

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Sozialhygienische Mitteilungen. 1920-2001 1955

11 (1.12.1955) [Datum geschätzt]

Sozialhygienische Mitteilungen

Mitteilungsblatt Nr. 11 / 1955

Herausgegeben von Privatdozent Dr. habil. G e i s l e r,
Obermedizinalrat, Pforzheim.

B e r i c h t

über den Kongress der Deutschen Sozialhygienischen Gesellschaft
11./12. November 1955 zu Frankfurt/M.

Eine Apologie der Gesundheitsfürsorge

Zur 8. Jahrestagung der Deutschen Sozialhygienischen Gesellschaft, der 5. Nachkriegstagung, hatte der Vorsitzende Med. Direktor Doz. Dr. S c h m i t h - Frankfurt in die alte Kaiserkrönungsstadt eingeladen.

Der äussere Rahmen: Der grosse Saal des Ärztehauses war voll besetzt. Aus allen deutschen Ländern waren zahlreiche Teilnehmer erschienen. Der Kongress war zusammengelegt worden mit einer Fortbildungstagung des Deutschen Medizinalbeamtenbundes, sodass einer grossen Anzahl von Medizinalbeamten auch die Teilnahme am sozialhygienischen Kongress ermöglicht war. Der Bundesminister des Innern, der hessische Innenminister in Wiesbaden, der hessische Landesgesundheitsrat, die Universität Frankfurt, das Bundesgesundheitsamt, die Akademie der Staatsmedizin in Düsseldorf, der Medizinalbeamtenbund, das Deutsche Grüne Kreuz, der Magistrat der Stadt Frankfurt, der Gesundheitsausschuss des Deutschen Städtetages und andere Stellen hatten Vertreter entsandt. Die Bad. Württ. Gesellschaft für Sozialhygiene war durch den Vorsitzenden, den Geschäftsführer und einige weitere Mitglieder vertreten. Abends fand im Römer, im Kaisersaal, ein Empfang durch die Stadtverwaltung statt.

Eröffnungsansprachen

Der Vorsitzende S c h m i t h - Frankfurt ehrte in seinen Einleitungsworten Prof. Karl C o e r p e r , den Gründer und geistigen Vater der Gesellschaft und begrüßte die Vertreter der Behörden und Organisationen. Stadtrat Dr. A l t h e i m gedachte des verdienten Frankfurter Sozialhygienikers S c h l o s s e r , der das Frankfurter Städt. Gesundheitsamt geschaffen hat.

Er nannte das L e i t t h e m a der Tagung " A k t u e l l e G e s u n d h e i t s f r a g e n i n s o z i a l h y g i e n i s c h e r B e d e u t u n g u n d g e s u n d h e i t s p o l i t i s c h e r A u s w i r k u n g " . Es sollte überprüft werden, ob die amtliche öffentliche Gesundheitsfürsorge, wie manche laut gewordenen Stimmen (R o d e w a l d) behaupten, entbehrlich sei oder nicht.

Min.Rat H a g e n vom Bundesministerium des Innern, Bonn, der an Stelle von B u r m a n n sprach, nahm die Antwort vorweg und zeigte auf, dass in Wirklichkeit keine Konkurrenz zwischen prakt. Arzt und Socialarzt besteht, dass vielmehr beide Gruppen von Ärzten tragende Säulen des Gesundheitswesens sind, die in edlem Wettbewerb zusammenwirken müssen.

Die Aufgaben der Deutschen Sozialhygienischen Gesellschaft sieht er in der Erarbeitung von zuverlässigen wissenschaftlichen Unterlagen für die in der Gesundheitspolitik zu vertretenden Forderungen. Als Ergebnis der Bestrebungen zur Erreichung einer Zusammenarbeit der verschiedenen Organisationen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens berichtet er über die Schaffung der " Z e n t r a l e f ü r V o l k s g e s u n d h e i t s p f l e g e " , die ihren Sitz in Frankfurt hat und vom Bundesinnenministerium Zuschüsse erhält (vorläufiger Geschäftsführer Prof. C o e r p e r) .

Prof. R e o k o w , der Dekan der medicin. Fakultät Frankfurt, betonte in seiner Ansprache, die Zeiten, da man sagen konnte, hinter der Socialhygiene als Wissenschaft stehe nichts Reales, seien vorbei. Heute seien viele ehemaligen Forderungen verwirklicht, wenn auch noch manche Aufgaben ihrer Lösung harren.

Der Präsident des Hessischen Landesgesundheitsrats Prof. F ö r s t e r äusserte seine Genugtuung darüber, dass eine Anzahl Vertreter der Sozialhygienischen Gesellschaft dem Hessischen Landesgesundheitsrat angehören. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit seien die Grundlage des öffentlichen Wirkens. Dr. M ü n d e l , der Präsident der Hess. Ärztekammer, sagte, die praktischen Ärzte forderten Selbstständigkeit, seien aber zu jeder Mitarbeit in der Gesundheitsfürsorge -und -Vorsorge bereit.

Die Referate: S c h m i t h - Frankfurt behandelte sodann das Thema " S o c i a l h y g i e n e u n d G e s u n d h e i t s p o l i t i k i n i h r e n B e z i e h u n g e n z u r ö f f e n t l i c h e n G e s u n d h e i t s p f l e g e " .

Er setzte sich auseinander mit gewissen Angriffen gegen den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Sozialhygiene als Wissenschaft ist Theorie, die angewandte Sozialhygiene hat eine zusätzliche Eigengesetzlichkeit, die von ihren Objekten Mensch und Gesellschaft beeinflusst wird, dargestellt durch die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheitswissenschaft und Gesundheitspolitik. Er warnte mit P ü r c h h a u e r vor der Überbetonung der Gegensätze zwischen praeventiver und curativer Medizin. Als Beispiel nannte er das Problem Bazillenausscheider, das gleichzeitig dem Individualarzt, dem Amtsarzt, dem Betroffenen selbst und seiner Familie oder sonstigen Umgebung unabdingbare Aufgaben stellt. Wenn beim Ärztetag in Baden - Baden 1955 von einer Bipolarität des Verhältnisses Patient / Arzt gesprochen worden sei, so könne diese These nicht aufrecht erhalten werden. Anhand von Beispielen zeigte er, das mindestens eine Tripolarität besteht: ausser Patient und Arzt ist regelmässig auch die Umgebung, die Gemeinschaft betroffen und berührt und zwangsläufig in das Geschehen eingeschaltet (im Modell: Robinson, Robinson und Arzt, Robinson, Arzt und Freitag).

1905 hat R u b n e r noch zu beweisen gesucht, es gäbe für die oberen Zehntausend keine Sozialhygiene. Er wurde von A. F i s c h e r widerlegt. Seitdem ist es still geworden von dieser These; auch der Patient der Praxis aurea lebt in einem Milieu, einer Gemeinschaft, deshalb müssen auch die Belange der Gemeinschaft wahrgenommen werden.

Die Zusammenarbeit zwischen prakt. Arzt und Amtsarzt bedarf aber immer wieder der Ausbalancierung. Es gibt keinen Amtsarzt, der nur nach Paragraphen arbeitet. Die Möglichkeit, dass man in eine kollektivistische Arbeitsrichtung hineingerät, besteht theoretisch; für die Praxis ist aber die Weltanschauung und die politische Reife der Menschen entscheidend. Tatsache ist, dass die Bürger auch zum öffentlichen Gesundheitsdienst mit Vertrauen kommen und sich Rat holen, wobei gute fachliche Kenntnisse der Ärzte, die beim Gesundheitsamt arbeiten, die Voraussetzung sind. Tatsache ist ferner, dass gewisse Aufgaben der Gesundheitsfürsorge derzeit nur vom öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen werden können. Ob später einmal etwas Besseres kommt, weiss man nicht.

H a g e n - Bonn sprach sodann über "Die sozialhygienischen Grundlagen der Jugendgesundheitspflege". Wir bringen seinen Vortrag etwas ausführlicher, weil er die Probleme von besonders hoher Warte aus behandelte und vieles Grundsätzliche klärte. Das gute alte Wort "Gesundheitsfürsorge" so führte er aus, hat auch heute noch seinen Wert. Man könnte es in dem Sinne von "Fürsorge für den Menschen" ruhig festhalten. Dies ist ja doch die ureigentste Aufgabe des Fürsorgearztes jeder Kategorie. Früher war bei der Jugendgesundheitspflege das Aufspüren von Schäden bei den Kindern die Hauptaufgabe. Erst langsam ist man vorgeedrungen zur Verhütung und jetzt zur bewußten Förderung der Gesundheit unserer Kinder. Wir brauchen wissenschaftliche Unterlagen; denn es handelt sich nicht um eine caritative Aufgabe, dass man die Kinder betreuen will, wenn sie unter ungenügenden wirtschaftlichen Verhältnissen aufwachsen müssen, auch nicht um eine politische Angelegenheit, untermischt mit etwas Weltanschauung. Die Gegner der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sagen: Ihr überschreitet die Grenzen der staatlichen Aufgaben, die Jugendgesundheitspflege obliegt dem Einzelnen. Sie weisen hin auf eine angebliche Vordringlichkeit anderer Dinge und bestreiten die Erfolgsmöglichkeiten. Man hat die Besserung unserer Gesundheitsverhältnisse sogar kurzerhand als eine spontane natürliche Entwicklung erklärt. Wenn dem so wäre, wäre es erfreulich. Es ist aber nicht so. Ein Blick ins Ausland belehrt uns. Dort sieht man, dass unsere Leistungen und Erfolge noch rückständig sind. In Holland z.B. ist die Säuglingssterblichkeit = 2%. In Frankreich werden vom Schulgesundheitsdienst aufgrund gesetzlicher Regelung alle Schulkinder jährlich untersucht. Demgegenüber sind wir zurückgeblieben. Man möchte die Statistik abtun. Die Einwände gegen diese sind aber nicht bindend. Sie ist unentbehrlich, ist unsere Grundlage. Die Strichlisten, bei den Fürsorgerinnen so wenig beliebt, sind in Wirklichkeit sehr wichtig. Sie liefern das Urmaterial. Auf dessen Zuverlässigkeit kommt es sehr an. Man darf sich nicht mit zufrieden geben, in Berichten zu schildern, wie schön alles in Ordnung ist. Interessant ist eine Statistik dann, wenn sie zeigt, dass es irgendwo nicht stimmt. Zur Säuglingssterblichkeit: Stecken da nicht noch Fälle darunter, die man retten könnte? Welche Rolle spielt die Arbeit der Mut-

ter. die Frühgeburt ?

Die Abgrenzung zwischen Frühgeburt und Totgeburt ist nicht einheitlich, die Holländer führen das Kind unter "totgeboren", wenn es im Augenblick der Meldung, die in den ersten 3 Tagen erfolgen muss, tot ist. Ob es geatmet hat, ist nicht entscheidend. Man spricht daher besser von perinataler Sterblichkeit.

Die R u d d e r hat in einer neuen Arbeit aufgezeigt:

Die Abnahme der Säuglingssterblichkeit ist keineswegs in allen Kreisen gleichmässig; Kreise, die schlecht standen, sind ziemlich schnell aufgerückt auf 4,3, die anderen, früher guten kamen aber nicht weiter. Um 4,3 liegt ein kritischer Punkt. Der Anteil der Frühsterblichkeit ist in Deutschland 2,3 - 2,7%. Nun ergab sich: Säuglingssterblichkeit 1934 = 6% in der Stadt, auf dem Lande höher; 1953 = 4,9% in der Stadt, 4,3% auf dem Lande. Es sind Veränderungen vor sich gegangen, die mit einem Strukturwandel der sozialen Verhältnisse zusammenhängen. Im Rheinland-Westfalen verzeichnen wir jetzt 2,7% auf dem Lande, 3,3% in der Stadt. Neu ist auch die Beobachtung, dass die Sterblichkeit jenseits des dritten Monats plötzlich wieder im Ansteigen ist. Dies ist ein wichtiges neues Problem, hier ist zur Klärung die Kasuistik einzuschalten. Auch die Statistik der Klinik ist heranzuziehen. Untersuchungen in 3 ländlichen Bezirken ergaben, dass man im Verlauf 1953/54 von 3,4 auf 3% herunterkam. Man hatte eine Spezialsäuglingsfürsorgerin eingestellt. Dies scheint sich zu lohnen, wenigstens für die untergewichtigen Neugeborenen. Wir brauchen Frühgeburtenstationen. Das Geburtsgewicht von 1750 gr bis 2 500 gr hat eine relativ günstige Sterblichkeit, wenn sachgemässe Sonderpflege einsetzt, auch zu Hause. Frühgeburten mit weniger als 1 750 gr müssen unbedingt in Spezialstationen gepflegt werden; sie haben auch da noch schlechte Aussichten. Das Geburtsgewicht ist zu registrieren, wenn unter 2 500 gr, ist sofort die Verbindung mit dem Gesundheitsamt herzustellen.

Die soziale Diagnose: Diese wird heute vielfach als entbehrlich bezeichnet. Indessen sind es doch noch 20% unserer Bevölkerung in Deutschland, die in schlechten sozialen Verhältnissen leben. In brutaler Weise ist eine bestimmte Schicht einfach ausgeschlossen vom Nutzniessen des allgemeinen Aufschwungs. - Im übrigen ist noch die "Wärme des Milieus" für das Kind massgebend. Aus verwahrlosten Familien kommen 15% unserer Schulkinder, die Miß-

stünde beginnen schon bei den doppelt verdienenden Familien, wenn die Kinder nur Last sind. Erhebungen über das soziale Gefüge der Familie sind indessen sehr schwierig.

Im Kleinkindesalter wird erst mit 6 Jahren soziale Kontaktfähigkeit erreicht und zwar besser in der kinderreichen Familie, auch schon beim Kindergartenkind.

Die Kinder, die allein zu Hause nur bei Erwachsenen aufwachsen, machen in der Schule die meisten Schwierigkeiten.- Der öffentliche Fürsorgearzt sieht das einzelne Kind im Rahmen des Kollektivs aber auch individualisierend. Im 3. Lebensjahr fällt schon die Entscheidung, ob das Kind nur individuelles Sichausleben kennt oder Rücksichtnahme zu üben geneigt ist.

Beim Schulalter haben wir die Einteilung des Gesamturteils in Gruppen mit "Allgemeinzustand I, II, III". Diese Einteilung, an sich ungenau, eine Mischung zwischen persönlichem Eindruck und exakter Messung, ist in 9 Staaten ungefähr gleichmässig angewandt, also praktisch doch wohl brauchbar. Das Fehlertabellenproblem ist noch nicht gelöst. Tabellen und Statistiken mit 75% Haltungsschwäche, 50% Fußschwäche sind problematisch. Zahlen mit 10,6% für Haltungsschwäche und 10,9% für Senkfuss bzw. 1,8% für Spreufuss, wie sie in einem von H a g e n mitbeobachteten Kreis gefunden wurden, hält er eher für einigermaßen zuverlässig.

Für die Beurteilung der Kreislauffunktionen haben wir noch keine feste Methode. (Schellong'sche Treppe? Fahrradergometer? - beide in der Praxis nicht möglich).

Auch bezüglich Akzeleration und Retardation, ob nur körperlich sondern auch psychisch, haben wir bis jetzt noch keine Antwort. Bei einzelnen Untersuchungen in Stuttgart wurde festgestellt: In Familien, die im Wuchs klein sind, bleibt das Kind kleiner, ohne retardiert zu sein; wo die Eltern gross sind, bedeutet es keine Akzeleration, wenn das Kind nicht grösser ist als die Eltern. Nur ist vielleicht noch die Geschwindigkeit des Wachstums verschieden. Es gibt aber sicher eine harmonische und unharmonische Entwicklung körperlich und psychisch.

In der Erholungsfürsorge ist der Erfolg nicht nach der Gewichtszunahme zu beurteilen. Für die 12 - 14 - 16-Jährigen sind unbedingt funktionelle Übungen erforderlich.

Problem Grösse und Gewicht: Es gibt keine Normalgewichte mehr. Jeder Jahrgang hat seinen eigenen Durchschnitt, z.B. sind die 1945 Geborenen kleiner und geringer als die anderen Jahrgänge.

Zurückkommend auf die vorliegende grundsätzliche Frage stellte H a g e n zum Schluss fest: Die Jugendgesundheitspflege ist eine natürliche Konsequenz der Rationalisierung unseres Lebens. Das Kind ist vom ersten Tag an in die sozialen Gegebenheiten eingefügt und sehr eingeeignet. Ihm die nötige Hilfe zu geben, ist unsere Pflicht.

Aussprache: S c h n e l l - Bad Nauheim meinte, es sei kaum richtig, dass Vorsorge jetzt die Fürsorge vollkommen ablösen werde, eine Auffassung, die K ö t s c h a u vertritt. Seit 20 Jahren habe man schon neben der Fürsorge auch eigene Vorsorge gefordert. Aktive Vorsorge stähle die Kräfte. Durch beides, Vorsorge und Fürsorge, gehen 2 Linien: Abwehr der Schäden und Stärkung der Abwehrkräfte.

Dr. M i k a t vom Bundesgesundheitsamt glaubt die Zunahme der Säuglingssterblichkeit im 3. Monat damit erklären zu können, dass im 3. Monat die Mütter wieder berufstätig werden. Frühgeborene brauchten aber die Mütter länger. Frau S c h i l l e r - Stuttgart warf die Frage auf, ob nicht die Unterbringung in den Krippen die Ursache sei.

Sehr beachtenswert war die S t e l l u n g n a h m e eines Vertreters des Vorstandes der Deutschen Ärztekammern, eines prakt. Arztes: Die Formulierung, die ganze Betreuung des Patienten mit Ausnahme der Milieusanierung sei dem prakt. Arzt vorbehalten, ist überspitzt. Die prakt. Ärzte sprechen viel von Störungen, denen das Verhältnis Patient - Arzt durch das Eingreifen der Gesundheitsfürsorge ausgesetzt sei. Der Einsichtige muss sich davon distanzieren und das Gemeinsame ins Auge fassen.

Diese Stellungnahme wurde im Schlusswort von S c h m i t h besonders anerkannt. C o e r p e r meinte dazu, gerade die wissenschaftliche Arbeit der Sozialhygiene machen die Ärzte der Praxis und die Fürsorgeärzte beide gegeneinander toleranter.

- - - -

G r a s e r - Frankfurt: G e s u n d h e i t s f ü r s o r g e beim kindlichen Asthma.

Die grosse Zahl der an Asthma leidenden Kinder kann vom Praktiker nicht genügend versorgt werden. Im Einschulungsalter hat man im Durchschnitt 0,6% Asthmakinder. In Frankfurt sind es 1,2%.

Ein Teil wird spontan gesund durch Wandlung der hormonalen Verhältnisse. Die Bereitschaft bleibt bei vielen aber erhalten. Die Therapie hat bisher nur die Anfälle koudiert und nur vorübergehende Besserungen erreicht. Von Medikamenten sieht man oft aber eine ungünstige psychologische Beeinflussung; die Therapie des Asthmas (der spastischen Bronchitis) erfordert Erfassung der Gesamtpersönlichkeit; diese ist eine pathologische Variation der normalen. Wichtigstes psychologisches Symptom ist Ängstlichkeit. Diese ist die Grundlage. Die Umwelt ist oft mit schuld: Flucht, Abwesenheit beider Eltern, oft Einzelgängertum. Das Hypophysen-Zwischenhirnsystem spielt eine Rolle. Die Auslösung des Krankheitsbildes erfolgt meist im 2.-4. Lebensjahr. Auslösend wirken äussere und auch psychische Ursachen (z.B. Keuchhusten, spezifisches Allergen, oft Angst etwa vor einer Operation). Nach dem ersten Anfall wird das pathologische Verhalten schnell in das Leben eingebaut. Dass das kranke Kind zum Mittelpunkt wird, bewirkt oft unbewußt eine Verstärkung. Trotzdem ist das Ganze beeinflussbar und zwar von der Konstitution her. Es ist aber wichtig, dass eine eingehende sozialbiologische Diagnose gestellt wird. Deshalb kam man zur Zentralisierung der Betreuung der asthmatischen Kinder in einer besonderen Beratung psychotherapeutischer Art. Psychische Führung, Verschickung in ein anderes Klima und Sanierung des Familienmilieus sind die Aufgaben. Das Gesundheitsamt Frankfurt tut dies seit einigen Jahren zusammen mit der Kinderklinik. Asthmakranke Kinder werden auch von Ärzten überwiesen. Stets werden die Ursachen gesucht durch Familien- und Milieubeschreibung. Die Massnahmen sind autogenes Training, Atemgymnastik, Ausbildung der Fähigkeit, den Anfall zu beherrschen. Eine Kur dauert 1/4 Jahr. Manchmal ist auch stationäre Behandlung zweckmässig, aber möglichst ohne Medikamente durchzuführen. Eine Zeitlang kommen die Kinder auch in Kinderheime im Hochschwarzwald. Die Erfolge sind recht gut, besonders, wenn die Umweltverhältnisse geändert werden können. Das wichtigste ist die Umstellung der psychischen Haltung. Die Frage, ob die Schulgesundheitspflege derartige Beratungen durchführen soll, ist dahin zu beantworten: Der praktische Arzt hat nie die Zeit, die sozialbiologische Diagnose und Therapie so durchzuführen, wie es nötig ist.

K r e u s e r - Stuttgart: Auch in Stuttgart hat man Asthmatiker-Sprechstunden eingeführt. Wenn ein behandelnder Arzt vorhanden

ist, soll dieser zuerst benachrichtigt werden. Durch häufige Erholungskuren entstehen sehr hohe Unkosten ohne genügenden Erfolg. K. verweist auf eine im Druck befindliche Arbeit. Weitaus die meisten Fälle von Asthma gehen in das früheste Kindesalter zurück, $\frac{2}{3}$ betreffen männliche Personen. Frühkindliche schwere Erkrankung der oberen Luftwege und Erkrankungen der Nebenhöhlen spielen eine ursächliche Rolle.

- . - . -

D i a b e t i k e r f ü r s o r g e

Dozent Dr. F r i t z e , Oberarzt der Med.Univ. Poliklinik Göttingen sprach zu diesem umstrittenen Problem. Die Mechanismen des Diabetes mellitus sind sehr verschieden und komplex, Pankreas, Hypophyse, Nebenniere und Nervensystem sind im Spiele. Vor der Entdeckung des Insulins verlief jeder anfangs auch leichteste Fall tödlich, heute solle kein Kranker mehr an Dekompensation zu Grunde gehen. Die Lebenserwartung ist heute im Durchschnitt 20 Jahre. Die Zuckerkrankheit ist aber in den letzten Jahren häufiger geworden. Die Mortalität war 1948 = 7,7%, seitdem nimmt sie wieder zu. Das Problem ist heute in der schweren Schädigung der Gefäße zu sehen, nicht mehr in Dekompensation und Acidose. Heute sind Herz- und Gefäßleiden die Todesursachen. In Amerika weisen 55% familiäre Belastung auf, in unbelasteten Familien ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit 1,4%, bei doppel-seitig Belasteten 35%, wahrscheinlich rezessiver Erbgang und gewisse Geschlechtsgebundenheit. Durch dauernde ärztliche Überwachung ist heute nicht nur Erhaltung des Lebens und der Ausbalancierung möglich, auch die Arbeitsfähigkeit bleibt lange erhalten. Eine wichtige Komplikation ist auch heute noch die Tuberkulose; sie ist 2 - 3 mal häufiger als sonst. Durch Tuberkulostatika werden auch diese Fälle gut beeinflusst. Bei Schwangerschaft besteht heute keine Unterbrechungsindikation mehr, nur in schwersten Fällen. Optimale Beherrschung des Diabetes und frühe Schnittentbindung können ein gesundes Kind erhalten. Es wurde eine sehr eingehende statistische Übersicht über die Verlaufsformen und die soziologischen Auswirkungen gezeigt. Eine ständige Zunahme in den letzten Jahren ist nicht zu verkennen. Die Todesursachentabellen erfassen aber heute nur einen Bruchteil der Zuckerkranken. 1948 wurden 3,5 - 5% angenommen als Morbiditätshäufigkeit aufgrund der Insulinanforderungen. Heute werden

für Göttingen 4% angegeben.

Die Fürsorge für die Zuckerkranken ist ein soziales Problem besonders deshalb, weil Arbeitsfähigkeit und Lebenserwartung durch beste Behandlung auf 15 - 25 Jahre zu erhalten sind. Selbst bei Jugendlichendiabetes sind die Aussichten günstig. Die Behandlung ist schwer, die Belehrung des Kranken entscheidend. Der Kranke muss die Symptome des drohenden Schocks kennen usw. (Merkblätter!). Ein Ausweis mit Diagnose und Behandlungsvorschriften ist stets mitzutragen. 90% werden gemeinsam mit dem Hausarzt behandelt.

Eine richtige Ausbildung der Ärzte ist im allgemeinen nur bei solchen Stellen mit ganz grossem Material möglich. Es ist viel Zeit erforderlich. In Göttingen bringen 2 Ärzte und 2 techn. Assistentinnen in 6 Stunden nur 15 Patienten fertig.

Die Häufigkeit der Krankheit und die Schwierigkeit der richtigen Behandlung machen heute den Diabetes zu einem wichtigen sozialhygienischen Problem. Es sind auch sehr viele Beratungen nötig betr. Ehe, Schwangerschaft usw. . Die Stelle, die Diabetiker betreut, muss bestens unterrichtete Ärzte und ausreichende Einrichtungen haben. Interessant und sehr zu beachten ist, dass in Göttingen die Kassenärztliche Vereinigung (K. V.) die Beratungsstelle für Diabetiker finanzieren hilft. Sie zahlt einen Arzt und eine techn. Assistentin. Dies steht den Ansichten von Rodewald entgegen. Man hat die Notwendigkeit der Stelle für die Praxis anerkannt. Göttingen ist als eine Art Modellversuch zu werten.

Schröder - Berlin vertrat in der Aussprache die Ansicht, es komme bei derartigen Einrichtungen nicht darauf an, wer der Träger ist, sondern nur darauf, dass die Einrichtungen geschaffen werden. Göttingen sei beispielhaft. Der Amtsarzt habe die Aufgabe, auf solche Bedürfnisse hinzuweisen. Der Bericht von Fritze sei ein wertvolles Ergebnis der Frankfurter Tagung.

Ein prakt. Arzt erklärte dazu, die Fachärzte für innere Krankheiten könnten die Diabetiker genau so gut behandeln wie eine derartige Beratungsstelle. Ein Arzt aus Hessen teilte mit, dass in Hessen 65% der Diabetiker nicht an Diabetes, sondern an Herz- und Kreislaufschäden gestorben sind.

(Anmerkung der Schriftleitung: Es wäre notwendig zu prüfen, ob in Göttingen Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit der Diabetiker sich günstiger gestalten als anderswo, wo die Behandlung und Betreuung in den Händen der Praktiker und Fachärzte liegt. Derartige

ge Vergleichsunterlagen scheinen noch zu fehlen.)

- - - - -

B o r g o l t e - G ö t t i n g e n : H e r z - u n d K r e i s - l a u f e r k r a n k u n g e n .

Die Herz-und Kreislauferkrankungen stehen in der Todesursachenstatistik an erster Stelle. Zu beachten ist, dass nicht selten die primäre Todesursache eine andere Krankheit ist, die in der Statistik nicht in Erscheinung tritt.

Es ist von Wichtigkeit, welche Altersklassen betroffen sind. In der Mortalitätsstatistik 1950 - 1953 war bei den Männern der mittleren Altersklassen eine Zunahme von 13 - 18% zu verzeichnen, die Frauen wiesen keine Zunahme auf. Dagegen fand sich bei Männern und Frauen der Altersklassen von über 75 Jahren eine Zunahme von 16 - 18%.

Die Morbilitätsstatistik der Ortskrankenkassen in Niedersachsen und Württemberg-Hohenzollern, zwei Ländern von sehr verschiedener wirtschaftlicher Struktur, ergab in beiden 1950 - 53 eine Abnahme bei Männern und Frauen, 1954 aber wieder eine leichte Zunahme bei den Männern. Wahrscheinliche Ursache ist wohl doch die Überbelastung (Managerkrankheit). Sitzende Beschäftigung disponiert mehr zu Herzkrankheiten als körperliche Betätigung. Der weitere Verlauf der Krankenkassenstatistiken ist mit Spannung zu erwarten.

Die Statistiken der Rentenversicherung, die auch wieder vorliegen, sind mit früher nicht zu vergleichen, weil jetzt eine EM. von über 50% massgebend ist gegen früher über 66 2/3%. In den Berichtsjahren zeigten aber nur die Männer eine Zunahme, die Frauen eine Abnahme der Herzkrankheiten als Invaliditätsursache. Die Zunahme bei den Männern ist ein mahnender Ruf !

Bei Aufgliederung der Herz-und Kreislauferkrankungen nach Untergruppen haben "Herzmuskelerkrankungen" und "Hochdruck" zugenommen, die sonstigen Herzkrankheiten und Adernverkalkung haben nicht zugenommen bzw. es zeigen sich schwankende Werte. Diese Zahlen betreffen, da Krankenkassenmaterial, nur die jüngeren Jahrgänge, jedenfalls die unter 65 Jahren. Dies ist eindeutig ein Ausfall für die Volkswirtschaft.

Die Frauen, die im Erwerbsprozess stehen, sind nicht so hart, dass sie nicht zeitweise in die Krankheit flüchten. Daher haben wir bei

diesen höhere Erkrankungszahlen bei geringeren Todesursachenwerten ("Fluchtkrankheit" nach Reichert). Frauen beziehen ihre Rente auch wesentlich länger als die Männer. Sie haben trotz häufiger Krankmeldung eine längere Lebensdauer.

Zum Problem der Fürsorge für Kreislaufkranke fragt B o r g o l t e : Kann der prakt. Arzt allein alles hier für die Betreuung der Gefährdeten Erforderliche tun? - Antwort: Nein, weil es sich um eine grosse Bevölkerungsgruppe handelt. Hier erwächst eine Aufgabe entweder des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Versicherungsträger oder einer von beiden gemeinsam getragenen Gesundheitsfürsorge. Gerade die mit wenig körperlichen Arbeiten Beschäftigten, aber mit starker Nervenanspannung Belasteten sind hier exponiert. Vorzusehende Massnahmen sind: Untersuchungen und Betreuung bei gezielten Gruppen (P r e l l e r s Vorschlag, die ganze Bevölkerung zu untersuchen, ist zunächst nicht durchführbar). W a h l s Vorschlag und Vorbild (Vorbeugungskuren) ist sehr beachtlich. Zusätzlich wäre aber auch das Heilverfahren in gewissem Grade noch auszubauen, wenngleich dieses bisher vielfach in Bezug auf die Arbeitseinsatzmöglichkeit keinen befriedigenden Erfolg erbrachte. Die Arbeitsmethoden sind im einzelnen aber noch nicht genügend geklärt. Notwendig ist, dass die drei in Frage kommenden Instanzen zusammen beraten, was zu tun, nicht aber was zu unterlassen ist.

- . . . -

S c h m i d t - V o i g t - E p p s t e i n / T a u n u s : H e r z -
K r e i s l a u f - F r a g e n b e i m K i n d .

Kindes- und Jugendalter gelten gemeinhin als eine Lebensphase besonders ausgesprochener Gesundheit. Dennoch bahnen sich in den beiden ersten Lebensjahrzehnten spätere organische Herzerkrankungen des Erwachsenen als funktionelle Vorstufen an. Solche, als orthostatische Kreislaufstörungen bezeichnete Erscheinungen sind bei etwa 20 v.H. unserer Jugendlichen zu finden. Sie überwiegen bei weitem vor den eigentlichen Herzerkrankungen und haben ihren Sitz in der Peripherie des Kreislaufes. Die typischen Beschwerden, ausgesprochene objektive Veränderungen bei der Kreislauffunktionsprüfung sowie bei dem im Stehen aufgenommenen EKG lassen dieses Störungsbild auf einfache Weise erkennen. Ihre frühzeitige Feststellung und Behandlung ist zur Vermeidung späterer Sekundärschädigungen am Herzen unbedingt geboten. Die sta

ke Verbreitung dieser Störung, eine beträchtliche Minderung der Leistungsfähigkeit (Schulunterricht!), die Notwendigkeit der Vermeidung einer übertriebenen und daher unzweckmässigen Schonungstherapie und statt dessen die möglichst nachhaltige Einleitung einer Bewegungstherapie (Wandern, Schwimmen usw.) sind weitere Gründe dafür, dieser Form der Kreislaufstörungen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Bei dem ausgesprochenen Gesundheitswillen der Heranwachsenden und ihrer sehr verbreiteten Scheu vor dem Gang zum Arzt erscheint daher eine Förderung des schulärztlichen Dienstes auch aus dieser Sicht notwendig. Durch prophylaktische Untersuchungen und Beratungen werden Gefährdete rechtzeitig der haus-oder spezialärztlichen Betreuung zugeführt. Der Schularzt muss somit auch auf dem Gebiete der Bekämpfung der Herz-und Kreislaufschäden zum vorsorgenden Wächter für die Gesundheit unserer Jugend werden.

- . . . -

S p e r r - Ohlstadt (Vertreter von W a h l - LVA Unterfranken Würzburg): D i e O h l s t ä d t e r K u r.

Die Notwendigkeit, frühe Heilverfahren durchzuführen, ist anerkannt. B u u r m a n n und W a h l sind prominente Vertreter des Frühbehandlungsgedankens. Rund 100 000 Menschen beziehen Rente wegen Herzschäden. Wir stehen vor einem Abgrund. Wie ist eine Brücke zu schlagen? - W a h l hat auf dem Kongress für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin darüber gesprochen und einschlägige Forderungen bezüglich der Sozialreform gestellt.

Zunächst ist zu fragen, ob die Patienten, die jetzt einen Kreislaufschaden haben, sich überhaupt behandeln liessen. Dies ist nicht immer der Fall. Die Herzbegutachtung ist recht schwer, eine einmalige Untersuchung Täuschungen unterworfen. Zur Beurteilung der Kurbedürftigkeit muss in jedem Falle durch Erhebungen belegt sein, dass die Betroffenen in Behandlung waren. Oft liegt vegetative Dystonie, Hyper-oder Hypotonie vor. Der Ausdruck "Herz-und Kreislaufschaden" ist ein irreführender Sammelbegriff. Es handelt sich um verschiedene Gruppen von Erkrankungen. Rentenwünsche sind bedeutsam und ausschlaggebend für den Heilungswillen. Oft ist überhaupt keine Objektivierung möglich und sind psychische Einflüsse die Ursache von Beschwerden.

In Ohlstadt bei Murnau ist von der LVA Unterfranken eine Vorbeugungsstätte errichtet worden. Aktivität der Patienten ist hier

das wesentlichste neben Anwendung des Naturheilverfahrens. Die Terrainkur (Ohlstädter Kur) ist zum Prototyp des Frühheilverfahrens geworden. Oft kommen auch nicht geeignete Fälle dorthin, die andere Behandlung erfordern. Die jüngeren Jahrgänge müßten vorzuzug werden. Besonders zu hoher und zu niedriger Blutdruck in jüngeren Jahren sind für die Kur recht geeignet. Zur Kur selbst 6 Stunden am Tag sind die Beteiligten unter ärztlicher Aufsicht in frischer Luft. Der Rahmen ist ein einfaches Dorf, keine Heilstätte. Wesentlich ist die Verwandlung des Patienten vom Objekt zum Subjekt der Behandlung im Sinne der Arbeitstherapie bei inneren Krankheiten. Rauchen wird dabei von selbst abgewöhnt. Es gibt keine Verordnung, sondern nur Beispiel; der Arzt ist hier Gesundheitslehrer.

Als Anregung weist er darauf hin, dass bei uns bis jetzt mit wenigen Ausnahmen auf Sportplätzen und in Erholungskurorten keine ärztliche Aufsicht und Beratung zur Verfügung stehen im Gegensatz zu manchen Orten im Ausland. Die Erhaltung der Gesundheit wird bei der Ohlstädter Kur eine persönliche Leistung. Die Bevölkerung verlangt darnach. Der Arzt sollte heute mit dem "Frühheilverfahren" arbeiten statt mit Medikamenten. Die einfachen Erholungsverschiebungen der Industrie ins Gebirge sind wenig zweckvoll. Die Leute lechzen nach dem dauernden Kontakt mit einem Arzt. Die Betriebe sollten dieses neue Verfahren aufnehmen. Es wäre eine Sache der Werkärzte, dies zu veranlassen.

In der Aussprache wurde von Geißler - Pforzheim die Anregung gegeben, dass sich der Sportärztebund mit dieser neuen vorbeugenden Arbeit beschäftigen sollte. Von Schmith wurde dies befürwortet. Schnell teilte mit, dass ein Ausschuss des Sportärztebundes schon beabsichtige, sich mit dieser Frage zu befassen.

Gerfeldt - Düsseldorf berichtete, als Unterlage dafür, dass die Herzkrankheiten ein wichtiges sozialpathologisches Problem sind, bei 6 000 Obduktionen habe man nur 10% gesunde Herzen feststellen können. Die am raschesten zu Tode führenden Formen waren die akuten Herzinfarkte. Bei Arteriosklerose und Hochdruckkrankungen waren die Arbeiter und die Beamten am meisten vertreten, die freien Berufe bei akuten Todesfällen. Arbeiter, die trotz Invalidisierung wieder arbeiteten, verschlechterten die Prognose. Dies bedeutet offenbar eine starke Belastung.

Schmith - Frankfurt erwähnte Hans Joste, der vor

30 Jahren schon ein gleiches wie die Ohlstädter Kur durchführte.

- . . . -

v. M a n g e r - K ö n i g - Wiesbaden: Fragen der
G e s c h w u l s t b e r a t u n g : Die 8 hessischen Ge-
schwulstberatungsstellen sind echte Konsiliarstellen für Ärzte,
personell und sachlich bestens ausgestattet. Es besteht ein Ver-
tragsverhältnis zwischen diesen Stellen und der Ärzteschaft. Er
beurteilt die Angelegenheit als ein bewährtes Modellverfahren und
glaubt, auf dem beschrittenen Weg weitergehen zu sollen. Die Kon-
siliarstellen arbeiten jeweils im Anschluss an eine gute Fachkli-
nik. Bis jetzt wurden bei rund 10 000 Untersuchungen 1,4% erst-
mals festgestellte Krebserkrankungen gefunden, davon 0,6% als
"praeklinische" Diagnose; in 41% ergaben sich andere gynäkologische
behandlungsbedürftige Befunde, die zur Behandlung überwiesen wur-
den.

Die Beratungsstellen sind nicht etwa eine Konkurrenz, sondern ei-
ne Hilfseinrichtung für die prakt. Ärzte.

Es wurde ein Film gezeigt, der die Untersuchungsmethoden behandel-
te.

- . . . -

H e u ß - Frankfurt: K r i t i s c h e F r a g e n d e r
T u b e r k u l o s e f ü r s o r g e .

Das Verhältnis zwischen fürsorgestelle und praktizierendem Arzt
war erst etwa 1930 geregelt und in der Folge befriedigend. Gear-
beitet wurde in Richtung Gesundheitsvorsorge, die caritative
Form der Tätigkeit der Fürsorgestellen ist lange überholt. Ob-
jekt der Arbeit ist die tuberkulosebedrohte Familie, die jahre-
lange Betreuung erfährt. Heute ist die Frage: Kann Unnötiges ab-
gebaut werden? - In der Frühaera der Tuberkulostatika war man
optimistisch, jetzt ist die Einstellung kritischer. Die Tuberku-
lose ist ein Invaliditätsproblem geworden. Die Wirkung der medi-
kamentösen Behandlung dauert oft nur kurze Zeit; 1/2 Jahr nach
stationärer Behandlung sehen wir die scheinbar Geheilten oft
wieder offen, tbc-positiv werden. 36% der Fälle erfordern nach
Ablauf von einem Jahr eine Wiederholungskur; innerhalb von 3 Jah-
ren noch viel mehr. 1/3 - 1/4 der Frankfurter Fälle bleibt oder
wird bald wieder aktiv; dadurch ist ein Anwachsen der Zahl der
Aktiven bedingt. Die Morbilität zeigt erst seit 2 - 3 Jahren ei-
nen leichten Rückgang.

Der "Bestand" ist heute das Kriterium der quantitativen Arbeit der Fürsorgestelle. Der Verlauf der säkularen Kurve (Flatzek, Geißler) rechtfertigt keinesfalls die Annahme eines im wesentlichen spontanen Rückgangs. Die sozialhygienische Bekämpfung der Tuberkulose ist von Bedeutung.

Die Früherfassung ist nach Frankfurter Untersuchungen auch heute noch ein erstes Problem, ebenso die nachgehende Fürsorge und Versorgung. Wer führt diese durch? Etwa die niedergelassenen Ärzte? Solange es nicht möglich ist, dass die niedergelassenen Ärzte dies tun, muss das Gesundheitsamt die Aufgabe übernehmen. Die Anzeigepflicht genügt nicht, 50% sind inappercipiente Fälle. Wir brauchen daher nach wie vor gezielte Umgebungsuntersuchungen mit weitem Rahmen.

In Frankfurt zählt man noch heute 50% "zu spät" d.h. schon in offenem Zustand Erfasste. 55 - 60% der neuerfassten Fälle werden durch die Fürsorgestelle selbst entdeckt. Der Röntgenkataster der Gesamtbevölkerung ist das beste, freiwillige Schirmbildaktionen sind nicht ausreichend. In Frankfurt hatte man in einigen Stadtteilen nur 4% Beteiligung. Eine gesetzliche Basis ist notwendig. Bei 57 000 Schulkindern wurden 36 aktive Tuberkulosefälle gefunden. Es wird eine 2-jährige Reihenuntersuchung aller über 14 Jahre alten Personen befürwortet. Rund die Hälfte aller ansteckungsfähigen und überwachungsbedürftigen Personen gehören zur Altersklasse 20 - 45. Auf 1 000 Schirmbilduntersuchungen ergaben sich in Frankfurt 3,8 aktive Fälle (Zentralkomitee 2). Erwähnt wird die Mitteilung von Schrag über die Rentabilität der Röntgenreihenuntersuchungen.

Die Umgebungsuntersuchung ergab in 20% der Fälle von offener Tuberkulose weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen. Diese Personen können zwecks Untersuchung und Behandlung auch zum praktizierenden Facharzt gehen. In Frankfurt zählt man aber im Jahr 5 000 Arztüberweisungen zur Tuberkulosefürsorgestelle, es besteht ein ausgesprochenes Vertrauensverhältnis der Ärzte zu dieser und nicht etwa eine Spannung.

Ambulante Behandlung durch den Hausarzt, wie sie heute von vielen Patienten gewünscht wird, ist eine grosse Gefahr. Disciplinierung der Offentuberkulösen, Erziehung zu gesundheitlichem Verhalten und Überwachung der Arbeit der Ansteckungsfähigen ist heute nötiger denn je. In 90 - 95% der Fälle ist die Quelle der Ansteckung der Mensch.

Zwangsasylierung von Uneinsichtigen und Asozialen sind heute kaum mehr durchzuführen, die Verordnung von 1938 soll keine Geltung mehr haben. Viele Ansteckende sind ohne festen Wohnsitz und wechseln oft ihre Arbeitsstelle; in Frankfurt arbeiten 50 derartige Personen ohne Rücksicht auf ihre Krankheit heimlich sogar im Lebensmittelgewerbe oder gefährden andere als Prostituierte. Die Durchführung der Tuberkulosefürsorge, wie sie das Vereinheitlichungsgesetz vorschreibt, ist auch heute noch eine dringende öffentliche Aufgabe. Der internationale Tuberkulosekongress in Madrid 1954 hat dies bestätigt.

.

Geschäftssitzung der Deutschen Sozialhygienischen Gesellschaft - Vorstandswahl.

Der Vorsitzende gab bekannt, dass die neugegründete "Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege" alle Verbände umfasst, die gesundheitspflegerischen Zielen dienen. Jeder Verband und jede Gesellschaft bleibt selbständig. Durch die Dachorganisation, die vom Bund Beiträge erhält, ist das Arbeiten der einzelnen Verbände usw. gesichert. Die Zentrale soll besonders die Belange der Gesundheitspolitik vertreten.

Bei der Neuwahl des Vorstandes wurde gewählt: 1. Vorsitzender Obermed. Rat B o r g o l t e - Göttingen, 2. Vorsitzender Med. Direktor Doz. Dr. S c h m i t h - Frankfurt. Geschäftsführer bleibt Prof. Dr. C o e r p e r - Frankfurt.