

Philosophen und Ärzte

Von Arthur Hübscher (Frankfurt/M.)

Betrachten Sie bitte das Unternehmen, auf das ich mich hier eingelassen habe, nicht als Anmaßung, als Mitredenwollen eines Mannes auf einem Gebiet, von dem er nichts versteht. Ich rede zunächst als einer, der sich sein Leben lang mit philosophischen Problemen beschäftigt und Philosophie ernst genommen hat, dann aber auch als dankbarer Patient, als aufmerksamer, williger Beobachter, der sich über vieles, was er im Umgang mit Ärzten erlebt und gelernt hat, seine Gedanken macht und darüber Rechenschaft zu geben willens ist, und schließlich als einer, der aus beiden Erfahrungsbereichen immer wieder auf das Grundthema unserer Tagung gewiesen wurde: das ethische Handeln. Kant hat die Ethik in die Mitte seiner drei Daseinsfragen gerückt: Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen?, und diese drei Fragen hat er in einer vierten aufgehen lassen: Was ist der Mensch? — in der Frage also, die auch dem Arzt an jedem Tage neu gestellt wird.

Lassen Sie mich mit dem ersten Arzt, der in mein Leben eingetreten ist, beginnen, mit dem alten Sanitätsrat Eisenreich. Ich lag mit Fieber im Bett, ein wenig matt und teilnahmslos, es war mir gleichgültig, mit welchen Pulvern, Tropfen und Wickeln der alte Herr die Influenza — so nannte man damals die Grippe —, die gefährlichen Masern oder den quälenden Keuchhusten bekämpfte. Nur eines hielt ich dankbar im Gedächtnis fest: daß er mir zur rascheren Genesung immer ein Gläschen Tokaier verordnete und daß mir die Krankheit dann gar nicht mehr so schlimm erschien. Ich fühlte mich unter seiner Obhut geborgen, er war mir etwas wie ein höheres Wesen, freundlich, hilfreich und gut. Dieses Kindheitsbild des Arztes hat lange in mir nachgewirkt. Es mag mit einem Urglauben an besondere, den andern Menschen nicht gegebene Fähigkeiten des Arztes übereintreffen, die ihn dem Zauberer, dem Priester, dem Künstler verwandt erscheinen lassen. Schopenhauer hat von der eigentümlichen Divinationsgabe gesprochen, die ausgezeichnete Ärzte am Krankenbett das Rechte erkennen und ergreifen lehrt. Diese Gabe ist mehr als ein schulmäßig erworbenes und angewandtes Wissen, sie wird den Arzt auch dann richtig handeln lassen, wenn die wissenschaftlichen Grundlagen unzureichend sind. Nebenbei bemerkt: Sie sind, allen Fortschritten der Medizin zum Trotz, oft genug noch unzureichend, so oft, daß der Philosoph Constantin Brunner einmal sagen konnte: „Wenn die Medizin die Tochter der Erfahrung ist, so möchte ich mich lieber von der Mutter behandeln lassen, denn die Tochter ist jung und unerfahren.“ Es

kann nicht ausbleiben, daß wir den Arzt zu Zeiten in einer Lage finden, in der er unserem Wunschbild nicht entspricht.

Der Ausbruch des Krieges 1914 stellte mich und meine Kameraden aus der achten Klasse des Münchner Maxgymnasiums vor eine Entscheidung, der sich kaum einer von uns entzog. Viele meldeten sich sofort oder doch nach einigen Monaten als Kriegsfreiwillige, sie wurden oft schon nach kurzer Ausbildung und kurzem Frontdienst Leutnant und Kompagnieführer. Manche von ihnen fielen oder wurden verwundet und trugen einen Schaden für ihr ganzes weiteres Leben davon. Von den Zurückbleibenden meldeten sich die meisten, unter ihnen auch ich, zum Dienst bei der Freiwilligen Sanitätskolonne. Wir erhielten an zwei Abenden in der Woche, im ganzen sechs Wochen lang, eine Ausbildung in erster Hilfe und im sachgemäßen Anlegen von Verbänden, vor allem aber lernten wir mit Tragbahnen umzugehen. Denn darauf war es mit uns abgesehen: Wir wurden bei den vom Westen her kommenden Lazarettzügen als Helfer benötigt. Wenn in den Apotheken ein Pappschild mit dem roten Kreuz ausgehängt wurde, so wußten wir, daß ein Zug mit Verwundeten erwartet wurde. Wir erfuhren durch einen Anruf in der Zentrale die Ankunftszeit und fanden uns, gleichgültig zu welcher Tages- oder Nachtzeit, in der gelben, schon damals arg verrußten Zollhalle vor dem Münchner Hauptbahnhof ein, in der die Züge einliefen. Vorsichtig hoben wir die Bahnen mit den Verwundeten heraus und trugen sie in die für solche Transporte eingerichteten Trambahnwagen und weiter in die Krankenhäuser und die zu Lazaretten umgewandelten Schulen. Und dann erfolgte nach Anweisung der Ärzte die Verteilung der Verwundeten auf verschiedene Stationen. Der einzelne wurde nach einem ordnenden, Gleiches und Ähnliches zusammenfassenden Prinzip einer Gruppe zugeteilt, für die einheitliche Verfahrens- und Behandlungsweisen galten. Später erst konnte an seinen Sonderfall gedacht werden. Ich erlebte den Arzt als Organisator.

Im Frühjahr 1916 kam der Dienst in der Sanitätskolonne für uns zu Ende, wir mußten uns zur Musterung stellen. In langer Reihe, einer nach dem anderen, splitterfasernackt, zog man vor dem Stabsarzt vorüber, wurde flüchtig angesehen und abgeklopft, flüchtig wurde auch die Sehschärfe vor einer Tafel mit größeren und kleineren Buchstaben und Zahlen geprüft — gut, der nächste! Ich wußte, und jeder wußte es: hier ging es gar nicht um Gesundheit oder Krankheit, hier ging es um die militärische Tauglichkeit, über die keineswegs nach einem variablen, verschiedene Möglichkeiten offen lassenden System entschieden wurde, sondern schematisch nach zwei Graden: Kv. (kriegsdienstverwendungsfähig) und Gv. (garnisonsdienstverwendungsfähig). Es blieb nicht bei dieser einen Musterung. Immer wenn, im Fortgang des Krieges, Truppenteile aufgelöst oder mit anderen zusammengefaßt wurden, wenn neue Einheiten gebildet oder alte durch Ersatz aus der Heimat oder aus den Lazaretten aufgefüllt wurden, wenn die Eignung für besondere Einsätze festgestellt werden sollte — immer gab es eine Musterung nach den beiden Tauglichkeitsgraden. Und je länger der Krieg sich hinzog, desto mehr wuchs, von oben her gefördert und schließlich auch verordnet, die Neigung, den ersten Tauglichkeitsgrad als gegeben zu erachten. In der Soldatensprache erhielt der Stabsarzt schlechthin den Namen einer Kv-Maschine. Er war hier

weder Arzt noch Helfer, er war Funktionär eines größeren, überpersönlichen Organismus, dessen Interessen er zu vertreten hatte. In ähnlicher Rolle habe ich den Arzt später noch manchmal kennengelernt, etwa als Vertrauensarzt, wenn eine Versicherung abgeschlossen werden sollte oder ein Dienstverhältnis in Frage stand, immer also, wenn die Sorge für den einzelnen mit den Ansprüchen eines gesellschaftlichen Ganzen übereinzubringen war. Kein Zweifel, daß die Glaubwürdigkeit des Arztes, das Vertrauen in sein Handeln leiden muß, wenn ein fremdes, dem Urgesetz des Helfens und Heilens abträgliches Prinzip sich geltend macht. Aber dieser Zwiespalt, der den Arzt in innere Konflikte bringen kann, ist niemals aufzuheben. In ihm stellt sich der uralte naturgegebene Gegensatz von Individuum und Gemeinschaft dar, bei dem das Individuum seit jeher Gefahr läuft, den Kürzeren zu ziehen.

Außer bei den Musterungen kam man in der Militärzeit nur im Falle einer Verwundung oder einer ernstlichen, vielleicht ansteckenden Erkrankung, die eine Einweisung ins Lazarett erforderlich machte, mit dem Regimentsarzt in Berührung. Gegen Pocken und Typhus war man durch wiederholte Impfungen gerüstet. Der Kampf gegen den Tetanus hatte eben erst in Heimatlazaretten mit guten Erfolgen eingesetzt, und mit Schutzimpfungen gegen andere Infektionskrankheiten (Keuchhusten, Diphtherie, Kinderlähmung, heute auch Masern und Mumps) wurde erst in späteren Jahrzehnten begonnen. Von diesen Krankheiten spielte damals wohl nur die Diphtherie noch eine Rolle. Bei Kopf- oder Zahnschmerzen aber verabreichte der Sanitätsgefreite Aspirin-tabletten, und gegen die in der Sumpflandschaft des Sereth im Winter 1916/17 um sich greifende Malaria wurde vorbeugend jeden Tag eine Chinintablette geschluckt — leider nur mit geringem Erfolg. Ich wurde selbst von der Krankheit befallen, verbrachte zwei Wochen im Feldlazarett, ging dann zur Truppe zurück und erlebte schon nach kurzer Zeit während eines Offiziersaspirantenkurses im oberpfälzischen Grafenwöhr einen Rückfall, der mich ins dortige Militärkrankenhaus brachte. Ich war ein Sonderfall, man wußte nichts Rechtes mit mir anzufangen. Die Anfälle kamen jeden dritten Tag: ein langsames Ansteigen zu höchstem Fieber, dann ein ebenso langsames Absinken zu normalen Temperaturen und anschließend ein Zustand starker Erschöpfung. Und dann kamen zwei Tage eines leidlichen Wohlbefindens. Ich hatte nichts zu lesen, ich wußte selbst nichts Rechtes mit mir anzufangen. Da wurde eines Tages ein Schicksalsgenosse zu mir ins Zimmer gelegt, ein niederbayerischer Bauer, ein gutmütiger Kerl, freilich mit geringen geistigen Ansprüchen, und wieder ein paar Tage später kam ein preußischer Feldwebel hinzu, der uns das Skatspielen beibrachte. Damit schlugen wir drei Malariamenschen, je mehr wir einer unbegriffenen Genesung entgegengingen, manchmal vom Morgen bis zum Abend abwartend die Zeit tot; — gelegentlich traten wir wohl auch ans Fenster, an dem, aus welchem Grunde immer, ein weitmaschiges Gitter angebracht war, wir schnitten den unten Vorübergehenden greuliche Fratzen und hörten, wie sie einander zutuschelten: Das sind die Geisteskranken! Man gab uns die wohlbekanntesten Chinintabletten, sonst war von ärztlicher Betreuung wenig die Rede. Man wartete zu, bis sich mit Hilfe der Tabletten die Heilkraft der Natur bewährte und wir eines Tages als geheilt entlassen werden

konnten — allerdings mit dem Bedeuten, daß die Krankheit wiederkommen könnte. Sie kam nicht wieder, mein ganzes Leben lang nicht mehr.

110 Von der Heilkraft der Natur, die ich nun an mir selbst erfahren hatte, spricht der berühmte Arzt der Goethezeit, Christoph Wilhelm Hufeland: sie sei nichts anderes als „die Lebenskraft selbst, auf einen besonderen Zweck angewendet“. Man hat dieser Ansicht zunächst wenig Vertrauen geschenkt. „Was Lebenskraft?“ sagte Schopenhauers Hausarzt, der Hofrat Stiebel, „es gibt keine Lebenskraft.“ Worauf Schopenhauer bissig erwiderte: „Aber das Honorar nehmt ihr für die Leistungen der Lebenskraft.“ Nach Schopenhauer ist die Lebenskraft identisch mit dem unermüdlichen Willen, dem Urprinzip alles Seins, sie ist selbst unermüdlich, keiner Ruhe bedürftig, sie besorgt die innere Oekonomie des Organismus und bringt als Heilkraft der Natur die eingeschlichenen Unregelmäßigkeiten des Organismus wieder in Ordnung. Sie kann sich sogar mit diktatorischer Gewalt bekleiden, um außergewöhnliche Maßregeln zu ergreifen. In Salben und Pillen steckt keine Heilkraft, sie können höchstens der Heilkraft der Natur einen Wink geben, wo etwas für sie zu tun ist. Sowohl der Allopathie, die dem Krankheitsprozeß mit allen Kräften entgegenarbeite, als auch der Homöopathie, die ihn zu beschleunigen oder zu verstärken und vielleicht gar ihn der Natur zu verleiden trachte, wirft Schopenhauer vor, sie wollten es besser verstehen als die Natur selbst. *Peu de médecins, peu de médecine!*

Solche Sätze scheinen von einem mangelnden Vertrauen in die ärztliche Kunst zu sprechen, das weit verbreitet ist. Warum scheut der Bauer, der kleine Mann den vielleicht längst nötigen Gang zum Doktor? Ist es die Angst, daß eine genaue Untersuchung unliebsame Tatsachen zu Tage fördern könnte? Ist es, im Gegenteil, ein tief eingewurzeltetes Vertrauen auf die Heilkraft der Natur, das ihn zögern läßt, ist es das Gefühl, daß man doch selbst ein wenig Arzt ist und sich selber helfen kann? Warum so viel Wesens daraus machen — es wird sich schon wieder einrenken! Schließlich gibt es die alten, von Geschlecht zu Geschlecht überlieferten Heilmittel gegen den Husten, gegen die Schmerzen auf der Brust und das gute Mittel zum Einreiben für das Rheuma, das seit einiger Zeit so lästig wird. Jeder weiß für jede vorkommende Krankheit ein unfehlbares Mittel. Es hat der Großmutter geholfen und der Nachbarin und wird auch in dem eben anstehenden Fall nicht versagen. Und die guten Hinweise und Ratschläge werden ohne umständliche Untersuchungsverfahren gegeben, gesprächsweise, an der Haustür, beim Bäcker, an der nächsten Straßenecke. Der Rat aber, doch endlich zum Arzt zu gehen, wird, — ich habe es oft erlebt — als unnötig abgetan.

Man kann diese alltägliche Hilfsbereitschaft im Sinne Schopenhauers aus dem Gegen- und Miteinander zweier Grundmotive erklären. Da ist das Motiv des Mitleids, das unser inneres Wesen in jedem Lebenden unmittelbar wiederfindet und daher alles fremde Leid als eigenes empfindet. Aber da ist auch ein zweites ursprünglicheres Motiv, das dem Mitleid, dem Gemeinschaftsgefühl entgegensteht und im letzten Grunde der Selbstsucht entspringt, dem Bewußtsein einer Fremdheit des andern, einer Überlegenheit über ihn, den Unwissenden, der nichts versteht, der sich nicht selbst zu helfen weiß und den man, im Bewußtsein dieser Überlegenheit, sich gleichsam unterwirft,

den man innerlich beherrscht. Das Mitleiden also, das die Menschen verbindet, und der Egoismus, der sie trennt, ein milderer, in der Form der Bevormundung auftretender Egoismus allerdings: beide Triebfedern menschlichen Handelns, die moralische und die antimoralische, scheinen in gleicher Zielrichtung wirksam, und doch erweist sich manchmal die eine, manchmal die andere als die stärkere, den Ausschlag gebende, und man könnte aus der Art, wie sie einander vorlaufen und überrunden, wohl eine Typologie der Hilfsbereitschaft ableiten.

Wie aber ist es, wenn man keinen Rat zu geben weiß, sich selbst oder anderen? Dann wendet man sich an seinesgleichen, an Leute, bei denen man die gleiche Hilfsbereitschaft voraussetzt und das gleiche schonungsvolle Gefühl des Besserwissens, das uns selbst beseelt, — nicht die demütigende Autorität des Arztes, der nach Schopenhauer den Menschen in seiner ganzen Schwäche sieht, wie der Jurist in seiner ganzen Schlechtigkeit und der Theologe in seiner ganzen Dummheit. Da ist die Kräuterfrau am Ortsausgang mit ihren bewährten Tees, da ist der Wunderdoktor mit seiner unfehlbaren, auf uralten Geheimrezepten beruhenden Heilmethode, da ist schließlich der Hausierer an der Wohnungstür, er hat, was man benötigt, zu einem nicht ganz niedrigen Preise allerdings, aber er kann alles so gut erklären . . . Kaum ein Gebiet von Wissenschaft und Forschung, das dem Eingreifen von Scharlatanen, Quacksalbern und Kurpfuschern aller Art so weit und widerstandslos offenstände wie das der Medizin, kaum eines auch, das so viele angeblich kürzere Waldwege ins Geistige hinein eröffnet: Es gibt keinen Weltanschauungsquacksalber, dessen Wunderpillen man nicht gläubig schluckte, keinen Seelenscharlatan, von dem man sich nicht gern gesund beten ließe.

In dem Bekannten- und Freundeskreis meiner Eltern und in meinem eigenen Lebenskreis habe ich oft genug erfahren, wie der wissenschaftlich anerkannte, von den Ärzten vertretene Besitz der Heilkunde immer wieder von Methoden und Praktiken unterlaufen wird, in denen alte Verfahrensweisen der Volksmedizin und mehr noch alte abergläubische Vorstellungen und magische Gebräuche fortleben und sich manchmal in seltsamer Weise mit religiösen Gedanken verbinden. Man sprach darüber mit Geringschätzung und war manchmal doch im Zweifel, ob nicht irgend etwas Ernstes dahinter stecken könnte. Es waren einfache Kräuterfrauen gewesen, die zuerst die Wirkung der Digitalis auf die Herztätigkeit erkannt haben. Es waren einfache englische Bauern gewesen, die zuerst die heilbringenden Übertragungen von Kuhpockenstoff auf den Menschen vorgenommen hatten: von ihnen hatte sich der Arzt Jenner belehren lassen und war zum Urheber der heutigen Impftherapie geworden. Wo aber liegt die Grenze zwischen einem Außenseitertum, dem man nützliche Erkenntnisse abgewinnen könnte, und einer offenkundigen Scharlatanerie? Ich hörte und las von dem Heilmagnetiseur, dem Sektengründer, dem „göttlichen Meister“ Josef Weißberg in Berlin, der mit magnetischem Bestreichen und Auflegen von Weißkäse heilte, der über 120 000 Anhänger um sich versammelte und eine eigene Zeitung herausgab, an der prominente Geister aus dem Jenseits mitarbeiteten, z. B. Luther, Friedrich der Große und Bismarck. Ich hörte von

den Kuren des „Lehmpastors“ Felke, die noch heute im Felkebad Diez an der Lahn angewendet werden. Und ich hatte in den späteren zwanziger Jahren selbst Gelegenheit, den Wunderdoktor Valentin Zeileis aufzusuchen und seine Hochfrequenzströme auf den eigenen Leib wirken zu lassen. In dem kleinen oberösterreichischen Gallspach, dem Ort seines Wirkens, gab es damals nur wenige überfüllte Gasthöfe und Pensionen, aber schon wuchsen eine ganze Reihe riesiger Hotels aus dem Boden, die noch immer kaum dem ungeheuren Andrang der Patienten aus dem In- und Ausland gewachsen waren. Hemdsärmelig, mit der Virginia im Munde, aber unter Assistenz zweier approbierter Ärzte, fertigte Zeileis täglich viele Hunderte von Kranken ab, in Gruppen von jeweils 100-130 mit entblößtem Oberkörper an ihm vorüberziehenden Männern und Frauen. Ruhig nimmt er einen Kranken nach dem anderen vor. Er legt ihm die linke Hand an den Nacken. In der rechten hat er ein elektrische, mit einem Hochspannungsdraht verbundene Duschplatte, die eine bläuliche, knisternde Strahlung ausgehen läßt. Wird die Platte schräg gehalten, so springen unter ohrenbetäubendem Knattern breite Blitzbänder auf den Kranken über. Strahlung und Blitz, ein Strich über die Brust, ein Strich über den Rücken, — weiter geschieht nichts. Nur ab und zu setzt Zeileis die Platte auf den Körper auf, dann tritt die elektrische Strahlung aus den Schuhnägeln des Patienten aus. Er gibt keine Erklärungen über die Wirkung seines Heilverfahrens. „Geh zum Teifi, laß mir mei Ruah!“ sagt er zu einer neugierigen Kranken, und einer nur langsam Davongehenden jagt er noch einen kräftigen Blitzstrahl ins Gesäß hinterdrein. Niemand nimmt ihm die Grobheit übel. Man lacht, es herrscht eine Atmosphäre heiteren Vertrauens. Und Zeileis weiß dieses Vertrauen in den Hunderten und Tausenden seiner Patienten, die das Wunder von ihm erwarten, wachzuhalten. Ich habe den immer gleichen, auch von anderen ähnlich beschriebenen Ablauf seines Rituals mehrere Male selbst miterlebt: außer einer allgemeinen Durchwärmung des Körpers spürte ich keine Wirkung.

Zeileis verdankte seine unbestreitbaren Erfolge, von denen man allenthalben sprach — von den Mißerfolgen wurde nicht gesprochen —, kaum dem Zauber seiner knatternden Apparatur, sondern einfach dem Ruf des großen, hilfreichen Wundertäters, der ihm voranging. Man denkt an berühmte Ärzte der Vergangenheit, in deren Nachfolge er sich gesehen haben mag, an Thomas Platter etwa, den Verfasser der bedeutendsten Selbstbiographie des 16. Jahrhunderts, der seine erfolgreichsten Kuren mit Marzipan durchführte, oder an den großen Paracelsus, der eine einmalige Gabe von Opium bevorzugte und Herzkrankheiten mit Aufgüssen von herzförmigen Blättern behandelte. Sie alle haben nicht durch ihre Heilmittel gewirkt, sondern durch ihre Persönlichkeit, die in die geheimnisvolle Nachbarschaft von Zauberer und Priester führt.

Zeileis wußte mit der gleichen einheitlichen Behandlung, einer Massenbehandlung ohne individuelle Abwandlungen, den verschiedensten Krankheiten vom Kopfweh über Nieren-, Gallen- und Leberleiden bis zum Asthma und zum Podagra beizukommen. Der Begriff der Suggestion, oder, verächtlicher gesagt, des Massenwahns, schien mir dafür nicht auszureichen.

War es nicht einfach so, daß der Zauberer Zeileis in jedem einzelnen dieser vielen Tausende nicht nur den kranken Körper, sondern vor allem auch die kranke Seele angesprochen hat, die in jedem Leiden gegenwärtig ist, daß er in einem unbestimmten, rational nicht faßbaren Gefühl gegen eine Zeit ankämpfte, die noch weithin im Zeichen der alten, von Descartes herrührenden Zweiteilung des Menschen stand: den Naturforschern und Ärzten war der Körper, den Philosophen und Theologen die Seele zugeteilt. Ferdinand Hoff hat in seiner schönen Autobiographie „Erlebnis und Besinnung“ eindringlich geschildert, wie langsam sich gegenüber den kausalphysikalischen Methoden in den Naturwissenschaften und damit auch der Heilkunde die Erkenntnis durchgesetzt habe, daß organische Leiden psychisch bedingt sein können, und wie wichtig es sei, daß diese Erkenntnis sich in der praktischen Tätigkeit des Arztes auswirke.

Jeder von uns weiß, wie sehr eine unachtsam hingeworfene düstere Bemerkung die Stimmung sinken läßt und den Krankheitsablauf ungünstig beeinflusst, wie sehr umgekehrt ein gutes ermunterndes Wort den Heilungsprozeß fördern kann. Vor zehn Jahren etwa mußte ich eines Glaukoms wegen den Augenarzt aufsuchen. Ich fand vom Leiter der Klinik an über die Assistenten und Schwestern bis zu den Sekretärinnen und bis zu den Patienten im Wartezimmer eine merkwürdig gedrückte Stimmung vor, und das Wenige, was ich zu hören bekam, war nicht eben ermutigend: Der Augen- druck hält sich gerade an der Grenze, es bleibt abzuwarten, wann er sich erhöht. „Sie werden sehen, wie rasch das geht, wenn Sie sich einmal auf- regen.“ Es sei fraglich, ob ich um eine Operation herumkomme, wobei der Erfolg übrigens ungewiß sei. Einen klaren Bescheid gab es so wenig wie bei Zeileis: „Das müssen Sie mir überlassen.“ Ich wechselte, zum ersten- und einzigenmal in meinem Leben, den Arzt. Die Untersuchungsmethoden, die Behandlung mit Tropfen waren die gleichen. Aber die Atmosphäre war eine andere, gelöst, freundlich, zuversichtlich, und die Diagnose beruhigend: Der Druck halte sich unter der zulässigen Grenze. Von einer Operation war keine Rede. Und sichtlich hatte die bessere Stimmung auch Einfluß auf den Augen- druck, er hielt sich, wie die späteren Untersuchungen zeigten, immer auf der gleichen Höhe.

Jedes Wort des Arztes, seine ganze Betragungsweise, meinte Hufeland, müsse etwas Belebendes, die Hoffnung Stärkendes an sich haben. Er sprach keine neue Weisheit aus. Ich habe schon in dem „Podagrammisch Trostbüch- lein“ des großen Satirikers des 16. Jahrhunderts, Johann Fischart (1577), den Satz gefunden, die ärztliche Kunst habe teilweise den Zweck, im Kranken die Hoffnung auf Genesung zu wecken und zu erhalten. Heute wissen wir, daß jede Krankheit eine seelische Komponente hat: daß psychische Bedin- gungen die Entstehung einer Krankheit begünstigen, aber ebenso als Heil- faktoren wirken können. Vielleicht hätte man in dieser Hinsicht von manchem Außenseiter der medizinischen Wissenschaft lernen können, der das geheimnisvolle Etwas aufzuweisen hat, das dem Arzt eignen sollte: das Einfühlungsvermögen in die Seele des Kranken. Aber ich habe vorgegriffen.

In der ersten Zeit nach dem Kriegsende hatte ich keine Zeit krank zu sein. Ich war heil zurückgekommen. Auch die spanische Grippe, die im

Winter 1918/19 noch hunderttausende von Menschenopfern forderte, ließ mich ungeschoren. Unter meinen Kommilitonen aber waren manche, die im Kriege einen Arm, ein Bein, ein Auge verloren hatten, und manche hatten es nur der Kunst der Chirurgen zu verdanken, daß ihnen ein viel schlimmeres Los erspart geblieben war, daß sie leben und arbeiten konnten, so gut wie wir anderen auch. Sie gaben in meinem engeren Lebenskreise eindrucksvolle Belege für den Siegeszug der Chirurgie, von dem in diesen Jahren viel geredet wurde und über den ich mich bald näher unterrichten konnte, als ich begann, in den „Süddeutschen Monatsheften“, die ich damals leitete, einzelne medizinischen Themen gewidmete Sonderhefte vorzubereiten, in denen immer maßgebende Vertreter einer Disziplin zu Worte kamen und ein Gesamtbild des Forschungsstandes zu zeichnen suchten. Ich begann ein wenig zaghaft mich umzusehen, und es bedurfte einiger Jahre sorglicher Vorbereitung, bis ich im Mai 1928, kühner zusammenfassend, als ich's später jemals gewagt habe, das erste dieser Hefte unter dem Titel „Moderne Medizin“ vorlegen konnte. Bis zum Jahre 1935, in dem die Zeitschrift zwangsweise ihr Erscheinen einstellen mußte, folgten noch neun weitere Hefte mit medizinischen Themen: „Die Welt der Strahlen“, „Diätikuren“, „Psychoanalyse“, „Homöopathie“, „Kurpfuscherei“, „Die neue Ernährung“, „Charakterkunde“, „Was wissen wir vom Krebs?“, „Moderne Hygiene“ — jedesmal galt es, mit der Hilfe sachkundiger Führer, von denen manche zu meinen Freunden geworden sind, eine Gesamtschau aus verschiedenen Anschauungen und Forschungsweisen zu erarbeiten und Leitlinien in die Zukunft zu zeigen.

Aber die Anfänge waren schwer, ich hatte viel zu lernen. Es mag um die Mitte der zwanziger Jahre gewesen sein, daß Otto Lanz, damals Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Amsterdam, mir bei einem Besuch in München mit Stolz auseinandersetzte, welche Fortschritte die Wundbehandlung, die Hirnchirurgie, die Herz- und Lungenchirurgie im Kriege gemacht hatten — er war in deutschen Feldlazaretten gewesen und wußte aus eigener Anschauung von erstaunlichen Fällen zu berichten. Von den Fortschritten der Amputationstechnik konnte ich mich selbst bald darauf überzeugen, als mir in der Münchner chirurgischen Klinik eine Krankenschwester gezeigt wurde, die mit einer künstlichen Hand nicht nur Verbandstoffe in äußerst geschickter Weise vorbereitete und Binden wickelte, sondern sogar nähen und feine Handarbeiten verrichten konnte.

Allerdings (was Lanz übergang), dieser Siegeszug der Chirurgie war längst vorbereitet worden. Ich erinnere mich genau, wie Ferdinand Sauerbruch, mit dem ich in dieser Zeit mehrfach zusammentraf, mir weiter ausholend bis in die Zeit der Jahrhundertwende den Entwicklungsgang schilderte: die Vorstellungen der inneren Medizin über Art und Wesen der Krankheiten hätten sich vielfach als unrichtig erwiesen, so sei die Chirurgie zu selbständiger Forschung gezwungen worden, und so seien große Bereiche der Pathologie — er nannte etwa die Blinddarmentzündung und Erkrankungen der Gallenblase und des Magen-Darm-Kanals — durch die Erfahrungen im Operationssaal grundlegend umgestaltet worden. Dann aber fand er Worte ernster Warnung: Der Chirurg müsse einsehen, daß seine Kunst

versagt, wenn vielfältige, schwer zu erkennende Bedingungen Art und Verlauf der Krankheit bestimmen. Er brandmarkte mit jähem, herrischer Gebärde einen Übelstand, der sich gerade in den zwanziger Jahren mehr und mehr breit machte: daß nämlich die Klarheit der chirurgischen Diagnose und die unmittelbare Verwirklichung ihrer Indikation als maßgeblich betrachtet wurden, — mit der Folge, daß ein großer Teil der Kranken, bei denen man früher nicht daran gedacht hätte, nun dem Messer ausgeliefert wurde und die Methoden der inneren Behandlung dieser Kranken beinahe in Verruf kamen.

Mußte die anmaßliche Vorherrschaft einer Disziplin, das Übergreifen ihrer Methoden und Verfahrensweisen auf andere nicht das gesamte organische Gefüge medizinischer Wissenschaft und Forschung an sich bedrohen? Solche Gedanken drängten sich mir auf, als mir das Problem, um das es ging, auf einem anderen Gebiet nahegebracht wurde, — allerdings in literarischer Spiegelung. Fast gleichzeitig erschienen zu Ende des Jahres 1924 Hamsuns Roman „Das letzte Kapitel“ und Thomas Manns „Zauberberg“. Beide führen in die geheimnisvolle Höhenluft des Sanatoriums, die das Fieber heilt, aber auch hervorbringt, wenn man ihr nicht Widerstand zu leisten weiß. Wer einmal die Berührung mit Torahus oder dem Zauberberg gesucht hat, ist rettungslos dem Bann verfallen. Hans Castorp, in Thomas Manns Roman, hat eben seine Studien abgeschlossen, er will nur einige Wochen zur Erholung bleiben, aber merkwürdig, er verträgt das Klima schlecht, er zieht sich eine Erkältung zu, der Arzt stellt eine feuchte Stelle in der Lunge fest, die für den Zauberberg reif macht. Thomas Mann hat dies alles selbst einmal miterlebt, aber nur bis zu diesem Punkte, an dem er es vorzog, ins Flachland zurückzukehren. Sein Held dagegen bleibt, aus den geplanten Wochen werden Monate, der Zeitpunkt der Abreise rückt weiter und weiter hinaus, das Jahr schließt sich, und noch immer ist kein Ende des Aufenthaltes abzusehen. Es könnte immer so fortgehen in dieser Welt von Zerstörung, Verfall, Krankheit, Faszination durch den Tod, Elend und Ekel. Ein Ende ist nur durch äußere Gewalt zu setzen, und darum wird Torahus durch eine Feuersbrunst vernichtet, über den Zauberberg aber geht das große Gewitter des Krieges hin, zerstreut die Insassen in alle Winde und beendet damit auch den Aufenthalt Hans Castorps. Ununterscheidbar, grau und bescheiden entschwindet er unter dem Donner der Granaten unseren Blicken. Er liegt nun wohl in einem flandrischen Massengrab.

Das herrische Vordringen einer Disziplin, einer Heilmethode, dessen bedenkliche Folgen mir Sauerbruch zuerst vor Augen geführt hatte — hier, in den beiden großen Romanen wies es die düstere Kehrseite: Am Ende ein Zustand, in dem man nicht gesundet, sondern sich mit seiner Krankheit immer mehr befreundet und sie schließlich als notwendigen Bestandteil seiner selbst empfindet. Was heilen soll, verkehrt sich durch Gewöhnung und Verschleppung in sein Gegenteil. Die Verbindung ärztlichen Handelns mit geschäftlichen Interessen darf dabei nicht übersehen werden; sie hat sich seither ungescheut entfaltet und zu wachsend heftiger Abwehr geführt.

Aber ist es heute überhaupt noch möglich, nicht nur Auswüchse zu beseitigen, sondern mehr: einen Ausgleich, eine innere Ausgewogenheit der

klinischen Disziplinen, ihrer Ziele und Methoden zu schaffen, in dieser Zeit, da die ungeheure, täglich anwachsende Menge des Erfahrenen, Erforschten und zur Prüfung Gestellten für den einzelnen seit langem nicht mehr übersehbar ist, da die Einzeldisziplinen selbst wieder in Untergliederungen auseinanderfallen und auch diese bereits die Neigung zeigen, sich in Sondergebiete aufzuteilen. Ferdinand Hoff hat erzählt, wie er als Anfänger — in den zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts — sich ausreichende Kenntnisse in der Chirurgie zugetraut habe, um eine Beinamputation vornehmen zu können. Später habe er eingesehen, daß er von der gesamten Medizin höchstens das Gebiet der inneren Medizin einigermaßen beherrsche, und im Lauf der Jahre habe er erkennen müssen, daß ein einzelner Mensch nicht einmal dieses Gebiet vollständig überschauen könne. Der „Vollarzt“, den Hermann Kerschensteiner, der Münchner Kliniker, mir einmal als wünschbares Ideal bezeichnet hat, der große, allen Verfahrensweisen gleichmäßig zugewandte Heilkundige, wird für immer eine Utopie bleiben. Denkbar ist aber immer noch der Arzt, der in der Begrenzung, die ihm nun einmal zugemessen ist, doch suchend und forschend über die fachlichen Grenzen hinausblickt, der willig aufnimmt, was ihm von anderer Seite zugetragen wird, und die eigenen Erkenntnisse in größeren Zusammenhängen beglaubigt findet.

Ich habe solche Männer des Brückenschlagens kennengelernt, Männer von manchmal großer, überzeugender Wirkungsweite. In einem kleinen Kreise bin ich Oswald Bumke, dem berühmten Nachfolger Kraepelins, zuerst begegnet. Sein Fach, die Psychiatrie, war das jüngste aller klinischen Fächer und daher, sollte man denken, von der Fülle des in Jahrhunderten angesammelten Stoffes noch nicht überlastet. Er erzählte schmunzelnd, daß Kant die Beurteilung seelischer Störungen nicht dem Arzt, sondern dem Philosophen überlassen wollte, und es schien dabei fast, als wollte er sich gegen eine längst gegenstandslos gewordene Abwertung seiner Wissenschaft verwahren, — die seit Jahren schon dem Zug der Zeit gefolgt und in verschiedene Schulen aufgesplittert war. In seiner etwas eigenwilligen Art wußte er Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft zu verbinden. So sah er das Problem der Entartung, das ihn jahrzehntelang beschäftigte und das auch in unserer Unterhaltung zur Sprache kam, von Anfang an als Kulturproblem in weltweiten Zusammenhängen, und es ist wohl diese ausgreifende, überschauende Art gewesen, die ihn bei Lebzeiten schon in den Kreis von Mythos und Legende wachsen ließ.

Oft gibt sich der Brückenschlag, das Gehen von Ufer zu Ufer in der Form von Ansprüchen. Wenn der Kinderarzt Meinhard von Pfandler, dem auf Schritt und Tritt Folgen von Erziehungsfehlern begegneten, als Pädagoge gehört sein wollte — er tat es in einem temperamentvollen Aufsatz in den Süddeutschen Monatsheften —, wenn später in der Unterhaltung mit Max Borst, der vor kurzem den großartigen Neubau des Pathologischen Instituts in München zu Ende geführt hatte, von Entzündung, Gewebeverpflanzung, Regeneration, Gewächsbildung und von den Ursachen der Krebsgeschwülste die Rede war, oder im Briefwechsel mit Karl Kißkalt, dem stilleren Nachfolger des leidenschaftlichen Max von Gruber auf dem Lehrstuhl Pettenkofers, von Wasser, Abwasser, Luft, Ernährung, Bakterien und Immunität,

von Umweltverschmutzung, wie man heute sagen würde, — es ging im letzten nicht um das Fachliche, sondern um wesentliche Daseinsfragen, bei denen ebenso wie der Mediziner auch der Pädagoge, der Sozialpolitiker und der Bevölkerungspolitiker angesprochen war.

Von einem Mitspracherecht des Arztes also in wesentlichen Lebensfragen war die Rede, dem man heute wie damals wenig Verständnis entgegenbringt. Die Tagespresse, die Berichte im Rundfunk und im Fernsehen geben tagtäglich neue Beispiele. Man erörtert die Frage der Geschwindigkeitsbegrenzung: gehört werden Verkehrsfachleute, Vertreter aus dem Versicherungswesen, der Automobilbranche, der Bundes- und Landesministerien, aber kaum die Ärzte, die über die Auswirkungen von Langsam- und Schnelfahren auf Kreislauf und Nervensystem vermutlich etwas zu sagen hätten. Man behandelt das Problem der Hochhausungetüme in Groß- und Trabantenstädten und zieht Städteplaner, Architekten, Politiker zu Rate: daß die Hochschichtung großer Menschenmassen Luftverschmutzung, Bewegungsmangel und psychoneurotische Störungen mit sich bringt, Schädigungen also, die den Arzt angehen, bleibt außer Betracht. Man hat vor einigen Jahren die Mengenlehre in den Schulen eingeführt und dabei viel von Symbolverständnis und Sprachentwicklung und einem sinnvollen Ordnen der Dinge gesprochen: die gesundheitlichen, seelischen, schulischen Schäden, die das umstrittene Experiment mit sich gebracht hat, haben heute endlich dazu geführt, auch den Mediziner zu befragen.

Ich habe das Hinübergehen in größere, fordernde, verpflichtende Zusammenhänge, in dem bedeutende Ärzte Sinn und Erfüllung ihres Berufs zu suchen, oftmals auch in den weiten Bereichen zeit- und geistesgeschichtlicher Aufgaben miterlebt. Man muß den berühmten Kliniker Friedrich von Müller gesehen haben, wie er in den Jahren nach dem ersten Weltkrieg in entschieden autoritativer und doch weltmännisch lebenswürdiger Art die umstrittene Weltgeltung der deutschen Wissenschaft verfocht; man muß miterlebt haben, wie in späteren Jahren einer unserer führenden Dermatologen, Alfred Marchionini, seine fachlichen Kontakte in einer Weise zu einigenden Kundgebungen für ein neues deutsch-französisches Verhältnis ausgestaltete, für die ich ihm den gern gehörten Hinweis auf das unsterbliche 13. Jahrhundert mitgab, an die Zeit, da ein Italiener wie Thomas von Aquin in Köln und Paris lehren konnte, ein Deutscher wie Albertus Magnus von Franzosen verstanden wurde oder ein Engländer wie Duns Scotus mitten in seiner Forschungsarbeit in Köln verstarb. Solche Beispiele mochten zu einem melancholischen Rückblick auf die Anfänge unseres Denkens verleiten, die Zeit der jonischen Naturphilosophie, da dieselben Männer in einer nie mehr erreichten Geschlossenheit des Weltbildes Philosophen, Naturforscher und Ärzte zugleich gewesen waren. Aber sie führten ebenso vor Augen, wie die Weite und Allgemeinheit der Maßstäbe rückwirkend auch den rein fachlichen Aufgaben und Erfordernissen zugute kommen kann.

Ich möchte glauben, daß das vielfältige Bestreben, von der einzelnen Erscheinung, der jeweils besonderen Aufgabe in größere Einheiten der Lebenswirklichkeit fortzugehen, einem ursprünglich philosophischen Bestreben nahekommt, mit anderen Worten, daß es auf die alte Verbundenheit von

Philosoph und Arzt zurückweist. Für beide steht am Anfang nicht der Begriff, sondern die Erfahrung, — eine Erfahrung, die keine engen Grenzen kennt. Was wäre das für ein Philosoph, der im Hin- und Herschieben leerer Begriffe, im Ausspinnen immer neuer kategorialer Schemata sein Genügen fände und sich's gar nicht einfallen ließe, auf den sicheren Grund der Wirklichkeit zurückzugehen? Und was wäre das für ein Arzt, der nach vorgegebenen Regeln seine Diagnose stellte, ohne den Krankheitsfall selbst in seinen mannigfachen Voraussetzungen und Bedingungen zu untersuchen?

Beide aber, der Philosoph wie der Arzt, stehen in einer Gefährdung ihrer Aufgaben und Ziele. Die Philosophie ist die Mutter vieler Einzel- und Hilfswissenschaften geworden, die selbstherrlich ihren eigenen Haushalt führen und sich ungern beaufsichtigen lassen. Neue Erfahrungsinhalte werden kaum mehr einem Gesamtbild zugeordnet wie es zu Zeiten von Aristoteles, von Leibniz, von Schopenhauer gewesen ist, sie drohen nur eine weitere Verflüchtigung, ein weiteres Absinken heraufzuführen. Die Philosophie der Gegenwart steht in einem Zwiespalt, den ein umfassender Prozeß der Reinigung beenden müßte.

Und nicht anders steht der ärztliche Beruf im Zeichen eines inneren Zwiespalts, der wohl in der Geschichte der Medizin angelegt ist, aber heute fast zu einer grundlegenden Verkehrung der Zielsetzung geführt hat. Soll der Arzt seine Aufgabe als Heiler oder als Forscher begreifen? In dieser Antithese ist von Anfang an eine zweite mitgegeben: Dem Heilen wohnt ein Streben zu einheitlicher Auffassung und ordnendem Zusammenschluß der Fakten inne, dem Forschen eine Neigung zu Absonderung, Teilung und Zersplitterung, bei der am Ende das einigende Band verloren zu gehen droht.

Kein Zweifel: Das ursprüngliche Ziel der Medizin war das Heilen. Das Forschen, das Wissen war das nachträgliche Ergebnis der Heilversuche. Ich stelle mir den Arzt früherer Zeiten vor, der sich auf unsicherem Boden bewegte, dem jeder Krankheitsfall, jede Verletzung ein neues Problem stellte und der wenig Hilfe zu gewärtigen hatte, aber manche Hemmnisse. Er hatte vielleicht mit dem Widerstand des Kranken selbst zu rechnen, eines verschlossenen, verschämten Kranken, der nicht sagen mochte, was ihm wirklich fehlt, eines ängstlichen Kranken, der einen ungünstigen Befund erwartet und die Sache lieber auf sich beruhen lassen möchte. Er hatte vielleicht auch mit dem Widerstande einer mißtrauischen Familie zu rechnen und jedenfalls mit manchen, einer genauen Untersuchung und Verständigung abträglichen Sitten und gesellschaftlichen Gepflogenheiten. Helmholtz hat noch für die 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts von solchen Widerständen berichtet: Den Kranken zur Untersuchung entkleiden, das Ohr auflegen, den Brustkorb abklopfen, die Temperatur messen — das alles galt als unfein.

Ich stelle mir weiter vor, daß solche Erfahrungen die Neigung fördern konnten, in der Theorie eine Sicherheit und Autorität zu erlangen, die in der Praxis oft so schwer durchzusetzen ist. So hat die innere Medizin wirklich bis weit in das 19. Jahrhundert hinein den eigentlichen Sinn des ärztlichen Tuns in der Bereicherung des Wissens gesehen, in der Vervollkommnung der Diagnose, im Heilen aber, in der Therapie nur ein notwendiges, wenn auch willkommenes Ergebnis des Wissens. Und es scheint mir, daß die Ent-

wicklungen des letzten Jahrhunderts geeignet sind, diese Neigung eher noch zu fördern als einzudämmen. Es geht nicht etwa darum, daß der Arzt ein immer zuverlässigeres Rüstzeug mitbringen, daß er eine immer gründlichere Ausbildung über sich ergehen lassen und sein Wissen fortlaufend ergänzen muß, in Fortbildungskursen oder durch das Studium der Fachzeitschriften. Es geht um die Art der ärztlichen Organisationsformen selbst.

Im Jahr 1822 fand in Leipzig, veranlaßt durch Lorenz Oken, die erste Zusammenkunft der deutschen Naturforscher statt, die seither alljährlich an wechselnden Orten wiederholt wurde. An diesen Versammlungen konnten auch Ärzte teilnehmen, die ihr Beruf auf das Studium der Naturwissenschaft hinwies, jedoch nur, wenn sie durch Schriften sich einem größeren Kreis bekannt gemacht hatten — eine Inauguraldissertation genügte dafür nicht. Einen festen organisatorischen Zusammenschluß fanden diese Versammlungen zu Ende des vorigen Jahrhunderts, 1892 in der von Virchow und A. W. von Hoffmann gegründeten Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die bei ihren Tagungen regelmäßig die neuesten Forschungen auf fast allen Gebieten ihrer Wissenschaften bekannt gaben und zur Aussprache stellten. Inzwischen aber hatten die Ärzte längst begonnen, ihre eigenen Organisationen zu schaffen. Ich selber wuchs bereits in die Hochzeit der sich mehrenden großen Ärztagungen und -kongresse hinein. Die Chirurgen, die Internisten, die Röntgenärzte, die Krebspezialisten, die Anästhesisten, die Ophthalmologen, die Fachärzte aller Gebiete, neuerdings auch die Gerontologen — sie alle fanden und finden sich mehr oder minder regelmäßig zu besonderen Tagungen zusammen, und neben ihnen wirkt seit Jahren als eine Art verbindender, vermittelnder Instanz der Deutsche Therapiekongreß in Karlsruhe, der das breite Feld neuer Heilmethoden von der Geburtshilfe bis zur Verkehrsmedizin, von der Ultraschallbehandlung bis zur arzneilosen Therapie zu untersuchen unternimmt. Ich habe manche dieser Versammlungen miterlebt, als Besucher bestimmter Vorträge und in Gesprächen mit führenden Vertretern einzelner Fachgebiete, als Außenseiter also, aber doch als williger, aufnahmebereiter und wohl auch gelehriger Beobachter. Der Eindruck, den ich empfang, war immer derselbe: So nützlich diese Veranstaltungen sein mögen, als Mittel, in die unübersehbare und noch immer weiter anwachsende Flut des Fachwissens Ordnung und Zielsetzung zu bringen, Schwerpunkte zu finden, als Mittel auch der Kontaktaufnahme, der Einbeziehung des einzelnen in den Gesamtstrom wissenschaftlicher Forschung — in ihrem zwangsläufigen, beinahe routinemäßigen Ablauf bieten sie immer das selbe Bild: ein umfangreiches Tagungsprogramm, das neben verhältnismäßig wenigen Hauptvorträgen eine Menge von Kurzvorträgen verzeichnet — Dauer zehn Minuten —, in Vollversammlungen, in Fachausschüssen, in Kommissionssitzungen: eine verwirrende Fülle von Themen, Arbeits- und Forschungsberichten, Hinweisen und Anregungen, die oft genug den Eindruck des mechanischen Leerlaufs erweckt. Man könnte fragen, ob der Klärung und Bereicherung des ärztlichen Wissens, der ärztlichen Erfahrung nicht besser gedient wäre, wenn die Teilnehmer (es sind in Karlsruhe heute etwa 12 000 Ärzte) die gedruckten Vorträge in Ruhe lesen und verarbeiten könnten. Man könnte auch fragen, ob die heutige Organisation

der ärztlichen Wissenschaft nicht dazu führt, daß die Probleme immer häufiger aus dem Bereich der sogenannten Hilfswissenschaften statt aus dem lebendigen pathologischen Geschehen selbst aufgeworfen werden und daß sie darin versickern. Hätte die Überfülle nicht zum Anlaß einer ernststen Mahnung werden sollen: daß es gilt, über der Vielfalt und der technischen Vervollkommnung der Untersuchungs- und Heilmethoden nicht die Fühlungnahme mit dem kranken Menschen zu vergessen; nicht zu vergessen, daß die Heilkunde eine menschliche Wissenschaft ist und als solche am Menschen nicht vorübergehen darf? Kein Zweifel: der Zug zur technischen Spezialisierung hat der medizinischen Wissenschaft nicht nur den Blick auf die größeren Zusammenhänge getrübt, er hat empfindlich in die Urbeziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken eingegriffen. Zwischen beide Partner hat sich entfremdend der Mechanismus moderner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeschoben. In den zwanziger Jahren schon hat mir Meinhard von Pfaundler einmal besorgt von dem neuen, von ihm so benannten Leiden des Hospitalismus gesprochen, das sich in den Kinderkrankenhäusern als Folge zeitraubender, unangenehmer Untersuchungen und therapeutischer Maßnahmen entwickelt, das den kleinen Patienten allmählich zum anonymen Fall werden läßt und bei längerer Trennung von der Mutterliebe Schäden, vielleicht sogar Dauerschäden hinterlassen kann. Heute haben Diagnose und Therapie mit der fortschreitenden Entwicklung chemischer und biologischer Analysen und der Röntgentechnik mehr und mehr die Richtung auf das jeweils „klassische Bild“ einer Krankheit genommen, das, genau genommen, doch nichts anderes ist als eine vermittelnde Synthese der nach durchschnittlicher Häufigkeit, Art und Bedeutung ermittelten Symptome und dem weiten Bereich der individuellen Ausprägungen nicht gerecht wird. Das Feld ärztlichen Handelns beherrscht der Kliniker, der nur den anonymen Fall zu Gesicht bekommt, nicht mehr der Hausarzt, der Landarzt alten Schlags, der durchaus nicht immer auf der Höhe seiner Zeit stehen mag, dem sich aber in altvertrauter Umgebung auch die menschlichen Besonderheiten eines Krankheitsfalles von selbst erschließen.

Das Problem, das hier in den Blickpunkt tritt, ist in den letzten Jahren keineswegs einer Lösung nähergebracht worden, es erscheint vor den neuen Fragestellungen einer klinischen Zusammenarbeit nur noch verwickelter. Noch auf dem letzten Internistenkongreß in Wiesbaden 1974 war viel von den Möglichkeiten der Prioritäten, den Organisationsformen der klinischen Forschung die Rede, von den Schwierigkeiten bei der Projektplanung, bei der Ausbildung der Wissenschaftler, bei der Verteilung von Kompetenzen und Funktionen, Schwierigkeiten auch gegenüber mangelnder Kooperationsfähigkeit der Beteiligten und falscher Einschätzung bestimmter Aufgabestellungen. Ein seltsam abstraktes Organisationsprogramm, vor dem es einem grausen möchte, führt zu einem seltsamen Zwiespalt. Klinische Forschung, so wird gesagt, sei heute nur in Zusammenarbeit möglich, und eben daran fehle es: es fehle an der Fähigkeit, Gruppen zu bilden oder sich der Gruppenarbeit einzuordnen. Vielleicht solle man zwei gleichwertige, aber in Anlage und Zielsetzung verschiedene Laufbahntypen entwickeln: den Typ des klinischen Wissenschaftlers und Forschers, der seine Endposition in

produktiver Einseitigkeit erreicht, und den Typ des in seiner klinischen Ausbildung breit angelegten späteren Chefarztes: Medizinische Forschung und ärztliches Handeln also in einem Nebeneinander, bei dem Impulse von der einen zur anderen Seite hin- und hergehen mögen, bei dem aber, so scheint mir, die Frage in betonter Einseitigkeit vom Gesichtspunkt der Forschung her angegangen wird.

Man darf, angesichts dieser Problemlage, die bedeutenden Errungenschaften der modernen Medizin nicht übersehen: etwa die großen Umwälzungen, die durch die praktischen Erfahrungen der Kriegschirurgie, im ersten und wieder im zweiten Weltkrieg, oder durch die Gewinnung des Insulins, die Entdeckung der Antibiotika, die Fortschritte der Hormontherapie, oder, im letzten Jahrzehnt, besonders durch die Errungenschaften der Hirnforschung erzielt wurden, Umwälzungen, die sich sogar statistisch belegen lassen, mit dem Ergebnis einer beträchtlich gesteigerten Lebenserwartung des Menschen. Aber diese Errungenschaften, die größtenteils nicht aus dem Bereich moderner Gruppenarbeit erwachsen sind, geraten in Gefahr, ihre Kehrseite zu zeigen. Ein Lebensgesetz, dem die Philosophie seit Schopenhauer ihre Aufmerksamkeit zugewendet hat, besagt, daß jeder Fortschritt unausweichlich mit Rückschritt gepaart ist, daß jeder Gewinn zugleich Verlust und Gefahr mit sich bringt. Der Arzt erfährt dieses Gesetz heute nicht nur in der Ambivalenz, der Doppelwertigkeit der Medikamente. Man kann mit ihnen Kranke heilen, die früher verloren waren, aber man kann mit ihnen auch unerwünschte Reaktionen und Schäden hervorrufen, von denen man früher nichts gehant hat. Im weiteren Rahmen wird dieses Mit- und Gegeneinander von Gewinn und Verlust sofort offenbar, wenn man das Problem vom kranken Menschen her betrachtet. Die moderne analytische Medizin hat den Menschen in zahllose Struktur- und Krankheitseinheiten aufgespalten, sie hat sich der grundsätzlich neuen Aufgabe unterzogen, die Wechselbeziehung der verschiedenen Gewebsarten und ihrer zur organischen Gesamtheit zusammenwirkenden Funktionen zu erforschen, sie ist in Tiefen vorgedrungen, in denen sich der ganze Mikrokosmos biologischer Vorgänge zu eröffnen schien — nur das Unwägbar, das der Arzt in Rechnung stellen muß, entzieht sich ihrem Zugriff. In Kliniken und Laboratorien, an Versuchstieren und Kranken können die Ergebnisse der Schlag auf Schlag folgenden Entdeckungen überprüft und auf bestimmte Verlaufs- und Verfahrensarten hin geordnet werden. Ein Tropfen Blutes oder einer anderen Gewebsflüssigkeit, eine Durchleuchtung, ein Kardiogramm, das die geheimsten Funktionen und Störungen eines Organs graphisch darstellt: Hilfsmittel, die einwandfreie Diagnosen in kürzester Zeit ermöglichen, Kurzwellen, ultraviolette Strahlen, die nötigen Apparate zur Bestimmung von Grundumsatz, Blutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Eiweiß und Harnstoff — dies alles gehört zum unentbehrlichen Handwerkszeug des modernen Arztes und stellt zunächst doch keine andere Forderung an sein Können als etwa die Überwachung einer Maschine, deren Gang sich an Thermometer, Manometer und andern Zifferblättern ablesen läßt. Der Ablösung des Menschen durch die Maschine entspricht, auf medizinischem Gebiet, die Ablösung der ärztlichen Initiative durch das vorgegebene Schema.

Ich bin in meiner Jugend, bei Ferientaufenthalten oder anderen Gelegenheiten noch manchenmal dem Landarzt früherer Zeit bei seiner Arbeit begegnet, ich habe gesehen, wie er die Sorgen und Nöte seiner Kranken teilte, wie er sich ihrer großen und kleinen körperlichen Gebrechen annahm, aber ebenso oft zum praktischen Ratgeber oder zum Beichtvater in seelischer Bedrängnis wurde. Damals machte er seine Wege noch zu Rad oder zu Pferd, dann folgte er dem Zug der Zeit, Motorrad und Auto wurden allmählich unentbehrlich — ein äußeres Zeichen, wie die Technik, das kalte Prinzip des Nützlichen und Praktischen mehr und mehr an die Stelle der rein menschlichen Gegebenheiten von Pflicht und Aufgabe trat. Er hat wachen Sinnes den Wandel der Medizin miterlebt, ihre fortschreitende Entwicklung aus der persönlichen Bindung des Kranken an den Arzt, den Helfer, zu einer Art von Heilmechanismus. Er stellt sich dieser Entwicklung keineswegs entgegen, er sieht sie durchaus als Verwirklichung eines höchsten menschlichen Könnens und eines von der Ethik der Liebe und Lebenserhaltung beseelten Willens, der sich der Technik als einer gleichsam göttlichen Armierung bedient. Aber oft genug mag er die Kehrseite vor sich sehen, etwa in der Person des bekannten Modearztes, den sein eigenes Treiben zu resignierenden Einsichten in die Möglichkeiten der gesamten inneren Medizin geführt hat: „Riesiger diagnostischer Aufwand bei minimaler realer Heilungsmöglichkeit. Das Resultat wäre dasselbe, wenn ich sagte: Legt euch ins Bett und nährt euch von Rüben.“

In der Mitte zwischen den Extremen, der hohen ethischen Forderung seines Berufs und dem unausweichlichen Zwang der Technik, bewegt sich der Arzt, so scheint mir, heute auf unsicherem Boden. Sein Vorgänger, der Hausarzt, der Landarzt von früher ist tot. Er selbst gehört einem Typus an, den ein jüngerer Geschlecht zur Herrschaft gebracht hat. Es sind Männer, die oft genug mit umfassendem Wissen und einer großen Aufgeschlossenheit für die vielfältigen Vorgänge des Lebens ihre verantwortungsvolle Aufgabe erfüllen und die doch ebenso oft in der Gefahr stehen, der natürlichsten Lebenskenntnis zu ermangeln. Das Wort Schopenhauers von dem ausgezeichneten Arzt, der das Rechte zu erkennen und zu ergreifen weiß, wird zur Mahnung. Erkennen und ergreifen: die Schlüsselworte für Diagnose und Therapie. Von der rein theoretischen Erweiterung unseres Wissensbesitzes ist nicht die Rede. Der ärztliche Auftrag, so müssen wir Schopenhauer verstehen, beginnt jenseits der Grenzen einer vollkommenen wissenschaftlichen Erkenntnis. Er bedeutet, daß die Probleme vom Krankenbett her dem Arzt zukommen und daß die Antworten zum Krankenbett zurückfinden müssen. Bei den Tagungen und Kongressen ist wenig davon die Rede.

Auch der beste, fähigste und hingebungsvollste Arzt kann keine Wunder wirken. Wir sind an der wüsten Insel des Lebens mit einem genau begrenzten gesundheitlichen Reisegepäck ausgesetzt. Jeder von uns ist Robinson nach dem Schiffbruch, er muß sehen, was er mit dem Wenigen, das er an Land gebracht hat, zuwege bringen kann. Weniger kann es werden, mehr nie. In dieser Lage kann ein guter, verständnisvoller Arzt ungemein hilfreich sein: als Weggefährte im Bemühen, Gesundheit zu erhalten oder wiederzugewinnen, und schließlich als freundlicher Begleiter auf dem letzten Weg.