



LITERARISCHE GESELLSCHAFT KARLSRUHE
PrinzMaxPalais
Karlstr. 10
76133 Karlsruhe
Germany
T +49-721-133-4087
E info@literaturmuseum.de

**ASPEKTE DER MEDIZIN-
PHILOSOPHIE**

Lothar-von-Kübel-Str. 6
76547 Sinzheim
Germany
T +49-7221-803164
E info@christian-hoffstadt.de

**Preisrede von Prof. Dr. Frank W. Stahnisch
anlässlich der Verleihung des
Klaus-Reichert-Preises für Medizinphilosophie 2009**

**am 17. Oktober 2009
im Großen Saal des Prinz-Max-Palais in Karlsruhe**

Alle Rechte vorbehalten / All rights reserved. © Frank W. Stahnisch 2009.

Weitere Informationen:

Dr. Christian Hoffstadt
Lothar-von-Kübel-Str. 6
76547 Sinzheim
Germany
T +49-7221-803164
E info@christian-hoffstadt.de

*Medizin, Leben und Funktion:
Experimentalstrategien und Medizinische Moderne an der Grenze
von Pathologie und Physiologie*

Lieber Herr Hoffstadt, liebe Veranstalter;
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen;
meine Damen und Herren!

es ist mir eine große Freude, am heutigen Abend beziehungsweise die Zeit seit dem gestrigen Empfang an Ihrer Veranstaltung teilnehmen zu können. Und zugleich ist es mir natürlich auch eine Ehre, und ich danke für die damit verbundene Anerkennung, den „Klaus-Reichert-Preis für Medizinphilosophie“ im Kreis dieser beiden Gesellschaften – der Tagungsgesellschaft Medizin-Philosophie sowie der Literarischen Gesellschaft Karlsruhe – heute im Karlsruher PrinzMaxPalais entgegennehmen zu dürfen. Der von Ihnen verliehene Preis ist für mich dabei nicht nur aus Gründen der eigenen Beschäftigung mit philosophischen Fragen in medizin- und wissenschaftshistorischer Perspektive ein wichtiges Anliegen. Darüber hinaus – und was natürlich viel schwerer wiegt – stellt der Gegenstand der *Medizin-Philosophie* gegenwärtig immer noch ein Feld dar, das wissenschaftlich viel zu geringe Beachtung erfahren hat und das außerhalb der spezialisierten Medizin-Ethik so gut wie nicht institutionalisiert ist. So klaffen immense Leerstellen – Desiderate – etwa hinsichtlich der philosophischen Bedürfnisse und Interessen von Patientinnen und Patienten, der klinisch Tätigen wie auch von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf dem Gebiet der heutigen Biomedizin. Es seien deshalb ein paar benannt, die wie die Auseinandersetzung um die «Komplementäre und Alternative Medizin», die Wechselbeziehung des «Arzt-Patient-Verhältnisses» oder des Zustands der «klinischen Forschung und Pflege in Zeiten absoluter Wirtschaftlichkeitszwänge», bislang kaum hinreichend philosophisch durchdrungen und in ihrer Tiefendimension verstanden sind beziehungsweise danach verlangen, dass bessere philosophische Angebote, Hilfestellungen und Lösungsvorschläge gemacht werden, als sie bisher vorliegen. Insofern ist Ihre Veranstaltung gerade deshalb zu beglückwünschen, weil sie sich diesen wich-

tigen Fragen stellt, sie in soziale und kulturelle Kontexte rückt und nach interdisziplinären Angeboten an die Medizin, Pflege wie auch Geisteswissenschaften sucht (dies zeigen beispielsweise die Vortragsthemen „Bewegungskontrolle in Psychiatrie und Strafvollzug“ oder „Zur kulturphilosophischen Bedeutung des Sports“, um hier nur zwei Beispiele dieser Tagung zum Thema «*Bewegung*» zu nennen).

I

Zur Medizinphilosophie als einer akademischen Disziplin sollen anschließend noch einige Bemerkungen folgen, doch möchte ich mich hier in tastenden Schritten – und in ersten eigenen „Denk-Bewegungen“ – meinem eigentlichen Vortragsthema nähern. Dabei zunächst zwei Dinge vorweg: In der Vorbereitungsphase für diese Rede gingen mir besonders zwei Fragestellungen durch den Kopf; eine Beschäftigung, an der die Veranstalter dieser Tagung nicht ganz unbeteiligt gewesen sind: (1) So haben sie mich gebeten, in meinem Vortrag auch auf den Namenspatron des heute verliehenen Preises einzugehen, und diese Bitte ist für mich zugestandenermaßen zu einer Herausforderung geworden, weil ich den Namen von Dr. med. Klaus Reichert zuvor noch nicht gehört hatte. Weder wurde er in der von mir konsultierten Forschungsliteratur rezipiert, noch habe ich selbst – und ich bitte dies zu entschuldigen – an den Veranstaltungen der „Aspekte Medizin-Philosophie“ in früheren Jahren teilgenommen, obgleich sich natürlich thematische Überschneidungen ergeben hätten. Die zweite und mit der ersten verbundene Frage war die nach der Motivation beziehungsweise intellektuellen Perspektive in den medizinphilosophischen Arbeiten Klaus Reicherts: (2) Welche Zugangsweise zur geisteswissenschaftlichen Reflexion von medizinischen und neurologischen Themen wählte er? Und in welcher Form stand diese im Zusammenhang mit dem Wirkungskreis eines Neurologen, der zudem als Psychiater beziehungsweise im besten Sinn als „Nervenarzt“ tätig war? Die spezifische Verbindung aus Neurologie, Psychiatrie und Geisteswissenschaften in seinen Arbeiten verweist selbst auf eine historische Kontingenz in den klinischen Wissenschaften des deutschen Sprachraums, die – wie am Beispiel Klaus Reicherts sehr gut zu erkennen – besondere Freiräume und somit Denkräume erzeugt hat, die es im Sinne von *Nervenheilkunde* in dieser Art andernorts kaum oder nie gegeben hat.

Ich bin den Veranstaltern letztlich auch deshalb dankbar, dass sie mir vor einiger Zeit weiterführende Literatur von und zu Dr. Reichert zukommen ließen, die mir einen besseren Eindruck von seiner Schaffenszeit in Karlsruhe wie an der Waldklinik Dobel im Nordschwarzwald verschafft haben. Und ich werde hier besonders an zwei seiner Essay-Beiträge anknüpfen wollen, nämlich *«Das Kreuz als Symbol – der heilige Knochen in den Betrachtungen des Georg Groddeck»*, welcher in den von Wolfgang Bittscheidt und Michael Frey herausgegebenen 2. Dobler Scripten 1989 erschien, und Reicherts Beitrag *«Über den Sinn des Krankseins»*, der in Band 3 der von Christian Hoffstatt et al. 2006 herausgegebenen „Aspekte der Medizinphilosophie“ (*«Von Sinnen und Sinn»*) publiziert worden ist. In beiden Essays kritisiert Reichert nachhaltig Folgen reduktionistischer Anschauungen in der modernen Biomedizin und weist auf die Prägung des modernen Krankheitsbegriffs an Hand von isolierbaren wie objektivierbaren Organ- und Strukturveränderungen des Körpers hin:

„Als Ärzte sind wir mitverantwortlich dafür, dass unser heutiges Gesundheitssystem Krankheit als Materialermüdung definiert und die Ideologie des alles Machbaren pflegt. Unsere Patienten haben einen vermeintlichen Rechtsanspruch auf Gesundmachung, sie gebärden sich als Reparaturbedürftige, präsentieren ihre *Krankheit als eine zu behebende Störung* [Herv. v. F.W.S.]. Wie in der Autowerkstatt geht es da mitunter zu: Einer von uns Ärzten ist für die Karosserie, der andere für den Motor, der dritte für die elektrischen Leitungen zuständig. Mancher ist so spezialisiert, dass er nur noch für den Auspuff oder für die Stoßstange seine Zuständigkeit erkennt. Eine unserer merkwürdigsten Handlungen ist das diagnostische und therapeutische Agieren, oft eine hilf- und heillose Angelegenheit, die darin gipfelt, dass der Patient zum Heilpraktiker geht und die von uns verordneten Medikamente aus dem Fenster wirft.“

(K. Reichert, 1989², S. 27)

Oder:

„Krank sind wir oft nur deswegen, weil wir Krankheit und Kranksein nicht auseinander halten. Die Mechanikerseelen unter den Medizinerinnen halten so etwas für spitzfindig und als Relikt aus der Zeit, in der die Medizin noch mit der Philosophie verwoben war und das naturwissenschaftliche Zeitalter noch nicht begonnen hatte. Letztlich aber konnte diese unselige Entwicklung nichts dem Satz Georg Groddecks entgegensetzen, der diesen so formuliert hat: ‚Nicht zwei Menschen sind zu finden, die gleich krank sind. Krankheit sollte aus unserem Sprachschatz ausgemerzt werden. Es gibt keine Krankheiten, es gibt nur kranke Menschen.‘“

(K. Reichert, 2006, S. 13)

Mit diesen Beobachtungen und *Statements* forderte Reichert eine Trendwende und geänderte Zugangsweise zu den Patientinnen und Patienten in der modernen Medizin ein. So müsse die „Doppelfunktion“ des Arztes und der Ärztin wie auch der therapeutisch Handelnden wieder eine stärkere Beachtung finden, eben nicht allein als ein „Bio-Mechaniker“ – ein Begriff, den er sehr oft verwendet und als „Zerrbild“ der modernen Medizin gebrandmarkt hat – an den kaputten Organen oder gestörten Funktionen des Körpers zu operieren, sondern auch und gerade die Lebensverhältnisse und Konflikte der Kranken wieder mit einzu beziehen. Die Patientinnen und Patienten müssen von der ärztlichen Heilkunde unbedingt als vollgültige Subjekte verstanden werden – wobei nicht allein die somatische, sondern auch die psychosoziale Dimension von Krank–Sein und Gesund–Sein mit in die Therapie und Kommunikation einzubeziehen sind –, wenn die moderne Biomedizin im Patientenumgang und gesellschaftlichen Selbstverständnis nicht in eine tiefe Vertrauenskrise stürzen soll. – Dies sind letztlich wiederkehrende Topoi einer Diskussion um die moderne Medizin und Heilkunde, die sich, wie der australische Medizinhistoriker Michael Hau (geb. 1970?) in seinem Buch *«The Cult of Health and Beauty»* (2003) gezeigt hat, seit der Weimarer Republik im Sinne einer Dauerkrise der Medizin verstetigte – und dies interessanter Weise *obwohl* es seit her zu einem enormen technologischen Fortschritt gekommen ist.

Ob und wie Klaus Reichert seine medizinhistorischen Ansichten tatsächlich in die nervenheilkundliche Praxis einbrachte, vermag ich nicht zu sagen, doch können vielleicht einige der anwesenden Kolleginnen und Kollegen im Anschluss an diese Rede hierzu Stel-

lung nehmen und uns sein persönliches Wirken näher bringen. Aber allein die Zahl der aus seinen Reflexionen hervor gegangenen Schriften, die Kontinuität, mit der die an der Waldklinik Dobel und später von den „Aspekten der Medizinphilosophie“ fortgesetzten Treffen statt gefunden haben, sowie die zahlreiche Anwesenheit von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an dieser Tagung sprechen letztlich für sich. Auch wenn Dr. Reichert in der nervenheilkundlichen *Community* in Deutschland dabei letztlich keinen bleibenden Nachhall gefunden hat – seine Arbeiten wurden nur selten beziehungsweise gar nicht von Nervenärzten rezipiert –, so ist dieser Umstand nur bedingt zu bedauern. Denn was an dieser Stelle viel mehr zählt, ist die Tatsache, dass sein Wirken und Arbeitszirkel – ich bin in diesem Zusammenhang mehrfach auf das Wort des „Veranstaltungs-Kränzchens“ gestoßen (das gewissermaßen an frühere lokale Traditionen auch großer deutscher Nervenärzte wie Wilhelm His (1831-1904) oder Oswald Bumke (1877-1950) in Leipzig anknüpfte) – als Teil einer besonderen Entwicklung der deutschen Nervenheilkunde und Medizin gesehen werden können, durch die sie im besten Sinne humaner, patientennäher und reflektierter geworden ist. Und diesbezüglich war Dr. Reichert wohl beides: Produkt eines progressiven *Zeitgeistes* in der bundesdeutschen Nachkriegsmedizin, der inzwischen selbst „Geschichte geworden“ ist – was für die medizinische Entwicklung eher bedauert werden muss –; und zugleich trug er diesen Zeitgeist selbst mit beziehungsweise nachhaltig in seinen lokalen Wirkungsbereich hinein. Dies ist in der Tat ein wichtiger Effekt, der in praktischer Hinsicht kaum für die meisten akademischen Mediziner und Medizinerinnen seiner Zeit ausgemacht werden kann. Auf den Gesamtkontext dieser Tendenzen möchte ich im folgenden Teil meines Vortrags eingehen.

II

Erlauben Sie mir an dieser Stelle einige persönliche Anmerkungen, die selbst weiter zum eigentlichen Thema hinleiten – so zusagen als eine „zweite Denk-Bewegung“: Als Klaus Reichert 1968 sein Studium der Medizin an der Universität Heidelberg begann, war ich selbst gerade erst geboren worden. Viele in diesem Saal werden sich dabei persönlich erinnern, andere aus der historischen Betrachtung wissen, wie profoundly die sozialen Ereignisse der späten 1960er Jahre auch die bundesdeutsche Medizin beeinflusst haben – selbst wenn

wir im Nachhinein feststellen müssen, dass dies kaum zu einer bleibenden Veränderung des „Medizinischen Systems“ geführt hat. Eher sind daraus vereinzelte Reformbewegungen hervorgegangen, wie das 1970 – im Jahr von Reicherts Physikumsprüfung – an der Universität Heidelberg gegründete „Sozialistische Patientenkollektiv“, das einen Grundstein für die ambulante und soziale Betreuung psychiatrisch kranker Menschen gelegt hat. Ähnliches kann über manch andere Bewegung in der Medizin der 1960er und 70er Jahre gesagt werden. Und ich möchte nur an die 1968 erfolgte Ausgestaltung der Abteilung für Physikalische Therapie als Naturheilkundliche Medizin an der Berliner Charité erinnern (die nach der deutschen Wiedervereinigung am Moabiter Krankenhaus in West-Berlin weiter geführt wurde), ebenso wie an die durch Horst-Eberhard Richters (geb. 1923) Einfluss gebahnte Einrichtung des ersten deutschen Lehrstuhls für Medizinische Psychologie – 1972 – an der Universität Gießen oder das 1973 gegründete Institut für Sexualwissenschaft an der Uniklinik Frankfurt. Es ist viel sagend für alle diese Entwicklungen, dass sie inzwischen entweder aufgelöst wurden oder ihre Forschungs- und Lehrbemühungen gänzlich in Bereiche der aktuellen „Biomedizin“ oder „*Evidence-Based-Practice*“ überführt haben. Die gesellschaftlichen Impulse der späten 1960er und frühen 1970er Jahre lassen sich bei genauerem Hinsehen in diesen Institutionen jedenfalls nicht mehr deutlich erkennen. – Der *Zeitgeist* auch der bundesdeutschen Medizin, so muss hier wohl festgehalten werden, hat sich deutlich geändert. Und es ist dieser Zeitgeist, der mir bei der Lektüre von Klaus Reicherts Arbeiten wieder plastisch entgegengetreten ist:

Als ich selbst das Studium der Medizin nach dem bereits begonnenen und begleitenden der Philosophie 1991 aufgenommen habe, war Dr. Reichert seit einigen Jahren Chefarzt der Neurologischen Abteilung der Waldklinik Dobel im Nordschwarzwald, wo er seine früheren literarischen und philosophischen Interessen fruchtbar mit der diagnostischen und therapeutischen Praxis des klinischen Neurologen verbunden hat. Wenn schon kein vollständiger Generationswechsel, so war es doch zu einer *generationsgebundenen* Themenverschiebung in der medizinischen Forschung und Lehre bis zur Zeit um die deutsche Wiedervereinigung gekommen, welche nun als Kanon wenigstens für eine Weile auch an medizinischen Hochschulen etabliert war – selbst wenn etwa die Frankfurter Universitätsklinik, an der ich selbst

mein Studium begann, in vielerlei Hinsicht eher eine außergewöhnliche Stellung einnahm. So trugen die Lehrstuhlinhaber der „68er Generation“ andere Frage- und Problemstellungen in die Medizin ein, die sich mit den persönlichen Fragestellungen Klaus Reicherts ihrerseits häufig überschneiden: Kritik an der organzentrierten Sichtweise der Medizin (Stichwort „Mein erster Uni-Patient ist eine Leiche“); Entwicklung von Anamnesegruppen („Auf dem Weg zur sprechenden Medizin“); Homöopathiegruppen und Diskussionszirkel zu Alternativen Heilmethoden („Natur statt Chemie“); Kongresse der *Internationalen Ärzte gegen den Atomkrieg*, Psychosoziale Gesprächskreise; *Médecins sans frontières*, etc. Allen diesen Entwicklungen gemeinsam war ihre profunde Kritik am wissenschaftlichen Reduktionismus, der sich seit Beginn der Medizinischen Moderne breit gemacht hat. Und einige der medizinhistorischen Ursprünge und wissenschafts- wie gesellschaftsphilosophischen Grundlagen, die zu dieser Entwicklung geführt haben, möchte ich im folgenden Teil meines Vortrags und später auch im verschriftlichten Beitrag für die „Aspekte der Medizinphilosophie“ als Hintergrund dieser Entwicklungen skizzieren. Fragen, wie sie etwa der Deutsch-Schweizer Psychiater Karl Jaspers (1883-1969) in seinem viel beachteten Essay *«Der Arzt im technischen Zeitalter»* (1957) diskutiert hat, sind für mich dabei in vielerlei Hinsicht interessebildend und forschungsleitend geworden, um den weit greifenden Entwicklungen in der biomedizinischen Methodologie und Philosophie seit dem 19. Jahrhundert medizinhistorisch auf den Grund zu gehen:

„Die Diagnostik geschieht durch immer zahlreicher werdende Apparate und Laboratoriumsuntersuchungen. Die Therapie wird zur errechenbaren, immer komplizierter werdenden Anwendung der Mittel für den durch diese diagnostischen Daten erschöpften Fall. Der Kranke sieht sich in einer Welt von Apparaten, in der er verarbeitet wird, ohne daß er den Sinn der über ihn verhängten Vorgänge versteht. Er sieht sich Ärzten gegenüber, von denen keiner sein Arzt ist. Der Arzt selber scheint dann zum Techniker geworden.“

(K. Jaspers, 1958, S. 37)

Etwa im letzten Jahr meines eigenen Philosophiestudiums in Deutschland, in dem ich mich überblicksartig mit den traditionellen akademischen Gebieten (von Antike bis Moderne,

etwas Logik, Kultur- und analytische Philosophie, Philosophie des Geistes und besonders Ethik, etc.) befasst hatte, wurden für mich Fragen einer Wissenschaftsphilosophie der Medizin immer drängender. Doch wie bereits angemerkt, gab es Anfang der 1990er Jahre keine nennenswert institutionalisierte *Medizin-Philosophie* an den Philosophischen Universitätsinstituten in Deutschland. Tatsächlich gibt es sie bis heute kaum, wenn man von den spezialisierten medizin- und bioethischen Lehrstühlen einmal absieht; so dass Fragen der Theoriendynamik von biologischen und medizinischen Wissenschaften (in der Folge von Thomas Kuhn, 1922-1996, oder Karl Popper, 1902-1994), der Entwicklung medizinischer Methodologie(n) (*à la* Imre Lakatos, 1922-1974) oder der philosophiehistorischen Analyse medizinischer Konzepte (wie etwa bei Georges Canguilhem, 1904-1995) kaum systematisch beforscht werden beziehungsweise eher von randständigen, das heißt nicht-philosophischen Instituten in den Blick genommen worden sind. Zu nennen wären in diesem Zusammenhang etwa der Klinische Psychosomatik-Lehrstuhl von Thure von Uexkuell (1908-2004) an der Universität Ulm (Theorienstrukturen), das Institut für Medizinische Psychologie von Ernst Pöppel (geb. 1940) an der LMU München (Philosophie des Geistes) oder das ehemalige Institut für Medizintechnik und -geschichte der WWU Münster (Ideengeschichte der Medizin). Letzteres war auch dasjenige Institut, welches von dem international beachteten Medizinhistoriker Karl Eduard Rothschuh (1908-1984) im Jahre 1959 gegründet worden ist. Und die folgende Ausbildungsgeschichte hat sich in einer Weise weiter entfaltet, dass über eine akademische Schülerin Rothschuhs und deren Habilitanden – meinen Doktorvater – eine Linie reicht, die auf einem rezenten Fortbildungsseminar des Fachverbandes Medizingeschichte zu dem humoristischen Kommentar führte, mich als einen „akademischen Urenkel Rothschuhs“ zu bezeichnen.

Wie dem auch sei: Als ich gerade mein Erstes Staatsexamen an der Berliner Charité beendete, stieß ich in der einführenden Vorlesung „Psychosomatik“ von Gerhard Danzer (geb. 1956) das erste Mal auf die Medizintechnik des Baden-Badener Psychoanalytikers Georg Groddeck (1866-1934), auf den auch Klaus Reichert häufig Bezug genommen hat. Auf Grund seiner profunden Kritik an den Grundlagen ärztlicher Wissenschaft und Praxis hat mich Groddeck bereits als Medizinstudent fasziniert, sodass ich mehr über

eine „*Philosophie der Medizin*“ erfahren wollte. Und dieses Unterfangen hat mich zunächst an das *Philosophy Department* der *University of Edinburgh* in Schottland geführt, wo ich zwar um einige Einsichten in die analytische Wissenschaftstheorie reicher wurde. Doch konnte mein intellektuelles Interesse letztlich erst wieder in Deutschland – zurück am Medizinhistorischen Institut der FU Berlin – befriedigt werden: Karl Eduard Rothschuh hat einmal die wichtige Frage aufgeworfen, «*Was heißt und zu welchem Ende studiert man historische Medizin?*» (1980), und ich denke, es kommt nicht von ungefähr, dass auch für Klaus Reicherts kritische Essays Themen und Entwicklungslinien der Medizingeschichte wiederholt Anstoß philosophischer Reflexionen geworden sind. Meine persönliche Antwort auf die Rothschuh'sche Frage war jedenfalls die einer fortgesetzten Suche nach der *Philosophie in der Medizin* – nicht im Sinne eines systematischen Gesamtentwurfs, sondern vielmehr als eine Thematisierung philosophischer Fragestellungen *aus* und *in* der Geschichte der modernen Medizin. Konkret: Welche Umstände hatten mit dazu beigetragen, dass sich gerade im 19. Jahrhundert ein so deutlicher Bruch von der patientenzentrierten, philosophisch orientierten und sprechenden (manche Autoren und Autorinnen sagen auch schreibenden) Medizin hin zur organ- und *funktions*zentrierten Wissenschaft, klinisch-statistischen Methodik sowie pathologieversessenen Biomedizin bilden konnte? Eine Antwort auf das, was im „*Langen 19. Jahrhundert*“ geschehen war, ist so zum zentralen Gegenstand meiner Dissertation sowie mehreren nachfolgenden Arbeiten geworden: die labor- und kulturmäßigen Determinanten, die zur funktionsreduktionistischen Sichtweise in der Wissenschaftlichen Medizin (als *science medicale*) führten:

III

Damit habe ich mich nun endlich auf das eigentliche Thema meines Vortrags zubewegt, nämlich einige Tendenzen – unter dem Stichwort der „*Experimentalstrategien an der Grenze von Pathologie und Physiologie*“ – zu umreißen, welche die organ- und funktionslokalistischen Sichtweisen in der modernen ärztlichen Heilkunde entstehen ließen. Diese Tendenzen und die damit einhergehenden philosophischen Annahmen einer generellen Reduzierbarkeit von Krankheit auf organische Befunde, psychiatrischer Phänomene auf Gehirnerkrankheiten oder theoretischen Behandlungsoptionen auf eine rein chemisch-biologische Beeinflussung des Körpers sollten den Beginn der *Medizinischen Moderne* prägen. Demgegen-

über konnte noch für die Medizin des 18. Jahrhunderts gelten, was der Berner Medizinhistoriker Hubert Steinke (geb. 1966) hinsichtlich ihrer theoretischen Grundlagen und therapeutischen Fortschritte beschrieben hat:

„Vor der Erforschung chemischer und zellulärer Prozesse war die [Medizin] eng an die Anatomie gebunden: das Funktionieren des lebenden Körpers war nur auf der Basis einer genauen Kenntnis seiner Struktur zu erklären. Die Anatomie und die mit ihr verbundene Physiologie waren die beiden theoretischen Leitdisziplinen der Medizin. Der universitär ausgebildete Arzt zeichnete sich gegenüber anderen, um die Gunst der Patienten konkurrierenden Medizinalpersonen wie Chirurgen, fahrenden Heilern und Kräuterweibern durch sein gelehrtes Wissen aus. Sein Selbstverständnis, aber auch sein Auftreten gegen aussen, beruhte wesentlich darauf, dass er nicht nur Mitglied des gelehrten, mithin gehobenen Standes war, sondern seine Therapieprinzipien – die nicht grundsätzlich von denen der anderen Heiler abwichen – theoretisch begründen und auf die etablierten Wissensbestände der akademischen Medizin zurückführen konnte.“

(H. Steinke, 2008, S. 226)

Dieses Urteil überlappt in wesentlichen Zügen mit den Bemerkungen Klaus Reicherts in *«Über den Sinn des Krankseins»* (2006), worin er ebenfalls die Beschäftigung mit „Krankheit“ im 18. Jahrhunderts am Blick auf die „Doppelnatur“ des Menschen aus Leib und Seele festmacht und der Ansatz der praktischen Medizin immer auf beides gerichtet bleibt: Die „Mechanikerseelen“ unter den Ärzten, wie Reichert schreibt, welche diese Ansätze noch als Relikt aus einer Zeit verstünden, in der „die Medizin noch mit der Philosophie verwoben war und das naturwissenschaftliche Zeitalter noch nicht begonnen hatte“, blendeten auf eklatante Weise aus, dass das Interesse am Sinn von Kranksein, an erfüllten Zeitmomenten auch in Leidens- oder Schmerzperioden beziehungsweise der Abschied nehmenden Vorbereitung auf das Sterben, nicht nur die Patientinnen und Patienten selbst veränderten, sondern zugleich besondere Forderungen an die betreuenden Ärzte heran getragen haben, Dimensionen, wie sie heute erst mühsam für die Medizin wieder gefunden werden müssen – wie etwa das rezente Beispiel der Palliativmedizin in Deutschland zeigt.

Um zu vertiefen, was mit diesem Exkurs genau gemeint ist, lassen Sie uns zweieinhalb Jahrhunderte zurück gehen und gemeinsam betrachten, welche Anforderungen dort an die akademische Heilkunde gestellt wurden: Wenn der gebildete Arzt des 18. Jahrhunderts zu seinen Patienten und Patientinnen ging – greifen wir hierfür Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836) in Weimar und später Berlin heraus –, um in deren Stuben „Klinik zu machen“ (ganz nach dem Bild des Hausarztes, welches uns heute vorschwebt), so interessierten ihn besonders folgende Umstände: In häufig langen (von späteren Autoren auch als langwierig diffamierten) Patientengesprächen wurde die Anamnese der Erkrankung, ihr Kommen und Gehen, frühere Episoden sowie genauere Umstände ihres Auftretens erkundet. Besonders wichtig – so weit wir wissen – war dabei auch die Bestimmung der Lebensverhältnisse und -umstände, der Abhängigkeit des Krankseins von Wetterlagen, Jahres- wie Tageszeiten, und der genauen Erkundung der Ernährungsgewohnheiten oder von Arbeitsbelastungen, wie Hufeland etwa in seiner *«Makrobiotik. Oder die Kunst, das Leben zu verlängern»* (1783) schreibt:

„Ich will einige Bemerkungen zur Beherzigung meiner Herren Amtsbrüder beifügen, die uns aufmerksam machen können, daß Herstellung der Gesundheit und Verlängerung des Lebens nicht immer eins sind, und daß es nicht bloß darauf ankommt, daß eine Krankheit geheilt wird, sondern auch darauf, wie sie geheilt wird. Einmal ist es aus dem Obigen gewiß, daß die Arzneimittel durch eine künstliche Krankheit wirken. [...] Zweytens kann man eine Krankheit durch verschiedene Methoden und Wege kuriren. Der Unterschied liegt entweder darin, daß man die Krise bald auf diesen, bald auf jenen Theil leitet oder daß die Krankheit bei der einen Methode schneller, bei der andern langsamer vergeht. [...] Drittens darf man ja nicht vergessen, daß die Krankheit selbst nützlich und nöthig sein könnte zur Verlängerung des Lebens. Es gibt sehr viele Krankheiten, welche nichts anders sind, als ein Bestreben der Natur, das aufgehobene Gleichgewicht wiederherzustellen oder fehlerhafte Materien auszuscheiden oder Stockungen zu zertheilen.“

(C.W. Hufeland, 1783⁴, S. 386f.)

Aber selbst wenn Hufeland als Arzt des 18. Jahrhunderts nicht typisch ist – gerade weil er so viele Impulse selbst gesetzt und medizinische Fortentwicklungen angestoßen hat – wird an seinem Beispiel eines deutlich, nämlich dass Ärzte, Betreuende, Patientinnen oder Patienten eine auf einander bezogene Einheit bildeten: Als Diade oder Triade waren sie gemeinsam in den Kosmos der Stadt oder des Dorfes gestellt, lebten lange Zeitabschnitte zusammen und kannten sich persönlich gut. Ferner setzten die sozialen Einheiten von Familien, städtischen Gesellschaften und ökonomischen Abhängigkeiten diese Beziehungen in ein im besten Sinn ökologisches Verhältnis, in dem beide Seiten an den ärztlichen Entscheidungen teil hatten (auch hier kann weiter an das neue Hausarztmodell in Deutschland gedacht werden, wobei nicht zuletzt zu fragen ist, inwieweit es auf die geänderten Rahmenbedingungen der modernen Gesellschaft in ihrer Anonymität, multikulturellen Organisation sowie Flexibilität übertragen werden kann). Und natürlich lässt sich Hufelands Darstellung hier nur als ein Richtwert für den Zustand medizinischer Praxis vor Beginn des 19. Jahrhunderts verstehen, doch muss natürlich von *Gender*-Fragen wie gesellschaftlichen Schichtunterschieden – wie sie die moderne Sozialgeschichte der Medizin immer mit berücksichtigt – für das bürgerliche Arzt-Patient-Verhältnis noch abgesehen werden, da es erst im 19. Jahrhundert zu grundlegenden Änderungen kam.

Dennoch sind in der besonderen Struktur des Arzt-Patient-Verhältnisses vor über zweihundert Jahren grundlegend personalisierte Verantwortungsstrukturen geschaffen worden, in denen der Arzt über die Entwicklungen und Vorkommnisse bestens orientiert war, bevor spätere Disziplinbildungen (wie Neurologie, Orthopädie, Augenheilkunde, etc.), Expertenkulturen (Labormediziner und klinische Forscher) oder Verweisungsstrukturen (Hausarzt zu Spezialist) – wie sie das folgende 19. Jahrhundert erfunden hat – die moderne medizinische Praxis immer undurchschaubarer werden ließen. Damit verschwand auch die Dimension des *Krank-Seins* weitgehend gegenüber derjenigen der *Krank-Heit* in der Medizin; denn letztere – die Krankheit – wurde nun objektiv kommunizierbar, messbar und bestimmbar (im Präparateglas, als experimentelle Laborkurve oder Patientenfotografie), während die notwendigen Voraussetzungen für die Beachtung des Patientenzustands (also des Krankseins) zu-

nehmend weniger gegeben waren, wie Georg Groddeck dies als negative Kritik der zeitgenössischen Medizin bereits in seiner Doktorarbeit (1889) formulierte:

„Viele Krankheiten sind das Produkt der Lebensweise des Menschen. Will man sie heilen, so muss man die Lebensweise des Menschen ändern, da man die Krankheit selbst nur in den wenigsten Fällen durch sogenannte Specifica angreifen kann.“

(G. Groddeck, 1889, S. 87)

Doch gerade die Suche nach den von Groddeck misstrauten *Specifica* war es, die als Motor die wissenschaftlichen Aktivitäten des 19. Jahrhunderts vorangetrieben hat, ob dies die pathologisch veränderten Organe, die chemische Essenz eines Arzneimittels oder die physiologische Isolation einer Körperfunktion waren, in jedem Fall wurde nach Abstraktion beziehungsweise Ausblendung aller beeinflussender Faktoren getrachtet, wobei der „Ganze Mensch“ – an dem die Krankheit ja (wie ein Tumor) „hing“ – letztlich nur noch als eine störende Einheit erschien. Oder wie mir kürzlich einer meiner Studenten im ersten Semester enttäuscht berichtete – und das an einer medizinischen Reformuniversität –, so war er von einem klinischen Kollegen mit folgenden Worten eingewiesen worden:

„Weißt Du, Daniel [Name anonymisiert v. F.W.S.], das mit den Patientengesprächen ist so eine Sache. Sie sind gut und schön, aber hier in der Notaufnahme haben wir keine Zeit; und fünf Minuten müssen reichen, den Rest brauchst Du zur Auswertung der Laborwerte, denn auf deren Ergebnis hat das Patientengespräch überhaupt keinen Einfluss. Unsere moderne Medizin muss sich nicht mehr so viel mit den Patienten selbst abgeben, selbst wenn wir dies persönlich bedauern.“

(Seminar Diskussion am 17. Sept. 2009)

Es ist also offensichtlich: Um zum Kern der Sache – der *Krankheit* – vorzudringen, wie dies Michel Foucault (1926-1984) in seinem Werk *«Die Geburt der Klinik»* (1963) als Genese eines geänderten „ärztlichen Blicks“ eindrucksvoll dargestellt hat, war eine neue reduktio-

nistische Perspektive der Medizin auf die Organe, Krankheitsherde und Krankheitsursachen entstanden, die allein auf die pathologischen Veränderungen fokussierte und hinter der die Medizin der Symptome, Beobachtungen und Gespräche bis Ende des 18. Jahrhunderts vollkommen in den Schatten getreten ist. Als Kronzeugen rief Foucault einen der „Väter der pathologischen Anatomie“, den Pariser Pathologen François Xavier Bichat (1771-1802) auf, der mit seiner Abneigung gegenüber der bisherigen ärztlichen Praxis in den Stuben beziehungsweise am häuslichen Bett der Kranken keinen Hehl gemacht hat:

“Sie können zwanzig Jahre lang vom Morgen bis zum Abend am Bett der Kranken Notizen über die Störungen des Herzens, der Lunge, des Magen-Darm-Trakts, etc. machen. All dies wird für Sie nur zu einem undurchsichtigen Durcheinander von Symptomen führen, die sich auf nichts zurückführen lassen, und die Ihnen notwendigerweise eine Folge unzusammenhängender Phänomene darbieten. Öffnen Sie einige Leichen und Sie werden alsbald sehen können, wie sich die Dunkelheit auflöst, welche niemals die alleinige Betrachtung vertreiben konnte.”

(X. Bichat, 1818², *posthum*, S. 50f.)

Xavier Bichat stand aber nicht nur am Beginn einer neuen experimentellen Tradition der Pathologischen Anatomie, die in den Kellern der Kliniken (wie am Beispiel von Ignaz Semmelweis (1818-1865) im Wiener Allgemeinen Krankenhaus) oder in riesigen An-Instituten (etwa dem Institut von Rudolf Virchow (1821-1902) in Berlin) die medizinische Wissenschaft revolutionieren und dadurch den klinisch-ärztlichen Teil der Heilkunde weiter einschränken sollte. Zugleich stand Bichat auch für die neue Richtung der Pathologischen Physiologie ein, welche die Grundlagen für das um sich greifende, technologisch aus- und zugerichtete *Bioingenieurswesen* der modernen Medizin gelegt hat, worauf ich im Folgenden und letzten Teil meines Vortrags eingehen will.

IV

Die eben skizzierten Veränderungen sind kaum zufällig oder kontingent, sondern selbst Ausdruck der tiefen Umwälzungen, die das technisch-industrielle Zeitalter des 19. Jahrhunderts hervorgebracht hat: Die gigantischen Experimentalinstitute der Physiologie Emil DuBois-Reymonds (1818-1896) oder der Bakteriologie Robert Kochs (1843-1910) traten nicht nur in die von den neuen Fabriken der industriellen Revolution beherrschten Städte ein, wie sie eindrucksvoll mit ihren rauchenden Essen und Schloten auf den Bildern Adolph Menzels (1815-1905) – des „Malers Preußens“ – zu sehen sind, sondern die medizinischen Forschungsinstitute glichen nun selbst Fabriken im Kleinen – mit ihren Dampfmaschinen, Treibriemen, Gaslichtanlagen und technischen Messinstrumenten. Der französische Wissenschaftsphilosoph Georges Canguilhem hat in diesem Zusammenhang immer wieder auf die prägende Funktion der Umwelt und des Kontexts von Forschung hingewiesen und in seinen Analysen biowissenschaftlicher Metaphern betont, dass es „kein Wunder“ sei, wenn Begriffe wie „Medizin“, „Leben“ und „Funktion“ durch die zeithistorische Brille der Wissenschaftler und Ärzte gesehen würden. So könnten diese kaum aus dem Schatten ihrer Zeit heraustreten, sondern seien ihren Umwelten selbst verhaftet, und das, was sie in den Experimentalserien auf ihren Labortischen wahrnahmen, werde letztlich auch durch geänderte Metaphern interpretiert, wie Canguilhem etwa in *«La formation du concept de réflexe aux XV^e et XV^e siècles»* (1955) festgehalten hat:

„Wenn Descartes sich die Nerven als Seile oder Röhren, die Muskeln als Segel eines Schiffs und den lebenden Körper als eine Uhr vorstellt – denn schließlich sieht er sie nicht als solche –, ist er dann vernünftiger und umsichtiger als Willis, der sich die spiritus animales als Licht und den Muskel als Feuerkammer einer Kanone vorstellt? Wenn, formell gesprochen, das Falsche das Wahre enthalten kann, im Rahmen welcher Logik gibt man dann vor, die Ausübung einer analogischen Einbildungskraft bei der Erfindung wissenschaftlicher Begriffe verurteilen zu können?“

(G. Canguilhem, 1955², S. 205f.)

Wenden wir den Blick nun ein letztes Mal zurück auf Klaus Reicherts Beobachtungen, so wird deutlich, dass das Bild von den Ärzten als Mechanikern einer Reparaturwerkstatt, wo der eine „für die Karosserie, der andere für den Motor, der dritte für die elektrischen Leitungen zuständig“ ist, nicht im luftleeren Raum steht. Schließlich haben die epochalen Umwälzungen des 19. Jahrhunderts die im vorhergehenden Jahrhundert gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse nur teilweise konsolidiert, vielfach aber deutlich verlassen. Sie wurden besonders im technologischen Sinne in eine neue Anwendungspraxis überführt, die immer neue Variationen zum Dreiklang aus „Isolation“, „Manipulation“ und „technischer Mess- und Reproduzierbarkeit“ bildeten – gleich den Symphonien der Maschinenhallen, die im Vibrieren des reparierten Motors ihre höchste Erfüllung fanden. Das neue, technologieorientierte Verständnis von „Funktion“, „Leben“ wie letztlich auch des „Wohlbefindens“, das aus dem Bruch mit den früheren Traditionen in der Medizin und Naturkunde hervorgegangen ist, wurde bereits in Frankreich durch die empiriezentrierten Auffassungen der Sensualisten geprägt, die nichts anderes gelten lassen wollten als das, was die Kliniker und Laborwissenschaftler mit eigenen Augen sehen konnten, und was die Anhänger Henri de Saint-Simons (1760-1825), darunter extrem viele Lebenswissenschaftler und Ärzte, pragmatisch in das Ideal der technischen Reproduzierbarkeit überführten. Eindrucksvoll findet sich diese Stoßrichtung etwa im vitalen elektrischen Lebenslicht der New Yorker Freiheitsstatue versinnbildlicht, die bekanntlich von dem Saint-Simonistischen Künstler-Ingenieur Frédéric-Auguste Bartholdi (1834-1904) entworfen worden ist.

Möglicher Weise noch sichtbarer als in Frankreich ging der Prozess einer technologischen und vom Materialismus beherrschten „Experimentalisierung des Lebens“ (Hans-Jörg Rheinberger) in den Deutschen Ländern in die Studierstuben, Laboratorien und Kliniken der Epoche ein. Und in jedem Fall muss bei dem Versuch, jene Transformationen in den Wissenschaften von den Lebensvorgängen begrifflich zu fassen, die experimentelle Physiologie als die Leitwissenschaft der zeitgenössischen Medizin in den Blick genommen werden, ein Unterfangen, das die Konzeptionen von „Leben“ und die Phänomene von Krankheit ins Labor selbst überführte, objektivierte, und auf den Punkt gebracht hat. Im Zentrum dieser Bestrebung lag nicht zuletzt die Absicht, das Leben (beziehungsweise die

Natur insgesamt) mit dem Experiment selbst „zu stellen“ – wie dies Martin Heidegger (1899-1976) in seinem Werk *«Die Technik und Kehre»* (1962) treffend formulierte –, um die isolierte physiologische Funktion als den Angriffspunkt des Körperverständnisses wie der medizinischen Handlungsweisen bestimmen zu können.

Während noch am Ende des 18. Jahrhunderts die Tätigkeiten des tierischen und menschlichen Körpers größtenteils als vitale Eigenschaften der morphologischen Organ- und Gewebssubstrate aufgefasst wurden beziehungsweise die Körpertätigkeiten zusätzlichen vitalen und psychischen Kräften unterlagen, traten unter dem Eindruck der sensualistischen wie positivistischen Weltauffassung ein tief greifender Reduktionsprozess ein. Wenn man so will, dann stand am Beginn der *Medizinischen Moderne* jener mit den Mitteln der Experimentalstrategien des Labors neu erzeugte Begriff der physiologischen Funktion, der einem abstrakten Verständnis von den Körperprozessen Raum gab, welche nun qualitativ als Ergebnis ganz verschiedener Körperstrukturen interpretiert werden konnten: Die Funktion hatte sich abgelöst von den Organen. Der Blutkreislauf, der Stoffwechsel, die Nerventätigkeiten traten jetzt in ihren komplexen Interaktionen in Erscheinung und bestimmten die „Konzepte von Gesundheit und Krankheit“ (Karl E. Rothsuh) beziehungsweise „Das Normale und das Pathologische“ (Georges Canguilhem). Hier liegen wichtige Ursprünge des reduktionistischen Verständnisses in der Medizin, das bis in unsere Zeit zu einer Somatisierungstendenz wie Prozesszentriertheit in der Pathologie und vielen Bereichen klinischer Praxis geführt hat, wofür ein Zitat des französischen Laborphysiologen François Magendie (1783-1855) beispielhaft stehen kann, der von der Forschung als einer der „Väter“ jener Entwicklung gesehen wird:

„[...] durch die Worte der organischen Sensibilität und der fibrillären Kontraktilität wird kein wahrnehmbares Phänomen bezeichnet, sondern es handelt sich um reine Mutmaßungen, einfache Wege der Begriffsbildung; es wäre möglicherweise vorteilhaft, die Untersuchungen der Physiologie an dem Punkt zu beginnen, an dem die Phänomene lebendiger Körper sinnlich wahrnehmbar würden. [...] Die Zeit] wäre besser genutzt worden, Experimente zu machen und die wichtigen Phänomene mit Exaktheit zu beschreiben.“

(F. Magendie, 1809, S. 169, Übers. v. F.W.S.)

An die Stelle der Untersuchung einer Körperregion oder von morphologischen Veränderungen, die Aufschluss über Gesundheit und Krankheit geben sollten, rückte nun das physiologische Einzelexperiment vor. Es versprach den Lebenswissenschaftlern des 19. Jahrhunderts einen direkten Zugang zu den Körperfunktionen sowie exaktes Wissen von den lebendigen Prozessen. Oder wie es Magendies Nachfolger auf den weltweit ersten Lehrstuhl für experimentelle Medizin am *Collège de France*, Claude Bernard (1813-1878), markant wie markig auf den Punkt brachte, wurde das Krankenhaus lediglich zu einer

“Vorhalle der wissenschaftlichen Medizin, [...] ihr erstes Beobachtungsfeld, in das der Arzt eintreten [müsse], aber das Laboratorium [...] das wahre Heiligtum der medizinischen Wissenschaft.“

(C. Bernard, 1865, S. 209)

Damit sind einige der seither bestehenden Konfliktlinien umrissen, die konstitutiv für die moderne Medizin geworden sind – somatische *versus* psychosomatische Ansätze; Pathologie *versus* Physiologie; Mensch *versus* Tier; krankes Individuum *versus* Probandenkollektiv; Labor *versus* Klinik –, und welche bis in unsere Tage hinein keine wirkliche Reintegration gefunden haben.

Insbesondere vor dem beschriebenen medizinhistorischen Hintergrund sehe ich eine wichtige Funktion und Stärke, die Klaus Reichert in seinem lokalen Wirkungskreis entfaltet: Denn den genannten praktisch-medizinischen wie theoretisch-geisteswissenschaftlichen Problemen – bei denen die historische Dimension auch in der Postmoderne immer präsent blieb – wird sich zukünftig die Medizinphilosophie aus multiperspektivischer und interdisziplinärer Perspektive zu stellen haben, sollen die ärztliche Profession und die heilkundliche Tätigkeit im *Technischen Zeitalter* wieder mehr sein als der Reparaturbetrieb des auf die Funktionen reduzierten Bioingenieurs in Mitten einer „klinischen Autowerkstatt“.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!

- **Literatur beim Verfasser.**
- **Für die Publikation wurde das Manuskript nochmals durchgesehen, der Redestil jedoch beibehalten.**

Prof. Dr. Frank W. Stahnisch
 AMF/Hannah Professorship in the History of Medicine and Health Care
 Department of Community Health Sciences & Department of History
 Heritage Medical Research Building, Room G30
 University of Calgary
 3330 Hospital Drive N.W.
 Calgary, AB, Kanada T2N 4N1
 Email: fwstahni@ucalgary.ca
