

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931

15 (15.8.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 15

Ueber den sozialen Faktor in der Medizin.

Professor von Weizsäcker, Heidelberg.

Meine Herren! Bei einem Thema, dessen subtile und akademische Betrachtungen von heute auf morgen durch politische Entwicklungen überholt, ja über den Haufen geworfen werden kann, wird man nur dann den Mut zu bestimmten Ansichten und Entscheidungen finden, wenn man sie nicht anders betrachtet wie Soldaten, die im Kampf der Meinungen ebensowohl siegen wie auf der Strecke bleiben können. Und wenn die Gegenwart gerade auf diesem Gebiete besonders bewegt ist, so mag man sich erinnern, wie gerade in der deutschen Geschichte höchste Notzeiten nicht selten auch Zeiten höchster geistiger Fruchtbarkeit waren. Jedenfalls erfordert die Lage nicht nur Politik der Abwehr, sondern intensive geistige Anstrengung. Wenn nun vorhin vor allem vom Arzte die Rede war, so möge jetzt auch der Patient zur Sprache kommen.

Daß hier nun neue geistige Probleme gestellt sind, auf die wohl niemand hinreichend vorbereitet ist, kann man in den verschiedensten Kreisen feststellen. So ist es mir etwa im Gespräch mit führenden Gewerkschaftern aufgefallen, daß ihnen die hygienischen Aufgaben des Arbeiterschutzes gegen Vergiftungen oder Verletzungen ganz geläufig waren, daß ihnen aber die medizinisch-psychoologischen Probleme der Arbeiterneurose und aller Arten neurotischer Insuffizienz so gut wie unbekannt geblieben waren und dies, obwohl diese Insuffizienz gerade mit den politisch wichtigen Verschiebungen der Radikalisierung der Arbeiter so enge zusammenhängen. Aber wir dürfen uns darüber nicht wundern, wenn wir auf die so völlig verschiedene ja gegensätzliche Beurteilung unter den Aerzten selbst schauen. Ich glaube nun, und möchte dies gleich zu Beginn unterstreichen, daß die so ungeheuer verschiedene Beurteilung neurotischer oder auch nicht neurotischer Arbeitsinsuffizienz durch uns Aerzte ihren Grund nicht nur darin hat, daß die Medizin noch nicht zu einer Klärung der Theorie und bis zu einem allgemein angenommenen Standpunkt vorgedrungen sei; auch nicht nur darin, daß bewußtes und unbewußtes Interesse das Urteil des Gutachters beeinflusse. Sondern ich glaube, daß hier Meinungsverschiedenheiten darum auftreten müssen, weil eine Frage an uns gestellt wird, die wir beantworten sollen, obwohl wir es einfach nicht können: die Frage nach der Arbeitsfähigkeit eines Menschen, den wir gar nie arbeiten sehen, und dessen Arbeitsaufgabe wir überhaupt nicht kennen. In der Zeit, da die Sozialversicherungen formuliert wurden, ist diese Schwierigkeit einfach nicht beachtet worden und sie hat sich in den Jahrzehnten der Prosperität auch

nicht verhängnisvoll auswirken müssen, wie das jetzt der Fall ist.

Der Zeitpunkt zur Diskussion dieser Frage ist keineswegs ungünstig, und er ist darum interessant, weil zum Kampf um Arbeitslohn und Arbeitszeit der Kampf um die Arbeitsfähigkeit hinzutritt. Dieser Kampf um die Arbeitsfähigkeit ist deshalb so interessant, weil neben der wirklichen oder vorgeblichen Streben des Arbeitenden seine Arbeitsunfähigkeit zu beweisen, ein Kampf entbrannt ist um das Erreichen der Arbeit selbst. Der Arbeitslose kommt heute gar nicht selten in die Lage, gerade umgekehrt seine Arbeitsfähigkeit beweisen zu müssen gegen Bestrebungen, welche ihm diese Fähigkeit absprechen wollen. Sie alle werden solche Fälle aus der Praxis kennen. Mit der Arbeitslosigkeit ist also auch für die Theorie der „Tendenzneurose“ eine ganz veränderte Basis geschaffen. Nicht alle Arbeitgeber machen sich klar, wie marxistisch sie denken, wenn sie trotz dieser veränderten Verhältnisse das Verhalten der Arbeitnehmer nur aus deren materiellem Interesse (Geldinteresse) ableiten, nicht bedenkend, daß die Bezüge aus Versicherungen zunehmend um ein Mehrfaches und Vielfaches geringer sind, als aus der Arbeit. Die Zufriedenheit eines Menschen speist sich aber noch aus ganz anderen Quellen, und ich wiederhole hier meine mehrfach ausgesprochene Ueberzeugung, daß in der gegenwärtigen Struktur der Psyche des deutschen Arbeiters die wirkliche oder vermeinte Vorenthaltung eines Rechtsanspruches zu den allerwichtigsten und verbreitetsten Motiven nicht nur der Unzufriedenheit, sondern der erbitterten Kampfhandlung gehört. Das beweisen jene Fälle, in denen die Wegräumung selbst einer minimalen derartigen Vorenthaltung von wenigen Pfennigen gestatten kann, einen seelisch schwer verirrten Patienten wieder zum gesunden Verdienst zurückzuführen. Ja noch mehr, wir beobachten nicht selten, daß dann auch ein objektiv vorhandener und gar nicht unbedeutender organischer Befund, sei es nach Schädelfraktur, sei es bei einem Vitium, dann wieder ganz gut kompensiert wird, und eine körperliche Belästigung in Kauf genommen wird, anstatt zu einem Krankheitsbilde ausgebaut zu werden. Gerade dies aber ist für das Problem der Arbeitsfähigkeit nun von entscheidender Bedeutung. Denn es besagt eben, daß diese Arbeitsfähigkeit objektiv abhängt davon, in welcher seelischen Gesamtlage ein Mensch sich befindet und nicht nur davon, in welchem Zustand sich seine Organe im Sinne der pathologischen Anatomie und Physiologie befinden. Daß also hier nicht nur eine moralische Frage vorliegt, sondern ein medizinisch-physiologischer Grundsatz. Dieser sagt demnach, die Arbeitsleistung eines Menschen hänge ab von der Lebens-Situation seiner Person. Was aber ist unter Lebens-Situation zu verstehen, wie wirkt sich die Gesamtlage eines Menschen im klinischen Bilde aus? Hier hat unser Weg von der Individualneurose zur

Referat, gehalten auf dem 8. Badischen Aerztetag am 17. Mai 1931 in Baden-Baden.

Sozialneurose geführt und hier stehen Pathologie und Therapie vor immer noch wachsenden neuen Aufgaben. Offenbar ist das allgemeine Rüstzeug des Internismus hier nicht mehr ausreichend. Zweifellos ist die Wendung, welche vor allem das Auftreten Freuds in die therapeutische Einstellung brachte, von entscheidender Bedeutung gewesen. Sie kennen dann die Entwicklung, welche namentlich durch die Kriegserfahrungen in unseren Anschauungen erfolgt ist. Wo man früher für Hysterie oder Psychopathie eine Rente zu geben pflegte, da versucht man nunmehr zugleich unter dem Druck unserer finanziellen Lage die Heilung dem Spiel der natürlichen Schicksalskräfte zu überlassen und betonte die verderbliche Wirkung der Dauerrente durch Fixierung der Beschwerden. War im Krieg eine Behandlung gerade in Baden mit auffallendem Erfolge durchgeführt worden, so entstand in der Nachkriegszeit eine weitverbreitete Skepsis, besonders der Psychiater, ob man unter den nun gegebenen Verhältnissen in größerem Maßstabe eine Therapie der neurotischen Arbeitsunfähigen durchführen könne. Zugleich entbrennt ein bitterer Kampf, wo das Recht auf Rente im Einzelfall beginne und wie die ursächliche Beziehung zwischen Kriegs- und anderen Schäden und dem insuffizienten Zustand zu definieren sei. Nicht nur Patienten und Aerzte, nicht nur Aerzte und Aerzte stehen gegeneinander. Auch die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und die des Reichsgerichtes nehmen einen deutlich verschiedenen Standpunkt ein, indem das Reichsgericht geneigter ist, auch seelische Bedingungen als Trauma, und damit als adäquate Ursache solcher Veränderungen anzuerkennen. Es ist hier nicht der Ort, meinen persönlichen Standpunkt, den ich in meiner Schrift über Soziale Krankheit und soziale Gesundheit (Springer 1930) ausgesprochen habe, zu entwickeln. Die Erfahrungen, die auf meiner Heidelberger Abteilung zum Studium und zur Behandlung der Arbeiterneurosen gemacht werden, beweisen jedenfalls, daß auch heute eine weitgehende Behandlung möglich ist, und dies stimmt überein mit Ergebnissen, die z. B. Unger mit dem Material der Sächsischen Landesversicherungsanstalt gemacht hat.

Vielmehr mögen die folgenden Betrachtungen dem Problem gewidmet sein, welches die neue Lage ungeheurer Arbeitslosigkeit und des rascheren Flusses politischer Entwicklungen stellt. Wie sich das mehr individualpsychologische Verhalten des Familien- und Hausarztes umwandelt oder mindestens erweitert, zu dem des halb oder ganz verbeamteten Sozialarztes, so drängt auch die individuelle Einzelbehandlung über sich hinaus zur sozialpolitischen Maßnahme. Wenn nämlich, wie zu hoffen ist, es auch zu einer Reform der geistigen Grundlagen der Sozialversicherungen kommt, so dürfen wir ein Videant Consulens an die gesetzgebende Instanz richten, daß diesmal der Arzt gefragt werde. Es ist erstaunlich, wie wenig die Diskussion der Tagespresse sich darüber klar zu sein scheint, daß die Ausschüttung der Milliarden an Rentenempfänger zu einem ganz hohen Anteil unmittelbar durch die einzelnen Beurteilungen der Aerzte geschieht, und wie wenig diese Urteilsbildung der Aerzte betrachtet und untersucht wird, wie man sich immer wieder beschränken zu können glaubt auf das rein finanzpolitische und finanztechnische Problem. Wir müssen uns aber klar sein, daß jedes ärztliche Urteil

zum Urteil über eine Arbeitsfähigkeit wird, daß dieses Urteil zu einem sozialen Eingriff wird, daß dieser Eingriff aber zu einer Verschiebung des Volkvermögens und diese wieder ein Tropfen in dem Meer der Politik wird, der nicht verschwindet, sondern eines Tages entscheidet. Wer diese Gesamtreihe nicht unablässig im Bewußtsein hat, wird in jedem Einzelfall sehr leicht so handeln, daß das Institut der Versicherungen zur Hälfte statt Wohltat Schaden wird.

Denn schon stehen wir an dem Punkte nicht nur des Ruins einzelner Versicherungsinstitute, sondern auch der Bedrohung des Staats, der Gesamtheit. Ich möchte damit sagen, daß die Zeit vorbei ist, wo es für den Arzt genügt, nur ans Wohl seines Patienten zu denken, denn das Volksganze ist Patient geworden und meldet seine Rechte gegen die des Einzelnen an. Ich weiß wohl, daß es nicht dasselbe ist, ob man in der Praxis steht, oder im Schutze der Klinik und ihrer relativen Unabhängigkeit. Und ich wage nicht zu entscheiden, ob es wünschenswert ist, eine noch tiefere und radikalere Trennung zwischen behandelnden Aerzten einerseits und begutachtenden kontrollierenden Vertrauens- und Beamtenärzten durchzuführen. Der behandelnde Arzt ist der beste Kenner seines Patienten, aber der beamtete Arzt ist der bessere Kenner der sozialpolitischen Konsequenzen. — Niemand wird glauben, daß man Mißstände in erster Linie durch Paragraphen und Zusatzverordnungen bekämpfen könne. Jeder hat erfahren, wie wenig dies gelingt, und wie sehr daher die Frage nach einer grundsätzlichen Wandlung von den Fundamenten her brennend ist. Ob z. B. eine stärkere Rückkehr zu dem Gedanken des alten Haus- und Familienarztes durchführbar ist, kann meines Erachtens nur durch kühnen Versuch entschieden werden. Zwei Londoner Aerzte (Williamson und Pearse, A new case for Action, London 1930) haben in einem Arbeiterbezirk tatsächlich Erfolg gehabt mit dem Versuch über die Kasse weg eine Art von Privatpraxis aufzubauen. Solche Erfahrungen sind außerordentlich eindrucksvoll.

Die andere Frage aber ist, ob in den Grundlagen der Zwangsversicherung, deren völligen Abbau, soviel ich sehe, kein ernst zu nehmender Kritiker bisher verlangt, ein Wandel möglich ist. Diese Frage kann aber keineswegs nur unter Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und der Rationalisierung behandelt werden. Man wird nicht übersehen dürfen, daß unseren Versicherungseinrichtungen auch geistige und seelische Grundhaltungen zugrundeliegen, die nicht von heute auf morgen auszurotten sind. Es sei denn mit einem unerhörten und gefährlichen Aufwand von Gewalt. Der Anspruch, für den Betriebsunfall, für den Kriegschaden entschädigt zu werden, der Anspruch bei Minderung der Erwerbsfähigkeit durch eine Geldzuwendung gesichert zu werden, ist tief in dem versicherten Volksteil seelisch eingegraben. Daraus ergibt sich aber zugleich die Definition des Gegenstandes der Versicherung. Diese gegenständliche Form der Versicherungen geht also von Ereignissen wie Krieg, Unfall, Krankheit, Alter, aus. Nur indirekt und in unpräziser Weise berücksichtigt sie die tatsächlich vorhandene Notlage, die in einem Fall, z. B. bei völlig alleinstehenden Personen und sehr ungünstiger Kleinverdienstmöglichkeit ganz groß, im anderen Fall, wo Familie oder Nebenverdienste vorhanden sind, gar nicht so groß ist. So durchkreuzen

sich die Gesichtspunkte bestimmter Gegenstände der Versicherungen und der Gesichtspunkt aktueller Not. Nur die Fürsorgeeinrichtungen und Versicherungen gehen rein von dieser letzteren Frage, der der Bedürftigkeit, aus. Es scheint mir nun, daß es der Gegensatz dieser zwei Grundprinzipien ist, welcher die weitere Entwicklung des Versicherungswesens wird beeinflussen müssen. Ich persönlich neige jedenfalls zu einem Versuch in Richtung Vereinheitlichung der Gegenstands- und der Notstandsversicherungen, ohne die Grenze bis zu der eine solche Einheit erreichbar sein wird, im einzelnen diskutieren zu wollen; zumal als dazu Sachkenntnis auf den verschiedensten Gebieten erforderlich ist, wie einige sehr dilettantische Arbeiten, welche in den letzten Jahren besonders das Sparsystem empfohlen haben, zeigen. Selbstverständlich ist Einheitsversicherung mit starker Dezentralisierung und Selbstverwaltung durchaus vereinbar. Sollten wir wirklich einer grundlegenden Umformung unseres Versicherungssystems entgegengehen, so wird sich der Neubau auf Gesinnungen und auf Interessen stützen müssen, welche noch gar nicht vorhanden, sondern welche in langwieriger Arbeit in den breiten Massen erst entstehen sollen. Es wird darauf ankommen, in welchem Geiste man eine solche Aufgabe in Angriff nimmt. Wenn Sie mir erlauben, hierzu etwas persönlicher Einiges zu sagen, so möchte ich gerade aus meiner Kenntnis des Arbeitsinsuffizienten und der Neurose heraus mich dagegen wenden, hier nur eine Frage moralischer Art zu erblicken. Der Versagende wird am leichtesten von demjenigen als Arbeitsunwilliger beurteilt, der selbst nicht versagt, beziehungsweise sich niemals in den objektiven Situationen befunden hat, welche der Versagende durchlaufen hat. Manche sind so weit gegangen, hier die Frage der Auslese der Tüchtigsten aufzurollen und es als wünschenswert hinzustellen, daß die Untüchtigen zugunsten der Tüchtigen untergehen. Diese Form des Heroismus ist nicht nur unärztlich, sondern auch blind gegen die Realität. Die Realität lehrt, daß der im Arbeitskampf Versagende gerade recht häufig der Träger unersetzlicher Werte ist, welche statt in einer bestimmten Situation sich entfalten zu können, verkümmern oder destruktive Kraft annehmen. Man kann ferner unser Problem überhaupt nicht nur aus einer Pathologie des Individuums, sondern nur einer Pathologie der Gesellschaft verstehen. Heute, glaube ich, ist nicht so sehr die oft angeschuldete Technisierung und Mechanisierung der Arbeitshandlung selbst, als vielmehr die Ueberbürokratisierung der menschlichen Beziehungen das entscheidende Uebel. Ist doch das Versicherungsinstitut selbst so anonym und selbstverständlich geworden, daß ihm der Versicherte als einem unlebendigen Gespinnst von Bestimmungen und Rechtsansprüchen gegenübersteht. Sie alle kennen das Schalterloch, welches so klein und tief angebracht ist, daß man mit gebeugtem Nacken in ein unbekanntes Nichts hineinspricht und horcht. Diese Verschalterung menschlicher Beziehung erzeugt die Schalterneurose nicht nur dessen, der draußen, sondern ebenso dessen, der drinnen ist. Auf der anderen Seite, und ich kann nicht anders als dies hier einmal ganz frei auszusprechen, ist das allzu völlige Zusammenfallen der Wünsche des Patienten mit den Wünschen des Arztes eine der bedenklichsten Entwicklungen gerade in diesem System. Der

Arzt, der in solcher liebender Identifizierung mit seinem Patienten seine Leiden befaßt, seine Ansprüche unterstützt, erzeugt zuweilen Entwicklungen von unerlöser Tragik. Wenn nämlich aus dem Attest der Antrag, aus dem Antrag der Rechtsstreit, aus dem Rechtsstreit der fortschreitende moralische und wirtschaftliche Niedergang nicht nur des Patienten, sondern seiner so oft vielköpfigen Familie geworden ist. Ich bitte Sie, diese Atteste und diese Anregungen zur Antragstellung wieder einzuschränken auf das nötige Maß. Es ist nicht zu übersehen, daß sich in den entgegengesetzten Meinungen der Gutachten und Atteste nicht so sehr wissenschaftlich als weitanschauliche und politische innere Gegensätze der Ärzteschaft selbst aussprechen. Mehr als man als oberflächlicher Kenner der so liebenswürdigen Kollegenschaft, zu der zu sprechen ich heute die Ehre hatte, denken könnte, gilt wohl die Erkenntnis, daß auch in jedem Einzelnen widerstreitende Gefühle ringen und jeder Einzelne an einer Stelle steht, deren Signatur lautet: Der Arzt am Scheidewege.

Professor Dr. Ludolf Krehl:

Neurosen.

Es wäre schließlich noch darzulegen, wie für unsere Aufgabe die Folgen dessen sind, was der Kranke sich selbst unter seinem Zustand denkt (Goldscheiders „Autoplastisches Krankheitsbild“). Das ist nicht nur von theoretischem Interesse, sondern auch von großer diagnostischer Bedeutung. Denn man kann für die Krankheitslehre des Menschen nicht genug hervorheben, daß die Symptome, die er bietet, zwar geschaffen werden durch die Einwirkung der Krankheitsursache einerseits, der Reaktionsform des Individuums andererseits. In die letztere geht aber, in zunächst noch unabsehbarer Weise, ein: der ganze seelische Zustand des Menschen, sowohl nach seiner bewußten, wie nach seiner unbewußten Seite hin. Dieser beeinflußt und färbt nicht nur die Form der exogenen Organerscheinungen, er gestaltet sie nicht nur, sondern er erzeugt sie auch. Hierfür ist alles bedeutungsvoll, was seelisch vor sich geht. Siebeck macht sehr feine Bemerkungen darüber, daß es nicht nur die besonderen eigenartigen und schweren Erlebnisse sowie ihre unbewußten Korrelate und Folgen sind, die sich hier als wirksam erweisen, sondern gerade auch das Alltägliche und Gewöhnliche. Das bei einem konstitutionell besonders eindrucksfähigen vegetativen und zerebrospinalen Nervensystem! Dadurch kommt alles, was in den Organen und in den Zellen geschieht, unter den Einfluß aller Vorgänge, die sich im Nervensystem abspielen. Nennt man das, was im Menschen als Folge bestimmter bewußter und unbewußter psychischer Prozesse vor sich geht und sich in seelischen oder körperlichen Folgen äußert, sei es durch Organe, die vegetativ, sei es durch solche, die zerebrospinal innerviert sind, nennt man das Neurose, so ist bei vielen oder sogar bei allen Krankheiten, namentlich geistig eindrucksfähiger und beweglicher Menschen eine Art Neurose dabei. Diese Konsequenz ist v. Weizsäcker zu ziehen geneigt. Es geht aus früheren Darlegungen dieses Buches hervor, daß und warum ich dem nicht völlig zustimmen vermag. Ich könnte es wohl prinzipiell gelten lassen, würde aber sagen, daß in einer großen Zahl von Krankheitsfällen gleichsam die Menge des Neurotischen unmerklich ist. Das bleibt aber unzweifelhaft richtig, daß bei sehr vielen Krankheitszuständen neuro-

tische Symptome von großer Bedeutung sind. Auch ich habe gelernt, auf diese Dinge sorgfältig zu achten, und ich empfehle das, denn für die Beurteilung der Kranken und für die Bewertung seiner Erscheinungen wird dadurch vieles klarer als früher. Nicht als ob das den Ärzten früher entgangen wäre! Die großen alten Ärzte waren alle Menschenkenner. Sie merkten mehr intuitiv und von ihrem Menschtum aus, was uns Nachfahren durch die analysierende Ratio klarer wird. Die allgemeine Stellung der wirklich ärztlichen Medizin wird vielleicht durch kaum etwas anderes besser gezeigt als durch dieses Verhältnis von ärztlich-psychologischer Erwägung und menschlicher Klugheit, diesen Uebergang von Intuitio in Ratio. Wir brauchen Einsicht in die Vorgänge, wie gesagt, zur Weiterbildung einer richtigen Beurteilung der Erscheinungen, der Symptome bei inneren Krankheiten, und wir sind V. v. Weizsäcker dankbar dafür, daß er anfang, von dieser Seite aus in die Symptomatik innerer Krankheiten einzudringen. Die weitere Ausarbeitung dieser Auffassung wird noch sehr vieles für das Verständnis der Krankheitserscheinungen Bedeutsame sowie für Erkennung und Beurteilung Wichtige ans Licht bringen. Wir können uns das, was möglich ist und tatsächlich vorkommt, gar nicht reich, bunt und variabel genug vorstellen. Denn der Einfluß des Nervensystems, namentlich der seines vegetativen Teils ist ungeheuer reich und vielseitig. Wir lernen täglich Neues, auch der erfahrene Arzt!

Aus Krehl: Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten. II. Bd. Die Erkennung innerer Krankheiten. 1931 Verlag von F. C. W. Vogel in Berlin

Aus d. Sanat. Eberbach (Leiter: Facharzt Dr. Schlapper).

Die diätetische Therapie der Lungentuberkulose

mit besonderer Berücksichtigung der Kostformen nach Sauerbruch - Herrmannsdorfer - Gerson.

(Schluß.)

Da mir entsprechend dem mir zur Verfügung stehenden Krankenmaterial Erfahrungen über Lupus und Knochentuberkulose fehlen, konnte ich die S.-H.-Diät lediglich bei Lungentuberkulösen nachprüfen. Um es gleich vorweg zu nehmen, haben wir mit der S.-H.-Diät nichts anderes gesehen, als was wir bei gewöhnlicher gemischter Kost auch zu sehen gewohnt sind. Wie ich Ihnen noch in Röntgenbildern zeigen werde, sieht man bei sorgfältiger hygienisch-diätetischer Behandlung, besonders bei längeren Kuren, sehr schöne Erfolge, die beweisen, wie groß die Selbstheilungstendenz ist, wenn der Organismus, insbesondere durch die Ruhe, in die Lage versetzt wird, erfolgreich gegen seine Infektion anzukämpfen. So haben mich auch die verschiedenen Veröffentlichungen Herrmannsdorfers über seine Erfolge bei Lungentbc. nicht von der Richtigkeit seiner Behauptungen überzeugen können. Ich gebe gerne zu, daß es sehr schwierig ist, gerade bei der Lungentbc. das post hoc und propter hoc zu unterscheiden aber bei genauem und objektivem Studium der Veröffentlichungen z. B. von Baer, Herrmannsdorfer und Kausch in der Münchner Med. Wochenschr. 29, möchte ich doch annehmen, daß die Erfolge nicht der Diät, sondern der langen klinischen Behandlung zuzuschreiben sind. H. schreibt z. B. von einem Fall, der sich nach 3monatiger gemischter Kost nicht besserte, durch Diät jedoch in überraschend kurzer Zeit von der exsudativen in die produktive übergeführt

werden konnte. Die „überraschend kurze Zeit“ betrug 12 Monate!! Wenn wir Heilstättenärzte so glücklich wären, unsere Kranken 12 Monate in Behandlung zu haben, würden wir unsere Erfolge naturgemäß wesentlich mehr steigern können. Das wird bewiesen durch die Gegenüberstellung unserer Erfolge bei der früher üblichen Kurdauer von 3 Monaten gegenüber den jetzigen von 5—6 Monaten, die wir schon als lang zu bezeichnen gewohnt sind.

Wenn insbesondere die mit salzloser Diät erreichte stärkere Gewichtszunahme betont wird, so ist dem folgendes entgegenzuhalten: Zunächst trägt sicher der reichlich gegebene Phosphorlebertran viel zu der Hebung des Gewichts bei. Ich möchte in diesem Zusammenhange nur kurz auf die von Bacmeister und Rehfeldt beschriebenen Phosphorvergiftungen zu sprechen kommen, die sicherlich noch größere Ausmaße erreicht hätten, wenn nicht der leicht zersetzbare Phosphor im Lebertran rasch unwirksam würde, wie Straub betont hat.

Aber auch ohne Lebertran will ich gerne zugeben, daß die Gewichtszunahmen mit S.-H.-Diät im Krankenhaus häufig besser sind. Das liegt aber nicht an der Diät selbst, sondern an der Zubereitung. Viele meiner Patienten, die vor der Aufnahme in das Sanatorium in einem Krankenhause lagen, bestätigen mir, sich deshalb zur salzarmen Kost gemeldet zu haben, weil sie dann besonders sorgfältig mit Butter zubereitete Gemüse usw. bekamen, was bei der üblichen Krankenhauskost nicht möglich sein kann.

Wenn wir aber die bei gemischter Kost erreichten Gewichtszunahmen in den Lungensanatorien, wo von jeher der Diät ein besonderes Augenmerk geschenkt wurde, zum Vergleich heranziehen, wird man einen wesentlichen Unterschied zugunsten der doch erheblich teureren S.-H.-Diät nicht erblicken können.

Zur besseren Illustrierung möchte ich Ihnen eine Zusammenstellung über die von uns beobachteten Kranken projizieren, wobei betont werden soll, daß nur solche Kranke berücksichtigt wurden, welche die Diät mindestens 2 Monate genossen haben. Von anfänglich in Aussicht genommenen 176 Patienten schieden 69 aus, welche auf die Kost entweder mit Magenbeschwerden reagierten oder die zur Durchführung notwendige Energie nicht aufbrachten. Es bleiben also 107 Kranke übrig.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß wir mit der S.-H.-Diät bei der Lungentuberkulose im Allgemeinen nicht weiter kommen, als mit der bisher üblichen gemischten Kost. Gegen ihre allgemeine Einführung spricht vor allem der weit höhere Erstellungspreis, außerdem ist der längere Genuß einer wenn auch sorgfältig zubereiteten S.-H.-Kost keine reine Freude, wie ich mich selbst überzeugen konnte. Es muß jedoch hervorgehoben werden, daß es einzelne Fälle gibt, bei denen diese Diät als günstiger Reiz wirkt und dadurch den Kranken nützt. Vielleicht ist es durch weitere Stoffwechselforschung möglich, diese Kranken herauszufinden und dann entsprechend weiter zu kommen.

Die neue Aufrollung des Ernährungsproblems bei der Tuberkulose hat uns gelehrt, daß es eine sozusagen spezifisch wirkende Heildiät für die Tuberkulose nicht gibt, daß wir bei der Bestimmung der Zusammensetzung der Kost die ganze Persönlichkeit des Kranken und die Funktionsstörung aller seiner Organe berücksichtigen müssen.