

kannte tatsächliche Schmerzempfindung etwa im Sinne der Hypothese von O. Foerster durch die Therapie beseitigt worden?

Was die **Schizophrenien** angeht, so kommen in der Praxis dann und wann schwer zu diagnostizierende, sich lange hinziehende **Hypochondrien** Jugendlicher vor. Mitunter stehen Klagen über vermeintliche unheilbare Schädigungen durch die Onanie, mitunter aber auch beliebige andere Körperbeschwerden im Vordergrund. Es kann sehr schwierig sein, den jugendlichen selbstunsicheren Skrupulanten von einer beginnenden hypochondrischen Hebephrenie oder Dementia simplex abzugrenzen, wenn nicht Symptome wie Sinnes-täuschungen, primäre Wahnerlebnisse oder eine fortschreitende schizophrene Persönlichkeitsveränderung dem hypochondrischen Syndrom im Gesamtbefund seinen richtigen Platz anweisen. Auch alte Schizophrenien ohne in die Augen springende aktuelle Prozeßsymptomatik formen gelegentlich eigenartig querköpfige oder langweilig-lahme Persönlichkeiten aus, bei welchen beherrschend die **Hypochondrie** den Arzt beschäftigt. Ohne genaue Kenntnis der Vorgeschichte ist kaum eine Diagnose zu stellen. Schizophrene Leibhalluzinationen und Hypochondrismen sind hier oft schwer zu unterscheiden, vor allem, wenn das für die Schizophrenie typische Kriterium des „Gemachten“ fehlt, dessen Vorhandensein die Diagnose entscheiden könnte.

Was endlich die **Epilepsie** betrifft, so fand Klaesi unter 600 daraufhin untersuchten Fällen nicht eine einzige hypochondrische Symptombildung. Der problemlose Optimismus des nicht gerade vorübergehend gereizten oder depressiv verstimmt genuinen Epileptikers bietet eine grundsätzliche psychologische Grundlage zum Pessimismus der Hypochondrie. Im Gegensatz dazu haben wir beim **Hirntraumatiker** sehr häufig hypochondrische Verarbeitung der Verletzungsfolgen mit mannigfachen Übergangsmöglichkeiten zu den sogenannten pseudodementen Überlagerungen.

Fragt man, wieso der Mensch überhaupt hypochondrisch sein kann, so könnte man in aller Zurückhaltung meinen, die Möglichkeit zur Hypochondrie sei der Kaufpreis, die Kehrseite der dem Menschengestalt eigentümlichen, wenn auch begrenzten Providenz, der Vorschau und Sorge damit auch um sein leibliches Gesundbleiben und Folge des Wissens um dessen Gefährdungsmöglichkeiten. Diese Auffassung berührt sich eng mit Gedankengängen von Kurt Schneider, der jüngst davon sprach, daß in der Depression die Urängste des Menschen aufgedeckt würden. Die depressive Psychose legt, wenn man so will, die in uns allen präformierte Angst frei, die Sorge, die wir im Alltag zu übertäuben verstehen und verzerrt sie mitunter zur jämmerlichen Karikatur. Ganz analog zur Sorge um das Seelenheil entwickelt sich diejenige um die leibliche Unversehrtheit in der Hypochondrie ebenfalls häufig zur grotesken Fratze. Daß der Blickwinkel, unter welchem das leibliche Wohl als schwer geschädigt oder bedroht erlebt wird, abnorm oder krankhaft verschoben zu sein pflegt und nicht nur eine sinnvolle Wesens-erhellung unseres, der Menschenkreaturen, „Seins zum Tode hin“ darstellt, dafür spricht u. a. auch die Beobachtung, daß ein wirkliches, reales, sogar lebensbedrohendes Leiden vom hypochondrisch Erkrankten unter Umständen geradezu stoisch gleichmütig getragen wird, während er an der Überwertigkeit seiner eingebildeten Krankheit gleichzeitig mit unveränderter Gewißheit oder Angst festhalten kann. Der Wert dieser Beobachtung wird dadurch nicht eingeschränkt, daß mitunter auch während einer tatsächlichen ernsten Krankheit hypochondrische Symptome verschwinden können oder daß mancher Hypochonder, wenn auch seufzend, objektiv Erstaunliches zu leisten vermag, wenn die Lebenssituation es von ihm erzwingt. Jedenfalls gilt: beides, die Angst um das Heil der Seele und um den heilen Leib sind so ich-nah-e Phänomene, gemessen etwa an dem Symptom der Hemmung oder der Stimmungsschwankung oder der Sorge sogar um ein einzelnes tatsächlich

erkranktes Organ, über die wir uns innerlich zu erheben vermögen, sie nisten so sehr im Kernpunkt des Ich, daß sie, ähnlich wie eine wahnhaft Verrückung der Ichstruktur in der Schizophrenie, keine freie Stellungnahme dieses Ich zu den Phänomenen mehr zulassen. Mit anderen Worten: schwer Hypochondrische ermangeln wie Kranke mit depressiven Schuldgefühlen der Krankheitseinsicht. Sie „haben“ nicht eine Krankheit, sondern sie sind in der Krankheit nicht mehr sie selbst, sie sind andere geworden. Die Existenz ist beide Male in ihren Grundfesten getroffen.

BRIEFE AUS DEM AUSLAND

Arbeitsmöglichkeiten für deutsche Ärzte in Argentinien

Von Dr. med. Paul Schrank

Zahlreiche briefliche Anfragen bekannter und unbekannter Kollegen aus Deutschland veranlassen mich, die Möglichkeiten der Berufsausübung für deutsche Ärzte in Argentinien klarzustellen. Ich glaube, daß bei dem Wunsche vieler Kollegen nach Auswanderung, meine Ausführungen von allgemeinem Interesse sein dürften.

Prinzipiell wird das deutsche Doktordiplom bzw. die deutsche Bestallung als Arzt in Argentinien nicht anerkannt. Es ist also notwendig, den Arzttitel zu nostrifizieren oder, wie man hier sagt, zu „revalidieren“. Aber auch diese „Revalidierung“ ist heute nur noch theoretisch möglich. In der Praxis liegen die Dinge so, daß an den 5 Medizinischen Fakultäten des Landes die Revalidierung entweder gesperrt ist oder durch allerlei interne Bestimmungen der einzelnen Universitäten unmöglich gemacht wird. Es bleibt also für den deutschen Arzt kein anderer Weg, als das ganze Medizinstudium wie ein Student nachzuholen, eine Aufgabe, die im besten Falle mindestens 5 Jahre in Anspruch nimmt. Um zum Studium zugelassen zu werden, ist bei einigen Fakultäten eine Aufnahmeprüfung notwendig, die folgende 4 Fächer umfaßt: spanische Sprache, argentinische Geschichte, argentinische Geographie und argentinische Bürgerkunde. Andere Fakultäten fordern sogar das gesamte argentinische Abitur (bachillerato) als Bedingung zur Immatrikulation. Es erübrigt sich, zu betonen, daß eine gute Kenntnis der spanischen Sprache zur Ablegung dieser Prüfungen unerlässlich ist. Die Erwerbung dieser Sprachkenntnis ist von individuell verschiedener Dauer, doch muß man mindestens ein Jahr intensiven Studiums rechnen, um die Sprache einigermaßen beherrschen zu können. Ferner werden zur Aufnahme in die Medizinischen Fakultäten folgende Dokumente verlangt:

1. Das Doktordiplom bzw. die Bestallungsurkunde im Original, mit beigefügter spanischer Übersetzung durch einen vom argentinischen Staat beglaubigten amtlichen Übersetzer, sowie dessen Beglaubigung durch die deutsche Landesbehörde, das argentinische Konsulat in Deutschland und das argentinische Außenministerium in Buenos Aires.
2. Das Abiturzeugnis im Original, mit den gleichen Übersetzungen und Beglaubigungen.
3. Der argentinische Identitätsausweis (Cédula de Identidad).
4. Ein polizeiliches Führungszeugnis, ausgestellt von der Bundespolizei Buenos Aires.

Liegen alle diese Dokumente vor, und sind die Aufnahmeprüfungen abgelegt, so beginnt das Studium, bei welchem nicht nur die Teilnahme an praktischen Übungen und Kursen Pflicht ist, sondern das auch höchste Anforderung an das Gedächtnis des Studenten stellt. Man glaube nicht, daß die Examina dem Studenten leicht gemacht werden. Im Laufe der Jahre werden 32 Fächer geprüft, und die Prüfungen sind bedeutend strenger als an den deutschen Fakultäten. Vor allem in den theoretischen Fächern wird außerordentlich viel verlangt. Die Prüfungsfragen werden ausgelost, d. h. der Prüfling muß eine Nummer ziehen, die einer bestimmten Frage entspricht. Wenn es das Unglück will, gerät er dabei an ein ganz ausgefallenes Gebiet, welches ihm völlig fremd ist. „Durchfälle“ sind also an der Tagesordnung. Nach Beendigung des gesamten Studiums erhält der Student das Recht, sich an irgendeinem Punkte der Republik, den er sich auswählen darf, niederzulassen und die Praxis frei ausüben zu dürfen. Eine Berufsbeschränkung gibt es dann nicht mehr.

Für deutsche Ärzte, die in Argentinien geboren und somit argentinische Staatsbürger sind, gelten andere Bestimmungen. Diese Ärzte haben die Möglichkeit der „kleinen Revalidierung“, d. h. sie können

mit der Wiederholung einiger Prüfungen in Hauptfächern das argentinische Diplom erwerben. Das gilt aber nur für in Argentinien geborene Ärzte, nicht für solche, die naturalisierte Staatsbürger geworden sind.

Das argentinische Gesundheitsministerium hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von Kontrakten mit ausländischen Ärzten, darunter auch Deutschen, abgeschlossen, die diese als Assistenzärzte (*médicos internos*) an Hospitäler im Landesinneren verpflichten. Diese Kontrakte lauten im allgemeinen auf 3 Jahre mit einem Optionsrecht auf weitere 2 Jahre. Die Besoldung ist individuell verschieden, je nach Können, Erfahrung und Ausbildung des Kontraktierten. Sie schwankt im allgemeinen zwischen 600 und 1000 Pesos monatlich. Der Kontrakt hat eine Kündigungsfrist von 30 Tagen und gibt nach seinem Ablauf keinerlei Anrecht auf weitere Ausübung des ärztlichen Berufes. Solange der Kontrakt läuft, hat der kontraktierte Arzt das Recht, neben seiner Hospitalitätigkeit auch Privatpraxis auszuüben. Auch dieses Recht erlischt mit Ablauf des Kontraktes. Es ist außerdem gebunden an örtliche Bestimmungen. So kann es z. B. passieren, daß der kontraktierte Arzt in einer Provinz oder einem Territorium des Landes Privatpraxis ausüben darf, während sich in einem anderen Landesteil die provinzielle Gesundheitsbehörde dem widersetzt. Es bleibt noch zu erwähnen, daß diese kontraktierten Ärzte meist in Gegenden eingesetzt werden, wo Mangel an einheimischen Ärzten herrscht, die also gewöhnlich klimatisch oder finanziell ungünstig sind. — Es sind ferner eine Reihe von Kontrakten mit bekannten Wissenschaftlern von internationalem Ruf abgeschlossen worden. Es handelt sich da meist um europäische oder nordamerikanische Gelehrte. Sie arbeiten an Universitätsinstituten oder -kliniken, oder an Spezialkliniken der Gesundheitsbehörde. Ihre Besoldung ist höher als die der erwähnten „kleinen Kontraktierten“, auch dürfen sie, soweit sie ärztlich und nicht nur theoretisch tätig sind, für die Dauer des Kontraktes in den größeren Städten Privatpraxis ausüben.

Die Anstellung deutscher und überhaupt ausländischer Ärzte an Privathospitälern und -kliniken ist nicht mehr möglich. Jeder in einer Privatklinik arbeitende Arzt muß den argentinischen Titel besitzen, auch wenn es sich um ein ausländisches Krankenhaus (z. B. Deutsches Hospital in Buenos Aires) handelt.

Illegale Arbeit ausländischer Ärzte (z. B. als Masseur, Heilgymnast, Röntgenassistent usw.) kommt immer wieder vor, wird aber strengstens bestraft.

Abschließend sei betont, daß die gleichen oder sehr ähnliche Bestimmungen für alle mit der Heilkunde zusammenhängenden Berufe gelten. Auch Zahnärzte, Hebammen, Krankenschwestern, Heilgymnastiker usw. müssen ihr argentinisches Diplom erwerben, um ihren Beruf in Argentinien ausüben zu dürfen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Arbeitsmöglichkeiten für deutsche Ärzte in Argentinien ausgesprochen schlecht sind. Von einer Lockerung der strengen Bestimmungen wird immer wieder gesprochen, insbesondere von einer erneuten Ermöglichung der „Revalidierung“, doch ist bis heute darüber noch nichts bekannt geworden.

(Anschrift des Verfassers: Calle Junin 410, Posadas [Misiones] Rep. Argentina)

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: Was ist heute über die Genese der Multiplen Sklerose bekannt? Meines Wissens haben die Amerikaner wahrscheinlich gemacht, daß es sich um eine Viruserkrankung handelt. Sie sollen erfolgreich das Virus einer Encephalomyelitis acuta auf Tiere überimpft haben, und zwar einmal aus dem Blut und einmal aus dem Gehirn eines Patienten. Dabei habe sich herausgestellt, daß dieses Virus durch Serum von chronischer M.S. neutralisiert worden sein soll, dagegen nicht durch das Serum von Gesunden oder das Serum anderer Nervenkranker. Ist hierüber in der deutschen Wissenschaft etwas bekannt? Oder gilt heute als erwiesen, daß die M.S. als erbliche Erkrankung anzusprechen ist? Versorgungsrechtlich wird die M.S. von manchen Gutachtern als Wehrdienstbeschädigung anerkannt, von anderen hinwiederum nicht. Welcher Standpunkt ist wissenschaftlich und rechtlich vertretbar?

Antwort: Erkrankungen von verschiedenen Tierarten nach Injektionen von Material von Multiple-Sklerose-Patienten sind durch verschiedene Autoren als erfolgreiche Übertragung eines Erregers der Multiplen Sklerose angesehen worden, z. B. von Gye-Bullock in den Jahren 1913 und 1921, Kuhn-Steiner 1917, durch mich

selbst 1941 sowie durch Margulis und Soloviev 1946. Von anderen Autoren sind die Erkrankungen der Tiere im Anschluß an derartige Eingriffe als unspezifische Spontanerkrankungen angesehen worden. Eine große Reihe von Untersuchern hat versucht, multiple skleroseähnliche Läsionen durch Allergisierung von Versuchstieren gegen Hirnextrakte zu bekommen, die in mannigfacher Weise mit anderen Materialien versetzt waren, z. B. Aquafor und abgetöteten Tuberkelbazillen. Die Läsionen, die auf diese Weise bei Affen entstanden, ähnelten jenen bei den entzündlichen Spontanerkrankungen dieser Tiere oder sind ihnen gleich (Ferraro und Jervis; Wolf, Kabat und Bezer). Indessen ist es zweifelhaft, ob diese Versuche Bedeutung für die Ätiologie der Multiplen Sklerose selbst haben, eher ist es wahrscheinlich, daß sie dem Entstehungsmechanismus der parainfektösen Enzephalomyelitiden und der nekrotisierenden Myelitis nahe stehen. Wie Scherer gezeigt hat, können beim Hund herdförmige Entmarkungen nach sogenannter „Nervenstaupe“ entstehen, die eine wesentlich größere Ähnlichkeit mit den Herden der Multiplen Sklerose des Menschen haben als alle die oben erwähnten tiereperimentell erzeugten Veränderungen. Man wird deswegen die Möglichkeit, daß es sich bei der Multiplen Sklerose um eine durch ein Virus ausgelöste Erkrankung handelt, immer noch im Auge behalten müssen. Wenn es aber eine solche ist, so muß man eine Reihe von zusätzlichen Hypothesen annehmen, um zu erklären, daß konjugale Erkrankungen fast unbekannt sind, während die erbliche Belastung eine wesentliche Rolle spielt. Ich selbst halte es nach wie vor für wahrscheinlich, daß es sich bei der Multiplen Sklerose um eine seltene Verlaufsform einer banalen und chronischen Virusinfektion des Menschen handelt, sozusagen einer Epizootie, die bei besonderer Resistenzverminderung des Individuums zu klinisch-manifesten Erscheinungen führen kann. Bemerkenswert sind die Ähnlichkeiten in der anatomischen Anordnung der Herde mit den Mosaikerkrankungen der Pflanzen, die auf anerkannten Virusinfektionen beruhen, sowie mit einer Reihe von menschlichen Hauterkrankungen, z. B. der Alopecia areata, Vitiligo, Psoriasis, deren Ätiologie noch nicht endgültig geklärt ist. Die von Steiner inaugurierte Komplementablagerungsreaktion, bei der Hirnsubstanz von Multiple-Sklerose-Kranken als Antigen benutzt wird, soll bei einem größeren Teil der Multiple-Sklerose-Fälle positiv sein; ein Befund der durch Arringmann und neuerdings durch Frick bestätigt wurde. Auch dies würde im Sinne einer Infektion sprechen. — Was die versorgungsrechtliche Beurteilung der Multiplen Sklerose anbelangt, so habe ich stets den Standpunkt vertreten, daß eine Multiple Sklerose, die während des Wehrdienstes erstmalig aufgetreten ist, als Wehrdienstbeschädigung anzuerkennen ist, weil ich die Infektionstheorie und die Auslösung des Leidens durch zusätzliche Belastungen für wesentlich wahrscheinlicher halte, als die Entstehung des Leidens durch rein endogene Ursachen. Bei Patienten, bei denen die Multiple Sklerose offensichtlich schon vor Beginn des Wehrdienstes bestanden hat, kann eine Verschlimmerung anerkannt werden, sofern durch den Wehrdienst ein Schub ausgelöst worden ist. Die weitere Entwicklung des Leidens und spätere Schübe können dem Wehrdienst nicht mehr zur Last gelegt werden.

Schaltenbrand, Würzburg

Frage: Sind die neuen Forschungsergebnisse hinsichtlich des Rh-Faktors bei Bluttransfusionen bzw. Fremdblutinjektionen in der Praxis zu beachten?

Antwort: Selbstverständlich müssen die neuen Forschungsergebnisse hinsichtlich des Rh-Merkmals vor Bluttransfusionen in der Praxis beachtet werden. Dies scheidet allerdings in Deutschland zum großen Teil noch an verschiedenen Umständen; sei es an dem Mangel an Rh-Testserum, sei es an der Unkenntnis in der richtigen Technik der Rh-Bestimmung. Diese Forderungen sind kurz gefaßt folgende: 1. Auf Rh-negative Menschen darf kein Rh-positives Blut übertragen werden. 2. Bei weiblichen Patientinnen, auch solchen im Säuglings- und Kindesalter, darf, wenn eine Rh-Bestimmung bei der Transfusion nicht möglich ist, nur Rh-negatives Blut übertragen werden. — Es ist zu hoffen, daß die angegebenen Schwierigkeiten in Deutschland bald behoben sind, und daß dann den Forschungsergebnissen in der Praxis Genüge geleistet werden kann.

Dahr, Göttingen

Frage: Bei einem 25jährigen Patienten stellte ich eine Lues congenita mit Hutchinsonscher Trias fest. Sonstige Erscheinungen sind nicht vorhanden, das N.S. intakt, WaR, Mk. und Cit. ++++, Liquor o.B. Kann eine Behandlung unterbleiben oder soll im Hinblick auf eventuelle metaluische Erscheinungen bzw. eine mögliche spätere Heirat eine eventuelle Gefährdung der daraus hervorgehenden Kinder eine Behandlung durchgeführt werden?

Antwort: Im vorliegenden Falle muß im Hinblick auf eventuelle metaluische Erscheinungen bzw. eine mögliche spätere Heirat