendepunkt. Im Bezirkskrankenhaus Mühlacker oblag die Versorgung der Patientinnen den praktischen Ärzten mit Geburtshilfe, Herrn Sanitätsrat Dr. Victor Reichmann, sowie Dr. August Hebenstreit und Dr. Friedrich Reichmann. Neben ihrer ausgedehnten Praxis-tätigkeit führten sie kleinere gynäkologische Eingriffe im Krankenhaus durch. Zu erwähnen ist, daß der spätere, langjährige Direktor der Universitätsfrauenklinik Tübingen, Prof. Dr. A. Mayer seine ärztliche Tätigkeit im Winter 1900/1901 als Praxisassistent hier in Mühlacker bei Sanitätsrat Dr. Reichmann begann. In diesen Zeiten war die Geburtshilfe überwiegend Hausgeburtshilfe. Im Jahr 1918 erfolgte der Aufruf zur Stiftung eines Entbindungsheimes in Mühlacker. Bedingt durch die Nachkriegsverhältnisse, konnte schließlich im Jahr 1927 ein Entbindungsheim durch die AOK in den späteren Räumen des Städtischen Entbindungsheimes eröffnet werden. Der erste Schritt in Richtung stationäre Entbindung war begonnen. Bis 1945 existierte dieses Entbindungsheim, wurde aber im Jahr 1945 aufgelöst. 1946 erfolgte die Eröffnung des Privatentbindungsheimes Maier und 1947 wurde das Entbindungsheim am alten Platz, aber jetzt unter der Regie der Stadt Mühlacker wieder eröffnet, und zwar am 15. 11. 1947. Die Leitung dieser Entbindungsheime oblag erfahrenen Hebammen: Das Städtische Entbindungsheim unter der Leitung der Hebamme Schwester Frieda Schnell und das private Entbindungsheim unter Leitung der Hebamme Margarete Maier. Bezüglich der erforderlich

werdenden ärztlichen Behandlung bestand freie Arztwahl. Das heißt, sowohl freipraktizierende Praktische Ärzte mit Geburtshilfe, als auch der in Mühlacker tätige Frauenarzt und zwischenzeitlich auch der in Vaihingen tätige Frauenarzt konnten geburtshilflichen Beistand leisten. Nach heutigen Maßstäben bedeutete der Betrieb der Entbindungsheime eine Zwischenstufe zur Krankenhausentbindung. Es fehlten aber ganz wesentliche Einrichtungen zur Vornahme von operativen Entbindungen, Laboruntersuchungen, ständige ärztliche Anwesenheit usw.

Im Jahre 1933 ließ sich der erste Frauenarzt in Mühlacker nieder, Herr Dr. Hans Roth. Er übte seine Tätigkeit bis 1945 aus, und nach einer zwischenzeitlichen Tätigkeit von Frauenarzt Dr. Specht bis zum Jahr 1948 war wiederum Herr Dr. Roth bis ins Jahr 1965/1966 hier tätig. Herr Dr. Roth verstarb nach längerer schwerer Krankheit am 16. 3. 1966. Neben seiner Praxis in Mühlacker bekam Herr Dr. Roth Belegbetten in den Kreiskrankenhäusern Mühlacker und Maulbronn, und er war auch in den Entbindungsheimen in der Hauptmannstraße und in der Bahnhofstraße tätig. Durch seine Tätigkeit erweiterte sich das operative Spektrum in der Frauenheilkunde wesentlich. Eine Erschwernis der Krankenhaustätigkeit bedeuteten die weit auseinanderliegenden Krankenhäuser von Mühlacker und Maulbronn.

Das im Jahr 1930 eröffnete neugebaute Bezirkskrankenhaus Maulbronn wies im Gegensatz zum Bezirkskrankenhaus und späteren Kreiskrankenhaus Mühlacker bereits Entbindungsmöglichkeiten in einem Entbindungsraum mit Nebenräumen auf, so daß hier, im Krankenhaus selbst, durch freipraktizierende niedergelassene Hebammen (Mutter und Tochter Klink) Entbindungen durchgeführt werden konnten.

Die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg wies für das Schwerpunktkrankenhaus Mühlacker eine eigenständige, hauptamtlich geführte Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung aus, und so kam der Kreistag des damaligen Landkreises Vaihingen zu dem Beschluß, für das bereits in Planung befindliche Krankenhaus Mühlacker und für die notwendig gewordene Überbrückung in den bestehenden Altbauten Mühlacker und Maulbronn eine befriedigende Lösung zu finden. Am 14. 10. 1965 beschloß deshalb der Kreistag, eine Chefarztstelle für die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung des Schwerpunktkrankenhauses Mühlacker auszuschreiben. Der gewählte Chefarzt sollte dem Krankenhausträger bei den Bauberatungen für das neue Krankenhaus zur Verfügung stehen und bis zur Fertigstellung dieses Hauses die bestehende Belegabteilung in den Kreiskrankenhäusern Mühlacker und Maulbronn versorgen.



Die  
Königl. Preussische und Chur-Brandenb.  
**Hof-Wehe-Mutter,**

Das ist:  
Ein höchst nöthiger Unterricht  
von schweren und unrecht-stehenden Geburthen,

In einem Gespräch vorgelesen,  
Wie nehmlich, durch Göttlichen Verstand, eine wohlunterrichtete Wehe-Mutter  
mit Verstand und geschulter Hand dergleichen verfahren, aber wanns Noth ist,  
das Kind wenden kann;

Durch vieler Jahre Uebung selbst erfahren und wahr befunden:  
Nun aber

GOTT zu Ehren und dem Nächsten zu Ruh,  
Auf gnädigst- und inkräftigstes Verlangen Durchlauchtigst- und vieler  
hohen Standes- Persönnen verbesert,  
mit einem Anhange

heilsamer Arzenei- Mittel,

mit denen ditsfalls erregten Controvers-Schriften

vermehrter,  
Nebst doppelter Vorrede,  
Kupffern und nöthigen Register zum Druck befördert

von  
Justinen Siegemundin, gebohrnen Diettrichin,  
von Königsberg aus Schlesien, im Jansischen Jüdischenum gelegen.

W E N N D,  
zu finden bey Christian Friedrich Wof, 1752.

Hebammenlehrbuch  
der berühmten  
Chur-Brandenburgischen  
Hof-Wehe-Mutter  
Justine Siegemundin  
von 1752

DIE

## OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

MIT EINSCHLUSS

DER

GYNÄKOLOGISCHEN UNTERSUCHUNGSLEHRE

VON

DR. A. HEGAR, UND DR. R. KALTENBACH,

Ordinab. Med. Geh. Rath, Prof. Ord. Publ. der  
Geburtshilfe und Gynäkologie. Director der  
gynäkol. Klinik an der Universität Freiburg. II Prof. Publ. ord. der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director des gynäkol. Klinik an der Universität Wien.

Dritte

gänzlich ungenarbeitete und vermehrte Auflage.

MIT 248 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN HOLZSCHNITTEN.



STUTTGART.

VERLAG VON FERDINAND ENKE.

1886.

Erste umfassende gynäkologische  
Operationslehre von  
dem Begründer der operativen  
Gynäkologie, Prof. Hegar,  
Universitätsfrauenklinik  
Freiburg im Breisgau und seinem  
Oberarzt Prof. Kaltenbach

Nach üblichem Auswahlverfahren erfolgte die Wahl des Chefarztes am 13. 1. 1966 durch den Kreistag des noch bestehenden Landkreises Vaihingen. Die Wahl des Gremiums fiel auf Dr. med. Walter Kummer, 1. Oberarzt an der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Sindelfingen.

Er begann seine Tätigkeit am 1. 7. 1966. Im Hinblick auf den Neubau wurden sofort die auch im Neubau notwendig zur Anwendung kommenden Geräte, Instrumente, Apparate, OP-Tische, Entbindungsbetten usw. angeschafft. Die Gynäkologie war zunächst in Mühlacker konzentriert aufgrund der baulichen Gegebenheiten, die Geburtshilfe in Maulbronn. Der Trend in der folgenden Zeit zur Krankenhausgeburtshilfe fand zunehmend Resonanz bei den Patientinnen, so daß die traditionsreichen Einrichtungen der Entbindungsheime in Mühlacker schlossen, das Städtische Entbindungsheim am 31. 3. 1968 und das Entbindungsheim Maier am 1. 8. 1969.

Um eine verbesserte Sicherheit im Bereich der Geburtshilfe zu erreichen, erfolgte bei zunehmenden Patientinnenzahlen im Herbst und Winter 1969 der allerletzte Ausbau im alten Kreiskrankenhaus Mühlacker. Die bis jetzt fehlenden Entbindungsmöglichkeiten, wie Kreißsaal, Säuglingszimmer, Zimmer für die Hebammen, Untersuchungszimmer, wurden eingebaut. Der Umzug von Maulbronn nach Mühlacker fand im Januar 1970 statt, so daß jetzt endlich sowohl die Gynäkologie als auch die Geburtshilfe unter einem Dach waren.

Die bisher als Gemeindehebammen tätigen Hebammen fanden Schritt für Schritt Anstellung an der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung, um auch hier die üblichen Verhältnisse zu schaffen.

Die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung im Neubau des Kreiskrankenhauses Mühlacker umfaßt 60 Patientenbetten, dazu kommen 30 Neugeborenenbettchen. Der ärztliche Stellenplan umfaßt Chefarzt, zwei Oberärzte und fünf Assistenzärzte, die rund um die Uhr zur Versorgung unserer Patientinnen zur Verfügung stehen. Dazu kommt die entsprechende Anzahl von Schwestern auf der Station, von Säuglingsschwestern in der Neugeborenenabteilung und von erfahrenen Hebammen im Entbindungsbereich. Die Abteilung führt eine familienorientierte Geburtshilfe durch. Es wird ein möglichst natürlich ablaufender Geburtsverlauf gewünscht unter Anwesenheit von Familienangehörigen, in der Regel des Ehemannes oder Partners. Der Kontakt zum Neugeborenen, sofort nach der Entbindung, wie später in Form des Rooming-in, hat guten Anklang gefunden. Davor werden bereits Geburtsvorbereitungskurse mit psy-



Vor der Neugeborenen-Abteilung

chosomatischer Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik durchgeführt, später Rückbildungsgymnastik. Es werden Säuglingspflejekurse mit Vorträgen von Ärzten der Abteilung und Kinderärzten angeboten. Krankengymnastinnen versorgen die Frauen mit im Wochenbett. Um die Hausgeburt sicher zu machen, bieten wir eine ambulante Geburt an, so daß die Familie nach wenigen Stunden wieder nach Hause zurückkehren kann, um dort von ihren Wunschhebammen weiterversorgt zu werden unter Hinzuziehung von Kinderarzt und praktischem Arzt oder Frauenarzt oder Frauenärztin. Daneben bieten wir die Hausgeburt in der Klinik an, daß heißt ambulante Geburt unter Hinzuziehung der niederge-



Bei der operativen Pelviskopie



Im gynäkologischen OP



lassenen Hebamme, die die Frau bereits während der Schwangerschaft betreut hat; sie ist auch während der Geburt anwesend und kann ebenfalls Mutter und Kind anschließend an eine normale Geburt wieder nach kurzer Zeit nach Hause nehmen. Die kinderärztliche Versorgung erfolgt durch enge Kooperation mit der Städtischen Kinderklinik Pforzheim, so daß auch Risikogeburten eine optimale Betreuung erhalten; auch die Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen usw. werden von Oberärzten der Städtischen Kinderklinik durchgeführt. Zur Geburtsüberwachung zählen die Amnioskopie, die Cardiotokographie, Ultraschall und Mikroblutuntersuchungen. Durch all diese Maßnahmen hat sich die Säuglingssterblichkeit wesentlich auf internationalen Standard senken lassen.

In der Gynäkologie (Frauenheilkunde) werden sowohl konservative, wie operative Behandlungen durchgeführt. Nachdem sich die operative Frauenheilkunde im 19. Jahrhundert von der Chirurgie abgespalten hatte, entwickelte sie sich rasch zu einem eigenständigen Fachgebiet. In der Abteilung werden sämtliche Operationen eines Krankenhauses der Regelversorgung durchgeführt; sowohl operative Eingriffe an der Gebärmutter und an den Adnexen, wie Myomoperationen, Senkungsoperationen, Operationen bei Carcinomen des Genitales und Carcinomen der Brustdrüse einschließlich eingeschränkter Operationen werden vorgenommen, daneben auch die üblichen kleineren Eingriffe, wie Konisation, Diagnostik im Bereich der Eileiter, Probeexcision der Brustdrüse, Ausschabungen, Abort-Nachtastungen, Cerclagen usw.

Durch die Entwicklung der Pelviskopie, d.h. der Bauchspiegelung im Bereich des inneren Genitales, hat sich das operative Spektrum nochmals wesentlich erweitert. Es können durch diese Eingriffe sowohl diagnostische wie operative Maßnahmen durchgeführt werden, häufig kann dadurch eine früher notwendig gewordene Eröffnung der Bauchhöhle vermieden werden; dadurch verkürzt sich auch die Liegezeit der so operierten Patientinnen wesentlich.

Im Rahmen der Sprechstundentätigkeit des Chefarztes können auch ambulante Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie vorgenommen werden, einschließlich der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen.

Die Zahl der stationären Patientinnen liegt über 2 000, die Zahl der Geburten ist kontinuierlich angestiegen und steht zur Zeit kurz vor der Zahl 1 000 pro Jahr.

Aufgrund der Krankenhausplanung, durch die Weitsicht des Krankenhausträgers und der Gremien, nicht zuletzt durch den Zuspruch der Patientinnen, weist das Kreiskrankenhaus Mühlacker eine vollfunktions-

fähige Abteilung auf, die es auch ermöglichen wird, im kommenden Jahrhundert die anvertrauten Patientinnen zufriedenstellend und mit Erfolg zu versorgen.

