

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1964

19. Jahrgang

WEIHNACHTSAUFRUF

der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Auch an diesem Weihnachtsfest vereinigen sich die ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen des Bundesgebietes zu einem gemeinsamen Spendenaufruf für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“.

Seit vielen Jahren hat dieser Aufruf dazu geführt, daß durch die Opfer einer großen Zahl von Spendern die Hilfsmaßnahmen für unsere Kollegenkinder weitergeführt werden konnten.

An diesem Weihnachtsfest warten immer noch 1000 Arzt- und Zahnartzkinder aus der sowjetisch besetzten Zone auf unsere Hilfe. Über 700 der von uns Betreuten haben mit Hilfe der Stiftung ihre Berufsausbildung beendet. Ein großer Teil von ihnen hilft jetzt durch Spenden mit, daß auch den anderen Kollegenkindern weiterhin geholfen werden kann. Je länger die Trennung von zu Hause dauert, desto mehr sind diese auf Hilfe angewiesen. So erklärt es sich auch, daß trotz des Rückgangs der Zahl unserer Schützlinge die monatlich aufzubringenden Unterstützungsbeträge nicht wesentlich abgesunken sind. Da diese Beträge nur zu einem Teil durch die Spenden von soichen Kollegen und Kolleginnen gedeckt sind, die monatliche Daueraufträge für uns erteilt haben, ist es notwendig, daß der erforderliche Geldbedarf jetzt durch Spenden anlässlich des Weihnachtsfestes gedeckt wird. Die Stiftung muß ja ihre Unterstützungszusagen jeweils für ein ganzes Semester im voraus geben können. Wir sind ganz sicher, daß die deutsche Ärzte- und Zahnärzteschaft dies auch anlässlich des jetzigen Weihnachtsfestes ermöglichen wird.

Die unentbehrliche materielle Hilfe, um die wir Sie bitten, sollte ergänzt werden durch die menschliche Begegnung mit unseren Kollegenkindern. Der persönliche Kontakt zu einer Familie wird für sie immer notwendiger, je länger sie von ihren eigenen Familien getrennt sind. Lassen Sie sich also auch bei dieser Gelegenheit bitten, soweit es Ihnen möglich ist, einmal ein Kollegenkind zu sich einzuladen. Ein Abendessen, ein Wochenende, vielleicht sogar ein Urlaub sind gute Möglichkeiten dafür.

Die Kinder unserer Kollegen sollen bei uns geborgen sein. Ihre Eltern in der Zone mußten sie uns anvertrauen, als sie selber nicht mehr für sie sorgen konnten. In vielen Jahren haben wir ihr Vertrauen nicht enttäuscht. Auch dieses Weihnachtsfest gibt uns Gelegenheit, unsere Verbundenheit mit ihnen sichtbar zu bestätigen.

Mit besten kollegialen Grüßen

Dr. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Tecken
1. Vorsitzender des Verbandes der angestellten Ärzte
Deutschlands (Märburger Bund)

Dr. Grete Albrecht
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Müller
Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Waldmann
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände

Dr. Jungmann, MdB
Vorsitzender des
Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.

Dr. Roos
1. Vorsitzender des
Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Prof. Dr. Hopf
1. Vorsitzender des
Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Hufnagl
Vorsitzender des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten

Dr. Stengel
1. Bundesvorsitzender des
Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie bitte die beiliegende Spendenkarte. Für Ihre Direktüberweisung finden Sie die Kontennummern auf dieser verzeichnet.

Aus der II. Med. Abt. des Städt. Krankenhauses München-Harlaching (Chefarzt: Prof. Dr. A. Schrader)

Zur Klinik und Diagnose der Multiplen Sklerose

Von A. Schrader und F. Láhoda

Im Verlaufe einer hundertjährigen Geschichte hat die Multiple Sklerose zunehmend an Bedeutung gewonnen. Während sie um 1880 — also zu Zeiten CHARCOTS, CRUEVEILHIERS und besonders FRERICHES, der erstmals eine Multiple Sklerose am Krankenbett diagnostizierte — als ausgesprochene Rarität angesehen wurde, zählt sie heute zu den häufigsten und damit auch sozialmedizinisch wichtigen Nervenkrankheiten.

Bereits 1938 mußte nach Erhebungen SCHALTENBRANDS im damaligen Reichsgebiet mit einer Gesamtzahl von 70 000 bis 100 000 Multiple-Sklerose-Kranken gerechnet werden. Die Zahl der heute in der Bundesrepublik lebenden Multiple-Sklerose-Kranken beträgt schätzungsweise 100 000 Patienten, wobei der Anteil der Frauen leicht überwiegt. Das entspricht einer Häufigkeit von etwa 2‰ der gesamten Bevölkerung.

Es ist seit langem bekannt, daß die Verteilung der Multiplen Sklerose bzw. Encephalomyelitis disseminata in verschiedenen Gebieten, Ländern und Kontinenten sehr differiert. In Europa und Nordamerika nimmt die Häufigkeit der Multiplen Sklerose von Norden nach Süden hin ab. Schwerpunktartig sind vor allem die nordischen Länder betroffen. Von verschiedenen Autoren ist die Seltenheit der Multiplen Sklerose im Mittelmeerraum, im Vorderen Orient, in Afrika, Südamerika, Australien und Indien verbürgt. Auch in China und Japan gelangt das Leiden nur vereinzelt und dann hauptsächlich als Sonder- oder Randform zur Beobachtung.

Als Ursache dieser merkwürdigen Verbreitung und Konzentration der Multiplen Sklerose in verschiedenen Ländern hat man u. a. klimatische, ernährungsphysiologische und konstitutionell-rassische Faktoren verantwortlich gemacht. Geomedizinische Untersuchungen aus neuerer Zeit, u. a. von GEORGI, HALL und MÜLLER in Basel, von BAMMER in Würzburg oder von IWANOWSKI in Berlin, haben den älteren statistischen Erhebungen wertvolle Ergebnisse hinzugefügt; die eigentliche Ursache der unterschiedlichen Verbreitung ist aber ebenso wie die Ätiologie des Leidens unbekannt.

Das Manifestationsalter der Encephalomyelitis disseminata hat seinen Gipfel zwischen dem zweiten bis vierten Lebensjahrzehnt. Frühformen im Kindes- und Adoleszentenalter sind selten, so daß sich schon von hier aus die Pan-Encephalitis, PETTE-DÖRING, die diffusen Sklerosen und andere frühkindliche Leukencephaliden abgrenzen lassen. Zudem sind der Multiplen Sklerose rapide Verlaufsformen mit schweren psychischen Defekten, mit extrapyramidalen Zwangsbewegungen, Krampfanfällen usw. fremd. Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Multiplen Sklerose liegt bei 15 bis 25 Jahren. Die Prognose des Leidens quoad vitam kann also keineswegs als ungünstig bezeichnet werden. Wesentlich schlechter liegen jedoch die Verhältnisse in bezug auf Arbeitsfähigkeit bzw. Invalidität. Nach statistischen Untersuchungen ist da-

mit zu rechnen, daß 10 bis 15 Prozent aller Kranken letzten Endes dauernd ans Bett gefesselt werden, völlig hilflos sind, so daß sie ohne Pflege nicht leben können. Etwa 6 bis 10 Prozent sind noch fähig, einem Beruf außer Hause nachzugehen, während das Gros der Kranken früher oder später invalidisiert werden muß.

Erscheinungsbild und Krankheitsverlauf der Multiplen Sklerose sind ungemein variabel. Gerade der Multiplen Sklerose kommt ein Formenreichtum zu, wie ihn ein anderes Krankheitsbild kaum aufzuweisen hat. Hält man sich einmal die pathologisch-anatomischen Verhältnisse vor Augen, bedenkt man besonders das charakteristische Auf und Ab des Entmarkungsprozesses, das Nebeneinander älterer und frischer Demyelinisationsherde und die willkürliche Ausbreitung der Plaques über nahezu alle Teile des Zentralnervensystems, so wird verständlich, daß Erscheinungsbild und Verlaufsform ständig wechseln und gewisse Normen immer wieder durchbrochen werden. Die Häufigkeit der Multiplen Sklerose einerseits und die Variationsbreite des klinischen Bildes andererseits bergen die Gefahr in sich, daß andersartige Erkrankungen des Zentralnervensystems häufig als Multiple Sklerose verkannt werden, die therapeutisch zugänglich und heilbar sind. Die Überschrift: „Fehldiagnose Multiple Sklerose“ ist heute zu einem aktuellen klinischen Problem geworden.

Die Schwierigkeiten der Diagnose sind nicht zuletzt dadurch gegeben, daß die Encephalomyelitis disseminata zahlreiche Krankheitsprozesse des Nervensystems täuschend imitiert, daß ihr aber — wie bereits OPPENHEIM hervorgehoben hat — kein spezifisches bzw. verlässliches Einzelsymptom zukommt. Selbst die modernen biochemischen Untersuchungsergebnisse gestatten keine bindenden diagnostischen Aussagen. Immerhin lassen sich zwei Kriterien herausstellen, die beim Gros der Kranken nachzuweisen sind und infolgedessen als diagnostisches Postulat zu gelten haben, nämlich: von seiten des Erscheinungsbildes die Koppelung multipler und verschiedenartiger Symptome und von seiten des Verlaufs das anamnestiche Syndrom, das durch ein Kommen und Gehen der jeweiligen Ausfallserscheinungen bzw. durch die bekannten Schübe und Remissionen gekennzeichnet ist.

Alle Rudimentär- und Sonderformen bleiben ebenso wie die uncharakteristischen Initialsymptome zunächst einmal zweifelhaft. Diagnose und Zuordnung atypischer oder oligosymptomatischer Erscheinungsbilder gehen vor allem über die Möglichkeiten der Praxis hinaus. Hier muß zur Klärung des neurologischen Prozesses der große Apparat besonderer Fachkliniken eingesetzt werden. Aber selbst dann ist häufig erst die Zeit der beste Consiliarius trotz regelmäßiger und oft mühevoller Kontrolluntersuchungen.

Wenden wir uns dem Erscheinungsbild zu, so hat die in allen Lehrbüchern zu findende klassische Symptomtrias: Intentionstremor, Nystagmus, skandierende

Sprache — erstmals von CHARCOT bei einer jungen Magd beobachtet und in genialer Weise zur Krankheitseinheit zusammengefaßt — heute nur noch historisches Interesse. Die CHARCOT'sche Trias wird allenfalls in 10 bis 15 Prozent der Fälle gesehen. Bei der Mehrzahl der Kranken lassen sich eine mehr oder minder ausgeprägte Spastik, eine Ataxie vom cerebellaren Charakter und Augensymptome als Leitsyndrom herausstellen.

Störungen im pyramidal-motorischen Sektor gehören zu den häufigsten und schwerwiegendsten Symptomen der Encephalomyelitis disseminata. Initial empfindet der Kranke oft ein Gefühl der Schwere und Schwäche, vornehmlich in den unteren Extremitäten, das mit uncharakteristischen Rücken- und Gliederschmerzen vergesellschaftet sein kann. Solche subjektiven Frühformen, die an rheumatische Affektionen erinnern, sind diagnostisch nur schwer zu erfassen, besonders dann, wenn latente Paresen objektiven Reflexstörungen voraufgehen. Erst bei Belastung, zum Beispiel beim Hüpfen auf einem Bein, verrät sich die Pyramidenbahnaffektion durch die plumpen, unsicheren und kraftlosen Bewegungsabläufe. Gar nicht selten werden flüchtige, wechselnde Paresen des Initialstadiums vom Patienten bagatellisiert oder auch zunächst vergessen. Erst wenn sich über kurz oder lang im Gefolge erneuter Schübe gleichartige Ausfallserscheinungen oder andere Symptome einstellen, werden derartige Vorboten wieder erinnert. Das Kommen und Gehen der Symptome setzt ein Erhaltenbleiben der Achsenzylinder und die Regenerationsfähigkeit der Markscheiden voraus. Werden diese funktionstragenden Elemente im Verlauf wiederholter Schübe irreversibel geschädigt, so bilden sich die Ausfallserscheinungen nicht mehr zurück.

In der Regel hinterläßt jeder Schub irgendwelche Restsymptome, die besonders im pyramidal-motorischen Sektor deutlich in Erscheinung treten. Je nach Prozeßlokalisation resultieren bald Störungen der motorischen Hirnnerven, bald pontine Syndrome, bald mono-, para- oder tetraspastische Zustandsbilder. Mit zunehmender Paraspastik, die sich hauptsächlich an den unteren Extremitäten manifestiert, wird das Gehen ständig beschwerlicher, schließlich unmöglich, so daß der Kranke dauernd an den Fahrstuhl oder ans Bett gefesselt ist.

Den paramidal-motorischen Ausfallserscheinungen sind durchweg Störungen der Koordination zugeordnet, die auf Entmarkungsherde innerhalb des Kleinhirns und seiner Verbindungssysteme zurückzuführen sind. Entsprechend der Prozeßausbreitung resultieren spastisch-ataktische Syndrome, wobei bald die eine, bald die andere Komponente überwiegt. Besonders in den ersten Krankheitsstadien können ataktisch-dysmetrische Bewegungsabläufe die Szene völlig beherrschen. Eine skandierende Sprache, der typische Intentionstremor, ein grobschlägiger Nystagmus in Kombination mit Augenmuskelparesen verleihen solchen Zustandsbildern ein charakteristisches Gepräge. Gar nicht selten ist ein ständiges Kopf- und Rumpfwackeln zu beobachten, das sich dem Kranken beim freien Sitzen oder beim Stehen aufdrängt. Die Unsicherheit der Bewegungsimpulse verrät sich aber vor allem bei Zielübungen. Ataktische Störungen leichte-

ren Grades lassen sich schon beim Gehen erkennen. In fortgeschrittenen Fällen werden die Beine bei jedem Schritt schleudernd und überschießend nach vorne gebracht und dysmetrisch auf den Boden gestampft. Rumpf und Arme müssen zur Hilfe genommen werden, um die unkoordinierten Bewegungsabläufe abzufangen.

Mit Fortschreiten des Krankheitsverlaufes werden die ataktischen Phänomene, die an den oberen Extremitäten dominieren, in zunehmendem Maße von spastischen Paresen überlagert. Die Kranken versteifen mehr und mehr. Infolge eines hochgradigen Aduktorenspasmus können die Beine schließlich kaum noch auseinandergebracht werden. Das Endstadium solcher Verlaufsformen ist dann durch Irreversible, zum Teil äußerst schmerzhaftes Beuge- und Streckkontrakturen, durch ein Übergreifen der Spastik von der Extremitätenmuskulatur auf die Bauch- und Brustmuskeln, durch Blasen-Darm-Inkontinenz und Dekubitalgeschwüre gekennzeichnet. Solche Patienten stellen ein schwerwichtiges sozialmedizinisches Problem dar, da sie auf ständige Hilfe und Betreuung angewiesen sind.

Strlopallidäre Syndrome sind bei der Multiplen Sklerose ungewöhnlich, so daß sich das Leiden relativ leicht von Erkrankungen des extrapyramidal-motorischen Systems abgrenzen läßt. In erster Linie gilt das für das ätiologisch vielgestaltige Parkinson-Syndrom, dem statt der Spastik der Rigor, statt des Intentionstremors der Ruhetremor und die Akinese zugeordnet sind. Auch die unwillkürlichen choreatischen und athetotischen Bewegungsanomalien sind der Multiplen Sklerose fremd. Dagegen können sich die spinocerebellaren Heredoataxien (Morbus FRIEDREICH, NONNE-MARIE) weitgehend mit Krankheitsbildern und Verlaufsformen der Multiplen Sklerose überschneiden, so daß sich in gewissen sporadisch auftretenden Grenzfällen mit angedeuteten spastischen Syndromen, mit cerebellarer Ataxie, Nystagmus, skandierender Sprache, diskreten Sensibilitätsstörungen, Blasen-Darm-Störungen und fehlenden Bauchdeckenreflexen Schwierigkeiten ergeben. Auch Spätformen der hepato-lenticulären Degeneration sind unter Umständen zu berücksichtigen, da die Hirnveränderungen der Lebererkrankung voraufgehen können. Ähnlich wie bei der JAKOB-KREUTZFELD'schen Krankheit treten aber die motorischen, ataktischen Syndrome, speziell die skandierende Sprache, der Intentionstremor usw., zumeist hinter den extrapyramidalen Kardinalsymptomen mit Rigor, Hyperkinese und Persönlichkeitsabbau zurück.

Sensibilitätsstörungen spielen bei der Multiplen Sklerose nur eine untergeordnete Rolle. Die zumeist unscharf begrenzten, flächenhaften und häufig wechselnden Sensibilitätsdefekte werden von den Kranken kaum beachtet. Als äußerst lästig werden allerdings astereognostische Störungen empfunden, wenn sie das Tastvermögen der Hand stärker beeinträchtigen. Relativ selten findet man dissoziierte oder auch segmental scharf abgesetzte Empfindungsstörungen, die bei entsprechender Konstanz bisweilen an ein Syringomyelie-Syndrom oder an einen Rückenmarkstumor denken lassen.

Weitaus eindrucksvoller als die objektiven Sensibilitätsdefekte sind für den Patienten die sensiblen Reizerscheinungen, die von leichteren Miß-

empfindungen bzw. Paraesthesien alle Grade bis zu echten Schmerzphänomenen durchlaufen können. In einzelnen Fällen können Schmerzen derart im Vordergrund stehen, daß man von algetischen Formen der Multiplen Sklerose gesprochen hat. Ein unangenehmes Kältegefühl in bestimmten Gliedabschnitten oder auch am Stamm, ein lästiger Juckreiz, beispielsweise in der Handfläche, aber auch quälende Hyperalgesien können längere Zeit völlig isoliert bestehen, so daß sie erst rückblickend, wenn andere neurologische Symptome hinzugetreten sind, als Initialsymptome der Multiplen Sklerose zu deuten sind. In der Regel treten die Akroparaesthesien der Multiplen Sklerose nur selten symmetrisch auf. Zu Beginn des Prozesses können aber differentialdiagnostische Überlegungen erforderlich werden, um beispielsweise eine Polyneuritis, eine funikuläre Spinalerkrankung oder auch die verschiedenen Vasoneurosen abzugrenzen. Allerdings werden Angioneurosen häufig auch bei jugendlichen Multiple-Sklerose-Kranken angetroffen. Neuralgiforme Schmerzphänomene — etwa Schmerzen im Ausbreitungsgebiet des N. trigeminus oder auch radikuläre bzw. ischialgeformte Beschwerden — erfordern stets eine sorgfältige Kontrolle, selbst in Fällen, die diagnostisch gesichert scheinen. Um nicht andere Krankheitsprozesse zu übersehen, sollte man hier die Diagnose „Multiple Sklerose“ immer wieder revidieren, bevor man derart vieldeutige Syndrome als symptomatische Schmerzformen abstempelt.

Zu den Kardinalsymptomen der Multiplen Sklerose zählen die Augensymptome. Der hochdifferenzierte optische Apparat ist im besonderen Maße der Launenhaftigkeit des Leidens ausgesetzt. Dementsprechend resultieren bald Augenmuskelparesen, bald entwickelt sich eine retrobulbäre Neuritis mit der bekannten, nachfolgenden temporalen Papillenabbläsung. Sowohl die Doppelbilder als auch die mon- oder biokuläre Sehverschlechterung kann als Vorpostensymptom im Sinne OPPENHEIMS den späteren Manifestationen um viele Jahre, selbst um Jahrzehnte vorausgehen. Isolierte Doppelbilder sind allerdings ebenso wie die retrobulbäre Neuritis pathogenetisch vieldeutige Phänomene, die für eine Multiple Sklerose keineswegs beweisend sind. Bekanntlich können gerade der retrobulbären Neuritis zahlreiche Ursachenfaktoren zugrunde liegen, unter anderem entzündliche Prozesse der Nasennebenhöhlen, Intoxikationen durch Alkohol, Nikotin oder Metalle, Störungen des intermediären Stoffwechsels, speziell Diabetes mellitus, Mangelkrankheiten, Thyreotoxikose. Vor allem kann aber die Abgrenzung einer Neuritis nervi optici von einer beginnenden Stauungspapille größte Schwierigkeiten bereiten. Wir haben mehrfach erlebt, daß man Veränderungen am Augenhintergrund mit zunehmendem Visusverfall irrtümlich einer Multiplen Sklerose zur Last gelegt hat, dagegen den Tumor cerebri, speziell Meningeome am Tuberculum sellae, verkannte.

Ebenso folgenschwer wie diffizil kann die Abgrenzung der Multiplen Sklerose gegenüber einem Kleinhirnbrückenwinkeltumor sein. Beide Prozesse können mit Hörverschlechterung, mit zeitweilig auftretenden Schwindelerscheinungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, mit Brechreiz, mit Gesichtsschmerzen und Strangsymptomen debutieren.

Die bulbo-pontinen Manifestationsformen haben zum Teil schwere Sprach-, Kau- und Schluckstörungen im Gefolge, so daß unter anderem zystische, gefäßreiche, pontine Geschwülste, entzündliche Granulome, arteriovenöse Prozesse, aber auch muskuläre und nukleäre Systemerkrankungen ausgeschlossen werden müssen.

Grundsätzlich gilt für alle initial auftretenden Hirnnervenstörungen, daß erst durch die Verkoppelung mit spinalen Symptomen, speziell mit Blasen-Darm-Störungen oder mit radikulären Reiz- und Ausfallserscheinungen, das Erscheinungsbild der Multiplen Sklerose vervollständigt wird. Umgekehrt erlangen Blasen-Darm-Störungen, Mono- oder Paraparesen für die Diagnose ein ganz anderes Gewicht, wenn sie mit Hirnnervenstörungen oder anderen cerebralen Symptomen einhergehen. Als diagnostisch wertvolles Zeichen ist das Verhalten der kutan auszulösenden Bauchdeckenreflexe zu werten, die bei der Multiplen Sklerose häufig und vor allem auch beiderseits fehlen, da der lange Reflexbogen durch spinale Herdprozesse sehr leicht lädiert wird.

Auch cerebrale Krampfanfälle können durch den Entmarkungsprozeß ausgelöst werden. Derartige Komplikationen erfordern aber ebenso wie anhaltende Kopfschmerzen, permanenter Schwindel oder eine leichte Papillenprominenz bzw. Stauungspapille von 1 bis 2 Dioptrien eine sorgfältige Analyse, um nicht andersartige, therapeutisch zugängliche Erkrankungen zu übersehen.

Das klinische Bild der Encephalomyelitis disseminata wird durch pathologische Liquorveränderungen ergänzt, die sich bereits im Initialstadium in etwa 70 bis 90 Prozent der Fälle konstatieren lassen. In Abhängigkeit von schubförmigen Verschlechterungen beobachtet man eine mehr oder weniger hochgradige lymphozytäre Pleozytose, die im Durchschnitt um 20/3 bis 50/3 Zellen liegt. Recht bezeichnend ist eine tief linksstehende Normomastixzacke und eine mäßige Eiweißvermehrung, die nur ausnahmsweise Werte von 2,5 bis 2,7 Kafka im lubalen Liquor übersteigt. Höhere Eiweißwerte sind stets auf infektiös-entzündliche Erkrankungen (virale Infektionen, Lues, Toxoplasmose, Mykose, Listeriose) oder auf raumfordernde Prozesse verdächtig.

Man hat die klinischen Initial- und Leitsymptome der Multiplen Sklerose zu charakteristischen Erscheinungsformen zusammengefaßt. Beispielsweise unterscheidet man neben der cerebrospinalen Hauptform okuläre, bulbo-pontine, cerebellare oder spinale Manifestationsformen. In Abhängigkeit vom Lebensalter, Geschlecht und Krankheitsverlauf nehmen die spinalen Formen der Multiplen Sklerose eine gewisse Sonderstellung ein. Spinale Formen werden hauptsächlich als Spätmanifestation bei Frauen gesehen. Im Vordergrund des klinischen Bildes steht eine langsam zunehmende, symmetrische Paraparese bzw. Paraspastik der unteren Extremitäten, der sich distal betonte Mißempfindungen und Blasen-Darm-Störungen hinzugesellen können. Vor allem aber tritt bei derartigen spinalen Prozessen das diagnostisch so wichtige anamnestiche Syndrom, also der bezelchnende schubförmig remittierende Krankheitsverlauf weitgehend oder völlig zurück. Statt dessen nehmen die spinalen Erscheinungsblider einen chronisch-progredienten, sich über

Jahre hinziehenden Verlauf, so daß sie eine ausgesprochene diagnostische Klippe darstellen.

Hauptsächlich sind es zwei Krankheitsgruppen, die hier ausgeschlossen werden müssen, nämlich: die komprimierenden Rückenmarksprozesse und die Gruppe der enteralen Mangelsyndrome, speziell die funikuläre Spinalerkrankung infolge eines Vitamin-B-12-Mangels. Beide Prozesse können durch zweckentsprechende Behandlungsmethoden entscheidend beeinflußt werden, so daß man mit Regreßansprüchen zu rechnen hat, wenn Fehldiagnosen unterlaufen und wertvolle Zeit versäumt wird.

Gerade die letzten Jahre haben gezeigt, welche eine große Bedeutung Resorptionsstörungen bei Encephalopathien, Neuropathien und nicht zuletzt bei den Myelopathien erlangen, die das Bild einer spinalen Multiplen Sklerose imitieren können. Es sei daran erinnert, daß der Vitamin-B-12-Mangel als wichtigste Vorbedingung einer funikulären Myelose keineswegs obligat mit einer hyperchromen, megalozytären Anaemie einhergehen muß. Die spinalen Ausfallerscheinungen können sich vielmehr isoliert bzw. unabhängig von den Blutbildveränderungen entwickeln. Spinale Syndrome — etwa Akroparaesthesien, Blasen-Darm-Störungen, Paresen, Reflexanomalien, ein Fehlen der Bauchdeckenreflexe usw. — verpflichten dazu, einen Vitamin-B-12-Mangel als Ursachenfaktor durch Sternalpunktat, Magensonde, am besten aber durch den SCHILLING-Test auszuschließen. Weiterhin sind Mangelerscheinungen bzw. Resorptionsstörungen bei Hepato- und Pankreopathien, bei Tablettenmißbrauch, Alkoholabusus und Stoffwechselstörungen auszuschließen, ehe man sich mit der Diagnose spinale Form der Encephalomyelitis disseminata zufriedengibt.

Wir verfügen zur Zeit über 16 operativ bestätigte Fälle, die lange Jahre als Multiple Sklerose liefen, bevor der komprimierende Rückenmarksprozeß erkannt wurde. Die Schwierigkeiten, den Rückenmarkstumor gegenüber der Multiplen Sklerose zu differenzieren, beruhen unter anderem auf der Erfahrungstatsache, daß auch Geschwülste über längere Zeit Schübe und Remissionen vortäuschen können. Zudem fehlt bei hochsitzenden Rückenmarksgeschwülsten der charakteristische Sperrliquor. Überhaupt können Tumore im oberen Halsmarkbereich ebenso wie osteogene Krankheitsprozesse, atlanto-okzipitale Mißbildungen, postinfektiöse oder posttraumatische Pachymeningeosen und Myelomalacien mit bulbo-pontinen Nachbarschaftssymptomen, mit Nystagmus, Schwindel oder Paresen der Arme einhergehen, so daß ein polysymptomatisches Herdgeschehen vorgetäuscht wird. Differentialdiagnostisch sind schließlich auch Gefäßmißbildungen oder -erkrankungen — etwa die früher so häufige Lues

(cerebro)-spinalis, die amyotrophische Lateralsklerose oder andere Systematrophien — zu berücksichtigen.

Sieht man einmal von akuten Verlaufsformen der Multiplen Sklerose ab, die wegen bedrohlicher Komplikationen ohnehin in klinische Behandlung kommen, so sind auch bei der häufigsten, schubweise remittierenden Verlaufsform, die bei der Mehrzahl aller Kranken angetroffen wird und zu polysymptomatischen, cerebrospinalen Erscheinungsbildern führt, differentialdiagnostische Überlegungen erforderlich. Da wir, wie eingangs gesagt, kein pathognomisches Krankheitssymptom der Multiplen Sklerose kennen, bedürfen besonders die Frühsymptome einer sorgfältigen Überwachung und Analyse. Flüchtige, multiple Herdsymptome bei Jugendlichen können zum Beispiel durch arterielle Mikroembolien auf dem Boden einer klinisch stummen Mitralklappenstenose oder durch Blutungs- und Gerinnungsstörungen verursacht werden. In einzelnen Fällen liegt der wechselnden cerebrospinalen Symptomatik eine Periarteriitis nodosa zugrunde, die sich zunächst isoliert am Zentralnervensystem manifestiert. Unter ähnlichen Gegebenheiten haben wir auch beim Lupus erythematoses im Frühstadium neurologische Herdsymptome gesehen, die an eine Multiple Sklerose denken ließen. Während früher an erster Stelle die Syphilis bei cerebrospinalen Krankheitsbildern differentialdiagnostisch zu berücksichtigen war, müssen heute die Listeriose und die Toxoplasmose in Betracht gezogen werden. Wir haben bei vielen Multiple-Sklerose-Kranken hohe Titerwerte im Blut und Liquor gefunden, weshalb es sich in jedem Falle empfiehlt, immunologische Testverfahren anzustellen und den Erregernachweis anzustreben.

Im Rahmen dieses Beitrages konnten nur einige wenige Gesichtspunkte zur Klinik und Differentialdiagnose der Multiplen Sklerose herausgestellt werden. Der kurze Überblick mag aber dennoch zeigen, daß zur Sicherung einer Multiplen Sklerose ein breites diagnostisches Spektrum notwendig ist. Schon aus diesem Grunde sind bei entsprechendem Verdacht Kontrollen in geeigneten Kliniken angezeigt. Weit davon entfernt, daß es sich bei der Multiplen Sklerose um ein leicht zu erkennendes Krankheitsbild handelt, erfordern Diagnose und Therapie der Encephalomyelitis disseminata Erfahrung und Geduld.

Zusammenfassende Literatur bei:

BODECHTEL, G.: Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder. 2. Auflage, Thieme-Verlag Stuttgart, 1963.

SCHRADER, A.: Handbuch der inneren Medizin, 4. Auflage, Bd. V/II, Springer-Verlag Heidelberg, 1953.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. A. Schrader und Dr. F. Láhoda, Städt. Krankenhaus München-Harlaching, 8 München 9, Sanatoriumsplatz.

Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Wir bitten zu beachten, daß Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vorzunehmen sind. Das bedeutet, daß bei den im Juli 1964 entlassenen Jugendlichen (meist Jahrgang 1950) die Nachuntersuchungen erst im Sommer 1965 durchzuführen sind.

Bei den im Augenblick zur Erstuntersuchung kommenden Jugendlichen des Jahrgangs 1951 ist der Termin für die Nachuntersuchung der Sommer 1966.

Es ist also nicht der Zeitpunkt der Erstuntersuchung, sondern der Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme für den Termin der Nachuntersuchung maßgebend.

Aus der Neurologischen Klinik der Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. G. Schaltenbrand)

Die Häufigkeit und die geographische Verbreitung der Multiplen Sklerose

Von Hans Bammer

Die Multiple Sklerose (MS), eine entzündliche Entmarkungskrankheit des Zentrainervensystems, stellt ein ernstes soziales Problem dar, befällt sie doch vorwiegend junge Menschen im Alter der Familiengründung und führt in jahre- bis jahrzehntelangem Verlauf infolge Lähmung des motorischen Bewegungsapparates in der Mehrzahl der Fälle zur vollen Invaliderität.

Dank weltweiter Untersuchungen in den beiden Jahrzehnten seit dem letzten Weltkrieg haben wir ein klareres Bild über die Häufigkeit der MS in Europa und Nordamerika, aber auch über ihre Verbreitung in Asien und Afrika gewonnen. Nicht zuletzt hat dazu die Gründung einer Sektion für Geomedizin innerhalb der World Federation of Neurology beigetragen.

Doch dürfen wir dabei nicht vergessen, daß wesentliche Grundlagen unserer Erfahrung über das Vorkommen der MS erstmals schon 1918—23 durch BING und REESE in der Schweiz erarbeitet wurden, und daß in Deutschland schon seit 1929 im Raum von Ulm und 1939 durch die Neurologische Klinik in Würzburg für Unterfranken die uns heute vertraute starke Verbreitung der MS nachgewiesen wurde.

Unsere Kenntnisse über die Verbreitung der MS beziehen wir aus folgenden Quellen:

1. Berechnung der Anteile an MS-Patienten unter den Aufnahmen einer Neurologischen Klinik. Die darauf beruhende Schätzung der MS-Häufigkeit unter der Gesamtbevölkerung hat man in Ländern mit hochentwickelter ärztlicher Versorgung inzwischen als ungenau aufgegeben. Unsere Vorstellungen über die Verhältnisse in unterentwickelten Ländern aber beruhen auch heute noch darauf.
2. Die Todesursachenstatistik. Obwohl sie eine grobe Methode ist — auf Grund des wechselnden Standards in verschiedenen Staaten —, hat sie doch wertvolle Erkenntnisse gebracht, die durch nachfolgende Stichproben mit anderen Methoden vollauf erwiesen wurden.
3. Zuverlässiger ist die von SCHALTENBRAND erstmals durchgeführte Sektionsstatistik. Hier wird der Prozentsatz an MS-Fällen am Sektionsgut einzelner Pathologischer Institute dem Anteil der MS-Kranken unter der Gesamtbevölkerung gleichgesetzt.
4. Am höchsten stehen zur Zeit die Felduntersuchungen im Kurs, die in den letzten Jahren von allen geomedizinischen Arbeitsgruppen angewandt wurden. Hierbei werden mit Hilfe aller Ärzte, Krankenhäuser und Gesundheitsbehörden die MS-Fälle in einem Ort oder einem kleineren Siedlungsgebiet erfaßt und durchgehend diagnostisch überprüft. Dann wird die Zahl der lebenden MS-Patienten an einem Stichtag, nach Wohnort geordnet, auf 100 000 Einwohner berechnet (Prevalenz). Die Zahl der Neuerkrankungen innerhalb dieser Bevölkerung in einem Jahr, bezogen auf 100 000 Einwohner, ergibt dann die Inzidenz. Diese beiden Begriffe sind für die geomedizinische MS-Forschung heute standardisiert und

gelten als alleinige Grundlagen im internationalen Vergleich.

Wie häufig ist nun die MS bei uns? In der Tabelle I sind einige Angaben aus verschiedenen Teilen Deutschlands zusammengestellt. Die Werte für Unter-

Tabelle I

Die Häufigkeit der MS in Deutschland
(Prevalenz: Zahl lebender MS-Patienten
unter 100 000 Einwohnern)

Autor	Jahr	Land (Ort)	Häufigkeit
Moos	1929	Ulm-Stadt	60
	1929	Ulm-Land	90
Vierheilig	1939	Unterfranken	120
Schaltenbrand und Warns	1958	Deutschland	121*
Friedrich	1959	Ost-Holstein	35
Bammer	1960	West- Unterfranken	99
Behrend	1963	Hamburg	57
Iwanowski	1964	Berlin	85

* Sektionsstatistik (Prozentsatz MS-Fälle an Gesamtsektionen).

franken kann man für Bayern wahrscheinlich verallgemeinern, da die Mortalitätsstatistik für diese beiden Länder weitgehend übereinstimmt (vgl. Tabelle II). Wir

Tabelle II

MS-Mortalität in Bayern und Unterfranken
(Zahl der Todesfälle auf 100 000 Einwohner)

Jahr	Bayern	Unterfranken
1955	2,45	2,01
1956	2,22	2,39
1957	2,5	2,23
1958	2,02	1,6
1959	1,99	1,96
1960	2,02	2,22
1961	2,05	2,11
1962	2,18	1,89

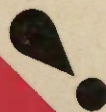
müssen danach in der Bundesrepublik auf 100 000 Einwohner mit 50 bis 100 MS-Patienten rechnen, wobei in manchen Gegenden durchaus noch höhere Werte (bis 150) anzunehmen sind.

Berechnungen der Inzidenz, d. h. der jährlichen Neuerkrankungen, liegen aus Unterfranken und Berlin vor. Auf Grund unserer Felduntersuchungen in Unterfranken beträgt sie 4,8/100 000/Jahr. In Berlin errechnete IWANOWSKI 4,1/100 000/Jahr.

Auch in anderen Ländern Mittel- und Nordwesteuropas fanden sich hohe Prozentzahlen an MS-Kranken unter der Bevölkerung. Einige repräsentative Beispiele sind in Tabelle III zusammengestellt. Diesen Prevalenzwerten stehen auch entsprechende Inzidenzziffern zur Seite. So fanden sich im Jahr pro 100 000 Einwohner in Dänemark 4,7 (HYLLESTED) und in der Schweiz 3,3 Neuerkrankungen (GEORGI u. Mitarb.).

Digacin®

**hat
Vorfahrt**



**in der
großen
Herztherapie**

**Digacin
Digoxin Beiersdorf
bei allen Formen
der
Herzinsuffizienz**





Hexamon®

mit Hexylresorcin

Neohexamon®

mit Hydrocortison

Zäpfchen und Salbe



PHARMA
Beintorf
HAMBURG

...der

h

ämorrhoiden enthoben...

Tabelle III

Häufigkeit der Multiplen Sklerose in anderen europäischen Ländern (Prevalenz: Zahl lebender MS-Patienten unter 100 000 Einwohnern)

Autor	Jahr	Land (Ort)	Häufigkeit
Allison u. Millar	1954	Nordirland	54
Hyllestedt	1956	Dänemark	64
Sutherland	1956	Nordschottland	56—67
Broman	1960	Göteborg (Schweden)	81
Dassel	1960	Holland	56
Georgi, Hall u. Müller	1961	Schweiz	50
	1961	Basel (Stadt)	106
Bejsovec	1962	Duchcov u. Bilina (Tschechoslowakei)	50—100
Seitan u. Roslanu	1962	Brassov (Rumänien)	47
Allison	1963	Orkney u. Shetland	153
	1963	Faroer-Inseln	49

Gegenüber früheren Statistiken, die zum Teil sogar ein Überwiegen der Männer (USA) angegeben hatten, haben alle Befunde aus Nordamerika und Nordwesteuropa in den letzten Jahren eine höhere Morbidität der Frauen ergeben. Wir in Würzburg können diese Erfahrung jedoch nicht vollumfänglich bestätigen.

Es fand sich keine eindeutige Bevorzugung einer bestimmten Berufsgruppe durch die Erkrankung; doch haben wir den Verdacht, daß unter der Gruppe „öffentliche Dienste“ die MS etwas häufiger ist, was auch GEORGI in der Schweiz beschrieb.

Auffallend sind manche in den letzten Jahren publizierte hohe Durchschnittswerte für das Erkrankungsalter. So stellten MILLER u. Mitarb. 1963 in Nordostengland ein Durchschnittserkrankungsalter von 36,3 Jahren fest. Wir können uns jedoch nicht von dem Zug zum höheren Erkrankungsalter überzeugen, da die Altersverteilung unseres Materials innerhalb der letzten zweieinhalb Jahrzehnte unverändert blieb und sich mit den Ergebnissen amerikanischer Statistiken aus früheren Jahren und neuesten Befunden aus der Schweiz vollkommen deckt (vgl. LIMBURG 1950; GEORGI u. Mitarb. 1961).

Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt nach Berechnungen amerikanischer und englischer Autoren mindestens 20 Jahre. Nach unseren Erfahrungen aber ist sie in Deutschland über ein halbes Jahrzehnt kürzer. Das gleiche gilt auch nach GEORGI für die Schweiz, wo nur ein Drittel aller MS-Patienten das 14. Krankheitsjahr überlebte.

SCHALTENBRAND u. Mitarb. fanden einen Anstieg an MS-Fällen im Sektionsgut bis zum 2. Weltkrieg und anschließend einen leichten Abfall. Auch GEORGI konnte diesen Anstieg bis zum Jahrfünft 1936—40 an den Schweizer Pathologischen Instituten beobachten. Die gegenüber früher in den letzten Jahren festgestellten höheren Prävalenzzahlen in der Schweiz, wo BING u. Mitarb. vor mehr als 40 Jahren 23/100 000, GEORGI 1961 aber 50/100 000 fanden, sind allerdings kein Beweis für eine Zunahme der Erkrankung, da die Erfassung bei der zweiten Erhebung gründlicher war. Trotz der Bedenken gegenüber der Sektionsstatistik verbleibt aber der Verdacht, daß die MS in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat, bestehen, zumal auch

die Mortalitätsstatistik z. B. in der Schweiz zwischen 1900 und 1940 einen leichten Anstieg aufweist.

Bei etwa 2 bis 8 Prozent der verschiedenen Untersuchungsreihen fanden sich Familien mit mehr als einem MS-Kranken. Unter den Blutsverwandten der MS-Kranken tritt das Leiden etwa 6- bis 12mal häufiger auf als unter der Gesamtbevölkerung (CURTIUS 1959). Aber auch unter den nicht Blutsverwandten oder im nächsten Bekanntenkreis von MS-Patienten trifft man die MS nach unseren Erfahrungen und den Berichten von STEINER häufiger als es dem allgemeinen Durchschnitt entspricht. Nimmt man dazu die Mehrfacherkrankungen in Wohngemeinschaften und benachbarten Wohngebieten, über die CAMPBELL u. Mitarb., SUTHERLAND oder STEINER berichtet hatten und die wir in unseren Felduntersuchungen bestätigen und näher analysieren konnten, und die auch kürzlich WURMSER (1962) in Basel wieder sah, so kann man genetische Faktoren allein für die sogenannten familiären Fälle nicht verantwortlich machen. Man muß vielmehr auch einen gemeinsamen Milieufaktor ernstlich erwägen. Schließlich haben die Zwillingsuntersuchungen von THUMS sowie MACKAY u. MYRIANTHOPOULOS, denen wir eine eigene unausgelesene Zwillingsreihe anfügen konnten, klar gezeigt, daß die MS keineswegs ein Erbkleid ist. Der genetische Faktor ist hier vielmehr von untergeordneter Bedeutung und nicht höher einzuschätzen als bei manchen Infektionskrankheiten: Von den eineiigen Zwillingspartnern waren rund 19 Prozent, von den zweieiigen ebenfalls rund 11 Prozent an einer MS erkrankt (vgl. Tab. IV).

Tabelle IV

MS-Zwillinge aus unausgelesenen Reihen (von Thums 1944/51; Mackay u. Myriantopoulos 1958; Bammer, Schaltenbrand u. Solcher 1960)

MS bei	eineiig	zweieiig
einem Partner	39	5
beiden Partnern	9	7
Konkordanz in	18,8%	11,3%

Gegen den gemeinsamen Milieufaktor und natürlich auch eine gemeinsame Infektion wurde früher die Seltenheit der Erkrankung unter beiden Ehepartnern angeführt. Wir haben 1961 erstmals gezeigt, daß diese sogenannte konjugale MS gar nicht so selten ist, sondern daß auf 10 000 Ehepartner von MS-Patienten etwa 15 MS-Erkrankungen entfallen. Immerhin liegt dieser Wert noch im Rahmen der allgemeinen MS-Häufigkeit, wie kürzlich auch MILLER und Mitarb. (1963) wieder errechneten.

Es mehren sich aber die Stämmen, die dafür eintreten, daß die krankheitsauslösenden Faktoren schon Jahre oder Jahrzehnte vor dem Ausbruch der Erkrankung vorlagen, also auch vor dem Eheschluß, der in der Regel ja auch um die Zeit des Hauptmanifestationsalters der MS stattfindet. SCHALTENBRAND hatte schon früher die Hypothese vertreten, daß die MS eine Späterkrankung nach einem möglichen Infekt, etwa wie die Paralyse, sei. In unseren Felduntersuchungen ergaben sich Indizien dafür, daß eine „Latenz“ von 5 bis 8 Jahren vorliegen könnte. Es war uns aufgefallen, daß Flüchtlinge, im Mittel 6 Jahre, nach ihrer Aussiedlung nach Unterfranken dort erkrankten. Außerdem konnten wir mehrere Fälle verfolgen, die in ein sogenanntes

„MS-Nest“ zugezogen waren und dort 5 bis 8 Jahre später, in nächster Nachbarschaft eines früheren Patienten, erkrankten. Unsere damaligen Überlegungen wurden nun auf Grund unabhängiger Studien von zwei Arbeitsgruppen neu aufgegriffen.

MILLER u. Mitarb. bestimmten die mögliche gemeinsame Exposition unter den MS-Kranken in 29 Familien mit zwei bis drei Erkrankungsfällen. Sie errechneten eine „Inkubationszeit“ von 20,9 (12,1 bis 31,9) Jahren, d. h. ihre Patienten waren zwischen dem 3. und 21. (i. M. 14.) Lebensjahr dem angenommenen gemeinsamen Milieufaktor ausgesetzt.

Die anderen Überlegungen zur „Inkubationszeit“ leiten sich aus den vergleichenden Untersuchungen an sesshaften und „wandernden“ Volksgruppen und den Kenntnissen über die geographische Verteilung der MS innerhalb der einzelnen Kontinente und Rassen ab, die wir daher zunächst besprechen wollen.

STEINER hatte schon 1938 darauf hingewiesen, daß in Europa der 40. und in Nordamerika der 35. Breitengrad eine Grenze zwischen einem nördlichen MS-reichen und südlichen MS-armen Gebiet darstellen dürfte. Spätere Untersuchungen haben dann eindeutig erwiesen, daß die MS in den Nordstaaten der USA und in Kanada häufiger ist als in den Südstaaten. Die Ergebnisse stützten sich auf die Mortalitätsstatistik und auf Felduntersuchungen in verschiedenen Städten. Sie wurden weiterhin durch eine Untersuchung aller MS-Fälle der amerikanischen Armee bestätigt. In Nordamerika ist demnach die MS nördlich des 40° N etwa zwei- bis dreimal häufiger als südlich davon.

In Europa liegen die Verhältnisse ähnlich. Während in Großbritannien, Skandinavien, Holland, Deutschland und auch noch in der Schweiz 50 bis 100 MS-Patienten auf 100 000 Einwohner kommen, findet man in Marseille (BEHREND u. Mitarb. 1963) Prävalenzzahlen von nur 14 und in Parma von 13 MS-Fällen auf 100 000 Einwohner. In der europäischen Türkei kommen nach MUTLU etwa 4 MS-Fälle, im kleinasiatischen Gebiet sogar nur 2 MS-Fälle auf 100 000. In etwa der gleichen Größenordnung liegt die Prävalenzzahl für MS unter den Israelis. Diese deutliche Abnahme der MS-Prävalenz von Norden nach Süden stellte auch GRASHCHENKOV in der Sowjet-Union auf Grund der Klinik-aufnahmen fest.

Es war der Eindruck aller bisherigen Berichtersteller, daß in Ostasien die MS extrem selten sei. Sobald man aber mit vergleichbaren Maßstäben nachforschte, fanden sich doch mehr Fälle, als man angenommen hatte. So wurden in Japan Felduntersuchungen durch eine amerikanisch-englisch-japanische Ärztegruppe vorgenommen, die immerhin auf 100 000 Einwohner 2 MS-Kranke ergaben. Alle diese Fälle waren vorher nicht richtig diagnostiziert worden. Man versteht daher, wie schwer die geographische Verbreitung der MS zu beurteilen ist, solange noch nicht international standardisierte Untersuchungsergebnisse vorliegen.

Die Untersuchungen in Japan waren übrigens in je einer Stadt nördlich bzw. südlich des 40° N durchgeführt worden, hatten hier aber trotz der wesentlichen klimatischen Unterschiede keine Differenzen in der MS-Prävalenz ergeben.

In Indien erfaßte BHARUCHA 151 MS-Fälle, die in den Jahren 1956 bis 1960 in verschiedenen Kliniken-

tren des Landes aufgenommen worden waren. Dabei stellte die MS in Delhi (29° N) 1,1 Prozent der neurologischen Aufnahmen, in Bombay (19° N) aber nur 0,19 Prozent dar.

In Nordafrika entspricht die Prävalenz der MS nach ALTER etwa derjenigen in den anderen Mittelmeerländern. In Ostafrika ist sie auf Grund von Felduntersuchungen durch GEORGI praktisch nicht vorhanden. In Südafrika liegt die MS-Prävalenz nach DEAN unter 3 pro 100 000 Einwohner unter den Weißen; bei den Bantu sei noch kein Fall festgestellt worden.

In Südamerika soll die MS sehr selten sein. SCHALTENBRAND konnte diese Berichte für Brasilien und Chile aus eigener Anschauung bestätigen. Er stellte fest, daß die MS in den Südstaaten Brasiliens häufiger war als in den Nordstaaten.

In Australien wurde die Verbreitung der MS mehrfach untersucht, zuletzt von SUTHERLAND, dem wir auch die gründliche Erforschung der Verhältnisse in Nordschottland verdanken. Es fanden sich hier Prävalenzunterschiede, die zur Verteilung in der nördlichen Halbkugel spiegelbildlich symmetrisch sind. Unter dem 35° S gegen den Äquator zu betrug die MS-Prävalenz 13,4 und über 35° S polwärts betrug sie 21,9 pro 100 000 Einwohner.

Obwohl diese MS-Verteilung auf der Welt ohne Zweifel Beziehungen zur Ausbreitung der weißen Rasse hat, so sind doch alle Hypothesen, dieses Leiden auf eine rassische Prädilektion allein zurückzuführen, unhaltbar geworden.

In den Vereinigten Staaten findet sich die MS ohne Rücksicht auf die Rasse entsprechend dem jeweiligen geographischen Wohnort. So erkrankten in Boston jährlich unter 100 000 Einwohnern 2,61 Weiße und 3,08 Farbige an einer MS. In dem südlichen New Orleans betrug die MS-Inzidenz dagegen nur 0,6 unter den farbigen, aber auch nur 0,83 unter den weißen Einwohnern. ALTER widmete der MS unter den Negern eine besondere Studie. An einer New Yorker Neurologischen Klinik waren in 10 Jahren 91 Neger mit der Diagnose MS aufgenommen worden. Es konnten keine Unterschiede im klinischen Bild der MS bei Negern und bei Weißen gefunden werden.

Unter den Südafrikanern europäischer Abstammung, die niemals in Europa waren, liegt die MS-Prävalenz unter 3 pro 100 000. Die Vorfahren dieser Patienten stammten aus den europäischen Ländern mit der höchsten MS-Frequenz. Südafrikaner aber, die früher in Europa waren, und die nach Südafrika eingewanderten Europäer, zeigten einen überraschend hohen Prozentsatz an MS-Erkrankungen.

Diese Untersuchungen von DEAN konnten für die Verhältnisse in Australien von SUTHERLAND nicht bestätigt werden. Dort war die MS unter den in Australien gebürtigen und den immigrierten Weißen etwa gleich häufig.

Zur Überprüfung dieser Beobachtungen an sesshafter und wandernder Bevölkerung bestehen in Israel die besten Voraussetzungen. Dazu bieten die sehr hohe Ärztedichte und das vorzüglich organisierte Gesundheitswesen für Felduntersuchungen eine günstige Gelegenheit. Eine amerikanisch-israelische Ärztegruppe

PECTAMED

wird mit jedem Husten fertig

E. Merck

DARMSTADT

Durch den leicht verdampfenden Wirkstoff Dimethyl-phenyl-aethylenimin wirken die Pectamed-Hustentropfen besonders rasch und beseitigen – vor allem als Pectamed mit Codein (1%) – den lästigen Reizhusten. Pectamed ist auch als Aerosol anwendbar! Pectamed®

Tropfflasche mit 15 ccm

Pectamed mit Codein

Tropfflasche mit 15 ccm

(0,15 g Codein hydrochloric.)



fand nun eine sehr hohe MS-Prevalenz unter den Juden aus Nord- und Mitteleuropa und eine niedrige MS-Prevalenz unter den Juden aus dem südeuropäischen und afro-asiatischen Mittelmeerraum. Die in Israel geborenen Juden zeigten unabhängig von ihrer Abstammung eine niedrige MS-Prevalenz. Etwa 50 Prozent der MS-Fälle unter den Immigranten waren in Israel selbst aufgetreten. Auch hier war die Häufigkeit unter den europäischen Juden signifikant höher als unter den afro-asiatischen.

Diese Immigranten aus Ländern mit hohem MS-Risiko erkrankten im Mittel 9 Jahre nach ihrer Einwanderung nach Israel. Die für die erhöhte MS-Prevalenz maßgebenden Einflüsse liegen somit länger als 9 Jahre zurück. ALTER glaubt daher, daß die „Latenzzeit“ mindestens ein Jahrzehnt betrage. Die Beobachtungen führen somit zu den gleichen Vorstellungen, die wir bereits oben auf Grund eigener Felduntersuchungen und der Familienuntersuchungen von MILLER entwickelt haben: Es ist mit allen bisherigen Erfahrungen vereinbar, daß man einen noch unbekanntem krankheitsauslösenden (geographischen?, klimatischen?) Faktor Jahre bis Jahrzehnte vor der manifesten Erkrankung annehmen darf.

Es würde uns zu weit führen, hier die zahlreichen Hypothesen über die Natur dieses Faktors zu besprechen. Sie sind alle unbefriedigend. Weder das Klima, noch die geomagnetische Breite oder die Ernährungsgewohnheiten genügen den Tatsachen. Da eine gewisse Parallele zwischen MS-Verbreitung und Glutengehalt des angebauten Getreides gefunden wurde, hatte man nicht versäumt, auch darauf eine Hypothese aufzubauen. Wir glauben, daß gründliche Untersuchung der Gemeinden mit besonders hohem MS-Befall, unter Berücksichtigung geochemischer und hygienischer Faktoren, auf die richtige Fährte bringen wird. POSKANZER, SCHAPIRA und MILLER (1963) haben vor kurzem auf die Ähnlichkeiten im epidemiologischen Verhalten der MS und der Poliomyelitis hingewiesen; sie leiteten daraus ab, daß die MS die „gelegentliche Manifestation einer weitverbreiteten latenten Infektion“ (Enterovirus?) mit langer Inkubation sei.

Auf Grund unserer Erfahrungen interpretierten wir die bisherigen Ergebnisse der geomedizinischen MS-Forschung als Beweis dafür, daß die MS eine vorwiegend exogene bedingte Erkrankung ist. Sie wird unserer Ansicht nach durch einen ortsgebundenen toxischen oder infektiösen Faktor bei langer Latenz ausgelöst. Eine genetische Disposition ist erkennbar, aber nicht bestimmend.

Das Rätsel der MS ist noch nicht gelöst; aber alle Theorien über die Ätiologie werden die Ergebnisse der geomedizinischen Untersuchungen berücksichtigen müssen.

Monographien zum Thema:

- BAMMER, H.: Felduntersuchungen über Multiple Sklerose in Unterfranken.
Georg Thieme, Stuttgart, 1960.
- GEORGI, F., HALL, P. und H. R. MÜLLER: Zur Problematik der Multiplen Sklerose. Geomedizinische Studien in der Schweiz und in Ostafrika und ihre Bedeutung für Ätiologie und Pathogenese.
S. Karger, Basel - New York, 1961.
- HYLLESTED, K.: Disseminated sclerosis in Denmark.
Jorgensen & Co., Copenhagen, 1956.
- SCHALTENBRAND, G.: Die Multiple Sklerose des Menschen.
Georg Thieme, Leipzig, 1943.
- STEINER, G.: Multiple Sklerose.
Springer, Heidelberg, 1962.

Einzelarbeiten:

- ABB, L. und SCHALTENBRAND G.: Statistische Untersuchungen zum Problem der Multiplen Sklerose. II. und III. Mitteilung.
Dtsch. Z. Nervenheilk. 174, 199 bzw. 219 (1956).
- ALTER, M.: Multiple sclerosis in the negro.
Arch. of Neurol. 7, 83 (1962).
- ALTER M., HALPERN, L., KURLAND, L. T., BORNSTEIN, B., LEIBOWITZ, U. und SILBERSTEIN, J.: Multiple sclerosis in Israel. Arch. of Neurol. 7, 253 (1962).
- BAMMER, H.: Zur Kasuistik der konjugalen Multiplen Sklerose. - Münch. Med. Wschr. 1961, 2279.
- BAMMER, H., SCHALTENBRAND G. und SOLCHER, H.: Zwillingsuntersuchungen bei Multipler Sklerose.
Dtsch. Z. Nervenheilk. 181, 261 (1960).
- BING, R. und REESE, H.: Die multiple Sklerose in der Nordwestschweiz. Schweiz. med. Wschr. 1926, 30.
- CURTJUS, F.: Neuere Ergebnisse der erbbiologischen Multiple-Sklerose-Forschung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 27, 161 (1959).
- MARETSCHKE, M., SCHALTENBRAND, G. und SELBERT, P.: Statistische Untersuchungen über die Multiple Sklerose an Hand von 947 Sektionsprotokollen.
Dtsch. Z. Nervenheilk. 172, 297 (1954).
- MACKAY, R. P. und N. C. Myrianthopoulos: Multiple sclerosis in twins and their relatives.
Arch. of Neurol. Psychiat. 80, 667 (1958).
- OKINAKA, S., McALPINE, D., MIYAGAWA, K., SUWA, N., KUROIWA, Y., SEIRAKI, H., ARAKI, S. und KURLAND, L. T.: Multiple sclerosis in northern and southern Japan.
World Neurol. 1, 22 (1960).
- POSKANZER, D. C., SCHAPIRA, K. und MILLER, H.: Multiple sclerosis and poliomyelitis.
Lancet II, 1963, 917.
- SCHAPIRA, K., POSKANZER, D. C. und MILLER, H.: Familial and conjugal multiple sclerosis. Brain 86, 315 (1963).
- SUTHERLAND, J. M., TYRER, J. H. und EADIE, M. J.: The prevalence of multiple sclerosis in Australia.
Brain 85, 149 (1962).
- THUMS, K.: Neurologische Zwillingsstudien. I. Mitt. Zur Erbpathologie der Multiplen Sklerose. Eine Untersuchung an 51 Zwillingspartnern.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 153, 195 (1936).
- WURMSER, P.: Untersuchungen zur Verteilung der Fälle von Multipler Sklerose im Gebiete der Stadt Basel.
Conf. neurol. 22, 430 (1962).

Weitere Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Ansch. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. Hans B a m m e r,
87 Würzburg, Neurologische Klinik der Universität.

RECORSAN[®]

RECORSAN-LIQUID c. Rutin
zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o.U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN · GRXFELFING

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg
(Vorstand: Prof. Dr. F. W. Bronisch)

Die Behandlung der Multiplen Sklerose

Von F. W. Bronisch

Eine Übersicht über die Behandlungsmöglichkeiten bei der Multiplen Sklerose zu geben ist immer ein schwieriges Unterfangen, vor allem, wenn die Grenzen einer Darstellung wie hier notwendig enger gesteckt sind. Nach wie vor ist ja die therapeutische Situation bei der Multiplen Sklerose leider sehr prekär. Durch die Unkenntnis der eigentlichen Ursachen, ja auch weitgehend der pathogenetischen Faktoren, und durch die — gerade in den ersten Stadien der Erkrankung — oft unberechenbaren Schwankungen des Verlaufes kann man kaum eines der mittlerweile zahllos gewordenen Behandlungsmittel wirklich eindeutig widerlegen oder gutheißen. Soviel steht aber fest, daß ein den Krankheitsprozeß in seinen Wurzeln entscheidend angreifendes Heilmittel leider noch nicht existiert. Wohl aber besitzen wir einige therapeutische Möglichkeiten, mit denen für den Organismus des an Multipler Sklerose erkrankten Patienten bessere Voraussetzungen zu schnellerer Überwindung oder auch zu besserer Kompensation bei dem jeweiligen Krankheitsschub und auch innerhalb des chronischen Verlaufes geschaffen werden können.

Wo es bei einer Krankheit kein wirklich entscheidend heilendes Mittel gibt, kommt es also allemal zu einem unübersehbaren Angebot der allerverschiedensten therapeutischen Vorschläge. Die Aufgabe der kritischen therapeutischen Forschung war es und ist es, in erster Linie deren Schädlichkeit oder Unschädlichkeit festzustellen, wenn schon keine signifikante therapeutische Einwirkung auf den Krankheitsprozeß sicherzustellen war. So gibt es eine Gruppe, die zwar ohne signifikante Einwirkung, aber immerhin vielleicht von einem allgemein robrierenden Einfluß ist, im übrigen aber keine größeren Schädigungsmöglichkeiten in sich birgt. Dazu gehörten die Antimonpräparate, auch Bayer 638, Goldpräparate, Homoseran, INH, Rimifon, Salvarsan, Spasmolytica, Sympathicoltytica und wahrscheinlich auch Vitamine und vieles andere mehr. Nicht ungefährlich sind dagegen alle Methoden, die mit einer intrathekalen (durch Lumbalpunktion oder durch Zisternenpunktion) Zuführung von irgendwelchen Stoffen arbeiten, alle Serenbehandlungen, zu denen auch die von SHUBLADZE und von BOGOMOLETZ zählen. Auch vor der Antikoagulantien-Therapie, der Frischzellentherapie und vor der Hyperthermie muß ebenso gewarnt werden wie vor Röntgenbestrahlungen, Ultraschall und Unterkühlung. Diese Liste ist nur unvollständig und nennt nur einige der zahlreichen therapeutischen Vorschläge, die hinsichtlich der wissenschaftlichen Vorstellungen vielfach auf ganz unsicheren Füßen stehen. Dies gilt in noch viel stärkerem Maße für andere, ganz ausgefallene therapeutische Angebote, die ihre Verbreitung mitunter nur einer Publikation durch illustrierte verdanken. Die Aufgabe des behandelnden Arztes, insbesondere des Hausarztes, wird es immer wieder sein, die Patienten und ihre Familien durch eine entsprechende Aufklärung vor unnötigen Belastungen, vor allem auch finanzieller Art, zu schützen.

Angesichts der ja oft bestehenden therapeutischen Trostlosigkeit ist es nur zu verständlich, daß die Patienten und ihre Angehörigen nach jedem Strohhalm greifen, der ihnen unter der Flagge eines angeblich wirksamen Heilmittels hingehalten wird. In seinem Bemühen, dem Patienten und seiner Familie ein rechter Helfer zu sein, wird deshalb der Praktiker am besten fahren, wenn er sich an die Empfehlungen des Fachkollegen aus der Klinik oder der Praxis hält. In dem von mir herausgegebenen Büchlein „Multiple Sklerose — sechs Fortbildungsbeiträge“ (2. erweiterte Auflage, Enke Verlag, Stuttgart 1964) hat im übrigen mein Mitarbeiter R. BROUSCHEK über die ausgefallenen therapeutischen Vorstellungen bei der Multiplen Sklerose berichtet. Wichtige Anhaltspunkte für die Therapie der Multiplen Sklerose findet der Praktiker auch in dem Beitrag von F. LAUBENTHAL, der sich hier mit großem Ernst und starkem Verantwortungsbewußtsein mit den verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten auseinandergesetzt hat.

Wirksame therapeutische Waffen, mit denen wir die jeweiligen Krankheitszustände der Multiplen Sklerose bekämpfen, sind im großen und ganzen unter dem Prinzip der Hebung der Widerstandskräfte des Organismus, ferner unter der Abwehr möglicher sekundärer Komplikationen und unter dem Grundsatz einer entzündungshemmenden Behandlung einzuordnen. Bekanntlich steht ja immerhin der entzündliche Charakter der Erkrankungsherde bei der Multiplen Sklerose außer Zweifel.

So sollte also der jeweils frische Schub einer Multiplen Sklerose möglichst immer in einer neurologischen Fachabteilung stationär behandelt werden. An erster Stelle stehen in jedem Fall bei ersten Schüben und Wiederholungserkrankungen die körperliche und psychische Ruhigstellung und Schonung über viele Wochen und Monate. Diese Forderung wird noch viel zu wenig beachtet, zum großen Teil auch infolge des eigenen Drängens des Patienten, der nach Verschwinden der akuten Symptome bei subjektivem Wohlbefinden seine Arbeit wieder aufnehmen will. Gerade für diese Patienten ist aber eigentlich ein mindestens ebenso langer Heilstättenaufenthalt zu verlangen wie für Tbc-Kranke, weil wahrscheinlich der spätere Verlauf dann ein günstigerer ist. Eine Einschränkung hinsichtlich längerer Bettruhe muß allerdings gemacht werden, wenn es sich um alte chronische Fälle handelt, bei denen eine Inaktivität die in Resten vielleicht noch vorhandene Motorik nachhaltig verschlechtern kann.

Den frischen Schub, aber auch eine subakute Verschlechterung im Rahmen eines bereits chronischen Zustandes, behandeln wir in der Klinik außer mit Bettruhe und mit Vitaminen seit Jahren systematisch mit Cortison und neuerdings in Übereinstimmung mit dem Schema von Leo ALEXANDER mit ACTH und einzelnen Bluttransfusionen. Wir führen 10 bis 20 Tage lang Tropfinfusionen intravenös mit je 80 neuen Einheiten Acethropan in 5%iger Traubenzuckerlösung durch und

Modell moderner Blutdruck- senkung Modenol®

Lockerung der kochsalzarmen
Diät, Reizabschirmung ohne
Ermüdung, Kaliumsubstitution.
Erhaltungsdosis 1-2 Drag. tägl.

Dragées mit 3,3 mg Thiabutazid,
0,07 mg Reserpin, 0,07 mg Res-
cinnamin, 0,7 mg Raubasin,
300 mg Kaliumchlorid.
20 Dragées DM 2.95 o. U.
50 Dragées DM 6.90 o. U.

C. F. Boehringer & Soehne
GmbH. Mannheim



geben dann weiter täglich 80 Einheiten Acetbropin intramuskulär. Die Kost ist während dieser Wochen salzarm; einem möglichen Kaliummangel wird durch tägliche Gaben von Kalinor entgegengewirkt. Bei aller Reserve im Hinblick auf die Fehlerquellen durch Spontanremissionen und Vergleichsschwierigkeiten glauben wir sagen zu dürfen, daß diese Behandlung nicht nur im Einzelfall erstaunliche und auch gelegentlich ganz rasche Besserungen herbeizuführen vermag. Auch von anderer Seite sind solche günstigen Erfahrungen gemacht worden. Der Schweizer MUMENTHALER spricht in einer Besprechung des vorhin erwähnten Buches hinsichtlich der ACTH-Behandlung sogar von der Methode der Wahl. — Bei einigen wenigen Fällen zeigten sich Unverträglichkeiten, deretwegen statt dessen eine Cortisonbehandlung (bei uns bisher mit Ultracortentabletten, neuerdings auch mit Urbason retard) durchgeführt wurde.

Wir sind zur Zeit dabei, das bisher mit ACTH behandelte Krankengut zu sichten. Bis zum Mai 1964 haben wir seit Mitte 1962 56 Männer und 90 Frauen in der Klinik so behandelt und beobachtet. Eine grundsätzliche Notwendigkeit für einen Antibiotikenschutz ergab sich nicht. Fälle mit stärker entzündlichen Harnwegsinfekten, Dekubitalgeschwüren oder anderen Entzündungsherden wurden von der Behandlung ausgeschlossen oder zurückgestellt. Wir haben die näheren Umstände der ACTH-Behandlung vorerst bei unseren Frauen zu analysieren versucht. Vorläufig können wir nur feststellen, daß auch gegenüber der von uns früher angewandten Cortisonbehandlung die objektiven Besserungen jetzt sehr viel auffällender und schon in der ersten Behandlungswoche, in der Mehrzahl schon nach der zweiten bis dritten Infusion, eingetreten sind. Die Besserungen betrafen die motorischen Funktionen, ataktische Störungen, die Sprache und auch die Doppelbilder, schließlich auch Sensibilitätsstörungen. Die besten Erfolge sieht man natürlich auch hier wieder bei Ersterkrankungen und bei neuen Schüben, die offensichtlich abgefangen und auch abgekürzt werden können. Aber auch bei chronischen Prozessen wurden Einzelsymptome oft deutlich gebessert. Fast alle Patienten berichteten frühzeitig über eine Vitalisierung (ohne eine abnorme Euphorisierung), ferner über eine bessere Durchwärmung ihrer vorher kalten Gliedmaßen. Die objektiv nicht signifikant gebesserten chronischen Fälle gaben zumindest eine stärkere subjektive Besserung an als nach den verschiedensten früher durchgemachten Behandlungskuren anderer Art. Die Rezidivgefahr scheint allerdings auch nach der ACTH-Behandlung nicht gebannt, die Patienten sprechen aber auf eine Wiederholungsbehandlung für gewöhnlich wieder gut an. Im übrigen wird man hinsichtlich der endgültigen Ergebnisse die Gesamtprüfung und auch die kritischen Stimmen anderer Kliniken abwarten müssen.

Wichtig erscheint uns nach den bisherigen Erfahrungen, daß das ACTH auch nach der Klinikentlassung 2mal wöchentlich zu je 40 neuen Einheiten Depot-Acethropan intramuskulär weitergegeben wird. Es berichten auch sachliche Patienten, daß sie sich freier und leistungsfähiger fühlen und auch sicherer gehen (z. B. bei einer schon chronischen spastisch-ataktischen Gangstörung) als in den Tagen vor der Injektion. — Ganz selten sieht man als Nebenerscheinungen ein-

mal eine Akne, noch seltener ein Cushing-Syndrom und dieses nur im Ansatz. Weder Osteoporosen noch Magengeschwüre oder Asthmazustände oder einen Diabetes haben wir bisher erlebt.

Gemäß den vorhin genannten Grundprinzipien der Behandlung ist aber auch die Quecksilberschmierkur bei uns noch nicht ganz aus der Mode gekommen. Auf deren Durchführungsmodus und die hierbei zu beachtenden Vorsichtsmaßnahmen im Hinblick auf eine mögliche Nierenschädigung brauche ich wohl im Rahmen dieses Berichtes nicht weiter einzugehen.

Mit der physikalischen Behandlung gehen wir im allgemeinen sehr vorsichtig vor. Mit diesem Kapitel wird sich im übrigen ein anderer Bericht in diesem Heft gesondert befassen. Hier sei nur gesagt, daß wir jede die Spastik steigernde Aktivität gern vermeiden und alles auf die Lösung und Lockerung, aber auch vor allem alles auf die Verbesserung der Gangsicherheit und der Zielbewegungen abstellen. Spastikmildernde Mittel geben wir nur in kleinen Dosen, die dann auch ambulant weitergenommen werden können, so zum Beispiel Quiloflex 3 mal $\frac{1}{2}$ Tablette, manchmal auch 3 mal 1 Tablette täglich.

Das besondere Augenmerk gilt aber auch — wie schon gesagt — der Vermeidung möglicher sekundärer Komplikationen, in Sonderheit von seiten der Blase und in Form des Dekubitus an allen nur anfälligen Körperstellen. Man muß immer an die Möglichkeit einer latenten Blasenretention denken und notfalls den Restharn bestimmen. Gerade die Erfolge auf diesen Gebieten sind es, die in letzter Zeit die Lebenserwartung des MS-Patienten beachtlich gesteigert haben. So wird auch der Fokalsanierung in vielen Kliniken hinsichtlich der Einwirkung auf den Krankheitsprozeß selbst große Bedeutung beigemessen, die allerdings nicht überall als bewiesen anerkannt wird. Eine Fokalsanierung sollte aber in jedem Fall nur unter einem gründlichen Antibiotika-Schutz durchgeführt werden.

Abgesehen von der genannten salzarmen Diät im Rahmen der ACTH-Behandlung sehen wir keine Notwendigkeit, den Patienten einer besonderen Kost zu unterwerfen, es sei denn im Hinblick auf eine Förderung und Erleichterung des Stuhlganges. Mit der Evers-Diät hat sich LAUBENTHAL an der schon angegebenen Stelle ganz besonders befaßt. Unter Heranziehung aller bisherigen Prüfungsergebnisse kommt er nicht nur im Hinblick auf die wissenschaftlichen Grundlagen, sondern auch bezüglich der Behandlungserfolge leider zu einem negativen Urteil.

Was die hochgradigen spastischen Kontrakturen der Beine bei Spätzuständen betrifft, so kann der Grad dieser quälenden Zustände so erheblich sein, daß alle nur möglichen Eingriffe gerechtfertigt erscheinen. Hierzu gehören die Durchtrennungen von Sehnen und Muskeln durch den Orthopäden und letzten Endes auch die intralumbale Ausschaltung und Zerstörung der Cauda equina durch Alkohol- oder Phenolinjektionen unter ganz bestimmten Kautelen. Dieser Eingriff setzt im allgemeinen eine bereits vorbestehende Blasenlähmung voraus. Man kann diese Alkoholausschaltung durch entsprechende Lagerung auch nur einseitig durchführen. Ganz allgemein ist man mit den genannten Eingriffen heute sehr zurückhaltend, manchmal vielleicht zu zurückhaltend.

Nur die kürzesten Zeitspannen seines Krankheitsverlaufes verbringt aber der MS-Kranke im klinischen Bereich. Viel länger und unter viel schwierigeren Verhältnissen steht ihm der weiterbetreuende Hausarzt daheim gegenüber. Und so zeigt es sich, daß auf dem weiten therapeutischen Feld nicht nur die eigentliche medizinische (hier weitgehend symptomatische) Behandlung als Notwendigkeit steht, sondern auch die seelische und soziale Lenkung, Beratung und Betreuung, die große Kenntnisse und ein starkes Einfühlungsvermögen in die noch erhaltenen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten voraussetzt. So muß man wissen, daß die Multiple Sklerose unter das Bundessozialhilfegesetz fällt, welches auch dann die Finanzierung einer ambulanten Heilbehandlung und Pflege wie auch stationärer Kurbehandlungen gewährleistet, wenn die Leistungen der Krankenkasse erschöpft sind. Nur zu diesem Zweck ist das Gesetz auch für solche Erkrankungen geschaffen, nicht aber zur Abwälzung der Pflichten der Krankenkassen gegenüber ihrem vollwertigen Mitglied schon vom ersten Schub einer Multiplen Sklerose an. Unter diesem Gesichtspunkt sollten einmal die Verfahrensweisen der Krankenkassenverbände von seiten der aufsichtsführenden Behörden kritisch unter die Lupe genommen werden.

Zur Erleichterung des Lebens eines chronisch kranken MS-Patienten daheim bedarf es für den Hausarzt auch der Kenntnis all der zahlreichen kleinen und großen Hilfen und Handgriffe, durch die sich der Patient zu Hause besser fortbewegen oder durch die er die notwendigen täglichen Verrichtungen leichter durchführen kann. Geschickte Abstützung bei der Nahrungsaufnahme, besonders zu befestigende Eßbestecke, Trinkröhrchen oder Schnabellassen, möglichst dicke Bleistifte oder Federhalter beim Schreiben, hohe Schuhe und keine Halbschuhe für den unsicheren Gang, Haltevorrichtungen an den Wänden oder auch die Beschaffung eines Selbstfahrers, vor allem bei noch möglicher Berufstätigkeit, sind solche Hilfen. Ein großes Versandhaus hat sogar einen Katalog herausgebracht, der alle möglichen Hilfsgeräte für den täglichen Gebrauch aufzählt.

Für den Praktiker bleibt noch zu erwähnen wichtig, daß sich entgegen einer früher mehr bejahenden Einstellung zur Unterbrechung einer Schwangerschaft bei

einer MS-Patientin inzwischen auf Grund statistischer Untersuchungen die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß die Schwangerschaft keineswegs regelmäßig den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflusst. So wird man eine Unterbrechung jetzt nur noch in ganz seltenen und besonders gelagerten Fällen befürworten dürfen, zumal ja bekanntlich auch die Unterbrechung selbst die Möglichkeit einer Verschlechterung im Krankheitsverlauf in sich birgt!).

Eine Darstellung, die sich mit der Behandlung der Multiplen Sklerose befaßt, kann nicht abgeschlossen werden ohne einen Hinweis auf die immer noch viel zu geringen Möglichkeiten einer Unterbringung von Multiple-Sklerose-Kranken in speziellen Heilstätten und Heimen. Zwar regt sich hier und dort in vermehrtem Maße die private Initiative, und es sind auch einige Häuser im Bau, die auf die Aufnahme von Patienten sowohl in späteren Krankheitsstadien als auch im Frühstadium abzielen. Angesichts der brennenden Nöte auf dem Felde einer soziologisch so bedeutsamen Krankheitsgruppe wie der der Entmarkungskrankheiten ist die Hilfsbereitschaft und Unternehmungslust der staatlichen Behörden leider als noch vergleichsweise zu gering zu bezeichnen. Hier kann nur die Hoffnung auf eine grundsätzliche Wandlung und auf eine Anerkennung solcher offenkundig notwendigen Forderungen im Rahmen der Volksgesundheit ausgesprochen werden. Offenkundigen Notwendigkeiten aber auch im Rahmen der Wissenschaft, für die zum Beispiel die Schaffung einer ersten speziellen MS-Heilstätte für eine langfristige Kurbehandlung erster Schübe im Anschluß an die erste Klinikbehandlung mit der Möglichkeit wissenschaftlicher Nachkontrolle ein unbedingtes Erfordernis ist. Kein Ministerium der Welt, schon gar nicht in Deutschland während einer derartigen wirtschaftlichen Hochkonjunktur wie der jetzigen, sollte sich eigentlich dem Ruf nach einer Unterstützung eines solchen Projektes entziehen dürfen, schon gar nicht, wenn es sich nur um ein Darlehen handelt und wenn die Patienten des eigenen Landes und die Wissenschaft des eigenen Landes davon den Nutzen haben können. „Videant consules, ne res publica detrimenti capiat.“

¹⁾ Die Frage nach etwa möglichen Einflüssen der Antikonzeptiva auf den Krankheitsverlauf kann hier noch nicht beantwortet werden.



Eupaco®

10 Tabletten	DM 2.50
5 Zäpfchen	DM 1.90
5 Zäpfchen für Kinder	DM 1.75
10 Ampullen zu 1 ml	DM 5.30

Preise o. U. n. A. T.
Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**

Cascan

Aus dem Institut für Physikalische Therapie des Städtischen Krankenhauses Nürnberg
(Vorstand: Dr. D. v. Arnim)

Die Physikalische Therapie der Multiplen Sklerose

Von D. v. Arnim

Die Multiple Sklerose (MS) gehört zu jenen Krankheitsbildern, bei denen eine causale Therapie nicht, oder noch nicht möglich ist. Arzt und Behandler sind daher darauf angewiesen, das Symptom zu behandeln, und da die Symptomatik der MS sich vor allem im Bewegungsapparat des Kranken manifestiert, ist die „Physiotherapie“ bei den meisten Erscheinungsformen der MS das Mittel der Wahl. Freilich gehört zu dem Begriff der „Physiotherapie“ nicht nur die gezielte Bewegungsbehandlung oder was sonst aus dem Arsenal der Physikalischen Medizin zur aktuellen Behandlung des Kranken herangezogen werden kann. Hierher gehören auch die vielen Möglichkeiten, die uns die Rehabilitationsmedizin bietet, mit dem Ziel, dem Patienten nach medizinischer, beruflicher und sozialer Prognose ein Dasein zu ermöglichen, das die unerbittlich näherrückende absolute Pflegebedürftigkeit möglichst weit hinauschiebt.

Eine langfristige prognostische Beurteilung des Patienten ist für den physikalischen Therapieplan von großer Bedeutung. Bei allen Unsicherheitsfaktoren einer langzeitigen Beurteilung, die ja bei der MS besonders groß sind, ist es doch wichtig, vor jeder neuen Behandlungsserie festzulegen, was nach bisherigem Verlauf, nach körperlicher und seelischer Kapazität und derzeitigem speziellen Befund überhaupt erreicht werden kann. Bei zu weit gesteckten Zielen oder allzu intensiv durchgeführter Behandlung — die ja oft von den vitalen und euphorischen Patienten noch übertrieben durchgeführt wird — kommt es häufig zu deutlichen Verschlechterungen oder gar zur Auslösung eines neuen entzündlichen Schubes. Allgemein gilt daher vor allem auch für die Physikalische Therapie „je frischer und entzündlicher, desto zurückhaltender“. In solchen Fällen kann eine strenge Liegekur das Mittel der Wahl sein. Jede anstrengende Bewegungsbehandlung, jede reizintensive hydrotherapeutische Anwendung ist strengstens zu vermeiden. Dies ist allerdings oft schwierig, da die Patienten in diesem frühen Stadium häufig meinen, „es muß etwas geschehen“, und man erlebt es immer wieder, daß MS-Kranke durch allzu intensives Selbsttun, durch „Massagen“, die sie sich ohne ärztliche Verordnung verabreichen lassen, oder durch das Aufsuchen von Badeorten, in denen sie selbständig Kurmittel, Badeeinrichtungen etc. gebrauchen, schwere und irreversible Schäden erleiden.

Im Vordergrund des Krankheitsbildes der MS steht die Spastik der Extremitäten, und zwar sind die Beine oft früher und häufiger als die Arme betroffen. Die Behandlung der spastischen Gangstörungen ist daher ein wichtiges Aufgabengebiet der Krankengymnastin. Je nach Art der Spastik, nach Seitenbefall und Schwere werden Gehübungen mit Stock, im Gehbarren oder mit anderen Hilfsmitteln durchgeführt. Wichtig ist es hierbei, immer unterhalb der Ermüdungsgrenze zu bleiben. Jede stärkere Ermüdung steigert plötzlich die Spastik und das Gegenteil des Behandlungszieles ist erreicht.

Die krankengymnastische Behandlung der spastisch-gelähmten Extremitäten kann durch lockernde Massagen, eventuell durch milde hydrotherapeutische Reize eingeleitet werden.

Die Patienten, die noch fest ans Bett gefesselt sind, werden je nach Möglichkeit aktiv und auch ganz vorsichtig passiv durchbewegt. Um die Patienten nicht zu stark anzustrengen, genügt es, die Gelenke einmal täglich vorsichtig passiv ohne jede Kraftanwendung in die Endstellungen zu bringen. Zur weiteren Kontrakturverhütung sind Lagerungen der Extremitäten durchzuführen; hierher gehört auch das wichtige Gebiet der pflegerischen Dekubitusprophylaxe. Wenn es auch nicht in das Gebiet des Physiotherapeuten gehört, einen Dekubitus zu behandeln, so sei es doch hier erwähnt, da die Erkennung eines beginnenden Dekubitus und seine intensivste Behandlung für jede weitere physikalische Therapie wie überhaupt für den weiteren Zustand des Patienten von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Patienten, die nach längerem Krankenlager erstmals soweit sind, daß sie wieder die ersten Gehversuche machen können, wird man — wenn die Möglichkeit dazu besteht — zuerst in das Bewegungsbad stellen, wo sie — durch den Auftrieb fast schwerelos — sich erst einmal wieder an die aufrechte Körperhaltung gewöhnen können. Besteht keine Möglichkeit, ein Bewegungsbad zu benutzen, so muß die Gehschule mit anfangs 2 Hilfskräften durchgeführt werden. Hier ist besondere Vorsicht nötig, denn der MS-Kranke fällt wegen seiner spastisch-ataktischen Störungen leicht hin und man erlebt es immer wieder, daß ein Sturz — ohne zu wirklichen Verletzungen geführt zu haben — einen neuen Schub einleitet und damit wieder für Monate jede aussichtsreiche Physiotherapie ausschließt.

Die Behandlung der mehr oder weniger vorherrschenden ataktischen Störungen erfordert von der Krankengymnastin ein ganz besonderes Einfühlungsvermögen. Hier werden — je nach dem Zustand des Patienten — Zielübungen durchgeführt. Besonders günstig erweist sich hierbei Schreiben und Malen mit Kreide auf einer großen Tafel. Um den oft grobschlägigen Intensionstremor bei diesen Übungen zu dämpfen, kann die Krankengymnastin anfangs dem Stift oder der Kreide mit einem Band einen leichten Widerstand entgegensetzen und somit die oft ausfahrenden Bewegungen bremsen. Später geht man von der Tafel auf das Schreiben im Heft über. Natürlich wird versucht, alle täglichen Verrichtungen, Schreiben, Benützen des Eßbesteckes, u. ä. in diese Zielübungen einzubeziehen. Diese Übungen werden kurz durchgeführt, da sie oft recht anstrengend sind — man sieht es an dem angespannten Gesicht des Patienten sowie an den oft ausschlagenden synergistischen Mitbewegungen der anderen Extremitäten. An diese Zielübungen werden grundsätzlich aktive oder passive Lockerungsübungen angeschlossen.

Sowohl in der Klinik als auch vor allem im häuslichen Milieu haben diese Übungen das Hauptziel, dem Patienten die ausgefallenen Bewegungen wieder zurückzugeben. Ob es sich um eben beginnende Spastik des noch Berufstätigen handelt oder um den seit langem fest Bettlägerigen, für den es schon einen großen Fortschritt bedeutet, allein ein Glas Wasser zum Mund führen zu können, immer wird sich die Übungsbehandlung entsprechend der Phantasie der Behandler am einzelnen Fall orientieren. Das Wiedergewinnen dieser „Gebrauchsbewegungen“ wie Umdrehen, selber Aufrichten, Sitzenbleiben im Bett, Frisieren, Anziehen, Rasieren etc. stellt ja für den Kranken und für den Pflegenden einen nicht hoch genug einzuschätzenden Fortschritt dar.

Die Massage tritt bei der Behandlung der MS gegenüber den krankengymnastischen Übungen in den Hintergrund. Sie wird sich auf leichtes Streichen, Walken usw. der hypertonen Muskulatur beschränken. Bei den oft schweren Adduktorenspasmen, wie wir sie häufig im Endstadium der Krankheit finden, bewähren sich Vibrationen mit anschließender vorsichtiger Dehnung der rigiden Muskulatur.

Den bekannten tonusmindernden Effekt warmer Bäder macht man sich auch bei der MS zunutze. Die praktische Schwerelosigkeit des Körpers im Geh- und Bewegungsbad ist für manche Fälle ein günstiges Behandlungsmittel. Es kommt jedoch auch vor, daß die Patienten unsicher sind und Angst haben. Das verstärkt sofort die Spastik und hier wäre jede Bäderbehandlung, vor allem jede Behandlung im Bewegungsbecken kontraindiziert.

Im allgemeinen werden bei der MS niedere Wassertemperaturen — etwa von 32—36 Grad — empfohlen. Es ist auch eine immer wieder zu beobachtende Tatsache, daß nach einem zu heißen Bad eine Verschlechterung auftritt; häufig hört man es auch in der Vorgeschichte, daß die ersten Anzeichen der Erkrankung, Sensibilitätsstörungen, Hirnnervenlähmungen etc. nach einem heißen Bad bemerkt worden sind.

Oft strengt den MS-Kranken ein Vollbad, mehr noch natürlich das oben bei der krankengymnastischen Behandlung erwähnte Bewegungsbad, sichtlich an. Wir werden dann nur Teil- oder Halbbäder verabreichen und die Dauer der Anwendungen auf 5—8 Minuten reduzieren. Nach Möglichkeit sollen im Bad leichte, anfangs passive und später aktive Bewegungs- und Lockerungsübungen ausgeführt werden. Öfter als zwei- bis höchstens dreimal wöchentlich sollten bei der MS Bäder nicht verabreicht werden. Aromatische Bäderzusätze oder Luftperlbäder werden oft subjektiv angenehm empfunden, ohne natürlich objektiv bei der Art der Krankheit einen Erfolg zu versprechen. Alle differenten Zusätze, wie Moorlauge, Schwefelsuspensionen oder Moorbreibäder selbst stellen meistens bei der MS einen zu starken Reiz und damit eine Kontraindikation dar.

Gelegentlich wird auch bei starker Hypertonie der Muskulatur, vor allem bei älteren Fällen, die Unterwasserdruckstrahlbehandlung angewandt. Es gelingt fast immer, schnell einen subjektiv und objektiv feststellbaren tonusmindernden Effekt zu erreichen. Man darf jedoch nur niedrige Druckwerte anwenden, und die Behandlung darf nur kurz sein. Es kommt nämlich neben der lokalen Druckmassage in der Wanne zu ausgedehnten Wasserströmungen, die einen nicht zu

unterschätzenden und oft zu starken Reiz für den MS-Kranken bedeuten. Die Unterwasserdruckstrahlbehandlung sollte höchstens 1- bis 2mal wöchentlich verabreicht werden.

Auch die Hydrotherapie spielt bei der Behandlung der MS eine wichtige Rolle. Besonders die morgendlichen Teilwaschungen haben sich gut bewährt. Einmal erreicht man mit diesen „Kneipp'schen Anwendungen“ eine gewisse Abhärtung, die den an sich anfälligen MS-Kranken schützt. Daneben hat der Patient oft das subjektive Gefühl der Kräftigung; störende Symptome wie Schwindelgefühl, die oft vorhandenen Kopfschmerzen und auch die Paraesthesien an den Händen können verschwinden. Neben diesen Teilwaschungen finden auch Kneipp'sche Güsse, jedoch mit indifferenten Temperaturen, erfolgreich Anwendung. Hierbei begibt man sich jedoch schon in das Gebiet einer Reizbehandlung, die gerade bei der MS zu hyperergischen Reaktionen führen kann; daher ist vorsichtiges Einschleichen der Behandlung und eine sehr vorsichtige Auswahl des Patienten nach der zur Zeit vorliegenden Phase seiner Erkrankung die dringende Voraussetzung. Feuchtwarme Packungen mit Moorbrei, Fango oder Heublumen seien noch erwähnt, die — ebenfalls in vorsichtigster Dosierung — bei der Behandlung muskulärer Kontrakturen und der hierdurch ausgelösten Schmerzzustände Gutes leisten können.

Die Elektrotherapie findet bei der Multiplen Sklerose praktisch keine Anwendung. Eine Reizstrombehandlung fällt — wie bei jeder spastischen Lähmung — völlig aus. Galvanische Vollbäder in stabiler Galvanisation und auch Vier-Zellen-Bäder in galvanischer Schaltung wurden gelegentlich empfohlen. Es kommt häufig zu einer auch im Elektromyogramm feststellbaren Tonusminderung der Muskulatur. Ob diese Tonusminderung jedoch eine spezifische Wirkung der galvanischen Durchflutung darstellt oder ob sie auf die Wirkung des warmen Wassers zurückzuführen ist, kann zur Zeit noch nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Die Kurzwellenbehandlung kann als lokaler Wärmespender bei muskulären Kontrakturen und bei dadurch ausgelösten Schmerzzuständen angewendet werden. Im Anschluß an diese lokalen Wärmemaßnahmen sollten immer kurze passive und aktive Lockerungsübungen angeschlossen werden.

Häufig wird von MS-Kranken und von ihren Angehörigen die Frage nach einem Kuraufenthalt oder nach einem speziellen Bad oder Kurort gestellt. Eine milde Reiztherapie im Sinne einer Klimaumstellung ist durchaus nicht in allen Fällen kontraindiziert. Besonders bei den „älteren“ Fällen, oder auch im Abflauen eines Schubes bzw. im Intervall kann eine Kurortbehandlung — nicht unter 4 Wochen — einen guten Effekt haben. Bei der Kurortbehandlung der MS kommt es jedoch besonders auf die ärztliche Führung an. Der Patient neigt dazu, vor allem im Anfang einer Kur, in seiner euphorischen Grundstimmung seine Kräfte zu überschätzen, und man erlebt es häufig, daß MS-Patienten mit einem neuen Schub oder zumindest objektiv verschlechtert aus einer nicht ärztlich geleiteten Kur zurückkommen. Ein mildes Reizklima dürfte für MS-Kranke die günstigste Lage darstellen, während starke Reizklimata — Hochgebirge, Nordsee usw. — gelegentlich einen nachteiligen Effekt haben. Vor Antritt einer Kur sollte der bisher behandelnde Arzt dem

Kurarzt gerade beim MS-Patienten einen entsprechenden Krankheitsbericht mitschicken.

Aus dem großen Bereich der Physikalischen Medizin sind bei der MS schon fast alle Behandlungsverfahren versucht worden. Hier sind vor allem auch die sogenannten Umstimmungsverfahren zu nennen, die gegen den chronisch-entzündlichen Verlauf neue Widerstandskräfte entfachen sollen. Unter anderem wurden die Röntgenbestrahlung, Überwärmungsbäder, Kurzwellenhyperthermie, Klimatherapie, UV-Bestrahlung — um nur einige zu nennen — empfohlen, nach den Berichten mit dem üblichen wechselnden Erfolg.

Wenn bei der Neigung der Multiplen Sklerose zu spontanen Remissionen die gerechte Beurteilung medikamentöser Behandlung schon äußerst schwierig ist, so gilt dies in verstärktem Maße noch für die Verfahren der Physikalischen Therapie. Bei dem bekannten Vorkommen „plötzlicher Heilungen“ der MS kann es daher nicht Wunder nehmen, daß in Laienkreisen die verschiedensten Behandlungsverfahren aus dem weiten Gebiet der Physikalischen Therapie besprochen und propagiert werden, und es darf nicht verheimlicht

werden, daß häufig Methoden vorgeschlagen werden, deren therapeutischer Wert gleich Null ist, die aber in den armen Patienten und ihren Angehörigen neue Hoffnungen erwecken und lediglich große Kosten verursachen. Natürlich können viele dieser „Behandler“ auf MS-Fälle hinweisen, die — nach monate- und jahrelangem Siechtum — „plötzlich“ während dieser Behandlung geheilt wurden.

Da der Kreis der Physikalischen Medizin weit gesteckt ist und viele Verfahren, den naturnahen Heilmethoden entlehnt, noch nicht voll zur Schulmedizin gehören, scheint mir dieser Hinweis wichtig zu sein.

Zusammenfassend über die „Physikalische Therapie der Multiplen Sklerose“ kann daher gesagt werden, daß das Schwergewicht unserer Behandlung bei der Krankengymnastik liegt. Ausgehend von der aktuellen Phase der Erkrankung sollen bei einfachen und „möglichen“ Zielsetzungen die Hauptstörungen des Bewegungsapparates — Spastik und Ataxie — behandelt werden, wobei sich Behandler und Patient an den Tätigkeiten des täglichen Lebens, in Haushalt und Beruf, orientieren.

Aus der staatlichen Schule für Krankengymnastik am Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München (Vorstand: Prof. Dr. H. v. Braunbehrens)

Krankengymnastische Behandlung der Multiplen Sklerose

Von Lotte von Eck

Von der Multiplen Sklerose werden etwa 1 bis 2 Promille der Gesamtbevölkerung in unseren Breiten betroffen. Es erscheint somit auch für die Krankengymnasten wichtig genug, sich mit dieser häufigsten der organischen Nervenerkrankungen auseinanderzusetzen und zu der Frage Stellung zu nehmen: Was kann die Physikalische Therapie bei dieser Erkrankung erreichen, was muß sie beachten und berücksichtigen?

Die vielfältigen und verschiedenartigen Symptome kennzeichnen einerseits das Krankheitsbild der MS. Wir sehen heute die meist vorkommenden spastischen Zeichen als besonders typisch für die Erkrankung an. CHARCOT hob mit seiner Trias: Intensionstremor, Nyctagmus, skandierende Sprache — vornehmlich Kleinhirnsymptome hervor. Ob die MS vor 80—100 Jahren anders verlief wie in unserer Zeit, kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Andererseits charakterisiert das schubweise Auftreten viele Krankheitsverläufe. Es kommen dabei Remissionen vor, diese können sehr weitgehend sein und auf längere Zeit Beschwerdefreiheit bedeuten. Diese Remissionen bei der MS zeigen uns, daß die Veränderungen an den nervösen Elementen zumindest im Beginn der Erkrankung noch

rückbildungsfähig sind. Manche Fälle haben auch offenbar in ihrem ganzen Wesen eine gewisse Gutartigkeit, die Progression ist eine langsame und die Symptome nehmen keine großen Dimensionen an. Angesichts gerade dieser Tatsache ist es unendlich schwierig, sich über den Effekt einer Therapie zu äußern, zumal da unter diesen Umständen bei fast jeder Therapie über, wenn auch vorübergehende, Erfolge berichtet wird.

Der Erreger der Multiplen Sklerose ist bislang nicht bekannt — und folglich gibt es auch heute noch keine spezifische Behandlung. Anstatt einer gerichteten, medizinisch gezielten Therapie muß einerseits nach einer Allgemeinbehandlung gesucht werden, die der Kräftigung des Organismus, der Besserung der Abwehrkräfte des kranken Menschen dienen soll, auf der anderen Seite sollen durch Methoden, die meist am Erfolgsorgan ansetzen, die von Fall zu Fall verschiedenartigen Symptome bekämpft werden. Dieser letzte Weg geht häufig sicherlich über die nur symptomatische Behandlung hinaus und beeinflusst im positiven, restituierenden Sinne die trophische Innervation und die Leitungsbahnung.

Die neue Venen-Therapie

Tropfen
Dragees
Salbe

PENTAVENON®

5 facher Angriffspunkt

mit doppeltem Entstauungsprinzip:

Sparteain und Roßkastanie

ADENYLICHEMIE - Stuttgart-Bad Cannstatt

I. Beispiele der Allgemeinbehandlung, Umstimmungstherapie

Von den allgemein wirkenden Behandlungsformen erwartet man eine Umstimmung des Körpers, die sich in der Kurve des Krankheitsablaufes möglichst günstig abzeichnen soll. Die Methoden, die solch eine Umstimmung anstreben, können von verschiedener Art sein, es muß nur der Lebensrhythmus des Patienten durch sie merkbar geändert werden.

Im Sinne der Gesamtkräftigung des Organismus werden in den Krankenanstalten für die MS-Kranken medikamentöse Kuren durchgeführt, hier und da wird mit Röntgenstrahlen behandelt. Die bei diesen Maßnahmen parallel verordnete Bettruhe vermittelt dem kritisch Beobachtenden häufig den Eindruck, daß eine streng eingehaltene Ruhezeit (nach akutem Schub: etwa 3—6 Wochen) über den Rahmen der Allgemeinbehandlung hinaus etwas von spezifischer Wirkung auf die Multiple Sklerose hat. Eingeschaltete Ruhezeiten spielen daher auch bei unseren Behandlungsentwürfen immer eine übergeordnete Rolle.

Aus der Hydrotherapie, als einem Teilgebiet der krankengymnastischen Behandlungsmöglichkeiten, sind einige Anwendungsformen als geeignet aufzuzeigen, die bei der MS allgemein-wirkend angreifen, andere Formen — wie nachfolgend besprochen wird — können lokal, symptomatisch vorhandene Störungen bessern. Vorangestellt muß werden, daß der MS-Kranke das Musterbeispiel darstellt für eine oft abartige Reaktionslage. Trotz guter Hautreaktion verträgt dieser Kranke die Wasserkuren oft nicht gut, wird müde, erschöpft, evtl. schlaflos, es kommt unter Umständen zu einem Spontanschub. Die schlechte Reaktionsfähigkeit ist aber einer Schulung zugänglich, sie ist organisch erlernbar — wohlverstanden immer im Rahmen des bei der Multiplen Sklerose Möglichen. Die Schulung der Reaktion ist eine Erfahrung, die in der Lehre der Abhärtung eine Rolle spielt. Es ist dabei entscheidend, daß man die Dosierung und die Grenzen des thermischen wie des beigegebenen mechanischen Reizes genau kennt und einhält.

Von der morgendlichen kalten Teilwaschung oder Abreibung sollte bei der MS viel mehr Gebrauch gemacht werden. Das kalte Abwaschen dient der Abhärtung, verhindert Zwischenerkrankungen, die oft eine Verschlechterung der MS-Symptome bewirken, ferner verringert es den manchmal vorhandenen Schwindel und das Schwächegefühl. Diese durchaus milde Prozedur kann zunächst im Bett ausgeführt werden, anschließend noch eine halbe Stunde Bettruhe. Empfindet der Kranke später keine Abspannung mehr danach, sondern im Gegenteil ein Gefühl der Frische, und braucht er außerdem keine Bettruhe mehr einzuhalten, dann wird er die Waschung selbsttätig stehend vor dem Waschbecken ausführen und sich nach dem Abtrocknen gleich ankleiden.

Man bringt nicht gleich am ersten Tage den ganzen Körper mit dem kalten Wasser in Berührung, sondern macht ein Programm über 14 Tage, in denen das Verfahren langsam einschleichend an den Kranken herangebracht wird. Nach diesen 14 Tagen der Gewöhnung kann auch die Frau in der Zeit der Periode die Abwaschung weiter durchführen.

Leicht ausgedrücktes Gerstenkornhandtuch, Wassertemperatur 18° C, Dauer der Abreibung 1—2 Minuten.

1. und 2. Tag: Gesicht, Hals, Nacken; abtrocknen, hinlegen. 3. und 4. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust; Abschluß wie oben. 5. und 6. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme;... 7. und 8. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme, — Handtuch erneut anfeuchten — Bauch;... 9. bis 11. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme — Handtuch! — Bauch, Rücken;... 12. bis 14. Tag: Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Arme — Handtuch! — Bauch, Rücken, zweites Mal Handtuch anfeuchten! — Beine hinten, Beine vorn, Fußrücken, Fußsohle...

Die beiden folgenden Wasseranwendungen dienen ebenfalls der Abhärtung, sie sollen die Reizlage des erkrankten Organismus ändern.

A. Der Patient wird im Halbbad (das Wasser reicht bis zum Nabel) oder Sitzbad von indifferenter Temperatur (35° C) mit dem Wannenwasser übergossen. Hierzu benutzt man einen Wassertopf. Man beginnt am Rücken, begießt dann die Vorderseite. Anschließend den Körper partieweise schnell bürsten. Zum Abschluß, unter Zufluß kalten Wassers, nochmal ein kurzes Übergießen des Körpers wie oben. Dauer im ganzen 3 bis 8 Minuten. Nach dem Abtrocknen unbedingt Ruhe im Liegen einhalten! Dieses Bad nicht häufiger als zweimal die Woche und nicht mehr als sechsmal innerhalb einer Behandlungsfolge durchführen.

B. Mit ähnlicher Wirkung und in der gleichen zeitlichen Einteilung (zweimal die Woche, sechsmal in einer Behandlungsfolge) wird im Halb- oder Sitzbad von indifferenter Temperatur ein kalter Rückenguß (18° C hinunter auf 12° C bei den letzten Bädern) ausgeführt. Ein Schlauch mit Strahlenteilung oder der Brausenkopf einer Gießkanne wird am Nacken angesetzt und der Wasserstrahl an der Wirbelsäule hinabgeführt. Gleichzeitig oder sofort danach reibt man den Rücken mit einer Bürste oder mit der Hand. Dauer des Rückengusses die beiden ersten Male 1/2 bis 1 Minute, dann 2 Minuten. Abtrocknen, wieder Ruhe im Liegen. Die Prozedur ist subjektiv angenehm und der Patient gibt die Wirkung auf die Durchblutung meist überzeugend an.

Die angegebenen Wasserbehandlungen wie auch die nachfolgenden Anwendungen können — und das ist ihr großer Vorteil — in einem weniger modern ausgestatteten Krankenhaus, in einer Privatpraxis sowie im Privathaushalt ausgeführt werden. Man benötigt dazu nur eine Badewanne (Sitzwanne genügt), einen Strahlenschlauch (Gartengießkanne mit Brausenkopf ist fast noch bequemer in der Anwendung), einen 2- bis 3-Liter-Topf, Armwanne und Fußwanne (Eimer), Badebürste und Badethermometer.

II. Beispiele zur Behandlung einzelner Symptome

Stehen Reizerscheinungen oder eine pathologische Reizempfindlichkeit im Vordergrund der Erkrankung, so verlangen diese zur Beruhigung gleichmäßig warme Temperaturen. Ein tonusmindernder Effekt kommt vor allem den indifferenten Temperaturen zu; nach eigenen und aus den USA berichteten Erfahrungen besteht daneben aber auch ein augenfälliges Einwirken kalter Temperaturgrade auf den Hypertonus der Skelettmuskulatur.

Bei Paraesthesien und Kältegefühl in Hand oder Fuß, als typischem Einzelsymptom bei der MS, wendet man

mit gutem Erfolg Teilbäder des Unterarms und des Unterschenkels an.

A. Lokale Kälteeinwirkung von 2 bis 3 Minuten Dauer läßt hernach ein Gefühl der Wärme in der Peripherie eintreten und damit auch oft eine Besserung der Mißempfindung. Muskelbewegungen und Massage während und nach der Anwendung steigern und beschleunigen die Reaktion.

B. In der Temperatur ansteigende Teilbäder von Arm und Unterschenkel (34-35-36-39-40° C für 15 bis 20 Minuten) bewirken eine Erleichterung und bessere Regulation des Kreislaufes, die Gefühlsstörungen an Hand und Fuß hören oft danach auf.

C. Bei Fuß-/Unterschenkelteilbädern wird gelegentlich eine gleichzeitige reflektorische Wirkung auf die Blaseninnervation angegeben. Wärmeanwendung brachte eine Beruhigung, Kälte einen Miktionsreiz. Warme ansteigende Sitzbäder (35-38-39° C) von 20 Minuten Dauer sind da angezeigt, wo eine Beruhigung von Reizsymptomen im unteren Bauch- und Beckengebiet erzielt werden soll.

Alle aufgezeigten Wasseranwendungen sollen veranschaulichen, daß bei MS-Kranken das Vollbad zu umgehen ist. Wir sahen bei Multiple-Sklerose-Kranken so häufig Verschlechterung ihres Zustandes nach übergroßer Erschöpfung im Anschluß an ein Vollbad — mehr noch nach heißem Vollbad! —, daß wir diesen Patienten dringend raten, von Vollbädern in Zukunft ganz abzusehen.

III. Bewegungsbehandlung und Massage

Die Bewegungsstörungen bei der MS haben häufig den Charakter einer spastischen Parese. Zu diesem Pyramidenbahnsymptom tritt in manchen Fällen noch ein schwankendes Unsicherheitsgefühl als Zeichen eines cerebellaren Herdes. Um bei einer Spastik in der Skelettmuskulatur zu nennenswerten aktiven Bewegungsleistungen zu kommen, muß versucht werden, durch geeignete Maßnahmen vorher den Hypertonus der Muskulatur herabzumindern. Warmes Wasser, Muskelvibrationen, Massage-Schüttelgriffe und Gliedmaßen-Schüttelungen sowie passives Bewegen von Arm und Bein bringen meist einen sichtbaren Erfolg. Bei der Ausführung dieser manuellen Methode kommt es sehr darauf an, gleichmäßig rhythmisch und ausdauernd zu arbeiten; nur dann können die gespannten Muskeln allmäh-

lich ihren Widerstand aufgeben. Allerdings erreicht man bei schwerer Spastik oft auch mit bester Arbeitsmethodik diese Muskelentspannung nicht.

Im Anschluß an diese tonusmindernde Vorbereitung läßt man die aktiven Bewegungen im Anfang mit der Ausatmung, unter befreiendem Seufzen oder Stöhnen, nur in einer Bewegungsrichtung, ausführen. Der Therapeut beugt z. B. passiv das Bein des Kranken, welches dieser dann aktiv streckend auf das weiche Übungsbett legen oder herabfallen lassen soll. Der Patient darf gar nicht den Eindruck einer zu leistenden Arbeit haben. Man vermeidet dadurch, daß mit zu starkem Willensimpuls der spastische Krampf erneut in die Muskulatur einschleßt. Zielbewegungen praktischer Art — das Greifen nach Tasse oder Teller, das Hantieren mit Bürste oder Kamm — verringern oder beseitigen den lästigen Intensionstremor. Bei Schwindel oder Schwanken bekommt der Kranke am besten und schnellsten wieder ein relatives Sicherheitsgefühl, wenn man ihn anfänglich Gleichgewichtsübungen im Kriechen sozusagen auf vier Füßen machen läßt. Daran schließen sich Gehübungen an, zunächst mit der Unterstützung von ein oder zwei Hilfskräften. Kann der Kranke wieder allein frei gehen, ist zunächst noch Vorsicht geboten, denn der MS-Kranke fällt leicht wegen seiner spastisch/ataktischen Störungen. Und wohl ein Sturz kann einen neuen Schub einleiten.

Einzelne Patienten klagen über Rückenschmerzen und Rückensteifigkeit, wohl Infolge des häufigen Liegens und des spastisch/ataktischen Ganges. Nach einigen Rückenmassagen und lockernden Bewegungen der Wirbelsäule lassen die Schmerzen fast immer nach und durch eine größere Rückenbeweglichkeit ist der Gang hernach auch meist besser.

Bei Blasenstörungen in Verbindung mit der MS tastet man häufig Spannungsvermehrung im Gewebe der Glutäen und Druckempfindlichkeit auf dem Kreuzbein. Von Mal zu Mal beobachtend und den Patienten ständig auf die Wirkung hin ausfragend, führen wir zweimal die Woche Bindegewebsmassage durch in Bauch- oder Seitenlage. Wir arbeiten im Bereich des Kreuzbeins, des Beckenkamms, der Analfalte und im Bereich des proximalen Oberschenkels; auf der Vorderseite über der Symphyse. Von der jeweiligen Wirkung machen wir die Fortführung dieser Behandlung abhängig.

Azupanthenol®

20 ccm / Klinikpackungen

Tiefgreifende Heilwirkung durch Azulen + Pantothenensäure
 Gastritis, Sub- u. Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni
 2-3 x täglich 15 Tropfen und als Rollkur

ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen bei Stuttgart

IV. Die Notwendigkeit der Dosierung bei Behandlung von MS-Kranken

Jegliche Therapie zum Nutzen der Multiplen-Sklerose-Kranken sollte sich an engste und strengste Dosierung halten. Alle anfänglichen krankengymnastischen Maßnahmen nach der Bettruhezeit werden noch im Liegen durchgeführt. Die anschließende Steigerung bringen Bewegungsübungen auf dem Hocker. Erst darauf folgend läßt man den Patienten gehen, als letztes im Stehen Gymnastik machen.

Zeitlich fängt man tunlichst mit wenigen Minuten an, die Höchstbehandlungszeit sollte etwa 20 Minuten sein. Bei stationären MS-Kranken läßt es sich immer einrichten, die Behandlung auf den Vormittag und Nachmittag zu verteilen. Durch täglich zweimalige kürzere Behandlungszeiten vermeidet man die schnell auftretende Ermüdung und das sichtbare Angestrengtsein.

Die Art und Ausführung von Massage und Übungsbehandlung muß sich ebenfalls nach dem Gesichtspunkt der nicht ermüdenden Dosierung richten. Häufig läßt die Euphorie die MS-Kranken in allem etwas über das gebotene Ziel hinausschießen. Hier gilt es, zu bremsen. Anratend und vorsorglich sollte diesen Kranken gesagt werden, daß jegliche Überanstrengung ihnen schädlich werden kann. Von sportlicher Betätigung im heutigen

Sinne und von Sonnenbädern ist deshalb abzuraten. Etwas anderes ist es, wenn nach Indikationsstellung und unter Beobachtung eines Arztes, der MS-Erfahrung hat, Luftbäder und Sonnenbestrahlung sehr sorgfältig abgestuft und dosiert angewandt werden. Die Grenzen sind naturgemäß individuell verschieden, so daß diese Hinweise nur grundsätzliche sein können.

Form und Maß der physikalisch-therapeutischen Anwendungen wird jeweils anders sein, je nachdem, ob der Kranke stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wurde oder ob er ambulant zu der Behandlung kommt. Von dem ambulanten MS-Kranken muß der Therapeut genau wissen: lebt er daheim ruhig im Krankenstand oder geht er trotz seiner Erkrankung noch der beruflichen Tätigkeit nach. Diese verschiedenartigen Belastungen und die so unterschiedlichen reaktiven Abläufe darauf bei der Multiplen Sklerose müssen sehr genau in Anrechnung gestellt werden, will man die jeweils zweckmäßige Behandlungsform finden.

Zusammenfassung: Es wurden in der Arbeit Maßnahmen aus dem Gebiet der physikalischen Therapie angegeben, mit denen bei MS-Kranken neben der Besserung des Allgemeinzustandes auch eine Besserung der Symptome der Erkrankung angestrebt wird.

Die Fürsorge für Multiple-Sklerose-Kranke

Von Oberschwester Annelis Wirsing

Muß es eine Multiple Sklerose Gesellschaft geben? Genügen nicht öffentliche Wohlfahrt und die großen Verbände der Liga?

Und warum glauben so viele Ärzte (Praktiker und Kliniker), die Sozialgesetze gingen sie nichts an, denn dafür seien die Fürsorgerinnen da?

Berechtigte Fragen; lassen Sie sich antworten:

Multiple Sklerose Gesellschaften gibt es in sämtlichen europäischen Ländern, außer in Österreich, außerdem in den Vereinigten Staaten, Australien und Südafrika, und alle diese Gesellschaften sind zusammengeschlossen in der Internationalen MS Gesellschaft. Diese Tatsache allein könnte wohl schon die Notwendigkeit dieses Einsatzes als auf einem Fachgebiet beweisen. Aber hören Sie einmal Einzelheiten:

Die Deutsche MS Gesellschaft besteht seit elf Jahren; in Süddeutschland wurde vor neun Jahren eine Zweigstelle gegründet, aus der später das Sozialwerk Landesgruppe Bayern entstand. Trotz dieser jahrelangen Arbeit überrascht es immer wieder, wie wenig sich Öffentlichkeit, Kliniker und Praktiker, Behörden und Regierung der ernststen Bedrohung durch diese häufigste und ständig zunehmende neurologische Erkrankung bewußt sind. Es würde sonst viel mehr für die Forschung einerseits und die Versorgung der Kranken andererseits geschehen. Wir rechnen in Deutschland mit hunderttausend, in Bayern also mit rund zehntausend Erkrankungen; davon sind in Deutschland gegen zehntausend, in Bayern zweieinhalbtausend MS-Kranke in der Gesellschaft erfaßt. Ärztlicher Beirat und fürsorgliche Mitarbeiter sind ständig mit dem Austausch von

Nachrichten über Vorkommen und Verlaufsformen befaßt, ist doch die MS Gesellschaft die einzige Stelle, wo darüber kompetente Tatsachen vorliegen. Denn da die Erkrankung nicht meldepflichtig ist, hören häufig die zuständigen Sozialbehörden und Gesundheitsämter erst durch die Gesellschaft von der Häufigkeit des Vorkommens in ihrem Einzugsgebiet. Dabei ergeben sich oft überraschende und erschreckende Zahlen. In Niederbayern wurden vor einigen Jahren auf Anregung der MS Gesellschaft und mit Befürwortung der Regierung die Praktiker um Meldung ihrer MS-Fälle an die Gesundheitsämter — wenn auch teilweise ohne Namensnennung — gebeten. Es fanden sich in jedem Kreis 16 bis 20 Fälle, von denen amtlich bisher nur die wenigsten bekannt waren, zumal damals die Kranken noch nicht in dem jetzigen Maße Anspruch auf Hilfe der Sozialbezirke hatten und also amtsärztlich untersucht waren. Es ist aber wichtig, über die Häufigkeit des Vorkommens einigermaßen sichere Zahlen zu bekommen, nicht nur um die notwendigen Behandlungszentren und Versorgungsheime zu schaffen, sondern auch um einen Eindruck von der durchschnittlichen Soziallage der Kranken für den Gesetzgeber zur Hand zu haben, die diesem ermöglichen, die Verbesserung der Gesetze zweckmäßig zu gestalten. So war zunächst der Einschluß neurologisch Kranker in das Körperbehindertengesetz nicht vorgesehen, wurde aber nicht zuletzt auf Grund der in der MS Gesellschaft nachgewiesenen Zahlen und Verhältnisse durchgesetzt und ist heute schon ein nicht mehr wegzudenkender Faktor innerhalb des Bundessozialhilfegesetzes. Doktoranden haben die Unterlagen der Zentrale in Frankfurt verwendet, Schülerinnen der Sozialschulen benut-

Bevor es zu spät ist

Intensain[®]

intensiviert die
Myokarddurchblutung

Erprobt im Experiment-Bestätigt in der Klinik-
Bewährt in der Praxis

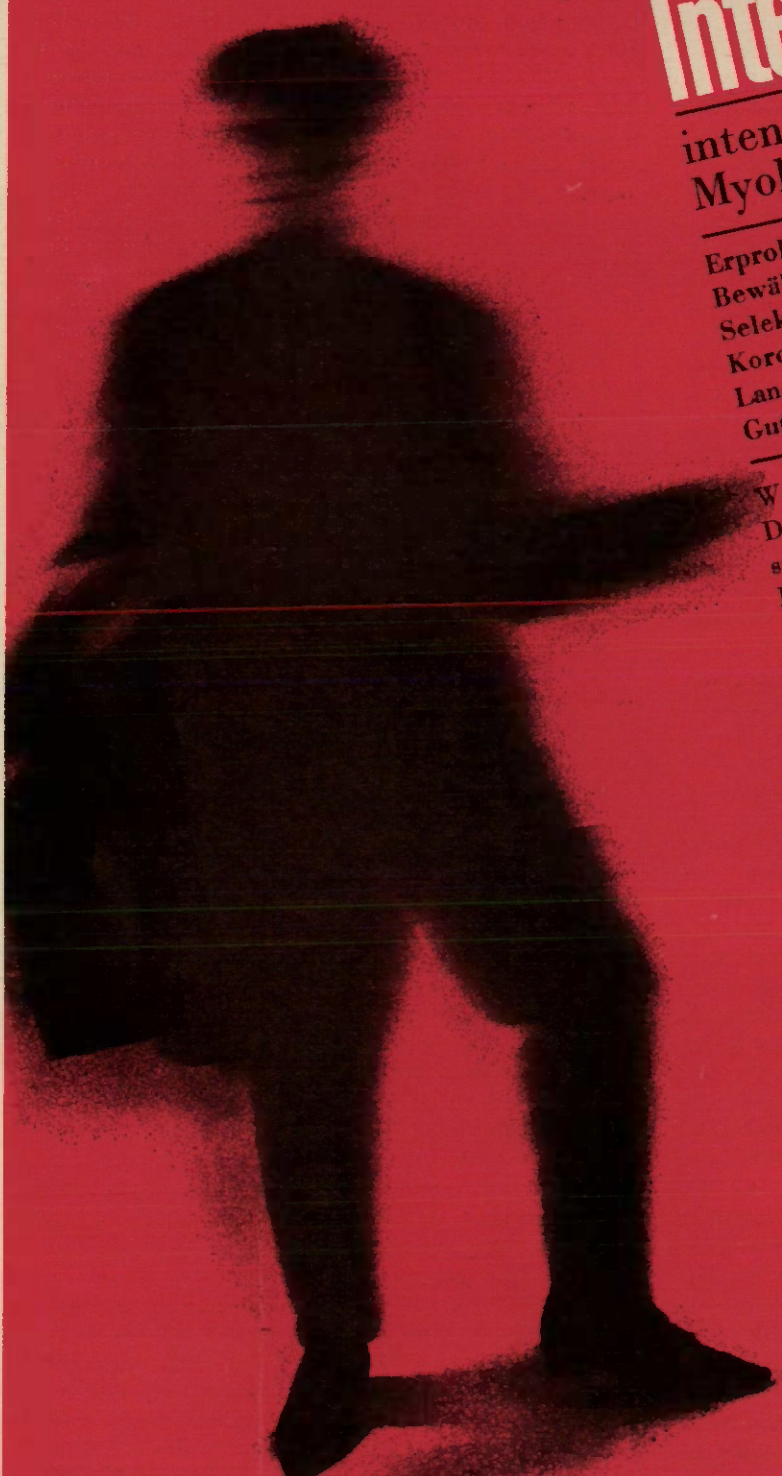
Selektive Steigerung der
Koronardurchblutung
Lange Wirkungsdauer
Gute Verträglichkeit

Wegen dieser Vorzüge wird Intensain für die
Dauertherapie koronarer Durchblutungs-
störungen sowie zur Behandlung des
Herzinfarktes und der stenokardischen
Anfälle geschätzt. Darüberhinaus ist
Intensain wegen seiner schmerzbefreienden
Eigenschaften und seines blutdruck-
neutralen Verhaltens auch zur
Sofortbehandlung des Herzinfarktes und
der stenokardischen Anfälle geeignet.
Intensain gewährleistet eine dauernde
Sauerstoffversorgung des Herzmuskels
...bevor es zu spät ist.

Intensain 3-(β -Diäthylamino-äthyl)-
4-methyl-7-carbäthoxy-methoxy-
2-oxo- (1,2-chromen)-hydrochlorid
O.P. 30 und 75 Kapseln zu 75 mg
O.P. 3 Ampullen zu 40 mg
Intensain S enthält zusätzlich
15 mg Phenyläthylbarbitursäure
je Kapsel.
O.P. 30 und 75 Kapseln zu 75 mg

Cassella-Riedel Pharma GmbH
6 Frankfurt/M-Fechenheim

**cassella
riedel**



zen sie für ihre Examensarbeiten, Journalisten und Reporter orientieren sich über die wirkliche Lage und die echten Möglichkeiten innerhalb dieses Krankheitsgebietes, statt wie früher unsachliche Sensationsberichte zu schreiben, welche den Kranken nur Unruhe und Sorge ins Haus brachten.

Dabei machen die MS-Gesellschaften in allen deutschen Bundesländern nicht etwa der öffentlichen oder privaten Wohlfahrt Konkurrenz. Die Sachgebiete sind streng abgegrenzt. Die meisten der in schlechten Verhältnissen lebenden Kranken werden in enger Zusammenarbeit mit der öffentlichen Wohlfahrt betreut; die Erfahrung an so vielen Tausenden von Kranken erreicht jedoch, daß die im Gesetz enthaltenen Möglichkeiten sachgemäß und wirkungsvoll ausgeschöpft werden, sei es durch Mitteilung über Erfahrungen mit Diät für Zulagen, mit den einzelnen Therapieformen für die Einweisung der Kranken in die für ihren speziellen Fall bestgeeignete Klinik, Nachweis solcher Kliniken, die Kranke bevorzugt und dadurch mit entsprechender großer Erfahrung aufnehmen, sei es durch Beratung der für die häusliche Pflege der MS-Kranken passenden Hilfsmittel und ihre Beschaffung, oder auch letztlich durch Nachweis von Heimen, in welchen sie einigermaßen ihrem Leiden und Zustand gemäß untergebracht sind.

In erster Linie soll jedoch die Berufsfähigkeit möglichst lange erhalten bleiben. Durch Prüfung der bisherigen Arbeitsbedingungen, Rücksprache mit dem Arbeitgeber über Versetzung an einen leichteren Arbeitsplatz oder Verbleib am alten mit geeigneten Sitzgelegenheiten helfen die Mitarbeiter des Sozialwerkes, den alten Beruf fortzuführen. Auch die Erlaubnis, die eigene Diät mitzubringen und ein- oder zweimal am Tag eine kurze Arbeitspause zusätzlich, nach Möglichkeit etwa im Sanitätsraum liegend, einzuhalten, sollte erwirkt werden, ebenso die Mitnahme durch motorisierte Kollegen zum und vom Arbeitsplatz, soweit der MS-Kranke nicht mit Zuschuß des Sozialbezirkes einen eigenen, notfalls umgebauten Kraftwagen fahren kann. Manchmal wird es auch nötig sein, in Verbindung mit der Schwerbeschädigtenabteilung des zuständigen Arbeitsamtes einen anderen, geeigneteren Posten zu finden. Der MS-Kranke kann dafür einem Schwerbeschädigten gleichgestellt werden. Umschulungen haben sich nur in wenigen Ausnahmefällen als zweckmäßig erwiesen, nämlich dann, wenn der Zustand des Kranken über lange Zeit, möglichst über Jahre, konstant geblieben ist. Andernfalls muß damit gerechnet werden, daß während der Umschulungszeit oder unmittelbar nach deren Abschluß durch die große nervliche Anspannung ein neuer Schub eintritt, der das Erreichte hinfällig macht. Beim Einsatz mit den jetzt vorhandenen Kräften und Fähigkeiten unter günstigen Bedingungen werden jedoch gute Erfahrungen gemacht, und die Diagnose MS allein sollte keinen Werksarzt davon abhalten, einen solchen Behinderten einzustellen oder einen langjährigen Mitarbeiter zu halten.

Die Tatsache, daß die seelische Reaktionslage für den Verlauf der MS eine so große Rolle spielt wie bei nicht vielen anderen Krankheiten, macht es auch für den behandelnden Arzt und den Kliniker interessant, zu wissen, welche Möglichkeiten für die Verbesserung der Lage der Kranken bestehen und in Anspruch genommen werden können. Wie oft kommen die Kranken zu der Beratungsstelle mit der angstvollen Frage: „Was

soll aus mir werden? Wann werde ich ausgesteuert? Das Krankenhaus hat mich entlassen, weil die Krankenkasse abließ, obwohl die Behandlung nicht abgeschlossen war; der Arzt möchte mich zu einer Kur einweisen, aber wer soll das bezahlen? Ich könnte mit Hilfe eines Rollstuhls zu Hause bleiben, aber ich kann mir keinen leisten; meine Angehörigen können mich nicht mehr pflegen, ich muß in ein Heim, wo gibt es eines und wer bezahlt das?“ Solche und andere Fragen, Angst vor der Trennung von der Familie, Belastung der jungen Ehen und andere Sorgen verursachen seelische Unruhe, die die Krankheit ungünstig beeinflusst. Wie gut, wenn der behandelnde Arzt tröstlich weiß:

Krankenkassen bezahlen heute eineinhalb Jahre lang Krankengeld oder Klinikaufenthalt. Wenn diese Leistung abläuft, springt sofort die Sozialhilfe ein, sofern das Einkommen des Kranken die Einkommensgrenze nicht überschreitet. Diese liegt für Kuren bei einem Monatseinkommen von 500 DM für den Haushaltsvorstand und 100 DM für jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen, wobei das Einkommen aller Haushaltsangehörigen zusammen beurteilt, jedoch gewisse Freibeträge angerechnet werden. Ebenso hoch sind die Einkommensgrenzen für die Beschaffung größerer Hilfsmittel durch die Sozialämter, wie z. B. Rollstühle, auch Elektrofahrräder, Spezialbetten, Hebeapparate u. a. Die vorzüglich durchgearbeiteten Hoyer-Lifter sind so einfach zu bedienen, daß sogar ein Kind einen Kranken damit aus dem Bett, in den Stuhl oder auf die Toilette bringen kann, und er kann auch zum Gebrauch im Bad benützt werden. In ungezählten Fällen konnten dadurch schon junge, gelüstig ja gesunde MS-Kranke in ihren Familien behalten und bestens gepflegt werden, die sonst in einem Heim aus ihrem gewohnten Leben völlig herausgerissen gewesen wären. Auch die Einkommensgrenzen für „Hilfe zum Lebensunterhalt“ werden für MS-Kranke durch Zuschläge, Diätbeträge und weitgehende Berücksichtigung der besonderen Lebens- und Familienlage über die normalen Regelsätze hinaus stark angehoben. Liegt das Familieneinkommen über der Grenze, so stehen den Verdienern doch erhebliche Steuerfreibeträge zu, von denen sie oft nichts wissen — so auch für Diät, Haushaltshilfen und für alle Extraausgaben, die durch die Erkrankung entstanden sind, wie ärztlich verordnete Medikamente, von der Kasse nicht gedeckte Kuren und für vieles andere.

Zum Beispiel liegen die Sozialhilfebeträge für Evers-Diät oder sonstige Reformkost zwischen 50 und 70 DM, die dafür berechneten Steuerfreibeträge bei 90 DM monatlich. Sind diese Belastungen bei Ausstellung der Lohnsteuerkarte nicht bekannt und daher nicht eingetragen gewesen, so können sie zu Beginn des folgenden Jahres noch im Lohnsteuerausgleich angerechnet werden.

Nach den vorliegenden Erfahrungen wird noch viel zu wenig Gebrauch gemacht von den Möglichkeiten der Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz. Davon abgesehen, daß sie oft nicht unterrichtet sind, scheuen sich die Kranken und ihre Familien, diese Gelder anzunehmen; an manchen Ämtern sind die revidierten Vorstellungen vom „Wohlfahrtsempfänger“ noch nicht genügend Selbstverständlichkeit geworden; aber im ganzen ist die Lage doch heute so, daß es für keinen Kranken demütigend sein dürfte, Hilfe vom Staat anzunehmen, die ihm zusteht, zumal er, solange er arbei-

ten konnte, durch seine Abgaben die gleichen Leistungen für andere Kranke mitbezahlt hat. Nun ist er eben selber an der Reihe, von anderen vollberechtigte Hilfe zu erhalten. Die Scheu vieler Kranker, besonders in kleinen Gemeinden lebenden, dem Bürgermeister in ihre Verhältnisse Einblick zu gewähren, ist unberechtigt. Der Kranke kann seinen Antrag selbst an das Landratsamt seines Kreises richten oder ihn durch die MS Gesellschaft einreichen lassen. Es ist eine große Beruhigung und Hilfe für den Kranken, wenn ihn sein Arzt auf alle diese Möglichkeiten hinweisen und damit trösten kann.

Eine weitere Stärkung bedeutet für den Kranken der Kontakt mit der MS Gesellschaft, da er sich nun nicht mehr so allein fühlt, wenn er in seinem weiteren Bekanntenkreis und in der Familie bisher der einzige war, der an dieser Erkrankung litt. Durch das Mitteilungsblatt, das alle Mitglieder der Gesellschaft viermal jährlich kostenlos erhalten, erfahren sie nicht nur die sachlich für sie nötigen gesetzlichen Neuerungen, sondern sie lesen, wie sich andere MS-Kranke mit ihrem Leiden abfinden, wie sie sich ihr Dasein zweckmäßig und möglichst unabhängig einrichten, wie sie mit ihren Familien zusammenleben und wohin sie sich für mancherlei praktische Erfordernisse wenden können. Anregungen zur Beschäftigung, Buchbesprechungen, Antworten des ärztlichen Beirates auf Anfragen sind ebenfalls enthalten, sowie Annoncen von Firmen, die die einschlägigen Artikel liefern; bei dieser Gelegenheit sei auch auf den großen Katalog der Firma Neckermann „Besser bequemer leben“ hingewiesen, der rund 150 Hilfsgeräte für Gelähmte, Ein- und Ohnhänder, Blinde und Geschwächte enthält, die im übrigen auch für manche gesunde Hausfrau eine Erleichterung ihrer Arbeit bedeuten können. Auch diese kleineren Hilfsmittel können, wenn sie sich als dringend notwendig erweisen, von den Sozialämtern bezahlt werden, z. B. wenn es dadurch einer Behinderten möglich wird, ihren Haushalt selber weiterzuführen, wenn der Kranke von fremder Hilfe frei oder weniger abhängig wird.

Nicht nur dadurch kann dem Kranken das Leben erleichtert werden; die MS Gesellschaft berät ihn und die Familie auch über seine gesamte Lebensweise, so daß er sich richtig verhält und die Familiengemeinschaft möglichst lange erhalten bleibt, indem dem Kranken durch die Angehörigen entsprechend geholfen und nicht geschadet wird: Er darf nicht in der Sonne

sitzen, bei seiner Tätigkeit sich niemals übermüden, soll auch bei Hausarbeit stets schon vor der eigentlichen Ermüdungsschwelle Pausen einlegen. Es sei auch darauf Rücksicht genommen, daß seine Leistungsfähigkeit nicht alle Tage gleich ist; was er gestern konnte, kann er vielleicht heute nicht, morgen aber wieder, und man lasse ihm seine geringste Leistungsbreite, ohne es dabel an der unvermeidbaren Hilfe fehlen zu lassen. Müssen auch die Kinder von früh auf Rücksicht üben, und lernen sie dadurch spielend, was andere später schwer lernen, so müssen sie doch Gelegenheit haben, sich zwischendurch entsprechend auszutoben und sollen nach Möglichkeit zur Erholung verschickt werden, auch rechtzeitig gegen Polio gelimpft sein; denn es scheint, daß Nervenerkrankungen aller Art in den Familien, in welchen MS vorkommt, etwas häufiger auftreten als in anderen. Hier können die Kinderverschickungen der Städte und freien Wohlfahrtsverbände in Anspruch genommen werden; auch die pflegenden Mütter müssen ihre regelmäßige Erholung, etwa durch das Mütterhilfswerk, haben. Für die Zeit der Abwesenheit kann in vielen Fällen Hauspflege eingesetzt und von den Sozialämtern bezahlt werden. Ähnliche Hilfen setzen ein, wenn die erkrankte Mutter und Ehefrau selber in klinische Behandlung kommen soll, was oft unmöglich erschien. In vielen Fällen vermittelt die MS Gesellschaft da, wo die Inanspruchnahme des Staates wegen Überschreitung der Einkommensgrenzen nicht in Betracht kommt, die praktische und finanzielle Hilfe der freien Wohlfahrtsverbände, und hier in Bayern auch des Bayerischen Frauenfunds, so daß das wirklich Dringliche fast immer zu beschaffen ist.

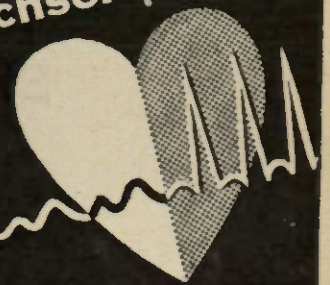
Die MS Gesellschaft hat in Bayern seit einigen Jahren ihr besonderes Augenmerk auf das Vorkommen der MS in bäuerlichen Kreisen und auf die Lage der damit belasteten Kleinbauern gerichtet und mußte feststellen, daß die Erkrankung auf dem Lande viel häufiger vorkommt, als man annahm. Hier nun bewirkt sie besonders auf den einsam liegenden und für laufende Nachbarschaftshilfe wie für regelmäßige ärztliche Betreuung unzugänglichen Höfen einen oft besonders krassen Notstand. Der gesunde Ehepartner muß nicht nur seine eigene reichliche Bauernarbeit, sondern auch noch die Arbeit und die Pflege des erkrankten Teiles mit übernehmen, wodurch bei Erkrankung des Bauern die Frau durch die ihr zufallende schwere Männerarbeit, im anderen Falle der Ehemann durch zusätzliche

Adenylocrat®
Adenylsäuren-Organextrakt - *Crataegus*

ADENYL-CHEMIE
7016 Gerlingen bei Stuttgart

20 ccm 50 ccm

O₂-Donator für das Myocard
reguliert Myocardstoffwechsel
Coronardurchblutung





Wenn
die
Galle
streikt...

gallo **sanol**[®] Silber-
dragées

Das Cholekinetikum und Choleretikum

Neu

spasmo
gallo **sanol**[®] Drageés

Bei spastischen Zuständen der Gallenwege

sanol

arznei-
mittel

Sanol-Arzneimittel · Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim

Pflege und Kinderaufzucht entschieden überfordert ist. Die meisten Bauern kommen gar nicht auf den Gedanken, daß auch sie „Hilfe zum Lebensunterhalt“ bei zu kleinem Bareinkommen, „Hilfe zur Pflege“ und, wenn sie nicht krankenversichert sind, zur ärztlichen Behandlung und für Medikamente bekommen können. Auch Barlohn für Haushilfe kann als „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ und Zuschuß für landwirtschaftliche Hilfskräfte als „Hilfe zur Sicherung der Existenz“ vom Sozialamt gewährt werden. Die Hektarertragszahlen liegen gegenüber den tatsächlichen Einkünften oft praktisch zu hoch, so daß die Einkommensgrenzen scheinbar überschritten werden; das Sozialamt kann und sollte hier Begutachtungen des Landwirtschaftsamtes einholen. Außerdem sind die Richtlinien zur Einkommensberechnung durch die Verordnung vom 28. 11. 62 wesentlich verbessert worden. In einem Falle, in welchem die Bäuerin trotz ihrer Erkrankung noch auf dem Felde mitarbeitete und sich durch Überanstrengung chronisch verschlechterte, auch noch nie einer klinischen Untersuchung und Behandlung zugeführt worden war, konnte, finanziell gesichert durch das Sozialamt, eine Dorfhelferin für mehrere Monate vermittelt werden, so daß Krankenhausbehandlung und anschließend Müttererholung durchgeführt werden konnte. In einem anderen Falle kann der Bauer durch Vermittlung eines Rollstuhles und eines Hebeapparates, mit welchem er auf den Traktor gebracht werden kann, jetzt die Familie bei der Bebauung wieder selber anleiten. Alle Hilfsmöglichkeiten gelten sinngemäß auch für die mitarbeitenden Angehörigen, die bei schwerer Erkrankung ohne Anspruch auf Rente und oft unversichert auf dem Hof mitversorgt werden müssen. (Es sei besonders auf die rechtzeitige Versicherung etwa pflegender Töchter und mitarbeitender Söhne gedrungen!) Schwierigkeiten bereiten auch oft Übergabeverträge, welche im Laufe der Zeit durch MS-Erkrankung von Geschwistern oder des Übergebers unerfüllbar werden; leider wird von notarieller Seite manchmal auf die Tragbarkeit der abzuschließenden Verträge zu wenig geachtet. Im Extremfall kann jedoch sogar hier das eine oder andere Mal die Abänderung des Übergabevertrages erreicht werden, wenn dadurch der Hof lebensfähig bleibt. Naturgemäß können alle diese Hilfen nur einsetzen, wenn sie auch beantragt werden, bzw. muß die Hilfe dann einsetzen, wenn das Sozialamt Kenntnis von der Notlage erhält. Es kann also durchaus auch einmal der behandelnde Arzt einen Antrag auf Prüfung der Beihilfefähigkeit beim Landratsamt stellen, um seinem Patienten zu helfen. Es wurde über alle diese Fragen in einer Sendung des Bayerischen Landfunks im Februar 1964 und später in einem Resumé über den Erfolg gesprochen.

Ein besonderer Einsatz der MS-Gesellschaft — hier des Sozialwerks Landesgruppe Bayern — gilt der Bekämpfung der weitverbreiteten übergroßen Skepsis, der die MS-Kranken überall begegnen und die erst die Diagnose MS zu einem solchen Schrecknis werden ließ. Ohne die echte Bedrohung verharmlosen zu wollen, muß doch immer wieder darauf hingewiesen werden, daß es eine Unzahl günstig verlaufender Fälle gibt — vorausgesetzt, daß sie von Anfang an entsprechend leben können — und daß z. B. 35 Prozent aller MS-Kranken noch nach 15 Jahren voll berufsfähig sind. Nur wird von diesen leichten Verlaufsformen eben viel weniger gesprochen. Auch ist es nicht angebracht,

jegliche gezielte klinische oder ambulante Behandlung abzulehnen mit der Behauptung, da helfe ja doch nichts; davon abgesehen, daß die Differentialdiagnose schon so manchen „MS-Fall“ ausgeschieden und der Heilung zugeführt hat, und daß Besserung in recht vielen Fällen durchaus möglich ist, kann für den Kranken und seine Familie auch eine nur geringfügige Besserung der Symptome von schicksalsbestimmender Wichtigkeit sein! Ob einer alleine essen, sich anziehen und waschen kann, wird unter Umständen über seinen Verbleib in der Familie oder die Verbringung in ein Pflegeheim entscheiden; das sei nicht vergessen. Auch sind die schmerzhaften und medikamentös so schwer beeinflussbaren Verkrampfungen durch physikomechanische Behandlung, leichte Massagen, heiße Waschungen, krampflösende Tees oftmals zu erleichtern. Man spote nicht über Großmutter's Hausmittel! Sie helfen oft genug da, wo die schweren Geschütze nichts ausrichten; gerade bei der MS sind immer wieder die schwachen Reize besonders hilfreich, wie auch die kleinen Handgriffe, zentimeterweise Verschiebungen in der Lagerung, die Verkrampfungen lösen und Entleerung von Stuhl und Urin ermöglichen können.

Um ein breiteres Verständnis der Bevölkerung für die MS-Kranken zu erreichen, werden von den Mitarbeitern Artikel in Fachzeitschriften, Tageszeitungen, Blättern der Kirche geschrieben. Es wird in Krankenpflegesulen und an der Fachschule für Beschäftigungstherapie unterrichtet, Vorträge vor Fürsorgerinnen und Sachbearbeitern und allgemeinverständliche Referate am Bayerischen Rundfunk und in Clubs gehalten. Schülerinnen der Fachschulen für Sozialarbeit können ihr Praktikum unter Anleitung bei der MS-Gesellschaft machen. Aber doch müßten sich noch weitere Kreise darüber klar werden, was diese Bedrohung durch MS und andere neurologische Erkrankungen (Toxoplasmose, Listeriose usw.) bedeutet; dann würde auch die Bemühung der MG Gesellschaft besser durch Spenden und Beiträge unterstützt werden, was zum Ausbau und Aufbau der Arbeit dringend nötig wäre. Es ist z. B. noch kaum möglich, Weiterführung krankengymnastischer Behandlungen für ans Haus Gefesselte nach klinischer Einstellung auf diese Therapieform durchzuführen, ganz besonders nicht auf dem Lande. Das Sozialwerk Bayern strebt an, eine eigene Krankengymnastin für den Bereich München anstellen zu können. Einstweilen hilft man sich mit der Verbreitung einer kleinen Schrift über die Möglichkeiten eigener aktiver Bewegungsübungen zu Hause, die in der Geschäftsstelle bezogen werden kann. Die Kranken werden aber immer darauf hingewiesen, die Übungen nicht ohne Vorbesprechung mit ihrem Arzt durchzuführen. Das Büchlein enthält auch Anleitungen zur erleichterten Eigenbewegung im Bett und auf dem Stuhl. Weiter wäre die häufige Durchführung von Beschäftigungstherapie ambulant zu begrüßen. Merkwürdigerweise wurde diese anerkannte und klinisch mit gutem Erfolg an MS-Kranken erprobte Therapie noch kaum ambulant angefordert, auf Anregung des Sozialwerkes jedoch in einem Musterfall jetzt durch die Ortskrankenkasse München und das Sozialamt bezahlt. Die Wirkung der gezielten Bewegung wird besonders bei Ataxie als günstig beurteilt. Davon abgesehen hebt die Beschäftigung mit einfachem Material und die schöpferische Arbeit die Stimmungslage des Kranken und trägt so wesentlich zu seinem Gesamtfinden bei. Es

wäre sicher möglich, daß auch an kleineren Orten zur Anleitung begabte Menschen, etwa Kindergärtnerinnen, Werklehrer, durch den Arzt zu einem Kranken vermittelt und durch freie Wohlfahrt bezahlt würden, wenn es nicht ehrenamtlich geht; zwar erübrigt dies nicht eine examinierte Kraft, würde aber doch einen wünschenswerten Ersatz bedeuten.


Was nun die klinische Behandlung betrifft, so wird davon abgeraten, die Kranken in das nächstbeste kleine Krankenhaus einzuweisen. Wenn schon die Kosten der Behandlung, woher auch immer, aufgebracht werden, so sollte nur eine Fachklinik in Betracht gezogen werden. Gerade bei der Unkenntnis von der Genese der MS gibt lediglich eine ausreichend vertiefte Erfahrung über den Erfolg dieser oder jener Therapie bei den verschiedenen Verlaufsformen und Erkrankungstypen die Aussicht, wesentliche Besserungen oder Stillstand des Fortschreitens zu erzielen. Es gibt heute doch schon eine Reihe von Klinikern, die sich mit besonderem Interesse diesem Gebiet verschrieben haben und denen es auch für ihre Forschungsarbeiten wichtig ist, ein möglichst großes Krankengut zu übersehen.

Völlig unzureichend im Gegensatz zu manchem Erreichten ist jedoch heute noch immer die Unterbringung der Kranken, die in der Familie aus irgendwelchen Gründen nicht mehr behalten werden können. Es sind dies keineswegs immer Endstadien; sondern gerade jüngere Alleinstehende, die sich durch Teilbehinderung nicht mehr selbst versorgen können und in einem Heim leben sollen, sind in den bisher einzig zur Verfügung stehenden Alterspflegeheimen und die Leichtkrankenstationen der Heil- und Pflegeanstalten denkbar unzweckmäßig untergebracht. In diesen Anstalten wird eine gezielte Behandlung kaum noch durchgeführt; Mitarbeit in irgendeiner Form ist nicht möglich; durch das Zusammensein mit überwiegend alten, oft cerebralgestörten Menschen ist den Kranken jede Aussprache und Anregung genommen. Es handelt sich aber um gelstig völlig gesunde, durch die Art ihres Leids oft besonders regsame oder gar euphorische Menschen, die sich hier meist denkbar unglücklich fühlen. Die Ablegenheit der wenigen Heime aber, die sich dieser Kranken in besonderer Weise annehmen und sie in aufopfernder schwerer Pflege betreuen, macht für eine große Zahl der Jungen jede Verbindung mit ihren Angehörigen, Ehegatten, Kindern unmöglich oder mindest zu einem Problem, zumal die Besuchsreisen heute noch nicht finanziell unterstützt werden

können. Findet man auch allgemein jetzt bei den Heimleitungen mehr Verständnis für die besonderen Bedürfnisse der MS-Kranken, so fehlt es doch selbst bei bestem Willen oft einfach am nötigen Personal besonders für die Schwerstgelähmten. Für Leichtkranke allein könnten jedoch sicher an manchen Heimen Separatabteilungen geplant werden, möglichst in nahem Zusammenhang mit Krankenhäusern, so daß laufende Behandlungen, etwa die physikomechanischen und die Diäten, weiterzuführen ermöglicht würde. In diesen Heimen sollte auch leichte und vor allem nicht termingebundene Heimarbeit geleistet werden können.

Dies sind in Kürze einige der Problemstellungen, welche die MS Gesellschaft seit Beginn ihrer Tätigkeit aufgedeckt, geklärt und bearbeitet hat. Um alle Hilfsmöglichkeiten auf Länderbasis zweckmäßig ausbauen und prüfen zu können, wurde in Bayern 1960 das Sozialwerk der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesgruppe Bayern, gegründet, ein eingetragener Verein, dessen Vorstand und Beiräte — es gibt einen sozialen, einen wirtschaftlichen und einen ärztlichen Beirat — ehrenamtlich arbeiten, wie auch die Helfer in den verschiedenen größeren Orten Bayerns. Die Geschäftsstelle in München und eine Zweigstelle für Franken in Nürnberg sind mit fürsorglichen Fachkräften besetzt, welche die Beratung der Kranken und ihrer Familien, der Heimleiter, Ärzte, Kliniker und der Mitarbeiter der öffentlichen und privaten Wohlfahrt durchführen und nach Möglichkeit die Kranken auch selbst besuchen. Eine große Zahl von einschlägigen Druckschriften steht für diesen Zweck zur Verfügung. Da die staatlichen Zuschüsse nur klein sind, die Beiträge der Kranken für Zentralarbeiten an die Deutsche MS Gesellschaft abgeführt werden, muß der gesamte Haushalt des Vereins in Bayern aus Beiträgen fördernder Mitglieder und Spenden bestritten werden. Die Vermittlung von Beihilfen, seien sie auch noch so klein, und von steuerabzugsfähigen größeren Spenden ist deshalb Voraussetzung für das reibungslose und zweckmäßige Arbeiten des Sozialwerkes. Es sei jedoch elgens betont, daß alle Beratungen unabhängig von Mitgliedschaft kostenlos durchgeführt werden; wer jedoch für Literatur und Beratungsauslagen eine Beihilfe einendet, hilft weiterarbeiten. Verlangen Sie Schriften und Auskunft bei der Verfasserin über:

Sozialwerk der Deutschen MS Gesellschaft, Landesgruppe Bayern e. V., 8 München-Sölln, Irmgardstr. 19, Telefon 79 42 89. Postscheckkonto München 170 64.



**Physiologischer
Blutdruckheber
mit Langzeiteffekt**

RR-plus

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Abgeschlagenheit,
Konzentrationschwäche, fördert die Coronardurchblutung

30 und 60 Dragées
ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen bei Stuttgart

AUS DEM STANDESLEBEN

Zum Verfahren Dr. Issels

Die Bayerische Landesärztekammer hatte nicht die Absicht, während des Gerichtsverfahrens gegen Herrn Dr. ISSELS Erklärungen abzugeben.

Die am 1. Verhandlungstag von Herrn Dr. Issels gegen Herrn Dr. KOERTING als Verfasser eines im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 9/1961, veröffentlichten Artikels „Der Strafprozeß gegen Dr. Issels“ erhobenen Vorwürfe zwingen jedoch zu einer Erwiderung.

Herr Dr. Issels ist für seine Behauptung, der genannte Artikel sei durch die Ergebnisse der Beweisaufnahme widerlegt, jeden Beweis schuldig geblieben.

Die in dem genannten Artikel enthaltenen Feststellungen entsprechen in vollem Umfang der Wahrheit.

Auch der Hinweis von Herrn Dr. Issels auf die Ablehnung einer von seinen damaligen Anwälten verlangten Berichtigung zu dem genannten Artikel ist geeignet, falsche Vorstellungen zu erwecken.

Die Tatsache, daß die sachlich und rechtlich begründete Ablehnung einer Berichtigung im „Bayerischen Ärzteblatt“ widerspruchslos hingenommen worden war, dürfte hinreichend beweisen, daß zu einer Berichtigung kein Anlaß bestand.

Soweit Vorwürfe gegen die Bayerische Landesärztekammer erhoben wurden, wird diese zu gegebener Zeit sowohl dazu als auch zu den in dem Prozeß berührten Fragen der ärztlichen Berufsausübung Stellung nehmen.

Zum Freispruch Dr. Dohrn

Zum Freispruch des Herrn Dr. DOHRN hat die Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft folgende Erklärung abgegeben:

Nach den vorliegenden Pressemeldungen hat der Bundesgerichtshof lediglich festgestellt, daß Herr Dr. Dohrn wegen Körperverletzung nicht verurteilt werden kann, weil die Rechtsgrundlage dafür fehlt. Er hat damit jedoch kein Urteil darüber gefällt, ob das Verhalten des Herrn Dr. Dohrn und die von ihm vorgenommenen Sterilisierungen mit der allgemeingültigen Auffassung über die guten Sitten und mit der ärztlichen Standesethik vereinbar sind.

Die Zerstörung der Fortpflanzungsfähigkeit eines Menschen ist ein schwerer Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit mit nicht mehr zu beseitigenden Folgen. Die Frage der Zulässigkeit eines solchen Eingriffs kann nur in jedem einzelnen Fall unter sorgfältiger Abwägung aller Gesichtspunkte beantwortet werden.

Der Wunsch des betreffenden Menschen allein kann für den Arzt keine ausreichende Rechtfertigung zur Vornahme einer solchen Operation darstellen.

Eine Sterilisierung kann nur dann sittlich gerechtfertigt und mit der ärztlichen Berufsordnung vereinbar sein, wenn sie nach pflichtgemäßer Beurteilung und gewissenhafter Prüfung aller Umstände geboten ist.

Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin

Am 7. und 8. November fand in München im Landesinstitut für Arbeitsmedizin eine von der Bayerischen Landesärztekammer im Zusammenwirken mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge durchgeführte Fortbildungsveranstaltung statt, die aktuellen Fragen der Arbeitsmedizin gewidmet war. Die Veranstaltung, an der Praktiker und Fachärzte, Kollegen des Vertrauensärztlichen Dienstes der Landesversicherungsanstalten, der Versorgungsämter, der Arbeitsämter, Amtsärzte und Sanitätsoffiziere der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes teilnahmen, war sehr gut besucht.

In seiner Begrüßungsansprache erinnerte Staatssekretär Dr. PIRKL vom bayerischen Arbeitsministerium an die in der Bayerischen Verfassung anerkannte Pflicht des Staates, für die Gesundheit der Berufstätigen zu sorgen. Er wies weiter darauf hin, daß für das Frühjahr 1965 ein erster Weiterbildungskurs von 3 bis 4 Wochen auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, der Medizinischen Fakultät München sowie den Sozialpartnern vorgesehen ist.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. SEWERING, betonte in seiner Ansprache zur Eröffnung die ständig zunehmende Bedeutung der Arbeitsmedizin im Industriezeitalter. Das gelte sowohl für die Betreuung der Menschen am Arbeitsplatz durch die in den Fabriken und Betrieben tätigen Werksärzte als auch für die Betreuung und Behandlung der Werkstätigen als Patienten der niedergelassenen Ärzte in deren Sprechstunde. Bei der Bundesärztekammer werden zur Zeit Vorschläge für die Gestaltung der Weiterbildung von Ärzten beraten, die die noch einzuführende Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ führen wollen.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer dankte den Referenten für ihre Bereitschaft zur Übernahme der Vorträge und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge für die harmonische Zusammenarbeit.

Die Vorträge der Veranstaltung werden veröffentlicht werden.



Standardin.

antitussicum

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln



Blick in die Ausstellung „Ärzte malen“

Ärzte malen

Im Münchener Stadtmuseum fand vor kurzem eine Ausstellung unter dem Titel „Ärzte malen“ (Malerei, Graphik, Plastik, Literatur) statt, die sich eines regen Besuches erfreute.

Man erklärt die musische Betätigung der Ärzte auf den verschiedensten Gebieten damit, daß der Arzt neben oder gegenüber seiner anstrengenden beruflichen Tätigkeit eines Ausgleichs bedarf. Es ist aber sicher mehr. Die Ausübung des ärztlichen Berufes seitens eines guten Arztes, nicht nur des chirurgisch tätigen, zeigt an und für sich in vielfacher Hinsicht eine künstlerische Note, so daß die Betätigung als Maler, Bildhauer, Schriftsteller, Musiker usw. eigentlich als eine gleichsinnige Fortsetzung der ärztlichen Tätigkeit angesehen werden kann. Wird diese musische Tätigkeit bei Ärzten beurteilt, so findet man darüber oft genug kritische Äußerungen. Bei der Ausstellung „Ärzte malen“ im Münchener Stadtmuseum fiel aber auf, daß man sich hier vielfach vor Kunstwerken befand, die zum großen Teil in jeder Ausstellung höheren Niveaus hätten Aufnahme finden können. Dabei soll gar nicht auf so hervorragende Leistungen wie die des jungen Friedrich von MÜLLER als Student in seinen Skizzenbüchern und anderen Bildern besonders hingewiesen werden. Sie zeigten, daß dieser bedeutende Internist nicht nur in seinem ärztlichen Beruf, sondern auch auf dem Gebiete der ausübenden Malkunst eine schöpferische Natur war.

Man muß der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ dankbar sein, daß sie den Ärzten und nicht nur diesen die Kenntnis mit den außerärztlichen Talenten ihrer Kollegen auf musikischem Gebiet vermittelt hat. Man darf hoffen, daß dieser wohl gelungenen und in ihrer Eigenart ersten Ausstellung in München hier weitere folgen werden.

K-g.

Neuwahl in der Landesärztekammer Hessen

Die Landesärztekammer Hessen, die nach ihrer Neuwahl in der dritten Wahlperiode am Mittwoch, den 21. 10. 1964 in Frankfurt/M. zusammentrat, wählte zum Präsidenten: Priv.-Doz. Dr. W. THEOPOLD, Königstein/T.,

zum Vizepräsidenten: D. H. STROH, Bischofsheim.

Wahl in der Ärztekammer Berlin

Am 29. Oktober 1964 wurden in der Ärztekammer Berlin gewählt:

zum Präsidenten: Dr. Hermann MEINS;
zum Vizepräsidenten: OMR Dr. Wolfgang SCHMIDT.

Parkschwierigkeiten der Ärzte in München

Nachdem es bisher trotz wiederholter Vorstellungen bei verschiedenen zuständigen Behörden nicht gelungen ist, eine endgültige befriedigende Regelung zu erreichen, hat der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes München, Dr. med. Karl BRENTANO-HOMMEYER, MdL, in seiner Eigenschaft als Mitglied des Münchner Stadtrates folgenden Antrag eingereicht, den wir den Kollegen zur Kenntnis bringen möchten:

„Der Stadtrat wolle beschließen:

Die Münchner Polizeibeamten werden angewiesen, bei leichteren Parkverstößen von Ärzten im Dienst, insbesondere auf Krankenbesuch, keine Anzeige zu erstatten und von der Erhebung einer Verwarnungsgebühr Abstand zu nehmen.

Begründung:

Es wurde zwar wiederholt von zuständiger Stelle des Bayer. Staatsministeriums des Innern als auch der Stadtverwaltung mitgeteilt, daß bei Parkverstößen von Ärzten auf Krankenbesuch im allgemeinen ein übergesetzlicher Notstand anzunehmen sei und deshalb von einer Strafverfolgung Abstand genommen werden soll.

Trotzdem sind dem Ärztlichen Kreisverband München immer wieder Fälle bekannt geworden, in denen die Polizeibeamten ungeachtet des Hinweises auf diesen Tatbestand auf der Erhebung einer Verwarnungsgebühr bestanden oder Strafanzeige erstatteten, was sich dann, auch im Falle eines Freispruchs, durch den Zeitverlust usw. sehr nachteilig auswirkt.“

Geburtenregelung und illustrierte

Die Zeitschrift „Constanze“ hat in Heft 41/1964 vom 6. 10. 1964 die Ärzte aufgefordert, der Redaktion mitzuteilen, ob sie bereit sind, Frauen in Fragen der Geburtenregelung zu beraten.

Die Zeitschrift „Constanze“ möchte eine nach Ländern geordnete Namensliste solcher Ärzte zusammenstellen und veröffentlichen oder auf Anfrage zusenden.

Ärzte, die dieser Aufforderung nachkommen, verstoßen eindeutig gegen die Berufsordnung.

Die Bundesärztekammer hat die Redaktion der Zeitschrift „Constanze“ ersucht, von ihrem Vorhaben Abstand zu nehmen und darauf hingewiesen, daß es den Ärzten durch ihre Berufsordnung verboten ist, einer Zeitschrift oder Zeitung ihre Anschrift zur Weiterleitung und Empfehlung an den Leserkreis mitzuteilen.

Das Bundesministerium für Gesundheitswesen ist auf diesen Vorgang aufmerksam gemacht worden.

Beachten Sie die Weihnachtsbitte des Hilfsausschusses der Bayerischen Landesärztekammer, die diesem Heft beigelegt ist!

Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen

Am 15. Oktober 1964 wurde der zweite von der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführte Kurs für Röntgenhelferinnen mit einer schriftlichen und mündlichen Prüfung abgeschlossen. Von 27 Teilnehmerinnen bestanden 26 diese Prüfung, die unter dem Vorsitz von Professor Dr. FRIK (Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen) stattfand, der freundlicherweise auch wieder die Leitung des gesamten Kurses übernommen hatte.

Die Berufstätigkeit der Kursteilnehmerinnen betrug zwischen 3 bis 36 Jahre.

Den Damen und Herren der Erlanger Kliniken und der Firma Siemens spricht die Bayerische Landesärztekammer auch an dieser Stelle nochmals den Dank für ihre Mitarbeit aus.

Entschließung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Frage der Amtlichen Gebührenordnung

Auf der Grundlage eines eingehenden „Berichtes zur Lage“ des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Friedrich VOGES, faßte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 31. Oktober 1964 in Köln einstimmig die folgende von Vorstand und Länderausschuß vorgeschlagene Entschließung:

1. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sieht in dem Entwurf zur vorläufigen Gebührenregelung für ärztliche Leistungen keine ausreichende Berücksichtigung der von der Bundesärztekammer beantragten Anpassung der ärztlichen Gebühren an die seit 1957 eingetretene Entwicklung.

Die in dieser Übergangsregelung vorgesehenen Gebührenmindestsätze bleiben in ihrem Gesamtvolumen erheblich hinter dem Antrag zurück und liegen in einer größeren Zahl von Leistungen noch unter den Mindestsätzen der Gebührenordnung von 1957.

2. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Auffassung, daß die zu den Allgemeinen Bestimmungen der vorgesehenen Gebührenordnung vom Bundesministerium für Ge-

sundheitswesen gestellten Fragen zeigen, daß offenbar bei den Ressortbesprechungen einigen Bundesministerien nicht daran gelegen war, die ärztlichen Gebührensätze der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen, sondern vielmehr daran, die Übergangsregelung dazu zu benutzen, die Vertragsfreiheit der Ärzte weitgehend einzuschränken und die ärztliche Tätigkeit auf dem Wege über eine Gebührenordnung staatlich zu bevormunden. Hiergegen verwarft sich die Vertreterversammlung der KBV im Namen der deutschen Kassenärzte nachdrücklich; sie bittet die Bundesregierung, solche Bestrebungen aufmerksam zu beobachten und sie aus den Überlegungen über die beantragte Erhöhung der ärztlichen Gebührensätze auszuschalten.

3. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Auffassung, daß eine ärztliche Gebührenordnung aufgrund der Ermächtigung in § 11 der Bundesärzteordnung nach den Vorschriften des Grundgesetzes ausschließlich subsidiär — d. h. mangels anderweitiger Vereinbarung — gelten kann. Dies muß auch gegenüber dem Staat selbst gelten, der nicht durch staatliche Verordnung einseitig den freiberuflich tätigen Ärzten die Gebühren für Leistungen zu Lasten der öffentlichen Hand vorschreiben kann.

4. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann die Festsetzung von neuen „Mindestsätzen“ noch unter den an sich schon unzureichenden Gebührenansätzen der E-Adgo nur als einen Widerspruch zu der mehrfachen Anerkennung der Berechtigung der Forderung nach einer Heraufsetzung der Gebühren durch die Bundesregierung empfinden. Die Ermächtigung in § 11 der Bundesärzteordnung sieht Mindest- und Höchstsätze vor, aber keine „Regelsätze“ für Sozialversicherte oder für Sozialversicherungsträger, die weder als einzelne noch als Gruppe einen unter einen einheitlichen Maßstab zu bringenden Regelfall darstellen; das würde nur für eine nach wie vor abgelehnte Einheitsversicherung zutreffen.

5. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Ansicht, daß die Vermögens- und Einkommensverhältnisse der Patienten in einer nach § 11 der Bundesärzteordnung zu erlassenden Gebührenordnung durch eine angemessene Spanne zwischen den Mindest- und den Höchstsätzen Berücksichtigung finden müssen. Als Beispiel

neu



palmalgin®

-Tropfen - Sirup -
Komplexe Therapie
des Hustens
bel Erkältungs-
krankheiten.

Nur 1 Verordnung!
Das zusätzliche
„Grippemittel“
wird erspart!



Costopalm Arzneimittelfabrik GmbH 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

costopalm

hierfür wird auf die in der Kostenordnung der Gerichte und ihr folgend in der Rechtsanwaltsgebührenordnung für nichtvermögensrechtliche Streitigkeiten vorgesehene Spanne verwiesen.

6. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Auffassung, daß der Erlaß einer neuen Gebührenordnung aus verfassungsrechtlichen und gesellschaftspolitischen Gründen nicht zur nivellierenden Einschränkung der ärztlichen Vertragsfreiheit mißbraucht werden darf.

Entscheidung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verlautbarung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK)

Aufgrund eines Antrages von Dr. med. Kaspar ROOS faßte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 31. Oktober 1964 in Köln einstimmig die folgende Entscheidung:

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat in ihrer 11. Sitzung der 2. Wahlperiode davon Kenntnis genommen, daß in einer seitens der Geschäftsstellen der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) in diesen Tagen an die Mitglieder der DAK versandten Druckschrift eine Entscheidung veröffentlicht wurde, in der es u. a. heißt:

„Noch immer rufen ärztliche Berufs- und Standesorganisationen radikal nach mehr Geld und versuchen der Öffentlichkeit weiszumachen, daß Ärzte und Zahnärzte noch keine standesgemäßen Einkommen erzielen.“

Daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu keinem Zeitpunkt in dieser Weise an die Öffentlichkeit herangetreten ist, sondern immer nur eine dem Teuerungsstand und der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung entsprechende Anpassung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung in der Fassung von 1957, also damit eine angemessene Honorierung der einzelnen ärztlichen Leistung gefordert hat, ist der DAK bekannt. Ihre Behauptung ist zumindest bezüglich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wahrheitswidrig und darüber hinaus geeignet, nicht nur den Vorsitzenden und den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sondern die gesamte Kassenärzteschaft in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen. Mit Entrüstung weist daher die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung diese Behauptung der DAK zurück.

Sie beauftragt den Vorstand, umgehend den Versuch zu unternehmen, auf dem Verhandlungswege zu erreichen, daß die DAK beim Empfängerkreis der Entscheidung ausdrücklich feststellt, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der vorstehenden Behauptung nicht gemeint ist.

Sollte dieses Ziel auf dem Verhandlungswege nicht zu erreichen sein, so erwartet die Vertreterversammlung, daß der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach eingehender Prüfung alle ggf. möglichen zivilrechtlichen und strafrechtlichen Schritte gegen die DAK bzw. gegen den für die Verbreitung der Behauptung Verantwortlichen unternimmt.

Hauptversammlung 1964 des Hartmannbundes in Baden-Baden

Aus der Arbeitstagung

Die Freiheit des Arztes ist wichtigstes berufspolitisches Ziel

— Kurzfassung des Grundsatzreferates von Dr. med. G. Jungmann (MdB), 1. Vorsitzender des Hartmannbundes —

In seinem Grundsatzreferat stellte der Vorsitzende des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Dr. G. JUNGSMANN (MdB), das unveränderte zentrale Ziel des Verbandes heraus: Die Freiheit und Unabhängigkeit des Arztes in jeder Hinsicht zu wahren.

Diesem Ziel sei die praktische Arbeit seit eh und je untergeordnet. Die Stellungnahme zu den aktuellen Problemen entspreche der allgemeinen Zielsetzung des Verbandes und setze die Linie der Vergangenheit folgerichtig fort:

Die Reform der sozialen Krankenversicherung ist nach wie vor notwendig; sie kann nur in einem Systemwandel bestehen (Abkehrung vom Sachleistungssystem und Übergang zum Kostenerstattungssystem).

Die Identität der Pflichtversicherungsgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze muß fallen. Es ist nach Ansicht des Hartmannbundes erforderlich, die Beiträge zur sozialen Krankenversicherung in eine gleichmäßig verdienstbezogene Relation zu bringen.

Der Hartmannbund lehnt eine Ausweitung der Versicherungspflicht nachdrücklich ab und fordert, die Versicherungsberechtigung zu begrenzen.

Der Hartmannbund hält eine Zweiteilung des Versichertenkreises in Empfänger von Sachleistungen und Versicherte nach dem Kostenerstattungssystem für gerechtfertigt; sie entspricht den tatsächlichen Verhältnissen am besten.

Der Hartmannbund hält eine vernünftige, sozial tragbare und angemessene Beteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten im Interesse des Patienten nach wie vor für erforderlich.

Gesundheits- und Sozialpolitik der EWG

— Kurzfassung des Referates von Senator Dr. Dr. W. v. GUGEL, stellvertretender Vorsitzender des Hartmannbundes —

Die Ständige Kommission des Permanenten Ausschusses der Ärzte der EWG-Staaten beschränkte sich — nachdem die Gleichwertigkeit der Approbationen bereits beschlossen war — auf die Abklärung der Frage, inwieweit Nachweise bestimmter Ausbildungsrichtungen in allen Ländern Gültigkeit haben sollen. Im Vordergrund steht außer der Werksarztfrage, die in Frankreich anders gelöst ist als bei uns, das Facharztproblem. Hier dreht es sich vor allem darum, die in den romanischen Ländern in zahllose spezielle Fachgebiete

zerfallende Innere Medizin in unseren Begriff des „Facharztes für Innere Medizin“ richtig einzuordnen. Während es in Frankreich einen Facharzt dieser Art nicht gibt (man kennt dort Hämatologen, Kardiologen, Gastro-Enterologen usw.), ist insbesondere die deutsche Ärzteschaft bemüht, den „Facharzt für Innere Medizin“ auch von den anderen Mitgliedstaaten anerkannt zu sehen. Nach unserer Überzeugung sollte gerade der „Facharzt für Innere Medizin“ den Gesamtüberblick über sein Fach nicht verlieren. Eine weitere Schwierigkeit bietet der italienische Begriff „Stomatologe“. Das ist der Facharzt für Zahnheilkunde, der vollmedizinisch ausgebildet ist und sich in zwei Semestern als Zahnarzt weiterspezialisiert hat. Er steht im Gegensatz zum deutschen Zahnarzt, der von vornherein einen gesonderten Studienweg zurücklegt.

Während sich die Ärzteschaft der EWG-Länder um die Lösung dieser administrativen Fragen bemühen, sahen sich die Ärzte Belgiens, Frankreichs und Italiens dramatischen Entwicklungen gegenüber, die auf eine fortschreitende staatliche Verplanung der ärztlichen Tätigkeit hinausliefen. In allen Staaten stemmen sich die Ärzte gegen das Vordringen dieses staatlichen Dirigismus in der Erkenntnis, daß das höchstpersönliche Gut der Gesundheit nur dann pfleglich betreut werden kann, wenn auch der Patient ein größtmögliches Maß an Selbstverantwortung trägt. Dort, wo an Stelle der Eigenverantwortung die Gemeinschafts- oder Staatshilfe tritt, schrumpft nach Ansicht vieler Ärztekreise der europäischen Staaten diese notwendige Selbstverantwortung zusammen, womit ein Teil der menschlichen Freiheit verlorengeht.

Um diesen Freiheitsbegriff geht die Auseinandersetzung, wobei allerdings erhebliche graduelle Unterschiede in der Beurteilung der zulässigen Grenzen bestehen. Das hat in Belgien dazu geführt, daß die am stärksten liberale Gruppe die offizielle bisherige Arztvertretung ablöste. In Frankreich hat sich ungefähr ein Viertel der Ärzteschaft von der Confederation getrennt. Die Confederation hatte durch Annahme eines fixierten Behandlungsstanzis bereits einen Schritt zur Einengung des in Frankreich bisher herrschenden liberalen Systems getan.

Der Hartmannbund wird mit größter Aufmerksamkeit diese Entwicklung verfolgen, weil in Brüssel — wo

die Gewerkschaften bereits einen Plan zur Sozialisierung der Medizin vorgelegt hatten — die Weichen der europäischen Entwicklung so gestellt werden, wie es der lautstarken politischen Meinung entspricht.

Dabei darf nicht übersehen werden, daß gerade bei führenden Politikern die Erkenntnis der Gefahren wächst, die mit einer fortschreitenden „Sozialisierung“ eines von Natur aus so individuell gelagerten Bereiches drohen, wie es das Arzt-Patient-Verhältnis ist. Eine große Gefahr bilden in allen Ländern die heranwachsenden Wahlen, bei denen sich in letzter Zeit immer wieder zeigt, daß auch die Politiker der konservativen Parteien die Vorschläge zur fortschreitenden Vergesellschaftung, zu anonymer Gemeinschaftshilfe bis hin zur staatlichen Subvention und zum staatlichen Dirigismus unterstützen. Die konservativen Politiker gehen dabei von der irrigen Annahme aus, sie würden damit den Berechtigten von dritter Seite Vorteile zukommen lassen können. Dabei wird völlig übersehen, daß die Last dieser Zuwendungen durch die Vermehrung der Verwaltungskosten auf den gleichen Personenkreis zurückfällt.

Beschlüsse der Hauptversammlung des Hartmannbundes

Reform der sozialen Krankenversicherung

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. stellt mit Bedauern fest, daß der Deutsche Bundestag auch in dieser Legislaturperiode nicht imstande war, die notwendige Reform der gesetzlichen Krankenversicherung zu verabschieden. Er sieht darin einen Hinweis auf die bedenkliche Tatsache, daß der Gesetzgeber gerade auf sozialpolitischem Gebiet vor zukunfts-gestaltenden Lösungen zurückschreckt. Deshalb ist die isolierte Verabschiedung eines Gesetzes über die Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfalle nicht zu vertreten, wenn nicht gleichzeitig die soziale Krankenversicherung entsprechend umgestaltet wird.

Kürzlich bekanntgewordene Vorschläge, die unter anderem eine prozentuale Kostenbeteiligung der Versicherten nur bei ambulanter, nicht aber bei stationärer Behandlung vorsehen, verdienen die Bezeichnung „Reform“ nicht. Der Hartmannbund lehnt eine derartige Verwässerung notwendiger Reformen nachdrücklich ab.

Mit aller Entschiedenheit wendet sich der Hartmannbund gegen den Versuch, die Versicherungspflichtgrenze in der sozialen Krankenversicherung über die im Regierungsentwurf genannte Verdiensthöhe von 750 DM heraufzusetzen, weil er darin einen Schritt zur allgemeinen Staatsversorgung sieht.

Für
Ihre
Magen-
Patienten

ULCOLIND®

unterbricht 3-fach den circulus vitiosus
um ZNS Magen und Leber

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten

Lindopharm KG Hilden Rhld



Der Verband appelliert erneut an den Gesetzgeber, endlich Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze zu trennen. Erst wenn auch der freiwillig Weiterversicherte einen verdienstbezogenen Beitrag leistet, ist der Solidaritätsgedanke in der sozialen Krankenversicherung realisiert.

Während in anderen europäischen Ländern darum gerungen wird, eine sozial gerechtfertigte Grenze in den sozialen Versicherungssystemen zu ziehen, nimmt in der Bundesrepublik Deutschland auch der Millionär die Leistungen der sozialen Krankenversicherung in Anspruch. Es ist deshalb notwendig, das Recht der freiwilligen Weiterversicherung wieder zu begrenzen.

Gebührenordnung

Die Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. stellt mit großer Besorgnis fest, daß der Entwurf der vorgesehenen Übergangsgebührenordnung den beteiligten Organisationen bis zur Stunde noch nicht zugegangen ist. Die Ärzteschaft hat keinen Zweifel darüber gelassen, daß sie bei weiteren Verzögerungen ihre berechtigten Belange mit allem Nachdruck und unter dem Einsatz geeigneter Maßnahmen durchsetzen will. Der Hartmannbund ist auf diese Auseinandersetzung vorbereitet. Die Hauptversammlung hat mit Befriedigung davon Kenntnis genommen, daß bei der Vorbereitung der geeigneten Maßnahmen die Erfahrungen der belgischen Kollegen zur Verfügung standen. Er appelliert in dieser Stunde noch einmal an die Bundesregierung, die Arbeit an der Übergangsgebührenordnung nicht weiter zu verzögern.

Eine neue amtliche Gebührenordnung muß auch dann, wenn sie nur als Übergangslösung vorgesehen ist, eine Bestimmung über die laufende Anpassung an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung enthalten. Dazu ist es notwendig, wissenschaftlich anerkannte Faktoren zu bestimmen, die als Grundlage für eine solche Anpassung dienen können.

Der Gebührenordnungsausschuß der Bundesärztekammer wird gebeten, sein bisher vorliegendes Arbeitsergebnis mit dem Entwurf der Übergangs-Gebührenordnung zu vergleichen.

Der Hartmannbund fordert nochmals alle ärztlichen Organisationen und Verbände auf, das Bemühen um eine einheitliche ärztliche Stellungnahme zu unterstützen.

Einzelleistungsverträge

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. hat auf seiner Hauptversammlung im Zusammenhang mit den Auseinandersetzungen um eine neue Gebührenordnung auch das Honorierungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung beraten. Nachdem nunmehr feststeht, daß eine Reform des Rechts der sozialen Krankenversicherung in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten ist, müssen alle Bemühungen darauf abgestellt sein, auch unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen Einzelleistungsverträge abzuschließen. Der Hartmannbund appelliert an die Kassenzärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenzärztliche Bundesvereinigung, bei künftigen Vertragsverhandlungen diese Forderung gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen.

Ersatzkassenvertrag

Der Hartmannbund hält an seiner Auffassung fest, daß auch in Zukunft die Leistungen der Ersatzkassen für freiwillig Versicherte oberhalb einer vertraglich vereinbarten Grenze nicht als Sachleistung gewährt werden sollen.

Die im Ersatzkassenvertrag genannte Einkommensgrenze verliert ihren Sinn, wenn sie durch die „Härtenovelle“ des Rentenversicherungsgesetzes angehoben wird. Es ist dann Aufgabe der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung, gemeinsam mit den Ersatzkassen eine neue vertragliche Grenze festzulegen, die von der Angestelltenversicherungspflichtgrenze gelöst werden muß.

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. bittet die Kassenzärztliche Bundesvereinigung, mit allem

Nachdruck dafür zu sorgen, daß die Anspruchsberechtigung der freiwillig versicherten Ersatzkassen-Mitglieder von allen Ersatzkassen gründlich überprüft wird. Die Ärzte sind mit Recht darüber empört, daß einzelne Ersatzkassen diese Anspruchsberechtigung nicht oder nur sehr oberflächlich überprüfen.

Gesundheitskompetenz des Bundes

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. ist schon vor der Schaffung des Bundesministeriums für Gesundheitswesen für ein selbständiges Gesundheitsressort innerhalb der Bundesregierung eingetreten. Er hat sich damit auch zugleich für eine klare Kompetenz des Bundes auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ausgesprochen und diese, soweit sie noch nicht besteht, gefordert. Der Hartmannbund steht nach wie vor zu dieser konkurrierenden Kompetenz des Bundes auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Alle Bemühungen, die zur Zeit noch fehlende Gesundheitskompetenz des Bundes auf dem über die nach Art. 74 Ziff. 7 des Grundgesetzes dem Bund gegebene Zuständigkeit für „Maßnahmen der Öffentlichen Fürsorge“ zu erreichen, müssen zwangsläufig zu einem staatlichen Gesundheitsdienst führen. Diese Tendenz und alle in diese Richtung strebenden Bemühungen werden deshalb mit Entschiedenheit zurückgewiesen. Das gilt auch für die zur Zeit im Deutschen Bundestag zur Beratung stehende gesetzliche Regelung zum Schutz der werdenden Mutter.

Situation der Ärzte im Öffentlichen Dienst

Der Hartmannbund hat die verantwortlichen Stellen schon vor Jahren auf die unhaltbare Lage der im Öffentlichen Dienst stehenden Ärzte hingewiesen. Die dienstliche Stellung dieser Ärzte, ihre Besoldung, Fortbildung und ihre derzeitigen Aufstiegsmöglichkeiten als Beamte entsprechen nicht mehr der heutigen Situation. Die Veränderung der allgemeinen gesellschaftlichen Verhältnisse und die Vermehrung ihrer beruflichen Aufgaben müssen in der Einstufung und Besoldung der im Öffentlichen Dienst tätigen Ärzte ihre gebührende Berücksichtigung finden. Das gilt um so mehr, als qualifizierter Nachwuchs sonst nicht mehr zu bekommen ist.

Der Hartmannbund erwartet von den Dienstherren der im Öffentlichen Dienst tätigen Ärzte, daß sie die Vorstellung vom ärztlichen Beamten ablösen durch das Bild des beamteten Arztes. Er bittet deshalb die Dienstherren, daß sie die in einer vom Hartmannbund vorgelegten Denkschrift niedergelegten Hinweise und Vorschläge würdigen und um Abhilfe bestehender Ungerechtigkeiten in der Behandlung dieser Ärzte bemüht sind.

Belegarztfrage

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. fordert:

1. Anerkennung des uneingeschränkten Rechts auf freie Berufsausübung und eine leistungsgerechte Einzelhonorierung auch für belegärztliche Tätigkeit und damit Beseitigung der derzeitigen Benachteiligung belegärztlicher Tätigkeit.
2. Beseitigung der den Belegärzten von seiten der Krankenhausträger aufgebürdeten Abgaben für stationäre Leistungen.
3. Änderung der Bundes-Pflegesatz-Verordnung von 1954 mit dem Ziel der klaren Trennung von Krankenhauskosten und Arzthonoraren im Sinne des sog. kleinen Pflegesatzes.
4. Ausweitung und Förderung des echten Belegarztwesens.

Damit appelliert der Hartmannbund an die Landesregierungen, diese besondere und besonders wertvolle stationäre ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Krankenhausplanung zu fördern und nicht zu drosseln.

Aus der Öffentlichen Abschlußkundgebung

Zur aktuellen Situation

Auszüge aus der Rede des 1. Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. G. Jungmann, MdB

Wenn ich den Verband der Ärzte Deutschlands, den Hartmannbund, als einen Verband zur Vertretung ärztlicher Berufsinteressen bezeichne, so wissen Sie ebenso wie die Öffentlichkeit, daß die Interessen des Arztes nicht primär materieller Art, sondern immer primär ideeller Art sind und in erster Linie die Stellung des Arztes in der Gesellschaft betreffen.

Ich brauche wohl kaum zu betonen, daß es dabei nicht um das soziale Prestige des Arztes, sondern um die Freiheit und die Unabhängigkeit geht, deren der Arzt nicht so sehr als Staatsbürger schlechthin, als vielmehr in der Ausübung seines besonderen Berufes bedarf — eigentlich müßte ich sagen, daß es um die Wahrung dieser Freiheit und Unabhängigkeit geht, denn sie ist in unserer heutigen Massengesellschaft stets bedroht. Ich will damit selbstverständlich nicht sagen, daß die heutige Gesellschaft an sich arztfeindlich wäre.

Die Bedrohung der ärztlichen Freiheit und Unabhängigkeit ergibt sich vielmehr aus der Tatsache, daß der Beruf des Arztes ein dienender Beruf, heute würde man sagen ein typischer Dienstleistungsberuf ist, ein Beruf, dessen Ethos, dessen Ansehen und dessen besondere Leistung in der Selbstlosigkeit des Dienstes am Mitmenschen liegt und der gerade deshalb immer in Gefahr ist, unter die Botmäßigkeit gesellschaftlicher und damit politischer Kräfte zu geraten.

Die Gefahr, besser gesagt die Gefährlichkeit dieser Tendenz ist aber um so größer, als der Arzt bei der Ausübung seines Dienstes in ganz besonderer Weise der Freiheit und der Unabhängigkeit bedarf:

Der Freiheit des Geistes und der Freiheit des Gewissens, weil er die Freiheit der Verantwortung und die Freiheit der Entscheidung haben muß.

Wir haben unseren Verband der Ärzte Deutschlands immer als einen politischen Verband angesehen, nicht politisch im parteipolitischen Sinne, sondern im Sinne einer aktiven, konstruktiven, positiven Mitarbeit an der inneren Ordnung unserer politischen Verhältnisse und des Eintretens für die Anerkennung des besonderen, dem Arzt gegebenen Auftrages.

Es ist deshalb auch weder ein Zufall, noch der Ausdruck einer besonders geschickten Taktik, noch gar einer politischen Indifferenz, wenn wir mit allen Parteien und mit allen gesellschaftlichen Kräften Verbindung gesucht und gefunden haben.

Wir haben uns auf unserer Hauptversammlung — selbstverständlich! — wieder einmal mit den Fragen

der Reform der sozialen Krankenversicherung beschäftigt, nicht weil wir geglaubt hätten, dem Gesetzgeber hier schnell noch etwas mit auf den Weg geben zu müssen, sondern weil wir diese Frage erst dann für erledigt betrachten können, wenn sie endgültig erledigt sein wird — und dieser Zeitpunkt wird ja ganz offensichtlich noch lange nicht erreicht sein. Unnötig zu sagen, daß wir die soziale Krankenversicherung bejahen, aber nicht eine gesetzliche Krankenversicherung, die Patient und Arzt zum Gegenstand dirigistischer Vorstellungen und Absichten macht.

Wir stehen schon seit langem auf dem Standpunkt, daß das Kostenerstattungssystem an die Stelle des Sachleistungssystems nicht zu den Vorstellungen paßt, die wir von der Aufgabe und Verantwortung des Arztes haben, sondern auch weil es nicht mehr in die heutige sozialpolitische Landschaft hineinpaßt.

Wir haben uns hier auch selbstverständlich mit der Gebührenordnungsfrage beschäftigt. Wir sind empört über die Verzögerung, die unsere auch von der Bundesregierung im Grundsatz für berechtigt gehaltene Forderung auf Anpassung unserer Gebührensätze an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse bisher schon erfahren hat. Wir sind der Frau Bundesministerin Dr. SCHWARZHaupt dankbar für das Verständnis, das sie dem berechtigten ärztlichen Verlangen gegenüber gezeigt hat.

Um so mehr aber verwahren wir uns gegen alle Absichten, das, was hier in Abwägung aller Umstände erarbeitet und vorgeschlagen worden ist, nun wieder zu verschlechtern, zu verwässern, zu verzögern und womöglich gar zu verhindern.

Es ist uns leider bekannt, daß das keine bloße Schwarzseherei ist, sondern daß es sich hier um harte Realitäten handelt, und ich bin sicher, hier nicht nur im Namen des Hartmannbundes zu sprechen, wenn ich hier eine ebenso harte Reaktion der Ärzteschaft ankündige, falls sich nicht ein grundlegender Wandel vollzieht.

Es würde nicht zu dem Wesen unseres Verbandes passen, wenn ich nur des Verbandsprestiges wegen oder aus ähnlichen Gründen so hart spräche. Es geht uns Ärzten nicht um soundso viel Mark und Pfennig oder um soundso viele Prozente an Zuschlägen. Es geht uns um das Ansehen, das wir in dieser Gesellschaft und in diesem Staate genießen und um die Bewertung, die wir als Ärzte und Staatsbürger von unserem Staate erfahren. Wir sind nicht gewillt, uns schlechter behandeln zu lassen, als es in anderen Staaten geschieht.

Wir sind gefragt worden, was wir tun, wie wir reagieren werden, ob wir gar streiken werden. Unsere Antwort heißt: Wir werden gemeinsam mit allen anderen ärztlichen Organisationen und gemeinsam mit



Chinin- Veralgüt

- Grippe u. Erkält.-Infekte (virotrop)
- kupierend, falls im Beginn genom.
- verhütend, „ vorher „
- analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées

allen Ärzten so reagieren, wie es die Situation gebietet, so auf jeden Fall, daß die Öffentlichkeit erkennt, was wir wollen und worum es uns geht.

Schon seit längerer Zeit bemühen wir uns — und besonders ich habe es mir zu einem besonderen Anliegen gemacht — der Zersplitterung der Ärzteschaft in zahlreiche und immer zahlreichere Organisationen, der Balkanisierung der deutschen Ärzteschaft eine Ende zu bereiten. Es ist mir deshalb eine große und aufrichtige Freude, daß wir der Konzentration der ärztlichen Organisationen auf dieser Hauptversammlung ein gutes und entscheidendes Stück näher gekommen sind. Wir werden die repräsentativen ärztlichen Organisationen auffordern, sich mit uns zu einem Bündnis freier ärztlicher Berufsverbände zusammenzuschließen.

Die freien Berufe in der heutigen Gesellschaft

Auszüge aus dem Vortrag von Dr. E. M e n d e,
Stellvertreter des Bundeskanzlers und
Bundesminister für gesamtdeutsche Fragen

Mit dem Begriff der „freien Berufe“ verbinden sich jene uns heute mehr denn je wertvoll erscheinenden Eigenschaften, wie Idealismus und Dynamik, Opferbereitschaft und Fleiß, Sachkenntnis, Selbstverantwortlichkeit und Unabhängigkeit. Es sind jene Eigenschaften, die letztlich im Arbeitsleben eines Volkes entscheidend sind, die seinen Wohlstand begründen. Es sind die freien Berufe, die diese Eigenschaften in besonderem Maße bewahrt haben, von denen unsere Gesellschaft so viele Impulse empfängt, ohne die Wirtschaft und Staat in einer freien Gesellschaft nicht gedeihen können.

Wir achten jene nicht geringer, die sich in der Geborgenheit eines beruflichen Abhängigkeitsverhältnisses wohler fühlen als in selbstverantwortlicher, risikoreicher Freiheit. Aber wir anerkennen den freiberuflichen Tätigen, der allen Gefahren, allen Schwierigkeiten zum Trotz das Wagnis der Freiheit eingeht in dem Vertrauen auf seine eigene Kraft und seine eigenen Fähigkeiten.

So verblüffend das zunächst klingen mag: Ganz genau weiß niemand, welche Berufsgruppen sich den freien Berufen zurechnen, weil zahlreiche Grenzerscheinungen und Überschneidungen, die sich aus der Spezialisierung und den ständigen Veränderungen der im Fluß befindlichen gesellschaftlichen Entwicklung ergeben, die konkrete Definition fast unmöglich machen.

Die Attribute „frei“ oder „geistig“ können uns zur Klassifizierung allein nicht dienlich sein. Denn die ausschließliche Kennzeichnung nur der freiberuflichen Tätigkeit als „geistig“ ist angesichts der starken Intel-

lektualisierung aller Arbeit sicher nicht mehr angebracht. Versteht man unter „frei“ nur Freiheit der Entscheidung, könnten wir, die wir das Glück haben, in einem freien Rechtsstaat zu leben, diesen Ausdruck sicher nicht mit gutem Gewissen zur Kennzeichnung nur eines Teils unserer Mitmenschen verwenden. Meint man aber mit „frei“ wirtschaftliche Selbständigkeit, so ist sie einmal im Hinblick auf Handel und Gewerbe nicht ausschließliches Charakteristikum des „freien Berufs“, zum andern aber würden wir damit beispielsweise den angestellten Krankenhausarzt ausschließen.

Wenn wir der Vorstellung, die jeder von uns mit dem Begriff der „freien Berufe“ verknüpft, bestimmte Berufsgruppen zuordnen, und wenn wir es vermeiden wollen, uns in die meist recht abstrakten Begriffsbestimmungen der Soziologen zu flüchten, dann erscheint mir noch immer jene von meinem Kollegen Volrad DENEKE, MdB, vor nun bald zehn Jahren in seiner grundlegenden Schrift über die freien Berufe gegebene Definition die treffendste zu sein.

Deneke zählt zu den freien Berufen alle Heilberufe; die Vielfalt der rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe;

die Architekten, Ingenieure und (sonstigen) technischen Berufe;

sämtliche wissenschaftlichen Bildungsberufe, Pädagogen und Seelsorger und die künstlerisch und publizistisch Schaffenden und Nachschaffenden.

Diese Aufzählung zeigt, daß die Art der Tätigkeit, das Maß der persönlichen Verantwortung, die Arbeitsbedingungen und die Einkommenslage in den einzelnen Berufssparten recht unterschiedlich sind. Gemeinsam stellt sich ihnen jedoch die Aufgabe der ständigen Anpassung an die technischen und gesellschaftlichen Veränderungen, eine Aufgabe, mit deren Lösung sich letztlich die Existenzfrage verbindet.

Im Falle der medizinischen Berufe bedeutet das z. B. die Notwendigkeit der stetigen beruflichen Weiterbildung, des sich Vertrautmachens mit den Ergebnissen der neueren Forschung, der Anwendung der neuen medizinischen Apparaturen usw. Darüber hinaus erfordern Diagnose und Therapie in zunehmendem Maße die Kenntnis der Arbeitsbedingungen des Patienten, der Anforderungen, die an den arbeitenden Menschen im Alltag gestellt werden, sowie seiner Umwelt- und Abhängigkeitsbeziehungen. Bedenken wir auch, daß der Arzt zum modernen Seelsorger geworden ist, dem psychologisches und psychosomatisches Fachwissen abverlangt wird. Gerade die von ihm empfundene Verantwortlichkeit wird ihm oft genug eine Entscheidung z. B. über das Vorliegen oder Nichtvorliegen der Arbeitsfähigkeit sehr schwer machen. Dies um so mehr,

Cefossin > CEFAK <®
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK KEMPTEN



CEFAK KEMPTEN

wenn damit die Zuerkennung oder Ablehnung von Rentenansprüchen verbunden ist.

Und ein weiteres: Suchen die Patienten wirklich nur Heilung von organischen Krankheiten? Suchen sie nicht auch häufig einen sach- und lebenskundigen Menschen, der Zeit für sie und ihre Sorgen hat?

Ähnliche neue und zusätzliche Anforderungen stellt der Dienst am Menschen zum Teil auch den nicht-medizinischen freien Berufen; denn der Dienst am Menschen fordert heute mehr denn je die Hilfe für alle diejenigen, die sowohl durch die Kriegs- und Nachkriegsereignisse als auch durch die gesellschaftliche Entwicklung generell in die Isolierung und Vereinsamung geraten sind. Jeder, der sich ernsthaft mit dieser Frage befaßt hat, weiß, daß es sich bei dem hier angesprochenen Personenkreis um einen Querschnitt der Bevölkerung handelt.

Die Lösung dieses Problems, die Beseitigung der Isolierung durch die geeigneten gesetzgeberischen Maßnahmen, durch eine entsprechende Anlage unserer Städte usw., ganz besonders aber durch die Hilfe der freien Berufe, ist zweifellos eine der wichtigsten gesellschaftspolitischen Aufgaben der kommenden Jahrzehnte.

Aus dieser Erkenntnis müßte der Gesetzgeber nun eigentlich die dringende Verpflichtung ableiten, alles Erdenkliche zur Erhaltung und Förderung der freien Berufe zu tun und alle Maßnahmen, die zur Einschränkung ihres Freiheitsspielraumes führen, zu vermeiden. Es ist jedoch der Zweifel daran erlaubt, ob sich alle Verantwortlichen der Bedeutung der freien Berufe für eine freie Gesellschaft bewußt sind, und ob sie bei ihren Entscheidungen daraus immer die nötigen Konsequenzen ziehen.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Der Verlag der Bayerischen Landesärztekammer hat mit der Herausgabe einer Schriftenreihe begonnen, deren Hauptaufgabe es ist, der ärztlichen Fortbildung zu dienen. Es sollen in den Bänden dieser Schriftenreihe in erster Linie die Vorträge jener Fortbildungsveranstaltungen veröffentlicht werden, deren Träger die Bayerische Landesärztekammer ist.

Den 1. Band dieser Schriftenreihe werden Sie, wenn Sie ihn nicht schon besitzen, in diesen Tagen erhalten. Der Band enthält Vorträge einer Fortbildungsveranstaltung, die im Nervenkrankenhaus Haar durchgeführt worden war und trägt den Titel: „Psychiatrie heute — Psychiatrie und ihre Grenzgebiete.“

Der 2. Band, der sich zur Zeit in Druck befindet, wird — mit zahlreichen Bildern und graphischen Darstellungen — die Vorträge enthalten, die bei der 14. Wissenschaftlichen Ärztagung in Nürnberg gehalten worden sind und Fragen der Probleme des Alterns und Alters, der Therapie der nichtrenalen und renalen Hypertonie und der Therapie der akuten Vergiftungen behandelten. Der Umfang beträgt ca. 450 Seiten.

Wir können Ihnen diese umfangreiche Veröffentlichung zum Selbstkostenpreis von 6 DM zusenden, wenn Sie den Bestellschein ausgefüllt an uns zurücksenden. Die Zusendung erfolgt dann im Dezember 1964.

Bitte hier abtrennen und einsenden an: Verlag der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85

Bestellschein

Hiermit bestelle ich den Band 2 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer: Vorträge der 14. Wissenschaftlichen Ärztagung in Nürnberg „Neue Gesichtspunkte zum Altern und Alter — Therapie der nichtrenalen und renalen Hypertonie — Therapie der akuten Vergiftungen“ zum Preis von 6 DM.

Datum:

Unterschrift:

Stempel:

Auf der anderen Seite ist nicht zu verkennen, daß sich aus der technischen und gesellschaftlichen Entwicklung selbst immer neue Tendenzen zur Einengung dieses Freiheitsspielraumes ergeben. Das mag mit einer gesetzlichen Regelung des gesamten Ausbildungswesens beginnen. Es folgt die „Zulassung“ zur Berufsausübung etwa bei Ärzten und Anwälten, oder auch eine Beschränkung des Umfanges der Berufstätigkeit, wie sie sich in der Zulassung des Anwalts zu bestimmten Gerichten zeigt, usw. Und hierbei handelt es sich doch nur erst um ordnende Regelungen und Eingriffe des Staates in die Daseinsordnung der freien Berufe, die uns heute durchaus selbstverständlich erscheinen.

Welche neuen Einschränkungen werden aber am Ende die Summe der Einzelbestimmungen der angekündigten Reformgesetze, z. B. der Krankenversicherung, mit sich bringen? Diese Einzelbestimmungen, die doch wohl nur dem redlichen Ziel der „Vereinheitlichung“, der „Kostensparnis“ usw. dienen sollen? Diesem Trend entgegenzuwirken ist u. a. auch die konkrete Aufgabe der freien Berufe und ihrer Verbände. Als die produktiven Zellen heilsamer Unruhe müssen sie ihren Einfluß auf die Gestaltung des öffentlichen Bewußtseins stärken. Nur dann werden wir auch für die Zukunft mit Theodor Heuss sagen können: „Die Realität zeigt, daß in den freien Berufen geschichtlich und politisch die Avantgardisten des Gemeinwohls stehen.“

Wem der freie, selbstverantwortliche Mensch Leitbild seines politischen Willens ist, dem muß das Schicksal der freien Berufe Herzensanliegen sein!

Wer diese Feststellung für übertrieben hält, der möge sich ins Gedächtnis rufen, was die Alternative bedeutet. Am Anschauungsunterricht fehlt es uns im geteilten Deutschland wahrlich nicht: Im totalitären Staat tritt an die Stelle der freien Berufe — an die Stelle des partnerschaftlichen Zusammenwirkens zwischen dem Berufsausübenden und dem Leistungsempfänger — die staatliche Beratungsstelle bzw. der staatliche Dienst. Die Wahrung der Freiheit des Klienten, des Patienten, ja, des Menschen im Staat und vor dem Staat vermögen weisungsgebundene Dienststellen nicht zu gewährleisten!

Darum unsere Forderung: Man möge den Anfängen widerstehen!

Jede Einschränkung des Freiheitsspielraumes der freien Berufe bedeutet die Einschränkung der persönlichen Freiheit aller übrigen Staatsbürger. Jede neue Kette, die diesen angelegt wird, ist eine Fessel für alle übrigen. Die freiberufliche Tätigkeit ist aus dem Leben unserer Gesellschaft nur mit der Konsequenz ihrer eigenen Schädigung fortzudenken.

„Vom Partner zum Gegner!“ Denken wir an die Fronten im belgischen Ärzte-Streik! Hier traf diese Wendung zu neuen, ungewohnten Fronten zu.

Das Problem der Anwendung von Machtmitteln durch einen Berufsverband läßt sich augenblicklich praktisch nur vor dem Hintergrund des belgischen Ärzte-Streiks erörtern. Das ist nicht ganz ungefährlich, weil es die genaue Kenntnis der von den deutschen sehr unterschiedlichen Verhältnisse voraussetzt.

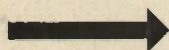
Unsere Krankenkassen befinden sich seit ihrer Schaffung durch Bismarck in einem Zustand traditioneller politischer Neutralität, wenn auch in durchaus konservativer Abhängigkeit von der staatlichen Gesetzgebung.

Das belgische Kassensystem ist dagegen durch und durch politisiert. Die Kassen gehören zum Teil den Gewerkschaften, die ihrerseits politisch gegliedert sind, und es gibt sozusagen sozialistische, christliche, liberale und neutrale Krankenhäuser und Ambulatorien. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß in Belgien der Streik als ein legitimes Mittel im Kampf um die Bedingungen der Berufsausübung angesehen wird. So begann der belgische Generalstreik 1961 z. B. mit dem Streik der Lehrer — in Deutschland ist der Streik für Beamte untersagt. Unter diesen Umständen ist es verständlicher, daß die belgische Bevölkerung den Ausstand der Ärzte gelassener hinnahm als manche der nicht unmittelbar betroffenen deutschen Nachbarn.

Den belgischen Ärzten gelang es, in der Bevölkerung Verständnis dafür zu wecken, daß hier ein Berufsstand um lebenswichtige Rechte kämpfte, und daß die Forderungen der Ärzte nicht zuletzt auch das Interesse ihrer Patienten schützten: die Erhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, die Besetzung zu enger Richtlinien für die Diagnose sowie eines strengen, zentralisierten Kontrollsystems. Daß ein freier Berufsstand durch eine christlich-sozialistische Koalitionsregierung gezwungen wurde, zur Verteidigung seiner Freiheit kollektiv

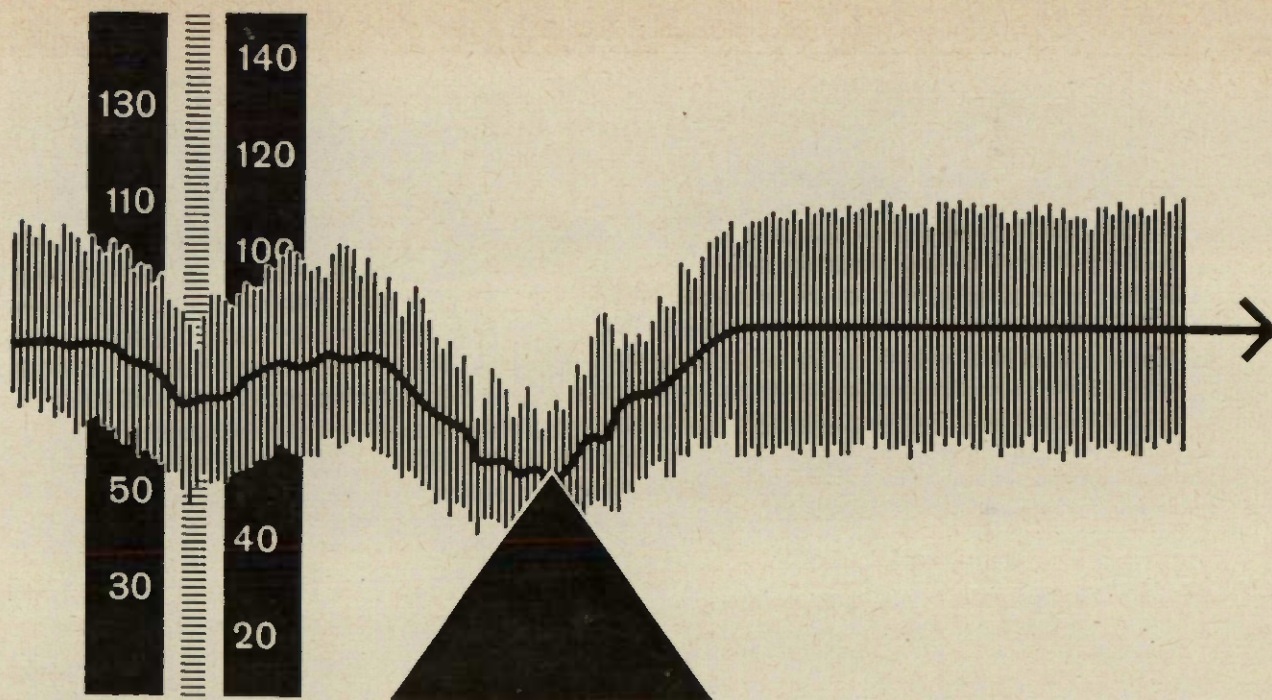
Die Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer

MÜNCHEN 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 36 11 21



nimmt ständig Vormerkmale von Praktischen Ärzten und Fachärzten aller Fachrichtungen entgegen für die Übernahme von Vertretungen bei erkrankten oder urlaubsbedürftigen Kollegen.

Insbesondere für die Zeit der ärztlichen Fortbildungskurse im Februar/März 1965 werden nach dringend Vertreter gesucht.



Gilutensin[®]

tonisiert und stabilisiert den Kreislauf
 behebt orthostatische Dysregulationen
 verbessert die Organdurchblutung*

* Hypertonie keine Kontraindikation!

Dosierung

Sekundäre Hypotensionen
 orthostatische Dysregulationen
 3x1 Dragée / 3x20 Tropfen täglich
 vegetative Kreislaufstabilität
 3x1-2 Perlen täglich

Handelsformen

Röhre mit 30 Dragées / 15 mg
 Röhre mit 40 Perlen / 5 mg
 Tropfflasche mit 20 g
 Schachtel mit 3 Ampullen / 5 ml i.v.



Gebr. Giulini GmbH
 Ludwigshafen/Rhein

tive oder gewerkschaftliche Methoden anzuwenden, läßt sich als ein Vorgang bezeichnen, dem eine gewisse Tragik anhaftet.

Wer der Meinung ist, Ärzte dürften nicht streiken, der muß auch die Voraussetzungen dafür schaffen, daß sie nicht zu streiken brauchen!

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Rechte des ärztlichen Berufsstandes bislang nicht in ähnlicher Weise bedroht gewesen.

Die Bundesregierung sieht die Schwierigkeiten und Anliegen der freien Berufe — und die Ärzte sind die stärkste Gruppe unter Ihnen. Wir sehen gerade in ihrem Berufsstand einen Hüter unserer Ziele: der Gesunderhaltung und persönlichen Entfaltung des Menschen auch unter den Lebensbedingungen der Industriewelt des 20. Jahrhunderts. Wir fordern den freien Arzt für den freien Menschen!

Es liegt auf der Hand, daß die Angehörigen der freien Berufe ihre Lage am besten und nachhaltigsten dadurch beeinflussen können, daß sie selbst in die Partelen eintreten und dort mit den Argumenten freier, selbstverantwortlicher Menschen am Prozeß der politischen Meinungsbildung teilnehmen. Ihnen sollte es besonders leichtfallen, die Fesseln der in breiten Kreisen des deutschen Bürgertums noch immer herrschenden „Ohne-Mich-Ideologie“ abzustreifen und verstärkt in die politischen Führungsaufgaben hineinzuwachsen. In den angelsächsischen Ländern ist das eine Selbstverständlichkeit. Für das „ohne-mich“ hat man dort gar kein Verständnis.

Der Zustand unserer Demokratie läßt sich in vieler Hinsicht mit dem eines Kindes vergleichen, dessen noch zarte Statur der besonderen Achtsamkeit und Sorge verständnisvoller Eltern und kluger Ärzte bedarf.

Verleihung der Hartmann-Thieding-Plakette 1964

Die Hartmann-Thieding-Plakette wurde in diesem Jahr den Ärzten Dr. Georg BITTNER (Homburg/Saar) und Dr. Johannes BÜTTNER (Buxtehude) verliehen.

PERSONALIA

Am 27. 10. 1964 vollendete Herr Kollege Professor Dr. Dr. Karl DIRR sein 70. Lebensjahr. Der Jubilar stellte der Kammer seit der Einführung des Facharztes für Anästhesie im Jahr 1958 seine ehrenamtliche Mitarbeit in dem zuständigen Facharztausschuß zur Verfügung. Hierfür sei ihm an dieser Stelle nochmals besonders gedankt.

Mit Wirkung vom 1. 10. 1964 wurde Medizinaldirektor Dr. Sebastian MAIER zum Chefarzt des Nervenkrankenhauses Regensburg ernannt.



PROF. LYNEN

(Foto: W. Hüttig)

Medizin-Nobelpreis für Stoffwechselforscher

Der Nobelpreis für Medizin 1964 ist dem in Deutschland geborenen Amerikaner Prof. Konrad BLOCH und dem Münchner Professor Feodor LYNEN gemeinsam verliehen worden. Die beiden Gelehrten erhielten den Preis für ihre Arbeiten auf dem Gebiet des Mechanismus und der Regulierung des Cholesterin- und Fettsäurestoffwechsels. Der 52 Jahre alte Prof. Bloch und der 53jährige Prof. Lynen haben nach Ansicht des Preisrichterkollegiums des königlich-schwedischen Instituts Carolinum die Grundlage für die Therapie von Kreislaufkrankungen und Störungen im Hormonkreislauf gelegt.

Zum Direktor und Chefarzt der chirurgischen Abteilung des neuen Kreiskrankenhauses Garmisch-Partenkirchen, mit dessen Bau erst begonnen worden ist, wurde der 43jährige Oberarzt Dr. Fritz LECHNER von der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München rechts der Isar berufen. Seine Aufgabe in Garmisch-Partenkirchen wird er voraussichtlich 1967 übernehmen.

Am 20. Oktober feierte Herr Kollege Simon KURZ, München, seinen 75. Geburtstag. Die Bayerische Landesärztekammer ist Herrn Kollegen Kurz zu besonderem Dank verpflichtet für seine Mitarbeit im Facharztausschuß für Chirurgie, dem er seit 1947 angehört.

Am 26. Oktober feierte Herr Kollege Dr. Hans PETZ, der langjährige Vorsitzende der Bezirksstelle München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, seinen 65. Geburtstag.

INSPIROL

freie
Atemwege



FAKULTÄT

München

Prof. Dr. W. STICH, außerplanmäßiger Professor für Innere Medizin, hat den an ihn ergangenen Ruf auf das Ordinariat für Innere Medizin I an der Universität Gießen abgelehnt.

Würzburg

Professor Dr. Heinz SEELIGER, Universität Bonn, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Hygiene und Bakteriologie berufen.

Die Bezeichnung „apl. Prof.“ wurde verliehen an

Privatdozent Dr. Konstantin CRETIVS (Geburtshilfe und Frauenheilkunde),

Privatdozent Dr. Hans-Joachim HUFSCHEIDT (Neurologie, insbesondere Neurophysiologie),

Universitätsdozent Dr. Paul POLZIEN (Innere Medizin),

Privatdozent Dr. Hans-Joachim PRILL (Geburtshilfe und Frauenheilkunde),

Universitätsdozent Dr. Heinrich SCHRÖER (Physiologie),

Privatdozent Dr. Günter VIEHWEGER (Röntgenologie und Strahlenheilkunde).

Zum Privatdozenten wurde ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Jost JAEGER für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“.

Der ao. Professor der Anatomie Dr. med. Theodor Heinrich SCHIEBLER wurde zum Generalsekretär der Internationalen Dachorganisation der histochemischen Gesellschaften der Welt, des „Comité International d'Histochimie et de Cytochimie“ gewählt.

IN MEMORIAM

Universitätsprofessor Dr. Hans Runge †

Der 72jährige emeritierte Direktor der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg, Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ im Jahre 1956, der im Oktober 1964 an der Tagung dieser Gesellschaft in München teilgenommen hatte, wurde zur großen Be-

stürzung der deutschen Gynäkologen und der deutschen Ärzteschaft am 15. Oktober 1964 beim Überschreiten des Promenadeplatzes in München von einem Kleinbus überfahren. Er starb wenige Stunden nachher.

Die bayerische Ärzteschaft nimmt an diesem tragischen Tode eines der bekanntesten deutschen Gynäkologen aufrichtig Anteil.

Abgesehen von diesem neuerlichen Beweis der vielfach beklagten Verkehrsunsicherheit in München — vor allem durch die täglich feststellbare Disziplinlosigkeit vieler Verkehrsteilnehmer bedingt —, erscheint eine Gegenüberstellung von zwei Tatsachen notwendig. Denn diese beweisen die immer wieder zu beobachtende verschiedenartige Wertung der ständigen verantwortungsvollen Tätigkeit der Ärzte — in diesem Falle eines hervorragenden Gynäkologen, dem viele Tausende Frauen die Wiederherstellung ihrer Gesundheit und das Leben verdanken — auf der einen Seite, und von Filmsternchen und ähnlichen Größen auf der anderen Seite.

In den von der Tagespresse gebrachten Berichten wurde nur kurz der Polizeibericht gebracht. Jener vom 16. 10. lautete: „Am 15. 10. gegen 19 Uhr stießen am Promenadeplatz ein Fußgänger und ein Kleinbus aus bisher unbekanntem Gründen zusammen. Der Fußgänger wurde schwer verletzt, am Pkw entstand leichter Sachschaden.“ Angefügt war die übliche Aufforderung zur Meldung von Zeugen. Am 18. Oktober wurde verlautbart: „Der bei dem Verkehrsunfall am 15. 10. am Promenadeplatz schwer Verunglückte ist am 16. 10. an den Folgen des Unfalls gestorben. Personaldaten: Dr. Hans Runge, Heidelberg.“

Wenn man gegenüberhält, wie ausführlich die Presse jede Erkrankung einer Filmdiva bespricht, mit welcher Trauer man den Tod einer solchen oder eines Film-„Helden“ in spaltenlangen und reichbebilderten Artikeln der Leserwelt nahebringt, wird überdeutlich sichtbar, was hierzulande als Kulturwert angesehen und der Bevölkerung — wohl nicht ohne Berücksichtigung gewisser Instinkte — zur Kenntnis gebracht wird.

Das traurige Ereignis ist geeigneter Anlaß, auf dieses Verhalten aufmerksam zu machen.

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös – luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfremde Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrere Male nachzuwickeln

LANG & Co. KG - MÜNCHEN 45

28



Etalontin Parke Davis

zur oralen Konzeptionskontrolle
20 Tabletten in der Zykluspackung
60 Tabletten in 3 Zykluspackungen



AUS DER LANDESPOLITIK

Videant consules . . .

Auf die im Heft 10/1964 des „Bayerischen Ärzteblattes“ abgedruckte Kritik am bayerischen Kultusministerium wegen Mißachtung eines Landtagsbeschlusses über die Errichtung eines Lehrstuhls für Tropenmedizin ist uns vom Pressereferat des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus ein Schreiben zugegangen, in dem wir um eine entsprechende Klarstellung gebeten werden. Das Schreiben hat folgenden Wortlaut:

„Der Kritik im Heft Nr. 10/1964 des ‚Bayerischen Ärzteblattes‘ wegen der Besetzung des Lehrstuhls für tierärztliche Tropenmedizin liegt ein offensichtliches Mißverständnis zugrunde. Bei dem bereits im Haushaltsjahr 1962 geschaffenen und auf Vorschlag der Tierärztlichen Fakultät München nunmehr mit Prof. Dr. Herrlich besetzten Lehrstuhl handelt es sich nicht etwa um einen sinnwidrigen Vollzug des Landtagsbeschlusses vom 14. 3. 1962, sondern um die Berücksichtigung einer Anregung des Wissenschaftsrates, der in seinen Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen außer einem Lehrstuhl für Tropenmedizin in der Medizinischen Fakultät München auch die Errichtung eines Lehrstuhls für tierärztliche Tropenmedizin vorschlug.“

Dem zitierten Landtagsbeschuß wurde seitens des Kultusministeriums mit der Schaffung eines Lehrstuhls für Tropenmedizin in der Medizinischen Fakultät der Universität München bereits im Haushalt 1963 Rechnung getragen; der Lehrstuhl konnte jedoch bisher nicht besetzt werden, weil die Medizinische Fakultät noch keinen Berufungsvorschlag vorgelegt hat. Das Staatsministerium wird der Besetzung dieses Lehrstuhls auch weiterhin seine Aufmerksamkeit schenken.

Bei dieser Sachlage kann von einer Mißachtung eines Landtagsbeschlusses wohl keine Rede sein.

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus ersucht hiermit um eine entsprechende Klarstellung im nächsten Heft des ‚Bayerischen Ärzteblattes‘.“

Zu diesem Schreiben stellen wir folgendes fest:

Der Landtag hat am 14. 3. 1962 durch einen Beschluß das Kultusministerium nicht gebeten, der Besetzung des Lehrstuhls für Tropenmedizin in der Medizinischen Fakultät „seine Aufmerksamkeit zu schenken“. Er hat vielmehr die Errichtung dieses Lehrstuhls beschlossen. Im Kulturpolitischen Ausschuß des Landtags wurde die Möglichkeit, daß für die Besetzung dieses Lehrstuhls keine Vorschläge gemacht werden, bereits erörtert. Für diesen Fall hat der damalige Kultusminister mit entsprechenden Hinweisen auf die Rechte des Landtags und die Pflichten der Staatsregierung unmißverständlich erklärt, daß dieser Lehrstuhl notfalls auch ohne Vorschläge besetzt werden wird.

Bei dieser Sachlage muß also nach wie vor der Vorwurf aufrechterhalten werden, daß ein einstimmiger Beschluß des Landtags von den für den Vollzug zuständigen Beamten des bayerischen Kultusministeriums nicht beachtet worden ist. Die Interpretation, die ein klarer Landtagsbeschluß im Kultusministerium erfährt, dürfte bei den Abgeordneten wohl einiges Erstaunen hervorrufen.

Im übrigen muß in zunehmendem Maße der Eindruck entstehen, daß bei den für die Universitäten zuständigen Stellen im Kultusministerium über die Empfehlungen des Wissenschaftsrates Auffassungen bestehen, die mit dem Sinn dieser Empfehlungen nicht mehr recht vereinbar sind. Diese Empfehlungen des Wissenschaftsrates sind nicht geschaffen worden, damit man sich darauf berufen kann, wenn es gerade zweckmäßig ist, sie sollen vielmehr als Grundlagen für den Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen an unseren Hochschulen dienen.

Untersuchungen von Jugendlichen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

In dem vom Bayerischen Senat erstatteten Gutachten zum Haushaltsplan des bayerischen Arbeitsministeriums ist auch zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes Stellung genommen worden. Nachstehend die Stellungnahme, die mit dem Änderungsantrag von Herrn Kollegen Senator Dr. Dr. v. GUGEL einstimmig angenommen wurde:

„Die Zahl der festgestellten Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz betrug im Jahre 1963 über 10 000.“

Trotz verstärktem Hinweis auf die gesetzliche Verpflichtung zu Untersuchungen nach § 50 JASchG liegt die Zahl der Untersuchungen dieses Jahres wesentlich unter der Zahl der Schulentlassungen. An der Nachuntersuchung, die nach einjähriger Beschäftigung zu erfolgen hat, beteiligten sich sogar nur etwa 20 v. H. Der Senat regt dringend eine Verstärkung der Tätigkeit zur Einhaltung der Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes an. Er fordert das Ministerium für Arbeit und soziale Fürsorge (Änderungsantrag Senator Dr. Dr. v. Gugel: „die Bayerische Staatsregierung“) auf, die Schulen, besonders die Berufsschulen, Elternschaft und Arbeitgeber nochmals ausdrücklich auf die Untersuchungen hinzuweisen; durch Gespräche mit den Sozialpartnern sollten besondere Mittel und Wege gesucht werden, um bei den Nachuntersuchungen eine größere Beteiligung zu erreichen.“

Ulcrurisan®

Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.



AUS ANDEREN LÄNDERN

Im Lande der Aufgehenden Sonne

Ärztliche Impressionen aus Nippon

Von Bruno Leo Friton

(Schluß)

Am medizinischen Aufstieg Japans waren deutsche Kollegen maßgebend beteiligt. Der Naturforscher-Arzt P. Franz von Siebold (1796—1866) hat die alten japanischen Ärzte erstmals mit „europäischer Medizin“ bekannt gemacht und in Vorlesungen auf die „westliche Medizin“ hingewiesen. Er wußte sich auch durch seine naturhistorischen und ethnographischen Studien, als Lehrer kaiserlicher Ärzte, in Yamato große Geltung zu verschaffen. Er wln Bälz (1849—1913), Hausarzt und persönlicher Vertrauter des japanischen Kaiserhauses, war ein Vierteljahrhundert Professor der Inneren Medizin an der Universität in Tokio; er organisierte und leitete dort die Ausbildung der Ärzte nach europäischem Muster und war maßgebend beteiligt am Aufbau der modernen japanischen Medizin. Robert Koch unternahm noch kurz vor seinem Tode (27. Mai 1910) eine Weltreise. Dabei hielt er sich mehr als 40 Tage in Japan auf. Eine auf gegenseitiges Vertrauen aufgebaute Freundschaft verband Koch fünfzehn Jahre lang mit seinem ältesten japanischen Schüler, Baron Kitasato. Während seines Aufenthaltes in Japan hielt Koch eine Vorlesung in der Japanischen Akademie der Wissenschaften. Zum Gedächtnis an Kochs Anwesenheit in Japan gründete Kitasato die „Japanische Gesellschaft zur Verhütung der Tuberkulose“. Eine Reihe ähnlicher Körperschaften ist später in Japan entstanden. An Kochs Todestag wird im Kitasato-Institut ein Shintogottesdienst abgehalten, während Kochs Geburtstag durch eine öffentliche Vorlesung gefeiert wird — auch während und nach dem Kriege. Neben diesen Pionieren war meines Wissens nur noch Wilhelm Kreidewolf für längere Zeit als ausländischer Arzt an einer kaiserlichen, japanischen Universität verpflichtet. Das große Ansehen dieser deutschen Kollegen wiegt bei dem angeborenen Mißtrauen der Japaner gegen alles, was aus fernen Erdteilen kommt, besonders schwer.

Als Arzt imponierte einem ganz besonders das aus den ungeheueren Naturkatastrophen — Erdbeben, Stürme und Vulkanausbrüche — heraus geborene Shlgatagana i: Es gibt Dinge, an denen man nichts ändern kann, gegenüber der Natur bin ich ein Nichts! Es gibt auch dem Kranken Gelassenheit, Gleichmut, Standhaftigkeit während der Krankheit und Todesverachtung im Leid. Es bedeutet Unabhängigkeit der Dinge und Stolzismus gegenüber der Natur; es bestimmt die religiösen Zeremonien ebenso wie das tägliche Leben. Kein anderes Volk kann sich einer so ge-

wissenhaften Beachtung der großen Lehrmeisterin Natur mit solcher Emphase rühmen, wie die Japaner. Ihr entlehnt der Künstler seine Vorwürfe, der Dichter seine Motive, der Arzt seine Geheimnisse. Gerade das Nahe-liegende wird dem Japaner zum Gegenstand liebevoller Betrachtung. Die ganze Lebensweise ist daher naturgemäß und einfach.

Hier nun im besonderen eine kurze nachdenkliche Betrachtung über den Ärztestand in Nippon — auf Grund persönlicher Erfahrungen.

Die ärztliche Ausbildung ist von der unseren nicht grundlegend verschieden. Der Medizinstudent erhält in einigen Oberklassen, die der Höheren Schule ange-



gliedert sind, zusammen mit zukünftigen Naturwissenschaftlern, vorklinische Kenntnisse und bezieht die Universität etwa zwei Jahre später. Prüfung und Verpflichtung zur praktischen Ausbildung entsprechen fast unseren Vorschriften. Auch die Ärzteorganisationen sind nach deutschem Vorbild geschaffen.

Der Arzt, „sense“ oder „hakase“ gilt als Vorgesetzter, zu dem man ohne Einschränkung Vertrauen hat. Bei der Konsultation gibt man sich ihm mit Haut und Haar, mit Leib und Seele hin. Zweifel an der ärztlichen Kunst sind Ausnahmen. Der Arzt ist sich aber auch seiner hochgeachteten Stellung voll bewußt und keineswegs hochmütig. Als Erzieher fühlt er sich beauftragt, seinen einfachen Volksgenossen durch eigene vorbildliche Haltung zu nützen. Durch Jahrhunderte hindurch ist eben dem Japaner in zielbewußter Tradition eine Disziplin zu eigen geworden, die als angestammter Charakter anmutet. Das enge Familien-Zusammengehörigkeitsgefühl in Japan macht sich nicht zuletzt in dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient geltend.

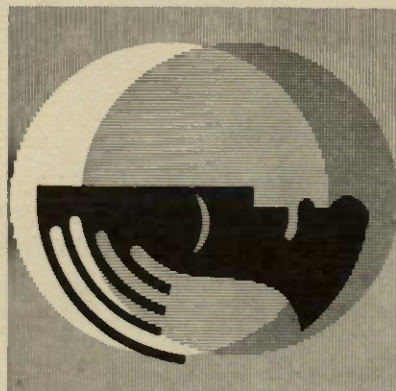
Der Glaube an die Würde und das Ansehen des Arztes bestimmen das ganze Handeln unserer Antöken. Für Eltern und Kinder sind die japanischen Kollegen große Autoritäten, die alles verlangen dürfen. Kleine und kleinste „Japsen“ befolgen die Weisungen, die ihnen erteilt werden, in vorbildlicher Form. Sie öffnen, wie ich mich des öfteren selbst überzeugen konnte, gern und weit den Mund, lassen sich ohne Umstände endoskopieren und sogar seelenruhig — ohne Betäubung — kleine operative Eingriffe über sich ergehen. Ein Junge, der an einen Türpfosten anrennt, verbeißt den Schmerz und „zeigt ein lachendes Gesicht“. Ja, ich sah auch, wie sich „Bambinos“ vor dem Chirurgen, der noch ein Instrument in den Händen hielt, anmutig verneigten und sich sogar bedankten. Überhaupt lernt der kleine Ostasiate schon sehr früh sich zu beherrschen. Dem tadellosen Verhalten der Kleinen entspricht die angeborene Wohlerzogenheit der Großen, und da besonders bei „Kleinen Leuten“. Was ich jedesmal an Ambulanztagen in der Poliklinik des Intern. Krebsinstitutes in Tokio sah, überstieg alles bis dahin Erlebte. Japan ist kein Wohlfahrtsstaat. Da die gegenseitige traditionelle Hilfeleistung in der Verwandtschaft und die sippenmäßige Gliederung der Gesellschaft ein staatliches Eingreifen nicht in dem Maße erfordert wie bei uns, fällt die soziale Kranken-Fürsorge nicht so sehr ins Gewicht; dennoch besteht eine Ausweitung der Arbeitnehmer- und Krankenversicherung. Nicht nur Gesundheitszentren und Krankenhäuser wurden erstellt, auch der Tuberkulose und den psychischen Krankheiten wird „zu Leibe gerückt“. Endliche Versorgung der Kriegspfer, Schaffung neuer Sozialämter, Verbesserung der sozialen Ausbildung und Pflege öffentlicher Erholungseinrichtungen, Unterstützung hilfsbedürftiger Kinder und Altersversorgung stehen auf dem Plan (Plan to improve health and social conditions in Japan). Erhebliche öffentliche Mittel liegen dafür bereit!

Ein Parlamentsbeschluß dürfte uns Ärzte besonders interessieren. Seit 1955 werden nämlich Medizin und Pharmazie getrennt. Für uns Deutsche erscheint das erstaunlich, kennen wir doch die Trennung der beiden Disziplinen schon vor Paracelsus. Bis vor kurzem hat der japanische Arzt die Patienten nicht nur untersucht, sondern sie auch zugleich „verarztet“. Die Untersuchungskosten wurden absichtlich nieder gehalten. Das Apothekenwesen ist durch das pharmazeutische Gesetz (Yakujihö), welches nach dem Krlege unter US-Ein-

fluß neu bearbeitet wurde, geregelt, ferner durch eine Narkotika-Gesetzgebung, welche den internationalen Abmachungen entspricht. Zuständig für alle Angelegenheiten des Heilwesens ist das (selbständige) Wohlfahrtsministerium (Kseisho). In Japan herrscht ja eine absolute Gewerbefreiheit, eingeschränkt nur durch die Voraussetzungen, daß die Einrichtungen den vorgeschriebenen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen und die Apotheke von einem appr. Apotheker geleitet wird. Der Apotheker muß dort mehr Geschäfts- als Fachmann sein, um auf seinen angemessenen Umsatz zu kommen. Zum Verkauf von Arzneien sind neben dem (Groß-)Pharmahändler noch Arzneihändler 2. und 3. Klasse berechtigt. Alle Präparate und Spezialitäten werden durch größte Laienpropaganda angepriesen. Wie in den USA bekommt man in den Apotheken neben Medikamenten aber auch noch Rauchwaren, Spielzeuge, Bügeleisen und Uhren. Der Verkaufspreis der Arzneien wird vom Alleinverkäufer oder Fabrikanten festgelegt. In Japan findet man außerdem noch Geschäfte, die angekohlte Tigerknochen, Katzenpfoten, Affenschädel, Wurzeln usw. verkaufen. Da Homöopathie in Japan kaum bekannt ist, gibt es keine homöopathischen Remedia. Doch floriert der Arzneimittel-Hausierhandel. Der Wanderhändler hinterläßt einen Beutel mit verschiedenen Geheimmitteln gegen Erkältung, Magenkrankheiten usw. bei dem Bauern, der dann im kommenden Jahr die verbrauchten Mittel bezahlt. Der japanische Arzt braucht absolut nicht mehr in Europa in „die Schule zu gehen“. Aus den einstigen beflissenen Scholaren sind längst große Könner und Meister geworden. Die hervorragenden Leistungen auf wissenschaftlichem Gebiet und die Forschungen in allen klinischen Fächern, besonders aber in Bakteriologie, Histologie, Serologie usw. sind in aller Herren Ländern bekannt. Eine besondere Rarität ist für mich noch heute ein nach dem Verfahren von Kishoro Sukegawa mit Pockenimpfstoff beimpftes Hühnerrei; nach neun Tagen liefert es etwa 3 Gramm Virus, womit 1000 Personen gegen Pocken immunisiert werden können. An dem Verfahren hat der japanische Gelehrte ein Menschenalter lang gearbeitet. Auch die künstliche Krebszeugung forderte ja seinerzeit zähe Geduld und große Ausdauer — bis zum endlichen Erfolg!

Von den typischen alten Behandlungsmethoden hat sich die uralte Heilbäderbehandlung noch am längsten erhalten. Der landschaftliche Charakter Japans und

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

sein vulkanischer Aufbau bringen es mit sich, daß das Land überreich an Gasen, heißen Quellen und Heilwassern ist. Verschiedentlich wird noch die alte Badekur von Kusatsu mit modernen Spritzkuren gekoppelt! Bemerkenswert sind auch die aus der altchinesischen Heilkunde übernommenen Heilmethoden, wie die Verwendung von Heilkräutern, sowie Moxa-Brennkegel bei Rheuma. Neben dieser volkstümlichen Medizin spielt auch die Akupunktur (sogenannte Zivilmedizin) noch eine große Rolle. Im Gegensatz zu der chinesischen Anwendung mehrerer Nadeln, wird in Japan viel die familiengeheime Einstich-Akupunktur angewendet. Neben der klassischen Symptomatologie und vorbildlichen Diagnostik spielen auch mysteriöse, vorgefaßte Meinungen, die sich allüberall weiter vererben können, eine nicht geringe Rolle. Gesundheits-, Quacksalber und andere Kurpfuscher sind keineswegs selten. Dennoch wird alles, was in einem technischen Zeitalter der Kranke als beste medizintechnische Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie erwartet, wie Laboratoriumsuntersuchungen und Röntgenbestrahlungseinrichtungen, in diesem Staat aufgeboten.

Japan verfügt über fast einviertelthundert Universitäten mit über einer halben Million Studenten. Von den Hochschulen sind 72 staatlich, 121 privat und 34 gehören den einzelnen Provinzen. Neben den Universitäten bestehen noch Fachhochschulen mit nahezu 100 000 Studenten.

Bei der verstärkten USA-Hilfe sind vor allem die Beteiligungen an der chemischen und pharmazeutischen Industrie — Penicillin, Aureomycin, Streptomycin, Terramycin — zu nennen. USA-Lizenzen trugen besonders auch nach der Kapitulation durch Produktion von Insekten- und Ungezieferbekämpfungsmitteln zur Aufrechterhaltung der Volksgesundheit bei; vor allem seien hier die Pestizide Parathion und Malathion erwähnt, die der verheerenden Wirkung des Reis-Stengel-Bohrers Einhalt geboten; ähnlich wirkt auch das Unkrautvertilgungsmittel 4-D.

Natürlich ist auch die Massage sehr im Schwange und wird vornehmlich von Frauen ausgeübt. Ja auch die im 15. Jahrhundert importierte chinesische „Lehre vom Puls“ ist, in mehreren tausend Bänden niedergelegt, für die „aiten“ japanischen Ärzte immer noch ausschlaggebend.

Vor mehr als einem Jahrhundert hat der japanische Arzt Koan Ogata einen „Ärztlichen Ehrenkodex“ geschaffen, wie er in jedem Arzt lebendig sein sollte. Hier eine teilweise Wiedergabe des sehr gekürzten Shiro-Tashiro-Textes: Am Krankenbett denke an die Krankheit, nicht an Stand und Vermögen des Kranken. — Um dir das Vertrauen deiner Kranken zu erhalten, mußt du es verstehen, in der rechten

Weise ihren Klagen dein Ohr zu leihen, damit sie dir alles anvertrauen. Das erfordert unter Umständen eine mit Güte gepaarte Strenge. — Auch bei scheinbar unheilbaren Fällen suche noch nach all deinen Kräften zu helfen oder die Beschwerden zu lindern. Das ist wahre Menschlichkeit. In wirklich hoffnungslosen Fällen benimm dich so, daß der Kranke die Wahrheit nicht vermuten kann. Auf keinen Fall eröffne ihm, daß sein Fall hoffnungslos ist. — Halte deine Rechnung so niedrig wie möglich. Was nützt es, ein Leben zu retten, wenn man dem Geretteten die Mittel entzieht, dies Leben weiterzuführen. — Wenn ein Kranker, der deinen Rat sucht, schon in Behandlung stand, so höre zuerst seinen früheren Arzt. — Die Kollegialität behandelt Nr. X: „Achte, ja, liebe deine Berufsgenossen; auf alle Fälle sei duldsam. Ein unbedachtes Wort über sie kann ihrem Ruf für immer schaden. Jeder mag seine eigene Behandlungsweise haben, über die leichtfertig zu urteilen dir nicht zusteht, schon gar nicht, wenn du den Fall nicht kennst. Lieber hebe ihre guten Seiten hervor. Achte die älteren Kollegen und suche dir die Achtung der jüngeren zu gewinnen...“

Als 1959 in München das IOC in seiner 55. Sitzung Tokio zum Schauplatz der Olympischen Spiele 1964 auswählte, übernahm Japan als Gastland eine Aufgabe, in der die ganze Nation engagiert ist. Kurz zuvor wohnte ich noch in der jetzigen Olympiastadt einer Monster-Sport-Veranstaltung bei — ein Schauspiel, das man stets vor Augen hat. Schon damals sprach man von Daigoro Yasukawa, dem Präsidenten des TOOC in Tokio.

Beim Besuch des Nationalparkes in Nara hatte ich ein unvergeßliches Erlebnis, das mir zeigte, was japanische Höflichkeit ist. Noch stand ich unter dem Eindruck eines buddhistischen Klosterbesuches, wo es Brauch ist, 3000mal den Namen der Gottheit auszusprechen, wobei man sich jedesmal auf die Knie wirft und mit dem Kopf den Boden berührt — fürwahr eine Goliathanstrenge. Auf dem Bahnhof in Nara war ich vom Bahnhofsvorstand mit einem Willkommgruß in Form des landesüblichen grünen Tees begrüßt worden; er hatte gerade in Japans größten Tageszeitungen „Asahi-Shibun“ und „Mainichi-Shinbun“ Bildberichte über meinen Empfang in Kyoto gelesen. Er führte mich daher persönlich durch eine Allee von 2000 jahrhundertalten Steinlaternen zum Fodasch-Tempel mit seiner größten Buddhastatue der Welt (452 Tonnen schwer, 16 Meter hoch). Als ich dann vor dem Kasuoa-Tempel schüchtern an die längst fällige Zugabfahrt erinnerte, sagte er bloß: „Der Zug fährt ab, wenn Sie eingestiegen sind“. Er geleitete mich hernach — mit schneeweißen Glacehandschuhen! — ins Abteil. Während wir uns noch unterhielten, fuhr der Zug versehentlich schon ab. Er klopfte nur ans Fenster, machte ein Stopzeichen und deutete nach rück-

Liquirit

bei Ulcus ventriculi und duodeni, Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden

Die bewährte, wohlwiegend gewogene Kombination auf therapeut. Breite
Keine Nebenwirkungen

K.P. mit 30 Tobl. DM 2.85 o.U. / O.P. mit 60 Tobl. DM 4.80 o.U.
Klinikpackung

Dr. Graf & Camp. Nachf. Hamburg-Bahrenfeld. Seit 1889

wärts. Der Zug stand, fuhr zurück und hielt nochmals. Der Vorstand verabschiedete sich feierlich und — gab dann das Zeichen zur endgültigen Abfahrt. Man sagt mit Recht, daß eine einzige Erfahrung alles beleuchtet! Im Laufe meiner acht Weltreisen stellte ich fest, daß Japan als einziges Land der Erde eine eigene „Gesellschaft für ärztliche Instrumentologie“ besitzt. Ich bekam für diese den ehrenvollen Auftrag, dem dortigen verdienten Instrumentologen, Professor Matsuda, eine hohe Auszeichnung zu überreichen. Dies erfüllte mich mit besonderem Stolz, zumal ich seit Jahren als einziger Arzt dem Verein Deutscher Ingenieure angehöre. In einer Festrede führte ich u. a. aus: „Auf früheren Vortragsreisen in die Alte und Neue Welt, stieß ich allenthalben auf Uneinfachheit und Umständlichkeit, auf bombastischen Luxus und hochtrabende Mammut-Architektonik. Die Meisterschaft des Japaners scheint mir nicht so sehr in Schöpfungen zu liegen, die wohl ins Auge fallen, aber nicht den Geist erheben, als vielmehr in zierlicher Kleinkunst. Die unfaßliche Kunstfertigkeit hierzulande tritt dem Fremdling ganz besonders in der Vollendung der Feinheiten zutage, bei der Bearbeitung von Holz und Jade. Selbst dem sprödesten Material weiß die meisterliche Hand des japanischen Künstlers noch Bewegung und Leben einzuhauchen.“ Ich ließ mir sagen, daß man sogar noch beim kleinsten Gebrauchsholz, beim Zündholz in der Streichholzindustrie so recht die Konkurrenz zwischen europäischen Maschinen und japanischen Fingern beobachten kann. Die Greifglieder dieser feinen Hände seien tatsächlich imstande, die unzähligen kleinen Hölzchen ebenso fix zu handhaben wie unsere höchstkomplizierten Apparate. Nicht ohne Einfluß mag darauf auch die Art der Pinselführung sein, beim Malen von geheimnisvollen Zeichen, mit denen die Landessprache festgehalten wird. Aber auch in der japanischen Instrumentologie bietet sich der Ausdauer, in der Betätigung schöpferischer Begabung japanischer Geschicklichkeit, ein reiches Feld. Schon bei meinem ersten Japanbesuch konnte ich da die überreiche Fülle formvollendeter ärztlicher Instrumente und medizinischer Geräte bewundern. Auch erschienen mir die Japaner als Perfektionisten und Pragmatiker, die das für wahr halten, was sich als zweckmäßig und lebensfördernd im menschlichen Handeln bewährt. Technische Vollendung ist in diesem Insellande offenbar Ausdruck höheren Menschentums. Goethe schrieb einmal, „daß sich das größte Werk vollende, genügt ein Geist für tausend Hände“. Durch das Bundes-Präsidialamt

in Bonn waren damals die diplomatischen Vertretungen auf mein Kommen in Japan vorbereitet.

Für die überaus große Geschicklichkeit der Japaner sei noch ein letzter Beweis angetreten: In der ganzen Welt ist der Name des Zauberkünstlers bekannt, der mit gewiegener Menschenlist der Natur die Geschenke des Zufalls, die Perlen, abzulisten vermochte, die die Japanerinnen mit soviel Grazie präsentieren. Mikimoto ist einer jener Märchenprinzen des heuristischen Geistes, der es vom simplen Nudelverkäufer bis zum unumstrittenen Schutzpatron unzähliger schöner Frauen gebracht hat, deren Träume in den bezaubernden Ketten aus Muscheltränen Wirklichkeit wurden. Die Stadtlandschaft Groß-Tokio, allwo an die 20 Millionen Menschen wohnen, beherbergt in seinem okzidentalen Kostüm diese Hochburg der „perlienden“ Märchenwelt. In dieser Metropole zwischen gestern und morgen, diesem faszinierenden Schmelztiegel für Östliches und Westliches, wurde ich von der Frau des holländischen Gesandten in einen Riesen-Perlen-Saal geführt; man ließ mich dort mutterseelenallein mit all den prächtigen Kolliers, wundersam getönt, in sanftem Blau, zartem Rosa und sogar mattem Gold...

In jenen Tagen erlebte ich einen Höhepunkt in meinem Leben. Mit dem Aeroplan war ich über den Fudschijama nach Kyoto geflogen. Für den FUJI-NO YAMASAN, den „Herrn“ Berg allein gebraucht der Japaner das Wort KEKKO, i. e. groß. Nie habe ich in meinem Leben ein so eindrucksvolles Landschaftsbild gesehen, als die überwirkliche Schneedecke über der Meeres-Unendlichkeit I z u s. In Kyoto erwartete mich ein überaus herzlicher Empfang durch die Vorstandschaft des Deutsch-Japanischen Kultur-Instituts. Diesem verdanke ich die Einführung bei japanischen Professoren und die Einladung in die Privatwohnung zweier japanischer Gelehrter — eine große Seltenheit in diesem Lande. Ich „kleines Würstchen“ mußte eine Pressekonferenz über mich ergehen lassen — von Journalisten, Rundfunk- und Fernsehleuten. Wie eine Lawine überrollten mich: Mehrmalige Medaillenverleihung, Danksagung durch den Präsidenten vom „Engineering Research Institute“ der Universität Kyoto, Bankettierung im altjapanischen Teehaus, Vorstellung in verschiedenen Universitäts-Instituten, Besuch des Kaiserlichen Palastes (obwohl kein Besuchstag war). Auch am andern Ende der Welt wird man eben durch Radio und Television rasch und flüchtig bekannt — ver-

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

gänglich wie die Schaumkronen und Brandungswellen — „die weißen Hunde“ . . .

Merkwürdig, so klein auch die landesüblichen Teetassen sind, erscheinen sie doch groß genug, um damit die aithergebrachte Höflichkeit zu bekunden. Auch Krieg und Zusammenbruch haben daran nichts geändert. Jede Japanerin erlernt dieses „Tschä-No-Yu“ von klein auf. Der Tee wird dabei in einem besonderen Raum kredenzt, unter dessen niedriger Pforte man sich beim Betreten bücken muß. Thea japonensis wird nach herkömmlichen Riten zubereitet und gereicht. Die stillen Formen der Teetassen (mit ihren ruhigen Glasuren), der stilgerechten Lackschälchen, der historischen Tee-Urnen sind für unser ästhetisches Empfinden zeitlos. Der Ferne Osten wird stets das Richtmaß für unser Formgefühl sein. Jeder Griff, jede einzelne Bewegung werden zusammen mit den Geräten des stimmungsvollen Teekultes von Generation zu Generation vererbt. Unerläßlich sind dabei Wa-die Harmonie, Kei-die Ehrfurcht, Sei-die Reinheit und Jaku-die Einsamkeit und Klarheit des Denkens. Man gibt den grünen, pulverisierten Tee in die Trinkschale, gießt das singende Wasser darüber und schlägt ihn mit einem kleinen Bambusbesen schaumig. Mit blumenreichen Komplimenten an die Dame des Hauses wird die Zeremonie, die vier Stunden dauert, beendet.

Wer Japan verstehen will, muß — nochmals sei es gesagt! — die Übervölkerung berücksichtigen. Auf vier Inseln, kaum größer als Finnland, drängen sich 95 Millionen Menschen zusammen. Das japanische Volk muß und wird mit einem gesunden Instinkt und seiner angeborenen Regsamkeit einen Weg aus den Schwierigkeiten seines überbevölkerten Landes finden. Japan braucht aber Auswanderungsmöglichkeiten im großen Stil. Wer überzeugt nun die landreichen Völker, daß sie naturrechtliche Verpflichtungen gegenüber einem „Zusammendrängungsgebiet“ wie Japan haben? Daß sie Japan Zugang zu ihren unerschlossenen Rohmaterialien und un bebauten Ländereien geben müssen? Bisher niemand! Japan, die rekonvaleszente Weltwirtschaftsmacht weiß mehr als andere Völker des Abendlandes und der Neuen Welt, welch apokalyptische Schrecken der Hybris des Menschen folgen, und es klingt wie blutiger Hohn, daß jenes Fischerboot, auf das der tödliche Staub der ersten Wasserstoffbombe niederging, den Namen „Glücklicher Drachen“ trug. Die Tage sind fast vergessen, wo amerikanische Bomber Tod und Verderben auf Japan warfen. Die Japaner besitzen eber immer noch das Größte, das das Leben lebenswert macht: Sinn für das Schöne, Sinn für den wahren Lebensgenuß, Sinn für Form. Gerade jetzt bei den Olym-

pischen Spielen haben sie wieder von dem Vorrecht aller aufstrebenden Völker Gebrauch gemacht und der erreichbaren Welt ihren kulturellen Stempel aufgedrückt. Beherrscht man doch in diesem Lande meisterhaft die schwierige Kunst, das Neue und Fremdländische vorsichtig aufzunehmen und zu verarbeiten und dennoch den Respekt vor den geheiligten Traditionen einer uralten Kultur nicht zu verlieren. In der Öffentlichkeit trägt der berufstätige Japaner moderne Anzüge, im Innern seines Hauses aber legt er alle „westliche Gewandung“ und mit ihr auch alles „westliche Denken“ ab. Hier trägt er seinen Kimono und ißt seine Mahlzeiten auf geflochtenen Matten hockend, mit seinen Eßstäbchen vom niedrigen Lacktisch.

Der japanische Wirtschaftspsychologe Professor N a y a t a k a rät dem unzufriedenen Europäer: „Iß mit Stäbchen und du wirst ruhig und besinnlich! Schau Dir jede Speise an, bevor du sie in den Mund schiebst! Denke, wie schön, daß ich noch zehn Mark habe! Aber denke niemals: Wie schade, daß ich nicht tausend Mark mehr habe!“

Das Alltagsgesicht des Japaners, des ruhelosen Wanderers zwischen zwei Welten, ist starr, ungraziös und verbissen. Die Zaubermacht des permanenten Lächelns aber ist des Japaners geheimnisvolle Kunst, die ihn noch aus der Ameisenhaftigkeit heraushebt. Wirkt der Japaner auch rätselhaft verkrampft und bleibt er auch im Grunde unzugänglich wie eine Wand, begegnet er einem doch überall zuvorkommend.

Was früher eine Weltreise bedeutete, ist heutzutage zu einem Tagestrip geworden. In 17 Stunden überrollen die Super-Phon-Düsen-Passagier-Flugzeuge die Entfernung von 16 000 Kilometern zwischen Hamburg und Tokio und versetzen uns von heute auf morgen aus unserer gewohnten europäischen Wirklichkeit in eine fremde Welt mit dem ihr eigenen Reiz und Zauber.

Tiefblau wellt das Wasser — Gischt perlt am Bug des Schiffes empor. Insein und Landschaften tauchen auf — versinken wieder. Ferne winken Menschen. Willkomm und Abschied im bunten Wechsel. Dann rollt der Zug auf blanken Gleisen zurück — retour ins Gewohnte engen sich aufs neue die Wege. Der Traum von ewig blauen Himmeln und glitzernden Sternennächten, von geheimnisvollen Meeren und farbenprächtigen Urwäldern endet, wo er begonnen — in der Alltagspraxis . . .

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Bruno Leo Friton, VDI, Hart/Alz.

Röntgen- und elektromedizin. Apparate
FRANKFURT/M. - S, Gartenstraße 114
Ruf 68 31 31 und 68 31 32

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Gleisbühlstraße 7
(Ecke Marienstr., Concordiahaus), Ruf 20 39 03

Generalvertretung der Firmen

Albert Dargatz, Hamburg · Röntgenwerk F. Hofmann, Erlangen · Fritz Schwarzer, München · Disa Elektronik, Kopenhagen

► Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Zulässige und unzulässige Werbung des Arztes*)

Von Franz M. Poellinger

Wie bei anderen freien Berufen (z. B. für die Rechtsanwälte in § 2 Abs. 2 der Bundesrechtsanwaltsordnung) ist für den ärztlichen Beruf ausdrücklich gesetzlich festgelegt, daß dieser Beruf kein Gewerbe ist (§ 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung). Diese Norm ist aber nicht ein toter Buchstabe, sondern absolut lebendige Überzeugung der ärztlichen Standesgenossen. Diese Feststellung kann man auch heute noch treffen, auch wenn man nicht verkennt, daß wie allenthalben in unserem öffentlichen und privaten Leben auch im ärztlichen Bereich merkantilere Züge zu beobachten sind. Gerade bei den Berufen, die einen höheren Idealismus und letzten Endes eine Berufung voraussetzen und in ihrem Wirken von ethischen Grundsätzen getragen sind, fällt es naturgemäß besonders auf, wenn in Einzelfällen weniger die Ethik, als vielmehr das wirtschaftliche Interesse zu Tage tritt. Es ist aber nicht berechtigt, hier allgemein von einer Aufweichung der ethischen Grundregeln der ärztlichen Standessitte sprechen zu wollen. Im Gegenteil: man kann feststellen, daß die communis opinio der Ärzte nur in begründeten Fällen und mit aller Behutsamkeit wirtschaftlichen Erwägungen Raum gegeben hat. So ist im Laufe der Jahre die Standesauffassung dahin gelangt, daß der sog. Praxtsverkauf, d. h. die Bezahlung für die Überlassung der eigenen Praxis mit den eigenen Patienten an einen anderen Arzt (sog. ideeller Praxtswert) nicht mehr schlechthin als standeswidrig angesehen wird; die Rechtsprechung ist dieser gewandelten Standesauffassung gefolgt und betrachtet heute einen Praxtsverkauf nicht mehr als sittenwidrig, soweit nicht die Grenzen des Wuchers überschritten sind. Das Prinzip, daß der freie ärztliche Beruf kein Gewerbe ist und deshalb sich keiner gewerblichen Methoden bedienen kann, blieb aber bis heute unangetastet.

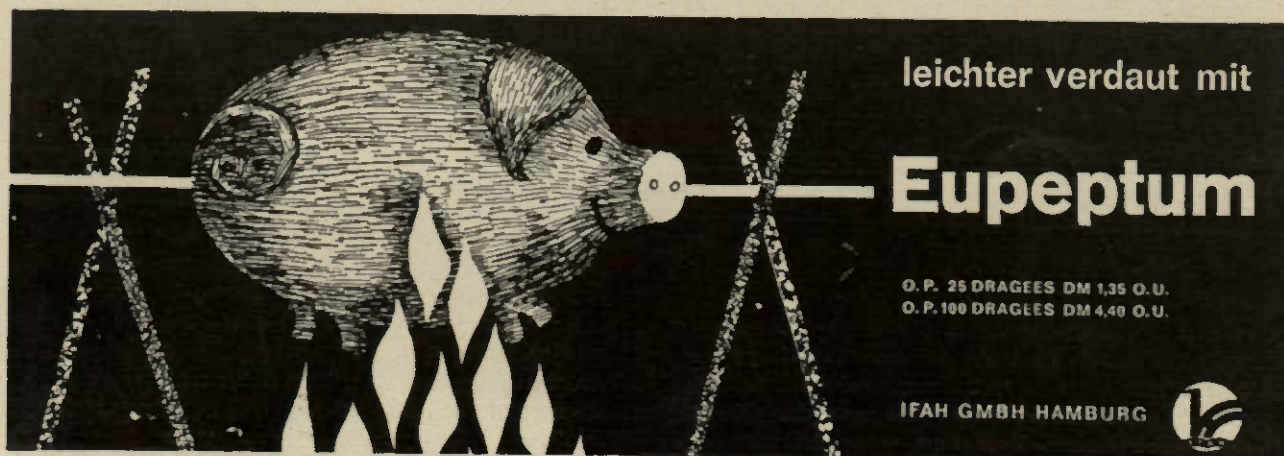
Ein grundsätzliches Kennzeichen, mit dem sich der freie Beruf von der gewerblichen Tätigkeit unterscheidet, ist besonders der Umstand, daß sich der freiberuflich Tätige des kaufmännischen Propagandamittels

*) Referat auf der 16. Deutschen Therapiewoche 1964 in Karlsruhe.

der Werbung enthält. Ein reklamehaftes Herausstellen der eigenen Tätigkeit, Sensationshascherei und letztlich ein Animieren des Publikums muß einem Beruf fremd sein, der sicher auch wirtschaftliche Erfolge erzielen will, aber letztlich auf der Basis ethischer Werte und in Erfüllung einer echten Berufung tätig wird. Die Öffentlichkeit will einem Berufsstand, der wie der Rechtsanwalt als unabhängiges Organ der Rechtspflege (§ 1 BRAO), oder wie der Arzt als „Diener der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ gekennzeichnet ist (§ 1 Abs. 1 BÄO), Achtung und Wertschätzung entgegenbringen können, sie will diese Berufsstände nach wie vor herausgehoben sehen aus der Allgemeinheit. Rechtsanwälte und Ärzte haben sich aber auch von sich aus in besonders hohem Maße die Wahrung der Standesehre angelegen sein lassen. Aus dieser Gesinnung heraus verbietet sich ein reklamehaftes oder gar marktschreierisches Auftreten in der Öffentlichkeit für den Anwalt und für den Arzt.

Es liegt auf der Hand, daß das immer stärker werdende Interesse der Öffentlichkeit an ärztlichem Tun, an Krankenhausbehandlung und Berichten über den Wert und Unwert von Arzneimitteln usw. ernste Probleme für den Arzt schafft, der für seine Praxis nicht werben will und darf. Es ist objektiv sogar ein gewisses Bedürfnis anzuerkennen, daß die Öffentlichkeit auf einzelnen medizinischen Gebieten oder auch über bestimmte Behandlungsmöglichkeiten unterrichtet wird. Es kann aber nicht verkannt werden, daß bei der Fülle der heutigen Publikationsmittel (Tagespresse, illustrierte Zeitungen, Film, Funk und Fernsehen) die Grenzen eines für den Arzt schicklichen und standesmäßigen Informierens leicht überschritten werden können.

Die geschilderten Grundsätze der ärztlichen Standessitte sind in den Berufsordnungen niedergelegt, die aufgrund einer Empfehlung des 59. Deutschen Ärztetages 1956 (ÄM 1956/943) von den einzelnen Landesärztekammern in freier Selbstverwaltung als verbindliches Recht für die ärztliche Berufsausübung erlassen



leichter verdaut mit

Eupeptum

O. P. 25 DRAGEES DM 1,35 O. U.
O. P. 100 DRAGEES DM 4,40 O. U.

IFAH GMBH HAMBURG

worden sind. Diese Berufsordnungen sind zu Recht als das kodifizierte ärztliche Sittengesetz bezeichnet worden. Ihre Aufgabe liegt in zwei Richtungen: einmal sollen sie ein echtes Spiegelbild der herrschenden ärztlichen Standesauffassung — der *communis opinio* der ärztlichen Standesgenossen — sein, und zum anderen sollen die Berufsordnungen auch eine rechtliche Festigung wesentlicher Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung bringen und einem Abgleiten in unärztliche Praktiken steuern.

In den Berufsordnungen ist festgelegt, daß dem Arzt jegliches Werben und Anpreisen untersagt ist (vgl. § 20 BO für die deutschen Ärzte, a.a.O.). Die Ausnahmen von diesem Grundsatz werden in den Berufsordnungen relativ klar angesprochen und umrissen. Soweit dies hier nicht geschehen ist, haben die Literatur und vor allem die Rechtsprechung der Berufsgenossen die geltende Standessitte betont und den *abusus in Einzelfällen* gebrandmarkt. Auch die Deutschen Ärztetage haben sich mit der Frage des zulässigen und unzulässigen Werbens von Ärzten wiederholt befaßt und die herrschende Standesauffassung des weitaus überwiegenden Teils der Standesgenossen unterstrichen (61. Deutscher Ärztetag 1958, zitiert bei WEISSAUER, Bayer. Ärzteblatt 1959/49; 62. Deutscher Ärztetag 1959, AM 1959/957).

Wo man heute nach herrschender Standesauffassung die Grenzen zwischen zulässigem und unzulässigem Werben ziehen muß, läßt sich anhand der kodifizierten Berufsordnungen und insbesondere der dazu ergangenen Berufsgerichtsurteile feststellen.

A.

Zum Begriff des Werbens wird man alles zählen müssen, was geeignet ist, die Aufmerksamkeit anderer auf etwas Bestimmtes zu lenken. Wenn die Berufsordnung der Ärzte außerdem auch von „Anpreisen“ spricht, so ist darunter begrifflich nur eine besonders marktschreierische Form des Werbens zu verstehen.

Die Werbung ist dem Arzt grundsätzlich in jeder Erscheinungsform verboten. Ob Wort, ob Ton, ob Bild oder Schrift als Mittel der Werbung verwendet wird, ist dabei gleichgültig. Dasselbe gilt für den Umstand, ob die Werbung von dem Arzt selbst ausgeht (unmittelbare Werbung), oder ob er sich dabei der Hilfe Dritter bedient (mittelbare Werbung).

Objekt der Werbung kann die Allgemeinheit sein, ein begrenzter Personenkreis und auch Einzelpersonen, insbesondere Ärzte. Für die Frage, wann eine Werbung ausnahmsweise zulässig sein kann, ist besonders das Objekt der Werbung bedeutsam. Die herrschende Standesauffassung hat — was noch zu erörtern sein wird — im Falle der Informierung der Arzt-Kollegen untereinander eine gewisse Großzügigkeit gegenüber dem allgemeinen Werbeverbot entwickelt.

Es bedarf keines Hinweises, daß als Inhalt der Werbung auf jeden Fall eine unwahre oder auch irreführende marktschreierische Reklame verboten ist. Aber auch absolut wahre Angaben sind dem Arzt als Werbung nicht erlaubt.

Das Verbot der Werbung richtet sich an den Arzt als Person, nicht dagegen an die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit. Deshalb ist es nicht ausgeschlossen, daß die Ärzteschaft als solche um das Vertrauen der Öffentlichkeit wirbt. Hierin liegt eine echte Aufgabe der

ärztlichen Berufsvertretung, die diese Aufgabe letztlich im Dienste der Allgemeinheit zu erfüllen hat.

Das grundsätzliche Werbeverbot mit seinen eng umrissenen Ausnahmen ist dem Arzt als eigene, aus dem Wesen seines Berufes hergeleitete *Standespflicht* auferlegt. Diese Pflicht besteht im Hinblick auf die geschilderte Bedeutung des ärztlichen Standes im Rahmen der Allgemeinheit. Sie dient aber auch der Sauberhaltung des ärztlichen Standes nach innen, weil durch die Beachtung dieser Pflicht das kollegiale Zusammenwirken und die kollegiale Achtung gefördert wird. In diesem Sinne kann man das Unterlassen jeglicher Werbung auch als eine Pflicht kollegialen Handelns ansehen.

B.

Im einzelnen bringt die tägliche Erfahrung eine Fülle von Beispielen, in denen zwischen einem unzulässigen und einem ausnahmsweise zulässigen Werben unterschieden werden muß.

I.

Die Berufsordnungen selbst nennen eklatante Beispiele, in denen sie ein standesunwürdiges Verhalten wegen unzulässiger Werbung erblicken (§ 20 Abs. 1 BO für die deutschen Ärzte).

1. Das Veranlassen oder Zulassen öffentlicher Danksagungen oder anpreisender Veröffentlichungen.

Im allgemeinen sind derartige Dankesbezeugungen von Patienten gegenüber ihren Ärzten heute sehr selten zu beobachten. Die Ärzte haben ihrer Standessitte entsprechend in aller Regel ihre Patienten und auch die Öffentlichkeit darüber aufgeklärt, daß derartige Danksagungen in Form von Anzeigen usw. würdelos sind. Hier kann man beobachten, daß die ärztliche Überzeugung schon sehr weit Allgemeingut geworden ist.

2. Erörterungen über Hellmittel und Heilverfahren durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben.

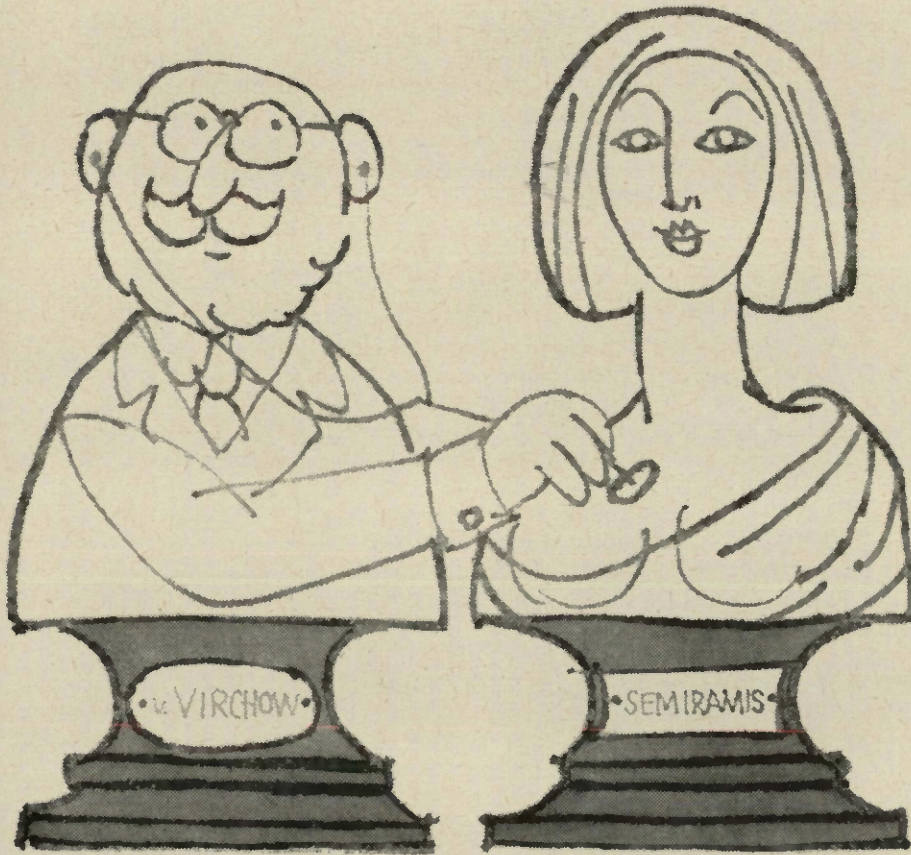
Unter Heilmittel im Sinne jener Berufsordnungsbestimmung wird man alle Arzneimittel und auch die sonstigen Heilmittel (wie Bruchbänder, elastische Binden, orthopädische Hilfsmittel usw.) verstehen müssen. Heilverfahren bedeutet hier jegliches ärztliches Tätigwerden.

Die Berufsordnung selbst macht hier eine deutliche Ausnahme: Sie erklärt als standeswidrig nur die Abhandlung, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben. Man wird also davon ausgehen dürfen, daß eine entsprechende Veröffentlichung über neue Heilmittel und Heilverfahren zulässig ist. Der Arzt wird dabei allerdings den richtigen Weg wählen müssen, z. B. nur in fachwissenschaftlichen Zeitschriften bzw. vor einem fachkundigen Publikum seine Erkenntnisse darlegen dürfen. Als unzulässige Werbung wird man aber den reklamehaften Hinweis eines Arztes vor Laien auf bestimmte Wirkungen eines Heilmittels ansprechen müssen. In der Praxis spielt vor allem eine etwaige Verteilung von Broschüren, in denen bestimmte Heilverfahren unter Angabe der Namen bestimmter Ärzte erörtert werden, eine Rolle.

3. Ankündigung unentgeltlicher Sprechstunden oder unentgeltlicher Behandlung oder privater Polikliniken.

Für Sie, als Frau des Hauses: Eine Empfehlung, die Ihnen und der Praxis nützt!

GV 19 a/64



Täglich erfüllen Sie vielerlei Aufgaben, denn eine Arztpraxis bringt stets zusätzliche Arbeit. Und bei vielen Dingen führen Sie stille Regie im Hintergrund...

So auch beim regelmäßigen Reinemachen. Und hier ist PRIL eine kräftige Hilfe. Zweifach sogar. Sie können durch PRIL die Reinigungsausgaben senken, und es säubert ungewöhnlich gründlich und hygienisch einwandfrei:

PRIL ist äußerst sparsam im Verbrauch – also wirtschaftlich. Auf längere Sicht gesehen sparen Sie erhebliche Kosten.

Gerade in der Arztpraxis beweist sich die Reinigungskraft von PRIL: Ob Wartezimmer oder Behandlungsraum – alles, was Wasser verträgt, wird durch PRIL mühelos und vorbildlich gereinigt.

Warum ist PRIL so wirksam und ergiebig? Weil

PRIL das Wasser entspannt. Und entspanntes Wasser leistet mehr – hat größere Reinigungskraft.

Es lohnt sich also, wenn Ihr Personal zum Reinigen PRIL verwendet... Sie erhalten es in günstigen Großpackungen.



PRIL-Pulver im 2 kg- und 4 kg-Fäßchen,
PRIL-flüssig in 5 kg- und 30 kg-Behältern.
Für Geschirrspülmaschinen SOMAT-Reiniger
und -Klarspüler.

**Pril entspannt das
Wasser –
darauf kommt es an!**

Auch hier ist heute festzustellen, daß die Standessitte so gefestigt ist, daß derartige Ankündigungen nirgendwo mehr erscheinen.

4. Unzulässig ist jede mittelbare Laienwerbung (§ 20 Abs. 2 BO für die deutschen Ärzte).

Erfaßt ist hier das weite Gebiet der Werbung durch Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmungen. Soweit der Arzt selbst Eigentümer eines solchen Unternehmens ist, ist ihm selbstverständlich auch die dann unmittelbare Werbung gegenüber Laien verboten.

a) Unzulässig aber ist es insbesondere, wenn der Arzt in einem solchen Unternehmen es veranlaßt oder zuläßt, daß der nichtärztliche Eigentümer des Unternehmens (z. B. Klinikbesitzer) unter seinem Namen oder unter Hinweis auf seinen Namen für bestimmte Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge, auf welche Art auch immer, wirbt. Der Arzt ist verpflichtet, bei einer solchen unzulässigen mittelbaren Werbung, die ohne sein Zutun erfolgt, auf den Institutsinhaber usw. einzuwirken, damit die Werbung in der durch die Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

An sich kann man feststellen, daß diese Bestimmungen der Berufsordnungen an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Und doch genügt ein Blick etwa auf die Inseratenseiten verschiedener illustrierter Zeitschriften, um mit ziemlicher Klarheit erkennen zu müssen, in welchem weitem Umfang hier bestimmte Unternehmen ohne Rücksicht auf die ärztliche Standessitte werben. Das geht von der Aufzählung aller angeblichen Spezialbehandlungen in dem Sanatorium usw. bis zur Anpreisung der Spezialerfahrung des ärztlichen Leiters. Sicher ist für nichtärztliche Institutsinhaber die ärztliche Berufsordnung kein verbindliches Recht. Doch verletzt ein Institutsinhaber, der in marktschreierischer Weise für sein Unternehmen gegenüber Laien wirbt, nach Treu und Glauben auch Sinn und Zweck seiner Verträge mit den in seinem Unternehmen behandelnden Ärzten, die überdies nach der Berufsordnung gezwungen sind, ihren Vertragspartner zu veranlassen, auf jeden Fall die ärztlichen Namen in einer solch standesunwürdigen Reklame fortzulassen. Gerade auf diese Übelstände im Verhalten mancher nichtärztlicher Unternehmer haben die Deutschen Ärztetage wiederholt mahndend hingewiesen.

Dagegen ist es Kliniken usw. als Gewerbeunternehmen nicht verwehrt, die Öffentlichkeit in einer würdigen Form — d. h. unter Weglassen eines Hinweises auf bestimmte Heilmethoden und Heilerfolge usw. — auf sich aufmerksam zu machen. Dabei ist es auch nicht als unzulässig anzusehen, wenn der Name des leitenden Arztes und etwa seine Facharztbezeichnung angegeben werden. Die heute herrschende Standesmeinung sieht keine unzulässige Werbung darin, wenn ein Gewerbeunternehmen unter grundsätzlicher Berücksichtigung der ärztlichen Standesauffassung nur in dieser knappen Form auch in wiederkehrenden Inseraten für sich wirbt. Im übrigen kann heute als herrschende Meinung auch beobachtet werden, daß eine bestimmte maßvolle Werbung in den ärztlichen Standesblättern als zulässig erachtet wird. Die ärztlichen Standesblätter dienen der Unterrichtung von Ärzten. Hier ist es

sachgerecht, wenn der Arzt z. B. über das besondere Indikationsgebiet einer bestimmten Klinik, über besondere Heilmethoden eines bestimmten Institutes usw. unterrichtet wird. Es ist deshalb zu beobachten, daß in den ärztlichen Standesblättern sehr wohl Inserate mit umfangreichen Einzelangaben und auch den Namen der leitenden Ärzte erscheinen. Hier ist eine gewisse Wandlung der herrschenden Standesauffassung im Sinne einer Auflockerung des grundsätzlichen Werbeverbots zu bemerken.

Im übrigen wird allgemein die Auffassung vertreten, daß der nichtärztliche Institutsinhaber — wenn er die Namen seiner Ärzte nicht angibt! — weitgehend frei in der Reklame für sein Institut usw. sei; danach soll also der Inhaber auf besondere Heilmethoden in seinem Hause oder auch auf besondere Indikationsgebiete in Tageszeitungen und Illustrierten das Publikum hinweisen können. Dazu muß aber aus Rechtsgründen eine Einschränkung gemacht werden, die sogleich bei der Würdigung der Werbemöglichkeiten des ärztlichen Klinikinhabers darzulegen ist.

b) Was für den Arzt in einem Unternehmen, das Eigentum von Nichtärzten ist, gilt, muß auch für den Arzt als Eigentümer eines Sanatoriums, einer Klinik usw. gelten. Die berufserichtliche Rechtsprechung hat immer wieder betont, daß zwar eine gewisse Verschiedenheit zwischen dem freipraktizierenden Arzt und dem Arzt, der (auch) eine Heilanstalt leitet, festzustellen ist. Der Anstaltsarzt ist zusätzlich Inhaber eines gewerblichen Unternehmens. Er hat in erhöhtem Maße eine Beziehung zur Öffentlichkeit, er ist nicht nur in eigenem, sondern auch in fremdem Interesse auf das Publikum angewiesen. Trotzdem kann aber nicht anerkannt werden, daß diese Verschiedenheit auch eine grundsätzlich verschiedene Normierung der Standespflichten herbeiführen würde. Sie rechtfertigt nach feststehender berufserichtlicher Rechtsprechung lediglich eine gewisse Modifikation bei Erfüllung der allen Ärzten gegebenen Verpflichtungen. Dem Arzt als Klinikinhaber ist es also schlechthin verwehrt, sich rein kaufmännischer oder gewerblicher Reklame zu bedienen. Während also der nichtärztliche Klinikinhaber — wenn er die Namen seiner Ärzte nicht angibt! — in seiner Reklame zunächst praktisch nur die Grenzen des guten Geschmacks beachten muß, gilt für den Arzt als Klinikinhaber das standesrechtliche Verbot der Werbung. Für ihn gilt nur die oben dargelegte allgemeine Modifikation, die als Auflockerung des Werbeverbotes bezeichnet wurde, also insbesondere die Möglichkeit, in ärztlichen Standesblättern zu werben. Hier ist allerdings eine schon angedeutete Anmerkung aus Rechtsgründen veranlaßt: Wenn den ärztlichen Klinikinhabern ihr Standesrecht hier enge Grenzen für die Werbung setzt, so muß nach den Regeln über den unlauteren Wettbewerb Entsprechendes auch für nichtärztliche Klinikinhaber gelten. Verletzt ein nichtärztlicher Klinikinhaber in seiner Reklame die maßvollen Grenzen, die den als Klinikinhaber gewerbetreibenden Ärzten hier durch ihr Standesrecht gezogen sind, so ist ein Anspruch dieser Ärzte gegenüber den nichtärztlichen Klinikinhabern auf Unterlassen dieser Reklame zu bejahen.

Die geschilderten Grundsätze — um hier ein Bei-

spiel hervorzuheben — haben besonders für die Ärzte Bedeutung, die auf Spezialgebieten ärztlichen Wirkens tätig sind. Als Beispiel seien die Ärzte erwähnt, die die sogenannte kosmetische Chirurgie betreiben und die Öffentlichkeit auf ihr Tätigwerden und ihre Kliniken aufmerksam machen wollen. Eine Anzeige in Modejournalen usw., die noch dazu periodisch erscheint und reklamehaft die Leistungen des Arztes anbietet, muß als unzulässige Werbung bezeichnet werden. Die Berufsgerichte haben für diese Gruppe Ärzte keine Ausnahme zugelassen. Als weiteres Beispiel einer unzulässigen Werbung mag hier der Arzt stehen, der es zugelassen hat, daß ein bestimmtes Schuhgeschäft mit den von ihm erfundenen Fußeinlagen unter Nennung seines Namens eine umfangreiche Reklame betrieben hat.

5. Die Berufsordnungen nennen unter dem Thema „Werbung“ als weitere Berufspflicht des Arztes, daß er nicht dulden dürfe, wenn Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden. Er hat sicherzustellen, daß auf Anfragen sein Name nicht bekanntgegeben wird (§ 20 Abs. 3 BO für die deutschen Ärzte).

Selbstverständlich bleiben von dieser Norm die Fälle unberührt, wo ein Arzt in Fachbüchern oder Fachzeitschriften, die ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dienen, publiziert. Die sonstigen Publikationen bei der Darstellung medizinischer und ärztlicher Vorgänge, vor allem in illustrierten Zeitungen, in Filmen und im Fernsehen lassen aber nicht selten das ärztliche Verantwortungsgefühl vermissen. Auf diese Gefahr, die letztlich schlechthin die Intimsphäre des ärztlichen Handelns berührt, haben die Deutschen Ärztetage wiederholt mahnend hingewiesen. Eine gewisse Sensationspresse bringt hier immer wieder Ärzte in die Situation, daß sie Interviews geben und Bilder aus ihrer Tätigkeit fertigen lassen, die letzten Endes als unzulässige, standesunwürdige Werbung wirken müssen. Auch in Tageszeitungen ist es gelegentlich zu beobachten, daß etwa bei Arzthausneubauten neben den Leistungen der Architekten und Handwerker auch Werdegang und Leistungen des neu einziehenden Arztes rühmend bekannt gemacht werden. Es ist keineswegs zu beobachten, daß dieser abusos etwa heute schon eine Auflockerung der herrschenden ärztlichen Standesauffassung zur Folge gehabt hätte. Im Gegenteil, gerade diese Art von Werbung wird allgemein verurteilt und von den Berufsgerichten besonders scharf geahndet.

6. Schließlich wird in den Berufsordnungen noch ausdrücklich verboten, daß der Arzt Werbevorträge hält, oder über Heil- und Hilfsmittel Gutachten oder Zeugnisse ausstellt, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen (§ 23 Abs. 2 BO für die deutschen Ärzte).

Gerade in dieser Hinsicht kennt die Berufsordnung keine Ausnahme. Es wird dem Arzt im Gegenteil sogar dann, wenn er Gutachten für Interessenten erstellt hat, auferlegt, dem Empfänger die Verwendung seines Gutachtens zur Laienwerbung ausdrücklich zu untersagen. In der Praxis ist in diesem Punkt nicht selten ein abusos zu beobachten. Er hat aber keineswegs dazu geführt, daß hier eine

Auflockerung der Standesauffassung festgestellt werden könnte. In diesem Zusammenhang ist auch das Verbot für den Arzt zu erwähnen, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke herzugeben. Wenn da und dort zu beobachten ist, daß bei einem Firmentitel oder bei der Bezeichnung des Mittels ausdrücklich angefügt ist „Nach Prof. Dr. X. Y.“, so ist das eine unzulässige standeswidrige Werbung. Doch kann man feststellen, daß nicht selten solche Bezeichnungen gar nicht vom Arzt selbst, sondern nach seinem Tode von seinen Erben usw. veranlaßt worden sind. Die herrschende Standesauffassung läßt auch hier keine Ausnahme vom grundsätzlichen Werbeverbot zu.

II.

Auch die zulässige Werbung des Arztes ist in ihren wesentlichen Zügen in den Berufsordnungen selbst geregelt. Damit ist für jeden Arzt letztlich unschwer zu überschauen, welche Ausnahmen die Standesliste von dem grundsätzlichen Werbeverbot macht.

1. Als bedeutsamste Ausnahme von dem dargelegten Grundsatz ist das Praxisschild zu nennen, das als solches auch eine gewisse Werbung für die Tätigkeit des Arztes darstellt. Was für die Praxisschilder zu sagen ist, gilt sinngemäß auch für die Ankündigungen des Arztes auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempel (§ 38 der BO für die deutschen Ärzte). Nur der niedergelassene Arzt darf ein solches Praxisschild anbringen. Der für Praxisschilder zulässige Text ist in den Berufsordnungen genau umrissen; er darf nur folgende Punkte enthalten:

Den Namen des Arztes.

Ärztliche und akademische Titel.

Als akademische Titel sind die von einer Universität verliehenen Dr.-Titel anzusehen. Ein Dr.-Titel, der von einer nichtärztlichen Fakultät verliehen wurde, darf nur für die Fakultätsbezeichnung genannt werden. Als ärztliche Titel, die Amts- oder Ehrentitel sein können, kommen in Betracht: Professor, Sanitätsrat. Rechtsgrundlage für die Führung der Ehrentitel ist das Bundesgesetz über Titel oder Ehrenzeichen vom 26. 7. 1957. Als akademische Titel im Sinne dieser Ausnahmeerlaubnis sind nicht jene Titel anzusehen, die den Abschluß eines akademischen Studiums bedeuten und allgemein als Berufsbezeichnung gewertet werden, z. B. Dipl.-Ingenieur, Dipl.-Chemiker.

Die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung.

Der Allgemeinarzt bezeichnet sich heute üblicherweise als „Praktischer Arzt“ auf dem Praxisschild. Er kann ohne besondere Genehmigung dann, wenn er Geburtshilfe ausübt, auch den Zusatz „Geburtsheifer“ führen und damit die Öffentlichkeit auf diesen Zweig seiner Tätigkeit hinweisen.

Eine Facharztbezeichnung dürfen nur diejenigen Ärzte führen, die als solche von der zuständigen Ärztekammer anerkannt sind. Die Berufsordnungen kennen nur ganz bestimmte Facharztbezeichnungen, die auch nur in dieser Form auf dem Praxisschild geführt werden dürfen (§ 24 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte):

1. Facharzt für innere Krankheiten
2. Facharzt für Lungenkrankheiten
3. Facharzt für Kinderkrankheiten
4. Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
5. Facharzt für Haut- (Dermatologie) und Geschlechtskrankheiten

6. Facharzt für Chirurgie
7. Facharzt für Orthopädie
8. Facharzt für Urologie oder Krankheiten der Harnwege
9. Facharzt für Mund- und Kieferkrankheiten
10. Facharzt für Neurochirurgie
11. Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
12. Facharzt für Augenkrankheiten
13. Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
14. Facharzt für Anästhesie
15. Facharzt für Röntgen- und Strahlenheilkunde
16. Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik.

Unzulässig ist es, mehrere Facharztbezeichnungen oder auch eine Facharztbezeichnung neben einer allgemeinärztlichen Bezeichnung zu führen. Die geltende Standesauffassung sieht in dem Hinweis eines Arztes auf die Tatsache, daß er mehrere Facharztweiterbildungen abgeleistet und entsprechend mehrere Titel erworben hat, eine unzulässige Werbung.

Dazu erlauben die Berufsordnungen (vergl. § 36 BO für die deutschen Ärzte) eine Reihe weiterer ganz bestimmter Zusätze, wenn der betreffende Arzt eine entsprechende Weiterbildung abgeleistet und die Genehmigung der Berufsvertretung erhalten hat:

- Homöopathie
- Naturheilverfahren
- Psychotherapie
- Tropenkrankheiten
- Badearzt oder Kurarzt (nur für Ärzte in einem anerkannten Bade- oder Kurort) Behandlung von Stimm- und Sprachstörungen. Den Zusatz „staatlich zugelassen für serologische Untersuchungen“ dürfen Ärzte führen, die hierfür eine staatliche Zulassung besitzen.

Die Angabe von Sprechstunden, der Privatwohnung und der Fernsprechnummer.

Ein Zusatz, der Auskunft über die Zulassung zu den Krankenkassen gibt.

Zulässig und üblich ist hier der Hinweis auf die Zulassung zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkassen. Man wird hier sinngemäß auch den Vermerk „Durchgangsarzt“ auf dem Praxisschild für statthaft halten müssen, da damit nur die Berechtigung des Praxisinhabers kundgemacht wird, für die Berufsgenossenschaften tätig zu werden.

All diese Hinweise darf der Arzt auf seinem Praxisschild anbringen, er muß es jedoch nicht. Fest steht auf jeden Fall, daß nach geltendem Landesrecht das Führen aller anderen Vermerke oder Zusätze auf dem Praxisschild unzulässig ist. Als Beispiel für

solche unzulässige Hinweise, die eine unzulässige Werbung beinhalten, sei erwähnt der Hinweis auf dem Praxisschild „kosmetische Chirurgie“ oder „Röntgendiagnostik“. Auch die willkürliche Veränderung der genau festgelegten Facharztbezeichnungen auf dem Praxisschild ist standeswidrig.

Unzulässig ist das Führen anderer Berufsbezeichnungen neben der Berufsbezeichnung als Arzt oder Facharzt. Es steht dem Arzt selbstverständlich frei — wenn er nicht durch Übernahme besonderer Verpflichtungen (z. B. als Kassenarzt) hinsichtlich seiner Arbeitskraft und seiner Dispositionsmöglichkeit gebunden ist — noch weitere Berufe auszuüben. Es ist aber sachlich nicht gerechtfertigt, wenn er einen zweiten Beruf gerade auf seinem Praxisschild als Arzt angibt. Deshalb erlaubt die Berufsordnung dies nicht.

Auch der Hinweis auf eine weitere abgeschlossene Ausbildung, die wesensgleich oder -verwandt mit der ärztlichen Tätigkeit ist, ist nicht statthaft. So ist z. B. die Ausübung der Psychotherapie sachlich und rechtlich als „Ausübung der Heilkunde“ zu charakterisieren; wie es dem Arzt nicht gestattet ist, auf eine sonstige heilkundliche Fachausbildung hinzuweisen, wenn er die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ führt, so ist es ihm auch verwehrt, seine Ausbildung etwa als „Psychologe“ auf dem Praxisschild zu vermerken.

Auch die Größe und das Anbringen der Praxisschilder ist standesrechtlich auf der Basis der herrschenden Standesmeinung in den Berufsordnungen im einzelnen geregelt. Auch dadurch soll ein unzulässiges Werben eingedämmt werden.

Man kann beobachten, daß bei den Praxisschildern — besonders in Großstädten — ein vielleicht sehr weit reichender *abusus* eingetreten ist. Gerade auf dem Praxisschild — dem wie gesagt bedeutendsten zulässigen „Werbemittel“ des Arztes — wird nicht selten über die eng umrissenen Grenzen hinaus unzulässige Werbung versucht. Trotzdem kann man nicht beobachten, daß die *communis opinio* der Ärzte und, darauf fußend, etwa die Rechtsprechung der Berufsgerichte die eben geschilderten Grenzen der zulässigen Werbung auf dem Praxisschild tatsächlich überschritten habe. Wenn heute die allgemeine Auffassung der Ärzte zur Werbung auf dem Praxisschild tatsächlich in Einzelpunkten großzügiger geworden wäre, dann wäre es die Aufgabe



dehydro

sanol

Dragées

der gewählten Ständevertretung, die bisherigen Bestimmungen der Berufsordnungen zu ändern und die Grenzen weiter zu stecken. Es ist aber nicht zu beobachten, daß hier ein Ansatz oder gar eine Notwendigkeit besteht; denn auch die grundsätzliche Bedeutung des Werbeverbotes für den „Charakter“ und das öffentliche Ansehen des ärztlichen Berufsstandes darf bei einer Ausweitung der bisherigen Regeln über die zulässige Werbung nicht außer acht gelassen werden.

2. Schließlich besteht noch eine weitere Ausnahme von dem Werbeverbot im Falle der Niederlassung und Zulassung zur Kassenpraxis. Hier ist es dem Arzt gestattet, durch Anzeigen in den Tageszeitungen oder in Anzeigenblättern die Öffentlichkeit auf diesen Umstand aufmerksam zu machen. Anzeigen in Illustrierten, in Vereinsblättern oder sonstigen Mitteilungsblättern sind auch in diesem Fall als unzulässige Werbung nicht erlaubt. Die Anzeigen dürfen außer der Anschrift der Praxis nur den für das Praxisschild des Arztes erlaubten Inhalt haben und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten drei Monate nach der Niederlassung oder nach der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden (§ 35 BO für die deutschen Ärzte). Eine weitere Ausnahme vom Werbeverbot ist in den Fällen zugelassen, wo ein Arzt über zwei Wochen von der Praxis abwesend ist, die Praxis verlegt hat oder seine Sprechstundenzeit bzw. Fernsprechnummer geändert wurde. Auf diese Umstände darf der Arzt hinweisen. Bedeutsam ist hier noch, daß Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten müssen.

Im Gegensatz zu dieser zulässigen Werbung wird es in den Berufsordnungen ausdrücklich als unzulässig bezeichnet, wenn sich ein Arzt — abgesehen von amtlichen Verzeichnissen — in Sonderverzeichnisse beruflich werbenden Charakters aufnehmen läßt.

Es mag auffallen, daß gerade die Fälle zulässigen Werbens durch den Arzt mit einer peinlichen Genauigkeit in den Berufsordnungen umrissen sind. Der Grund dafür liegt aber wohl darin, daß die herrschende Standauffassung eben prinzipiell von dem Werbeverbot ausgeht und die Ausnahmen nur im notwendigen Maße dem Umstand Rechnung tragen sollen, daß auch die Ärzte gegen Entgelt, d. h. also zu Erwerbzwecken, tätig sind und tätig sein müssen. Die Regelung der

ärztlichen Berufsausübung in den Berufsordnungen hat in den dargelegten Ausnahmefällen in einem angemessenen Umfang Raum für ein ärztliches standesgemäßes Werben gelassen, weil auch wirtschaftliche Gesichtspunkte bei ärztlichem Tun anerkannt werden müssen. Im Vordergrund muß aber bei der Regelung ärztlicher Tätigkeit die Rücksicht auf den ethischen Gehalt ärztlichen Wirkens stehen. Dieses Essentielle des ärztlichen Berufes immer im Bewußtsein der Ärzte und auch der Öffentlichkeit wachzuhalten, ist letzten Endes der Zweck auch des Werbeverbotes. Es dient damit der Aufgabe, dem einzelnen und dem ganzen Volk einen Arztstand zu bewahren, der sich selbst auf der Höhe hält, die seinem innersten Wesen entspricht.

MITTEILUNGEN

Erinnerungsstücke an den Sanitätsdienst

Die Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr sucht zur Ausgestaltung von Ausstellungsräumen (Aufbau einer Sammlung „Tradition des Sanitätswesens“) Erinnerungsstücke an den Sanitätsdienst aller Zeiten und Armeen.

Damit soll eine Brücke zwischen einst und heute geschlagen und die Erinnerung an die Leistungen unserer Vorgänger wachgehalten werden.

Gesucht werden: Uniformen, Orden, Ehrenzeichen und Medaillen, Ausrüstungsgegenstände und Sanitätsmaterial aller Art, Bücher, Schriften, Briefe, Dokumente, Bilder und Fotografien.

Ebenso wird um Hinweise gebeten, wo solche Gegenstände ungenutzt lagern. Finanzielle Entschädigungen können leider nur in Ausnahmefällen geleistet werden. Alle Sachspenden — seien sie noch so klein — werden dankbar angenommen.

Anschrift: Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, 8 München 13, Schwere-Reiter-Straße 4.

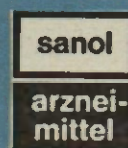
Zwei gute Landpraxen zu besetzen

Auf Wunsch des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach machen wir darauf aufmerksam, daß in Triesdorf-Weidenbach und Burgoberbach zwei gute Landpraxen zu besetzen sind. Anfragen an: Ärztlicher Kreisverband Ansbach und Umgebung, Ansbach, Promenade 6.

macht dicke Beine wieder dünn

Das Spezifikum für den ödematösen
 arioskösen Symptomenkomplex bringt nachweisbare
 Therapieerfolge durch sanfte Dehydrierung
 und intensive Gefäßabdichtung.

sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim



BUCHBESPRECHUNGEN

Lohnsteuer-Jahresausgleich 1964, Wilhelm Stollfuß Verlag, Bonn.

In Kürze ist von allen Arbeitgebern der Lohnsteuer-Jahresausgleich 1964 vorzunehmen. Die bewährten Stollfuß-Jahreslohnsteuer-Tabellen wurden bis zu einem Jahreslohn von 49 199.99 DM errechnet; sie sind mit den Kirchensteuersätzen von 8% und 10% lieferbar (Best.-Nr. T 10, 5.40 DM, Wilhelm Stollfuß Verlag, Bonn). Außerdem ist eine Tabellenausgabe für Jahreslöhne bis zu 100 019.99 DM erschienen (Best.-Nr. T 18, 8.80 DM). Die Tabellen berücksichtigen die Bestimmungen zum Lohnsteuer-Jahresausgleich 1964 und enthalten ausführliche Erläuterungen. Wesentlich erleichtert wird das Berechnungsverfahren durch die Anwendung des Berechnungsbogens zum Lohnsteuer-Jahresausgleich (Best.-Nr. T 10 F, 2.40 DM, Formularblock).

Bitte beachten Sie das

Programm der 15. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

vom 4. bis 6. Dezember 1964 auf Seite 938

Hanns BAUR: Respiration und Kohlensäurehaushalt (Fortschritte und Prophylaxe, Diagnose und Therapie lebensbedrohlicher Störungen der Respiration des Kranken), 93 Seiten, 18 Abbildungen, DM 19.50. Fr.-K. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Es lag in der Absicht des erfahrenen Klinikern Hanns BAUR, der sich seit Jahren mit dem Elektrolythaushalt in Forschung und Lehre beschäftigt hat, die beiden Gebiete Kohlensäure- und Elektrolythaushalt gemeinsam unter praktischen Gesichtspunkten abzuhandeln und das oft alltäglich anwendbare Grundwissen kurz und verständlich zu interpretieren.

Die Zusammenhänge zwischen Atmung und Säurebasenhaushalt werden an Modellen veranschaulicht, die das Verständnis für den oft recht schwierigen Stoff erleichtern und deutlich machen, was der Organismus selbst zur Entlastung unternimmt. Die führende Rolle der Kohlensäure als Grundlage des Säurebasenhaushalts, das Modell der pH-Waage H. Baur und der pH-Leiter, ferner die Abbildungen der humoralen Konstellation im Blockmodell (H. Baur) der Plasmawerte sind so anschaulich und so einprägsam, daß sie auf einfache Weise die entsprechende Pathophysiologie vermitteln. Erst aus der Überlegung, wie die Störung

entstanden ist und wie sie bislang kompensiert wurde, kann der Arzt eine weitere, leistungsfähige Entlastung ableiten.

Der Monographie liegt die Einteilung zu Grunde:

- Wie sieht der ins Auge gefaßte Vorgang aus und welche Störungen liegen ihm zu Grunde?
- Wie sieht der Kranke aus, dessen Leben durch den betreffenden Vorgang gefährdet ist?

Der 1. Teil vermittelt die Grundkenntnisse über den pulmonalen Gasaustausch und die Regulationsmechanismen des Säurebasenhaushalts durch Atmung und Niere, der 2. Teil beschäftigt sich mit den Erkennungsmöglichkeiten in Klinik und Praxis, den Gefahren der Fehlbeurteilung und den Behandlungsmöglichkeiten mit der ihm eigenen prägnanten Definition, wobei H. Baur eigene Begriffe bildet, wo sie fehlen, um die entsprechende Situation so treffend wie möglich zu charakterisieren. Ohne große Mathematik, ohne große Laboratoriumstechnik vermittelt der international anerkannte und erfahrene Autor für jeden Arzt notwendiges Wissen zur Vorbeugung, Diagnose und Therapie lebensbedrohlicher Störungen der Respiration. Ein frühzeitiges Erkennen verhindert, daß der Säugling an „Lebensschwäche“ und der Greis an „Altersschwäche“ stirbt. Unter diesen Diagnosen segeln sehr häufig die Todesfälle, denen oft eine Störung im Kohlensäure-sauerstoffhaushalt und im Mineralhaushalt zu Grunde liegt.

Das Buch ist von einem erfahrenen Praktiker für den Praktiker oder für den, der es werden will, geschrieben. Es kann somit jedem Praktiker und jedem Theoretiker, der sich auch nach praktischen Gesichtspunkten orientieren will, zu seinem Vorteil empfohlen werden.

Prof. Dr. Georg Stötter, Augsburg

**Alfons KULINSKI: Rente steigern durch richtig Weiter-
versichern**, Ausgabe 1964. Verlag „Die Rentenversicherung“, Stuttgart-Bad Cannstatt, Postfach 862; 112 Seiten, DM 8,20.

Ein Buch, das an Hand von Beispielen die Frage nach der zweckmäßigsten und günstigsten freiwilligen Weiterversicherung sowie der Rentensteigerung in der Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung allgemeinverständlich beantwortet. Der Vorteil des Buches liegt u. a. darin, daß neben einer Erläuterung der für die Rente maßgeblichen vier Faktoren dem Leser die beste Steigerung der Rente in normalen und Sonderfällen sowie bei Frauen und den Pflichtversicherten aufgezeigt wird, wobei jeweils ein praktisches Beispiel zum leichteren Verstehen beiträgt. Auf Grund des neuartigen Rentenrechnungsbogens 1964 dürfte dem Versicherten die Berechnung seines Rentenanspruchs und der günstigsten Rentensteigerung möglich sein.

Akademiker kaufen Markenartikel, sie kaufen preiswert, denn sie kaufen bei Wagenbach



Ein Lieferprogramm zu außergewöhnlich günstigen Preisen:

Baby- und Kinderausstattung (Betten, Matratzen usw.), Jugendzimmer (Etagen- und Einfachbetten), Polstermöbel, Polstermöbelbezugsstoffe, Wohn- und Schlafzimmer, Anbauküchen komplett, auch mit allen Elektro-einrichtungen. (Bei Möbeln, bitte, Wünsche spezifizieren, z. B.: Ich wünsche Wohnzimmerschrank oder -anbauwand, antik oder modern, ca. 4,80 Meter lang, 1,80 Meter hoch, Preis zwischen DM 1000,- und DM 1200,- p. m. Oder: Erbitten Angebot Schlafzimmer hell bis DM 2400,- usw.) Orient- und deutsche Teppiche, Fotoausrüstung, Herder-Lexico und -Bücher (geb. Preise), Schwimmbassins und Wasserreinigungsanlagen (nur DM 1200,- kompl.!). Schreib- und Rechenmaschinen (Adler, Triumph, Olympia, Torpedo, z. B. Torpedo elektr. Additionsmaschine Mod. 8 netto DM 250,-), Diktiergeräte, Nähmaschinen (Adlerette), Herde (z. B. Siemens-Luxusherd, DM 998,- brutto, DM 695,- netto), Kühlschränke und -truhen (z. B. neu herausgekommen: Siemens-Gefriertruhe, 300 Liter, DM 1590,- brutto, DM 1050,- netto), Heimwerker, Waschautomaten, Geschirrspülautomaten (Miele G 45, netto DM 1645,-), Klopff- und Staubsauger (z. B. Hoover 1334 A, brutto DM 365,- mit Zubehör, netto DM 242,-), Elektrobahner, Tonbandgeräte und Anrufbeantworter (z. B. Telefunken FE 2000, netto DM 615,-), Plattenspieler (z. B. Telefunken Musikus 1053, brutto DM 382,-, netto DM 256,-), Kleinorgeln, Werke bedeutender Maler aller Epochen als Faksimiles oder Drucke, gerahmt und ungerahmt, Uhren und Schmuck, Heizgeräte elektrisch, Gas und Öl, Öltanks und viele Artikel mehr. Lieferung stets frohfrei bei voller Garantie und Kundendienst. Zahlung der bestellten Ware 3 Tage nach ordnungsgemäßem Erhalt. Anrufe auch abends und samstags. Bei schriftlichen Anfragen stets spezielles Interesse angeben.

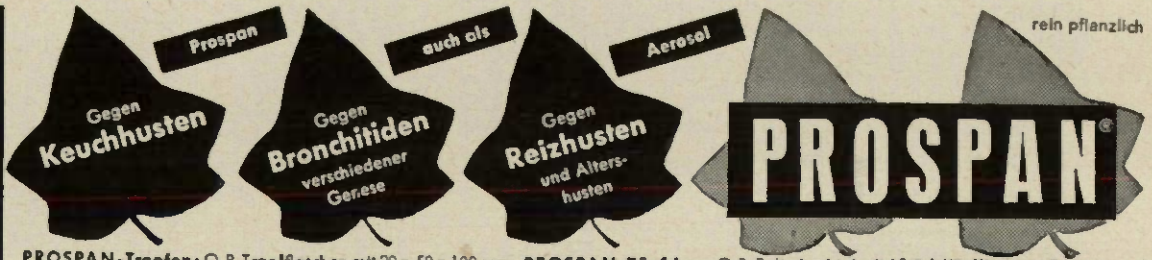
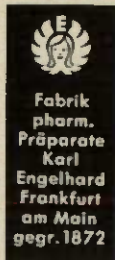
Fa. Dipl.-Kfm. T. J. Wagenbach, 6241 Mammolshain/Ts. • Tel. Kronberg (06173) 2590

Pianos – Flügel

Euterpe - Hoffmann - Feurich

aus Süddeutschlands größter Klavierfabrik • beim Fachhandel vertreten
 Der valledete Wablklaag uaserer Instrumente gibt Ibnea in den weaigen Stunden der Muße die Spannkräft für die Anforderungen des täglichen Lebens.

EUTERPE Pianofortefabrik - 8821 Langlau/Mfr., über Gunzenhausen
 Bitte besuchen Sie uns unverbindlich in unseren Werksanlagen



PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20 g, 50 g, 100 ccm • PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

„Stetophon“ Transistor-Stethoskop
 lauter, besser, bequemer
 Prospekt und Lieferung: Sanitest., 6 Frankfurt-Eckenheim 358

Sanatorium St. Blasien
 südlicher Schwarzwald • 800 m über dem Meer • Ruf (07672) 331
 Deutschlands höchstgelegene
Privatheilstätte für alle Erkrankungen der Atmungsorgane
 Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
 Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz Brocke

Klinik Prof. Dr. Heupke
 Bad Homburg v. d. Höhe
 Innere Krankheiten
 sorgfältige Diät
 Telefon 33 77

Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt
 Gauting b. München, Bergstr. 50
 Telefon: München 86 12 26
 mit Sanatoriumscharakter
 Alle modernen Behandlungsmethoden

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium „Klaus-Andreas-Heim“
 (7891) Uhlingen, südlich Hochschwarzwald
 630 m. 39 Kinder, 0-13 J.
 Unterricht. Ständige ärztliche Betreuung im Hause.
 Hallenschwimmbad.
 Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

Kleinklaviere
 aus der modernsten Pianofabrik Europas
 Barpreis nur DM 2230.-
 auf Wunsch bis 40 Monatsraten
Pianohaus Lang
 München – Kaufingerstraße 28/1
 Augsburg – Bahnhofstraße 15/1
 Regensburg – Kassiansplatz 3

Gegen **Enuresis nocturna**
 hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller: „MEDIKA“
 Pharm. Präparate, B München 42

ORIENT-TEPPICHE
 seit 1925
 Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-Teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten.
 Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
 Riesen-Auswahl in allen Größen
 Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen
MAX STEINHAUSEN
 8 MÜNCHEN 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 – 29 70 23
 (Genau gegenüber Café Luitpald)

Aanzeigenschluß jeweils am 25. des Monats

Pernionin®

Pernionin® -Teil-Bad
 Periphere und lokale Durchblutungsstörungen,
 Perniones, Arthropathien,
 Rheumatische u. neuralgische Beschwerden.

Pernionin® -Voll-Bad
 Rheuma, Neuralgien, Durchblutungsstörungen,
 Erfrierungsschäden; vegetative Dystonien,
 Erschöpfungszustände allgemeiner und nervöser Art.

KREWEL-WERKE - Eitorf b. Köln

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1964*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Diphtherieerkrankungen stieg im September etwas an, ebenso die — vergleichsweise weit höhere — Zahl der Scharlachfälle. Im August entfielen noch 1 Diphtheriefall und 50 Scharlachfälle auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet), im September dagegen 3 Diphtherie- und 64 Scharlachkrankungen. Übertragbare Hirnhautentzündungen traten etwas seltener als im Vormonat auf. Vier an paralytischer übertragbarer Kinderläh-

mung erkrankte Personen wurden im September gemeldet, bei einer Person handelte es sich um eine Nachmeldung für den Monat Juli.

Nur geringfügig häufiger traten im Berichtsmonat Erkrankungen an Bauchtyphus, Ruhr und Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) auf, vor allem wenn man berücksichtigt, daß zum September-Ergebnis fünf Wochen, zum August-Ergebnis dagegen nur vier Wochen zusammengefaßt wurden.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. August bis 3. Oktober 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare								Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				
					Kleiderhämung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen		
	dar. peral. Fälle		Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		E		ST				E		ST		E						ST
E 1)	ST 2)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	1	—	266	—	1 ³⁾	1 ³⁾	—	7	1	27	—	1	—	3	—	3	—	29	—	43	—	9	—
Niederbayern	9	1	29	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	7	—	1	—	14	—	3	—	—	—
Oberpfalz	15	—	45	—	1	1	—	2	—	4	1	1	—	1	—	2	—	3	—	2	—	1	—
Oberfranken	4	—	81	—	—	—	—	2	1	2	—	—	—	2	—	—	—	2	—	3	—	1	—
Mittelfranken	2	—	87	—	2	2	—	2	—	2	—	4	—	5	—	1 ⁴⁾	1 ⁴⁾	14	—	6	—	—	—
Unterfranken	—	—	52	—	—	—	—	6	—	6	1	—	—	1	—	3	—	3	—	16	—	9	1
Schwaben	—	—	53	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	1	—	1	—	1	—	11	2	2	—
Bayern	31	1	613	—	4	4	—	21	2	48	2	7	1	20	—	11	1	66	—	84	2	22	1
München	1	—	142	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	3	—	2	—	14	—	27	—	8	—
Nürnberg	1	—	36	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	5	—	4	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ⁵⁾		Baugsche Krankheit		Klebbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Leptospirose						Toxoplasmosose		Wundstarrkrampf		
													Wolfsche Krankheit		Feldfieber		übrige Formen						
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST
Oberbayern	—	—	78	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	
Niederbayern	—	—	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	
Oberpfalz	—	—	47	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	
Oberfranken	—	—	42	—	—	—	17	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	2	1	
Mittelfranken	—	—	51	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1	
Unterfranken	—	—	65	1	1	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Schwaben	—	—	49	1	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Bayern	—	—	377	3	3	—	35	—	3	—	2	—	1	—	1	—	1	—	9	1	14	2	
München	—	—	43	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	
Nürnberg	—	—	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

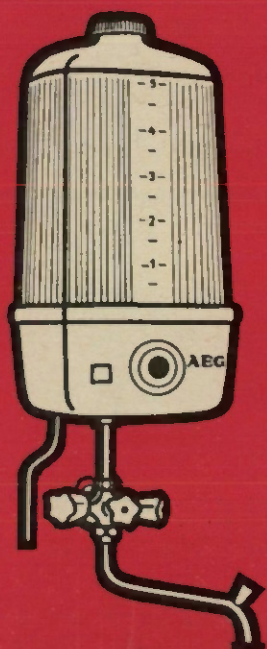
* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

1) "E" = Erkrankte (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) "ST" = Sterbefälle. - S) Nachmeldung von der SS. Berichtswoche vom 19. 7. bis 25. 7. 1964 - 4) Nachmeldung von der SS. Berichtswoche vom 9. 8. bis 25. 8. 1964

5) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Darauf kann man nicht verzichten



Der „AEG-Thermofix“ ist ein hervorragender Helfer in der Praxis, in der Klinik, im Labor. Er liefert Ihnen im Nu warmes Wasser, so heiß wie Sie es wünschen, so viel wie Sie brauchen.

Sie bestimmen die Temperatur – stufenlos regelbar zwischen 35° C und 85° C, oder kochend. Sie wählen die Wassermenge zwischen 1/2 und 5 Liter. Ihr warmes Wasser haben Sie dann sofort zur Hand. Das ist das Bestechende am „AEG-Thermofix“: er arbeitet wirtschaftlich, rasch und zuverlässig. Seine Handhabung wie seine Montage sind denkbar einfach. Und auch das ist wichtig: der bewährte AEG-Kundendienst ist immer und überall für Sie da.

Lassen Sie sich den „AEG-Thermofix“ einmal unverbindlich vorführen oder verlangen Sie kostenlos Prospekte gegen Einsendung des Coupons an die AEG in Nürnberg.

AEG Thermofix

**AUS
ERFAHRUNG
GUT**

Senden Sie mir bitte kostenlos und unverbindlich Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name

Ort

Straße

Bitte ausschneiden und auf eine Postkarte (10 Pfennig Porto) kleben.

An das
AEG-
Heißwassergeräte-
Werk
Abt. GH 4
85 Nürnberg 2

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

15. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 4. bis 6. Dezember 1964 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. René Schubert

Freitag, den 4. Dezember 1964

Tagesthema:

DER HEUTIGE STAND DER THERAPIE DES DIABETES MELLITUS UND SEINER KOMPLIKATIONEN

9.00 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. F. Meythaler, pl. a.o. Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg
Ehemaliger Vorstand der 2. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Die Therapie des schweren Diabetes mellitus mit seinen Angiopathien“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Pfeiffer, Leiter der Endokrinologischen Abteilung der 1. Med. Universitätsklinik Frankfurt:

„Therapie mit peroralen Antidiabetis“

11.00—11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. E. Grundler, Chefarzt der Städt. Kinderkrankenhäuser Stuttgart:

„Therapie beim Diabetes mellitus des Kindes“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. C. H. Mellinshoff, Chefarzt der Med. Klinik d. Städt. Krankenanstalten Wuppertal-Elberfeld:

„Grundlagen und Praxis der Diabetiker-Diät“

12.40 Uhr:

Diskussion

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.30—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

„Der bakterielle Infekt“

Wissenschaftliche Autoren:

Prof. Dr. Dr. L. Heilmeyer, Freiburg,

Priv.-Doz. Dr. K. H. Spitz, Wien,

Prof. Dr. G. Bickel, Genf u. a. m.

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. E. Hoider, Vorstand der 1. Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Chirurgische Eingriffe bei diabetischen Komplikationen“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. K. W. Schneider, Oberarzt der Med. Universitätsklinik Würzburg:

„Therapie der Kombinationskrankheiten des Diabetes mellitus außer den Gefäßleiden“

16.20—16.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

16.50—17.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Hager, Oberarzt der Universitätsaugenklinik Tübingen:

„Ophthalmologische Verlaufssymptome im Rahmen der Diabetestherapie“

17.20—17.50 Uhr:

Privatdozent Dr. H. Michel,

Privatdozent der Med. Fakultät an der Freien Universität Berlin:

„Zusammenhänge von Insulinresistenz und Insulinserologie“

17.50 Uhr:

Diskussion

Samstag, den 5. Dezember 1964

Tagesthema:

NEUE UND BEWÄHRTE ALTE THERAPIEFORMEN DES ASTHMA BRONCHIALE

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. W. Giese, Direktor des Patholog. Universitätsinstituts Münster:

„Asthma bronchiale aus morpbologischer Sicht“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. A. Jores, Direktor der 2. Med. Universitätsklinik Hamburg:

„Ätiologie und Therapie des Asthma bronchiale vom psychologischen Aspekt“

10.50—11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Wyss, Chefarzt der Medizinischen Abteilung am Insel-Spital Bern:

„Vorteile und Gefahren der Corticosteroidtherapie beim Asthma bronchiale“

12.00—12.40 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Oberarzt der Med. Universitätsklinik Erlangen:

„Das allergische Asthma bronchiale und seine Therapie“

12.40 Uhr:

Diskussion

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.15—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(E. Merck, Darmstadt)

„Entzündung, Bild und Therapie“

Wissenschaftliche Autoren:

Prof. Dr. E. Letterer, Tübingen,

Prof. Dr. W. H. Hauss, Münster

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Pfeiderer, Direktor des Instituts für Bioklimatologie der Universität Kiel:

„Klimatologische Gesichtspunkte bei der Therapie des Asthma bronchiale“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Gezielte und ungezielte Polypragmasie in der Asthma-therapie“

16.20—16.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

16.50—17.20 Uhr:

Prof. Dr. F.-E. Schmengler, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Bad Reichenhall:

„Die Rehabilitation des Asthmikers“

Pharmazeut
Präparate
OCO
ffm

MENOSTABIL

Spasmolytikum mit analgetischer, regulierender Wirkung bei Menorrhagie, Metrorrhagie und essentieller Dysmenorrhoe. OP 20 x 0,5 Tbl. Versuchsgut durch:

OTTO & CO., FRANKFURT-M.-SUD

17.20—17.50 Uhr:

Dr. D. von Arnim, Vorstand des Instituts für Physikalische Therapie der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Die physikalische Therapie des Asthma bronchiale“

17.50 Uhr:

Diskussion

Sonntag, den 6. Dezember 1964

Tagesthema:

GEFÄHRDUNG DER VERKEHRSSICHERHEIT DURCH KRANKHEITEN UND MEDIKAMENTE

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—9.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Kreienberg, Vorsitzender des Ausschusses Verkehrsmedizin der Bundesärztekammer, Kaiserslautern:

„Grundgedanken über die Beeinflussung der Verkehrstüchtigkeit“

9.50—10.20 Uhr:

Prof. Dr. Dr. W. Wirth, ehemaliger Vorstand des Pharmakologischen Laboratoriums der Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:

„Hypnotika, Narkotika, Psychopharmaka in verkehrsmmedizinischer Betrachtung“

10.20—10.50 Uhr:

Prof. Dr. F. Flügel, Direktor der Universitäts-Nervenkl. in Erlangen:

„Verkehrsgefährdung durch psychiatrisch-neurologische Erkrankungen“

10.50—11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—11.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg:

„Verkehrsgefährdung und Sicherung bei internen Krankheiten“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. O. Boos, Chefarzt des Rheumakrankenhauses Bad Abbach:

„Korrekturen bei orthopädischen Leiden im Rahmen der Verkehrssicherung“

12.20 Uhr:

Diskussion

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Tel. 38 11 21.

Kurs zur Weiterbildung als Werksarzt

Im Rahmen der in Bildung begriffenen Akademie für Arbeitsmedizin in München veranstaltet das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer im Februar 1965 einen drei- bis vierwöchigen Kurs zur Weiterbildung als Werksarzt.

Tagungsort: München, „Haus des Arbeitsschutzes“, Pfarrstraße 3.

Das Programm des Kurses wird im Dezemberheft des „Bayerischen Arzteblattes“ veröffentlicht werden. Anmeldungen nimmt das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstr. 3, entgegen.

FORTBILDUNGSPLÄNE 1965

Hauptthema Davos—Bad Gastein

(7. bzw. 8. 3. bis 20. 3. 1965):

Die 4 Lebensalter

Es ist das Thema für den Haus- und Familienarzt, der den Einzelpatienten durch 2—3, die Familie durch alle 4 Lebensalter begleitet. In dieser Familie hat er die alterstypischen Krankheiten vom Säuglings- bis zum Greisenalter zu behandeln (1. Hauptteil), er muß sich aber als Hausarzt auch mit der modernen nosologischen Betrachtungsweise, dem „Längsprofil der Krankheit“ (2. Hauptteil) vertraut machen, um durch Behandlung des scheinbar harmlosen Krankheitsbeginnes seinen Patienten vor massiver Erkrankung im nächsten oder übernächsten Lebensalter zu bewahren.

Referenten: Fromm (Festvortrag), Anschütz, Bebrens, Berendes, Betke, Braunsteiner, Ceutzfeld, Derra, Eggstein, Hecker, Holland, Jahn, Kimmig, Klosterhalfen, Kühnau, Lasch, Lax, Pierach, Schmid, Schmidt-Volgt, Selbach, Seming, Thalhammer, Uhlinger, Wynder, Weißbecker.

Seminare Davos: Sportärztl. Seminar (D. Sport-ÄB), Cardiologie (Schmidt-Volgt), Labor (Lutz), EEG (Friedel), Arzneimittel (Lippross), Allergie (Düngemann und Herberg), Venenerkrankung (Eidophor! Dr. Haid), Lungenkrankheiten (Trendelenburg und Virchow), Dermatologie (Borelli), Differentialdiagnostik (Braun).

Seminare Bad Gastein: Kolposkopie (Krüger), Autogenes Training (Binder), Klinische Vorlesungen (Günther), Labor (Eggstein), EKG (Günther), Arzneimittel (Lippross).

Hauptthema 35. Augsburger Fortbildungskongreß

(vom 26. bis 28. März 1965):

Mutter und Kind

Ein uraltes Thema, das bereits die ägyptischen, arabischen und griechischen Ärzte beschäftigte, findet hier eine Renaissance im Lichte der neuen Erkenntnisse der Wissenschaften. Embryo- und Fetopathien sowie Blutgruppen- und Faktorenunverträglichkeit sind ebenso wichtig für das Verhältnis Mutter und Kind wie die Gestosen, die neuen Methoden der Geburtsleitung und Entbindung und die Zwischenfälle in der Nachgeburtsperiode. Dabei wird auch den Erkrankungen der Mamma und der Röntgenologie der Mamma Aufmerksamkeit geschenkt. Ein aktuelles Thema zum Problem Mutter und Kind ist die „medikamentöse Geburtenregelung“. Die Ernährung des Säuglings, die Neugeborenenklinik, die Chirurgie des Neugeborenen, das schwererziehbare Kind, das hirngeschädigte Kind und neue Möglichkeiten der Infektionsprophylaxe und der Therapie beim Kind ergänzen das praxisnahe Thema dieses Augsburger Kongresses.

Referenten: Fanconi von Grebel, Gathof, Hauser, Martius, Pschyrembel, Dobretschberger, Kunz, Zander, Oberriedermayr, Vivell, Rett.

Hauptthema Grado-Montecatini

(30. bzw. 31. 5. bis 12. 6. 1965):

Prophylaktische Medizin, ein Grundpfeiler der Therapie in der Praxis

Was im Thema Davos—Bad Gastein anklingt, wird hier auf breiter Basis aufgerollt. Unter prophylaktischer Medizin wird nicht eine utopische Gesundheitsbeglückung von Sozialräumern verstanden, sondern handfeste

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten —

Vertigoheel®

-Heel

Unruhezustände · banale Infekte

VIBURCOL®

Kinderzäpfchen ohne Therapieschäden

Zur
Schlangengift-Therapie

Vipericin®

beim
rheum. Sympt.-Kompl.

Vipericin®

insbesondere bei
Myalgien, Lumbago
chron. rheum. Gelenkaffekt.

Vipericin®

bei
Osteochondrosen,
Osteoporosen,
Morb. Sudeck,
Morb. Bechterew

Vipericin®

Amp. + Forte-Amp.
5 Amp. zu je 1 ccm

Salbe + Forte-Salbe
Tuben mit 20 ml

Anwendung: Subcutan, intramuskulär oder intracutan



Arzneimittel Hüls, Dr. A. Hense, 4153 HÜLS

Therapie, zu der in erster Linie der Arzt der Praxis aufgerufen ist. Ob es sich um die prae- und perinatale Prophylaxe (1. Hauptteil), um die Infektions-, Allergie- und Vergiftungsprophylaxe (2. Hauptteil) oder um den Kampf gegen die „main killer“, die Haupttodesursache handelt, immer steht der Arzt der Praxis zuallererst und in vorderster Linie in diesem Kampf, der höchste Anforderungen an das diagnostische und therapeutische Rüstzeug der Praxis stellt. Diese Waffen neu zu schmieden und die verwundbaren Stellen des Gegners zu zeigen, ist Aufgabe dieses ersten prophylaktischen Kongresses für den Arzt der Praxis.

Referenten: Fromm (Festvortrag), Braun, v. Clarmann, Deutsch, Döring, Epstein, Ehrengut, Harmsen, Hepp, Heyden, Kielholz, Künzer, Künz, Lenz, Levine, Orth, Stehr, Stoll, Thalhammer, Thomsen, Vogt, Wechselberger.

Seminare Grado: Banaie Infektionen (Heilbrügge und Stehr), Cardiologie (Schmidt-Voigt), EKG für Fortgeschrittene (Holzmann).

Seminare Montecatini: Cardiologie (Schmidt-Voigt), Gastroenterologie.

Hauptthema Meran (23. 8. bis 4. 9. 1965):

Die Enzyme In der Pathogenese, Diagnostik und Therapie

Kaum ein Zweig der modernen Medizin ist so stark in Bewegung wie die Lehre von den Enzymen. Wenn auch die Theorien über die Rolle der Fermente kommen und gehen, die Enzymreaktionen gepriesen und wieder verdammt werden, die Enzymtherapie noch in den Kinderschuhen steckt, es wäre falsch, in der Fortbildung abzuwarten, bis ein endgültiges Ergebnis sich schließlich herauskristallisiert. Der Arzt der Praxis steht heute selbst mitten in dieser Entwicklung, es sind seine Patienten, die heute unter den Gesichtspunkten der Enzymdiagnostik beurteilt und behandelt werden, und er muß wissen, was sichere Erkenntnis und was Zukunftsmusik ist. Den biochemischen Grundlagen (1. Hauptteil) schließt sich die Lehre von Enzymopathien an (2. Hauptteil), worauf auf breiter Basis die Enzymdiagnostik in der ärztlichen Praxis (3. Hauptteil) und die Enzymtherapie (4. Hauptteil) zur Darstellung kommt.

Referenten: Nissen (Festvortrag). Ergänzung folgt.
Seminare: Cardiologie (Schmidt-Voigt).

**36. Augsburger Fortbildungskongreß
für praktische Medizin (vom 24. bis 26. 9. 1965):**

Haut- und Schleimhaut als diagnostisch- therapeutischer Angriffsart in der Praxis

Der diagnostische Teil dieses Kongresses ist etwa gleichzusetzen mit dem Thema der „visuellen Diagnostik des Praktikers“. Es werden also nicht nur, nicht einmal überwiegend, Hautkrankheiten behandelt werden, sondern der Kongreß beschäftigt sich mit dem „blassen, roten und blauen Hochdruck und seiner Therapie“, mit der Differentialdiagnose und Therapie der ikterischen Erkrankungen, mit der Zyanose, mit den Haut- und Schleimhautblutungen, mit der Speculumdiagnostik des Praktikers und selbstverständlich auch mit einigen wichtigen Hauterkrankungen und den Zusammenhängen zwischen Erkrankungen der Haut und denjenigen der inneren Organe. Entsprechend der Augsburger Tradition wird es dabei nicht nur bei der Diagnostik bleiben, sondern jeweils führt das visuelle Symptom zwanglos über zur Pathogenese und Therapie der erkannten Erkrankung.

Bekanntgabe der Referenten in den nächsten Ausgaben.

„Der Herzanfall in der Praxis“

Diagnostik ohne klinische Hilfsmittel

Dieser Fortbildungsfilm der Firma Dr. Schwarz GmbH, Monheim, steht allen ärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Die technischen Angaben sind am Ende des Hinweises aufgeführt.

Der Sinn dieses Films ist nicht im Aufzeigen neuester Forschungsergebnisse oder wissenschaftlicher Theorien, sondern in der Darstellung von Ereignissen, mit denen

zu jeder Stunde jeder Arzt, gleich welcher Fachrichtung, unvorhergesehen konfrontiert werden kann.

Der Film hat die Aufgabe, prinzipielle Gesichtspunkte zu zeigen, um bei einem Herzanfall etwas Kausalrichtiges, der Situation Angepaßtes zu tun. Vor jedem therapeutischen Handeln muß die richtige Diagnose stehen, und so soll der Film eine Anregung sein, mit einfachen Mitteln ohne jegliche Hilfsmittel — die im Film gezeigten EKG usw. dienen lediglich zur Beweisführung — eine primäre Eindrucksdiagnose zu stellen.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, den heute so diffusen, vielfach mißbrauchten Begriff „Herzanfall“ einer gewissen Systematik zu unterziehen, indem man diesen Begriff in vier große Gruppen unterteilt (siehe anschließende Inhaltsangabe!).

Ferner wurde in dem Film absichtlich nicht nur der echte Herzanfall gezeigt, sondern auch die am häufigsten vorkommenden ähnlichen Anfallserscheinungen, die jedoch nicht vom Herzen ausgehen, aber oft für solche gehalten und fehlbeurteilt werden, wie z. B. die Apoplexie oder die periphere Facialisparese.

Inhaltsangabe:

I. Schmerzanfall

1. Echte Stenokardie bei Herzinfarkt im akuten Stadium
2. Echte Stenokardie bei Herzinfarkt im subakuten Stadium
3. Echter Herzschmerz bei urämischer Perikarditis
4. Stenokardisches Verkettungssyndrom: Thorakalmyalgien infolge Immobilsierung nach Herzinfarkt
5. Funktionelle Stenokardie bei vegetativer Labilität.

II. Kardio-vaskulärer Schwindelanfall

6. Orthostatisch-kreislaufbedingter Schwindel
7. Labyrinth-Schwindel bei Hirntumor
8. Zerebraler Schwindel bei Hirngefäß-Sklerose
9. Bewußtlosigkeit bei frischem apoplektischem Insult
- 9a. Apoplektischer Insult
10. Fehldiagnose Apoplexie bei peripherer Facialisparese
11. Fehldiagnose Apoplexie bei Hypokaliämie-Syndrom

III. Rhythmogener Herzanfall

12. Kurzdauernder kardiogener Schwindel bei intermittierendem Herzstillstand infolge sa-Block
13. Funktioneller rhythmogener Herzanfall bei paroxysmaler Tachykardie
14. Kardogene Bewußtlosigkeit bei Adams-Stokes'schem Anfall.

IV. Atemnotsanfall

15. Kardiogener Dyspnoe-Anfall bei akuter Linksinsuffizienz infolge dekompensiertem kombinierten Aortenfehler
16. Kardiogene Ruhedyspnoe bei akuter Linksinsuffizienz infolge dekompensiertem kombinierten Mitralfehler
17. Pulmogene Atemnot bei Lungenemphysem mit kompensiertem Cor pulmonale
18. Pulmogene Atemnot bei Lungenemphysem und Bronchiektasen mit kompensiertem Cor pulmonale
19. Pulmogene Atemnot bei Lungenemphysem mit dekompensiertem Cor pulmonale
20. Ruhedyspnoe-Anfall bei Doppelinsuffizienz des Herzens infolge dekompensiertem kombinierten Mitralfehler und Aortenfehler
21. Funktioneller Atemnotsanfall: Nervöses Atemsyndrom mit Hyperventilationstetanie
22. Funktioneller Atemnotsanfall: Atembeklemmung bei pulmonaler Dystonie
23. Respiratorischer Atemnotsanfall bei Asthma bronchiale.

Technische Angaben: 16 mm Magnettonfarbfilm. Bildgeschwindigkeit: 24 Bilder pro Sekunde. Wissenschaftliche Leitung: Chefarzt Dr. Jürgen Schmidt-Voigt, Eppstein/Ts. Herstellung und Regie: Dr. Horst Dobroschke. Aufnahmeland: Deutschland. Auftraggeber und Verleih: Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH, 4019 Monheim (Rhld.).

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriasklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₁, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

Permorgen-Vitamin-Schwarzhaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekonvoleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₂, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

Perabend-Vitamin-Schwarzhaupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!



Bestellschein

Erbitte kastenloses Versuchsmuster von

Permorgen-Vitamin-Schwarzhaupt

Perabend-Vitamin-Schwarzhaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT • KÖLN

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

November 1964:

- 23.—27. 11. in Neuberberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radiumschwestern. Auskunft: Dr. R. Wlittenzellner, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 26.—28. 11. in Gießen: 67. Fortbildungskurs für Ärzte. Thema: „Aktuelle pädiatrische Fragen in der kinderärztlichen, geburtshilflichen und allgemeinen Praxis“. Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, Pathologisches Institut der Universität, 63 Gießen, Klinikstraße 32g.

November/Dezember 1964:

30. 11.—5. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburtshilfliches Symposium am Krankenbett. Auskunft: Prof. Dr. Albers, Frauenklinik der Städt. Krankenanstalten Wiesbaden.

Dezember 1964:

- 4.—6. 12. in Nürnberg: 15. Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg. Themen: Asthma, Diabetes, Verkehrsmedizin. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 6 München 23, Königinstraße 65, Telefon 36 11 21.
5. 12. in Bad Driburg: Wochenendkurs in autogenem Training und Hypnose. Auskunft: Dr. H. Binder, Bad Driburg, Von-Vincke-Straße 10.
- 11.—15. 12. in Davos: 5. Fortbildungskurs der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (für deutschsprechende Chefarzte und deren Stellvertreter). Auskunft: Prof. Dr. Müller, Kantonspital St. Gallen/Schweiz.
- 14.—16. 12. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Röntgenassistentinnen und med.-techn. Assistentinnen. Auskunft: Dr. med. R. Wlittenzellner, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

Januar 1965:

- 6.—23. 1. in Madonna di Campiglio (Brenta Dolomiten): XXVII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztesbundes zur Erlangung des Sportärztediploms. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 18.

- 11.—23. 1. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wlittenzellner, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 20.—23. 1. in Gießen: IV. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gießen, Klinikstraße 32g.
- 22.—23. 1. in Stuttgart: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Dr. Fuchs, 8 München-Allach, Krauss-Maffel-Straße 2.
- 25.—27. 1. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs — Ergänzungskurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wlittenzellner, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 28.—30. 1. in Hamburg: 64. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Professor Dr. R. Janzen, Neurologische Universitätsklinik, Hamburg-Eppendorf.

Beilagenblinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23,
Schaper & Brümmer, Saizufien,
Dr. R. Reif, Berlin,
Temmler-Werke, Marburg,
Belersdorf & Co. AG., Hamburg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2.40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Sonnenstr. 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gabler-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.



Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Bei allen
Erkrankungen
der
Atmungsorgane

Antibex[®]

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 cm enthalten
50 mg Dihydrokodein

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN