

HAMBURGER UNIVERSITÄTSREDEN

KLINISCHE MEDIZIN IM WANDEL DER ZEITEN

REDE

anlässlich des Rektorwechsels an der Universität Hamburg
am 11. November 1965

von

Dr. med. Karl-Heinz Schäfer
ordentlicher Professor für Kinderheilkunde
und Direktor der Universitäts-Kinderklinik und -Poliklinik
der Universität Hamburg

Herr Präsident der Bürgerschaft, verehrte Senatoren,
Exzellenzen, Magnifizenzen, meine Damen und Herren!

Dort, wo sich die Ausstrahlungen der Naturwissenschaften *und* der Geisteswissenschaften schneiden, liegt die Mitte der klinischen Medizin. Weder die eine noch die andere Gruppe dieser Basiswissenschaften bestreicht für sich allein das ganze Aktionsfeld der Heilkunde, die den ganzen Menschen in kranken und auch in gesunden oder *noch* gesunden Tagen zu erfassen sucht. Die Kunst des Arztes aber beruht in seiner Fähigkeit, das ungeheure Ausmaß — um nicht zu sagen das kaum zu durchdringende Dickicht naturwissenschaftlich-biologischer Erkenntnisse mit den geisteswissenschaftlichen Aspekten einzelner Krankenschicksale zur Deckung zu bringen. Nur stichwortartig seien hier erwähnt die Betrachtungsweisen der Psychologie, der Pädagogik, der Soziologie, bisweilen auch der Rechtswissenschaft und in jedem Falle und nicht zuletzt auch der Ethik, also der Philosophie und Theologie; um nämlich zu erkennen und darauf bedacht zu sein, daß das ärztliche Handeln allgemein und im speziellen nicht nur sachlich fundiert, sondern auch sittlich richtig sei. Unerwähnt blieb bisher das allerdings schwer wägbare und dennoch in vielen Situationen das Patient-Arzt-Verhältnis geradezu tragende Gefühlsengagement des Arztes.

Die Medizinische Forschung ringt darüber hinaus um den Ausbau wissenschaftlicher Erkenntnisse, der nicht nur in schneller Progression, sondern in einer geradezu beängstigenden Acceleration begriffen ist. Hiervon mag nachher noch einiges beispielhaft anklingen. In der *Lehre* wiederum sind all diese noch im vollen Fluß der Ermittlung befindlichen neuen Erkenntnisse schon wieder für den Lernenden

auf das grundsätzlich Bedeutende und praktisch Wichtige zu reduzieren. Die Lehre hat sich der Forschung an die Fersen zu heften. Wenn irgendwo, dann ist in der Medizin die Einheit von Forschung und Lehre eine unabdingbare Forderung. Eine Fülle von Fragen tut sich auf! Wo stehen wir heute? Kann all dem, was ich in groben Umrissen als die Kernprobleme der wissenschaftlich ausgerichteten klinischen Medizin aufzeichnete, der einzelne — in Forschung und Lehre, in der praktischen Arbeit am Kranken, als Lernender — heute noch gerecht werden? Muß vielmehr der Arzt des Patienten, der Lehrer der Studenten, durch ein Team von Spezialisten ersetzt werden? Kann er ersetzt werden? Ist hier vielleicht ein Kompromiß notwendig und möglich? Hat schließlich die bis vor kurzem noch ungeahnte Ausweitung unseres Wissens auf allen Gebieten der Medizin und die daraus sich ableitenden erhöhten Forderungen an den Arzt unserer Zeit diesen nicht nur sachlich, sondern auch ethisch *überfordert*? Hat die Zeit ihn in eine Sackgasse gelockt oder besitzt er die Chance, in nie dagewesenem Ausmaß mitbestimmender Faktor der Zeit zu sein?

Lassen Sie mich beispielhaft einiges von dieser Problematik vor dem Hintergrund einer historischen Rückschau entwickeln. Wie erlebt z. B. der Kranke bei freundlicher Einstellung die Universitätsklinik? Ich zitiere aus einem Brief, den einmal ein Patient aus der Klinik an seinen Vater schrieb:

„ . . . Ich liege auf der orthopädischen Station neben dem Operationssaal. Wenn Du durch das Hauptportal kommst, gehst Du an der südlichen Außenhalle vorbei. Das ist die Poliklinik, wohin sie mich nach meinem Sturz gebracht hatten. Dort wird jeder Kranke zuerst von den Assistenzärzten und Studenten untersucht, und wer nicht

unbedingt Krankenhausbehandlung braucht, bekommt dort sein Rezept . . .

Ich werde dem Oberarzt vorgeführt, ein Wärter trug mich in die Männerstation, machte mir ein Bad und steckte mich in saubere Krankenhauskleidung. Aber Du läßt linker Hand auch die Bibliothek und den großen Hörsaal, wo der Chefarzt die Studenten unterrichtet, hinter Dir. Der Gang links führt zur Frauenstation. Du mußt Dich also rechts halten und an der Inneren Abteilung und der Chirurgischen vorbeigehen. Wenn Du Musik aus einem Raum vernimmst, sieh hinein. Vielleicht bin ich dann schon in dem Tagesraum für die Genesenden, wo wir Musik und Bücher zu unserer Unterhaltung haben. Als der Chefarzt heute morgen mit seinem Assistenten . . . auf der Visite war, diktierte er dem Stationsarzt etwas, was ich nicht verstand . . .“ usw.¹⁾.

Fühlt man sich nicht in irgendein Universitätsklinikum unseres Jahrhunderts versetzt? Aber das täuscht, denn dieser anekdotische Brief ist 1000 Jahre alt und beruht auf zeitgenössischen Berichten über eines der zahlreichen, damals wohl führenden Krankenhäuser des Arabischen Reiches, das zu dieser Zeit von Indien bis zu den Pyrenäen reichte.

Lange war damals schon das Zeitalter des Medizinmannes überwunden, dessen Therapie noch eine rein kultische Handlung darstellte. Krankheit galt als Verzauberung

¹⁾ Mit geringen Kürzungen übernommen aus
Sigrid Hunke: Allahs Sonne über dem Abendland. DVA Stuttgart 1962, S. 116 ff.
Wie die Autorin nachträglich mitteilt, ist der Brief nicht der Form nach, wohl aber in allen Einzelheiten authentisch. Solche Darstellungen finden sich z. B. in
Makrises (1364—1442): Beschreibung Ägyptens „Chitet“, Bd. 2, S. 406;
E. G. Browne: Arabian Medicine, Cambridge 1921;
M. Meyerhoff: The Legacy of Islam, Oxford 1931.
Als neueste Quelle empfiehlt Frau Dr. Hunke „L'Histoires de la Médecine Arabe“ von *Sleim Ammar*, 1965 in Tunis erschienen.

durch ein magiebegabtes Wesen (z. B. einen Mediziner) oder durch erzürnte Götter. Als Überträger nahmen viele Primitive verzauberte Fremdkörper an. Mit komplizierten Riten wurden darauf die Fremdkörper symbolisch entfernt und die Götter besänftigt. Bei diesen Riten gelangten z. T. hochwirksame Arzneien wie Opium, Strophanthin und Chinin, deren Wirkung uns auf diesem Wege bekannt wurde, zur Anwendung. Ebenfalls sind erstaunliche Operationen überliefert wie z. B. Schädeltrepanationen, bei denen der böse Geist aus dem Kopf entweichen sollte. Der Erfolg dieser Einzelmaßnahmen jedoch wurde auf den Gesamtritus projiziert, so daß von einer bewußten gezielten Therapie nicht die Rede sein konnte.

Vorbei war die Blüte der ägyptischen und mesopotamischen Medizin, deren Priesterärzte um 4000 vor Christi ihre Patienten mit perfekt recitierten Beschwörungssprüchen von dem Fluch der jeweils für die Krankheit zuständigen Gottheit zu heilen suchten. Nebenbei wurde schon damals, besonders in Ägypten, eine Fülle von Beobachtungen, Rezepten und chirurgischen Praktiken gesammelt, die sich z. B. im Papyrus SMITH und Papyrus EBERS erhalten haben. Zu einem medizinischen Systemdenken jedoch kam es noch nicht.

Das finden wir erstmalig bei den Griechen, die im Rahmen der ionischen Naturphilosophie und des Corpus Hippocraticum einen neuen Krankheitsbegriff schufen. Krankheit habe ihren Ursprung nicht im Dämonischen, sondern sie sei ein organisches Geschehen. Krankheit sei eine Störung der Harmonie, der Harmonie der 4 Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe Galle, schwarze Galle, bewirkt durch schädliche Umwelteinflüsse. Die Maßnahmen des Arztes hätten das Gleichgewicht wiederherzustellen. Ausgebaut zu einem umfassenden philosophischen System, in dem die verschiedensten Dinge wie Sinnesqualitäten, Temperamente, ein-

zelne Organe und die Elemente in Beziehung zueinander gebracht wurden, hat die Viersäftelehre 2000 Jahre lang das medizinische Denken nachhaltig beeinflusst. Ebenfalls bei den Griechen finden wir in den Asklepiostempeln, in denen die Heilungsuchenden interniert wurden, erstmalig eine krankenhausähnliche Einrichtung.

Die Entwicklung ging weiter über Alexandria nach Rom zu GALEN. Seine ausgiebigen Sektionen an Menschen und Tieren erweiterten die anatomischen Kenntnisse erheblich. Die anschließenden Überlegungen zur Physiologie jedoch — z. B. über den Blutkreislauf — waren sehr stark bestimmt durch die herrschenden naturphilosophischen Prinzipien. Das Spekulative daran machte den medizinischen Forscher indessen blind für die unvoreingenommene Beobachtung der physiologischen Abläufe, so daß die Physiologie sich wesentlich schwerfälliger entwickelte als die Anatomie. Das gilt noch für das ganze Mittelalter und wurde für das Beispiel des Blutkreislaufes erst durch die gezielten physiologischen Experimente HARVEYS um 1628, am Anfang der Neuzeit, unterbrochen.

Die antike Medizin wurde weitergetragen über Byzanz ins arabische Reich und kam von dort erst über die Schule von Salerno, deren Höhepunkt im 12. Jahrhundert lag, ins christliche Abendland. Mit der Universität — als ein Prototyp gilt die Schule von Salerno —, dem Krankenhauswesen (ich gab davon bereits eine Kostprobe) und der durch verheerende Seuchen so dringlich gewordenen öffentlichen Gesundheitspflege bekam die Medizin zu dieser Zeit wesentliche neue Instrumente in die Hand. Im späteren Mittelalter, um 1200, waren auf Anregung von Papst Innozenz III. (1198—1216) bereits in fast jeder Stadt des christlichen Abendlandes Heiliggeisthospitäler gegründet. Die ersten umfassenden Werke der Anatomie kamen heraus, fleißige Mönche und emsige Medici hatten ausgedehnte Re-

zeptsammlungen zusammengestellt. Und dennoch waren die therapeutischen Bemühungen durchaus noch nicht frei von Magie. 1387 schrieb der englische Dramatiker CHAUCER²⁾ über einen damaligen Kollegen von uns:

„Bei uns war auch ein Doktor der Medizin;
In aller Welt gabs keinen so wie ihn,
Was Medizin angeht und Chirurgie,
Denn er war firm in der Astronomie . . .
Zum Glück konnte er wenden den Aszendenten
Der Konstellationen für seine Patienten.“

Mit Beginn der Neuzeit endlich trat auch in der Medizin eine der entscheidenden Wenden ein. Sie ist nicht nur dadurch zu erklären, daß sich mit der Entwicklung der Naturwissenschaften der damaligen Zeit eine Fülle neuer Methoden und Mittel anbot — ich erwähne nur Fieberthermometer und Pulsimeter, mit denen Santorio SANTORII um 1600 die neuesten Erkenntnisse seines Kollegen GALILEI unmittelbar für die Medizin nutzte. Es änderte sich vielmehr auch für den Mediziner die Grundeinstellung zum Menschen. DESCARTES verkündet: „ . . . wir können sagen, daß der Unterschied zwischen einem lebenden Körper und einem Leichnam derselbe ist, wie der Unterschied zwischen einer aufgezogenen Uhr . . . und einer zerbrochenen, oder einer Uhr, deren mechanisches Bewegungsprinzip zu wirken aufgehört hat . . .“³⁾

Auch der „Lebensgeist“, gewissermaßen die Uhrfeder, gehöre dem rein Körperlichen und damit mechanistisch zu Erklärenden an. Diesem Körperlichen wird die „rationale Seele“ gegenübergestellt, die — unteilbar und ohne

²⁾ *G. Chaucer*: Aus dem Prolog zu *Canterbury Tales*, Bd. II, S. 411 ff.

³⁾ *Descartes*: Über die Leidenschaften der Seele, Erster Teil, Artikel 6.

Übersetzung von J. H. v. Kirchmann, Verlag L. Heimann, Berlin, 1870. — Die hier zitierte Übersetzung findet sich im Kapitel von P. K. Feyerabend (Naturphilosophie) im Band *Philosophie des Fischer Lexikons*, S. 223 (1958).

räumliche Ausdehnung — in und mit der Zirbeldrüse auf den Körper einwirke. Indem DESCARTES das Instrumentarium dieses einzigen naturwissenschaftlich nicht faßbaren Teiles — der „rationalen Seele“ — auf die Zirbeldrüse beschränkte, gab er den übrigen Organismus frei für die naturwissenschaftliche Forschung, die die Körperfunktionen seither in so unübersehbarer Fülle chemisch und physikalisch zu definieren vermochte. DESCARTES unterschied mit dieser dualistischen Auffassung also nicht nur 2 Elemente des Menschen, sondern trennte deren Wirkungsorte auch räumlich; und da nahezu alle Krankheiten sich außerhalb der Epiphyse, also im „vegetativen“ Bereich abspielten, wurde die rein empirische medizinische Forschung legitimiert und beflügelt. Mit seiner Zellulärpathologie und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Beurteilung des spezifisch Lebendigen hat allerdings VIRCHOW — gut 200 Jahre später — die Wirkungsstätte des naturwissenschaftlich nicht Formulierbaren wieder über den ganzen Körper, nämlich in jede einzelne Zelle, ausgebreitet. Auch von der unteilbaren Seele DESCARTES' ist nach FREUD nicht viel übriggeblieben.

Daß wir also wieder in der schwierigen Lage sind, Materielles und Immaterielles nicht mehr räumlich getrennt, sondern auf unvorstellbare Weise in einem verwoben zu wissen, kennzeichnet auch unsere heutige Situation. Früher hatte diese Unvorstellbarkeit zu phantastischen Systemen und Anschauungen verleitet, die nahezu Selbstzweck wurden, die Symbolisches und Empirisches vermengten und deren Prüfung an der Wirklichkeit oft sehr in den Hintergrund trat. Nun jedoch vermochte diese Verlegenheit die in sich gefestigte somatische Forschung nicht mehr aufzuhalten. Man hatte gelernt, den Menschen primär für naturwissenschaftlich deutbar zu halten und sich durch das Erahnen gewisser Einschränkungen darin nicht beeinflussen

und behindern zu lassen. DESCARTES' These vom Körper als Automat war zur Arbeitshypothese geworden, an deren ausschließlicher Gültigkeit man zwar zweifelte, nach der man aber handelte; eine Arbeitshypothese, die in grenzenlosem Optimismus das „Unerklärliche“ zum „noch Ungeklärten“ machte und damit überhaupt erst für die empirische Forschung erschloß. Diese Haltung gab der medizinischen Wissenschaft einen außerordentlichen Aufschwung. Einen wesentlichen therapeutischen Nutzen dagegen aus den so vielseitigen neuen Erkenntnissen zu ziehen und sich von der Diktatur der Blutegel und Klistiere zu befreien, gelang der Medizin erst ziemlich spät.

Erlauben Sie mir, diese Entwicklung an wenigen historischen Daten aus der Geschichte meines Faches, der Kinderheilkunde, beispielhaft aufzuzeigen.

Ausgangs des 15. Jahrhunderts erschien das erste Lehrbuch der Kinderheilkunde in lateinischer und fast gleichzeitig ein solches in deutscher Sprache. Weitere Werke folgten. Aber ihr Inhalt war und blieb ein buntes Gemisch aus Wissenschaft, Halbwissen und Aberglaube. Erst im Jahre 1802 wurde als erste Kinderklinik überhaupt das „Hôpital des enfants malades“ mit 300 Betten in Paris eröffnet. Die erste deutsche Kinderklinik erstand 1830 in der Charité mit 30 bis 45 Betten, die erste Hamburger Kinderklinik 13 Jahre später im Amalienstift zu St. Georg. Die hiermit ermöglichten wissenschaftlichen Fortschritte waren gewiß beachtlich. Wie sah es aber in der ärztlichen Praxis aus? In einer Chronik aus dem Jahre 1800 heißt es aus Berlin:

„Die meisten hiesigen praktischen Ärzte wußten mit kranken Kindern in der That noch durchaus nicht umzugehen . . . Solche Kinder könnten ihnen nichts sagen, . . . und die Hebammen und die Muhmen wußten damit besser Bescheid als die Ärzte. Ein neugeborenes Kind, ein Säugling sei noch gar nicht als daseiend zu betrachten,

sondern gleichsam als geliehen, und man müßte es darauf ankommen lassen, ob es sich durchsiechen werde.“

90 Jahre später, also 9 Jahre vor der Jahrhundertwende — man bedenke, was heute 90 Jahre der Entwicklung bedeuten würden —, verlautet immer noch aus einem kleinen westpreußischen Landstädtchen:

„ . . . zu zarten Kindern geholt zu werden, dazu spanne kein Bauer sein Pferd an den Wagen und hole den Arzt, die kleinen Kinder würden im Erkrankungsfall entweder von einer klugen Frau, höchstens von einer Hebamme kuriert, oder sie sterben, und dann ist der Trost rasch bei der Hand, daß es im nächsten Jahr ja Ersatz gebe.“

Noch im „Jahrhundert des Kindes“, um den Titel eines 1900 veröffentlichten Buches der Schwedin Elleen KEY als Schlagwort zu gebrauchen, erschien in einer Berliner Morgenzeitung die Annonce:

„Suche zu adoptieren zu meinem 6jährigen Töchterchen ein Kind besserer Herkunft, wenn mir als Fabrikant . . . ein Kapital von 50 000 M. leihweise oder amortisierbar überlassen wird.“

Eine Berliner Adoptionszentrale brüstete sich im Jahre 1908 mit dem Werbeslogan: „400 Kinder umgesetzt in kurzer Zeit.“ Es ist verbürgt, daß um die gleiche Zeit in Berlin von einer Frau gegen hohe Abfindungen lästige Kinder den Eltern abgenommen wurden, sie landeten in einem Pariser Findelhaus. In den Findelhäusern dieses Landes aber betrug um 1872 die Sterblichkeit der Findelkinder 60—90 Prozent⁴⁾.

Hospitalismus schlimmsten Ausmaßes — weit an erster Stelle die dezimierenden Anstaltsseuchen und die Fehlernährung — waren die Ursachen auch für die entsprechend hohe Sterblichkeit in den Kinderkrankenhäusern jener Zeit.

⁴⁾ Die Zitate und Fakten dieses Abschnittes sind der „Chronik der Kinderheilkunde“ von A. Peiper, Thieme-Leipzig 1955, entnommen.

So traurig sah es also aus, als sich gegen Ende des vorigen Jahrhunderts nach französischem Vorbild auch im deutschsprachigen Raum die Pädiatrie zu formieren begann. In einem Jahrzehnte währenden, wehenreichen Ablösungsprozeß aus der Mutterdisziplin der Inneren Medizin hat sie sich in Forschung, praktischer Arbeit und endlich auch in der Lehre verselbständigt. Hervorragende Gelehrte und Ärzte haben in Berlin, Wien, Prag, Breslau, Graz, Straßburg auf diesen Weg geführt. Unter ihnen erwähne ich den genialen Adalbert CZERNY, der zielsicher die Hauptursachen des Säuglings- und Kindersterbens erkannte: nämlich die völlig unsachgemäße Ernährung in gesunden und kranken Tagen und die Infektionen.

Gewiß war es ein besonders glücklicher Umstand, daß so schöpferische Persönlichkeiten wie Louis PASTEUR, Robert KOCH, Emil v. BEHRING und Paul EHRLICH zur gleichen Zeit lebten. Aber CZERNY und mit ihm und nach ihm sein bedeutendster Schüler Hans KLEINSCHMIDT erfaßte nicht nur intuitiv die Kernprobleme der Zeit, sondern integrierte das vorhandene Wissen zu deren Bewältigung und erarbeitete klinisch und experimentell ganz fundamentale neue Erkenntnisse. Das war der Anbruch einer neuen Zeit in der wissenschaftlichen Pädiatrie, die hier — wie gesagt — stellvertretend für die klinische Medizin überhaupt gelten soll.

Schon sehr bald zeichneten sich in Zahlen zu fassende bedeutende Erfolge ab. Ich erwähne hier nur die *Säuglingssterblichkeit*, also die prozentuale Todesziffer im ersten Lebensjahr. Ausgangs des vorigen Jahrhunderts starb im Deutschen Reich jedes 3. bis 4. lebend geborene Kind bereits in den ersten 12 Lebensmonaten! Im Jahre 1964 war es in der Bundesrepublik nur noch jedes 40. Kind, in Hamburg sogar noch etwas weniger als jedes 52. Kind bzw. rund 1,9 %. Daß Hamburg in dieser positiven Entwicklung seit

Jahrzehnten führt, ist mit dem Lebenswerk unseres verehrten Kollegen MEYER-DELIUS eng verbunden.

Solche Erfolge sind natürlich die Frucht gemeinsamer Bemühungen: nämlich der allgemeinen Pädiatrie, der präventiven, der sozialen Pädiatrie und auch der allgemeinen Hygiene und der Epidemiologie. Außerordentlich erregend ist nun, gegenwärtig den gleichen Prozeß — und zwar mit erhöhter Geschwindigkeit — in den sogenannten Entwicklungsländern vor uns ablaufen zu sehen. Am Beispiel Indiens mit einer Säuglingssterblichkeit von annähernd 20%, in einigen Teilen gewiß noch höher, wird deutlich, wie sich die mit allen Mitteln anzustrebende Angleichung dieser Ziffern an diejenigen in hochzivilisierten Völkern über die erhöhte Lebenserwartung und über den Geburtenüberschuß namentlich in Massenvölkern wie Indien und natürlich auch China bevölkerungspolitisch und letztlich machtpolitisch auswirken wird.

Um Ihnen einen Begriff von den Dimensionen bezüglich der durchschnittlichen Lebenserwartung in der Geschichte der Menschheit zu geben, sei berichtet, daß diese für die Erdbevölkerung in der prähistorischen Zeit etwa 10 Jahre, in den ersten 1500 Jahren nach Christi Geburt ganze 20 Jahre, ab 1800 lange Zeit nur 30 Jahre betrug, um dann mit zunehmender Geschwindigkeit erst in den letzten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts auf 70 Jahre anzusteigen. Nun ist die Altersforschung, die Geriatrie — also gewissermaßen das Gegenstück der Pädiatrie — am Zuge, die Lebenserwartung um weitere Jahrzehnte zu erhöhen. Auf der vor wenigen Tagen abgehaltenen Tagung der Joachim-Jungius-Gesellschaft war hierüber Interessantes und Verheißungsvolles zu hören. Man kann aber nur hoffen, daß das in der Vergangenheit jeweils im Laufe der Industrialisierungs- und Rationalisierungsphase mit verblüffender Gesetzmäßigkeit spontan einsetzende Regulativ der Gebur-

tenabnahme auch in Zukunft wirksam bleiben möge. Da aber die Sterblichkeitskurve schon vorher sinkt, wächst zunächst die Bevölkerung, und zwar nach den Berechnungen des Aachener Physikers Fucks in den betreffenden Kollektiven ziemlich konstant um den Faktor 6,4⁵).

Fucks sagt voraus, daß darüber in der Mitte des nächsten Jahrhunderts China 2,7 Milliarden und damit vier- bis fünfmal mehr Menschen haben wird als zur gleichen Zeit USA und Sowjetunion zusammen. Die Medizin unserer Zeit und nicht zuletzt die Pädiatrie hat an diesem weiß Gott weltbewegenden Geschehen maßgeblichen Anteil.

Nicht minder dramatisch gestaltete und gestaltet sich der Kampf gegen die Infektionen, die allgegenwärtige Gefahr für den Menschen — kritisch verdichtet in Gestalt von Seuchen. Die erste Großtat wurde bereits Ende des 18. Jahrhunderts mit der Einführung der Kuhpockenimpfung durch JENNER vollbracht. Weitere Meilensteine an diesem Wege errichteten BEHRING mit der Begründung der Serumtherapie der Diphtherie und des Wundstarrkrampfes, EHRLICH mit der Entdeckung des Salvarsans, DOMAGK mit den Sulfonamiden und FLEMMING mit dem ersten Antibioticum Penicillin. Inzwischen sind zahlreiche weitere hochwirksame Chemotherapeutica und Antibiotica entwickelt worden, jeweils mit einem ganz speziellen Wirkungsspektrum. Die therapeutischen Möglichkeiten sind hierdurch ungeheuer gestiegen, aber auch die Anforderungen an den Therapeuten; denn jeder Infektionstyp muß mit äußerster Akribie identifiziert werden, um das adäquate Mittel zur vollen Entfaltung zu bringen. Man steht heute im Begriffe, die molekularen Vorgänge auf seiten der angreifenden Infektion wie der Abwehrmechanismen des Körpers zu erhellen und mehr und mehr unter Kontrolle zu bekommen.

⁵) W. Fucks: Formeln zur Macht. DVA Stuttgart 1965.

Hygiene und Schutzimpfungen vermögen — richtig und voll eingesetzt — darüber hinaus praktisch alle Großseuchen zu verhindern. Was das bedeutet, erkennen wir an den grauenhaften Auswirkungen dieser Seuchen in vergangenen Zeiten, als z. B. in den zwei Jahren von 1348—1350 in Europa 25 Millionen Menschen, ungefähr ein Viertel der damaligen Bevölkerung, von der Pest dahingerafft wurden. Wir erkennen es auch heute noch an den verheerenden Auswirkungen der Pocken- und Choleraseuchen in Asien oder auch — um ein erfreuliches Beispiel zu nennen — an der wohl endgültigen Besiegung der Kinderlähmung, wie wir sie alle vor wenigen Jahren aus nächster Nähe erleben konnten.

Wie Seuchen die Geschicke ganzer Völker, ja ganzer Rassen mitbestimmt haben, möchte ich an einem interessanten Beispiel deutlich machen.

Man kennt eine schwere, erbliche, durch Blutzersetzung bedingte Anämie, die fast nur bei Negern und nur sehr selten einmal bei Weißen auftritt. Lange hat man geglaubt, eine echte Rassendisposition sei die Ursache dieser eigentümlichen Krankheitsverteilung. Vor wenigen Jahren erst erkannte man, daß die reinerbigen Kranken und die gemischterbigen mehr oder weniger Gesunden einen pathologischen Blutfarbstoff in ihren roten Blutkörperchen beherbergen. Und dieser schützt den Träger vor Malariabefall. Die Rassendisposition war also nur vorgetäuscht; die Malaria hat vielmehr die Genträger ausgespart und nur die Erbgesunden zu einem hohen Prozentsatz ausgemerzt. Wenn wir nämlich hören, daß unter den Weißen praktisch niemand, unter den Negern aber bis zu 40 % in manchen Stämmen Zentralafrikas diesen pathologischen Blutfarbstoff besitzen, und wenn wir weiter hören, daß dieses Verteilungsmuster im Prinzip weitgehend mit dem der Malaria auf der Erde übereinstimmt, dann können wir ermessen, welch ver-

heerende, ganze Völkerstämme dezimierende Rolle jahrtausendlang die Malaria gespielt haben muß, so daß es zu dieser Selektionierung riesigen Ausmaßes eines an sich offenbar sehr seltenen krankmachenden Gens in den Malaria-gebieten kommen konnte.

Auch diese verbreitetste Seuche aller Zeiten ist nun heute dank der Fortschritte der Tropenmedizin, an denen deutsche und nicht zuletzt Hamburger Forscher maßgeblich beteiligt waren, therapeutisch und prophylaktisch *grundsätzlich* zu beherrschen, wenn auch praktisch noch keineswegs restlos überwunden.

Die Zahl der Beispiele ließe sich beliebig vermehren. Reiche Früchte wissenschaftlicher Arbeit liegen bereits vor. Aber weitere, große und immer komplizierter werdende Aufgaben harren noch der Lösung. Die Möglichkeiten der Therapie von Viruskrankheiten z. B. sind immer noch sehr begrenzt, doch rücken hier entscheidende Fortschritte in greifbare Nähe. Wird sich von hier aus auch ein Weg öffnen zum Verständnis und zur Therapie des Krebses, überhaupt der bösartigen Geschwülste, der Leukämie?

Werden wir dem Vordringen typischer Erwachsenenenerkrankungen, etwa des Magengeschwürleidens, in das Kindesalter durch die Beachtung altersgemäßen Lebensstiles unserer Jugend Einhalt gebieten können?

Wird — wie erwähnt — die Geriatrie durch entscheidende Fortschritte in der Bekämpfung der Alterskrankheiten die Lebenserwartung um weitere Jahrzehnte erhöhen?

Der Katalog unmittelbar anstehender Probleme ließe sich beliebig erweitern. Das Zeitalter der Massenerfolge in der klinischen Medizin ist noch in vollem Gange, und es hat schon begonnen der Kampf um zahllose Einzelschicksale kleinerer Gruppen von Kranken. Er muß bisweilen mit ganz außerordentlichem materiellen, geistigen und ideellen Einsatz geführt werden. Besonders augenfällig, auch für

den Unkundigen, sind Aufwand und Erfolg der diagnostischen und operativ-therapeutischen Bemühungen beim herzkranken Erwachsenen und Kinde, ja schon beim herzkranken Säugling. Hier können mit den modernen Methoden unter günstigen Umständen die sonst vom baldigen Tode oder frühem Siechtum Bedrohten gerettet werden. Mehr im Verborgenen, aber darum nicht weniger dramatisch, wirken die Fortschritte der modernen Stoffwechselforschung bei der Überwindung von Atmungs-, Kreislauf- und Stoffwechselkrisen sowie von Stoffwechsel*krankheiten* aller Art. Tod und Dauerschädigung bestimmter Organe, besonders des Gehirnes, u. U. völlige Verblödung können im günstigen Falle verhindert werden. Ich erwähne hier als Beispiel nur den Phenylbrenztraubensäureschwachsinn, dem ein ganz spezieller erblicher Stoffwechseldefekt zugrunde liegt. Nachdem man diesen Defekt unlängst identifiziert hatte, konnte man auch einen besonderen Diätplan aufstellen, mit dessen Hilfe bei frühzeitigem Beginn in den ersten Lebenswochen die betroffenen Kinder vor der sonst unausweichlichen schweren Verblödung bewahrt werden können.

Wir stehen hier im Beginn einer geradezu phantastischen Entwicklung — aber nur dann, wenn die Möglichkeiten der klinischen und experimentellen Medizin *und* der Grundlagenforschung, etwa der Chemie und Physik mit ihren Nebenzweigen, gemeinsam in die Waagschale geworfen werden.

Neben der dezentralisierten, in unmittelbarem Kontakt mit den Krankenstationen arbeitenden experimentellen Forschung *in* den einzelnen Kliniken bedarf es heute hochspezialisierter Forschungszentren, in denen der Kliniker mit dem Grundlagenforscher aller Sparten kollegial-paritätisch zusammenarbeitet. Fachdisziplin und Fakultätsgrenzen dürfen hier keine Rolle spielen. Auch finanzielle Er-

wägungen dürfen nur sekundären Rang besitzen. Es sei nämlich mit aller Entschiedenheit gesagt, daß die Zeit drängt; denn eine Universität ohne solche Zentren — ich spreche in diesem Zusammenhang von der Medizin und einem biologischen Zentrum — wird heute und in Zukunft der modernen biologischen Forschung allenfalls nachlaufen können, ohne sie je einzuholen oder gar entscheidend mitzugestalten. Auch hier hat die Zukunft schon begonnen. Befinden wir uns doch in einer Zeit, die im Begriffe ist, Grundvorgänge des Lebens mit den Methoden der Molekularbiologie einzufangen, etwa die genetischen Informationen oder den Gencode chemisch zu definieren, *vielleicht* auch mal sie auf diesem Wege unter Kontrolle zu bekommen. Dieser letztere Gedanke ist, wie so manches in der Medizin unserer Zeit, außerordentlich erregend, aber auch belastend. Immerhin sind wir schon heute gewohnt, mit unseren sehr differenzierten therapeutischen Methoden — etwa der Wiederbelebung Scheintoter — am Hebel dessen anzugreifen, was wir seit eh und je Schicksal nennen, um dieses unverbindliche Wort zu wählen.

Ein in anderer Richtung die Dramatik unserer Gegenwartsprobleme kennzeichnendes Beispiel: wir sind heute in der Lage, *bei weiterlaufender Schwangerschaft* Blutübertragungen am Kinde im Mutterleib vorzunehmen, um auf diese Weise bei schwerer Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Kind und Mutter eine für das Kind kritische intrauterine Phase zu überbrücken und dann einige Wochen später doch noch die operative Geburt eines lebensfähigen Kindes zu ermöglichen. Indem der Arzt mit seinen aktiven therapeutischen Maßnahmen in eine Art Niemandsland des Daseins vordringt, verläßt er auf seine Weise unseren Planeten. Natürlich nicht aus Sensationsgier, wie mancher vielleicht schon wieder unken mag, sondern — jedenfalls grundsätzlich — aus dem Gefühl ethischer Verpflichtung;

um nämlich einer von unerfülltem Kinderwunsch gequälten und durch immer wiederholte Totgeburten enttäuschten Familie in ganz exceptionellem Fall doch noch zu einem gesunden Kinde zu verhelfen.

Mit dem Wort „Niemandland“ wollte ich auch die rechtliche Situation ansprechen. Ganz gewiß ist die *absichtliche* Schädigung des Kindes vor der Geburt eine strafbare Handlung. Ist das Kind aber strafrechtlich schon soweit existent, daß es zum Objekt *fabrlässiger* Handlungen werden kann? Was, wenn das intrauterin transfundierte Blut die falsche Blutgruppe hatte? Ist das ein sogenannter Kunstfehler*)?

Es schien mir notwendig, meine Damen und Herren, in einem weiter gespannten Überblick das Aktionsfeld der klinischen Medizin in Vergangenheit und Gegenwart wenigstens schlaglichtartig auszuleuchten, um nun noch den geistigen Standpunkt unserer Arbeit am Kranken, in Forschung und in Lehre zu orten.

Es ist, hoffentlich, zum Ausdruck gekommen, daß die in ständiger Acceleration befindlichen Fortschritte der Medizin uns Ärzten nicht nur die Last eines außerordentlich angewachsenen und gleichwohl voll zu integrierenden Wissensstoffes aufbürdet, sondern uns überdies vom einfachen Helfen nach bestem Vermögen in bisher nicht gekanntem Ausmaß zum Entscheiden über Leben und Tod zwingt. Fast immer sind es sehr individuelle, persönliche Entscheidungen vor dem eigenen Gewissen. Der KANTSche Formalismus, der bekanntlich lehrt, daß das Gebot (also der *Imperativ*) frei von äußeren Bedingungen, damit *kategorisch* sein muß,

*) vgl. hierzu: *Enneccerus-Nipperdey*: Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts. Ein Lehrbuch. 15. Aufl. Tübingen 1959. Bd. I, S. 481.

H. Stoll: Zur Deliktshaftung für vorgeburtliche Gesundheitsschäden. In Festschrift für H. C. Nipperdey, Bd. I, S. 739. Becksche Verlagsbuchhandlung München u. Berlin 1965.

läßt viele Probleme des sittlichen Lebens ungelöst, er läßt gerade uns Ärzte in vielen konkreten Situationen im Stich. Eines lehrt er uns jedoch: die Verbindlichkeit gewisser ethischer Normen, z. B. das kategorische Verbot aktiven Tötens, was natürlich nicht gleichbedeutend ist mit dem Begriff der Euthanasie. Dieser impliziert das Motiv der Barmherzigkeit, also die echte Sterbehilfe. Gleichwohl: aktives Töten durch den Arzt — aus welchem Motiv auch immer — ist weder strafrechtlich statthaft noch ethisch vertretbar. Schon gar nicht die Vernichtung sog. „lebensunwerten Lebens“, also aus sozialen Motiven; denn der Arzt ist kein „Ausleseinstrument der Gesellschaft“, und „die Gesundheit ist nicht der einzige Maßstab für die Bestimmung der Rangordnung zwischen den Menschen“. Beides Zitate aus der so klugen und feinsinnigen 1948 verfaßten Schrift des Münchener Strafrechtlers und Rechtsphilosophen ENGISCH über die Euthanasie⁶⁾.

Die in diesem Zusammenhang vielfach für die „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zitierte Schrift von dem damals sehr berühmten Strafrechtler BINDING und dem seinerzeit ebenso angesehenen Psychiater HOCHÉ aus dem Jahre 1920 kann man nur als eine unter der Schockwirkung des Ersten Weltkrieges entstandene Verirrung ansehen⁷⁾. Geradezu erschauern läßt uns heute, nach allem, was inzwischen geschehen, die hier zu lesende Feststellung, daß der Einwand gegen die empfohlene aktive Tötung, sie könne in schlimmer Weise mißbraucht werden, einfach „abgeschmackt“ sei. Ich möchte Ihnen weitere Zitate hieraus ersparen. Es ist hier nicht der Ort, das Problem der Eutha-

⁶⁾ K. Engisch: Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung. Schriftenreihe Lebendige Wissenschaft, Heft 7, Kreuz-Verlag Stuttgart 1948.

⁷⁾ K. Binding u. A. Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. 2. Aufl. 1920.

nasie bzw. der Vernichtung lebensunwerten Lebens breiter zu erörtern: etwa die positive Einstellung hierzu von PLATON in der Politeia und von SENECA in seinem Werk De ira, wenige Jahrzehnte später die ablehnende Haltung des Stoikers EPIKTET, oder die Zulassung der Einschläferung unheilbar Kranker, aber nur mit deren Einverständnis und auf Initiative von Priestern als den Deutern des göttlichen Willens im Utopischen Staat von Thomas MORUS aus der Zeit der Renaissance.

Das deutsche Recht schaffte 1871 mit dem Strafgesetzbuch klare Verhältnisse. Hier wird auch das sog. „Monstrum“ gegen Tötung geschützt. Und noch 1936, im Dritten Reich, heißt es in einer Erklärung der amtlichen deutschen Strafrechtskommission unter GÜRTLER, eine Freigabe der Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens komme nicht in Frage.

Es muß sich also schon mit dem berüchtigten Führererlaß vom 1. IX. 1939 identifizieren, wer hiervon glaubt freizukommen.

Die meisten ethischen Entscheidungen des Arztes fallen, wie gesagt, höchst individuell aus der Einzelsituation des Kranken, aus dem Patienten-Arzt-Verhältnis oder — in der Pädiatrie — aus der Dreiecksbeziehung Patient-Eltern-Arzt. Hier helfen nur im Extremfall ethische Normen weiter.

Oft ist eine situationsangepaßte Kompromißlösung der einzige Ausweg; um nämlich, nach einer sehr schönen Formulierung unseres Kollegen KAUTZKY, „der Antinomie Herr zu werden zwischen der beruflichen Aufgabe, in den Lauf der Natur einzugreifen, und der gleichzeitigen Bereitschaft, trotzdem deren Gottgewolltheit zu respektieren“⁸⁾. Wenn

⁸⁾ R. Kautzky: Der ärztliche Kampf um das Leben des Patienten „bis zum letzten Atemzug“. Hochland, 53. Jg., Heft 4, S. 303 (1961).

— um ein Beispiel von sehr vielen zu geben — der Arzt vor der sehr schweren Entscheidung steht, ob und wann bei einem nach menschlichem Ermessen dem Tode Geweihten ein Atemgerät oder ein elektrischer Herzschrittmacher abgestellt werden soll.

Nichts ist einfacher, aber zugleich unärztlicher, als aus mangelnder Urteils- und Entscheidungskraft — womöglich auch aus einer Art höchst fragwürdiger Rekordsucht heraus — immer bis zuletzt alle technischen Möglichkeiten einzusetzen und dann am Krankenbett nur noch die Daten vermittelnden Kontrollapparate mit dahinhuschenden Lichtpunkten der Braun'schen Röhren, fiepende Monitore, Laborzettel mit chemischen Daten zu beachten, aber nicht das Befinden des Kranken selbst — Befinden im umfassendsten Sinne, gerade auch im Bereich des Psychischen. Gottfried BENN schrieb schon vor 40 Jahren beschwörend, man möge „im Kranken nicht die analysierfähigen Organe, sondern das psychische Faktum einer leidenden Individualität prüfend zu umfassen“ suchen⁹⁾.

Die außerordentliche Erweiterung der Möglichkeiten ärztlichen Handelns konfrontiert den Arzt unserer Zeit in manchmal schwer erträglichem Maße mit solchen Entscheidungen.

Warum ich das alles hier so drastisch vorbringe? Um deutlich zu machen, daß wir die Gefahr, auch in unserem Bereich durch die Technik beherrscht zu werden und in Auswirkung dessen den Kranken zum Objekt oder gar zum Fließbandobjekt absinken zu sehen, durchaus erkennen. Es ist das genau die Gefahr, der wir in vielen Lebensbereichen ausgesetzt sind. Ich kann hier nur wiederholen, was unlängst Herr VON WEIZSÄCKER in einer Ansprache treffend

⁹⁾ G. Benn: Medizinische Krise, in Essays und Aufsätzen. Bd. 1, S. 36 der gesammelten Werke. Limes-Verlag 1959.

formuliert hat; daß nämlich „die Wirklichkeit — selbst die unbelebte Natur, ganz gewiß die belebte Natur und noch viel mehr der Mensch — nicht etwas ist, was man richtig, was man wahrheitsgemäß beschreibt, wenn man es als eine Gesamtheit von Objekten beschreibt, die nach Gesetzen funktioniert, die man technisch manipulieren kann“¹⁰⁾.

Anachronismus wäre, aus dieser Sorge Möglichkeiten, welche die Technik uns an die Hand gibt, für den Kranken ungenutzt zu lassen. Im Gegenteil! Wir brauchen *dringend* alle uns irgendwie greifbaren technischen Vervollkommnungen; brauchen die nicht minder atemberaubenden Fortschritte der biologischen Forschung; brauchen Spezialisten, die sie uns bzw. *mit* uns erarbeiten; brauchen — allerdings sehr genau dosiert — kooperationsfreudige Subdisziplinen ohne Sperrmauern; brauchen Forschungszentren, in denen die technischen, die Naturwissenschaften und die Medizinische Wissenschaft sich zu gemeinsamem Forschen zusammenfinden.

Aber am Krankenbett muß all das Spezialwissen — woher es auch kommen möge — zusammen mit den am Krankenbett ermittelten Basisdaten integriert werden; muß das meist in Teamwork Erarbeitete zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden, in dem die psychologischen Aspekte den ihnen gebührenden Platz einnehmen. Der geistige Raum aber, in dem der Kranke als Ganzes steht und behandelt und betreut wird, in dem er sich mit seinen Sorgen und Nöten geborgen fühlt, wird von dem bereits erwähnten Arzt-Patienten-Verhältnis erfüllt. Auf dieses muß alles reduziert werden. Ärzte, die das vermögen, wachsen am besten in intakten Kliniken, d. h. in Kliniken, die in dem Kern ihres Fachgebietes zusammengefügt bleiben und wel-

¹⁰⁾ C. F. v. Weizsäcker: Gedanken über die Zukunft des technischen Zeitalters. Vortrag beim Festakt 300 Jahre Handelskammer Hamburg am 7. 5. 1965.

che die unbedingt nötigen, das Niveau entscheidend mitbestimmenden Spezialabteilungen als *Teile des Ganzen* beherbergen.

Ein Bündel von in sich selbständigen, mehr oder weniger gut, aber eben nicht auf Gedeih und Verderb zusammenarbeitenden Spezialabteilungen leistet für den Kranken *und* für die Lehre nicht das gleiche. Auch der heranwachsende Arzt und schon gar der noch unerfahrene und der persönlichen Führung bedürftige Student darf nicht zum Fließbandobjekt werden, indem man ihn von Spezialabteilung zu Spezialabteilung reißt in der Hoffnung, daß sich dabei eine „Gesamtschau“ bildet. Gerade hier ist die Summe der Teile noch nicht das Ganze.

In der Wissenschaft hingegen liegen die Dinge anders; hier hat man kliniknahe und Grundlagenforschung zu unterscheiden. Die erstere vollzieht sich in der Klinik mit ihren Spezialabteilungen und Laboratorien und empfängt ihre Problemstellungen unmittelbar aus dem Wechselspiel mit der klinischen Arbeit. Die Grundlagenforschung wird mehr und mehr in hochspezialisierten Forschungszentren betrieben werden müssen. Ich sprach bereits davon und erwähnte als drängendstes Beispiel das biologische Forschungszentrum, das sein besonderes Interesse der Molekularbiologie zuwenden wird. Von diesem Forschungszweig zur Klinik und in umgekehrter Richtung sind Kopplungs- und Rückkopplungsvorgänge wirksam und fruchtbar. Die Forschungszentren gehören also nicht irgendwohin, sondern in sozusagen hautnahen geistigen und räumlichen Kontakt zu einem wissenschaftlich arbeitenden Klinikum und zu Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Forschungsstätten. Ich würde sagen: zwischen eine Mathematisch-Naturwissenschaftliche und Medizinische Fakultät mit allen nur möglichen personellen und organisatorischen Überschneidun-

gen. Mit anderen Worten: Ich plädiere für den immer noch möglichen und sehr lohnenden Versuch, die Vorzüge der Spezialisierung, die allerdings noch erheblich voranzutreiben wäre, und der Synopsis, die am besten aus der Intaktheit organisch gewachsener Fachrichtungen kommt, zu vereinen.

Ich sage das ganz besonders auch mit dem Blick auf die Unterrichtung und Erziehung unserer Studenten und jungen Assistenten.

Heute würde — um ein oft bemühtes Zitat nochmals zu gebrauchen — selbst Mephisto, bewußt den Teufel spielend, nicht mehr zum Famulus sagen können:

„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen;
Ihr studiert die groß' und kleine Welt,
Um es am Ende gehen zu lassen,
Wie's Gott gefällt“,

um ihm dann am Schluß dieses Zwiegespräches scheinheilig ins Stammbuch zu schreiben:

„Eritis sicut Deus, scientes bonum et malum“.

Wenn irgendwann, dann müßte es heute geboten erscheinen, den Famulus unserer Zeit nicht nur in dem Erwerb von Fachwissen zu unterweisen, sondern ihn auch zu leiten, das handwerklich und intellektuell Fachliche seines Ausbildungsgutes geistig und emotionell zu durchdringen.

Leiten heißt auch hier *Leitbilder* geben, welche dazu erziehen, die überstürzte Fortentwicklung der ganz überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten somatischen Medizin als Aufgabe zu betrachten und zugleich gegen den Irrglauben zu feien, wir seien durch die Erfolge auf dem somatischen Gebiete dem „Eritis sicut Deus“ auch nur einen Schritt näher gekommen.

Hier wäre noch eines Vorganges zu gedenken, den ich ganz bewußt an den Schluß meiner Ausführungen stelle, weil ich

ihn zu den ganz wesentlichen Kennzeichen und gestaltenden Faktoren der klinischen Medizin — und wohl nicht nur der Medizin — seit der Jahrhundertwende zähle: der Psychologisierung unseres Lebens allgemein und im besonderen der somatischen Medizin. War hierfür die unmittelbare und durch den Ausbau der Psychoanalyse durch Sigmund FREUD wohl entscheidend stimulierte Hinwendung zur Psychologie des gesunden und kranken Menschen verantwortlich oder hatte man früher angesichts dringenderer, vitalerer Sorgen — ich erinnere nur an das Säuglingssterben um die Jahrhundertwende — hierfür nur noch kein Interesse frei oder hat unsere Zeit neue Probleme grundsätzlicher und quantitativer Art gebracht? Oder haben schließlich neue Erkenntnisse neue Ausgangsbasen geschaffen und dadurch verstärkte Arbeit ermöglicht und angeregt? Zumindest für die Medizin gelten alle vier Momente. Es würde die Grenzen dieses Vortrages sprengen, wollte man diese Probleme auch nur einigermaßen erschöpfend behandeln.

Nur als Stichworte seien erwähnt: Fragen der Psychologie selbst, insbesondere der Phänomenologie und des methodischen Vorgehens; Fragen der Psychosomatik unter dem Aspekt der Neurosenlehre; der Verhaltensstörungen in ihrer engeren Verquickung mit somatisch-vegetativen Störungen und mit soziologischen und — wenigstens beim Kinde — mit pädagogischen Problemen usf.

Nur soviel sei hierzu noch bemerkt: die somatische Medizin bleibt nach heutiger Erkenntnis in weiten Gebieten ein Torso, wenn sie die inzwischen auch vom „Methodischen“ her exakte psychosomatische Betrachtungsweise unberücksichtigt läßt. Hieran ändert nichts, daß die Psychosomatik zeitweise in Mißkredit kam, weil mancherorts Dilettanten sie betrieben und weil sie bisweilen zum Tummelplatz von Phantasten wurde. Phantasten gibt es auch in der somati-

schen Medizin in Hülle und Fülle, nur gebärden sie sich dort nicht so exzentrisch und fallen darum nicht so auf. In dieser Hinsicht ist auch in unserer Zeit die klinische Medizin noch ein weites Entwicklungsfeld.

Aber auch diesen Appell haben die Griechen bereits vorweggenommen; SOKRATES beklagte sich nämlich im Gespräch mit CHARMIDES, der unter Kopfweh litt:

„Dieses . . . wäre . . . die Ursache, weshalb bei den Hellenen die Ärzte den meisten Krankheiten noch nicht gewachsen wären, weil sie nämlich das Ganze verkannten, bei dessen Übelbefinden sich unmöglich irgendein Teil wohlbefinden könnte. Denn alles entspränge aus der Seele: Die Seele aber . . . werde behandelt durch gewisse Besprechungen, und diese Besprechungen wären die schönen Reden. Denn durch solche Rede entstehe in der Seele Besonnenheit, und wenn diese . . . da wäre, würde es leicht, Gesundheit auch dem Kopf und dem übrigen Körper zu verschaffen.“¹¹⁾

Zum Schluß noch ein kurzes Wort an unsere Studenten, die sich diesem Riesenkomplex der Medizin unserer Zeit als Lernende gegenübersehen.

So klar im grundsätzlichen die Forderungen für die Forschung zu stellen sind, so schwer zu fassen ist das gleiche für die Lehre, die außer der Assimilierung eines außerordentlich umfangreichen und heterogenen Wissensstoffes die in der Schule begonnene Förderung der Persönlichkeit durch Bildung fortsetzen sollte. Und das in einer Welt und in einer Zeit der die Persönlichkeit in Frage stellenden Spannung zwischen dem humanistischen Ideal des Menschseins und den Forderungen der übermächtigen Technik und der

¹¹⁾ *Platon: Charmides*, S. 156 e bis 157 a.

Massengesellschaft¹²⁾). Es wäre wohl eine Illusion und vielleicht auch gar nicht sinnvoll, wollte man diesen Kampf *auf breiter Front* zugunsten der Persönlichkeit entscheiden. Teilerfolge sind schon *sehr* viel!

Ich verschließe meine Augen natürlich nicht vor den aktuellen Gefahren, aber ich sehe dennoch nicht den geringsten Anlaß zum Defaitismus oder gar zur Resignation.

Wir dürfen nicht nur darangehen, alles das, was bei uns in Europa in Jahrhunderten organisch gewachsen ist, ohne Wahl zu zertrümmern und andere Systeme kritiklos zu kopieren.

Meine Zuversicht in diesem Erneuerungsprozeß schöpfe ich: aus dem unbeirrbareren Glauben an eine im antiken Erbe wurzelnde, immer noch lebendige und festgefügte Tradition, aus dem Gefühl der Geborgenheit unserer Forschung und Lehre im Schoße der Universitas litterarum, die uns davor schützen möge, zu einer rein auf die Vermittlung von Fachwissen ausgerichteten Medizinschule zu denaturieren, und, nicht zuletzt, aus den 2^{1/2} Jahrzehnte währenden Begegnungen als Hochschullehrer mit unseren Studenten.

¹²⁾ vgl. hierzu: H. Oppermann: Humanismus in Klassik und Moderne aus „Humanismus und Christentum heute“, Vorträge, gehalten auf der Tagung evangelischer Philologen 1964. Claudius-Verlag, Münster.