

# **Bericht der Historischen Kommission der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur „Gerhardt-Katsch-Medaille“**

Ausschussmitglieder: P.Hürter (Vorsitz), W.Brunns, V.Jörgens, D.Michaelis, H.Schneider

## **1. Die Namensgebung der „Gerhardt-Katsch-Medaille“**

1978 beschließt der Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft ( DDG ) unter der Präsidentschaft von Herrn Prof. Dr. L. Kerp, „Persönlichkeiten, die sich in der Laienarbeit besonders verdient gemacht haben“, mit einer Medaille auszuzeichnen, die den Namen des 1961 verstorbenen Diabetologen Prof. Dr. Gerhardt Katsch aus Greifswald trägt und in jährlichem Wechsel einem Mediziner oder einem Laien verliehen werden soll. Auf der 14. Jahrestagung der DDG 1979 in Freiburg wird die Auszeichnung zum ersten Mal an Herrn Prof. Dr. G. Constam aus Zürich verliehen. In der Folgezeit wird die „Gerhardt-Katsch-Medaille“ insgesamt 24mal vergeben, wie vorgesehen je 12mal an einen Mediziner und einen Laien. 2001 lehnt Herr Prof. Dr. M. Berger aus Düsseldorf die Verleihung der Medaille ab. 2002 wird sie letztmalig an Frau Edith Clausen aus Erfurt verliehen. 2003 und 2004 wird die Vergabe ausgesetzt. Der Vorstand der DDG steht vor der Entscheidung, ob sie ab 2005 wieder verliehen werden soll.

Die Namensgebung für die höchste Auszeichnung der DDG, die Paul-Langerhans-Plakette, erfolgte 1972 durch den Vorstand der DDG unter der Präsidentschaft von Herrn Prof. Dr. E.-F. Pfeiffer wegen einer unstrittig epochalen wissenschaftlichen Einzelleistung, der Entdeckung der Inselzellen im Pankreas.

Die Namensgebung der „Gerhardt-Katsch-Medaille“ erfolgte nach anderen Gesichtspunkten. Da die Auszeichnung an Persönlichkeiten vergeben werden sollte, die sich im weitesten Sinne um die langfristige Behandlung, Versorgung, Betreuung und Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus verdient gemacht haben, suchte man bei der Namensnennung nach einem Arzt, dessen Lebenswerk nicht nur durch wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet des Diabetes geprägt war, sondern vielmehr durch die ärztliche, soziale, psychologische und pädagogische Langzeitbetreuung von Patienten mit Diabetes.

Die Wahl fiel auf Gerhardt Katsch, der von 1928 bis 1958 als ordentlicher Professor und Direktor der Medizinischen Klinik der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald tätig war und 1930 das erste Deutsche Diabetikerheim in Garz auf Rügen schuf und es bis zu seinem Tode 1961 leitete.

Ohne Zweifel hat Gerhardt Katsch mehr als 30 Jahre lang die wissenschaftliche und praktische Diabetologie in Deutschland wie kaum ein anderer Arzt in hohem Maße beeinflusst. Er begründete und praktizierte ein paternalistisch durch den Arzt geführtes Behandlungssystem, das er während der autoritär und zentralistisch orientierten Staatsformen des sog. „Dritten Reiches“ institutionalisieren und der nachfolgenden DDR fortsetzen konnte. Dieses Therapieregime mit den vom Arzt während regelmäßiger Heim- oder Klinikaufenthalte festgelegten Verhaltensweisen (Diät, Insulinbehandlung, körperliche Bewegung), die möglichst konstant eingehalten werden mussten, wurde auch in der BRD von den führenden Diabetologen, Internisten wie Pädiatern, übernommen, fortgeführt und praktiziert.

Ende der 70iger und zunehmend während der 80iger Jahre änderte sich die therapeutische Grundeinstellung der Diabetologen nach und nach grundlegend. Die Stoffwechselfelbstkontrolle durch die Patienten wurde akzeptiert und zunächst mit Uringlukose-, später mit Blutglukosemessungen praktiziert. Die Einführung der NPH-Insuline ermöglichte die freie Mischung von Normal- und Verzögerungsinsulin, so dass sich das Prinzip einer flexiblen Insulindosisanpassung durchsetzen konnte. Die HbA1c-Bestimmung machte eine objektive Beurteilung der Qualität der Stoffwechselkontrolle möglich. Die intensivierten Formen der Insulintherapie (ICT, CSII) wurden entwickelt und die strengen Diätvorschriften konnten schrittweise liberalisiert werden. Schließlich wurden strukturierte Therapie- und Schulungsprogramme für Patienten mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes, für Erwachsene, Kinder, Jugendliche und ihre Eltern erarbeitet, evaluiert und angewendet. Insgesamt änderte sich dadurch das Arzt-Patienten-Verhältnis grundlegend. Der Patient war nicht mehr länger Anordnungsempfänger des Arztes, sondern erhielt die Möglichkeit zu eigenständiger Veränderung des Tagesablaufs, der Ernährung und der Insulindosierung. Ein partnerschaftlicheres Verhältnis zwischen Arzt und Patient mit größtmöglicher Eigenverantwortlichkeit des als „mündig“ angesehenen Patienten war das Ziel einer

weitestgehend ambulant durchgeführten Diabetesbehandlung möglichst ohne Klinik- oder Heimaufenthalte.

Es ist nicht verwunderlich, dass die Protagonisten dieser Entwicklung, die sich etwa ab 1970 engagiert für die neuen Behandlungsstrategien und die Umsetzung der Liberalisierung und Demokratisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses einsetzten und einer völlig anders sozialisierten Generation als Katsch angehörten, Kritik an der Namensgebung der „Gerhardt-Katsch-Medaille“ übten und sie als verfehlt ansahen. Insbesondere für Michael Berger und seine Mitarbeiter wurde Gerhardt Katsch zur negativen Gallionsfigur einer überholten „paternalistisch-hierarchischen Diabetesbehandlung“. Ihm wurde ein anderer Diabetologe, ein Zeitgenosse von Gerhardt Katsch, als positiver Gegenpol gegenübergestellt.

Karl Stolte, ordentlicher Professor für Kinderheilkunde und Direktor der Universitätskinderkliniken in Breslau, später in Greifswald und schließlich in Rostock, war schon Ende der 20iger Jahre bei der Behandlung von Kindern mit Diabetes eigene Wege gegangen. Er löste sich radikal von den damals üblichen streng berechneten Kostformen einer Kohlenhydrat-armen, Fett- und Eiweiß-reichen Diät und empfahl das, was er zunächst „freie Diät“, später „freie Kost“ nannte. Daneben ging es ihm auch um die Anpassung der Insulinwirkung an die frei gewählte Kost durch täglich drei Injektionen von Normalinsulin. Aus heutiger Sicht führte Karl Stolte eine dreimal tägliche präprandiale Insulinsubstitution durch und wurde daher retrospektiv zum Pionier einer intensivierten Insulintherapie ernannt. Die Mehrzahl der damals führenden Diabetologen lehnte Stoltes Behandlungsform, insbesondere den Begriff der „freien Diät“, ab. Zu einem der schärfsten internistischen Kritiker von Stolte entwickelte sich Gerhardt Katsch. Beide führten einen jahrelangen fachlichen Disput miteinander aus, der von Michael Berger zugunsten Karl Stoltes erlebt und kommentiert wurde.

Gerhardt Katsch wurde dagegen für die „Irrwege der Insulintherapie nach Karl Stolte“ verantwortlich gemacht. Nicht nur seine wissenschaftliche und ärztliche Lebensleistung, die zur Namensnennung der „Gerhardt-Katsch-Medaille“ geführt hatte, wurde als unangemessen kritisiert, sondern auch seine politischen und weltanschaulichen Auffassungen und Verhaltensweisen während der Zeit des sog. „Dritten Reiches“ und der DDR wurden nicht nur in Frage gestellt, sondern negativ beurteilt.

Beide Vorwürfe müssen im Hinblick auf die Entscheidung, ob die „Gerhardt-Katsch-Medaille“ in Zukunft wieder als hohe Auszeichnung der DDG für Leistungen auf dem Gebiet der medizinischen, sozialen, psychologischen und pädagogischen Patientenversorgung verliehen werden soll, auf ihre historischen Wertigkeit überprüft werden. Dabei ist Folgendes grundsätzlich zu berücksichtigen:

1. Wissenschaftler sind nicht retrospektiv dafür zur Rechenschaft zu ziehen, dass ihnen wissenschaftliche Tatbestände oder Auffassungen unbekannt sind, die erst nach ihrer Zeit entdeckt oder akzeptiert wurden (z.B. die Klassifikation in Typ-1- und Typ-2-Diabetes aufgrund unterschiedlicher Ätiopathogenese).
2. Die Entwicklung medizinischer, sozialer, psychologischer und pädagogischer Behandlungs- und Betreuungsstrategien unterliegt selbstverständlich auch den politischen, weltanschaulichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten der Zeit, in der sie entstanden sind (sog. „Drittes Reich, DDR als zentralistisch und autoritär geführte Staatsformen).
3. Die zeitlichen Einflüsse auf die Sozialisation der Protagonisten, die diese Strategien entwickeln, sie durchsetzen, praktizieren und institutionalisieren und die zeitlichen Einflüsse, in der sie entstanden, müssen Berücksichtigung finden (z.B. Katsch: geb. 1887: Entwicklung des Behandlungssystems ab 1930; Berger geb. 1944: Entwicklung des Behandlungssystems ab 1970).

## 2. Gerhardt Katsch: Curriculum vitae

Gerhardt Katsch wurde am 12. Mai 1887 in Berlin geboren. Seine Familie lebte in sog. „gutbürgerlichen“ Verhältnissen. Der Vater war Kunstmaler, Schriftsteller und Bühnenautor, die Mutter Opern-Dramaturgin. 1905 bestand Katsch die Reifeprüfung am französisch-humanistischen Hugenotten-Gymnasium in Berlin. An der Pariser Sorbonne studierte er ein Jahr lang Naturwissenschaften. Das Medizinstudium begann er in Marburg. Nach einem Semester wechselte er nach Berlin, wo er die Approbation erhielt und 1911 mit einem „Beitrag zum Studium der Magenmobilität“ promovierte.

Sein klinischer Lehrer wurde Gustav von Bergmann, dem er von Hamburg über Marburg nach Frankfurt folgte und der über ihn sagte: „Er hat kein Gebiet angefasst, ohne dass er es durch seine Originalität nicht auch wesentlich gefördert hätte.“ Während des 1. Weltkrieges wurde die Ausbildung zum Internisten zeitweise unterbrochen. Katsch musste als Sanitäts- und Bataillonsarzt dienen.

1917 wurde Katsch in Marburg mit seinen Arbeiten über die Beobachtung von Darmbewegungen „in situ“ habilitiert. Insgesamt war Katsch acht Jahre lang in Frankfurt tätig, ab 1920 als Oberarzt in der Klinik seines Lehrers Gustav von Bergmann, ab 1926 als Chefarzt des Hospitals „Zum Heiligen Geist“.

Am 11. September 1928 wurde Katsch als ordentlicher Professor und Direktor der Medizinischen Klinik an die Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald berufen. Schon zwei Jahre später, am 17. September 1930 wurde auf Initiative und unter der Leitung von Gerhardt Katsch das Erste Deutsche Diabetikerheim in Garz auf Rügen eröffnet, das 1937 um ein Forschungsinstitut erweitert wurde.

Während des 2. Weltkrieges wurde Katsch zeitweise als „Sanitätsoffizier im Heer verwendet“. Über seine politische Belastung schreibt Katsch in einem „Antrag auf Belassung im Amt“ vom 13.3.1946 (s. Anlage): „Ich bin im Mai 1937 auf Drängen des Gauärztführers Anwärter der NSDAP geworden und habe im Dezember 1943 mein Mitgliedsbuch, von dem ich allerdings keinerlei Gebrauch mehr gemacht habe, zugeschickt bekommen.“ 1933 war Katsch in den „Stahlhelm“ eingetreten, der 1934 in Reserve-SA umbenannt wurde, die 1935 in der SA aufging. Katsch begründet den Eintritt in den Stahlhelm damit, dass er „einen gewissen Schutz gegen vielfache Angriffe suchen musste, die sich besonders daraus ergaben, dass ich einen jüdischen Assistenten.... nicht - wie man von mir forderte - unter Vorwänden entließ.“ Dabei handelte es sich um seinen langjährigen Mitarbeiter Herrn Prof. Dr. A. Lubin, der später nach Bolivien emigrieren konnte und die beschriebenen Vorgänge bestätigte.

Am Ende des Krieges war Katsch maßgeblich an der kampflosen Übergabe der Stadt Greifswald beteiligt. Katsch berichtet: „Meine radikale Trennung von allen Beziehungen zur NSDAP habe ich selbst vollzogen, indem ich unter Bruch meines Fahneneides planmäßig und im vollen Bewusstsein eine Handlung ausführte, auf die durch ausdrückliche Befehle von Hitler und Himmler der Tod durch den Strang stand.“

Ich habe in Zusammenhang mit dem aufrechten Kommandanten von Greifswald, Oberst Petershagen, die Stadt Greifswald gegen strikte Befehle kampflös der Roten Armee übergeben und bin selbst mit dem damaligen Rektor und einem Vertreter von Oberst Petershagen als Parlamentär in der Nacht vom 29./30. April zum General der russischen Vorhut vorgedrungen.“

1945 wurde Katsch Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Greifswald, 1952 Ehrenbürger der Stadt, 1953 Ehrensensator der Universität. Von 1954 bis 1956 bekleidete er das Amt des Rektors der Universität, die ihm 1957 das Ehrendoktorat und die Goldene Ehrenkette verlieh. Die Emeritierung erfolgte im Jahre 1958.

Am 7. März 1961 verstarb Gerhardt Katsch in Greifswald an den Folgen eines Koronarinfarctes. Er wurde im Familiengrab in Berlin beigesetzt,

Das schriftliche Lebenswerk von Gerhardt Katsch umfasst 68 Vorträge (1912-1959) und 226 Publikationen (1907-1963). Aus seiner Greifswalder Klinik und den Diabetes-Institutionen auf Rügen sind während seiner Amtszeit mehr als 1000 Veröffentlichungen hervorgegangen (Katsch setzte seinen Namen grundsätzlich nicht über Publikationen, die von Mitarbeitern erarbeitet und verfasst worden waren). Katsch war dreimal Vorsitzender der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin, weiterhin Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie und Stoffwechselkrankheiten (1952), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (1953), er war Präsident des Deutschen Insulin-Komitees (1953) und Vize-Präsident der Internationalen Gesellschaft für Gastroenterologie (1956).

Gerhardt Katsch gehörte zu der Gruppe von Führungspersönlichkeiten im Deutschland der Jahre 1930 bis 1960, die, während der 80iger Jahre des 19. Jahrhunderts geboren, in verschiedenen Etappen ihre Sozialisation während des Kaiserreiches als Schüler und während der Kriegs- und Revolutionsjahre 1914 -1919 als Student, Militär- und Assistenzarzt erlebte. Seine Herkunft als protestantischer Preuße aus einer gutbürgerlichen Familie, die zur staatstragenden Mittelschicht gehörte, seine überaus erfolgreiche Laufbahn als Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer und seine Erfahrungen in drei zentralistisch geführten Staatsformen (Kaiserreich, sog. „Drittes Reich“, DDR) müssen sein politisches, weltanschauliches und gesellschaftliches Denken und Handeln nachhaltig geprägt haben.

„Mut, Mäßigkeit, Tätigkeit“ waren die Losungsworte des „gestrengen Lehrers“ Gerhardt Katsch (so charakterisierte ihn sein ehemaliger Schüler Prof. Dr. V. Schliack ).

„Der therapeutische Imperativ des Arztes!“ überschrieb Katsch in bewusster Anlehnung an Kant einen Vortrag über ärztliche Ethik, in dem es heißt: „Am Anfang des ärztlichen Handelns und der Arztwerdung steht nicht Wissenschaft und nicht Mitleid, sondern der therapeutische Imperativ, der zum Arzt kommt wie der Kranke selbst. Der therapeutische Imperativ gibt dem Arzt nicht nur den Antrieb für sein Tun, für Wissenserwerb und eine Blickweitung auf alles Menschliche; er formt auch die Persönlichkeit des wirklichen Arztes, der eine vitale Richtungsgewissheit besitzen muss, wenn er ein rechter Helfer und Führer sein will in Krankheitsnöten und Gesundheitsdingen, nicht nur Vermittler medizinischer Technik.“ Der sich selbst auferlegte imperative Charakter „ärztlichen Tuns“ wurde als autoritär umgesetzte „Krankheitsführung“ an den Patienten weitergegeben. Er beeinflusste und prägte nicht nur das ärztliche Handeln von Gerhardt Katsch, darauf sei besonders hingewiesen, sondern entsprach in der damaligen Zeit dem autoritären Selbstverständnis der großen Mehrzahl der Ärzte aller Fachdisziplinen.

Die Doppelaufgabe des Arztes als „Therapeut und Erzieher“ des Patienten, von dem in gewisser Strenge „Gehorsam und Disziplin“ erwartet wurde, bestimmte viele Jahre hindurch das Arzt/Patienten-Verhältnis. Diese Auffassung vom Arztberuf entstand bereits am Ende des 19. Jahrhunderts. Ein Beispiel aus der Pädiatrie ist der Leitfaden vom „Arzt als Erzieher des Kindes“ von Adalbert Czerny (1908). Neben der „Krankheitsführung“ spielte die „Gesundheitsführung“ eine wichtige Rolle mit dem erklärten Ziel, „nicht nur für physisch gesunde, sondern auch staatsbürgerlich wertvolle Menschen zu sorgen“ ( Hördemann/Joppich (1939): „Die Gesundheitsführung der Jugend“).

Auch das von Katsch geschaffene System der „produktiven Diabetikerfürsorge“ wurde vor diesem Hintergrund kritisch gesehen. Ein wichtiges Therapieziel war zweifellos, die Arbeitsfähigkeit der Diabetiker zu erhalten bzw. zu fördern und sie für „bedingt gesund“ und „bedingt arbeitsfähig“ zu erklären.

Die exemplarische Diskussion des Arzt/Patienten-Verhältnisses soll zeigen, dass einige der damaligen Auffassungen im Gegensatz zu heutigen Vorstellungen stehen, die sich allerdings auch erst nach und nach während der 70iger Jahre herausgebildet haben. Das von Berger gezeigte „Obedience-System, das zweifellos zu einer gewissen „Entmündigung“ des Patienten in die Rolle eines Befehls- und Anordnungsempfängers“ führte, war jahrzehntlang tief im Bewusstsein und Handeln fast aller Ärzte verwurzelt und wirkt übrigens bis heute nach. Es entsprach den Strömungen der Zeit und kann daher nicht allein Gerhardt Katsch zum Vorwurf gemacht werden..

In den Publikationen und Vorträgen von Gerhardt Katsch findet man noch andere Beispiele für Auffassungen (z.B. zum Leib/Seele-Problem, zur Pawlow'schen Lehre, zur Psychoanalyse, zur Psychosomatik, zum Sozialdarwinismus, zum Positivismus usw.), die sein Denken und Handeln bestimmt haben und heute kritisch gesehen werden oder als überholt gelten. Nie aber findet man bei Gerhardt Katsch Auffassungen, die ihn in die Nähe der Weltanschauungssysteme bringen, die das Denken und Handeln in den beiden Staaten bestimmten, in denen er ab 1933 lebte und arbeitete.

### 3. Gerhardt Katsch: Lebenswerk

Drei Hauptarbeitsgebiete charakterisieren das wissenschaftliche Lebenswerk von Gerhardt Katsch:

1. Gastroenterologie
2. Pankreaserkrankungen
3. Diabetologie.

Über das Studium der Pankreaserkrankungen kam Katsch Ende der 20iger Jahre zur Diabetologie, mit der er sich seither vorwiegend auseinandersetzte.



### 3.1 Grundlagen des Diabetes mellitus

Katsch unterschied den primären vom sekundären Diabetes. Der *primäre Diabetes* entstehe durch Vererbung einer diabetischen Anlage, die durch endogene und exogene Auslöser zur Manifestation der Krankheit führen kann. Der *sekundäre Diabetes* sei dagegen die Folge einer erworbenen Insuffizienz der Inselzellen oder anderer einen Diabetes auslösenden Organe.

Eingehend befasste sich Katsch mit der Häufigkeit und dem Pathomechanismus der Entstehung eines Diabetes mellitus nach Cholezystopathie und konsekutiver Pankreatopathie. Er bezeichnete den Diabetes in diesem Zusammenhang als „zweite Krankheit“. Erst 1958 schränkte Katsch die quantitative Bedeutung des Diabetes als Zweitkrankheit nach Cholezystopathie ein: „Ich selbst habe dieses Vorkommnis früher überschätzt.“

Zu weiteren Ursachen eines sekundären Diabetes zählte Katsch endokrine Erkrankungen, Arteriosklerose, mechanische Schädigungen des hepatopankreatischen Systems und Infektionskrankheiten (u.a. Mumps- und Hepatitisviren).

Von großem wissenschaftlichen Interesses war jahrelang die Erforschung der *Vererblichkeit* des primären Diabetes. Unter den Diabetologen bestand damals weitgehende Einigkeit über die Vererblichkeit des Diabetes an sich, hinsichtlich des Vererbungsmodus gab es jedoch sehr unterschiedliche Meinungen. In Greifswald beschäftigten sich vor allem drei Mitarbeiter von Katsch mit diesem Problem: Pannhorst, Günther und Steiniger. Auch Zwillingsforschungen wurden durchgeführt. Sie kamen zu teilweise unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Dominanz bzw. Rezessivität des Erbganges, der Penetranz bzw. Expressivität der Gene sowie der Erbbedingtheit von Schwere und Zeitpunkt des Diabetes. Dabei war u.a. das Bemühen deutlich, den Diabetes als „*einheitliches Diabetessyndrom*“ einzuordnen und nicht zwischen verschiedenen Typen des Diabetes zu unterscheiden.

Katsch fasste den Diabetes mellitus als „*Regulationskrankheit*“ auf. Angeregt durch die Arbeiten von W.Falta stützte er sich dabei vor allem auf die Untersuchungsergebnisse seiner Mitarbeiter Bartelheimer, John, Banse, Spikernagel, Niedner und Mohnike. Eine zusammenfassende Darstellung findet sich in der Monographie „*Regulationskrankheit Diabetes*“ aus dem Jahre 1946. Katsch unterschied endogene Manifestationsursachen von exogenen Faktoren, die bei genetischer Disposition einen Diabetes auslösen können.

Als Beleg für den regulativen Charakter des Diabetes nannte Katsch das Auftreten der Krankheit während verschiedener „Umstellungsphasen im hormonalen Gleichgewicht“ (z.B. Pubertät, Postklimakterium, Involutionsphase des Mannes), bei „hormonellen Belastungsproben“ (z.B. Schwangerschaft, weiblicher Zyklus), bei „hormonal stigmatisierten Konstitutionstypen“ (z.B. Patienten mit „Schilddrüsenüberfunktion, Störungen der Sexualdrüsen, vor allem aber Anzeichen für die Überfunktion des Hypophysenvorderlappens“) sowie beim „mesenzephalen und diencephalen Fehlsteuerungsdiabetes“.

Die wichtigsten exogenen Manifestationsursachen waren für Katsch „Über- und Fehlernährung und muskuläre Untätigkeit“. Er deutete „Polyphagie und Fettsucht“ allerdings als „Symptome gestörter Regulation, die aus den endogenen Wurzeln der Krankheit abzuleiten sind“. Die „muskuläre Untätigkeit“ stelle eine „Stoffwechselbelastung dar, die die Leistungsfähigkeit der Stoffwechselregulation beansprucht“. Im Zusammenhang mit diesen beiden „exogen bedingten Zivilisationsschäden“ stellte sich der Diabetes für Katsch „in gewissem Umfang als Zivilisationskrankheit dar“.

Auch richtig beobachtete Phänomene, die während der Behandlung und des Verlaufs eines Diabetes auftreten, wurden als Folgen gestörter Regulation gedeutet. Die Beobachtung, dass die „fortschreitende Steigerung der Insulindosis ...bis zur völligen Unwirksamkeit weiterer zusätzlicher Insulingaben führe“, erklärt Katsch als Wirksamwerden von *Gegenregulationsmechanismen*. Er warnt daher vor zu hohen Insulindosen, „weil sie die Gegenregulation hochpeitschen“. Auch die Beobachtung, dass verschiedene Patienten in unterschiedlicher Weise auf die exogene Insulinzufuhr reagieren, weist nach Katsch darauf hin, dass es Diabetiker mit „außerordentlich labiler und mit ganz stumpfer Regulation gebe“. Auch für das unterschiedliche Stoffwechselverhalten bei fieberhaften Erkrankungen macht er regulatorische Vorgänge verantwortlich. Mit dem Hinweis auf die richtige Beobachtung, dass „schwelende seelische Belastungen“ oder auch „einmalige und andauernde nervliche Höchstbelastungen“ einen Diabetes verschlechtern oder sogar auslösen können, warnt er vor einer Überbewertung des „bislang noch ungenügend geklärten Erbfaktors“.

Nach dem heutigen Stand des Wissens überbewerten Katsch und seine Mitarbeiter die regulativen Vorgänge bei der Entstehung und beim Verlauf des Diabetes. Viele diabetes-spezifische klinische Phänomene wurden bemerkenswert exakt beschrieben und vielfach auch die richtigen therapeutischen Konsequenzen gezogen (z.B. bei Insulinüberdosierung).

Allerdings wurden nach heutigem Kenntnisstand zu viele dieser Phänomene mit teilweise unbewiesenen Regulationsmechanismen erklärt, was Katsch darin bestärkte, den Diabetes als klinische Entität zu definieren. Es sei jedoch daran erinnert, dass eine weitgehend akzeptierte Klassifikation des ätiologisch differenzierten Syndroms Diabetes (NIDDM, IDM bzw. Typ 1-, Typ 2 Diabetes) erst 1980, d.h. 20 Jahre nach dem Tode von Gerhardt Katsch, durch die WHO Study Group on Diabetes vorgenommen wurde.

In seiner 1950 veröffentlichten Publikation: „Über die prädiabetische Phase der Zuckerkrankheit“ befasst sich Katsch mit klinischen Zeichen des Prädiabetes, der Prodiagnose, Diagnose und Prophylaxe des Diabetes mellitus. Da er den „Zivilisationsschäden“ als auslösendes Moment große Bedeutung beimaß, stellt er 1954 folgende „Verhaltensmaßregeln für Diabetesgefährdete“ auf:

1. Vermeidung von Fettsucht.
2. Beschränkung der Süßigkeiten.
3. Keine erschöpfende Überanstrengung.
4. Gründliche Behandlung von Krankheiten.
5. Gesunde Lebensweise, Sport treiben.

Diese Empfehlungen gelten nach Katsch für alle Menschen, „bei denen eine erbliche Diabetesbelastung anzunehmen ist“. Nach heutiger Kenntnis gilt das nicht für Kinder (Typ 1 Diabetes), die Warnung vor Fehl- und Überernährung zur Verhinderung oder Hinauszögerung eines Typ 2 Diabetes hat jedoch nichts von seiner Aktualität verloren.

### **3.2 Zwangssterilisation von Diabetikern**

Im Sommer 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. In §1 des sog. „Erbgesundheitsgesetzes“ heißt es: „Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen und geistigen Erbschäden leiden werden.“ In §2 werden eine Reihe von in Frage kommenden Krankheiten genannt (u.a. Alkoholismus). 1935 wurde das Gesetz durch das sog. „Ehegesundheitsgesetz“ erweitert. Nicht wenige Ärzte waren der Auffassung, diese Gesetze auch auf Patienten mit Diabetes mellitus anwenden zu müssen.

Prof. Dr. Otmar Frhr. von Verschuer, Leiter des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem schrieb 1932: „Diabetes mellitus. Erblichkeit nachgewiesen, im Einzelnen nicht klargestellt....Jugendlicher Diabetes... ist ein unbedingtes Ehehindernis. Bei später auftretendem Diabetes Verhütung von Nachkommenschaft empfehlen. Verwandtenehe in belasteten Familien unbedingt abzuraten.“ Im Gegensatz zu eigenen Mitarbeitern (z.B. Pannhorst) nahm Gerhardt Katsch eine eindeutig ablehnende Haltung ein. Er stellte sich allen rassehygienischen Maßnahmen bei Patienten mit Diabetes energisch entgegen. In mehreren Aufsätzen und einem umfangreichen Memorandum an das Reichsgesundheitsamt begründete er seine Ablehnung mit medizinischen, sozialpolitischen und ethischen Argumenten. Er wies auf die letztlich ungenaue Kenntnis des Vererbungsmodus hin und das häufige Vorkommen eines sekundären, d.h. nicht erbbedingten Diabetes. Bei seiner sozialpolitischen Argumentation nahm Gerhardt Katsch zweifellos eine pragmatisch-opportunistische Haltung ein, im Denken wie in der Diktion: „Diabetes verbindet sich in keiner Weise zwangsläufig mit sozialer Minderwertigkeit.“ „Die Zuckerkranken sind nicht in dem Maße Schädlinge für den Volkskörper wie die Kranken, die unter das Sterilisationsgesetz fallen.“ „Der Verzicht auf den überwiegend nichtdiabetischen Nachwuchs der Zuckerkranken darf nicht zu leicht genommen werden.“ Rückblickend schrieb Katsch 1958 sarkastisch: „Wahrscheinlich siegte mein Memorandum, weil ich unwiderleglich vorrechnete, wie viel gesunde Soldaten dem Staat durch diese Sterilisation entgehen würden.“ Obwohl er sich mit seiner Haltung durchsetzen konnte, wurde Gerhardt Katsch 1934 vom rassehygienischen Amt beim Reichsinnenministerium verboten, in Vorträgen und Veröffentlichungen Erbgesundheits- und Rassefragen zu berühren.

Ethisch argumentierte Katsch mehrfach mit dem Hinweis auf den hippokratischen Eid, der allem ärztlichen Handeln zu Grunde liegt. Er schrieb: „Auch in volksärztlichen Fragen erinnern wir uns an die hippokratische Mahnung: Primum nil nocere.“ oder „Man kann doch nicht nichts tun, wenn ein Mensch in Not ist und ruft. So sinnt der Arzt auf Maßnahmen, die dennoch einen Sinn haben, die das Leiden erleichtern, die Schmerzen lindern, oder die vielleicht zur Selbstheilung führen, die Naturheilung unterstützen. Dabei steht aber über ihm das schon von Hippokrates formulierte Gesetz: Primum nil nocere.“

Wir sind der Auffassung; dass es uns heute nicht zusteht, das pragmatisch-erfolgreiche Verhalten von Gerhardt Katsch zur Verhinderung der Anwendung des „Erbgesundheitsgesetzes“ bei Diabetikern zu kritisieren. Eine offene Opposition zum totalitären Regime hätte ihm sicher Berufsverbot und politische Verfolgung eingebracht. Für seine diabetischen Patienten hätte er damit nichts bewirken können. Mit seiner zweckgebundenen verbalen Anpassung an das Gedankengut des herrschenden nationalsozialistischen Systems erreichte er dagegen, seine eigenen sozialmedizinischen Vorstellungen über die Behandlung und Rehabilitation von Diabetikern weiter zu verfolgen und zu realisieren und vor allem seine Patienten vor rassehygienischen Maßnahmen zu bewahren.

### **3.4 Therapie des Diabetes mellitus**

In seinen „Garzer Thesen“ aus dem Jahre 1937 formulierte Gerhardt Katsch die Zielsetzung seiner Diabetestherapie: „Man darf den Diabetiker nicht zum unheilbaren Stoffwechselkrüppel machen, sondern ihm die großen Möglichkeiten zeigen, seine Mängel auszugleichen. Er soll begreifen, dass er *bedingt gesund* ist.“ Die Therapie des Diabetes ruht nach ihm auf den vier Säulen *Diät, Insulin, Arbeit und Gemeinschaftsleben*, deren Grundlagen in den von ihm geschaffenen Diabetesheimen in Garz auf Rügen gelegt wurden.

#### **3.4.1 Diätbehandlung**

Wegen der Möglichkeiten der Insulinbehandlung war seit 1922 die Kohlenhydratabstinenz der Vorinsulinära nach und nach verlassen worden. Über Sinn und Zweck verschiedener Nährstoffrelationen wurde unter Diabetologen heftig diskutiert. In seinen Garzer Thesen „Zur Ernährungsführung der Zuckerkranken“ charakterisiert Katsch seine Diätvorstellungen: „Die Garzer Kost ist begrenzt oder bedingt kohlehydratreich und verhältnismäßig fettarm....Das Eiweißminimum liegt eher über dem des Gesunden.“ Später ergänzt Katsch: „Die knappe Kalorienzufuhr kann man bekanntlich noch dadurch steigern, dass man gewisse kalorienarme Tage, die sogenannten *Schalttage*, einfügt.“ Katsch bezeichnete die von ihm empfohlene Diät, im Gegensatz zu der strengen kohlenhydratarmen Fett-Eiweiß-Diät alten Stils und der „Freien Diät“ bzw. „Freien Kost“ Stoltes, „*Elastische Diät*“.

Katsch schreibt, „dass es klug ist, eine sehr vielseitige, der normalen angenäherte Kost zu erstreben“ und dass „der gut geschulte Diabetiker die Nahrung an den Wechsel äußerer Beanspruchung, insbesondere körperlicher Art, anpassen lernen sollte.“ Er betont weiterhin, es sei ärztliche Aufgabe, „den Zuckerstoffwechsel zu umsorgen, zu steuern“, um durch entsprechende Kostführung und Insulintherapie für „verwertbaren Zucker zu sorgen.“ Die Steigerung der Kohlenhydratzufuhr von durchschnittlich 200g täglich vor dem Krieg auf 360g 1948 bei fettarmer Kost hatte zur Folge, dass die Zahl der insulinbehandelten Diabetiker deutlich zunahm. Die insgesamt eher „kalorisch knappe“ Kost sollte, und das ist wichtig zu betonen, an die Arbeits- und Lebensverhältnisse, den Wechsel von Tag und Nacht, von Sommer und Winter, von Wochen- zu Sonn- und Feiertagen „elastisch“ in sinnvoller und natürlicher Weise angepasst werden. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Ziele dieser Ernährungstherapie (Flexibilität, kohlenhydratreich, fettarm) mit modernen ernährungsphysiologischen Auffassungen übereinstimmen.

Eindeutig kritisierte Gerhardt Katsch das auf der Annahme einer „Selbstregulation der Nahrungszufuhr“ von Karl Stolte bei Kindern angewendete Prinzip der „*Freien Diät*“ bzw. „*Freien Kost*“. Um die Intentionen von Gerhardt Katsch zu verstehen, muss etwas ausführlicher aus seinem Aufsatz: „Über Diätbehandlung des Diabetes mellitus“ zitiert werden: „Es muss... noch etwas gegen das Schlagwort und den unlogischen Begriff der „freien Diät“, später als „freie Kost“ bezeichnet, gesagt werden; denn er spukt noch in bedenklicher Weise in den Köpfen mancher Ärzte, besonders bei manchen Pädiatern, während bei den wirklich Sachverständigen nur ganz vereinzelt den Ausdruck gebrauchen, auch diese nicht in dem Sinne, dass sie eine wirklich freie, willkürliche Kost zulassen. Stolte hatte zu Beginn der Insulinära das Verdienst und auch große Erfolge dadurch, dass er sich radikaler als andere von der früheren „strengen“, ganz kohlehydratfreien Fett-Eiweißkost abwandte, die besonders für Kinder sehr unangenehm ist. Er gehörte zu den ersten, bei denen diabetische Kinder am Leben blieben. Stolte, der in Erinnerung an das frühere Elend der todgeweihten zuckerkranken Kinder eine rührende Freude daran hatte, seinen kleinen Patienten ein Stück Torte zu gewähren, beharrte etwas zu starr an dem „Kampftruf“ (so drückte er sich selbst mir gegenüber aus) aus der Zeit seiner ersten Erfolge, bei dem das Wort „frei“ hauptsächlich in relativem Gegensatz zu der früheren Strenge gemeint war...

Auch war das, was er in späteren Jahren tat, gar nicht als freie Kostführung zu bezeichnen. Er gewährte den Kindern reichlich Kohlehydrate und sogar Süßigkeiten, aber diese- wie er sagte- *natürlich* nur gelegentlich und in ganz bescheidenem Umfang...Aber er hielt es aus psychologischen Gründen im Sinne des Tröstens für zweckmäßig, die Benennung „freie Kost“ beizubehalten.“ Dem widerspricht Katsch und zitiert in diesem Zusammenhang den Pädiater Georg Bessau, der den Begriff „freie Diät“ oder „freie Kost“ mit den Worten ablehnte: „Man soll Patienten und besonders Kindern nichts versprechen, was man nicht einhalten kann. Und ich füge hinzu, man soll auch den Ärzten nicht durch eine irreführende Bezeichnung eine Aufgabe einfacher darstellen als sie ist.“ Katsch kritisiert vor allem die Missverständlichkeit des Begriffes und fürchtet mit Recht die Nachahmer und viele Patienten, die sich nur an das Wort „frei“ halten, was eine „verheerende Wirkung“ auf die Stoffwechseleinstellung habe.

### **3.4.2 Insulinbehandlung**

Seit Anfang der 30iger Jahren galt das Interesse von Gerhardt Katsch und einigen seiner Mitarbeiter der Entwicklung und Erprobung von länger wirkenden Insulinpräparaten, um die „Spritzenzahl“ zu vermindern. Seit 1933 wurde in Garz das „Insulindurant“ eingesetzt, später auch weitere „Depotinsuline“ (Protamin-Insulin, Zink-Protamin-Insulin, Surfen-Insulin wie Depotinsulin „klar). Nachdem diese Depotinsuline zunächst breit angewendet wurden, erkannte Katsch bald ihre therapeutischen Grenzen. Um dem „artificialen Hyperinsulinismus“ entgegen zu wirken, musste der Diätplan genau eingehalten werden. Banse, ein Mitarbeiter von Katsch, betonte: „Diätetisch hat es sich als zweckmäßig erwiesen, die Kohlehydrate möglichst gleichmäßig über den ganzen Tag zu verteilen.“ Katsch stellte fest: „In Bezug auf besondere Arbeitsverhältnisse ist zu sagen, dass sich Depotinsulin ganz besonders bei gleichmäßiger Lebensweise bewährt.“ Für Menschen mit ungleichmäßiger Lebensweise sei indes häufig das Normalinsulin vorzuziehen. 1940 bemerkte Katsch: „Wie einerseits die Vorteile des Depotinsulins nicht zu bezweifeln sind, so ist doch, von leichten Fällen abgesehen, die richtige, besser gesagt optimale Führung mit Depotinsulin fraglos etwas schwieriger als mit Normalinsulin. Die Lage ist bei Verwendung von Normalinsulin leichter zu übersehen und leichter zu steuern.“

Über die Behandlung von Kindern schreibt er 1952: „Wir verwenden bei Kindern im ganzen genommen mehr Altinsulin.“ Als Indikation für die Behandlung mit Normalinsulin wurde weiterhin das Koma, „Infekte mit stärkerer Azidose“, und „perioperative Zustände“ angesehen. Seit Mitte der 50iger Jahre erhielten auch schwangere Diabetikerinnen mehrfach täglich Normalinsulingaben.

Schon 1935 wies Katsch auf die „kumulative Wirkung“ des Depotinsulins hin und warnte vor den schwierig erkennbaren und zu behandelnden „kriechenden Schocks“. 1944 betonte er: „Überdosierung des Insulins ist der häufigste Führungsfehler, der heute gemacht wird.“ Bei Überinsulinierung empfahl er eine „ausschleichende Dosisverkürzung“.

Die Annahme, dass Gerhardt Katsch und seine Mitarbeiter die Insulinsubstitution fast ausschließlich mit Depotinsulinpräparaten vornahmen, ist falsch. 1948 teilt Mohnike in seiner Abhandlung: „Klinische Erfahrungen mit insulinspritzenden Diabetikern“ mit: „Unter 200 insuliniierten Patienten unseres Instituts aus dem Jahre 1939 wurden nur 50 (25%) mit Normalinsulineinstellung entlassen gegenüber jetzt 46,75%.“ In der Regel wurde das Altinsulin zweimal täglich morgens und abends injiziert, bei höherem Insulinbedarf (ab 30 E.) auch mittags.

Einer *Kombinationstherapie mit Normal- und Depotinsulin* stand Katsch eher ablehnend gegenüber. Das ist verwunderlich, denn in den Garzer Thesen hatte er 1937 weit vorausschauend das Prinzip einer, wie wir heute sagen, „intensivierten Insulintherapie“ klar beschrieben: „Die physiologischen Verhältnisse werden mit heutigen Mitteln am besten nachgeahmt, wenn man ein Insulindepot in nicht zu hoher Dosierung setzt (Nachahmung der Dauersekretion) und außerdem zu den Hauptmahlzeiten mäßige Dosen wässerigen Insulins spritzt (Nachahmung der Stoßsekretion).“ Er schränkte allerdings die Anwendung dieses aus heutiger Sicht prinzipiell richtigen Ansatzes ein: „Als praktisches und empfehlenswertes Verhalten kommt dieses Vorgehen freilich nur für wenige Fälle in Betracht, nämlich für die Fälle von absolutem Diabetes, bei denen eine eigene Insulinerzeugung annähernd völlig verloren gegangen ist.“



Dabei spielte der Wunsch nach einer Verringerung der Insulininjektionen bei der Anwendung von Depotinsulinen offenbar eine große Rolle. Außerdem war das NPH-Insulin für die Mischung von Normal- und Verzögerungsinsulin damals noch nicht entwickelt und später auch in der DDR nicht verfügbar. Selbst bei Kindern war man noch 1958 von einer konsequenten Anwendung einer Prandialinsulinsubstitution weit entfernt. In: „Probleme der Führung und Rehabilitation diabetischer Kinder“ betonen Krainick und Günther, beides Mitarbeiter von Katsch, das Bestreben sei, mit einem Minimum von täglichen Insulininjektionen ein möglichst ausgeglichenes Blutzuckertagesniveau zu erhalten. „Dieses Ziel lässt sich nach unseren Erfahrungen am leichtesten und sichersten mit 2 Injektionen eines mittellangwirkenden (intermediären) Insulins erreichen.“

Auch im Hinblick auf die Auseinandersetzung zwischen Gerhardt Katsch und Karl Stolte, die allerdings in erster Linie den Begriff der „Freien Diät“ betraf, muss festgestellt werden, dass *beide Diabetologen* das Prinzip einer „differenzierten Prandial- und Basalinsulinsubstitution“, wie wir heute sagen, erkannt hatten. Beide sahen jedoch offenbar nicht die Möglichkeit, mit Hilfe der neu entwickelten Depotinsuline eine Basalinsulinsubstitution (vor allem nachts) durchzuführen. Stolte behandelte schon ab 1931 diabetische Kinder (Typ 1 Diabetes) konsequent mit täglich drei Prandialinsulingaben, während Katsch und seine Mitarbeiter meinten, viele Patienten, vor allem Erwachsene mit niedrigem bzw. mittlerem Insulinbedarf (Typ 2 Diabetes) mit zwei Depotinsulinspritzen gut einstellen zu können. Allerdings ist es falsch zu behaupten, dass die Insulinsubstitution mit mehrfachen Normalinsulininjektionen in Garz nur selten durchgeführt wurde. In einer „Umfrage über die Behandlung diabetischer Kinder“ schrieb Katsch 1952: „In der Regel ist eine elastische Führung mit Altinsulin am einfachsten.“ Katsch wies immer wieder mahnend nicht nur auf die Hypoglykämiegefahr bei Anwendung hoher Depotinsulingaben hin, sondern auch auf die Überinsulinierung als Ursache desolater Stoffwechseleinstellung.

### **3.4.3 Arbeitstherapie**

Neben Katsch befassten sich eine Reihe von Mitarbeitern in Garz mit verschiedenen Aspekten der „Arbeitstherapie der Zuckerkranken“ (Brauch, Banse, Pannhorst, Mohnike).

Die Arbeitstherapie hatte somatisch und psychologisch positive Effekte, die Katsch in fünf Punkten zusammenfasste:

1. „Ablenkung vom Ich“.
2. „Das gesunde Stück des Kranken wird gepflegt und geübt“.
3. „Arbeit ermöglicht Leistungen; Arbeit steigert Wertgefühl, Stolz, Glück“.
4. „Körperliche Arbeit ist gleichzusetzen mit der Betätigung unserer Muskelmasse“.
5. „Muskelarbeit wirkt nützlich auf die diabetische Störung“.

Als Ergebnis der Stoffwechseluntersuchungen bei Muskelarbeit wurden für den Einsatz in der Arbeitstherapie der blutzuckersenkende Effekt und der insulinsparende Einfluss von Muskelarbeit genutzt. Der Patient sollte während seines Aufenthaltes in Garz lernen, „durch Insulinverminderung oder Kohlehydratzulagen die glykopriven Zustände bei der Arbeit zu vermeiden.“ Durch „Arbeitsversuche“, die sich an der Berufsarbeit des Patienten orientierten, wurde die individuell unterschiedliche „Arbeitstoleranz“ ermittelt und im Laufe des Heimaufenthaltes, der manchmal wochenlang dauerte, trainiert.

Die Arbeitstherapie, die einen wesentlichen Teil des Garzer Behandlungsprogramms ausmachte, gilt heute nicht mehr als ein Grundpfeiler der Diabetestherapie, wie z.B. die Insulin- und Ernährungsbehandlung. Im Rahmen der von Gerhardt Katsch formulierten und inaugurierten „Produktiven Diabetikerfürsorge“, die zum Ziel hatte, jugendliche Rentner zu „desinvalidisieren“ und ältere Rentner zu „revalidisieren“, hatte die Arbeitstherapie jedoch einen fraglos hohen Stellenwert. Aus dem mit dem Garzer Diabetesheim geschaffenen Rehabilitationssystem ist sie daher nicht wegzudenken.

#### **3.4.4 Hypoglykämie, diabetische Ketoazidose und Coma diabeticum**

Als Ursache hypoglykämischer Zustände wurde von Katsch in Übereinstimmung mit heutigen Auffassungen die Überinsulinierung bei kohlenhydratarmer Ernährung angesehen. Er erkannte auch früh, dass eine besondere Hypoglykämiegefahr von den Depotinsulinen ausging und wies auf den sog. „kriechenden Schock“ hin.

Für die Diagnose einer Hypoglykämie stand den Patienten die Blutglukosebestimmung noch nicht zur Verfügung. Als Therapie kam nur die orale oder intravenöse Gabe von Glukose in Frage. Glukagon war therapeutisch noch nicht verfügbar. Das wird oft bei der kritischen Beurteilung der damaligen Forderung nach einer Restglukosurie zur Vermeidung von Hypoglykämien zu wenig berücksichtigt.

Die von Katsch und seinen Mitarbeitern empfohlenen Maßnahmen zur Therapie der diabetischen Ketoazidose und des Coma diabeticum entsprachen weitgehend den heutigen Auffassungen. Bemerkenswert ist, dass Katsch eine drastische Reduzierung der damals üblichen hohen Insulindosen forderte und damit die erst 1974 von Alberti vorgeschlagene low-dose-Insulintherapie vorwegnahm

### **3.4.5 Ziele und Kontrolle der Diabetestherapie**

Als Ziele der Diabetestherapie nannte Gerhardt Katsch für Erwachsene die „Erhaltung der Arbeitsfähigkeit“, für Kinder ein normales Wachstum und Gedeihen. Ab etwa 1940 trat für ihn ein neues Therapieziel hinzu, die Verhinderung von diabetischen „Folgeschäden“, die mit einer Latenz von 10 bis 15 Jahren nach Beginn der Insulinära nach und nach identifiziert wurden. Die von Katsch empfohlenen Zielwerte für Blut- und Harnzuckerwerte konnten daher noch nicht den heutigen Maßstäben zur Vermeidung von Folgeerkrankungen entsprechen. 1937 schreibt Katsch: „Im Hinblick auf unsere Ziele können wir den Behandlungserfolg... im einzelnen Fall nicht daran messen, ob wir einen Kranken aglykosurisch oder ob wir ihn mit einem Nüchternblutzucker von 130 oder 150 oder 180 entlassen. Unser Kriterium ist die Bewährung draußen im Leben.“ Katsch nahm „eine gewisse *Restglykosurie* und einen relativ hohen Nüchternblutzucker in Kauf“. „Eine Restglykosurie ist beim Insulinierten nicht nur zu dulden, sondern fast in allen Fällen notwendig.“ Katsch wollte durch sog. „Zuckerreserven“ das Auftreten von Hypoglykämien verhindern. Aus heutiger Sicht ignorierte er dabei die Gefahr von „Folgeschäden“ zu Gunsten der damals mehr gefürchteten Hypoglykämien.

Der Zusammenhang zwischen langfristigen ausgeprägten Hyperglykämien und dem Auftreten diabetischer Folgeerkrankungen war damals zwar vermutet, aber in keiner Weise bewiesen worden. Der endgültige Beweis wurde erst durch die Ergebnisse der großangelegten Multizenterstudien (DCCT, Oslo-, Stockholm-Studie usw.) der 90iger Jahre erbracht.

Ein weiterer Punkt, der Katsch von seinen Kritikern immer wieder vorgehalten wird, ist die Ablehnung von regelmäßigen Harnzuckerkontrollen, wie sie schon seit der 20iger Jahren von einigen Diabetologen gefordert und praktiziert wurden (z.B. Joslin, Stolte). Blutzuckerselbstkontrollen waren methodisch nicht verfügbar, für die Harnzuckerselbstkontrolle gab es allerdings die polarimetrische Methode. Katsch lehnte jedoch die Harnzuckerselbstkontrollen als neurotisierend ab und hielt sie für den „arbeitenden Diabetiker“ für nicht zumutbar.

#### **3.4.6 Diabetes und Schwangerschaft**

Während der Vorinsulinära kamen Schwangerschaften bei Diabetikerinnen kaum vor. Das änderte sich zunächst nach Einführung des Insulins in die Therapie kaum. Ab etwa 1950 wurde jedoch die Notwendigkeit einer Schwangerschaftsberatung und -betreuung immer mehr erkannt. 1952 wurde dem Garzer Diabetikerheim daher eine geburtshilfliche Station angeschlossen, die vom Gynäkologen Dr. Worm geleitet wurde.

1952 wurden in Garz 157 Entbindungen durchgeführt (73% durch Sectio, 27% vaginal). Mütterliche Todesfälle traten nicht auf. Die perinatale Sterblichkeit war noch hoch (19%). Ursachen waren vor allem die durch das hyaline Membransyndrom bedingte Asphyxie, Fehlbildungen und die „maligne Hypoglykämie“ postpartal. In der Folgezeit konnte die Zahl der Schnittentbindungen und die perinatale Sterblichkeit drastisch reduziert werden als Folge der Normalisierung der Stoffwechsellage (Blutglukosewerte möglichst unter 140mg%), vor allem während des letzten Drittels der Schwangerschaft, durch erhöhte Insulingaben.

Eine „Indikation zum künstlichen Abort bei diabetischen Schwangeren“ lehnte Katsch ab. Als Ausnahmen ließ er nur die diabetische Retinopathie im 3. Stadium (proliferative Retinopathie) und die fortgeschrittene Nephropathie gelten.

Die intensive Schwangerenbetreuung unter Einbeziehung unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen führte in Garz zu weltweit anerkannten Erfolgen. Die weitgehende Normalisierung des Blutzuckerspiegels mithilfe einer intensivierten Insulintherapie war damals wie heute Therapieziel der Betreuung diabetischer Schwangerer und verlieh der von Gerhardt Katsch geschaffenen Institution auf Rügen eine führende Position auf dem Gebiet dieser diabetologischen Spezialdisziplin.

### **3.4.7 Die Rehabilitation der Patienten mit Diabetes in Garz auf Rügen**

Gerhardt Katsch sah es als seine Aufgabe an, nicht nur neue Strategien zur Behandlung des Diabetes (Diät, Insulin, Muskularbeit) zu entwickeln, zu erproben und zu institutionalisieren, sondern die Patienten auch sozialmedizinisch zu betreuen, d.h. „die Zuckerkranken so gut ärztlich zu betreuen, dass sie als *bedingt gesunde* und *bedingt arbeitsfähige* Menschen gelten konnten.“

Nachdem die Einführung des Insulins die Patienten mit Diabetes vor „Siechtum und sicherem Tod bewahrt hatte“, wuchs die Zahl der Diabetiker, die als schwer erkrankte, nicht arbeits- und leistungsfähige Patienten angesehen und behandelt wurden. 1928 schrieb Katsch: „ 6 Jahre nach der Insulinentdeckung war die Zeit reif, mehr für die Zuckerkranken zu erreichen als eine gewisse Lebensverlängerung und die gelegentliche Errettung aus dem Koma.“ Er sah den Diabetes daher zunehmend auch als „soziale Krankheit“ und erkannte die sozialmedizinische Notwendigkeit zur Rehabilitation dieser chronisch kranken Menschen. In der damaligen Zeit war es ein völlig neuer Aspekt, sich dieser Aufgabe zu widmen. Die selbst gestellte Aufgabe der Rehabilitation von Diabetikern bezeichnete Katsch als „Produktive Fürsorge für Zuckerkranken“.

Mit der Eröffnung des „*Ersten deutschen Diabetikerheimes*“ in Garz auf Rügen am 17. September 1930 schuf Gerhardt Katsch eine Institution, die sich ausschließlich der Behandlung, Betreuung, Schulung und Rehabilitation von Diabetikern widmete. Eine der wichtigsten Maßnahmen zur Rehabilitation war die Schulung: „Man muss die Zuckerkranken in gediegener Weise zur Selbstführung schulen“.

Lernziele waren u.a.:

1. die Handhabung des diätetischen Kochens und die individuelle Einstellung des Kostplanes,
2. die individuell optimale Insulindosierung,
3. die Einstellung des Stoffwechsels bei dosierter körperlicher Bewegung und angepasster Arbeit.

Dem Diabetikerheim waren ein Landwirtschafts- und Gartenbaubetrieb angeschlossen. Katsch begrüßte es, wenn Angestellte des Heims selbst Diabetiker waren. Die nächsten Verwandten der Patienten wurden in die Schulung mit einbezogen: „Frauen von Diabetikern lernen die richtige Kochweise, werden unterwiesen in der Ausführung der Insulinspritzen.“

Wichtig war für Katsch, dass nicht nur „begüterte Kreise“, sondern „Schichten, denen Sanatorien nicht zur Verfügung stehen“ sich den Heimaufenthalt leisten konnten. Darum wurde der Tagessatz des Heimaufenthaltes möglichst preisgünstig gestaltet (1934: 5.-RM).

Der Erfolg des Aufenthaltes in Garz wurde katamnestisch an der „Fernbewährung“ gemessen, d.h. an der Beherrschung des Stoffwechsels und an der Leistungsfähigkeit im häuslichen Milieu. Mit Hilfe von Fragebögen (Postkarten) wurde fortlaufend geprüft, wie weitgehend die Garzer Patienten tatsächlich wieder ins normale Leben eingegliedert waren.

Ein Beispiel von 1932:

„Ich teile Ihnen mit,

1. daß es mir gut-besser-schlechter geht,
2. daß mein Gewicht zugenommen-abgenommen-unverändert geblieben ist,
3. daß ich noch jetzt Insulin spritze (Wieviel Einheiten?)-jetzt nicht mehr Insulin spritze,
4. daß ich jetzt .....g Brot täglich esse,
5. daß ich eine Beschäftigung gefunden habe (welche?.....)-bisher keine Beschäftigung gefunden habe- noch heute diese Beschäftigung habe.

Die „Nachsorge“ lag in den Händen ortsansässiger Ärzte, zu denen ein enger Kontakt bestand. Zu ihr gehörte auch die Hilfe bei der Suche nach einem Arbeitsplatz. Für die „nachgehende Fürsorge“ wurden Fürsorgerinnen geschult, die möglichst selbst Diabetikerinnen sein sollten.

Die finanzielle Situation des Diabetikerheims war in den ersten Jahren sehr schwierig, so dass die Angestellten zeitweise ohne Gehalt arbeiten mussten. Gerhardt Katsch führte das Heim ehrenamtlich als ärztlicher Leiter. Eine Wende trat ein, als die Versicherung der Reichsbahn einen Vertrag mit dem Garzer Heim schloss.

1937 konnte ein Forschungsgebäude mit Laboratorien eingerichtet werden. 1947 wurde im Rahmen der Bodenreform „Schloß und Park Karlsburg“ für ein zweites Diabetikerheim zur Verfügung gestellt. 1955, 25 Jahre nach Gründung der Institution umfasste das Diabeteszentrum neben den Diabetikerheimen und den Forschungseinheiten eine Isolierstation für tuberkulöse Diabetiker, eine Augen- und Zahnstation, eine geburtshilfliche Abteilung, ein Heim für diabetische Kinder, ein Schulheim mit Internatsbetrieb, und später ein Altersheim für Diabetiker. Das „Diabetikerheim Garz/Rügen und Karlsburg – Anstalt zur Erforschung und Behandlung der Zuckerkrankheit“ ( Mohnike 1956) entwickelte sich zu einer der größten, erfolgreichsten und angesehensten Diabeteszentren der Welt.

1958 schrieb Gerhardt Katsch rückblickend über produktive Diabetikerfürsorge: „Wenn ich mir und meinen Mitarbeitern *opfervolle Pionierarbeit* zumutete, so war das die Einsicht, dass etwas, wozu die medizinische Wissenschaft mit der Insulinentdeckung die Möglichkeit geschaffen hatte, optimal in die ärztliche Praxis zu übertragen, eine Verpflichtung sei.“ Die sozialmedizinische Leistung von Gerhardt Katsch war in einer Zeit, in der Patienten mit Diabetes allgemein als dauernd schwerkrank und arbeitsunfähig angesehen wurden, nicht hoch genug einzuschätzen. Es war auch eine soziale Tat, dafür Sorge zu tragen, dass im Garzer Heim Diabetiker aus *allen* Schichten behandelt, betreut und geschult wurden.

Es ging in unserem Bericht in erster Linie darum, die herausragenden ärztlichen, wissenschaftlichen und sozialmedizinischen Leistungen von Gerhardt Katsch während seiner beruflichen Tätigkeit zwischen 1928 und 1961 zu bewerten. Für die Entwicklung der praktischen Diabetologie in den beiden deutschen Staaten in der Folgezeit kann er nur bedingt verantwortlich gemacht werden.

Weder das zentralistisch orientierte Versorgungssystem mit den Diabetesberatungsstellen in der DDR noch die von Katsch schon 1956 heftig kritisierte ambulante Behandlung von Diabetikern in der „*allgemeinen Praxis*“ unterstützt durch regelmäßige Aufenthalte in den zahlreichen Diabeteskliniken, wie sie sich in der BRD durch die Politik der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen durchsetzten, stellen nach heutigen Auffassungen optimale und kompetente Versorgungssysteme dar. Als absurd erscheint uns daher der Versuch, Gerhardt Katsch für diese Entwicklungen mitverantwortlich zu machen.

#### **4 Abschließende Würdigung**

Als Ordinarius für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Universitätsklinik in Greifswald sowie Gründer und Leiter des Ersten Deutschen Diabetikerheims in Garz auf Rügen prägte Gerhardt Katsch wie kaum ein andere deutscher Arzt über drei Jahrzehnte lang die praktische und wissenschaftliche Diabetologie. Er arbeitete auf fast allen Gebieten der Diabetologie und publizierte seine Erkenntnisse und Auffassungen in zahlreichen Vorträgen und Abhandlungen. Er zog eine große Zahl hochqualifizierter Mitarbeiter an sich, deren klinische und wissenschaftliche Arbeiten er anregte, förderte und begleitete. Über einige der Ergebnisse und Schlussfolgerungen ist die Zeit hinweggegangen, viele erwiesen sich jedoch als richtig und wegweisend. Besondere Verdienste erwarb er sich auf dem Gebiet der Behandlung, Betreuung, Schulung und Rehabilitation der Patienten mit Diabetes. Er schuf das auch sozial vorbildliche System der „Produktiven Diabetikerfürsorge“, das zur Desinvalidisierung der Diabetiker führte, die nach Jahren der Ausgrenzung als „bedingt gesund“ und „bedingt arbeitsfähig“ in das Sozial- und Gesellschaftsleben integriert wurden. Mit dem „Diabetikerheim Garz/Rügen und Karlsburg“ begründete und leitete er eine Institution, in der seine ärztlichen und sozialmedizinischen Intentionen erforscht, umgesetzt und vervollkommen werden konnten. Seine ärztliche Fürsorge galt den Diabetikern aller Altersgruppen, Kindern wie Erwachsenen, Schwangeren wie alten Menschen.



Gerhard Katsch gehörte, 1887 geboren, zu den deutschen Führungspersonlichkeiten, deren Sozialisation als Kind, Jugendlicher und junger Erwachsener während des Kaiserreichs, des 1. Weltkrieges und der Revolution geprägt wurde. Berufliche, ärztliche und wissenschaftliche Verantwortung trug er in zwei zentralistisch und totalitär geführten Staaten. Aus seinen Schriften geht hervor, dass er sich mit allen wissenschaftstheoretischen Zeitströmungen kritisch auseinandersetzte (Sozialdarwinismus, Positivismus, Pawlorismus, Psychoanalyse, Psychosomatik usw.). Trotz aller Anfechtungen wich er nachweislich nie vom Grundgedanken ärztlicher Ethik, dem „Primum nil nocere“ des Hippokrates, ab. Das bewies er u.a. durch sein strikt ablehnendes Memorandum zur Anwendung des „Erbgesundheitsgesetzes“ hinsichtlich der Sterilisation von Diabetikern, durch seine Ablehnung der Interruptio bei schwangeren Diabetikern und in mittelbarer Weise auch bei der durch die Todesstrafe bedrohten Übergabe der Stadt Greifswald an die Russen im April 1949.

Gerhardt Katsch war aufgrund seiner Position, seines Ansehens und seines Berufes als akademischer Lehrer eine öffentliche Person. In zahllosen Gesprächen, Vorlesungen, Vorträgen und Publikationen trug er seine Auffassungen und Meinungen vor. Es sind nachweislich keine mündlichen oder schriftlichen Äußerungen bekannt, die ihn als ideologischen Anhänger eines der beiden Herrschaftssysteme ausweisen, in denen er lebte. Es sind auch im Gegensatz zu vielen Vertretern der Eliten seiner Zeit keine national-konservativen und antisemitischen Tendenzen bei Gerhardt Katsch erkennbar. Er war sicher ein autoritär auftretender Lehrer mit sehr strengen, manchmal hart erscheinenden Anforderungen an sich selbst und seine Mitarbeiter und ein Mensch, der in seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Arbeit aufging und die ethische Verpflichtung, den „Drang“, in sich spürte, als Arzt kranken Menschen zu helfen und sie zu trösten. Im Kant'schen Sinne war die Einstellung zu seinem Beruf durch Auftrag und Pflichterfüllung geprägt, oder wie er es selbst nannte, durch den „Therapeutischen Imperativ des Arztes“.

Nach eingehender Auseinandersetzung mit dem Lebensweg und dem Lebenswerk von Gerhardt Katsch sind die Mitglieder der Historischen Kommission zu der Auffassung gelangt, dass der Vorstand der Deutschen Diabetes-Gesellschaft gut beraten war, der Auszeichnung für „Persönlichkeiten, die sich in der Laienarbeit verdient gemacht haben“ den Namen „Gerhardt-Katsch-Medaille“ zu geben. Die „Gerhardt-Katsch-Medaille“ sollte daher auch in Zukunft verliehen werden.

Oktober 2004

Prof. Dr. med. P.Hürter

Prof. Dr. med. W.Bruns

Dr. med. V.Jörgens

Prof. Dr .med. D.Michaelis

Dr. med. H.Schneider