

*Annette M. Stroß*

## Der Arzt als „Erzieher“ . Pädagogische Metaphern und Machbarkeitsvorstellungen vom Menschen um 1900<sup>1</sup>

### *Abstract*

The following contribution analyses educational ideas and metaphors in the discourse of critical medicine during 1890 and 1918 in Germany. First, it is supposed that medical intervention is less relevant than educational intervention for human's life span and that educational ideas and metaphors are therefore used to make medicine become more important for individual's life. Secondly, it can be assumed that the usage of educational ideas and metaphors minimizes the primarily developed belief in 19<sup>th</sup> century medicine of having the power to 'make' men's health.

Pädagogisches Denken ist seit der Aufklärung im 18. Jahrhundert mit der 'Machbarkeit' von Menschen verbunden. Insofern sind auch die Versuche einer Selbstbegrenzung pädagogischer Machbarkeitsvorstellungen zunächst als Resultat einer bis in die Gegenwart immer wieder neu zu leistenden begrifflichen und theoretischen Anstrengung zu lesen. Keinesfalls jedoch sind sie Ausdruck eines anstrengungslos in der Sache der Pädagogik liegenden Interesses. Demonstrieren die unterschiedlichen, an die nachfolgende Generation adressierten Vorstellungen – selbst in ihrer Einkleidung in 'weiche' Terminologien eines 'taktvollen' Umgangs mit der nachfolgenden Generation, des 'Anregens' oder 'Anstoßens' von Lernprozessen usw. – zunächst also Machtansprüche, erfolgt deren Relativierung vor allem durch die Einbeziehung historisch variierender Entwicklungs- und Fortschrittsmetaphern vom Menschen. Dementsprechend resultiert die dialektische Figur pädagogischen Denkens auch nicht primär aus der synchronen Gegenüberstellung von Macht und Ohnmacht in pädagogischen Prozessen, sondern vielmehr aus

---

1 Die historischen Informationen sind meiner Habilitationsschrift entnommen; vgl. Stroß 2000.

der diachronen Vorstellung einer Entwicklung 'Heranwachsender' von der Fremdbestimmtheit zur Selbstbestimmtheit 'erwachsener' Menschen. Selbst im Verweis auf die herzustellende Selbstbestimmtheit dokumentiert sich der – in begrifflicher und theoretischer Anstrengung dann wieder neu zu begrenzende – Machtanspruch der Pädagogik.

Werden Fremdbestimmtheit und Selbstbestimmtheit solchermaßen als Kunstfiguren einer seit der Aufklärungsepoche neu motivierten pädagogischen Rhetorik betrachtet, deren inhärenter geradliniger und eindimensionaler Entwicklungsvorstellung die Vielschichtigkeit und Multidimensionalität menschlichen Lebens keineswegs entspricht, gerät zugleich der Konstruktcharakter von 'Erziehung' in den Blick.

In vergleichbarer Weise wird 'der' Mensch in medizinischen Diskursen über die Metapher des Heilens konstruiert. Dem Ideal des selbstbestimmten, weil nicht mehr 'erziehungsbedürftigen' Menschen in der modernen Pädagogik entspricht die von religiösen Vorstellungen (Krankheit als 'Schicksal') losgelöste Figur des durch individuelle Anstrengung herstellbaren 'gesunden' Menschen in der Medizin. Werden in pädagogischen wie auch medizinischen Diskursen seit der Aufklärung zunächst also vergleichbare Machbarkeits- und Machtansprüche erhoben, so folgt auch deren Relativierung einem ähnlichen Schema: durch die dynamisch konstruierte Perspektive auf Entwicklungsprozesse ('Versittlichung', 'Lernen', 'Genesung' etc.) und individuellen Fortschritt hin zur 'Mündigkeit' bzw. 'Gesundheit'. Allerdings ist der Stellenwert des 'Heilens' im Lebenslauf eines einzelnen Menschen insofern ein anderer, als hier nicht von einem einmaligen und weitgehend irreversiblen Prozess ausgegangen wird, sondern vielmehr Wiederholbarkeit und zeitliche Varianz (wenige Tage, viele Jahre) des durch medizinische Eingriffe zu steuernden Vorganges die prägenden Merkmale sind. Damit erhalten Arzt und Erzieher als 'mächtige' und in das Leben eingreifende Instanzen einen unterschiedlichen Stellenwert im Lebenslauf des einzelnen. Unterschiedlichen Zuschreibungen und Erwartungshaltungen unterliegt auch der 'Erfolg' ihrer jeweiligen Tätigkeiten. Hat sich die Medizin mit ihrer Orientierung an kurz- oder mittelfristigen Effekten vor allem seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zunehmend unter Erfolgsdruck gestellt, so konnten pädagogische Theorien im Zuge gesellschaftlicher Modernisierungs- und fachspezifischer Institutionalisierungsvorgänge seit dem frühen 20. Jahrhundert immer wieder auf Unwägbarkeiten im langwährenden Prozess des Erziehens, auf das „Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen“ (Spranger), auf „Technologiedefizite“ in der Erziehung (Luhmann/Schorr) verweisen.

Historisch interessant – und nachfolgend an Beispielen zu belegen – ist nun, dass sich medizinische Diskurse im 19. und frühen 20. Jahrhundert ihrerseits unterschiedlicher pädagogischer Vorstellungen und Metaphern be-

dient haben. Welche Funktionen die hier verwendeten pädagogischen Metaphern gehabt haben, soll im folgenden im Rückgriff auf die medizinhistorisch wichtige Phase zwischen 1890 und 1918 untersucht werden. Vermutet – und den folgenden Ausführungen als These vorangestellt – werden kann, dass die Verwendung pädagogischer Vorstellungen und Metaphern sowohl den Erfolgsdruck auf die Medizin als „technische“ Wissenschaft senken als auch – damit zusammenhängend – die Bedeutung der Medizin für den Lebenslauf des einzelnen erhöhen sollten. Als Ausgangslage wird zunächst das 'Emporsteigen' und die 'Überlegenheit' der Medizin im 19. Jahrhundert beschrieben, gegen die sich dann als 'weiche' Metaphern die neuen Vorstellungen vom 'guten' Arzt bzw. vom Arzt als 'Erzieher' um die Jahrhundertwende richten. Fraglich bleibt vorerst, ob die Verwendung pädagogischer Metaphern in medizinischen Diskursen tatsächlich mit dem Negieren von Machbarkeitsvorstellungen des Menschen einhergegangen ist.

### *Ausgangslage: Paradigmenwandel und 'Überlegenheit' der deutschen Medizin im 19. Jahrhundert*

Der Wandel der Medizin im 19. Jahrhundert kann durch den Übergang von der traditionellen, humoralpathologisch orientierten Medizin und der naturphilosophischen Medizin hin zu einer experimentell-naturwissenschaftlichen Medizin beschrieben werden. Damit verbunden ist ein weitreichender Wechsel medizinischer Wissensformen und -inhalte: von der Geheimhaltung und Exklusivität des an die großen Systeme der spekulativen Philosophie gebundenen Wissens hin zur allgemeinen Zugänglichkeit eines nunmehr an die methodischen Vorgaben der Naturforschung gebundenen diagnostischen und therapeutischen Wissens. Generiert wird das neue diagnostische und therapeutische Wissen vor allem über systematische Beobachtung, induktive Hypothesenbildung und Experiment. Allerdings vollzieht sich der Paradigmenwandel von der Naturphilosophie hin zu einer empirisch-experimentell ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin nicht erst im Zuge des Generationenwechsels. Vielmehr zeigen die Biographien und Schriften vieler im frühen 19. Jahrhundert ausgebildeten akademischen Ärzte, dass sie sowohl Anhänger der naturphilosophischen Schule waren als auch – in späteren Jahren zunehmend – der Methode der exakten naturwissenschaftlich-medizinischen Beobachtung folgten. Auch verläuft der für die Medizin des 19. Jahrhunderts charakteristische Wandel weder kontinuierlich noch lässt sich dieser mit dem Hinweis auf naturwissenschaftliche Beobachtungen und Experimente allein hinreichend kennzeichnen. Zu unterscheiden sind vielmehr drei Wissensbereiche: das klinische, das anatomisch-pathologische und phy-

siologische sowie das empirisch-experimentelle Wissen. Alle drei Wissenstypen verweisen auf bis in die frühe Neuzeit zurückreichende Vorläufer, und sie existieren, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, sowohl in der auf die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts konzentrierten programmatischen Frühphase wie auch in der auf die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts konzentrierten Hochphase mit dem endgültigen Durchbruch der naturwissenschaftlichen Medizin.

Mit dem Prozess der naturwissenschaftlichen Neuorientierung der Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verknüpfen sich sowohl neue Machbarkeitsvorstellungen vom Menschen als auch neue quasi religiöse Hoffnungen, die die Omnipotenzphantasien der naturwissenschaftlichen Medizin begleiten: Krankheiten sollen 'technisch' beherrscht, der Mensch durch die Errungenschaften in Medizin und Hygiene zu neuem 'Heil' gebracht werden. „Es kann nicht bestritten werden, erklären die Herausgeber des „Archiv(s) für physiologische Heilkunde“, Wilhelm Roser und Carl August Wunderlich, im Jahr 1857,

„daß (...) die deutsche Forschung und Anschauung in medicinischen Dingen die alten Geleise verlassen und in neue Bahnen eingetreten ist. (...) So hat denn die deutsche Medicin heute einen Charakter angenommen, der fast auf keinem Punkte und in keiner Beziehung mit demjenigen Aehnlichkeit hat, welcher 1840 in unserm Programme zu dieser Zeitschrift geschildert wurde. Der herrschende Geist, die Sprache, die Physiognomie und der Inhalt sind völlig andere geworden, wie kaum jemals in so kurzer Zeit in irgend einer Wissenschaft.“ (Roser/Wunderlich 1857, 2/4)

Die neue 'Überlegenheit' der deutschen Medizin wird auch in internationalen Vergleichen zum Ausdruck gebracht, etwa von Rudolf Virchow, 1865, auf der zweiten Versammlung der Naturforscher und Ärzte:

„Wir alle wissen noch, wie das steife, französische Wesen, welches auf dem deutschen Wissen lastete, und welches erst seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts nach und nach gelockert worden ist, vielfach nachgewirkt hat bis in unsere Tage (...) (und) (...), daß wir es als eine große Befreiung erachten müssen, daß es unserer Generation endlich gelungen ist, in allen Zweigen des Wissens deutsche Geistesarbeit mit Entschiedenheit neben die französische, ja ich kann wohl sagen, vielfach über dieselbe zu setzen.“ (Virchow 1865, 15f.)

### *Der medizinische Diskurs an der Wende zum 20. Jahrhundert: Metaphern vom 'guten' Arzt*

Das Bild der um die Jahrhundertmitte „die alten Geleise“ verlassenden medizinischen „Forschung und Anschauung“ wird gegen Ende des Jahrhunderts relativiert durch neue Bilder, die zu den alten Vorstellungen einer wissenschaftlichen 'Überlegenheit' in Konkurrenz treten. Pädagogisches Denken

hält hier insofern Einzug, als die neuen Metaphern vom Arzt als 'Künstler' und 'Vorbild' eine weitreichende Reform der medizinischen Ausbildung in Aussicht stellen. Die Umsetzung der Reformvorstellungen wird dabei, modern gesprochen, als eine Sozialisationsleistung durch das Studium der Medizin vorgestellt – auch wenn die hier entworfenen Reformen letztlich keinen Ausdruck in Gestalt eines reformierten Medizinstudiums fanden.

### *Der Arzt als 'Künstler'*

Gegenüber den enormen wissenschaftlichen Fortschritten in zahlreichen Spezialgebieten der Medizin wie der Physiologie, Zellulärpathologie, Chirurgie, experimentellen Hygiene und Bakteriologie mehrten sich bis zum Ende des Kaiserreichs die kritischen Stimmen. Sie richteten sich vor allem gegen einseitiges Spezialistentum und eine Zersplitterung der medizinischen Fächer, gegen die bisherige Orientierung an den Naturwissenschaften und gegen den Vorrang der Forschung gegenüber einer zu reformierenden medizinischen Ausbildung und Heilpraxis. Die systematische Kritik an der gegenwärtigen 'Misere' der Medizin wird eröffnet mit der 1893 in Wiesbaden anonym erschienenen Schrift über „Ärztliche Kunst und medizinische Wissenschaft“. Vor allem zwei Gründe werden hier für den „Niedergang“ der Medizin verantwortlich gemacht: einerseits die Reduktion des Mediziners zum „exakten Naturwissenschaftler“, andererseits die daraus resultierende „Entfremdung“ zwischen Arzt und Patient (vgl. *Ärztliche Kunst* 1893, 5/22/23). Zur Überwindung der Mißstände wird eine weitreichende Reform der medizinischen Ausbildung empfohlen: „es muss zunächst rein quantitativ den Lehrern ermöglicht werden, mit einer kleinen Zahl von Schülern in derselben Weise wie diese später es thun sollen und thun werden, das Problem eines einzigen und einzelnen Falles zu erwägen und zu lösen.“ (16f.) Zwar müsse eine wissenschaftsbezogene Kompetenz – auch weiterhin – als selbstverständlich vorausgesetzt werden, doch sei diese lediglich „die technische Grundlage für unsere Kunst, aber nicht unsere Kunst selber.“ (13) Zur notwendigen Kunstfertigkeit des praktizierenden Arztes, der dem Kranken „wie ein Bildhauer an den noch ungeformten Thon“ entgegenzutreten habe (17) und „die formlose Masse des kranken Körpers, welche sich ihm darbietet, umwandelt und ummodelt zum vorgesetzten Ziele: der Herstellung des gesunden Körpers“ (12), müsse sich die Einsicht in die „Grenzen unserer Kunst“ gesellen. Diese „Grenzen unserer Kunst zu ziehen, öffentlich, vor aller Augen, sodass Möglichkeit und Grenzen des ärztlichen Könnens in das Bewusstsein der Gesamtheit übergehen, das wird die nächste Aufgabe der Ärzte sein müssen, und davon nur kann Erspriessliches für sie gehofft werden.“ Denn, so heißt es in Kritik an einem unermüdlichen medizinisch-tech-

nischen Fortschrittsglauben: „Gegen den Tod (ist) kein Kraut gewachsen“ (26).

Bei dem gleichfalls in Berlin tätigen Professor für innere Medizin, Ernst von Leyden, heißt es zur Differenz von Wissenschaft und Kunst:

„Die Medicin (...) kann nicht ausschließlich im Laboratorium gemacht werden. Die Wissenschaft zergliedert, um in die Tiefe zu dringen, um das letzte, mikroskopische, lebendige Element, die Zelle, in ihren Lebenseigenschaften zu studieren. Die Kunst dagegen hält das Ganze zusammen, sie betrachtet das Individuum, den ganzen Menschen. Die Wissenschaft sucht allgemeine Gesetze, die Kunst die Persönlichkeit.“ (Leyden 1903, 18)

Verdichtet sich der Erfolgsdruck, der die Medizin als ‘technische Wissenschaft’ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts begleitet, in der Vorstellung, die Sterblichkeit des Menschen (durch immer bessere ‘Waffen’ gegen Krankheiten, durch ein ‘Zurückdrängen’ von Krankheiten überhaupt, durch ‘gezielte Bekämpfung’ hygienischer Mißstände etc.) besiegen zu können, wird mit dem Appell, die ‘Grenzen’ ärztlichen Handelns anzuerkennen, die Gegenfigur des sich vor den Gesetzen des Lebens und d.h. vor der Unausweichlichkeit des Todes demütig verbeugenden Arztes entworfen. Mit dem Bild des Arztes als Künstler tritt zugleich der ‘Schaffende’ neben das alte Bild des in den Kampf mit Krankheit und Tod verwickelten Arztes. Und anstelle des bloßen technischen Könnens wird jetzt die – analog zur Erziehungsaufgabe beschriebene – ‘Formung’ des ‘ganzen’ Menschen wichtig. Damit wird der ärztlichen Aufgabe eine neue und wichtige Funktion im Lebenslauf der Individuen zugewiesen, die jedoch stets eingedenk der ‘Grenzen des ärztlichen Könnens’ zu vollziehen ist.

### *Der Arzt als ‘Vorbild’*

Die Hinwendung der Medizin zu ethischen Fragestellungen erfolgt bereits in den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts. Und dennoch werden hier zunächst allgemeine Forderungen nach einer medizinischen Ethik erhoben beziehungsweise traditionelle „Etikette- und Standesfragen“ behandelt. Die erste umfassende „Ärztliche Ethik“ erscheint 1902. Sie wird geschrieben von dem Berliner Arzt Albert Moll. Auf insgesamt 650 Seiten werden, neben anderen, Fragen der notwendigen Hilfeleistung in Unglücksfällen, der Vivisektion, des Rechts zu Behandlungsabbrüchen, der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und der „Sorge für den Sterbenden“ behandelt; zur Sprache kommen „absolut“ und „relativ“ unsittliche Heilmittel, der mögliche „Rat zum illegitimen Geschlechtsverkehr“, die „erlaubte Täuschung des Klienten“, die Anwendung gefährlicher Mittel, die Möglichkeit von Transplantationen und vieles mehr. Darüber hinaus werden allgemeine wirtschaftliche,

Standes- und Hygienefragen diskutiert. Gleichfalls von Interesse sind beispielsweise das „Privatleben“ des Arztes und seine „Vorbildung“ oder auch die zulässige Popularisierung der Medizin (vgl. Moll 1902, VII-XIV).

Moll möchte erstmals „das gesamte Wirken des Arztes vom Standpunkt der Ethik“ aus betrachten. Hierbei solle „wesentlich die Handlungsweise des Arztes“ zur Geltung kommen. Auch sei, so Moll, „zu berücksichtigen, dass die Entwicklung der wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse auch auf die Pflichten des Arztes einen Einfluss geübt hat, so dass eine heutige ärztliche Ethik ganz andere Fragen betrachten muss als eine ältere.“ (V/VI) Wichtig sei eine solche Ethik nicht zuletzt deshalb, so ergänzt Moll unter Bezug auf das hier notwendige Betasten und Aufschneiden des Körpers, weil gerade „beim Mediziner oft die Anforderungen, die das moralische Gefühl rein impulsiv erhebt, durch Reflexion modifiziert werden müssen.“ (15) Berater beziehungsweise gelegentliche Gesprächspartner für Molls Werk sind – neben dem Breslauer Internisten Ottomar Rosenbach – vor allem die Berliner Philosophieprofessoren Max Dessoir und Georg Simmel. Einen nicht unbedeutenden Ausschlag für die Abfassung des Buches scheint außerdem der Berliner Kulturkritiker und Philosophie- und Pädagogikprofessor Friedrich Paulsen gegeben zu haben mit seiner im September 1894 verfassten Abhandlung über „Die deutsche Universität“ (vgl. hierzu allgemein V/607).

In ihrem Bezug auf die notwendigen hermeneutischen Fähigkeiten des Arztes („sich in die Seele des Patienten zu versetzen“, 76) konterkariert Molls Ethik vor allem die damals geltende psychotechnisch orientierte, experimentelle Pädagogik. Zugrunde gelegt wird statt dessen die unter Bezug auf Dilthey innerhalb der Pädagogik erst nach 1917 bedeutsam werdende Unterscheidung von ‘Verstehen’ und ‘Erklären’. Mit der über die „Persönlichkeit“ des Arztes hinausgehenden Vorstellung von „persönlicher Wirksamkeit“ im Sinne individueller Urteilskraft wird zugleich ein Substitut für den (innerhalb der Pädagogiktheorie nur noch randständig und im Sinne einer moralischen ‘Anständigkeit’ verwendeten) pädagogischen Taktbegriff geliefert (vgl. 484). So gilt für Moll, dass sich der – wissenschaftlich und technisch vorgebildete – Arzt „der Grenzen der Wissenschaft bewusst“ sein möge und dieser nicht glauben solle, „dass die persönliche Wirksamkeit des Arztes, der den einzelnen Fall individualisierend beobachtet und behandelt, überhaupt jemals durch die wissenschaftliche Begründung einer Therapie ganz ausgeschaltet werden könnte.“ (484) Als gleichfalls wichtig werden in diesem Zusammenhang die Vorbildfunktion des Arztes (391/611) wie auch die „Ausbildung ethischer Gefühle“ gegenüber dem rein theoretischen Erwerb von Kenntnissen genannt:

„Legen wir uns nun die Frage vor, ob nicht beim Unterricht selbst für eine bessere ethische Ausbildung der Studenten manches geschehen kann. Es ist vorgeschlagen

worden, Vorlesungen über ärztliche Ethik zu halten, und dieses Gebiet auch bei der Prüfung zu berücksichtigen. Indessen würde hierbei kaum viel erreicht werden. Die Studenten würden die Vorlesung, wenn sie nicht zu einer Zwangsvorlesung gemacht würde, nicht besuchen, und ich glaube überhaupt nicht, dass sich eine praktische Ethik in einer theoretischen Vorlesung erlernen lässt. Wohl aber kann sonst der Unterricht vieles zur besseren Ausbildung ethischer Gefühle beitragen.“ (Moll 1902, 610)

Eine an aktuellen Fragestellungen orientierte ärztliche Ethik ist für Moll allerdings aus einem philosophischen System heraus nicht länger deduzierbar, auch nicht durch zwischengeschaltete Bindeglieder wie zum Beispiel den Takt oder die persönliche Wirksamkeit des Arztes. Gewählt wird statt dessen ein der Komplexität ärztlichen Handelns gerechter werdender Weg pragmatischer (und in ihrem Anspruch gerade nicht überzeitlich verbindlicher) Präskriptionen. Die von Moll vorgelegten ethischen Maßregeln beziehen sich hierbei nicht nur auf das – ethisch anzuleitende – Handeln des „Praktikers“, hier: des therapierenden Arztes, sondern schließen, etwa in der Frage nach einer notwendigen Begrenzung medizinischer Experimente, die Handlungsweise des Forschers ebenso mit ein.

Die Figur des Arztes als ‘Vorbild’ wird also in deutlichem Gegensatz zum Arzt als ‘Diener der Wissenschaft’ entworfen. Medizin gerät damit nicht als ‘technische’ Wissenschaft, sondern als weitreichende Bildungsaufgabe für den (angehenden) Arzt in den Blick. Zum Vorbild wird der Arzt nicht durch die Beschäftigung mit wissenschaftlichen (medizinischen, philosophischen) Theorien, sondern vielmehr durch ethisch-moralische Reflexion seines Tuns. Können (und sollen) Vorlesungen zur ärztlichen Ethik hier auch einen ‘Anstoß’ geben, ist die Bildungsanstrengung letztlich doch individuell zu vollbringen: durch Gewährwerden des eigenen Tuns, der Grenzen des eigenen Tuns wie auch der Grenzen der Wissenschaft. Insofern hat die hier zu vollbringende Bildungsaufgabe zunächst eine Funktion für den Lebenslauf des Arztes. Ziel dieser Bildungsaufgabe ist es unter anderen, etwaige Machtansprüche gegenüber anderen Menschen zu erkennen und in kritisch-ethischer Selbstreflexion zu brechen.

### *Der medizinische Diskurs im frühen 20. Jahrhundert: Metaphern vom Arzt als ‘Erzieher’*

Mit den Bildern vom Arzt als ‘Künstler’ und ‘Vorbild’ ist um die Jahrhundertwende eine neue Blickrichtung innerhalb der Medizin eröffnet worden. Bedeutsam scheint dabei vor allem der Wechsel der Perspektive von der Medizin als ‘objektiver’ Wissenschaft zum Arzt als ‘Subjekt’ zu sein. Der hier vollzogenen Perspektivenveränderung folgt im frühen 20. Jahrhundert eine

weitere Fokusverschiebung auf den heranwachsenden Menschen als Gegenstand ärztlichen Tuns. Damit gewinnt der Arzt nicht nur als ‘Berater’ in gesellschaftlichen Krisenzeiten, sondern darüber hinaus auch als ‘Erzieher’ an Bedeutung für den Lebenslauf des einzelnen.

### *Der Arzt als ‘Berater’ in Notzeiten*

Ein spezifischer Auslöser für die erfolgten Anstrengungen von Pädiatern und anderen Medizinern, Vorstellungen über die ‘richtige’ Erziehung von Kindern zu entwickeln und diese in zahlreichen mitunter fakultätsübergreifenden Vorlesungen sowie in verschiedenen Publikationen kundzutun, ist zunächst in der in größeren Städten bis Mitte der siebziger Jahre des 19. Jahrhunderts außerordentlich hohen Kindersterblichkeit zu sehen, in deren Folge sich dann auch langfristig soziale Hygienemaßnahmen, der Säuglingsschutz etc. zu institutionalisieren beginnen. Ihm gesellen sich weitere politische und nationale Motive zu, die – abgesehen vom allgemeinen Krisenbewusstsein, der Kritik am wissenschaftlichen Spezialistentum etc. – ihre Wurzeln vor allem in Militarismus, Nationalstolz und imperialem Machtstreben zu haben scheinen. Ebenso dürfte die seit 1914 durch die Kriegssituation erfahrene existentielle Bedrohung, die gerade in den letzten beiden Kriegsjahren ebenso häufig als Chance zur Neubesinnung begriffen wird, dazu beigetragen haben, die spezialistisch entwickelte Kinderheilkunde zu popularisieren, das heißt: dem „praktischen Leben“ anzunähern. So erklärt der seit seiner Habilitation, 1904, zunächst als Dozent in München, später als außerordentlicher Professor für Kinderheilkunde tätige Jussuf Ibrahim in seiner Jenerser Antrittsvorlesung im Jahr 1917:

„Zeiten wie die heutige, in denen die Gedanken an den Daseinskampf alle Gemüter beherrschen, haben für weltfremde Gelehrsamkeit kein rechtes Verständnis. Die Wissenschaften, deren Forschungsergebnisse unmittelbar vom Vaterlande genutzt werden können, sind uns allen näher gerückt. (...) die Kriegschirurgie, die innere Medizin in Verbindung mit der Hygiene, sie alle konnten den Forderungen des Tages in besonderem Maße gerecht werden. Das Fach, das ich die Ehre haben werde, an Ihrer Hochschule zu vertreten, die Kinderheilkunde (...) hat stets mit dem praktischen Leben in unmittelbarer Fühlung gestanden. Sie hat durch die Erforschung der Ursachen der großen Säuglingssterblichkeit und der Mittel und Wege zu deren Bekämpfung sowie zur Heranbildung einer gesunden Jugend schon im Frieden Kriegsarbeit geleistet, und die Verwertung der gewonnenen Erkenntnisse wird berufen sein, am Wiederaufbau nach dem Kriege ihr Teil mitzuwirken.“ (3-4)

Folglich nutzt Ibrahim dieses Forum für einen sich der Pädagogik nähernden und in seiner Grundstimmung populär gehaltenen Vortrag:

„Ich habe geglaubt, im Geiste unserer Zeit zu handeln, wenn ich meiner Antrittsrede ein Thema zugrunde legte, das unmittelbar aus dem Leben gegriffen, Ihnen auch

einen kleinen Begriff zu geben vermöchte, in welcher Weise sich wissenschaftliche Fragen unseres Faches auf Schritt und Tritt mit praktischen Zielen der Säuglings- und Kinderfürsorge berühren und vermengen. Wenn ich es unternehme, Ihnen einige Gedanken über die Mütter vorzutragen, so denke ich zugleich daran, daß es Deutschlands Mütter sind, die der Heimat die Söhne schenken, deren Heldengeist einer ganzen Welt von Feinden siegreich zu widerstehen vermag“ (ebd.).

Nicht übersehen werden sollte als ein weiteres wichtiges Motiv allerdings auch der nicht nur von einzelnen Pädiatern erhobene Anspruch auf eine Reintegration von 'Bildung' in das ärztliche Denken. Hatte der Ausbau des naturwissenschaftlich-medizinischen Forschungsparadigmas im Verlaufe des 19. Jahrhunderts zur Separierung zweier Bereiche innerhalb der Medizin geführt, der – gezwungenermaßen reduktionistischen – Forschungsleistung und einem partiell weiterhin bestehenden, innerhalb der sich spezialisierenden medizinischen Forschung jedoch weitgehend ausgeblendeten Bildungsanspruch, so ließ sich in der Hinwendung auf pädagogisch-populäre – und wiederum vor allem präventiv orientierte – Fragestellungen der Arzt erneut als Bildungsbürger beziehungsweise als Träger wichtigen „Bildungsgutes“ ausweisen. „Die Aufgaben der Erziehung verlangen heute mehr als je“, schreibt der Breslauer Kinderarzt Adalbert Czerny 1916,

„die Teilnahme und die Aufmerksamkeit der Allgemeinheit. Nicht bloß der Pädagoge von Fach ist an diesen Aufgaben praktisch beteiligt (...). An diesen Aufgaben mitzuarbeiten ist jeder berufen, und wenn die Mehrzahl der Gebildeten bis jetzt ihnen verhältnismäßig gleichgültig gegenübergestanden hat, so ist das nur zu beklagen und dringend einer Änderung bedürftig.“ (Czerny 1916, 1)

Zwar wurde der hier bisweilen politisch gewendete Anspruch auf ein „ganzheitliches“ Denken erst vor dem Hintergrund der spezialistischen Forschungsergebnisse einer international renommierten medizinischen Teildisziplin, der Kinderheilkunde, erhoben. Dennoch wurde keine Notwendigkeit gesehen, eine widerspruchsfreie pädagogische Theorie beziehungsweise in sich konsistente pädagogische Vorstellungen zu entwickeln oder den wissenschaftlich-pädagogischen Theoriestand überhaupt weitergehend zu berücksichtigen. Statt dessen ging es in erster Linie darum, angesichts einer als krisenhaft empfundenen, gesellschaftlich-kulturellen wie auch wissenschaftsspezifischen Entwicklung deutliche Kontrapunkte zur bisherigen Medizingeschichte zu setzen – und das hieß einerseits, die medizinische „Praxis“, eine ärztliche Ethik oder auch die Geschichte der Medizin im Sinne wichtiger Bildungsfaktoren zu rehabilitieren, andererseits, zu relevanten Erziehungsfragen und -gebieten der Gegenwart (wie z.B. der Ernährung, der Sauberkeitserziehung, Überbürdung etc.) vor allem phänomenorientiert und populär und nicht pädagogisch-theoretisch Stellung zu beziehen.

### *Der Arzt als 'Erzieher'*

In seinen 1908 in erster Auflage publizierten Vorlesungen „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ schreibt Adalbert Czerny:

„Zweifellos nimmt die Zahl der nervösen Störungen bei Kindern immer mehr zu. In der medizinischen Literatur, welche 20 bis 30 Jahre zurückliegt, ist auffallend wenig von Nervosität der Kinder die Rede. Von Jahr zu Jahr läßt sich aber eine Zunahme der Literatur auf diesem Gebiete verfolgen. Aus dieser Erscheinung darf nun nicht gefolgert werden, daß die älteren Ärzte schlechter beobachtet haben, als die jetzigen es tun, sondern, daß es früher nur selten nervöse Kinder gab, während es jetzt so viele gibt. Der Grund zu dieser Zunahme ist nicht in der heutzutage weit häufigeren Erhaltung zarter und schwächerer Individuen zu suchen, sondern in den veränderten, aber leider nicht verbesserten Erziehungs- und ärztlichen Behandlungsmethoden. Dazu trägt nicht zum geringsten Teil die Zersplitterung der Medizin in Spezialfächer bei, auf welche eine immer größere Zahl von Ärzten ihre ganze Tätigkeit beschränkt. Der Haus- oder Familienarzt im alten Sinne des Wortes wird immer seltener. Gerade dieser war aber früher in der Lage, durch die genaue Kenntnis der Familienverhältnisse Erziehungs- und Behandlungsfehler zu vermeiden und dadurch der Entstehung von psychischen und nervösen Störungen schon bei den Kindern vorzubeugen. Hier soll und muß ein Wandel in den gegenwärtigen Verhältnissen eintreten, und diesen anbahnen zu helfen, ist der Zweck dieser Vorlesungen.“ (Czerny 1911, 102f.)

Ähnlich wie bereits Wilhelm Rein führt auch Czerny die zunehmende Nervosität unter Kindern vor allem auf eine 'verweichlichende' Erziehung zurück, die nicht mehr auf die notwendige Herrschaft des Willens über den Körper ausgerichtet ist:

„Einer der häufigsten und folgenschwersten Erziehungsfehler (...) ist der, daß ihm (dem Kinde; A.S.) nicht Subordination und Beherrschung des eigenen Willens beigebracht wird. (...) Leider ist zwischen den Eigentümlichkeiten eines Kindes, die als Ungezogenheit bezeichnet werden, und zwischen denen, die man nervöse Störungen nennt, kein prinzipieller, sondern nur ein gradueller Unterschied. Solange die Hausmittel, wie Strafe und Belohnung ausreichen, um einen Kinderfehler zu beseitigen, spricht man von Ungezogenheit, wenn dies nicht mehr der Fall ist, und der Arzt die Korrektur vornehmen muß, von einer nervösen Störung.“ (Czerny 1911, 92f.)

Unter Umständen sei, so Czerny, sogar die körperliche Züchtigung indiziert. Diese solle allerdings „als die strengste Strafe aufgefaßt und deshalb nur relativ selten in Anwendung gezogen werden.“ Auch darf die „körperliche Strafe (...) bei normalen Kindern nur so lange angewendet werden, als die Schmerzempfindung das wirksame Prinzip darstellt. Kommen die Kinder in ein Alter, wo sie sich durch solche Strafen in ihrem Ehrgefühl verletzt glauben, dann darf von diesen nicht mehr Gebrauch gemacht werden, da sonst nur Trotz und Haß gegen die Erzieher die Folge ist.“ (41/42) Eine durch die Schule hervorgerufene „Überbürdung“ wird hierbei als unsinnig abgetan, da



„in der Schule (...) der geistigen Überbürdung durch den Lehrplan“ gerade „vorgebeugt“ würde (Czerny 1916, 15).

Daneben gelten als wichtige Maßregeln, die Säuglinge möglichst häufig sich selbst zu überlassen, sie nicht übermäßig mit Reizen zu stimulieren und sie schließlich von Beginn an durch eine zeitlich getaktete Ernährung an eine „Zeitordnung“ zu gewöhnen:

„Die erste wichtige Erziehungsmaßregel ist die Gewöhnung an eine Zeitordnung. Zu dieser gibt die Ernährung die geeignete Veranlassung. Bei jedem Kinde ist die Anpassung an strikte Nahrungspausen nach Wunsch zu erreichen. Bei unruhigen Kindern setzt dies allerdings eine gewisse Energie der Pflege voraus. Bei der Durchführung der Nahrungspausen handelt es sich also nicht bloß um eine für die Ernährung wichtige Maßregel, sondern tatsächlich um eine für die Erziehung zur Beherrschung des Willens.“ (Czerny 1911, 25f.)

Denn: „Kinder, welche schon in bezug auf die Nahrungsaufnahme keine Einschränkung ihres Willens erfahren haben, setzen aber auch jeder weiteren neuen Erziehungsmaßregel Widerstand entgegen.“ (Czerny 1911, 27)

Eine ähnliche Rigidität macht sich auch in Fragen der Sauberkeitserziehung bemerkbar, zu der es unter anderem heißt:

„Der wichtigste Gesichtspunkt, von welchem aus wir Ärzte für die Erziehung der Kinder zur Selbstbeherrschung eintreten müssen, ist der, daß dieselbe nicht nur für die psychischen, sondern auch für die körperlichen Funktionen des Kindes notwendig ist. (...) Zu den ersten Erziehungsmaßregeln, die man bei einem Kinde im ersten Lebensjahr beginnen und oft auch mit Erfolg durchführen kann, gehört die Erziehung zur Sauberkeit. Normalerweise gelingt es, Kinder am Ende des ersten und am Anfang des zweiten Lebensjahres so weit zu bringen, daß sie Harn und Stuhl nur absetzen, wenn sie abgehalten werden.“ (Czerny 1911, 30f.)

Die auf den Ergebnissen der Stoffwechselforschung beruhende wissenschaftliche Ernährungslehre Czernys und anderer führt allerdings auch dazu, dass von medizinisch-pädiatrischer Seite für eine möglichst lange Ernährung an der Brust der Mutter plädiert wird, da „die Erfolge der Ernährung durch eine Amme und noch mehr die bei der künstlichen Ernährung (...) höchstens ähnlich (sind), niemals aber identisch mit denen der natürlichen Ernährung an der Brust der Mutter.“ (3)

Mit der im frühen 20. Jahrhundert gezeichneten Figur des Arztes als 'Erzieher' wird die Aufgabe des (Kinder-)Arztes also ausdrücklich in eine pädagogische überführt. Dennoch führt die Relativierung der erreichten Spezialisierungsleistungen in der Kinderheilkunde hier nicht zu einer Annäherung an die 'weichen' Bilder reformpädagogischen Denkens. Die Bedeutung der ärztlichen Aufgabe für den Lebenslauf Heranwachsender wird statt dessen in der Generierung von Herrschaftsmetaphern gesehen, die durch Unvollkommenheitsvorstellungen vom Kinde ergänzt werden. Der Arzt darf das 'Schwache' und 'Weiche' im (hier in der Regel männlichen) Kinde nicht dul-

den. Strenge Sauberkeitserziehung, strikte Zeittaktung bei der Ernährung, gegebenenfalls auch körperliche Züchtigung sind geboten, um das Kind zum 'richtigen Manne' werden zu lassen. Solchermaßen verbindet sich die Pädagogisierung der ärztlichen Aufgabe mit neuen Machbarkeitsvorstellungen vom Menschen.

Ist die ärztliche Aufgabe in den medizinkritischen Diskursen um die Jahrhundertwende mit 'weichen' Metaphern neu beschrieben und – auf den ersten Blick – scheinbar unisono in eine pädagogische Aufgabe überführt worden, so zeigt sich – auf den zweiten Blick – eine Unvereinbarkeit der hier entworfenen Bilder vom 'guten' Arzt beziehungsweise vom Arzt als 'Erzieher'. Werden die (latenten) Machtansprüche und Machbarkeitsvorstellungen der wissenschaftlichen Medizin in den Vorstellungen vom Arzt als 'Künstler' und 'Vorbild' durch Hinweise auf die Grenzen ärztlichen Tuns relativiert, wird das Bild des Arztes als 'Erzieher' zugleich mit einem neuen Macht- und Herrschaftsanspruch (hier: über das Kind) verbunden. Aus erziehungstheoretischer Sicht müssen deshalb spezifische Bildungs-, Sozialisations- und Erziehungsvorstellungen in den um die Jahrhundertwende entworfenen Bildern vom Arzt unterschieden werden.

Diesen Vorstellungen entsprechend gilt erstens: Jemand wird ein guter Arzt durch Bildung als 'Selbstbildung' (hier verstanden im Sinne der Heranbildung einer kritisch-ethischen Reflexionsfähigkeit). Zweitens gilt: Jemand wird ein guter Arzt durch eine spezifische Ausbildung, die ihm die universitäre Institution im Rahmen des Medizinstudiums bietet. Der Fokus verschiebt sich hierbei von der individuellen Bildungsleistung zur institutionell zu erbringenden Sozialisationsleistung. (Zum Gelingen der Sozialisation tragen – so bereits die historische Argumentation von Medizinern – u.a. kleine Gruppen von Studierenden sowie ein erfahrungs- und fallorientiertes Lernen bei.) Wichtig ist dabei zugleich die Einsicht in die – moralischen und technischen – Grenzen ärztlichen Tuns. Drittens gilt: In seiner 'Hinwendung' auf das kranke Kind wie auch vorbeugend (!) hat der Arzt spezifische Erziehungsleistungen zu erbringen. Diese zeichnen sich vor allem in den Stellungnahmen zur Sauberkeits- und Willenserziehung im frühen 20. Jahrhundert in klarer Abwendung von den bisherigen Bildungs- und Sozialisationsverständnissen durch eine hohe Rigidität gegenüber dem Kind aus (vgl. Spree 1986). Die bildungs- und sozialisationspezifisch vollzogene Relativierung von Machbarkeitsansprüchen (durch kritische Reflexion und Einsicht in die Grenzen ärztlichen Handelns) wird also in der Hinwendung auf das Objekt 'Kind' einfach aufgegeben. Und gegenüber den die Grenzen der Erziehung thematisierenden reformpädagogischen Argumenten im frühen 20. Jahrhundert wird der Arzt hier erneut als in einer machtvollen Position stehend de-

finiert, der auf die nachwachsende Generation einen legitimen Zugriff beziehungsweise in den Lebenslauf Heranwachsender einzugreifen hat.

Wird der historische Wandel pädagogischer Metaphern in den medizinkritischen Diskursen um die Jahrhundertwende solchermaßen unter systematischen Aspekten betrachtet, läßt sich mithin feststellen: Für den Verzicht auf die Figur der machtvollen 'Überlegenheit' gegenüber anderen (Klienten, Kinder) erwies sich die Tatsache der Verwendung pädagogischer Metaphern im medizinischen Diskurs allein als nicht hinreichend. Vielmehr schien die in den Denkfiguren favorisierte Form der Einwirkung auf menschliche Entwicklungsprozesse (indirekt – direkt) und deren Ausrichtung (auf sich selbst – auf andere) entscheidend zu sein. Präsentiert wurde mit der medizinischen Vorstellung von „Erziehung“ als „direkte“ Einwirkung „auf andere“ im frühen 20. Jahrhundert zugleich ein Konstrukt, das – nicht zuletzt in der Nichtberücksichtigung des (relativierenden) Grenzdiskurses in der Medizin um die Jahrhundertwende – die vorgängigen Bilder vom Arzt als 'Künstler' und 'Vorbild' deutlich unterbot. Mochte auf diese Weise auch die Bedeutung der Medizin für den Lebenslauf Heranwachsender im öffentlichen Diskurs erhöht worden sein, so konnte diese – unter professionalisierungstheoretischen Gesichtspunkten für die damalige Zeit auch für andere Überschneidungsbereiche von Pädagogik und Medizin rekonstruierbare (vgl. Stroß 2000, 214-227) – Feldbesetzung in Erziehungsfragen offenbar nur im Rückgriff auf ein gleichermaßen restriktives wie restringiertes, weil undialektisch konzipiertes Erziehungsverständnis als Machtverhältnis zwischen den Generationen erfolgen.

## Quellen

- [o.V.] (1893): *Ärztliche Kunst und medizinische Wissenschaft. Ein Beitrag zur Klarstellung der wahren Ursachen der „ärztlichen Misere“*, Wiesbaden.
- Czerny, A. (1911): *Der Arzt als Erzieher des Kindes*, 3. Aufl., Leipzig/Wien.
- Czerny, A. (1916): *Die Erziehung zur Schule*, Leipzig/Berlin.
- Ibrahim, J. (1917): *Über die Mütter*, Jena.
- Leyden, E. v. (1903): *Das Denken in der heutigen Medicin*, Berlin.
- Moll, A. (1902): *Ärztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Tätigkeit*, Stuttgart.
- Roser, W./Wunderlich, C.R.A. (1857): *An unser Publikum*. In: *Archiv für physiologische Heilkunde*. Neue Folge 1 (1857) S. 1-4.
- Virchow, R. (1865): *Ueber die nationale Entwicklung und Bedeutung der Naturwissenschaften*, Berlin.

## Literatur

- Spreer, R. (1986): *Sozialisationsnormen in ärztlichen Ratgebern zur Säuglings- und Kleinkindpflege. Von der Aufklärungs- zur naturwissenschaftlichen Pädiatrie*. In: J. Martin/Nitschke, A., Hg., *Zur Sozialgeschichte der Kindheit*, Freiburg/München, S. 609-659.
- Stroß, A.M. (2000): *Pädagogik und Medizin. Ihre Beziehungen in „Gesundheitserziehung“ und wissenschaftlicher Pädagogik 1779-1933*, Weinheim.

## Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag untersucht die in medizinkritischen Texten zwischen 1890 und 1918 enthaltenen pädagogischen Vorstellungen und Metaphern. Dabei wird von der gegenüber dem Stellenwert von „Erziehung“ für den Lebenslauf von Menschen reduzierten Bedeutung medizinisch-technischer Leistungen ausgegangen. Zur Diskussion steht, erstens, ob die Implementation pädagogischer Vorstellungen und Metaphern in den medizinischen Diskurs diesem 'Defizit' entgegenwirken konnte sowie, zweitens, ob auf diese Weise zugleich die mit dem vorgängigen Paradigmenwechsel und der Hinwendung zur naturwissenschaftlich-technischen Medizin verbundenen Machtansprüche und „Machbarkeitsvorstellungen“ vom Menschen aufgehoben oder zumindest relativiert werden konnten.