

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 69 (1971)

Heft: 11

Artikel: Die BCG-Impfung des Neugeborenen im Rahmen der Tuberkulose-Bekämpfung

Autor: Dubler, O.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950920>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor Prof. Dr. M. Berger)

Die BCG-Impfung des Neugeborenen im Rahmen der Tuberkulose-Bekämpfung

von O. Dubler

Allgemeines über die Tuberkulose

Die Tuberkulose ist eine heimtückische und langwierige Infektionskrankheit, welche durch das *Mycobacterium tuberculosis* — nach seinem Entdecker Robert Koch oft auch Kochscher Bazillus genannt — verursacht wird.

Die Ansteckung durch den Erreger erfolgt meist auf dem Luftweg durch Tröpfchen oder Staub. Seit der Ausmerzung der Rindertuberkulose in der Schweiz ist die alimentäre Infektion vor allem durch Milch und Butter bei uns praktisch verschwunden. Selten ist die Infektion durch direkten Kontakt und sehr selten die konnatale Tuberkulose, bei welcher das Kind bei einer Genitaltuberkulose der Mutter schon im Uterus über den Plazentarkreislauf infiziert wird.

Die Tuberkulose ist eine ausgesprochene Auslesekrankheit, d. h. Infektion ist noch nicht gleichbedeutend mit Erkrankung. Diabetes und Alkoholismus sind häufige Schrittmacher. Zahl und Virulenz der Erreger sowie vor allem die unspezifische Resistenz und die Immunitätslage des Infizierten (Disposition) entscheiden über den weiteren Verlauf: Die Folgen einer Infektion sind entweder positive Tuberkulinreaktion bei sonst völliger Gesundheit oder latenter, klinisch nicht manifester Krankheitsprozess oder diagnostizierbare Erkrankung.

Der Nachweis der Tuberkuloseinfektion erfolgt durch die Tuberkulinprobe, bei uns am häufigsten durch den perkutanen Moro-Pflastertest oder die intrakutane Montoux-Probe. Einwandfreie Technik vorausgesetzt bedeutet eine positive Tuberkulinreaktion, dass das Individuum mit Tuberkelbazillen infiziert oder BCG-geimpft wurde. Negativ fällt die Tuberkulinprobe aus bei Nichtinfizierten, während der Intubationszeit, welche 3—8 Wochen dauert, bei schweren Krankheitszuständen, bei gewissen akuten Infektionen, z. B. Masern, bei gewissen Individuen, die gar nicht fähig sind, auf Tuberkulin zu reagieren und gelegentlich auch bei der fulminant verlaufenden Miliartuberkulose.

Mit der eigentlichen Erkrankung beginnt eine oft lebenslang dauernde Krankengeschichte mit monatelangen Sanatoriumsaufenthalten, zahlreichen Entbehungen in den Remissionsphasen und mit Rückfällen, besonders im Alter. Todesfälle an Tuberkulose sind selten geworden, kommen aber vor allem bei Kleinkindern immer noch vor: von den zahlreichen Tuberkulose-Invaliden hört man wenig.

Folgende wichtigste Symptome und Befunde führen zur Diagnose: Nachtschweiss, Fieber, erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit, Umschlag der Tuberkulinprobe, typische Befunde im Thorax-Röntgenbild, Erregernachweis in Sputum, Magensaft oder Liquor durch direkten Ausstrich oder vor allem aus der Kultur.

Schematisch kann man im Ablauf der Tuberkulose-Krankheit drei Sufen unterscheiden: Der Primärherd liegt im Bereich der Eintrittspforte und erfasst dort die nächstgelegenen Lymph-

knoten (*Primärtuberkulose*). Von hier erfolgt die Streuung der Erreger über den Blutweg, welche besonders bei Kindern und jungen Erwachsenen zu akuten bis subakuten Organmanifestationen wie Meningitis, Pleuritis, Peritonitis oder Miliartuberkulose führt (*postprimäre Früh-tuberkulose*) oder nach jahrelanger Latenz zur eigentlichen *Organtuberkulose* wie Lungen-, Urogenital-, Knochen-, Gelenk- und Hauttuberkulose, um nur die wichtigsten zu nennen.

Die heutige Tuberkulose-Situation

Weltweit erliegen heute noch jährlich schätzungsweise 5 Millionen Menschen der Tuberkulose. Sie ist eine der am weitesten verbreiteten menschlichen Erkrankungen, die am meisten chronische und persistierende Infektionskrankheit, deren Bekämpfung bis vor kurzem fast ausschliesslich von der Verbesserung der sozialen und ökonomischen Bedingungen abhing. Bei den 18-Jährigen fand man im Kanton Zürich 1895—1898 eine Infektionsquote von 97—98% (*Naegeli*), 1937 betrug diese noch 22% (*Uehlinger*). Die über Jahrzehnte organisierte durchgeführte Tuberkulosebekämpfung führte zu einer Verlangsamung der Durchseuchung und allgemein zu einer Verschiebung der Primärinfektion ins jugendliche und spätere Erwachsenenalter. Trotzdem zählte man 1961 in der Schweiz noch 584 Todesfälle und rund 9000 Neuerkrankungen. 55% der Bevölkerung ist mit Tuberkulose infiziert. Jährlich ist mit 50 000 Frischinfizierten zu rechnen.

Bei Kindern fand man in 4 Bezirken der Zürcher Landschaft folgende Durchleuchtungszahlen (*Haefliger*):

Jahr	0—3-Jährige	4—6-Jährige
1955	2,2 %	3,1 %
1960	1,5 %	2,6 %
1965	1,3 %	1,4 %

Diese Zahlen betreffen infizierte, nicht aber erkrankte Kinder, deren Tuberkulinprobe ohne vorangegangene BCG-Impfung positiv ausgefallen war. Wohl geht die Durchseuchung mit den Kalenderjahren zurück, aber trotzdem ist klar ersichtlich, dass die Tuberkulose bereits bei Kleinkindern eine Rolle spielt.

Weitere Fakten mögen die Bedeutung der Tuberkulose im Kindesalter und besonders beim Säugling darlegen. Als Beispiel für die Erkrankungsrate stehen uns die Zahlen über das Vorkommen der tuberkulösen Meningitis bei Kindern zwischen 1/2 und 14 Jahren von 1958—1968 zur Verfügung, welche in der Universitäts-Kinderklinik Bern behandelt wurden. Es handelt sich um insgesamt 29 Fälle, 16 Knaben und 13 Mädchen, wovon keines BCG-geimpft war. Das häufigste Alter bei der Erkrankung war 1/2—5 Jahre. Diese begann meist mit Fieber, Erbrechen, Müdigkeit und meningitischen Zeichen. Geheilt wurden 11 Kinder, bei 13 kam es nur zu einer teilweisen Heilung, wobei Dezerebration, zerebrale Lähmung, Entwicklungsrückstand, Demenz, organisches Psychosyndrom, Gehörschädigung oder Taubheit, Sehschwäche oder Blindheit und Kleinwuchs als Defekte zurückblieben. Bei den 29 Kindern waren 5 Todesfälle zu verzeichnen, davon 4 Kleinkinder (1/2—5 Jahre). Beim Kleinkind unter 2 Jahren sind die Heilungsaussichten der Meningitis tuberculosa 10mal schlechter als bei älteren Kindern, wobei die Schwierigkeit der Frühdiagnose noch zusätzlich ins Gewicht fällt.

Überhaupt ist die Sterblichkeit im Kleinkindesalter weitaus am höchsten. In den Jahren 1955—1959 starben in der Schweiz 61 Kinder im Alter unter 5 Jahren an Tuberkulose und nur 18 der 5—14-jährigen.

Die Bekämpfung der Tuberkulose

Auch noch im Jahre 1970 hält die BCG-Arbeitsgruppe der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose daran fest, dass uns die epidemiologische Situation der Schweiz verpflichtet, keines der uns zur Verfügung stehenden Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose zu vernachlässigen, und dass insbesondere die Impfung für uns eine notwendige Vorbeugungsmassnahme darstellt.

An erster Stelle steht sicher die Erfassung und Behandlung der Tuberkulosekranken (Infektionsquellen). Zusammen mit den seuchenpolizeilichen Massnahmen wie Meldung an die Gesundheitsbehörde, Isolierung und Desinfektion der kontaminierten Umgebung wird dieser Teil der Infektionsbekämpfung als *Expositionsprophylaxe* bezeichnet. Ziel ist, eine Infektion empfänglicher Individuen überhaupt zu verhindern.

Zur Erfassung von Tuberkulosekranken führt einerseits die Untersuchung der ärztlichen Sprechstunde oder im Spital, andererseits Massenuntersuchungen mittels Schirmbild, Röntgenreihenuntersuchungen und Tuberkulintestierungen. Auch die gezielte Untersuchung der Umgebung eines Frischerkrankten bringt oft weitere Streuquellen zum Vorschein.

Das Schwergewicht der Tuberkulosebehandlung liegt bei der Chemotherapie, wobei meist zwei bis drei Tuberkulostatika in gleichzeitiger Kombination zur Anwendung kommen. Die bekanntesten Mittel sind Streptomycin, P-Aminosalicylsäure (PAS), Isoniazid und die neueren Markenpräparate Myambutol und Rimactan. Gelegentlich muss ein resistenter Organherd mit chirurgischen Mitteln saniert werden.

Das Ziel der *Dispositionsprophylaxe* liegt darin, den Schutz des Individuums durch Verstärkung seiner natürlichen Abwehr gegen eine allfällige eintretende Infektion zu erhöhen. Sie umfasst unspezifische Massnahmen wie Verbesserung der Lebensbedingungen als auch höchst spezifische wie die aktive Immunisierung (BCG-Impfung) oder die individuelle Chemoprophylaxe (vorbeugende Behandlung von infizierten, aber noch nicht nachweisbar erkrankten Personen mit Tuberkulostatika). Der BCG-Impfstoff besteht aus abgeschwächten, nicht pathogenen Tuberkelbakterien. Dieser Stamm wurde 1908 von Calmette und Guérin im Pariser Pasteur-Institut durch 230 Passagen auf Glycerin-Galle-Kartoffel-Nährboden gewonnen (Bacille Calmette Guérin). Die Eigenschaften dieser Bakterien wurden in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht. Wesentlich sind die drei folgenden Qualitäten: Unschädlichkeit, Provokation einerseits einer spezifischen Abwehr gegen das Tuberkelbakterium (Immunität), andererseits eines Umschlags der Tuberkulinprobe von negativ auf positiv (Allergie).

Über die Wirksamkeit der BCG-Impfung besteht eine umfangreiche Literatur. Einige Beispiele seien hier kurz angeführt:

- Von 14 100 BCG-geimpften Adoleszenten erkrankten gegenüber 13 300 nicht geimpften nach 2 1/2 Jahren 80 % weniger an Tuberkulose, nach 5 Jahren 86 % weniger (British Medical Research Council 1963).
- Bei 592 000 Geimpften in Nordrhein-Westfalen betrug die Erkrankungshäufigkeit der Geimpften 0,3 % gegenüber 3,4 % der Nichtgeimpften (König und Schulze 1951).
- In Hamburg mit einer Impfquote von 95 % der Neugeborenen ist zwischen 1957 und 1963 kein Tuberkulose-Todesfall bei Kindern mehr aufgetreten (Jahrbuch des DZK 1963).
- BCG-geimpfte Neugeborene aus tuberkulösen Elternhäusern wurden in Chicago untersucht: Unter 231 vakzinieren Kindern erkrankten jährlich 0,68 % und unter 220 nicht-

geimpften 2,62 %. Das bedeutet eine Reduktion um 74 % (Rosenthal 1961).

Wie aus diesen Angaben hervorgeht, kann man den Impfschutz nicht als absolut bezeichnen. Auch beim Geimpften spielen die Art der Infektion und die persönliche Disposition noch eine wichtige Rolle. Die Untersuchungen ergeben aber auch, dass die Erkrankungen eines Geimpften deutlich gutartiger verläuft als beim Nichtgeimpften. Die Dauer des Impfschutzes kann man nicht genau angeben, sie liegt zwischen 5 und 10 Jahren.

Die BCG-Impfung des Neugeborenen

Die BCG-Impfung ist für die Neugeborenen schmerzlos und ungefährlich, sie verursacht kein Fieber und keine Erkrankung, schwere Impfreaktionen treten nicht auf. Eine Tuberkulinvortestierung ist während der zwei ersten Lebenswochen nicht notwendig. Der Impfschutz umfasst einen Lebensabschnitt, in welchem sich eine allfällige Ansteckung mit Tuberkelbazillen besonders verhängnisvoll auswirken kann, droht dem Kleinkind doch die Gefahr der Frühgeneralisierung mit Meningitis, Pleuritis und Miliartuberkulose. Und wer kann uns garantieren, dass ein heute geborenes Kind in den nächsten Jahren keiner Ansteckung ausgesetzt sein wird?

Organisatorisch kann man sich keine günstigeren Voraussetzungen für eine Reihenimpfung wünschen. Bis zum Schuleintritt sind zu keiner anderen Zeit so viele Kinder eines Geburtsjahrganges an so wenigen Orten versammelt wie die Neugeborenen in den ersten Tagen ihres Lebens in den geburtshilflichen Kliniken. Ohne dass eine Mutter auch nur eine Minute ihrer Zeit opfern müsste, werden alle diese Kinder geimpft. Schon wenige Tage später wären für viele Mütter weite Wege und längere Wartezeiten unerlässlich. Nach wenigen Wochen müssten die Kinder mit Tuberkulin vortestiert werden, was bereits mindestens zwei bis drei Arztbesuche erfordern würde. Die Beteiligung an der Neugeborenenimpfung wird deshalb immer wesentlich höher sein als bei jeder späteren Impfung. Selbstverständlich wird bei uns nur auf freiwilliger Basis geimpft. Die Eltern müssen genügend orientiert werden (eventuell durch ein Merkblatt) und ihre schriftliche Einwilligung geben.

Bei der Neugeborenenimpfung entfallen nahezu alle Gegenindikationen, die für die BCG-Impfung bei älteren Impflingen bekannt sind. Eine strenge untere Gewichtsgrenze ist nicht vorgeschrieben, wenn man auch bei untergewichtigen Kindern, die ohnehin noch längere Zeit auf der Abteilung bleiben, gerne noch etwas zuwartet, bis sie 2500 g erreicht haben. Kinder mit möglichen Geburtstraumen werden mit Vorteil von der Impfung ausgenommen, um nicht dem Kausalitätsbedürfnis der Laien bei eventuellen Blutungsspätschäden Nahrung zu geben. Aus dem gleichen Grunde verzichtet man auf die Impfung von Neugeborenen mit schweren Missbildungen oder mit bereits offensichtlichen angeborenen Hirnschäden, z. B. mit Hydrozephalus oder Mongolismus.

Kinder von Eltern mit aktiver Tuberkulose müssen isoliert und in der ersten Lebenswoche geimpft werden. Erst wenn die Tuberkulinprobe nach einigen Wochen positiv geworden ist, darf die Isolierung aufgehoben werden. Besteht sogar die Gefahr, dass ein Kind durch die Mutter intrauterin oder unter der Geburt angesteckt worden ist, so muss es während 8—10 Wochen prophylaktisch mit einem Tuberkulostatikum behandelt werden. Wenn dann eine Infektion ausgeschlossen werden kann und die Tuberkulinprobe negativ ist, folgt die Impfung. Die BCG-Impfung beim Neugeborenen sollte, da sie technisch nicht ganz einfach ist, von einem Pädiater oder einem anderen in dieser Impfung erfahrenen Arzt durchgeführt werden. Man verwendet am besten spezielle Einmalgebrauch-Spritzen und -Nadeln. 0,1 ml frisch aufgelösten Trockenimpfstoffs werden in Form einer Quaddel streng intrakutan über dem distalen Drittel des Deltamuskels, also am Oberarm, injiziert. Am

Oberschenkel treten häufiger Drüsenkomplika­tionen auf. Als lokale Impfreaktion entsteht ein kleines Gschwür, das häufig bis zur völligen Abheilung mehrere Monate bestehen bleibt. Die eitrige Sekretion wird allein durch die BCG-Bazillen hervorgerufen. Eine Superinfektion mit Mischflora entsteht praktisch nie. Dieses kleine Geschwür soll weder desinfiziert noch mit Salben oder Umschlägen behandelt, sondern einfach mit trockenem Schnellverband abgedeckt werden. Nur in seltenen Ausnahmefällen bei abnorm starken Reaktionen kann etwas Rimifon-Puder verwendet werden. Eine Schwellung der regionären Lymphknoten kommt in mässigem Grad und während kürzerer Zeit gelegentlich vor, wird aber meistens nicht einmal bemerkt.

In ca. 1 % kommt es beim Kleinkind zur Einschmelzung von lokalen Lymphknoten. Man punktiert diese Drüsen oder setzt eine kleine Inzision und appliziert Rimifonlösung oder eventuell etwas Hydrocortison. Die Abheilung erfolgt praktisch immer in kurzer Zeit, und es bleibt höchstens eine kleine Narbe zurück.

Selbstverständlich soll besonders im Säuglingsalter das Intervall von einigen Wochen bis zum Eintreten des Impfschutzes beachtet werden. In dieser Zeit ist jedes vermeidbare Infektionsrisiko zu umgehen.

Anlässlich der Impfung wird ein persönlicher Impfausweis ausgestellt, auf welchem später auch die Blutgruppe, Bluttransfusionen, andere Impfungen, Serum-Injektionen, Allergien und vor allem auch spätere Tuberkulinproben eingetragen werden. Er ist deshalb zu späteren ärztlichen Konsultationen mitzubringen.

Bei den Geimpften sollte der Hausarzt im 4. Lebensmonat eine Tuberkulinprobe (Moro-Pflasterprobe) durchführen, die bei vorhandenem Impfschutz positiv ausfällt. Die Versagerquote bei der BCG-Impfung, d. h. die Zahl der Impflinge, die nicht tuberkulinpositiv werden, dürfte um drei bis fünf Prozent liegen. Kommt nun bei einem ehemaligen Impfling eine Tuberkuloseerkrankung in Frage, so muss man unbedingt wissen, ob die Impfung tatsächlich zu einer positiven Tuberkulinprobe geführt hat, deshalb die Kontrolle im 4. Monat. Bei Säuglingen und Kleinkindern ist diese Tatsache deshalb so wichtig, weil in dieser Altersgruppe die Indikationen für eine Behandlung ohne Rücksicht auf den Röntgenbefund allein aus der Situation abgeleitet wird, dass sich das Kind infiziert hat. Der Hausarzt wird die Mutter anlässlich dieser ersten Kontrolle auch über die Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Starrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung und Pocken beraten.

In Anbetracht ihrer Einfachheit und ihrer Bedeutung im Kampf gegen die Tuberkulose ist es nur zu bedauern, dass die BCG-Impfung des Neugeborenen in der Schweiz nicht weiter verbreitet ist. Nachdem im Kanton Bern die beschriebenen Meningitisfälle bei Kindern aufgetreten waren, wurde von der kantonalen Tuberkulose-Vorbeugungszentrale in Zusammenarbeit mit den Kinderärzten ein Impfprogramm ausgearbeitet, das zur Zeit läuft. Eine Beurteilung wird allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich sein.

Grössere Erfahrungen wurden im Ausland gesammelt. So wurden 1963 in Hamburg bereits 95 % der Neugeborenen, in Berlin 80—90 % geimpft. In Schweden und Finnland erfasst die freiwillige BCG-Impfung der Neugeborenen seit Jahrzehnten 80—90 %. In der Tschechoslowakei werden seit 1953 die Neugeborenen obligatorisch geimpft und auch Japan kennt die Pflichtimpfung gegen Tuberkulose.

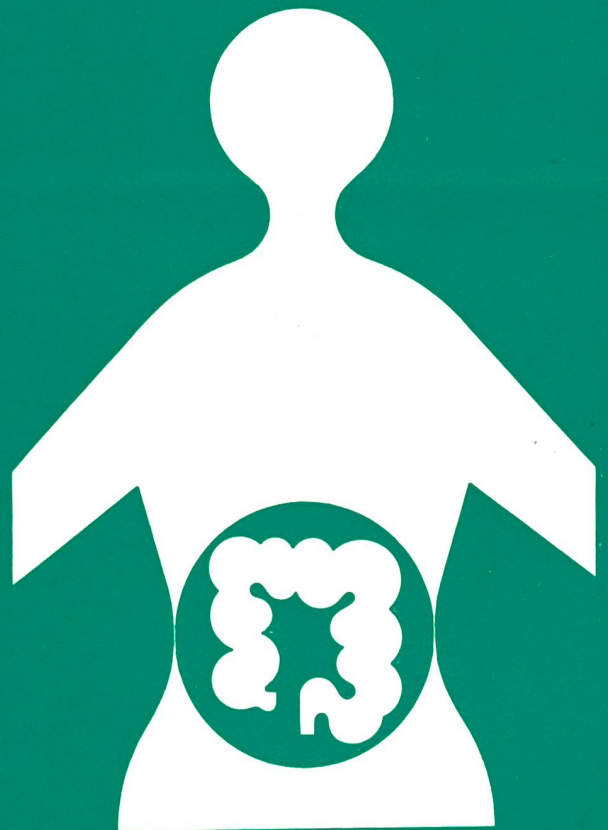
Zusammenfassung

Nicht ohne Sorge nehmen die Tuberkulose-Fachleute mangelndes Verständnis — auch bei einigen Behörden — und eine gewisse Sorglosigkeit der Bevölkerung hinsichtlich der Tuberkulose zur Kenntnis. Nun ist aber die Tuberkulose weder besiegt noch steht ihre Ausrottung für die nächsten Jahrzehnte vor der Tür.

Dulcolax[®] Geigy

Heilgymnastik
für den trägen Darm

behebt die Verstopfung
– unschädlich
– mild
– ohne Gewöhnung



Säuglinge und Kleinkinder sind bei einer Ansteckung mit Tuberkelbazillen ganz besonders gefährdet. Viele der in den ersten Lebensjahren infizierten Kinder machen eine ernsthafte Tuberkulose durch, die auch noch trotz bester Behandlung zum Tode führen kann. Kinder können durch die BCG-Impfung (Tuberkulose-Schutzimpfung) am besten vor Ansteckung geschützt werden. Wegen der erhöhten Gefährdung der Kleinkinder und auch aus organisatorischen Gründen drängt sich die Impfung der Neugeborenen auf, denn zu keinem späteren Zeitpunkt können die Impfungen leichter erfasst werden und zu jedem späteren Zeitpunkt ist eine Vortestierung mit Tuberkulin notwendig, da nur Personen mit negativer Tuberkulinprobe geimpft werden dürfen. Die Impfung selbst ist schmerzlos und ungefährlich. Lediglich die lokale Impfreaktion erfordert während einigen Wochen einen trockenen Verband. Der Impfschutz dauert 5—10 Jahre. Die Impfung wie auch spätere Tuberkulinproben werden im persönlichen Impfausweis eingetragen.

In Finsternis hineingeraten können wir alle. Wir sind Erben von Belastungen. Es gibt schwermütige Christen. Wir stehen unter dem Einfluss von Menschen. Man kann von ihnen terrorisiert werden. Wir leben als Kinder unserer Zeit. Da wirken sich auch dämonisch-dunkle Mächte aus. Wir laden uns Feindschaften auf, die eigentlich unserem Meister gelten. Dem allem können wir nicht entinnen.

Aber wir müssen darin nicht bleiben. Wir können nie zu Christus rufen, ohne dass er irgendwie antwortet. Sein Licht bleibt über uns, auch wenn Er uns die Finsternis nicht sofort wegnimmt.

In dunklen Stunden und Tagen kommt's darauf an, ob wir seinem Wort oder unserem Gemüt glauben. Unser Gemüt ist ein unzuverlässiger Geselle. Dann lieber mit der Faust auf den Tisch schlagen und erklären: «Es steht aber geschrieben . . .» Darauf wird Gott zu seiner Zeit bestimmt antworten.

Aus: «Morgengruss», Hans J. Rinderknecht

Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Sr. Thildi Aeberli, Grubenweg 1,
5034 Suhr, Tel. 064 24 56 21

Zentralsekretärin:

Sr. Martha Hunziker,
Viehmarktstrasse 3, 5734 Reinach

Zentralkassierin:

Frau Cely Frey-Frey, Egg 410,
5728 Gontenschwil, Tel. 064 73 14 44

Fürsorgefonds-Präsidentin:

Sr. Elisabeth Grütter, Laupenstrasse 20a,
3000 Bern, Tel. 031 25 89 24

Zentralvorstand

Eintritte

Sektion Bern:

Bächler Maria, 1949, Kant. Krankenhaus,
9427 Grabs SG

Bärtschi Katharina, 1949, Kant. Frauen-
spital, 3012 Bern

Blazicek Marianne, 1946, Bezirksspital,
2500 Biel

Bläsi Kathrin, 1951, Kantonsspital, 4600
Olten

Eichenberger Anna, 1949, Kant. Frauen-
spital, 3012 Bern

Egger Dorli, 1944, Stockweg 7, 2557 Stu-
den

Gygax Ruth, 1950, Bezirksspital, 4707
Niederbipp

Geiser Hanna, 1944, Hôpital du District
de Courtelary, 2610 St-Imier

Hari Sanja, 1950, Kant. Frauenspital, 3012
Bern

Jaberg Brigitte, 1950, Kant. Frauenspital,
3012 Bern

Jost Elsbeth, 1948, Kantansspital, 4200
Olten

Lauber Ursula, 1950, Kant. Krankenhaus,
9472 Grabs SG

Lehmann Marianne, 1950, Städt. Kran-
kenhaus, 5400 Baden

Lohri Anna-Margaretha, 1950, Städt.
Krankenhaus, 5400 Baden

Patry Lilian, 1945, Kant. Frauenspital,
3012 Bern

Nyffenegger Vreni, 1948, Kant. Frauen-
spital, 3012 Bern

Schlapach Dora, 1950, 3274 Bühl

Schranz Rita, 1950, Kant. Frauenspital,
3012 Bern

Staub Veronika, 1948, Kant. Frauenspi-
tal, 3012 Bern

Thönen Verena, 1945, Kantonsspital,
4200 Olten

Trachsel Veronika, 1946, Kant. Frauen-
spital, 3012 Bern

Weber Ruth, 1949, Birch, Hadlikon,
8340 Hinwil

Wenger Ruth, 1950, Kant. Frauenspital,
3012 Bern

Zaugg Marianne, 1950, Bezirksspital,
3550 Langnau

Krähenbühl Elisabeth, Sr., Lindenhofspi-
tal, 3000 Bern

Sektion Vaudoise:

Ngo Nkoum Brigitte, geb. 1942 in Lau-
sanne

Wir freuen uns eine so grosse Zahl jun-
ger Hebammen im Schweizerischen Heb-
ammenverband begrüssen zu können und
hoffen auf eine erspriessliche Mitarbeit.

Austritte

Sektion St. Gallen:

Frl. Rosmarie Peter in Schlieren
Frau Elisabeth Sutter-Kull in Appenzell

Ausschluss

Frau Käthi Metzger-Elmer, in Wattwil
(Grund: 2 x Mahnung zur Zahlung des
Jahresbeitrages refusierte.)

Uebertritte

Sr. Ute Kasten von Sektion St. Gallen in
Sektion Vaudoise

Frl. Ursula Zimmermann von Sektion St.
Gallen in Sektion Aargau (schon 1969,
wurde aber nie gemeldet)

Todesfälle

Sektion Fribourg:

Frl. Emma Ansermet von Vesin im Alter
von 74 Jahren

Sektion Zürich:

Frau Sacker-Freuler von Zürich im Al-
ter von 78 Jahren

Den Trauerfamilien sprechen wir unser
herzlichstes Beileid aus.

Korrekturen:

In der Oktober-Nummer der «Schweizer
Hebamme» haben sich 2 Fehler einge-
schlichen, wir bitten Sie uns entschuldi-
gen zu wollen:

Sektion Vaudoise:

Die Telefonnummer von Mme Vittoz soll
heissen: 22 92 06 (nicht 22 29 06).

Sektion Zug:

Präsidentin ist: Frau M. Rust, 6318
Walchwil (nicht wie irrtümlich gemel-
det Frl. Blattmann in Zug)

Im Namen des Zentralvorstandes grüsse
ich alle Kolleginnen Sr. Thildi Aeberli