DAS ÖFFENTLICHE KRANKENHAUS ALS WISSENSCHAFTLICHE BILDUNGS-ANSTALT

Karl Wilhelm Stark (1787–1845) und sein Konzept eines Akademischen Lehrkrankenhauses aus dem Jahre 1839 – Anspruch und Wirklichkeit.

Von Axel Bauer

1. Einführung

Die Medizin des ausgehenden 20. Jahrhunderts hat ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert, jener Epoche, die ein naturwissenschaftlich-positivistisches Weltbild zementierte und zum Dogma erhob, einer Periode ungeheuren wissenschaftlichen und technischen Fortschritts, dessen positive wie negative Aspekte gerade auch in der Medizin voll zur Wirkung gelangten. Verbunden mit dem Wandel im Denken – von einer spekulativ oder empirisch orientierten Heilkunde zur Heiltechnik einer sich als angewandte Naturwissenschaft verstehenden Medizin – waren auch Veränderungen in der Praxis des ärztlichen Handelns. In den Jahrzehnten um 1800 schlug die Stunde der *Geburt der Klinik*, wie *Foucault* es formuliert hat.[1] Seit annähernd 200 Jahren ist die Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin mit der Institution Klinik verbunden; hierin liegt die theoretische wie die praktische Begründung für die Tatsache, daß der angehende Arzt seine Ausbildung seither nicht mehr ausschließlich an einer Hochschule – der „universitas magistrorum et discipulorum" – sondern auch und vor allem in der Klinik erhält, wo er durch die unmittelbare Konfrontation mit dem Patienten, gleichsam dem „dritten Ausbildungspartner", praktische Erfahrung sammeln soll.

Diese Praxisphase in der Ausbildung zum Arzt ist von gar nicht zu überschätzender Bedeutung für das Wissen, das Handeln, aber auch für die Einstellungen und Haltungen des jungen Mediziners, was medizinsoziologische Studien belegen.[2] Auch aus diesem Grund dürfte es von Interesse sein, einmal die historische Dimension der *praktischen Ausbildung im Krankenhaus* nachzuzeichnen. Der folgende Beitrag möchte dies exemplarisch versuchen, wobei wir einen Sprung in jene Tage machen, in denen sich der oben skizzierte Paradigmawechsel in der Medizin vollzogen hat, um 1840 nämlich, also in die Frühzeit der Klinik.

2. Biographische Notizen: Karl Wilhelm Stark (1787–1845)

Vor uns liegt der *Plan zur innern Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt, vom ärztlichen Standpuncte aus entworfen,* verfaßt von dem Jenaer Professor der Medizin *Karl Wilhelm Stark* im Jahre 1839. Stark wurde oft als der Hauptvertreter der *Naturhistorischen Schule* bezeichnet, einer Richtung, die in der deutschen Medizin des dritten und vierten Jahrzehnts des 19. Jahrhunderts einige Beachtung genoß und die das Bindeglied zwischen Romantik und Naturphilosophie einerseits und naturwissenschaftlichem Positivismus nach 1850 andererseits darstellt. Die

2 z.B. *Mumford*, S. 3: „Es spricht vieles dafür, daß Internatsjahr und erste Zeit der Niederlassung mehr zur Sozialisation des ‚Professionellen' beitragen als jede andere Erfahrung. Dies ist die wichtige Epoche, in welcher alle die früher bloß geäußerten Wertvorstellungen auch wirklich verinnerlicht und zur Basis von Handlungen und Entscheidungen des neuen Arztes werden."

1 so der Titel des Buches von *Foucault*

Eigenständigkeit der Naturhistorischen Schule wurde kürzlich besonders von *Bleker* herausgestellt, wobei aber gerade diese Autorin die Zugehörigkeit Starks zu der Schule weitgehend ablehnt. Es kann hier nicht das Für und Wider dieser Zuordnung erörtert werden, ebensowenig soll im folgenden Starks Krankheitstheorie zur Debatte stehen; es ist bekannt, daß er eine ontologisch-parasitäre Nosologie vertrat, die er in seinen beiden Hauptwerken, den „Pathologischen Fragmenten" (1824/25) und „Allgemeine Pathologie oder Allgemeine Naturlehre der Krankheit" (1838) auf das Detaillierteste beschrieben und begründet hat.

Von diesen theoretischen Schriften soll hier nicht die Rede sein, stattdessen werfen wir einen Blick auf den praktisch tätigen Kliniker. Seit 1826 war der 1787 in Jena geborene Stark ordentlicher Professor der Medizinischen Fakultät der Universität Jena, an der er schon ab 1815 Vorlesungen über Enzyklopädie der Medizin, Allgemeine Pathologie und Therapie, Ophthalmologie, Allgemeine Chirurgie und Gerichtsmedizin gehalten hatte. 1836 folgte seine Ernennung zum Geheimen Hofrat, und 1838 wurde er nach dem Tod seines Vetters *Johann Christian Stark* (1769–1837) dessen Nachfolger als Mitdirektor der medizinisch-chirurgischen Landesheilanstalten zu Jena, neben *Wilhelm Karl Friedrich Suckow* (1770–1848). Dieses Amt hatte Stark bis zu seinem Tod im Jahre 1845 inne.

3. Das Konzept: Starks „Plan. . ." aus dem Jahre 1839

In der Vorbemerkung zu dem 66 Seiten umfassenden Plan erklärt der Autor, daß er die Grundzüge desselben bereits vor mehr als 15 Jahren entworfen habe; zu „seiner jetzigen Bekanntmachung durch den Druck. . . bewog mich zunächst meine ohnlängst erfolgte Bestallung als Mitdirector der . . . Landesheilanstalten und der damit verbundenen. . . Klinik. Als solcher glaubte ich bei dem Antritt meines Amtes sowohl den obern Behörden. . . wie dem Publicum Beweise meiner Befähigung zu demselben und Andeutungen der Idee, welche mich bei seiner Verwaltung leiten wird, schuldig zu seyn."[3] Der Entwurf sei das Resultat seiner Erfahrungen, die er in „den vorzüglichen Spitälern Deutschlands, Frankreichs, Italiens, Hollands und Englands"[4] gesammelt habe. Damit sind Starks Studienreisen durch Europa angesprochen, die er zwischen 1811 und 1815 unternommen hatte. Er betont, daß sein Plan „vom hohen Standpunct der Wissenschaft aus"[5] erstellt sei und sich daher nicht mit dem architektonischen Grundriß des Krankenhausgebäudes befasse; Thema seien vielmehr die inneren Strukturen, „der eigentliche Leib, nach dessen Bedürfnissen das Kleid, das Haus nebst seinen Baulichkeiten, zugeschnitten werden muß."[6] Doch auch bei der Beschreibung der inneren Strukturen will sich Stark auf den ärztlichen Standpunkt beschränken, so daß administrative oder ökonomische Aspekte höchstens am Rande gestreift werden sollen.

Soweit Programm und Zielsetzung des kleinen Werkes. Gerade weil Stark den Anspruch erhebt, mit der Autorität des Wissenschaftlers zu sprechen, und dies in einer durchaus praxisbezogenen Angelegenheit wie der Organisation eines Krankenhauses, erscheint die Schrift bemerkenswert, führt sie doch an eine Nahtstelle zwischen Theorie und Praxis. Man sollte sich bei einer kritischen Würdigung deshalb auch die Frage stellen, ob Stark hier tatsächlich streng wissenschaftlich Bezüge zwischen seiner Krankheitstheorie und der Krankenhausorganisation herstellt, diese also konsequent aus jener

3 *Stark* 1839, S. 1
4 loc. cit.
5 ibid. S. 2
6 loc. cit.

ableitet, oder ob die Struktur der Klinik eigenen, spezifischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt, die sich wissenschaftlich allein nicht erklären lassen.

Formal gliedert sich die Arbeit in zwei Abschnitte, nämlich „I. Von der innern Einrichtung und Verwaltung eines Krankenhauses als Heilanstalt" und „II. Von der innern Einrichtung und Verwaltung eines öffentlichen Krankenhauses als wissenschaftliche Bildungs-Anstalt." Auf über 50 Seiten schildert der Autor zunächst seine Vorstellungen über die *Aufgaben des Krankenhauses als therapeutischer Institution.* Die Akribie und Detailfreude in der Darstellung aller darin abgehandelten Punkte (von der Konstruktion der Öfen bis zur ärztlichen Behandlung) ist beeindruckend, doch interessiert uns hier mehr der zweite Abschnitt, der die letzten 14 Seiten umfaßt; die Zweiteilung der Schrift entspricht dabei der Doppelfunktion, die Stark dem Krankenhaus zuweist:

Ein öffentliches Krankenhaus ist eine Staatsanstalt. Als solche muß es den Zwecken des Staats dienen. Förderung des geistigen und körperlichen Wohls seiner Bürger ist aber Endzweck des Staates. Ein öffentliches Krankenhaus muß daher gleichfalls diese doppelte Aufgabe des Staates zu realisiren suchen. Ist es eine Anstalt, in welcher die Glieder des Staates, denen es an allen Mitteln fehlt, ihre verlorne Gesundheit wieder herzustellen, diese auf die kürzeste und sicherste Weise wieder erhalten können, so erfüllt es dadurch die eine Seite jener Aufgabe: Fürsorge für das physische Wohl der Bürger. Der andern Seite derselben: Förderung der geistigen Veredlung derselben kann es unstreitig auf eine seines Hauptzwecks angemessene Weise nur dadurch genügen, daß es zur geistigen Entwickelung und Ausbildung der jungen Aerzte und der Medicin als Wissenschaft selbst das Mittel abgiebt. Also Heil- und wissenschaftliche Bildungsanstalt zugleich muß ein öffentliches Krankenhaus seyn, wenn es dem Staatszweck vollkommen entsprechen soll.[7]

Dem heutigen Leser fällt die *Orientierung am Staatszweck* auf, der „ratio status" als Leitlinie für eine Institution, die man doch gern als einen Ort der auf das Individuum ausgerichteten Humanität betrachten möchte. Denn auch wenn Stark das Wohl der Staatsbürger als den eigentlichen Staatszweck bezeichnet, so ist dies keineswegs mit „salus privata" zu identifizieren; die „salus publica" bleibt erkennbar und weist damit auf die Wurzeln der Stark'schen Auffassung im aufgeklärten Absolutismus des 18. Jahrhunderts hin. Das Krankenhaus bleibt in diesem Modell als Mikrokosmos eingebunden in den staatlichen Gesamtorganismus, und zwar als Therapie-*und* Ausbildungsstätte. Weder ein lediglich an kurativen Zielen orientiertes Krankenhaus noch eine primär auf experimentelle Forschung ausgerichtete Universitätsklinik der Gegenwart könnte beide Forderungen zugleich erfüllen; im Sinne der Postulate von Stark blieben solche Einrichtungen vielmehr unausgewogene Torsos.

Stark entwickelt nun seine Vorstellungen über das *Krankenhaus als Ausbildungsstätte*; nur in diesem Zusammenhang verwendet er, dem Sprachgebrauch seiner Zeit folgend, den Ausdruck „Klinik". Er definiert: „Die in einem Krankenhaus zur praktischen Ausbildung junger Aerzte getroffene Anstalt nennt man Klinik, stehende Klinik."[8] Im Gegensatz zur heutigen Bezeichnung ist mit *Klinik* also nicht das ganze Krankenhaus gemeint, sondern nur der für die ärztliche Ausbildung bestimmte Teil, eben das „Akademische Lehrkrankenhaus".

Die Klinik hat die praktische Ausbildung junger Aerzte zum Zweck. Sie soll sie zum ärztlichen Handeln anführen, ihnen die eigentliche Anwendung der früher erworbenen abstrakt theoretisch-praktischen Kenntnisse in concreto am Krankenbette, auf den einzelnen Kranken lehren.[9]

Man halte dagegen den entsprechenden Passus der *Approbationsordnung für Ärzte* aus dem Jahre 1970. §3 Absatz 4 lautet:

7 ibid. S. 3
8 ibid. S. 52
9 ibid. S. 53

Während der Ausbildung . . ., in deren Mittelpunkt die Ausbildung am Krankenbett steht, soll der Studierende die während des vorhergehenden Studiums erworbenen ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten vertiefen und erweitern. Er soll lernen, sie auf den einzelnen Krankheitsfall anzuwenden.[10]

Wüßte man nicht, daß zwischen beiden Texten rund 130 Jahre liegen, wäre man geneigt anzunehmen, es handele sich um zwei Formulierungen desselben Referentenentwurfs. Schätzt man andererseits die historischen Kenntnisse der Gesundheitspolitiker richtig ein, so folgt daraus, daß diese im Jahre 1970 sicher nicht bei Stark abgeschrieben haben. Umso bemerkenswerter bleiben die Gemeinsamkeiten, aber ebenso die Unterschiede. Geblieben sind die Schlüsselwörter „Krankenbett", „Ausbildung", „erworbene Kenntnisse", geblieben ist das Zauberwort „Anwendung". Doch da beginnen bereits die Nuancen. Bei Stark erfolgt die Anwendung noch auf den *Kranken,* in der Approbationsordnung jedoch auf den *Krankheitsfall.* Zwischen diesen beiden Varianten liegt sicher mehr als philologische Wortklauberei; wir haben hier ein Mosaiksteinchen des Prozesses vor Augen, der sich unterdessen abgespielt hat: die systematische Elimination des Subjekts aus der Medizin. Und noch eine Veränderung fällt auf: Bei Stark heißt es „zum ärztlichen Handeln anführen" und „lehren", wohingegen die Approbationsordnung von „Kenntnisse . . . vertiefen und erweitern" bzw. von „lernen" spricht. Die Gewichte haben sich also vom Lehrenden zum Lernenden verschoben; der heutige Student hat kein Vor-Bild mehr, allenfalls noch Aus-Bilder, das traditionelle Verhältnis von „magister et discipulus" wurde zugunsten eines lernzielorientierten operationalisierten Curriculums aufgegeben.

Bevor aber nun die Gefahr der Idealisierung einer vermeintlich heilen Welt des Biedermeier aufkommt, sollte man kritisch Starks weiteren Ausführungen folgen. Worin liegt für ihn die Besonderheit der „stehenden Klinik", des Akademischen Lehrkrankenhauses? Um die Antwort vorwegzunehmen: in der Auswahl, der Selektion, der didaktischen Aufbereitung des Lehrstoffes. Denn gerade für den Anfänger in der Medizin

. . . ist es nun nicht gleichgültig, wieviel und was für Kranke (er) zu sehen und zu behandeln bekommt. Der ungeübte Blick ist nur im Stande, wenig Erscheinungen . . . auf einmal aufzufassen, der noch nicht geschärfte Geist vermag nicht seine Aufmerksamkeit auf viele Kranke auf einmal zu richten und sie allseitig zu beobachten. Es muß sich daher der klinische Unterricht auf eine bestimmte Anzahl Kranker beschränken. Zwölf bis zwanzig sind . . . als die zweckmäßigste Mittelzahl angenommen worden. Um nun aber die Aufmerksamkeit des Schülers blos auf sie zu concentrieren, dürfen sie nicht unter einer größern Menge anderer Kranker liegen bleiben, sondern müssen . . . in ein eigenes Local vereiniget werden. Dieses soll aber verhältnismäßig geräumiger, heller und luftiger seyn, als die übrigen Krankenzimmer, indem die Luft wegen der Stunden langen Anwesenheit einer größern Anzahl zumal jugendlicher Individuen eher verunreinigt, der Raum mehr beengt wird. Auch die Betten müssen verhältnismäßig weiter, als in den übrigen Krankensälen von einander stehen, damit die Zuhörer sich demselben gehörig nähern und alles genau beobachten können . . . Es sollen . . . nur für den Unterricht geeignete, instructive, den Fortschritten der Schüler angemessene Krankheitsfälle aufgenommen werden. Da nun nicht jeder Kranke diese Eigenschaften besitzt, so ist es gut, wenn der klinische Lehrer ein größeres Krankenhaus als Magazin (sic!) zur Hand hat, aus welchem ihm die Wahl zum Unterricht tauglicher Subjecte freisteht.[11]

Damit ist der innere Zusammenhang zwischen *Krankenhaus* und *Klinik* hergestellt und freigelegt: Das Krankenhaus fungiert als „Magazin", als Speicher für Krankheitsfälle, aus denen der Kliniker die didaktisch geeigneten Kasus auswählt. Fassen wir zusammen:

1. Das Krankenhaus stellt ein Reservoir dar, in dem eine ausreichend große Zahl von Demonstrationsobjekten ständig verfügbar ist.
2. Die Präsentation der Fälle kann selektiv erfolgen; der Kliniker trifft aus der Vielzahl der Krankheitsträger eine Auswahl. Die Klinik erhält so die Funktion des Filters,

10 *Approbationsordnung*, S. 29
11 *Stark* 1839, S. 54f.

wobei Stark eine optimale Relation von 1:10 angibt, d.h. für eine Klinik mit 20 Betten sollten ungefähr 200 Krankheitsfälle im Krankenhaus gespeichert sein.

Der tägliche *Unterricht* gliedert sich in *Krankenuntersuchung* und *Behandlung*. Nach dem theoretischen Unterricht in der Untersuchungstechnik hat nun der klinische Lehrer die Aufgabe, „dem Schüler . . . in Praxi die oft viel schwerere Kunst des Fragens als Antwortens am Krankenbette“[12] beizubringen, wobei das Frage- und Antwortspiel sich auf ein Minimum zu beschränken habe, um den Kranken nicht unnötig zu schwächen oder mißtrauisch zu machen. Große Bedeutung räumt Stark hingegen der nonverbalen Kommunikation ein, „denn der Arzt hat sich mehr aller übrigen Sinne als der Sprachorgane zu Erforschungsmitteln zu bedienen.“[13] Wichtigstes Sinnesorgan ist dabei zweifellos das Auge (Zitat[11] belegt dies anschaulich) und damit der ärztliche Blick, der sich in und mit der Klinik zu emanzipieren beginnt, um schließlich zum dominierenden Instrument medizinischer Primärdiagnostik zu werden. Die Gefahr, daß die nonverbale Kommunikation in Wahrheit zur Einbahnstraße wird, auf welcher der Arzt, gedrillt in der Dechiffrierung von am Patienten sichtbaren Zeichen, gleichsam ohne Gegenverkehr fortschreitet, deutet sich bereits an, wenn Stark notiert: „Um den Blick des Anfängers . . . zu üben, . . . ist es nöthig, daß in der Klinik blos der Diagnose wegen (sic!), selbst unheilbare Kranke aufgenommen werden.“[14] Hier wird der Patient de facto zum Demonstrationsobjekt, zum puren Lehrmittel; anzumerken bleibt immerhin, daß Stark im Jahre 1839 diese Tatsache unverhüllt programmatisch darstellen kann, was einem Kliniker des Jahres 1983 schon deshalb verwehrt wäre, weil es für ihn – nach dem Dogma moderner Iatrotechnik – keine unbehandelbaren Patienten mehr gibt.

Betrachten wir nun den Ablauf des Unterrichts:

> Jeder der Praktikanten erhält . . . einen Kranken zu prüfen, wobei der Lehrer den Fragenden hinsichtlich der Ordnung, der Zweckmäßigkeit der Fragen mit möglichster Bescheidenheit und Urbanität (sic!) in lateinischer Sprache leitet, wie alles, was am Krankenbett geschieht, in der Sprache der Gelehrten aus menschlicher Schonung (sic!) zu verhandeln ist.[15]

Nach der Krankenuntersuchung begibt man sich in den Hörsaal, wo anhand der Krankenblätter die einzelnen Fälle im Unterrichtsgespräch zwischen Lehrer und Schülern diskutiert werden. Die Resultate des im Unterricht Erarbeiteten sollen abschließend in das Besuchsprotokoll und den Krankenzettel eingetragen werden; zu Hause müssen die Praktikanten dann den ganzen Fall schriftlich in lateinischer Sprache ausarbeiten. Zu ihren weiteren Aufgaben gehört auch eine abendliche Visite bei „ihrem“ Patienten. Am nächsten Morgen wird der seitherige Krankheitsverlauf vom Praktikanten vorgetragen, immer mit der Möglichkeit der Korrektur durch den Lehrer. In dieser Weise soll bis zur Entlassung des Patienten oder bis zu seinem Tod verfahren werden. Bei all diesen Schritten fällt immer wieder die entscheidende Rolle der Persönlichkeit des *Lehrers* zu:

> Der Lehrer steht dem Lernenden bei diesem ganzen Verfahren als aufmerksamer, jeden Fehltritt sorgsam beachtender und ihn sogleich wieder auf den rechten Pfad einleitender, sanftmüthiger und geduldiger (sic!) Lehrer zur Seite. Wo immer es nur angeht, muß er den Zögling frühzeitig gewöhnen, die Gründe seines Meinens und Handelns sich bewußt zu werden, daher auch nicht durch bindende, vorschnelle, alles Selbsturtheil geradezu abschneidende Machtsprüche entscheiden (sic!) und durch sofortiges Verordnen das Selbsthandeln ihm unmöglich machen. Noch weniger darf er den furchtsam

12 ibid. S. 56
13 loc. cit.
14 loc. cit.
15 ibid. S. 57

Vorschreitenden, vielleicht schon Strauchelnden durch barsche Härte oder schnöden Spott vollends zu Fall bringen. Er soll im Gegentheil durch hingeworfene Bemerkungen, durch geschickt gestellte Fragen den Schüler auf den rechten Weg leiten und zum Selbstauffinden des Wahren Gelegenheit geben.[16]

4. Zur Bewertung: Anspruch und Wirklichkeit

Soweit die Beschreibung des klinischen Unterrichts. Es will uns scheinen, daß hier zumindest in der Theorie dem akademischen Lehrer, also dem Leiter der Klinik, eine Fülle pädagogischer Aufgaben gestellt wird, die er kaum allein bewältigt haben kann. Deshalb deutet sich ein gewisser Konflikt zwischen Theorie und Praxis an, wenn Stark abschließend auf die Rolle des *Assistenten* oder „Hülfsarztes" zu sprechen kommt. Zu dessen Pflichten gehört es nämlich, dem Lehrer

... in diesem ungleich mühsamern Geschäft des praktischen Unterrichts beizustehn, indem er durch Haltung einer Tabelle über die Praktikanten für eine richtige Vertheilung der Kranken unter sie sorgt, bei dem Abendbesuch sie leitet, auf die richtige Abfassung und Ablieferung der Krankengeschichten, Verfertigung der Krankenzettel mit achtet etc. bei Leichensectionen hülfreiche Hand leistet und überhaupt dem Lehrer sein schweres Amt soviel wie möglich zu erleichtern sucht.[17]

Die Realität erfordert also bereits 1839 die Delegation eines so „mühsamen" und „schweren" Geschäftes, wie es die Lehre darzustellen scheint. Der Medizinstudent im Jahre 1983 ist es als eine Selbstverständlichkeit gewohnt, daß seine Unterweisung fast ausschließlich durch überlastete, pädagogisch völlig unausgebildete Assistenzärzte geleistet wird und er den Chefarzt selten zu sehen, fast nie zu sprechen bekommt. Beim Vergleich dieser Misere mit dem – jedenfalls im Konzept – recht vielversprechenden Entwurf Starks drängt sich die Frage auf, was sich da in 140 Jahren substantiell geändert hat. Neben der durch die Technisierung der Medizin bedingten immensen Steigerung der rein therapeutischen Aufgaben des ärztlichen Personals seien zwei mögliche Ursachen in die Debatte geworfen, die – zumal in ihrer Kombination – eine Veränderung der Lehr- und Lernsituation bewirkt haben könnten:

Zum einen scheint eine Mentalitätsänderung eingetreten zu sein, die wir als den *Verlust der pädagogischen Dimension* kennzeichnen wollen. Die Entwicklung weg vom Lehren hin zum Lernen, von der persönlichen Unterweisung zum anonymen Curriculum eines Lernzielkataloges, von der problemorientierten Auseinandersetzung mit einem Gegenstand zur Speicherung von Basiswissen, all dies sind Symptome eines solchen Vorgangs.

Zum anderen müssen aber auch politische, ökonomische, strukturelle und soziologische Wandlungen bedacht werden, neben der qualitativen also die *quantitative* Seite des Phänomens. Ein solcher Parameter ist sicher die Zahl der Studenten. Ist man die nach Hundertschaften zu zählende Flut der Studienanfänger gewohnt, die heute jedes Semester an eine einzige Universität drängen, so erscheinen die Zahlen des Jahres 1840 unglaublich niedrig und biedermeierlich-idyllisch. Eine Statistik von *Conrad*[18] bezeugt, daß es damals z.B. in Berlin 390, in Halle 120, in Bonn 136, in Göttingen 201, in Kiel 51, in Heidelberg 149, in Leipzig 145, in München 196 Medizinstudenten insgesamt gab. Dabei ist eine je nach Land unterschiedliche Studiendauer anzusetzen, so in Preußen seit 1825 acht

16 ibid. S. 58f.
17 ibid. S. 61
18 *Conrad*, S. 124f.

Semester, in Sachsen zehn.[19] Daraus kann man berechnen, daß z.B. in Leipzig nicht mehr als ungefähr 15 Studenten je Semester oder 30 pro Jahr zu betreuen waren.

Diesen Zahlen muß man natürlich den Lehrkörper gegenüberstellen, der in Jena erst ab 1846 aus fünf ordentlichen Professoren bestand.[20] Bis zum Tode von Karl Wilhelm Stark waren es nur vier gewesen, da er noch die Fächer Innere Medizin und Chirurgie zugleich vertreten hatte. Die Trennung beider Disziplinen erwies sich aber schließlich als unumgänglich, und so wurde *August Friedrich Siebert* (1805–1855), ein Schüler von *Schönlein*, Starks internistischer Nachfolger; das Ordinariat für Chirurgie erhielt *Franz Jordan von Ried* (1810–1895) aus Erlangen, ein Mann, der die Medizin als rein empirische Wissenschaft betrachtete.

Beide Namen müssen hier erwähnt werden, da von *Siebert* und *Ried* ein Manuskript erhalten ist, das sie 1847 – wenige Monate nach ihrer Amtsübernahme – gemeinsam verfaßt haben. Es handelt sich um den *Bericht der Direktorien beider Abteilungen des Grossherzoglichen Landeskrankenhauses zu Jena an die Grossherzogliche Landesdirektion zu Weimar über den äussern Zustand der Landesheilanstalten.*[21] In dieser Eingabe an die vorgesetzte Behörde beklagen beide Autoren die sowohl für die Krankenbehandlung als auch für den akademischen Unterricht völlig ungenügenden Verhältnisse in dem ihnen von Stark hinterlassenen Krankenhaus. Es müssen in der Realität kaum glaubliche, ja geradezu abenteuerliche Verhältnisse in der auf dem Papier so vorbildlich anmutenden Anstalt geherrscht haben. Offensichtlich ist Stark die Umsetzung seines ehrgeizigen Programms von 1839 in den Klinikalltag nicht gelungen.[22]

Dieser Befund stimmt bedenklich, macht er doch eine monumentalische Geschichtsbetrachtung im Sinne *Nietzsches* unmöglich, der 1873 in dem Traktat „Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben" bemerkt hat:

> Wodurch also nützt dem Gegenwärtigen die monumentalische Betrachtung der Vergangenheit, die Beschäftigung mit dem Classischen und Seltenen früherer Zeiten? Er entnimmt daraus, daß das Große... jedenfalls einmal *möglich* war und deshalb auch wohl wieder einmal möglich sein wird; er geht muthiger seinen Gang, denn jetzt ist der Zweifel, der ihn in schwächeren Stunden anfällt, ob er nicht vielleicht das Unmögliche wolle, aus dem Felde geschlagen.[23]

Dieser Zweifel kann im Fall des Akademischen Lehrkrankenhauses nicht beseitigt werden, vielmehr stellt sich eine gewisse Aporie ein. Das Modell des klinischen Unterrichts hat sich in der Theorie seit Starks Zeit wenig verändert, es sind sogar manche seiner Formulierungen fast wortgetreu in der geltenden Approbationsordnung wiederzufinden, als sei das klinische Zeitalter spurlos an der Ausbildungstheorie vorübergegangen. Bei der Analyse dieses Tatbestandes bieten sich zwei Alternativen an: Entweder ist seit 1840 die optimale Form der Ausbildung gefunden, oder man hat die Problematik des Unterrichts am Kranken(-bett) nie wirklich systematisch durchdacht, nie ernsthaft bearbeitet. Die Stereotypie programmatischer Topoi in Verbindung mit einer über hundertjährigen „Tradition" in der Änderung von Ausbildungsordnungen spricht eher für letzteres. So findet sich z.B. in der Bestallungsordnung aus dem Jahre 1936 folgende Zielbestimmung für das Praktische Jahr:

> (Der junge Mediziner) soll... nicht nur seine praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten vertiefen

19 *Weber*, S. 7ff.
20 vgl. *Giese* u. *von Hagen*, S. 543
21 Das in der Jenaer Universitätsbibliothek vorhandene Exemplar des Berichts wird seit 1975 vermißt, jenes der British Library London wurde durch Bombenangriff vernichtet. Vgl. daher *Giese* u. *von Hagen*, S. 544.
22 vgl. dazu die Schilderung ähnlicher Probleme bei *Virchow*, S. 78
23 *Nietzsche*, S. 260

und fortbilden, sondern auch ausreichendes Verständnis für die Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufes erwerben.[24]

Solche Sätze sind uns nunmehr geläufig und erzeugen eher Skepsis denn Beruhigung. Von höflicher Skepsis scheinen auch die abschließenden Worte getragen, die *Christian Friedrich Wildberg* in einer 1840 erschienenen, im Tenor recht freundlichen Rezension von Starks „Plan. . ." so formuliert:

Verwaltet der Vf. die ihm anvertraute Anstalt ganz nach diesem Plane, . . . so ist mit Zuversicht zu erwarten, dass sie auf dieser Academie als Heil- und Bildungsanstalt viel Segen verbreiten werde, wozu Ref. seinem lieben Jena von Herzen Glück wünscht. . .[25]

5. Abschluß und Ausblick: Folgerungen

Die Geschichte der Medizin, die in den vergangenen 140 Jahren vornehmlich eine Kette von Erfolgen der naturwissenschaftlichen Iatrotechnik gewesen ist – vor allem auch im historischen Selbstverständnis der Ärzte und der Patienten (und damit der Gesellschaft) –, hat keine diesen Errungenschaften adäquate Kontinuität in der Entwicklung tragfähiger Ausbildungskonzepte vorzuweisen. Die stets aufs neue nach Art einer Springprozession kurzatmig vollzogenen Änderungen von Verordnungen durch den jeweiligen Gesetzgeber lassen vielmehr eine durch vordergründigen Aktivismus nur unzureichend kaschierte Plan- und Ratlosigkeit der Beteiligten erkennen.

Gerade in der zeitlichen Distanz zur biedermeierlichen Klinik um 1840 werden dabei Kardinalprobleme überraschend transparent. Ein solches Problem liegt in der äußerst diffizilen Aufgabe, Krankenbehandlung und ärztliche Ausbildung so miteinander zu verbinden, daß der Patient nicht zum Demonstrations- und Ausbildungsobjekt degradiert wird. Ist man in der Regel geneigt, diese Fehlentwicklung der hochtechnisierten Medizin der Gegenwart anzulasten, so zeigt der Blick in das Jahr 1839, daß ein solcher Schluß zu oberflächlich wäre. Vielmehr tritt hier ein prinzipielles Dilemma zutage, eine Gefahr, die durch die Technik natürlich potenziert, aber nicht eigentlich von ihr erzeugt werden konnte. Der Bericht von *Siebert* und *Ried* sollte davor warnen, die Vergangenheit zu beschönigen; die inneren Konflikte und Widersprüche der Institution Klinik sind so alt wie diese selbst und – so folgern und behaupten wir – vermutlich konstitutiv.

Eine andere Frage, die den Medizinhistoriker wie den Arzt beschäftigen sollte, ist die nach dem Zusammenhang zwischen der inneren Struktur des Krankenhauses und der jeweiligen Krankheitstheorie. Die Klärung dieses Konnexes erschiene lohnend am Beispiel der parasitär-ontologischen Pathologie eines Karl Wilhelm Stark, denn gerade eine solche Theorie könnte die Verlagerung des ärztlichen Denkens und Handelns weg vom leidenden Individuum (als Subjekt) hin zum „Krankheitsnährboden" (als Objekt) aus methodischen Gründen zur Folge gehabt haben. Merkwürdigerweise findet sich an keiner Stelle des „Planes" ein direkter Hinweis auf eine logische Verknüpfung von Krankheitsvorstellung und Krankenhausorganisation, was an sich nahegelegen hätte, wenn Stark wirklich seinem selbstgesetzten Anspruch, „vom hohen Standpunkt der Wissenschaft aus" zu sprechen, gefolgt wäre. Über die Ursachen der Unterlassung nur aufgrund dieser einen Quelle zu spekulieren, erscheint unzulässig und kann auch nicht Ziel unseres kurzen Beitrags sein. Grundsätzlich sollen aber doch zwei alternative *Hypothesen* angedeutet werden:

24 *Bestallungsordnung*, S. 75
25 *Wildberg* in: *Schmidt*, Jahrbücher . . . 25 (1840) 375

1. Die Entwicklung der Institution Klinik verlief unabhängig vom jeweils vorherrschenden Krankheitsmodell.
2. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Struktur der Klinik und der Krankheitstheorie, dieser wird aber weniger auf der kognitiven Ebene deutlich, sondern wirkt eher indirekt und mittelbar durch allmähliche Änderung affektiver Einstellungs- und Handlungsmuster.

Eine verbindliche, systematisch durch weitere Quellen belegte und damit historisch fundierte Antwort kann hier nicht gegeben werden, da diese Aufgabe unser Thema weit sprengen würde.

Es bleibt eine Fülle neuer Fragezeichen und Fragwürdigkeiten; diese Untersuchung hat kein vorbildliches Modell des Akademischen Lehrkrankenhauses um 1840 zutage gefördert, sondern ein theoretisches Konzept, das in der Realität ebensowenig bestehen konnte wie die Curricula des 20. Jahrhunderts. Wenn in Diskussionen der Gegenwart vom „kranken Krankenhaus" oder von der „Ausbildungsmisere" die Rede ist, so muß auch gefragt werden, ob es ein „gesundes Krankenhaus" und eine „optimale Ausbildung" in der Geschichte der Klinik jemals gegeben hat; es wäre denkbar, daß sich hier ein Geburtsfehler der Institution Klinik selbst manifestiert und geschichtlich dokumentiert, der – als chronisches Leiden – sich allen kosmetischen Operationen zum Trotz nie befriedigend korrigieren ließ.

Literatur

a) Schriften von Karl Wilhelm Stark

– Pathologische Fragmente. Bd. 1 Weimar 1824, Bd. 2 Weimar 1825.
– Allgemeine Pathologie oder allgemeine Naturlehre der Krankheit. 2 Bde. Leipzig 1838.
– Plan zur innern Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt, vom ärztlichen Standpuncte aus entworfen. Erlangen 1839.

b) Sonstige verwendete Literatur

Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 in der Neufassung vom 3. April 1979. Köln-Lövenich 1980[2].

Bestallungsordnung für Ärzte und Prüfungsordnung für Zahnärzte. Berlin 1936[4].

Bleker, Johanna: Die Naturhistorische Schule 1825–1845. Ein Beitrag zur Geschichte der klinischen Medizin in Deutschland. Stuttgart 1981.

Conrad, Johann: Das Universitätsstudium in Deutschland während der letzten 50 Jahre. Statistische Untersuchungen. Jena 1884.

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München 1973.

Giese, Ernst u. *Benno von Hagen*: Geschichte der medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Jena 1958.

Mumford, E.: Interns: From Students to Physicians. Cambridge (Mass.) 1970.

Nietzsche, Friedrich: Vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben. In: ders.: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bänden. Hrsg. von Giorgio Colli u. Mazzino Montinari. Band 1. München und Berlin/New York 1980. S. 248–334.

Siebert, August Friedrich u. *Franz Ried*: Bericht der Direktorien beider Abteilungen des Grossherzoglichen Landeskrankenhauses zu Jena an die Grossherzogliche Landesdirektion zu Weimar über den äussern Zustand der Landesheilanstalten. Jena 1847.

Virchow, Rudolf: Der medicinische Unterricht. In: Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift. Hrsg. von R. Virchow u. R. Leubuscher. Nr. 12, 22. 9. 1848. Nachdruck Hildesheim/New York 1975. S. 77–79.

Weber, Moritz Ignaz: Schema des medicinischen Studiums. Bonn 1833.

Wildberg, Christian Friedrich: Rezension von *Stark, K. W.*: Plan zur innern Einrichtung und Verwaltung einer öffentlichen Krankenanstalt . . . In: *Schmidt, Carl Christian* (Hrsg.): Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin 25 (1840) 375.