

SCHRIFTENREIHE DER ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG  
III

**Moderne  
neurologisch-psychiatrische Therapie**

Herausgegeben von

H. Redetzky und H. Thiele



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

SCHRIFTENREIHE DER ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG

III

# Moderne neurologisch-psychiatrische Therapie

*Ausgewählte Vorträge*

*aus dem Fortbildungslehrgang vom 28. Oktober bis 2. November 1957*

*Leitung: Prof. Dr. D. Müller-Hegemann*

Herausgegeben von

**H. Redetzky und H. Thiele**

Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung,  
Berlin-Lichtenberg

unter Mitarbeit von

A. Brandt, Berlin · W. Ehrhardt, Jena · A. H. Frucht, Berlin  
H. Grimm, Berlin · M. Gülzow, Rostock · E. Holstein, Berlin



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

1959

Alle Rechte vorbehalten  
Copyright 1959 by VEB Verlag Volk und Gesundheit · Berlin  
Printed in Germany / Lizenz-Nr. 210 (445/46/59)  
Gesamtherstellung: VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig III/18/203  
Gesetzt aus Borgis Didot

## INHALTSVERZEICHNIS

Behandlung des Parkinsonismus, Dr. <i>H. Baumm</i> , Direktor der Nervenlinik und Heil- und Pflegeanstalt Bernburg (Saale) . . . . .	9
Konservative Therapie der Neuralgien, Neuritiden und Polyneuritiden, Dr. <i>H. Bormann</i> , Chefarzt der Neurologischen Zentralabteilung des Bergbau-Krankenhauses Zwickau . . . . .	15
Röntgentherapie der Nervenkrankheiten, Prof. Dr. <i>H. Dietrich</i> , Universitäts-Nerven- klinik der Charité Berlin . . . . .	20
Die Therapie der entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems (mit besonderer Berücksichtigung der Antibiotika), Oberarzt Dr. <i>P. Feudell</i> , Medizinische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	25
Therapie bei spinalen Prozessen, Dr. <i>D. Müller</i> , Neurochirurgische Klinik der Karl- Marx-Universität Leipzig . . . . .	33
Niederfrequente Reizstromtherapie, Dr. <i>E. Henßge</i> , Dresden . . . . .	41
Therapie der Neurolues, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch- Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	48
Die konservative Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas, Oberarzt Dr. <i>B. Schwarz</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	49
Die Behandlung von Hirndruckzuständen, Prof. Dr. <i>G. Merrem</i> , Direktor der Neuro- logischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	55
Behandlung und Betreuung der Epileptiker, Oberarzt Dr. <i>U. Steiner</i> , Neurologisch- Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	62
Die Behandlung der Tetanie, Oberarzt Dozent Dr. med. habil. <i>J. Quandt</i> , Psychia- trische und Nervenlinik der Martin-Luther-Universität Halle (Saale) . . . . .	70
Über die Behandlung des chronischen Alkoholismus (einschließlich des delirium tremens), Dr. <i>F. Ruck</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	78
Insulinschock- und Heilkampfbehandlung, Dr. <i>K. Riepenhausen</i> , Direktor der Krankenanstalten Leipzig-Dösen . . . . .	84
Phenothiazin- und Rauwolfiatherapie, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	93

Psychotherapie im Kindesalter, Oberärztin Dr. <i>R.-M. Kummer</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	98
Neue Behandlungsmethoden in der Kinderneurologie und -psychiatrie, Oberarzt Dr. <i>Chr. Wieck</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	106
Gruppenpsychotherapie und „Soziale Psychotherapie“, Dr. <i>H. R. Teirich</i> , Freiburg i. Br. . . . .	112
Autogenes Training, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	122
Heilschlaf und Psychotherapie, Oberarzt Dr. <i>H. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	126
Hypnotherapie, Oberarzt Dr. <i>H. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	130
Stationäre Psychotherapie, Oberärztin Dr. <i>M. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	134
Poliklinische Psychotherapie, Oberärztin Dr. <i>M. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	142
„Große“ Psychotherapie, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	148

SCHRIFTENREIHE DER ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG  
III

**Moderne  
neurologisch-psychiatrische Therapie**

Herausgegeben von

**H. Redetzky und H. Thiele**



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN



SCHRIFTENREIHE DER ÄRZTLICHEN FORTBILDUNG

III

# Moderne neurologisch-psychiatrische Therapie

*Ausgewählte Vorträge*

*aus dem Fortbildungslehrgang vom 28. Oktober bis 2. November 1957*

*Leitung: Prof. Dr. D. Müller-Hegemann*

Herausgegeben von

**H. Redetzky und H. Thiele**

Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und ärztliche Fortbildung,  
Berlin-Lichtenberg

unter Mitarbeit von

A. Brandt, Berlin · W. Ehrhardt, Jena · A. H. Frucht, Berlin  
H. Grimm, Berlin · M. Gülzow, Rostock · E. Holstein, Berlin



VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

1959

Alle Rechte vorbehalten  
Copyright 1959 by VEB Verlag Volk und Gesundheit · Berlin  
Printed in Germany / Lizenz-Nr. 210 (445/46/59)  
Gesamtherstellung: VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig III/18/203  
Gesetzt aus Borgis Didot

## VORWORT

Im allgemeinen kommt das Thema der modernen Therapie in der medizinischen Fachpresse zu kurz, auch in bezug auf das Doppelgebiet Psychiatrie-Neurologie, das besonders eng mit der psycho-therapeutischen Aufgabenstellung verbunden ist. Aus diesen Gründen wurde es für angebracht gehalten, vom 28. 10. bis 2. 11. 1957 in Leipzig einen Fortbildungslehrgang über moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie und Neurologie durchzuführen.

Der aus den dort gehaltenen Referaten resultierende vorliegende Sammelband kann verständlicherweise nicht den Charakter einer in sich geschlossenen Monographie haben. Die einzelnen Referenten, die verschiedenen Kliniken angehören oder als niedergelassene Ärzte bedeutende Spezialerfahrungen gesammelt haben, pflegen auch sonst nicht im Detail eine Übereinstimmung der Auffassungen zu bieten. Während jedoch die klinisch-naturwissenschaftlich orientierte Neurologie und Psychiatrie in der Therapie und sonst in den Hauptzügen eine Übereinstimmung wahrt, ist dies innerhalb der Psychotherapie nicht der Fall. Im deutschen Sprachgebiet gibt es eine schwer übersehbare Vielfalt differenter und oft gegensätzlicher Lehren und Meinungen. So dürfte es auch verständlich sein, daß sich der Unterzeichnete nicht mit allen Auffassungen des Kollegen *Teirich* zu identifizieren vermag, dessen wertvolle Bemühungen um die Gruppentherapie zugleich hervorgehoben seien.

Im ganzen gesehen, dürfte jedoch mit diesem Sammelband ein Überblick über die wichtigsten Behandlungsmethoden in der Psychiatrie und Neurologie erreicht sein.

D. Müller-Hegemann



## INHALTSVERZEICHNIS

Behandlung des Parkinsonismus, Dr. <i>H. Baumm</i> , Direktor der Nervenlinik und Heil- und Pflegeanstalt Bernburg (Saale) . . . . .	9
Konservative Therapie der Neuralgien, Neuritiden und Polyneuritiden, Dr. <i>H. Bormann</i> , Chefarzt der Neurologischen Zentralabteilung des Bergbau-Krankenhauses Zwickau .	15
Röntgentherapie der Nervenkrankheiten, Prof. Dr. <i>H. Dietrich</i> , Universitäts-Nerven- klinik der Charité Berlin . . . . .	20
Die Therapie der entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems (mit beson- derer Berücksichtigung der Antibiotika), Oberarzt Dr. <i>P. Feudell</i> , Medizinische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	25
Therapie bei spinalen Prozessen, Dr. <i>D. Müller</i> , Neurochirurgische Klinik der Karl- Marx-Universität Leipzig . . . . .	33
Niederfrequente Reizstromtherapie, Dr. <i>E. Henßge</i> , Dresden . . . . .	41
Therapie der Neurolues, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch- Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	48
Die konservative Behandlung des Schädel-Hirn-Traumas, Oberarzt Dr. <i>B. Schwarz</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	49
Die Behandlung von Hirndruckzuständen, Prof. Dr. <i>G. Merrem</i> , Direktor der Neuro- logischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	55
Behandlung und Betreuung der Epileptiker, Oberarzt Dr. <i>U. Steiner</i> , Neurologisch- Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	62
Die Behandlung der Tetanie, Oberarzt Dozent Dr. med. habil. <i>J. Quandt</i> , Psychia- trische und Nervenlinik der Martin-Luther-Universität Halle (Saale) . . . . .	70
Über die Behandlung des chronischen Alkoholismus (einschließlich des delirium tremens), Dr. <i>F. Ruck</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig	78
Insulinschock- und Heilkampfbehandlung, Dr. <i>K. Riepenhausen</i> , Direktor der Krankenanstalten Leipzig-Dösen . . . . .	84
Phenothiazin- und Rauwolfiatherapie, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	93

Psychotherapie im Kindesalter, Oberärztin Dr. <i>R.-M. Kummer</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	98
Neue Behandlungsmethoden in der Kinderneurologie und -psychiatrie, Oberarzt Dr. <i>Chr. Wieck</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig	106
Gruppenpsychotherapie und „Soziale Psychotherapie“, Dr. <i>H. R. Teirich</i> , Freiburg i. Br.	112
Autogenes Training, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	122
Heilschlaf und Psychotherapie, Oberarzt Dr. <i>H. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	126
Hypnotherapie, Oberarzt Dr. <i>H. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	130
Stationäre Psychotherapie, Oberärztin Dr. <i>M. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	134
Poliklinische Psychotherapie, Oberärztin Dr. <i>M. Wendt</i> , Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	142
„Große“ Psychotherapie, Prof. Dr. <i>D. Müller-Hegemann</i> , Direktor der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig . . . . .	148

## Behandlung des Parkinsonismus

H. BAUMM · BERNBURG (SAALE)

Das Syndrom des Parkinsonismus ist jedem Arzt bekannt, besonders seit den großen Epidemien der encephalitis epidemica vor 30—40 Jahren, und wenn es die alten Neurologen einst zu den „Neurosen“ gerechnet haben, d. h. nach der damaligen Nomenklatur zu den Nervenkrankheiten ohne organische Grundlage, so wissen wir jetzt längst, vor allem dank den Forschungen C. und O. Vogts und F. H. Lewys, daß sein anatomisches Substrat in einer Parenchymschädigung der großen Stammganglien des Zwischenhirns besteht. Die Kardinalsymptome des Rigors, der erhöhten Muskelspannung vom Charakter der wächsernen Biegsamkeit, wohl zu unterscheiden von dem federnden Widerstand spastischer Lähmungen, und des Tremors, eines ausgesprochenen Ruhezitterns, geben dem Kranken das kennzeichnende statuenhafte und maskenartige Aussehen und seiner Motorik die auffallende Langsamkeit, Erschwerung und Verarmung an Willkürbewegungen mit den insbesondere von O. Foerster und der Wiener Schule in allen Details studierten telekinetischen Störungen, vor allem den Koordinations-, Brems- und Steuerungsstörungen einschließlich der häufigen Behinderung des Schluckens, Sprechens und Schreibens. Wir haben es also im wesentlichen mit einem Syndrom der Motorik zu tun; doch sind auch vegetative Störungen, vor allem von seiten der Speichel-, Talg- und Schweißdrüsensekretion, fast immer vorhanden. Auch fehlt es nicht an Auswirkungen auf das Seelenleben, wie die Bradyphrenie, das psychische Korrelat der motorischen Bradykinese, mancherlei Verstimmungen, gelegentlichen Drangzuständen und gar nicht so seltenen Anankasmen. Nie aber erreichen diese psychischen Besonderheiten den Grad des Psychotischen, es sei denn, daß ein komplizierendes Zusammentreffen mit einer andersartigen Seelenstörung vorliegt. Unsere Kranken, über deren Behandlung ich zu berichten habe, rekrutieren sich aus 2 Gruppen. Es ist einmal die *paralysis agitans*, vor 140 Jahren erstmals und klassisch von *Parkinson* unter dem Namen Schüttellähmung beschrieben, der genuine Parkinsonismus, ein Leiden, das ohne erkennbare Ursachen in reiferen Jahren, meist im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt, schleichend zu beginnen und langsam fortzuschreiten pflegt. Oder wir haben es mit den chronischen bzw. Endstadien der *encephalitis lethargica s. epidemica (Economio)* zu tun. In diesen Fällen ist oft, aber nicht immer, das Jahre oder Jahrzehnte zurückliegende akutfieberhafte Initialstadium der Krankheit anamnestisch nachweisbar. Die bekannten Blickkrämpfe pflegen wir nur bei dieser Form des Parkinsonismus zu sehen. Parkinsonsyndrome anderer Art finden sich unter unseren Kranken nicht.

Ich darf mich nunmehr unserem eigentlichen Thema zuwenden, nämlich der Parkinsonistenbehandlung, wie sie an der Bernburger Nervenlinik durchgeführt wird. Die Kranken werden alle 2 Monate turnusmäßig zu einer swöchigen klinischen Be-

handlung einberufen, die so abgestimmt ist, daß in dieser Frist bei dem Kranken die bestmögliche Aktivität erreicht wird. Wir bedienen uns zu diesem Zweck medikamentöser, diätetischer und heilgymnastischer Maßnahmen. Da wir bei Eröffnung unserer Parkinsonabteilungen zahlreiche Patienten übernahmen, die von der Königin-Elena-Klinik in Kassel betreut und auf das dort übliche Elenal eingestellt waren, blieben wir einstweilen bei diesem Mittel, das uns von der Regierung auf dem Importwege zur Verfügung gestellt wurde. Der VEB Leipziger Arzneimittelwerk hat dann auf Wunsch und mit Unterstützung der Regierung ein dem Elenal gleichwertiges Präparat hergestellt, das unter dem Namen Rigoral im Handel ist. Es ist dies ein standardisierter und stabilisierter vinöser Extrakt aus der bulgarischen Belladonnawurzel, der in 1 ml 0,2 mg des Gesamtalkaloids enthält. Seit einem Jahr verwenden wir grundsätzlich Rigoral, das wir einschleichend dosieren, zunächst beginnend mit 3mal  $\frac{1}{4}$  ml, langsam steigend, bei Frauen meist bis 4 ml täglich, bei Männern zuweilen bis zu 15–18 ml, in 4–6 Einzelgaben auf den Tag verteilt. Um eine Irritation der Magenschleimhaut zu vermeiden, geben wir das Mittel in Leinsamenaufgüssen. Außer vorübergehenden Nebenerscheinungen, wie Trockenheit im Munde und Akkommodationsschwäche, vereinzelt auch Hyperaziditätsbeschwerden, sahen wir 2mal kurz dauernde Verwirrheitszustände, die nach Absetzen des Medikamentes und Anwendung synthetischer Mittel schnell abklangen. In einem dieser beiden Fälle erfuhren wir nachträglich von den Angehörigen, daß solche anfallsartigen Bewußtseinstrübungen bei der Kranken bereits vorgekommen waren, als sie noch völlig ohne Medikamente war.

Wir behandelten nun unsere Kranken niemals allein mit Rigoral, sondern kombinierten dieses mit einem Mittel aus der Gruppe der Spasmolytika bzw. Antihistaminika. So gaben wir bei einer Gruppe von Kranken *Parkopan* (Fahlberg-List), dessen Wirkstoff mit dem amerikanischen *Artane* identisch ist. Wir sahen hierbei einen besonders guten Einfluß auf den Rigor und demgemäß eine Besserung der Motorik. Der Bewegungsablauf gestaltete sich flüssiger und freier. Weiter besserten sich bedeutend der Speichelfluß und die Blickkrämpfe. Auch *Parkopan* wird einschleichend verabreicht, beginnend mit täglich 2 mg bei Frauen, 4 mg bei Männern, steigend bis zu einer Tagesdosis von 8–10 mg. Von Unverträglichkeitserscheinungen wurde gelegentlich über Schwindelgefühl geklagt, das aber nach individueller Dosierung bald abklang. Wir bemühen uns, noch weitere Arzneimittel in unseren Therapie-schatz aufzunehmen, z. B. das Antihistamin *Antiparkin* (Karo), das dem österreichischen *PKM* entspricht; doch ist die Beobachtungszeit noch zu kurz, um darüber schon abschließend etwas sagen zu können. Kranken, bei denen Belladonnapräparate kontraindiziert sind, etwa wegen Glaukomgefahr oder Prostataschäden, geben wir gern *Rodipal* (Rodleben), das dem Bayerpräparat *Dibutil* entspricht und mit dem *Akineton* (Knoll) verwandt ist, natürlich ohne Rigoral. Wir haben aber den Eindruck, daß die alleinige *Rodipal*-behandlung an Wirksamkeit gegenüber der kombinierten *Akinetonrigoral*-behandlung zurückbleibt. Bei einer anderen Gruppe von Kranken gaben wir Rigoral in Verbindung mit dem eben schon genannten *Akineton* der Firma Knoll, soweit es uns durch unsere Regierung dankenswerterweise zur Verfügung gestellt wurde. Wir begannen mit 3mal  $\frac{1}{2}$  Tablette und steigerten bei Frauen bis zu

3—4—5 Tabletten, bei Männern bis zu 5 Tabletten täglich und konnten so auch schwere Krankheitszustände mit hochgradigem Rigor, einer Motorik quasi im Zeitlupentempo, ganz bedeutend bessern. Zur Verlängerung der Akinetonwirkung geben wir gern 1 Stunde nach der ersten Morgendosis *Diabenyl* (Karo), ein synthetisches Antihistamin mit sedativer Wirkung, das dem *Soventol* (Knoll) entspricht. Die Wirkung zeigte sich am deutlichsten im Nachlassen des Rigors mit der daraus resultierenden gelösten Motorik. Kranke mit schwersten Propulsionen bekamen wieder die Fähigkeit, sich selbst zu bremsen, ohne ein Hinstürzen befürchten zu müssen. Auch bei starker Salivation und gehäuften Blickkrämpfen konnten wir beste Erfolge erzielen. Unerwünschte Nebenerscheinungen sahen wir nicht. Die Wirkung auf den Tremor war auch bei dieser Kombination nicht immer überzeugend, doch im Schriftbild wiederholt deutlich erkennbar.

Unsere Freude über die schönen Erfolge der medikamentösen Therapie des somatischen Parkinsonsyndroms wurde aber leider oft getrübt durch die psychische Unbeeinflussbarkeit der Kranken. Die Antriebsarmut, die psychischen Hemmungen, die Bradyphrenie, das gesteigerte Ruhebedürfnis, die Dysphorie mit Neigung zum Nörgeln erfuhren, wo sie vorhanden waren, mit den genannten Medikamenten in der Regel keine Veränderung. Wir begrüßten daher den Entschluß der Firma Fahlberg-List, ein Präparat zu entwickeln, das außer dem Wirkstoff des Parkopans (P 119) und einem Antihistamin (P 10) noch Zykllo-hexylmethylaminopropan (E 111) enthält. Wie tierexperimentelle Untersuchungen im Pharmakologischen Institut Jena (Prof. *Hofmann*) ergaben, ist die Toxizität wie auch die zentralerregende Wirkung dieses Wirkstoffes E 111 geringer als die des Pervitins, dagegen seine periphere Gefäßwirkung im Sinne der Kontraktion die gleiche. Die Firma Fahlberg-List stellte uns dies Kombinationspräparat P 132, das noch nicht im Handel ist, dankenswerterweise zur Erprobung zur Verfügung, und wir gaben es bei einer Gruppe von Kranken neben Rigoral und Parkopan, und zwar indem wir 1- bis 2- bis 3mal täglich 1 Tablette P 132 an Stelle der gleichen Menge Parkopan verabreichten. Die Wirkung erwies sich als die gleiche des Parkopans; auch hinsichtlich des Tremors war sie nicht erkennbar besser. Der zentralerregende Einfluß des Wirkstoffes E 111 kam dagegen unverkennbar zum Ausdruck. Sehr bezeichnend verglich eine Kranke die Wirkung mit einem Motor, der ihre Motorik ankurbele. Unangenehme Nebenwirkungen, vor allem im Sinne der Suchtgefahr, haben wir nicht erlebt.

In untrennbarem Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie steht bei uns eine vorwiegend lakto-vegetabile Kost. Dazu gehört u. a. reichlich Obst und Gemüse, zum großen Teil in Form von Rohkost, Ei, Quark und Milch, Müsli, Suppe aus Hafer-, Roggen- oder Weizenschrot, Knäcke- und Vollkornbrot, Fleisch höchstens 3mal wöchentlich, und zwar ausschließlich Kalb, Geflügel oder Fisch. Diese Ernährungsweise setzt selbstverständlich ein kaufähiges Gebiß voraus, das also erforderlichenfalls vor Beginn unserer klinischen Behandlung saniert werden müßte. Es ist das Verdienst *Völlers*, auf die Bedeutung der lakto-vegetabilen Kost hingewiesen zu haben; denn sie schafft im Organismus den alkalischen Boden, auf dessen Grundlage die Alkaloide ihre größte Wirksamkeit zu entfalten vermögen, und so wird es möglich, die Belladonnadosierung bedeutend herabzumindern, ein Nutzen, den man bei so differenten Arzneimitteln, zumal bei den arbeitstätigen Parkinsonisten, gar nicht hoch genug anschlagen kann. Deshalb dulden wir auch keine Verstöße gegen unsere Diät und untersagen die zusätzliche Beschaffung von Wurst, Fleisch, Fett, Fischkonserven, Räucherwaren u. dgl. und verlangen aus dem gleichen Grunde un-

bedingte Abstinenz gegenüber Kaffee, Nikotin und Alkohol in jeder Form und Konzentration. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß unsere Kranken, von wirklich seltenen Ausnahmen abgesehen, einsichtig und therapiefreudig genug sind, um sich diesen Vorschriften willig zu unterziehen.

Die Anfänge der physikalisch-heilgymnastischen Behandlung des Parkinsonismus, deren Darstellung ich mich nunmehr zuwende, gehen zwar bis auf *Charcot* zurück, doch erst in der Königin-Elena-Klinik in Kassel, wieder unter *Völler*, wurde die krankengymnastische Behandlung zu einem therapeutischen System ausgebaut, das im großen ganzen auch uns in Bernburg zum Vorbild dient. Im Mittelpunkt steht dabei eine mit Klavierbegleitung ausgeführte rhythmische Gymnastik. Sie betrifft den gesamten Organismus, die oberen und die unteren Extremitäten, die Mimik, das Sprechen und das Atmen. Bastelübungen am weichen Material dienen der Übung der Fingerfertigkeit. Es ist nicht allgemein bekannt, daß sich unter den Parkinsonisten sehr geschickte Bastler befinden, die trotz ihres starken Tremors staunenswerte minutiöse Kunstwerke zustande bringen. Die Freizeit ist ausgefüllt mit Spiel und Sport, mit immer wiederholten Gehübungen, wobei dem Pendeln der Arme besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird, ferner dem sogenannten Storchengang auf einer bestimmt markierten Wegstrecke und Übungen am Barren. In der 2. Hälfte von jedem Schwöchigen Behandlungsturnus findet 2mal wöchentlich je 1½ Stunden Gesellschaftstanz statt, dessen günstige Wirkung auf extrapyramidale Bewegungsstörungen erstmals *Ernst Meyer* demonstriert hat. Schließlich gehören auch Treibäder und Massagen hierher, beides ganz individuell nach den Erfordernissen des einzelnen Kranken verordnet. Von überragender, ja ausschlaggebender Bedeutung ist es, daß diese ganze Therapie nach einem genau einzuhaltenden, auch die Freizeitgestaltung einschließenden Stundenplan abläuft.<sup>1</sup>

In bezug auf die Frage nach einer zahlenmäßigen Darstellung unserer therapeutischen Ergebnisse muß ich sagen, daß unsere Behandlung erst im 3. Jahre läuft und die Erhöhung der anfangs wesentlich niedrigeren Bettenzahl auf 45 für Männer und 20 für Frauen erst im laufenden Jahre realisiert werden konnte. Ich übersehe daher zur Zeit nur 2 volle Jahrgänge (1955 und 1956) mit insgesamt 308 Kranken (133 Frauen, 175 Männer). Von ihnen hatten 167, also etwas mehr als die Hälfte (71 Frauen und 96 Männer), einen genuinen Parkinsonismus, die übrigen einen postenzephalitischen. Eindrucksmäßig sind unsere Behandlungsergebnisse bei beiden Formen die gleichen, entsprechend der Tatsache, daß unsere Therapie eine symptomatische und keine kausale ist. Insgesamt gelang es uns, 181 von unseren Kranken (= 59%) arbeitsfähig zu machen bzw. zu erhalten, und zwar 98 (= 74%) Frauen und 83 (= 47,5%) Männer. Der Unterschied der Geschlechter beruht darauf, daß wir auch die Hausfrauen, soweit sie ihren Haushalt voll versehen, zu den Arbeitstätigen rechnen. Es leuchtet ja wohl ein, daß für die Frau die Verhältnisse im eigenen Haushalt günstiger liegen als für den gleich schwerkranken Mann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Weiter bedingt arbeitsfähig waren insgesamt 42 (= 13,5%) ohne wesentlichen Unterschied der Geschlechter. Dagegen blieben weiter Rentner bzw. unbeschäftigt nur 6 Frauen (= 4,5%) sowie 54 Männer (= 31%), ein Unterschied, der wiederum aus dem Gesagten ohne weiteres erklärt wird. Wenn von unseren Kranken 25 (= 8%) Pflegefälle waren und blieben, so könnte man uns vielleicht vorhalten, daß Pflegefälle doch für unsere Behandlung eine Gegenanzeige

<sup>1</sup> Näheres siehe *R. Helbig*: Die krankengymnastische Behandlung des Parkinsonismus, „Die Heilberufe“, H. 8, S. 257 (1956).