

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931

18 (30.9.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen
aus und für Baden

WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 18

Konjunktur und Krankheit.¹⁾

Von Dr. Paul Eppstein, Privatdozent an der Handels-Hochschule Mannheim.

(Schluß.)

Die Erkrankungshäufigkeit in den einzelnen Konjunkturphasen ist besonders für die Versicherungsträger von Bedeutung. Aus der Streuung der Risiken ergibt sich eine stärkere Belastung der Kassen in den kritischen Konjunkturphasen. Das Beitragsaufkommen pflegt im Aufschwung mit der abnehmenden Erwerbslosigkeit und mit der Zunahme versicherungspflichtiger Beschäftigungen zu steigen. Daher fallen die Schäden in dieser Zeit nicht so stark ins Gewicht, es können im Aufstieg Rücklagen gemacht werden. Infolge der gegenläufigen Tendenz im Niedergang nehmen die Kassenleistungen im Verhältnis zum Beitragsaufkommen in dieser Phase zu. Daraus allein kann aber noch nicht auf eine Erhöhung des absoluten Krankenstandes oder der Zahl der arbeitsunfähig Erkrankten geschlossen werden, weil die Kassenleistungen stärker von der Struktur der Schadensfälle als von der Höhe des Krankenstandes sich abhängig erweisen. Aus unseren Feststellungen über die Wirkungsmöglichkeit der Konjunktur auf den Krankenstand in den einzelnen Phasen muß jedoch die übliche Annahme eingeschränkt werden, wonach der Aufstieg der Konjunktur als Zeit der geringsten Schadensfälle anzusehen ist. Wenn der Krankenstand im Aufschwung ansteigt²⁾ kann, soweit die Höhe des Krankenstandes die Kassenleistungen tangiert, auch in dieser für das Beitragsaufkommen günstigen Phase eine stärkere Inanspruchnahme der Kassen erfolgen.

Zusammenfassung:

Fernwirkung der Konjunktur auf den Krankenstand.

Aus unserer Untersuchung ergibt sich:

1. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Konjunktur und Krankheit in dem Sinne, daß der Krankenstand (der entschädigten Morbidität) eine den Konjunkturwellen entsprechende „natürliche“ Zyklizität aufweist, ist nicht zu beobachten.
2. Die Konjunktur vermag auf den Krankenstand einzuwirken a) objektiv durch den Einfluß konjunkturrempfindlicher Elemente der sozialen Lage auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten, b) subjektiv durch die Beeinflussung des

¹⁾ Uebersichts-Referat auf dem 8. Badischen Aerztetag am 17. Mai 1931 in Baden-Baden.

²⁾ Kompensierend kann dabei wirken, daß die Zahl der Unterstützungstage, also die durchschnittliche Krankheitsdauer, im Aufstieg zurückgeht, im Abstieg zunehmen kann. Wir konnten dies am Beispiel der Mannheimer Allgemeinen Ortskrankenkasse, die Jahre 1925 und 1927 als Aufstiegsjahre gesetzt, bestätigt finden. Allerdings sind die Rückgänge gering, sodaß sie kaum auf eine Aenderung der biologischen Krankheitsstruktur zurückgeführt werden können.

sozialpsychologischen Habitus der Versicherten und einer entsprechenden Krankmeldungsbereitschaft.

3. Der von uns abgegrenzte Spielraum der subjektiven Krankheitsanerkennung (die Krankmeldungsbereitschaft) in dessen Rahmen der konjunkturelle Einfluß wirksam werden kann, ist so beschränkt, daß eine kausale Bestimmung der biologischen Erkrankungshäufigkeit der Versicherten aus der Wirtschaftskonjunktur heraus nicht durchgeführt werden kann. Struktur und Höhe des Krankenstandes sind in erster Linie biologisch fundiert.
4. Die Konjunktur gehört zu der komplexen Aetiologie zu dem weitschichtigen Bedingungsgefüge, das den Krankenstand mittelbar beeinflussen kann. Sie vermag also nur Fernwirkungen auf den Krankenstand auszuüben. Die biologische Struktur der Erkrankungshäufigkeit kann, muß sich aber nicht konjunkturell beeinflußt erweisen.
5. Innerhalb des sozialen Bedingungsgefüges kann nach Berücksichtigung der Kompensationen für die Zeit nach der Währungsstabilisierung (also bei einer wirtschaftlichen Phasendauer von rund 13 Monaten) eine positive Korrelation zwischen Konjunktur und Krankenstand festgestellt werden, wonach im Aufstieg die Erkrankungshäufigkeit relativ ansteigt, im Abstieg relativ zurückgeht.
6. Diese Tendenz verstärkt oder vermindert den natürlichen Ausschlag der Krankenstandskurve in den Jahreszeiten, je nachdem Auf- oder Abstieg der Konjunktur in den Winter oder Sommer fällt. Die Saisonschwankungen des Krankenstandes sind unmittelbar natürlich (durch Klima und Witterung) und mittelbar sozial (durch den Einfluß der wirtschaftlichen Saisonschwankungen auf die Krankmeldungsbereitschaft) bestimmt. In der saisonbereinigten Krankenstandskurve treten die epidemischen Spitzen, also primär biologische Faktoren besonders hervor.
7. Ein Vergleich der Kurven einzelner Konjunktursymptome mit der Krankenstandskurve, der methodisch gestatten könnte, den Einfluß der Konjunktur zu isolieren und graduell zu bestimmen, ergibt (für die untersuchte Zeitspanne) mit Ausnahme eines nachweisbaren Einflusses der Arbeitslosigkeit keine bemerkenswerten Korrelationen.

Eine kausale Bestimmung der Dynamik der Morbidität durch die Dynamik der Wirtschaft erscheint also nicht möglich. Dagegen können statisch Einflüsse der Konjunktur auf die Erkrankungshäufigkeit aufgewiesen werden. Die sozialmedizinische Erkenntnis kann demnach in Ergänzung zu der rein

medizinischen Forschung, durch deren Fortschreiten die Struktur der biologischen Morbidität sich nur in relativ langen Zeiträumen wandelt, mittelbar dazu führen, eine konjunkturpolitische Planwirtschaft zu unterstützen und damit eine planmäßige Gesundheitspolitik vorzubereiten, die durch die Sicherung einer möglichst frühzeitigen Behandlung vorhandener Krankheiten dazu berufen ist, schädlichen Auswirkungen auf die Arbeitskraft vorzubeugen.

Literatur-Uebersicht.

- L. Alkan: Organische Krankheiten aus seelischer Ursache, Stuttgart 1930.
- E. Friedberger: Ueber die Diphtherie-Epidemien der letzten Jahre und die Schutzimpfung. Med. Klinik, 27. Jg. 1931, S. 644.
- A. Gottstein: Morbiditätsstatistik in „Die Statistik in Deutschland nach ihrem heutigen Stand“, München 1911, I, S. 341.
- L. Günzburg: Im Schatten der Arbeitslosigkeit, Frankfurter Zeig, 1931, Nr. 311, 314.
- W. Hanauer: Die Morbiditätsstatistik und ihre Grenzen. Med. Klinik 1928 S. 137.
- C. Henriques: Die Krankenkassenstatistik des Hauptverbandes d. Dt. Krankenkassen. Soz. Med. 3. Jg. 1930, S. 561.
- A. Hirschbruch: Krankenpsyche und wirtschaftliche Krankenbehandlung. Soz. Med. 1. Jg. 1928, S. 259.
- I. Körösi: Beobachtungen üb. d. Einfluß von Wohlstand, Kellerlage, überfüllten Wohnungen, Temperatur und Luftfeuchtigkeit auf die Ausbreitung der Diphtherie, Comptes-Rendus et Mémoires, VIII. Congr. Intern. d'Hyg. et de Dém., tome 2, Budapest, 1896, S. 229 ff.
- I. Kroner: Die soziale Bedeutung des Gelenkrheumatismus. Soz. Med. 3. Jahrg. 1930, S. 581, 647.
- H. Lehmann: Neurasthenie und soziale Lage. Soz. Med. 2. Jg. 1929, S. 481.
- W. Lincke: Krankenstand und Arbeitswille. Berlin 1930.
- Th. Marcuson: Die Morbiditätsstatistik in der Sozialversicherung der U.d.S.S.R., Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem., 3. Jg. 1928, S. 256.
- Martineck: Arbeitslosigkeit und Volksgesundheit. Reichsarbeitsblatt, 11. Jg. 1931 II, S. 123.
- G. v. Mayr: Stat. u. Gesellschaftslehre II, 2. Aufl., Tübingen, 1926.
- I. Moses: Arbeitslosigkeit, ein Problem der Volksgesundheit, Denkschr. 1931.
- Mosse-Tugendreich: Krankheit u. soziale Lage, München 1913.
- F. Okrass: Die periodischen Schwankungen des Krankenstandes. Deutsche Krankenkasse, 13. Jg. 1926, S. 795.
- Paul: Die Saison- und Konjunkturschwankungen auf dem Arbeitsmarkt in den Jahren 1924—1927. Reichsarbeitsbl. 1928 II, S. 77 ff.
- Paul: Neueste Ergebnisse aus d. deutschen Krankenversicherung unt. bes. Berücks. d. Krankenstandes, Die Reichsversicherung, 1927, S. 328 ff.
- Saisonschwankungen d. Krankenstandes. Reichsarbeitsblatt 1927 II, S. 439 ff.
- F. Prinzing: Handbuch d. medizinischen Statistik. 2. Aufl. 1930.
- W. Pryll: Ergebnisse d. Statistik d. Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin 1928.
- W. Rink: Der Begriff der Krankheit. Soz. Med. 2. Jg., 1929, SS. 83, 141.
- E. Roesle: Grundlagen der Krankenkassenstatistik. Soz. Med. 1. Jg. 1928, SS. 91, 121.
- Die Erkrankungshäufigkeit bei den Krankenkassen, Soz. Med. 1. Jg. 1928 S. 25.
- Eine Statistik über 999 Morbiditätsursachen. Soz. Med. 2. Jg. 1929, SS. 237, 275.
- Morbiditätsstatistik und Völkerbund. Soz. Med. 2. Jg. 1929, S. 63.
- Vorschläge zur Internationalisierung der Statistik der Morbidität. Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem., Bd. 3, 1928, S. 137.
- Die Forderung an eine praktisch verwertbare Morbiditätsstatistik der Krankenkassen Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem., Bd. 5, 1930, S. 383.
- Gesundheitsbarometer. Ref. auf d. Tagung d. Dt. Statist. Gesellschaft in Stettin 1931.
- Sartorius: Klima und Gesundheit. Zeitschr. f. phys. Therapie, 38, 1930, S. 69.
- B. Smulewitsch: Die Bedeutung der Erkrankungsstatistik f. d. Bestimmung d. sozialen Gesundheit u. d. Problem d. Aufstellung der Erkrankungsstatistik im internationalen Maßstab. Arch. f. Soz. Hyg. u. Dem., Bd. 4, 1929, SS. 306, 391.
- Zur Frage „Aufgaben und Methoden der sozialen Gesundheit“. Soz. Med. 3. Jg. 1930, S. 691.
- J. Soudek: Die sozialen Auswirkungen der Konjunkturschwankungen. Bonn 1929.
- Teleky: Vorlesungen über soziale Medizin, 1914.
- Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassen, Dt. med. Wochenschrift 1929, Nr. 47, ferner im Reichsarbeitsblatt 1929 Beilage Nr. 9.
- Industrielle Entwicklung und Gesundheit, D. med. Welt, 5. Jg., 1931, SS. 571, 646 ff.
- D. S. Thomas: Social Aspects of the Business Cycle, London 1925.
- E. Trode: Der Krankheitsbegriff im Rechtssinn d. Sozialversicherung. Aerztl. Mitt. 31. Jg. 1930, S. 1004.
- H. v. Waldheim: Die Schwankungen des Krankenstandes. Dt. Krankenkasse 15. Jg. 1928, Sp. 926.
- Zur Frage des Zusammenhangs und der statistischen Beobachtung von Krankheitsbewegungen in d. Krankenvers. u. der konjunkturellen und saisonmäßigen Arbeitslosigkeit. Soz. Med. 1. Jg., 1928, SS. 191, 217, 243.
- Städtestatistik und Krankenkassenstatistik. Soz. Med. 2. Jg. 1929 S. 493.
- G. Wolff: Die statistische Methode in d. Epidemiologie u. medizinischen Ursachenforschung. Klin. Wochenschr. 6. Jg. 1927 S. 2025.
- v. Zwiédineck-Südenhorst: Morbiditätsstatistik i. d. Krankenkassenverwaltg. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungsw. Bd. 29, Heft 2, 1929.

Dr. med. Fritz Lux und Frau Sophia Lux :

„Ungesalzen und vitaminreich“.

Der Mannheimer Facharzt Dr. med. Fritz Lux hat mit seiner Gattin ein kleines Büchlein herausgegeben „Ungesalzen und vitaminreich! 286 Kochrezepte für Kranke und Gesunde (Emil Pahl, Verlag für angewandte Lebenspflege, Dresden 1931), das in übersichtlicher und klarer Weise die Rezepte für Rohkost, Halbrohkost zusammenfasst. Wir drucken das instruktive Vorwort des sehr empfehlenswerten Buches ab.

In der Küche der fortschrittlichen Hausfrau geht ganz langsam, aber immer offensichtlicher eine deutliche Revolution vor sich. Vitamine, Rohkost, Ernährungsreform, das sind moderne Schlagwörter, die die alten Küchengeister in Aufruhr bringen. Diese Küchengeister waren zu geruhsam geworden. Sie ließen sich verdrängen von Konserven, Fertigpräparaten und Extrakten aller Art. Es war für die chemische Industrie nur noch ein Schritt, in die Zukunft, die Nahrungsaufnahme des Menschen mit Kalorienpillen zu decken.

Aber die Natur läßt sich nicht ins Handwerk pfeuschen. Eine stetig steigende Kurve an kranken Menschen, überfüllte Krankenhäuser, die Ernährung in den Kriegsjahren und schließlich Zufälle und Erfahrungen ließen den Arzt bei der Suche nach Ursache und Zusammenhängen auch wieder Umschau in der Küche halten, die nun mehr denn je als eine Quelle von Gesundheit und Krankheit erkannt wurde.

Die Küche kommt wieder zu Ehren. Jede fortschrittliche Hausfrau horcht wißbegierig auf, wenn heute von Ernährungsreformen die Rede ist. In Krankenhäusern, in Sanatorien wird immer häufiger eine Ernährungstherapie mit Hilfe einer Diätköchin eingeführt. Das Kochen, sowohl für Gesunde als auch für Kranke, ist wieder eine Kunst geworden. Die Zeit des primitiven Würzens mit Salz und Pfeffer ist vorbei. Salz ist in Verruf gekommen. „Das reine Kochsalz ist kein Nahrungsmittel, es ist ein Genußmittel“ (Ragnar Berg, Küche der Zukunft, Verlag Emil Pahl).

Ueber die Erkenntnis, daß die Ausschaltung des Kochsalzes aus der Nahrung einen heilenden Einfluß auf gewisse Krankheiten ausübt, berichtet schon

H. Strauß am Anfang dieses Jahrhunderts. Strauß und nach ihm von Noorden und Volhard führten in die Therapie die salzarme Ernährung ein, die „heute nicht bloß für die Ernährung von Nieren- und Herzkranken, sondern auch für die Behandlung von bestimmten Haut- und Nervenkrankheiten, der Fettsucht und seit einiger Zeit auch für die Behandlung bestimmter Formen von Tuberkulose eine große Beachtung gefunden hat“. Ebenso bekannt ist, daß Czerny und Finkelstein schon längst durch Darreichung einer salzarmen Kost bei nässendem Ekzem der lymphatischen Säuglinge günstige Erfolge erzielt haben. In neuerer Zeit erregten die Arbeiten von Gerson, Sauerbruch und Hermannsdorfer berechtigtes Aufsehen. Der Initiative Sauerbruchs ist es zu verdanken, daß diese Diät weiter ausgebaut, allgemein bekannt und an einem größeren Material nachgeprüft wurde. Die günstigen Ergebnisse bei Behandlung von verschiedenen Formen der Tuberkulose und von sonstigen chronischen Krankheiten wurden auch von anderer Seite nachgeprüft und bestätigt (Jesionek, Bommer).

Es erhebt sich nun die Frage: ist es ohne Schaden für die Gesundheit möglich, das Kochsalz einfach aus unserer Nahrung fortzulassen? In den Lehrbüchern der Physiologie steht doch, daß ein erwachsener Mensch 15 g Kochsalz an jedem Tage zu sich nehmen muß! Diese Zahl hat sich neuerdings als viel zu hoch herausgestellt, und zahlreiche Versuche haben erwiesen, daß man mit 3 bis 4 g Kochsalz täglich vollständig auskommt. Und diese Menge Kochsalz ist zudem bereits in den Nahrungsmitteln enthalten, wenn man sie in natürlichem Zustande, also ohne künstliche Entziehung der Mineralsalze zu sich nimmt. Ein nachträgliches Hinzufügen von Kochsalz ist also nicht unbedingt nötig. Es gibt sogar eine Anzahl von Forschern, die das Kochsalz auf eine Stufe mit den Giften Alkohol und Nikotin stellen.

Eine weitere rein praktische Frage wurde zumeist von meinen Patienten bei Verordnung der ungesalzenen*) Diät in dem Sinne an mich gerichtet, kann man denn ohne Salz zubereitete Gerichte überhaupt essen? Nach meinen Erfahrungen habe ich feststellen können, daß die Patienten nach anfänglicher Abwehr und Scheu vor dem gänzlich Ungewohnten in wenigen Tagen den Geschmack so umgestellt haben, daß sie das Kochsalz bei richtiger Zubereitung der Speisen kaum noch entbehren. Es kommt eben darauf an, die Speisen richtig herzustellen. Als Beispiel möchte ich vor allem ein alltägliches Gericht nennen: die sonst geschälten und mit Salzzusatz in Wasser gekochten Kartoffeln werden nach der neuen Methode mit der Schale im Dampf mit Kümmelkörnern, Dill oder Majoran zubereitet; ein Gericht, das wesentlich besser schmeckt als die bisher üblichen Salzkartoffeln.

Unter allen Umständen müßte auch mit der alten Gewohnheit aufgeräumt werden, daß das Gemüse wie bisher in Salzwasser abgekocht wird, und daß dann das Kochwasser fortgegossen wird, in das die so kostbaren Mineralsalze aus den Gemüsen übergegangen sind.

Jedenfalls sollte auch der gesunde Mensch zu seinem eigenen Wohl mit den alten Kochmethoden bre-

*) Die Bezeichnung „ungesalzen“ ist wohl zutreffender als „salzlos“ oder „salzfrei“, was ja schon verschiedentlich zu Missverständnissen geführt hat, da in den verwendeten Naturprodukten schon eine gewisse Menge Kochsalz vorhanden ist.

chen und sich die neuesten Erfahrungen der Ernährungskunde zunutze machen. Sollte er sich zunächst an das Fehlen des Kochsalzes nicht gewöhnen können, so kann man ja bei ihm unbeschadet Zugeständnisse machen und einen geringen Zusatz von Kochsalz oder besser Sellariesalz erlauben. Dies wird besonders bei den gesunden Mitgliedern der Familie in Frage kommen, die sich ihre gewünschte Menge Salz kurz vor dem Anrichten der Speisen hinzufügen können. Aber man wird erstaunt sein, wie gut viele Gerichte ohne Kochsalz bei der richtigen Zubereitung schmecken.

In unseren Rezepten haben wir uns noch eine weitere Aufgabe gestellt: neben der Kochsalzarmut mußte ein möglichst großer Reichtum 1. an Vitaminen und 2. an Mineralsalzen erzielt werden.

1. Die Erforschung der Vitamine hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht. Ich erinnere nur an die Arbeiten von Windaus, dem es gelang, den chemischen Aufbau eines Vitamins in dem Ergosterin festzustellen.

Man kennt bisher eine große Anzahl von Vitaminen oder Ergänzungsstoffen (wie sie neuerdings nach dem Vorschlag des Physiologen Röhm ann genannt werden). Am längsten bekannt in ihren verhängnisvollen Auswirkungen sind die Stoffe, deren Mangel Skorbut hervorrufen (Blutungen in Haut und Schleimhaut). Auf die sehr häufigen Frühsymptome des Skorbut: Frühlingsmüdigkeit und Zahnfleischblutungen hat kürzlich Brauer hingewiesen. Das antiskorbutische Mittel ist hauptsächlich in frischem Gemüse und in frischem Zitronensaft enthalten. Eine andere, längst bekannte Mangelkrankheit, Beriberi, gekennzeichnet durch Lähmungen aller Art, tritt nach lange dauerndem Genuß von poliertem Reis, Mais und stark ausgemahlenem Mehl auf. Das heilende Vitamin befindet sich dicht unter der Schale, in der Keimsubstanz der genannten Körnerfrüchte. Das antirachitische Vitamin bewahrt den Körper vor der Englischen Krankheit. Wir finden es vor allem in dem Lebertran (Ergosterin). Das antixerophthalmische Vitamin, das unter anderem in frischem Spinat, geben Rüben (Mohrrüben) und roten Rüben enthalten ist, wurde ebenfalls in der letzten Zeit durch die Veröffentlichungen von Brauer in den Vordergrund des Interesses gerückt. Dieser Forscher legte nämlich dar, daß die Vorboten von Xerophthalmie (Augendürre), in den sehr häufig im Frühjahr bei Kindern beobachteten Bindehautentzündungen bestehen. Sie sind auch aufzufassen als eine Folge von dem im Winter häufigen Genuß von Konserven, wodurch ein Mangel an Vitaminen auftritt, die im Obst und Frischgemüse reichlich vorhanden sind. Auf die große Wichtigkeit der Vitamine bei der Ernährung der werdenden Mütter weist Vogt in einer Arbeit aus der Tübinger Frauenklinik hin. „Schwangere Frauen sollten eine bewußt vitaminreiche Kost bekommen... da die Vitamine für die normale Entwicklung des werdenden Kindes notwendig sind.“

Letzten Endes werden wohl manche Krankheiten, für die wir bis jetzt keine Ursachen kennen, in absehbarer Zeit vielleicht ihre Erklärung im Mangel eines uns bis jetzt unbekanntem Vitamins finden. So ist es auch einleuchtend, daß die Vitamine im gesunden Körper bei dessen dauerndem Kampfe gegen die eindringenden Krankheitsstoffe eine entscheidende Rolle spielen, indem sie seine Widerstandskraft erhöhen.

Während die Mangelkrankheit Beriberi weniger für uns in Betracht kommt, führen uns doch die Englische Krankheit, die eben erwähnten Bindehautentzündungen und der Frühschorbut die Wichtigkeit der Vitamine besonders deutlich vor Augen. Und tatsächlich dringt die Kenntnis dieser Ergänzungsstoffe und die Wichtigkeit der lebenden Nahrung in immer weitere Volkskreise ein.

2. Weniger bekannt ist die große Bedeutung der Mineralsalze, auf die unter anderen Mc Cann in seinem Buche „Kultursiechtum und Säuretod“ (Verlag Emil Pahl, Dresden) hinweist. Demnach sollen die Nahrungsmittel möglichst in der Zusammensetzung aufgenommen werden, wie sie uns die Natur darbietet. D. h. wir sollen neben einer genügenden Menge Rohkost nur Vollkorn- oder Vollweizenbrot essen, weil es aus Mehl hergestellt ist, das noch alle Bestandteile der Körnerfrüchte, also auch die Kleie, enthält. Wertvolle Mineralsalze sind besonders auch in den frischen Gemüsen enthalten. In den Konservengemüsen sind sie durch das lange Erhitzen zerstört und deshalb für die Ernährung wertlos gemacht.

Es wurde deshalb auf die Herstellung von Gemüserezepten ganz besondere Sorgfalt verwendet. Sie stehen schon rein zahlenmäßig an erster Stelle.

Uns stehen zwei Wege zur Verfügung, dem Körper die nötigen Vitamine einzuverleiben: 1. durch Medikamente, 2. durch die Nahrung.

1. Als Folge der Entdeckungen von zahlreichen Krankheitserregern trat am Ausgang des vorigen Jahrhunderts eine zunehmende Bazillenfurcht ein. Als ein Zeichen dieser Zeit ist uns allen noch in Erinnerung die Erfindung des Soxhletschen Apparates, wodurch in der Kindermilch durch 20 Minuten langes Kochen auch der letzte Krankheitserreger abgetötet werden sollte. Offenbar angeregt durch dieses Verfahren fand das Sterilisieren und Konservieren von allen möglichen Nahrungsmitteln große Verbreitung. Der Rückschlag gegen das Ueberhandnehmen dieser entwerteten Nahrungsmittel konnte nicht lange auf sich warten lassen. An dem empfindlichsten Organismus, dem des Säuglings, zeigten sich am deutlichsten die schädlichen Folgen in der weitverbreiteten Englischen Krankheit. Erfahrungsgemäß fand man in einem Medikament, dem Lebertran, das rettende Heilmittel, ohne damals zu wissen, daß man mit dem Lebertran die dem Körper fehlenden Vitamine zuführte. Den gleichen Zweck erfüllte man durch Zugabe von rohen Mohrrübensäften.

In neuerer Zeit hat man Vitaminpräparate in konzentrierter Form hergestellt. Zu nennen sind unter anderen: Radiostol, Vigantol, ferner die Hefepräparate Levurinoase und Vitam-R.

2. Als Reaktion auf den Zeitabschnitt des Sterilisierens und des Uebergarkochens folgte nach dem Kriege die Zeit der Rohkostbewegung. Während sich die Aerztwelt bisher im allgemeinen der Rohkostbewegung gegenüber ablehnend verhielt, glaube ich, daß hier bald ein Wechsel eintreten muß, da die gesundheitsuchenden Menschen in immer größerem Maße von dieser Bewegung erfaßt werden. Die Aerzte werden gezwungen sein, das zweifellos Gute, das diese Frischkosternährung gebracht hat, auch in ihren Heilplan mit aufzunehmen. Daß der Mensch in seiner Nahrung allein von Rohkost leben kann,

das zeigen uns die verschiedensten Völkerschaften; auch rein theoretisch genommen muß sich ja der Mensch einmal in grauer Vorzeit, bevor er es verstand zu kochen, von Rohkost ernährt haben. Der Gedanke der Ernährung mit Rohkost ist somit nichts Neues. Es ergibt sich nun die Frage, ob alleinige Rohkost unbedingt notwendig, bekömmlich und für Kranke zuträglich ist. Daß wir ohne Vitamine, die ja fast ausschließlich in der Rohkost enthalten sind, nicht existieren können, wurde bereits oben auseinander gesetzt. Da aber alleinige Rohkost nicht immer der geschädigten Aufnahmefähigkeit eines Kranken und den Ansprüchen unseres Geschmacks entspricht, so gilt es hier, einen Mittelweg zu finden; das heißt, unter weitgehender Berücksichtigung unseres heutigen Geschmackes dem kranken und gesunden Körper möglichst viel Vitamine zuzuführen, die ja durch den Kochprozeß zum großen Teil zerstört werden. Am konzentriertesten können wir dem Körper Vitamine zuführen in Form von Obst- und Gemüsepreßsäften. Daß bei den Rohkostlern und Ernährungsreformern diese Rolle spielten, ist eine bekannte Tatsache. Wissenschaftlich untersucht worden sind diese Säfte von Ragnar Berg, der zum Beispiel in dem Saft von Spinat eine ganze Reihe der wichtigsten Körperaufbaustoffe gefunden hat. Bircher Benner sagt: „Ein jedes Kräutlein birgt für Kranke eine Heilkraft, für Gesunde eine Abwehrkraft in sich.“ (Sollten nicht die Zaubersäfte des Mittelalters Berührungspunkte mit unserer modernen Vitamin- und Rohkostlehre haben?)

Wie ist es nun möglich, in unseren täglichen Gerichten ein Höchstmaß von Vitaminen und Mineralsalzen unterzubringen, ohne zu sehr von unseren alten Gewohnheiten abzurücken? Wir sind bei den nachfolgenden Rezepten von dem Grundsatz ausgegangen, möglichst nur das zu kochen, was ungekocht unserem Geschmack nicht entspricht, und was durch das Kochen für den Magendarmkanal erst aufnahmefähig gemacht wird. Dann fügten wir, soweit das angängig war, zu dem Gekochten das vitaminhaltige Rohe.

Einige Beispiele mögen das Gesagte erläutern: Grieß- oder Haferflockenbrei wird erst gekocht und aufgeschossen und dadurch leichter verdaulich gemacht. Dem fertigen Brei werden erst nach dem Abkühlen das rohe Eidotter, ferner Zitronensaft oder gequetschte rohe Früchte zugefügt. Ein weiteres Beispiel: Dem wie bisher üblich gekochten Apfelkompott werden am Schluß noch roh geriebene Äpfel zugesetzt. Noch ein Beispiel: Rote Grütze wird so hergestellt, daß man unter den gekochten Sagobrei kurz vor dem Erstarren den rohen Fruchtsaft mischt.

Diese Verbindung: gekocht mit vitaminhaltig-roh ist eine gute Grundlage für die moderne Küche.

Daß neben einer zweckentsprechenden Ernährung auch eine allgemein-hygienische Lebensweise von größter Wichtigkeit ist, soll nur kurz hervorgehoben werden. Die moderne Medizin macht von der Anwendung des Wassers in Form von Bädern, Uebergießungen, Abwaschungen und Duschen weitgehenden Gebrauch. Daneben spielen Bewegungen im Freien, Sonnenbestrahlungen, Schlafen bei geöffnetem Fenster u. a. eine große Rolle.

(Schluß folgt.)