

# Homöopathische Spuren

Beiträge zur Geschichte der Homöopathie in Österreich

herausgegeben von Sonia Horn

5. Immer wiederkehrend ist das Thema Religion und Homöopathie. Verschiedene religiöse Gruppierungen verbieten ihren Gläubigen die Anwendung von Homöopathie mit dem Vorwurf der Magie. Andererseits ist gerade in der Esoterikszenen die Homöopathie sehr beliebt. Ernsthafte Homöopathen und die ÖGHM distanzieren sich unterschieden vom Magischen wie von jedem Zusammenhang mit der »Esoterik«. Der Begriff der »Spiritualität« mit verschiedenen Hintergründen taucht immer öfter in Zusammenhang mit der Homöopathie auf. Religiöse Konflikte spielten oftmals eine erhebliche Rolle bei Spaltungen innerhalb der homöopathischen Gesellschaften (auch in der ÖGHM).

Dieses Thema »Religion und Homöopathie« kann als ein besonders heikles, ja nahezu als Tabuthema bezeichnet werden, hier soll es aber wenigstens in der Aufzählung der Problemstellungen nicht fehlen.

Wir Homöopathen hoffen, durch die gesamte Arbeit – davon ist ein sehr wichtiger Teil die historische Forschung an der Geschichte der Homöopathie – neue Blickpunkte auf unsere Rolle als Homöopathen in der Öffentlichkeit zu gewinnen. Das Bewusstsein der historischen Verwurzeltheit unserer wiederkehrenden Probleme und Konflikte mag uns dabei helfen, kreative Lösungsansätze zu finden.

## Sonia Horn

### Was es ist – Überlegungen zur Homöopathie im Kontext von medizinischem Denken und Handeln des 18. und 19. Jahrhunderts

Im Zuge der Arbeiten am Projekt »Geschichte der Homöopathie in Österreich« zeigte sich, dass gerade die Frage, auf welchen Denkmodellen die Homöopathie basiert und von wem diese bzw. die Homöopathie selbst weitergegeben wurden, wichtige Hintergründe dafür sind, sie und ihre Geschichte zu verstehen. Im Folgenden möchte ich daher versuchen, diese Grundlagen zu erklären, was vielleicht verständlicher macht, warum vielen Menschen die Homöopathie heute so »sympathisch« ist und andere sie als »unwissenschaftlich« ablehnen.

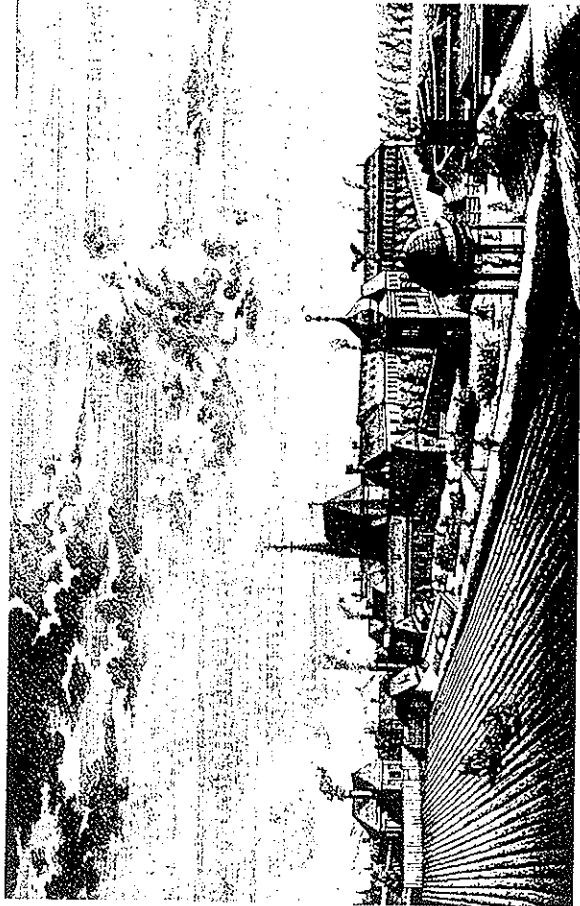
#### Das Medizinverständnis

Es erleichtert diesen Versuch einer Annäherung, wenn einzelne Aspekte von »Medizin« zunächst einmal getrennt behandelt werden. Dies ist zum einen das Erklärungsmodell für Gesundheit und Krankheit bzw. das Denkmodell, das dem Verständnis vom Bau und Funktionieren des menschlichen Körpers zu Grunde liegt<sup>1</sup>, zum anderen die Methodik der Wissensproduktion und -weitergabe.

In beiden Fällen kommt technologischen Aspekten wesentliche Bedeutung zu, da die Entwicklung von »Geräten«, die die Beobachtung der Umwelt des Menschen unterstützen, neue Wahrnehmungen und Interpretationen erlauben. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Umgang mit Infektionskrankheiten: Dass es Erkrankungen gibt, die von einem Menschen auf den anderen übertragbar sind, lässt sich den frühesten schriftlichen Quellen der europäischen Medizin entnehmen. Als approbates Mittel, um eine Verbreitung derartiger Krankheiten zu verhindern, erwies sich die Unterbindung des Kontaktes von Gesunden mit an einer übertragbaren Erkrankung leidenden Menschen. Wie nun diese »Trennung« erfolgte – ob diese Menschen aus der Gemeinschaft ausgestoßen wurden und u.U. für tot erklärt wurden, ob sie in eigenen Spitälern lebten und durch medizinisches Personal betreut wurden, das sonst niemanden versorgen durfte, wie dies etwa im Spital zu St. Marx (Wien)<sup>2</sup> oder auf den Lazaretten in Venedig geschah –, ist Teil der jeweiligen »Kul-

1 Selbstverständlich wären hierbei auch Tiere und andere Lebewesen einzubeziehen – dies übersteigt jedoch sowohl mein derzeitiges »Wissen« als auch den Rahmen dieses Bandes, auch wenn in der Veterinärmedizin vielfach homöopathisch gearbeitet wird. Leider konnte die Homöopathie in der Tiermedizin aus zeitlichen Gründen nicht berücksichtigt werden. Auch der Einsatz von Homöopathie im Acker- und Gartenbau musste gänzlich unberücksichtigt bleiben.

2 Vgl. dazu die besondere Rolle des »magister sanitatis« im Umgang mit Infektionskrankungen der Stadt Wien in der Frühen Neuzeit in Sonia HORN, *Approbiert und Examiniert. Die Wiener medizinische Fakultät und nicht-akademische Heilkunde in Spätmittelalter und Früher Neuzeit*. Phil. Diss. Univ. Wien (2007) 134–137. Dieser Aspekt sowie die Funktion und die darauf basierende bauliche Gestaltung sind Gegenstand des laufenden Projektes von Sonia HORN und Barbara SCHEDL, *Das Spital zu St. Marx. Eine historische und virtuelle Rekonstruktion*.



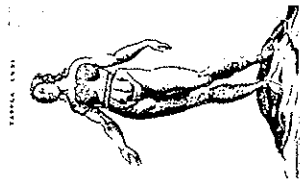
Das Spital von St. Marx (Wien) in 18. Jahrhundert. Zeichnung von Salomon Kleiner, Kupferstich von Joh. Aug. Corraius

tur« im Umgang mit Gesundheit und Krankheit<sup>3</sup>. Dies wiederum gibt Auskunft darüber, wie zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort gedacht und gehandelt wurde, wobei die jeweiligen politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen diesen Umgang beeinflussen. Diese Haltungen ändern sich jedoch nicht von heute auf morgen, vielmehr ist davon auszugehen, dass diese »Kultur« über Generationen weitergegeben wird, vieles sich nicht mehr erklären lässt, sich aber in Werthaltungen und Handlungen weiterhin zeigt. So kommt es zu dem Phänomen, dass sich oft Denkweisen über einen sehr langen Zeitraum halten und auswirken, deren »Auslöser« jedoch längst schon vergessen und obsolet sind. Aufgabe von Historikerinnen und Historikern ist es daher u.a. – ausgerüstet mit dem entsprechenden »Handwerkszeug« wie paläographischen Fähigkeiten, historischem Hintergrundwissen und, wenn es sich etwa um die frühe Neuzeit handelt, um besondere sprachliche Kenntnisse –, diese verschiedenen auslösenden Faktoren von Denkweisen zu finden, darzustellen und zu erklären, um sie auch einem heutigen Diskurs zur Verfügung zu stellen, sie »überdenkbar« zu machen. Dies bedeutet keinesfalls, dass dadurch dem permanenten und linearen Fortschritt zugejubelt werden soll, vielmehr kann klar gemacht werden, welche Faktoren dazu führten, dass bestimmte Meinungen und Denkmuster sich verfestigten und heute »Lehrmeinungen«, Forschungsthemen bzw. »Forschungsrichtlinien« beeinflussen.

Technologische Entwicklungen, wie etwa das Mikroskop, ermöglichten eine andere, »erweiterte« Wahrnehmung von Infektionskrankheiten. So konnte mit zunehmender »Sensibilität« das Geschehene als Lebewesen, das mit derartigen Krankheiten zumindest in einem Zusammenhang steht, interpretiert bzw. ein »Krankheitskeim« postuliert werden. Mit ent-

3 Vgl. dazu z.B. Klaus BERGDOLT, Der schwarze Tod im Europa. Die große Pest und das Ende des Mittelalters. (G. Aufl., 1995); Martin DINGES, Thomas SCHILLI, Neue Wege in der Seuchengeschichte (= MedGG Beiheft 6, 1995).

sprechend verfeinerten Nachweismethoden können nach und nach Krankheiten als durch Mikroorganismen verursacht definiert werden. Solange es aber keine Arzneimittel gibt, die diesen Krankheitsregenen den Garaus machen können, wird auf bewährte Maßnahmen zurückgegriffen werden (müssen) – etwa auf die Trennung von Erkrankten und Gesunden. Meist war und ist es ein langer Weg, bis aus der »Erkenntnis« einer Krankheitsursache auch eine auf diesen Kenntnissen basierende Behandlung der Krankheit entwickelt werden kann. Die Geschichte der Behandlung der Tuberkulose zeigt, dass dies von verschiedenen, häufig gänzlich nicht medizinischen Gründen abhängt. Von der Entdeckung der Krankheitsursache bis zur erfolgreichen Behandlung wurden zahlreiche Irrwege gegangen, die viele Menschenleben kosteten, wobei wiederum zu fragen ist, welche Menschen als »Versuchskaninchen« erhalten mussten und unter welchen Bedingungen<sup>4</sup>.



Medizin ist das, was die Gesundheit des Körpers erhält, aus Krankheit Gesundheit machen kann oder aber umgekehrt. Zeichnung aus Vitiuus Vitiuus: Ars medicinalis, 1611

Charakteristisch für »die Medizin« ist jedoch der zweifache Anspruch, der an sie gestellt wurde/wird bzw. den diejenigen, die medizinisches Wissen »produzieren« und »anwenden«, erfüllen wollen/sollen (oder sich zumindest den Anschein dazu geben, was aber in eine andere Diskussion führt – es soll gewusst werden, wie eine Erkrankung zu heilen ist und warum es sie überhaupt gibt). Diese sehr alte Diskussion um die Frage, ist die Medizin nun eine Kunst (ars), d.h. kann sie vor allem auf der Basis von Erfahrung betrieben werden, oder ist sie »Wissenschaft« (»scientia«<sup>5</sup>), deren Grundlage vor allem theoretisches Wissen darstellt, wurde bereits vor sehr langer Zeit eindeutig beantwortet. Als »scientia« fand sie Aufnahme in den Kanon des Wissens, der an Universitäten gelehrt wurde, als »ars« wurde sie praktiziert, das aber nicht unabhängig von Institutionen, an denen Wissen gepflegt wurde.

4 Flurin CONDREAU, Behandlung ohne Heilung. Zur sozialen Konstruktion des Behandlungserfolgs bei Tuberkulose im frühen 20. Jahrhundert. In: Med GG 19 (2001) 71–94.

5 Diese Formulierung wurde hier bewusst gewählt, da die Ursache bzw. die Entstehung von Krankheiten nicht nur auf körperliche oder seelische (also in Patienten selbst liegende) Ursachen zurückgeführt wurde, sondern auch auf zahlreiche andere »Umstände«. Meiner Meinung nach ist die Frage »Warum gibt es diese Krankheit« die zentrale Frage der medizinischen Theorie, sei es jetzt, dass diese mit genetischen Veränderungen beantwortet wird oder mit dem Wirken einer höheren Macht.

6 Das, was unter »Wissenschaft« verstanden wurde/wird, ist zu verschiedenen Epochen unterschiedlich. Im Bezug auf die Medizin denke ich, dass es durchaus zulässig ist, »Wissenschaft« als das Wissen und die Wissensproduktion um körperliche Vorgänge, physiologische wie pathologische, zu charakterisieren. Dabei denke ich, dass der Versuch, dieses Wissen in »größeren« Zusammenhängen zu sehen, etwa in die Einordnung in ein theologisch oder naturwissenschaftlich ausgerichtetes Weltbild, ein weiteres wesentliches Charakteristikum ist. Gerade diese »Einordnungen« sind jedoch von verschiedenen Rahmenbedingungen abhängig, etwa davon, was gerade gedacht werden soll und darf, sowie die Ziele, mit denen Wissen produziert und weitergegeben werden soll/darf. Gerade in der Medizin werden hier sozioökonomische und politisch-kulturelle Einflüsse wirksam, wenn beispielsweise daran gedacht wird, welche Vorstellungen von einem Gesundheitswesen gerade aktuell waren/sind, welche Bevölkerungs- oder Wissenschaftspolitik verfolgt wurde/wird.

»*Medicina ditiditit in duas partes, id est theoria et practica*« heißt es in der Isagoge des Ioan-  
 nitius, einem in Mittelalter und Früher Neuzeit weit verbreiteten Kommentar zu Texten  
 des Hippokrates, und weiter: »*Operatio medicine habet triplicem effectum. Aut enim custodit  
 sanitatem multitudine suam, aut ex infirmitatem facit sanitatem, aut contrario*« Medizin ist  
 also das, was die Gesundheit des Körpers erhält, aus Krankheit Gesundheit machen kann  
 oder aber umgekehrt. Dieses »Verständnis« von Medizin enthält also auch den Aspekt,  
 den Menschen gesund zu erhalten, schließt jedoch weder die Überprüfung des bestehen-  
 den Wissens noch die weitere Wissensproduktion aus. Die Meinung, dass bis zur Renais-  
 sance oder auch bis zum 17. oder 18. Jahrhundert medizinisches Wissen statisch gewesen  
 wäre oder jegliches Neue strikt abgelehnt wurde, geht von einer Vorstellung aus, die Uni-  
 versitäten als Institutionen versteht, an denen nicht nur Lehre, sondern auch Forschung  
 stattfindet. Dies ist jedoch ein Herangehen, das von Vorstellungen der Gegenwart ausgeht  
 und diese als Maßstab für Fragestellungen an die Vergangenheit benutzt. Eine sehr  
 »unhistorische« Herangehensweise jedenfalls, die es verhindert, sich dem anzunähern,  
 was als »Medizin« verstanden und praktiziert wurde. Universitäten bzw. medizinische  
 Fakultäten waren im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit Institutionen, an denen »nor-  
 miertes« bzw. vor allem von den Kirchen als obersten offiziellen Hüterinnen dessen, was  
 gedacht und gelehrt werden sollte, approbiertes und für gut befundenes Wissen vermit-  
 telt wurde. Daneben gab es verschiedene Möglichkeiten der Wissensproduktion und  
 -weitergabe außerhalb dieser Institutionen. Für Österreich typisch. Allerdings keineswegs  
 historisch erforscht ist die Tatsache, dass an zahlreichen Stiften und Klöstern im 17. und  
 18. Jahrhundert aktiv »geforscht« wurde, wie dies z.B. alchemistische oder andere natur-  
 wissenschaftliche Schriften aus der Feder von Konventsangehörigen zeigen<sup>7</sup>. Deutlich  
 wird dies etwa in baulichen Maßnahmen, wie der Sternwarte und der naturwissen-  
 schaftlichen Sammlung des Stiftes Kremsmünster (OO)<sup>8</sup>.

## Ausbildung und Zulassung von Heilkundigen

Die Erhaltung der Gesundheit und die Behandlung von Krankheiten wurde nicht allein von  
 akademisch ausgebildeten Heilkundigen getragen. Mehrere medizinische Berufsgruppen, in  
 denen ebenfalls eine fundierte theoretische und praktische Ausbildung von Heilkundigen  
 erfolgte, standen den Patienten zur Verfügung. Allerdings konnten vielfach auch andere  
 Heilkundige, die diesen Vorgaben nicht entsprachen, in Anspruch genommen werden. Auch  
 Wallfahrten und Wunderheilungen werden von der modernen Medizingeschichtsschrei-  
 bung als Therapieangebote betrachtet, was wohl auch der Sichtweise der Patienten ent-  
 sprach. Regional unterschiedlich waren die Strukturen des Gesundheitswesens und die  
 Regulation des medizinischen Marktes gestaltet – Arbeiten über die Situation in England in

7 Über Isagoge Ioannitii, o.O. 1507; fol. 67; Inkunabelsammlung der Diözesanbibliothek St. Pölten.

8 Über Isagoge Ioannitii, o.O. 1507; fol. 8v; Inkunabelsammlung der Diözesanbibliothek St. Pölten.

9 Vgl. dazu Sonia HORN, Das Propstes heilkundlicher Schatz, Medizinische Literatur des 16. und 17. Jahrhunderts in der  
 Bibliothek des ehem. Augustiner-Chorherrenstiftes St. Pölten (= Beiträge zur Kirchengeschichte Niederösterreichs 9, 2001)  
 62–64 und Rudolf Werner SOUKUP, Helmut MAYER, Alchemistisches Gold und Paracelsische Pharmaka. Laboratori-  
 umstreich im 16. Jahrhundert. Chemiegeschichtliche und archäometrische Untersuchungen am Inventar des Laborato-  
 riums von Oberstockstall / Kirchberg am Wechsel (= Perspektiven der Wissenschaftsgeschichte 10, 1997) 281–286.

10 Möglicherweise charakteristisch für die österreichische Gegenreformation ist die Tatsache, dass diese »außeruniver-  
 sitäre« Beschäftigung nicht im jenseitigen Kontext erfolgte. Die Träger dieser Aktivitäten sind größtenteils Benediktiner,  
 Chorherren oder mehr »weltliche« Geistliche wie Kollegiaten- oder Dopplerherren. Nicht zu unterschätzen sind auch Akti-  
 vitäten von »Grundherrn« – eine gut sortierte Bibliothek und ein Laboratorium gehörten offensichtlich zu einem gut  
 ausgestatteten Herrschaftssitz. Was dort gemacht wurde, ist bislang nicht bearbeitet, es kann aber davon ausgegangen  
 werden, dass diese Einrichtungen nicht nur der Repräsentation und dem Zurschaustellen von »Schätzen« dienten.

der Frühen Neuzeit beispielsweise  
 beschreiben einen wenig regulierten  
 »medizinischen Markt«<sup>11</sup>. Die Wiener  
 medizinische Fakultät spielte als oberste  
 Instanz des Gesundheitswesens im  
 europäischen Vergleich sehr früh eine  
 regulierende und normierende Rolle.  
 Bader, Wundärzte, Hebammen, Okuli-  
 sten (Augenärzte), Zahnheilkundige,  
 Bruch- und Steinschneider (also Perso-  
 nen, die in speziellen chirurgischen  
 Bereichen tätig waren) absolvierten die  
 jahrelange praktische Ausbildung, die  
 aber auch theoretisches Wissen erforder-  
 te. Diese wurde durch die jeweiligen  
 Zünfte streng überwacht, wobei auch der  
 »Wissensaustausch« in Form von Wan-  
 derungen, die gerade bei medizinischen  
 Berufsgruppen oft sehr ausgedehnt  
 waren, vorgeschrieben war. Eine Voraus-  
 setzung um überhaupt mit diesen Aus-  
 bildungen beginnen zu können, war die  
 Fähigkeit zu Lesen und zu Schreiben  
 sowie ein entsprechender sozialer Hin-  
 tergrund. Ab 1638 mussten alle jene, die  
 in Nieder- und Oberösterreich medizi-  
 nisch tätig sein wollten, einer dieser  
 Berufsgruppen zuordenbar und durch  
 die medizinische Fakultät approbiert  
 sein. Diese Regelung galt für Wien bereits  
 ab 1517. Ähnliches galt auch für Apothe-  
 ker. Patienten konnten sich in Fällen von fraglichen Kunstfehlern oder in strittigen  
 Honorarfragen an die medizinische Fakultät wenden und bekamen häufig auch Recht.  
 Approbierte Heilkundige konnten sich bei Schwierigkeiten, etwa mit der Gemeinde oder mit  
 nicht approbierten Kollegen, ebenfalls an sie wenden. Der medizinischen Fakultät standen  
 zur Ausübung ihrer berufsrechtlichen Jurisdiktion die Verhängung von Geldstrafen (sehr  
 beliebt, da diese zum Budget beitrugen), aber auch Kerkerstrafen (weniger beliebt, da sie der  
 Fakultät Kosten verursachten) zur Verfügung<sup>12</sup>. Akademische Ärzte waren jedoch ebenfalls  
 »praktisch« ausgebildet. Der »Unterricht am Krankenbett« war Teil der medizinischen Aus-  
 bildung und lässt sich in den normativen Quellen, von den frühesten Statuten der Wiener  
 medizinischen Fakultät (1389) an nachweisen. Um zur letzten Graduierung (dem Lizentiat  
 bzw. Doktorat) in der Medizin zugelassen zu werden, musste der Kandidat nachweisen, dass  
 er mit seinem »Promotor« mindestens ein Jahr lang Kranke besucht hatte (eine Wissenswei-  
 tergabe von erfahrenen Medizinern also im Einzelunterricht). Diese praktische Ausbildung  
 konnte im Rahmen der Privatpraxis des Promotors oder aber im Krankenhaus stattfinden.

Die Schriften Störcks beeinflussten Hahnemann  
 und sein Denkmodell.

ANTONII STÖRCK,

MAG. CAR. REG. APOST. MAJ. CONSILIARI ARZICI,  
 ARCHIATRI ET IN NOBILITATE CIVICO  
 BAZMARIANO PVICEI,

LIBELLUS,

OPUS DE MONSTRATUR.

COLCHICI AUTUMNALIS  
 RADICEM

NON SOLUM TUO POSSE EXHIBERE DOMINICUS SED  
 ET EIVS USU INTERNO CUPARI QUANDAM  
 MODUM DIFFICILISSIMOS, QUI ALIIS RE-  
 MEDIIIS NON CEDUNT.

JUNGTER SIVE PLANTAE VENEGISSE,  
 ANNE EXCEUSA.



TYPIS JOANNIS THOMAE TRATTNER,  
 CAR. ARG. MAJEST. AUL. ET PVICEI, ET BILLOD.  
 MDCCCLXIII.

11 Roy PORTER (Ed.), Patients and Practitioners. Lay Perceptions in Pre-Industrial Society (Cambridge 1985); Roy POR-  
 TER/Dorothy PORTER, In Sickness and in Health. The British Experience 1650-1850 (London 1988).

12 Für eine genauere Darstellung dieses Themas: HORN, Propst (wie Anm. 9) 65-79. Wesentlich detailreicher: Horn,  
 Examiniert und approbiert (wie Anm. 2) 60-140.

Zahlreiche Kompetenzübertragungen von Medizinstudenten, die in den Aufzeichnungen der Wiener medizinischen Fakultät, die immerhin seit 1399 durchgehend erhalten sind, verzeichnet wurden, zeigen, dass dieser Unterricht am Krankenbett nicht bloß unbeachtete Vorfälle waren. Vielfach wurden in Spitälern auch Verhaltensvorschriften für Studenten in der praktischen Ausbildung erlassen. Ab 1628 war der Professor der praktischen Medizin auch leitender Arzt des Spitals der Barmherzigen Brüder und unterrichtete Studenten in dieser Funktion auch am Krankenbett im Spital<sup>15</sup>. Ab 1727 fand ein so genanntes »collegium publicum« am Wiener Bürgerspital statt, bei dem von den leitenden Ärzten (Wundärzten und »Medice«) angehenden Chirurgen, Badern, Hebammen und Medizinstudenten gemeinsam die üblichen, aber auch besonderen Erkrankungen sowie die Therapien an Patienten erklärt wurden. Studierende der Medizin mussten ein bis zwei Jahre als »Sekundärärzte« in einem Wiener Spital (meist im Spital zu St. Marx, im Dreifaltigkeitsspital oder im Spital der Barmherzigen Brüder) arbeiten, um zum Doktorat zugelassen zu werden. In diesem Kontext ist auch Samuel Hahnemanns Tätigkeit am Spital der Barmherzigen Brüder in Wien zu sehen.

Die Behauptung, die mittelalterlichen »Büchärzte« hätten ihre Kenntnisse lediglich aus Büchern gewonnen und der Unterricht am Krankenbett bzw. der praktische Unterricht wäre in Wien erst durch Gerard van Swieten mit der Universitätsreform von 1749 eingeführt worden, zeugt von krasser Unkenntnis mittelalterlichen Sprachgebrauchs und fehlender bzw. mangelhafter Beschäftigung mit Primärquellen zur Geschichte der Wiener medizinischen Fakultät. Ein weiteres Beispiel einer Medizingeschichte voller »Forschungsdesiderate« ist das angebliche »Außenstehen« von einzelnen theoretischen oder therapeutischen Praktiken, wie etwa der auf Paracelsus zurückgehenden Sphagyrik. Die Ende des 17. Jahrhunderts publizierte und für die österreichischen Länder verbindliche Pharmakopoe besieht aus zwei Teilen – der zweite Band behandelt die Herstellung von sphagyrischen Arzneimitteln<sup>16</sup>. Wenn also diese Behandlungsweise »außerhalb« steht, wie dies die Medizingeschichtsschreibung für Paracelsus häufig darstellt, drängt sich immerhin die Frage auf, warum diese Herstellungsweise von Arzneimitteln dann in die offiziellen Pharmacopoe aufgenommen wurde – und ob dies möglicherweise einen Einfluss auf einzelne Vertreter der so genannten ersten Wiener Schule bzw. Samuel Hahnemann hatte. Immerhin ist eine Beschäftigung mit als giftig geltenden Substanzen, mit einem Prinzip, das die Schädlichkeit einer Substanz mit deren Dosis in Verbindung bringt, gut vereinbar, möglicherweise sogar impulsgebend.

Wissen von »außerhalb« konnte durchaus in den bestehenden Kanon des Wissens Eingang finden, wenn es von dazu befugten »Obrigkeiten« als akzeptierbar erachtet wurde. Aber auch dieser Vorgang war von verschiedensten sozioökonomischen und politischen kulturellen Faktoren beeinflusst. Was in einer z.B. protestantisch beeinflussten Region als nicht akzeptabel betrachtet wurde, konnte in einer katholisch orientierten Gegend auf ganz andere Denkweisen treffen – und umgekehrt.

Hinzu kommt, dass bei der universitären medizinischen Ausbildung zumindest bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts nicht nur davon ausgegangen werden darf, dass gelehrt wurde,

was als »Lehrplan« vorgesehen und von den ordentlichen Professoren gelehrt wurde<sup>15</sup>. Es gab zahlreiche weitere Lehrende, die Lehrveranstaltungen abhielten und hier möglicherweise »Neues« einbrachten, abgesehen davon, dass auch die landesfürstlich besoldeten Professoren an der Wiener medizinischen Fakultät zumindest im 17. und 18. Jahrhundert nicht als »unprogressiv« betrachtet werden können. Immerhin hatten sie üblicherweise an führenden medizinischen Fakultäten (Padua, Rom, Leiden) studiert und standen mit Kollegen im Ausland häufig in intensivem Kontakt, was etwa die Briefe Hermann Boerhaaves an Jean Baptist Bassand in Wien beweisen<sup>16</sup>. Wenn also Gerard van Swieten als erster Boerhaave-Schüler in Wien und großer Reformier, der endlich neues Wissen und neue Lehrmethoden nach Wien brachte, stilisiert wird, ist dies schlichtweg falsch und beruht darauf, dass wesentliche Quellen nicht bearbeitet wurden. Das jahr(hundert)elange Bemühen der Wiener medizinischen Fakultät um Erneuerungen des medizinischen Unterrichtes findet in zahlreichen, jedoch vor allem lateinischen handschriftlichen Quellen seinen Niederschlag – fehlen von Seiten der Medizingeschichtsschreibung Kenntnisse und Fähigkeiten im Suchen und Bearbeiten von Primärquellen, sind Ergebnisse weder verwunderlich noch Ausnahmen; sie sind schlichtweg als unrichtig zu bezeichnen, auch wenn die Tatsache berücksichtigt wird, dass jede Feststellung von Historikern in gewisser Weise als subjektiv zu betrachten ist. Bei aller persönlichen Subjektivität der Historiker, die die Geschichtsschreibung mittlerweile akzeptiert hat, zeigt ein viele Seiten langer, von der medizinischen Fakultät ausgearbeiteter und beschlossener offizieller Reformvorschlag, dass der Wille zur Veränderung vorhanden war. Wird auch der Inhalt dieser Vorschläge analysiert, zeigt dies, wo diese Fakultät »wissenschaftlich« steht und was sie in der Lehre verankert sehen möchte. Sieht man sich an, wer diese Beschlüsse gefasst hat – etwa, wo diese Personen ihr Medizinstudium abgeschlossen haben, mit wem sie in Verbindung standen usw. – wird sich ein Bild ergeben, das die Feststellung im Bezug auf die Reformen des Medizinstudiums in Wien zur Mitte des 18. Jahrhunderts verschiebt. Demnach muss gefragt werden, warum diese immerhin sehr ausgefeilten Ideen in Wien erst zur Mitte des 18. Jahrhunderts durchgeführt werden konnten und welche Rolle Gerard van Swieten in diesem Zusammenhang tatsächlich spielte.

## Auswirkungen auf die Homöopathie

Ähnlich muss auch an die Frage herangegangen werden, warum sich die Homöopathie in Wien im 19. und 20. Jahrhundert durchsetzen konnte oder auch nicht, warum sie »abgekomen« bzw. »wohin« sie gekommen ist und WER sie praktizierte. Die Tatsache, dass es in Wien zur Mitte des 19. Jahrhunderts offensichtlich einen »Pradigmenwechsel«<sup>17</sup> in der Medizin gab (auf den noch zurückzukommen ist), bedeutet noch lange nicht, dass

15 Die drei bzw. vier »ordentlichen Professoren« der Medizin wurden seit 1537 vom Staat besoldet. Der Besuch dieser Lehrveranstaltungen war verpflichtend und kostenlos bzw. mit der Inskriptionsgebühr abgedeckt. Die Lehrveranstaltungen der »Professores Publici« dürften auch tatsächlich »öffentlich« zugänglich gewesen sein, also auch von Menschen besucht worden sein, die nicht bzw. nicht primär Medizin studierten, wie etwa Personen, die zu Apothekern oder Wundärzten ausgebildet wurden. Horn, Examiniert und approbiert (wie Anm. 2) 122. Sehr deutlich wird dies auch durch Probleme, die durch einen starken Besuch anatomischer Sektionen durch Personen, die zu Wundärzten ausgebildet wurden, zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Wien auftraten. Die Probleme bezogen sich NICHT auf die Tatsache, dass zukünftige Chirurgen hier anwesend waren, sondern darauf, dass zu wenig Platz vorhanden war, weil verschiedene Personen sehr häufig an derartigen Veranstaltungen teilnahmen. Sonia HORN, »... ein wohl auferzichtetes theatrum anatomicum«. Anatomischer Unterricht für nichtakademische Heilkundige an der Wiener medizinischen Fakultät im 18. Jahrhundert. In: Karin STUKENBROCK, Jürgen HELM, Tagungsband des Internationalen Abraham Vatter Symposiums, Wittenberg 2001 (2003) – im Druck.

16 Vgl. Ernst DARMSCHÄDTER (Hg.) Briefe Hermann Boerhaaves an Johann Baptist Bassand in Wien (= Münchner Beiträge zur Geschichte und Literatur der Naturwissenschaften und der Medizin Sonderheft 3, 1927).

17 Vgl. dazu Thomas KUHN, Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. 2. Revidierte Auflage 1976.

Homöopathie nicht mehr praktiziert wurde, sondern viel eher, dass diejenigen die sie praktizierten und dieses Wissen weitergaben (bislang), nicht im Scheinwerferlicht der bisherigen Medizingeschichtsschreibung standen (stehen). Werden Vertreter(innen) der Homöopathie unter den von der bisherigen österreichischen Medizingeschichtsschreibung vornehmlich berücksichtigten Vertretern der so genannten zweiten Wiener Schule bzw. unter der akademischen Ärzteschaft gesucht, wird man wohl kaum fündig werden. Begibt man sich jedoch auf die Suche, nach jenen Medizinerinnen, die nicht an den Unversitäten tätig waren, kommt schon mehr Licht in die Angelegenheit. Werden auch Heilkundige berücksichtigt, die nicht akademische Ärzte waren, von denen aber auch noch im späten 19. Jahrhundert die medizinische Versorgung der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Bereichen gewährleistet wurde, wird man auch auf die Homöopathie stoßen. In Österreich waren bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts die katholischen Pfarrer, immerhin quasi-staatliche Beamte, die »Koordinatoren« von Teilen des Gesundheits- und Sozialwesens. In ihrer staatlich gelenkten Ausbildung erlernten sie auch Grundzüge der Gesundheitspflege und so mancher Pfarrer musste in entlegenen Gegenden Hand anlegen, wenn es um gesundheitliche Probleme ging<sup>18</sup>. Denkt man nun auch daran, dass es ja irgendwann auch Frauen in der medizinischen Praxis gab und lenkt den Blick gezielt auf diesen Aspekt, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass »weibliche Beiträge« zur Medizin meist unterschätzt oder nicht wahrgenommen wurden/werden, können medizinhistorische Konstrukte, wie etwa das »Abreißen« der homöopathischen Tradition in Österreich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und die »Neubegründung« derselben durch einige »Gründerväter« nicht länger aufrecht erhalten werden<sup>19</sup>.

Um nun wieder auf die Frage der »Wahrnehmung« und Interpretation dessen, was unter Gesundheit und Krankheit zu einer bestimmten Epoche und in einer bestimmten Region verstanden wurde, zurückzukommen, ist auch zu überlegen, wie nun neue z.B. durch technische Entwicklungen ermöglichte Sichtweisen in den bestehenden Wissenskanon aufgenommen wurden. Dabei ist auch zu fragen, wie bzw. warum neue Sichtweisen von Fachkollegen wahrgenommen wurden oder auch nicht. Wurden die Erkenntnisse niedergeschrieben oder vor allem »praktisch« weitergegeben? Werden die Erkenntnisse als »erstmalig« und »eigene« präsentiert? Welches Publikum wurde angesprochen und in welcher Beziehung stehen Fachkollegen zur betreffenden Person. Hierbei ist auch der »Markt« bzw. die »Marktpresenz« des jeweiligen Autors wesentlich. Weiters ist zu bedenken, ob bzw. wie und wann diese neuen Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit in die Interpretationen derselben Eingang fanden/finden, ob diese in das bestehende Denkmodell eingebaut werden konnten, negiert oder trotz Widersprüchen akzeptiert wurden oder aber für einen »Paradigmenwechsel« sorgten. Hier ist wiederum nach den Faktoren zu fragen, die dazu führten, dass sich eine Meinung durchsetzen konnte/kann oder nicht bzw. warum sie viel später wieder aufgenommen wurde und möglicherweise noch viel später, etwa wenn die entsprechenden Technologien entwickelt wurden, »verstanden« werden kann<sup>20</sup>. Dass die notwendigen technischen Möglichkeiten noch nicht bestehen, um neu oder anders wahrnehmen zu können bzw. Erfahrungen aus der medizinischen Praxis auch »theoretisch« zu untermauern, liegt meist daran, dass andere Forschungsvorhaben als wichtiger

<sup>18</sup> Dies ergab sich aus einzelnen unsystematisch bearbeiteten Visitationsprotokollen der Diözese St. Pöten. Die Rolle von Pfarrern im Gesundheitswesen der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts ist ein dringendes Forschungsdesiderat.

<sup>19</sup> Vgl. Beitrag v. Ingrid ARIAS über Maria Schreiber in diesem Buch. Die Auseinandersetzung mit Maria Schreiber hatte eine gewisse Ähnlichkeit zu Hochpotenzen in der Homöopathie – eine enorm schwierige Suche nach kaum vorhandenen Spuren. Maria Schreibers »Wirkung« dürfte bislang jedoch krass unterschätzt worden sein (möglicherweise durch die »Erimierung« der so gen. »Neu-Gründungsväter«).

<sup>20</sup> Vgl. Ludwig FLECK, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv (1. Aufl. 1925, Nachdruck 1980).

betrachtet wurden/werden bzw. von einer »Wissenschaftspolitik« in eine andere Richtung gefördert wird. Und auch dies beruht auf politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Faktoren, wobei auf die Problematik der Geschlechterrollen in der Gesellschaft besonders hingewiesen werden muss. Wenn Homöopathie als eine Therapieform, die sich vor allem dadurch beweist, dass therapeutische Erfolge nachweisbar sind, abgelehnt wird, weil sie nicht naturwissenschaftlich bewiesen werden kann, zeigt dies zweierlei:

1. Dass eine bestimmte Wahrnehmung und Interpretation von Gesundheit und Krankheit DERZEIT bestimmend ist und sich dies auch in wissenschaftlichen Sichtweisen und Forschungsansätzen zeigt. Dabei spielen die jeweiligen sozioökonomischen und politischen kulturellen Einflüsse eine wesentliche Rolle. Im Fall der Medizin kommt jedoch auch dem Wunsch von Patienten und deren Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Therapieansatz eine gewisse Bedeutung zu. Wenn Patienten einfach nicht tun, was Ärzte ihnen raten und sich statt dessen anderen therapeutischen Möglichkeiten zuwenden, wird diese Entscheidung notwendigerweise akzeptiert werden müssen. Möglicherweise führt dies auch dazu, dass dieser »anderen« Herangehensweise Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es kann gerade im Fall der Medizin davon ausgegangen werden, dass es jenen, die Medizin in Anspruch nehmen, bis zu einem gewissen Grad egal ist, ob bei der gewählten Therapieform bekannt ist, WARUM sie wirkt und ob dies nach »naturwissenschaftlich exakten Herangehensweisen« bewiesen ist. Gerade in der Medizin besteht immerhin auch die Möglichkeit, dass mit einer bestimmten Therapieform bzw. einem therapeutischen Ansatz gute Erfahrungen gemacht werden, der Grund dafür (zum Zeitpunkt) jedoch unbekannt ist. Für Patienten ist es wohl vorrangig, dass eine Heilung bzw. eine Verbesserung der körperlichen Situation rasch, sicher und möglichst wenig unangenehm eintritt (gute, tüte, iucunde), wobei nicht geschadet werden soll (nil nocere). Dieser Einfluss von Wünschen der Patienten auf den »medizinischen Markt« wird wohl auch dann stärker wirksam, wenn die Situation auf dem Arbeitsmarkt für Mediziner angespannt wird. Ärztliche Arbeitslosigkeit (diese ist durchaus kein Phänomen des 20. Jahrhunderts!) kann den Blick Betroffener auch darauf richten, was von Patienten gewünscht bzw. besser akzeptiert wird, auch wenn dies nicht der »Schulmedizin« entspricht. Dies kann wiederum in Ablehnung, aber auch in intensiver Beschäftigung der Wissenschaft mit diesem Phänomen seinen Ausdruck finden.

2. Dass die aktuellen Denkweisen, aber auch die technischen Möglichkeiten derzeit eine Auseinandersetzung nicht zulassen. Naheliegender ist, dass, wie in Punkt 1 angeführt, die Situation auf dem medizinischen (Arbeits-) Markt nebst anderen Faktoren dazu führt, dass sowohl empirische als auch technologische Überlegungen in eine Richtung gehen, die es erlauben, therapeutische Denkweisen, die der aktuellen Schulmedizin derzeit nicht entsprechen, auch theoretisch zu fundieren. Immerhin ist bekanntlich der »Unsinne« von heute gelegentlich schon morgen als sinnvoll bewiesen.

Was hat dies alles aber mit Hahnemann und der Geschichte der Homöopathie in Österreich zu tun? Zunächst einmal wurde darauf hingewiesen, dass Ausbildung, medizini-sch-wickelten therapeutischen Ansatzes vor dem Hintergrund der Zeit und der Region, in der er lebte, ausgebildet wurde und arbeitete, zu verstehen sind. Durch eine Medizingeschichtsschreibung, die sich von traditionellen Rechtfertigungs- und Heroisierungstendenzen löst und mit fundierten »handwerklichen« Methoden einer modernen Geschichtsschreibung arbeitet, können diese Hintergründe beleuchtet und die Homöopathie in den Kontext medizinischen Denkens und Handelns sowie der Wissensproduktion und -weitergabe gesetzt werden. Samuel Hahnemann erhielt und erarbeitete sich während seines



Studiums das Rüstzeug für die Entwicklung seiner Behandlungsmethode, die schließlich von weiteren Heilkundigen ergänzt und erweitert wurde/wird. Was bislang in der Homöopathie beibehalten wurde, ist ein Denkmodell, das vom heute aktuellen naturwissenschaftlichen stark abweicht und eine Methodik, sowohl in der Anamneseerhebung als auch bei der »Produktion« von neuem Wissen in der Homöopathie, die im Prinzip auch in der heutigen Schulmedizin verankert ist, aber kaum entsprechende Wertschätzung erfährt. Eine genaue und umfangreiche Anamneseerhebung ist beispielsweise im heutigen Spitalalltag weder zeitlich möglich noch besonders wesentlich, da anderen Diagnosesmöglichkeiten der Vorzug gegeben wird<sup>21</sup>. So sehr technologische Entwicklungen die Sichtweisen von Menschen auch erweitern können, die Gefahr einer Einschränkung auf die Bildausschnitte, die Instrumente vermitteln können, ist ebenfalls gegeben<sup>22</sup>.

## Erfahrung und empirisches Wissen

Welches Erklärungsmodell für Gesundheit und Krankheit liegt nun Samuel Hahnemanns Behandlungsmethode zu Grunde?<sup>23</sup> Als er Medizin studierte, war die Grundlage medizinischen Denkens die Vorstellung, dass ein Mensch gesund ist, wenn er sich im Gleichgewicht befindet. Dieses Gleichgewicht ist jedoch nicht als »feststehend« zu verstehen, sondern als dynamischer Zustand, weil auf äußere Einwirkungen reagiert wird. Ist der Mensch Kälte ausgesetzt, wird der Körper darauf reagieren und versuchen, mehr Wärme zu produzieren. Das Denken wird ebenfalls reagieren und – sinnvollerweise – versuchen, den Menschen dieser Einwirkung zu entziehen, indem etwas Wärmendes angezogen wird, ein wärmerer Ort aufgesucht wird usw. Ist dies nicht möglich, wird die Fähigkeit des Körpers, diese Einwirkung zu neutralisieren, irgendwann erschöpft sein, eine Unterkühlung kann auftreten – der Mensch ist nun nicht mehr im Gleichgewicht. Der Gleichgewichtszustand kann jedoch wieder erreicht werden, indem der Betroffene entweder kräftig genug ist, um ohne therapeutische Maßnahmen wieder ins Gleichgewicht zu kommen, oder weil therapeutische Maßnahmen erfolgreich angewandt werden. Irreversible Schäden wie Erfrierungen können bleiben, vom Organismus aber ausgeglichen werden – ein neues Gleichgewicht stellt sich ein, mit dem der Mensch (mehr oder weniger) gut leben kann. Kann das Gleichgewicht jedoch nicht mehr erreicht werden, stirbt der Mensch an der Unterkühlung; die Fähigkeit, dieses Gleichgewicht zu erreichen, wurde überstrapaziert. Dies wurde jedoch nicht nur auf den Körper beschränkt so gesehen. Auch die Beziehung zur menschlichen Umwelt, also soziale Elemente, waren in diesem Gleichgewicht präsent. Einsamkeit wurde vielfach als krank machend betrachtet, zu viel Nachdenken ebenfalls. Immerhin können soziale Beziehungen auch seelische Erschütterungen nach sich ziehen – Ärger (z.B. über Ungerechtigkeit), Trauer, Freude usw., was wiederum als Möglichkeit betrachtet wurde, aus dem Gleichgewicht zu geraten. Das Pflegen sozialer Beziehungen halte in der Bewältigung von Störungen des physischen und psychischen Gleichgewichtes ebenso Platz wie andere Therapieformen<sup>24</sup>. Grundlage des Gleich-

gewichtes waren unterschiedlich ausgeprägte Zustände von körperlicher und seelischer Anspannung und Entspannung, wobei die Entspannung auf vielerlei Art erreicht werden konnte. In diesem Konzept sollten auf »Anspannungen« wie körperliche oder seelische Belastungen, die nicht als getrennt betrachtet wurden, auch ebensolche »Entspannungen« folgen. »Psychische« Entspannung wurde durch Förderung der Kommunikation, durch (Breit- oder Karten-) Spiele sowie durch genussvolles Essen und Trinken erreicht und sinnvollerweise häufig mit der körperlichen Entspannung – dem Baden – kombiniert. Dem Alltagsleben sollten angenehme Erlebnisse – Freude und Vergnügen – entgegen gesetzt werden; aus heutiger Sicht können die bekannten Badstubszenen als idealer körperlicher und seelischer Stressabbau betrachtet werden und sollten daher nicht vor- dergründig als Darstellungen lasterhaften Lebens betrachtet werden, sondern als durch das heilkundliche Konzept untermauerte, prophylaktische Maßnahmen, die auch psychische/mentale Komponenten einschlossen. Der Mensch wurde also, um es mit heutigen Worten auszudrücken, als »offenes System« verstanden, das auf vielfältigste Einflüsse der Umwelt reagierte, sich daran anpassen und damit umzugehen lernen kann. Das therapeutische Konzept, das auch Hahnemann erlernte, war dadurch charakterisiert, dass das Ungleichgewicht, als welches Krankheit definiert war, wieder ins Lot gebracht werden sollte. Ungleichgewicht bedeutete im europäischen Modell ein Ungleichgewicht von verschiedenen Körpersäften, wobei ein »Zuviel« aus dem Körper entfernt werden sollte – ähnlich den physiologischen Ausscheidungen, die man beim gesunden Körper beobachten konnte und die in der Wahrnehmung dieser Zeit offensichtlich dazu dienten, diesen im Gleichgewicht zu halten. Damit in Zusammenhang sind auch verschiedene therapeutische Maßnahmen zu verstehen. Um das Gleichgewicht wiederzuerlangen, wurden Maßnahmen ergriffen, die den die Krankheit definierenden Überschuss verringerten bzw. einen Mangel ergänzten.

Was dabei selbstverständlich auch beobachtet wurde, ist die Tatsache, dass Menschen unterschiedlich empfindlich auf Umwelteinflüsse reagieren – manchen Menschen wird sehr bald kalt, auch sie wenn eine dicke Körperfettschicht schützt, andere werden durch Kälte erst so richtig munter; manche zart Gebaute stellen sich im Krankheitsfall als sehr zäh heraus, manche können mit einer Krankheit sehr optimistisch umgehen, andere geben rasch auf. Daher wurden verschiedene Typen Menschen ihrer Konstitution nach beschrieben, was auch eine »Kategorisierung« darstellt. Diese Kategorisierung kann wertfrei bleiben und vor allem als Hilfe bei der Diagnostik und Therapieauswahl dienen, wie dies zu Hahnemanns Zeit weitgehend gewesen sein dürfte, oder aber im Extremfall für die Klassifizierung von Menschen als prinzipiell »minderwertig« und somit unerwünscht eingesetzt werden<sup>25</sup>.

Das Prinzip »Gesundheit = im Gleichgewicht/Krankheit = aus dem Gleichgewicht« kann in unterschiedlicher Weise beschrieben werden – als Ying und Yang der traditionellen chinesischen Medizin, als Gleichgewicht der verschiedenen Elemente der ayurvedischen Medizin oder aber als vier Säfte der traditionellen europäischen Medizin<sup>26</sup>. Dass diese

21 Vgl. dazu Terry MIZRAHI, *Getting rid of patients. Contradictions in the socialisation of physicians* (1986).

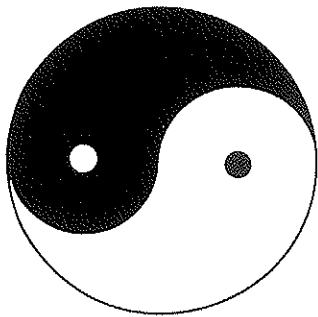
22 Vgl. dazu auch Renate WITTERN, *Natur kontra Naturwissenschaft. Zur Auseinandersetzung zwischen Naturheilkunde und Schulmedizin im späten 19. Jahrhundert*. Erlanger Universitätsreden Nr. 37/1992.

23 Ich möchte hierbei den geneigten Leser nicht mit zahlreichen Einzelaspekten belasten, sondern versuchen, im Rahmen des mir Möglichen, Denkweisen nachvollziehbar zu machen. Die Diskussion um Medizin in der Antike und deren Rezipienten im Mittelalter und Früher Neuzeit sind umfangreich, aber leider von viel zu wenigen Fachleuten getragen. Zum Einlesen sehr empfehlenswert: Renate WITTERN, *Pierre PELLEGRIN, Hippokratische Medizin und antike Philosophie (= Medizin der Antike 1, 1994)*.

24 Sofia HORN, *Propst (wie Anm. 9)*.

25 Es ist anzunehmen, dass auch die sehr frühen Beschreibungen von »Konstitutionen« nicht völlig wertfrei sind, denn immerhin wird z.B. auch ein gängiges Frauenbild in die Definition dessen, was z.B. »leicht in Wut geratend« bei einer Frau bedeutet, eingeflossen sein. Hinzu kommt, dass beim jeweiligen Heilkundigen ebenfalls Denkweisen und persönliche Erfahrungen bei der »Anwendung« derartiger Kategorien mitgespielt haben werden. Allerdings fiel mir bei der Auseinandersetzung mit »biblischer« medizinischer Literatur des 17. und 18. Jahrhunderts auf, dass Bewertungen von einzelnen »Konstitutionen« als schlechter als die eine oder andere fehlen. Es finden sich jedoch gelegentlich Rückschlüsse, die dahin gehen, Menschen bestimmter Konstitutionen bestimmte Lebensformen (z.B. den Mühsärgerei oder ein Leben im Kloster) zu empfehlen.

26 Wobei es sich hierbei um eines von vielen Modellen handelt, dass sich aus verschiedenen Gründen durchgesetzt hat.



*Der Mensch ist gesund, wenn er sich im Gleichgewicht befindet. Das sah die Medizin zur Zeit Hahnemanns so, und das entspricht auch der Yin-Yang-Lehre der chinesischen Medizin (Monade).*

Beschreibungen aus Beobachtungen zusammengetragen und schließlich niedergeschrieben wurden, ist nahe liegend – immerhin geht es bei der Verschriftlichung von Wissen darum, erworbenes Wissen nicht zu vergessen, es weiterzugeben bzw. es zu definieren und u.U. »überprüfbar« zu machen<sup>27</sup>.

Im Fall der Medizin geht es jedoch nicht allein darum, »Wissen« zu sammeln und weiterzugeben, sondern auch darum, »Fertigkeiten« zu erwerben bzw. weiterzugeben. Dabei ist nicht nur an chirurgische Tätigkeiten zu denken, sondern auch an das Beobachten eines internistisch erkrankten Menschen – etwa durch das Pulsfühlen oder die Beurteilung von Fieber. Grundlagemaße heilkundlicher Tätigkeit war (ist?) die Beobachtung der Patienten und der Wirkung von therapeutischen Maßnahmen verschiedenster Art.

Die daraus gewonnenen Fähigkeiten, vor allem praktischer Natur, also etwa das Erkennen von Fieber, indem die Hand auf die heiße Stirn gelegt wird, musste jeder, der heilkundlich tätig war, erst einmal selbst erwerben. Im Lauf einer langen Tätigkeit sammelt sich in einer Person dann einiges an Fähigkeiten und Kenntnissen durch die lange Erfahrung an. Sinnvollerweise, etwa um Patienten bereits gemachte Fehler zu ersparen, wird dieses zusammengetragene Wissen weitergegeben und um die Erfahrungen weiterer Personen erweitert. Diese Wissensweitergabe kann (sollte) gerade in der Heilkunde über die praktische Tätigkeit erfolgen, denn eine heiße Stirn muss erst einmal gefühlt werden und mit der Zeit kann auch erkannt werden, WIE heiß diese Stirn ist, auch ohne Fieberthermometer. Letzteres ermöglicht jedoch durch das Wissen um die zugrunde liegende Norm (die »Normaltemperatur«) und die einfache Handhabung des Instrumentes eine rasche Beurteilung des Zustandes auch durch diejenigen, die keine lange Erfahrung im Erkennen der Höhe der Temperatur ohne Instrument haben. Der Unterschied der beiden Herangehensweisen ist, dass für das Beurteilen der Körpertemperatur ohne Instrument Erfahrung und Übung, eben »Empirie«, notwendig sind, für die Beurteilung mit dem Instrument nichts dergleichen, wohl aber das Vorhandensein des Instruments und einer Norm, die wiederum aus Erfahrungswerten konstruiert wurde. Was jedoch mit dem Fiebermesser nicht gemessen werden kann, ist, WIE Menschen Fieber haben – manche Menschen reagieren bereits bei geringer Temperaturerhöhung mit einer starken Störung des Wohlbefindens und Schläfrigkeit, andere bemerken erst bei enorm hohen Temperaturen Veränderungen. Hinzu kommt, dass ein grundsätzlicher Unterschied darin besteht, ob ein junger, sonst gesunder und robuster Patient eine bestimmte Körpertemperatur hat oder ein mehrfach erkrankter, alter Mensch. Der heutige »state of the art« schreibt eine entsprechende Vorgehensweise vor, die u.a. eine Fiebersenkung ab einer gewissen Temperatur vorsieht, wobei nicht danach gefragt wird, welche Auswirkungen diese Temperatur auf den betreffenden Menschen hat und ob diese Vorgehensweise für diesen Fall auch die Richtige ist. Es ist nach Normen zu handeln, die wiederum konstruiert wurden, um diagnostische Möglichkeiten nutzbar zu machen. Eine weitere Frage ist jedoch auch, WIE

<sup>27</sup> Für die vielen Faktoren, die bei der »Wissensproduktion« mitspielen vgl. u.a. Peter BURKE, Papier und Markteschrei. Die Geburt der Wissenschaft (2001).

diese Normen konstruiert wurden, welches »sample« von Patienten (Frauen? Männer? Alter?) herangezogen wurde, auf welche Aspekte verzichtet wurde, um Ergebnisse zu erzielen, die nicht zu starke Abweichungen zeigen, um überhaupt eine Norm konstruieren zu können. Es soll hier jedoch keine grundsätzliche Kritik am Vorhandensein von Normen in der Medizin geübt werden, sondern darauf aufmerksam gemacht werden, dass es notwendig ist, zu hinterfragen, wie sie zustande gekommen sind (denn auch dies hat so seine Hintergründe, wie »gender studies« in der Medizin zeigen) und sie als Hilfestellung im medizinischen Alltag zu sehen, was aber auch impliziert, dass in manchem Fall der Erfahrung (sofern vorhanden) oder kritischem Denken der Vorzug gegeben werden sollte.

Dieser etwas theoretische Exkurs soll verdeutlichen, dass Erfahrungswissen, also »empirisch« gewonnenes Wissen, nicht grundsätzlich als »mangelhaft« betrachtet werden kann. Medizin ist prinzipiell etwas, das aus den Erfahrungen vieler zusammengetragen wurde und wird. Das bedeutet aber, dass sie prinzipiell auch etwas ist, das durch »Arbeit mit den Stimmen« erfolgt und demnach auch durch Schulung der Sinne erlernt werden muss (müsste). Je intensiver diese Schulung ist, desto geschickter wird die medizinisch tätige Person handeln können (außer eine »besondere« Eignung steht dem im Weg). Wird dieses praktische Wissen schriftlich aufgezeichnet, ist die Weitergabe allerdings um einiges einfacher, praktische Erfahrung ist durch dieses »aufgezeichnete Wissen« jedoch nicht ersetzbar. Medizin wurde sowohl als etwas Praktisches als auch als etwas Theoretisches betrachtet.

Die Verschriftlichung von medizinischem Wissen zur Weitergabe und Erleichterung der Merkbarkeit führte meist auch dazu, dass Inhalte verkürzt wiedergegeben wurden oder beim Versuch, Inhalte zu erklären bzw. verständlicher zu machen, Interpretationen entstanden, die wenig mit »Ursprünglichem« zu tun hatten, dafür aber besser zu merken waren. Auch Übersetzungen und Kommentare trugen dazu bei, dass Missverständliches und Verfälschtes entstand. Andererseits wurde laufend neues Wissen hinzugefügt, Bestehendes erweitert oder als unrichtig definiert<sup>28</sup>. Von Zeit zu Zeit traten dabei Personen in Erscheinung, die sich bemühten, an die ursprüngliche »reine« Lehre so nahe als möglich heran zu kommen und dabei »Ballast«, der sich im Lauf der Geschichte angesammelt hatte, los zu werden. Einer von ihnen, der an sich selbst den Anspruch stellte, sich nur an Hippokrates selbst und am »englischen Hippokrates« Thomas Sydenham (1624–1689) zu orientieren, war Hermann Boerhaave (1669–1738)<sup>29</sup>. Boerhaave war Lehrer Gerard van Swieten (1700–1773). An deren wissenschaftlichen Methoden orientierte sich die so genannte erste Wiener Schule und in diesen Denkweisen wurde auch Samuel Hahnemann ausgebildet. Fassen wir an diesem Punkt zusammen:

Samuel Hahnemann erlernte eine Heilkunde, deren denkliche Grundlage ein Gleichgewichtsmodell ist. Dieses war keineswegs neu oder etwas Besonderes, sondern die grundlegende medizinische Denkweise der Zeit, auf der auch therapeutische Maßnahmen beruhten. In diesem Denkmodell wurde davon ausgegangen, dass jeder Mensch individuell auf Einflüsse von außen (auch soziale Faktoren!) oder aus dem Inneren des Menschen (auch aus der »Psyche«) reagiert und, je nach augenblicklichem »Zustand«, die Fähigkeit hat, das körperliche und seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen. Gelingt dies nicht, treten Symptome auf, die Ausdruck dieses Ungleichgewichtes sind und aufgrund dieser »Hinweise« wurden von Heilkundigen therapeutische Maßnahmen gesetzt. In der Heilkunde dieser

<sup>28</sup> Und auch hier wurden verschiedenste vielfach ganz und gar nicht medizinische Einflüsse wirksam. <sup>29</sup> Andrew CUNNINGHAM, Medicine to calm the mind. Boerhaave's medical system, and why it was adopted in Edinburgh. In: Andrew CUNNINGHAM, Roger FRENCH, The medical enlightenment of the eighteenth century (1998): 40–66.



Zeit standen zahlreiche verschiedene Behandlungsformen zur Verfügung. Die medizinische Wissensproduktion enthielt nicht nur theoretisches Wissen zur Erklärung von Vorgängen, die als Gesundheit und Krankheit verstanden wurden, sondern hatte auch die Aufgabe zu vermitteln, was in den verschiedenen Fällen zu tun war.

## Krankenbeobachtung und Darstellung von Krankheitsverläufen im 17. und 18. Jahrhundert – Hahnemanns »Vordenker«

Beim Lesen von medizinischer Literatur vor allem des 16. und 17. Jahrhunderts zeigt sich das Bemühen, die methodischen Denkweisen der »alten Autoritäten« Hippokrates und Galen wieder zu finden und diese weiterzuführen. Immerhin hatten diese Texte durch Übersetzungen, Erstellung von Kompendien uvm. Veränderungen erfahren. Neuere Forscher sehen in Andreas Vesal (1514–1564), der lange Zeit als »Revolutionär« und Reformier des anatomischen Wissens dargestellt wurde, keinen »Erneuerer«, sondern einen Wissenschaftler, der das Projekt der Antike, die auf Aristoteles zurückgehende und auch Anatomie (von Tieren) enthaltende systematische Erfassung der Umwelt, bewusst weiterführte.<sup>30</sup> Dort wo sich substantielle Fehler in der Lehre Galens zeigten, zeigte sich auch, dass der antiken Autorität die Möglichkeiten, etwa zur anatomischen Sektion von Menschen, nicht zur Verfügung standen, die einige Jahrhunderte später jedoch bestanden. Eine ähnliche Herangehensweise beschreibt Cunnigham auch für Hermann Boerhaave, der sich nach intensiven Studien theologischer Autoritäten und entsprechend fundierten Sprachkenntnissen auch mit den medizinischen Autoritäten beschäftigte. Er betrachtete Hippokrates als DIE medizinische Autorität schlechthin und alle nachfolgenden Autoren als diejenigen, die Verfälschungen eingebracht hätten. Mit einer Ausnahme: Thomas Sydenham, der vielfach auch als englischer Hippokrates bezeichnet wird.<sup>31</sup>



Dr. Thomas Sydenham: Für ihn stand die Beschreibung der Symptome, der Therapie und des individuellen Krankheitsverlaufes im Vordergrund.

Auch Sydenham betrachtete Hippokrates als DIE Autorität und bemühte sich darum, die im Corpus Hippocraticum dargestellte Methode der genauen Beobachtung von kranken Menschen, die Beschreibung der Rahmenbedingungen, in denen der betreffende lebte, krank wurde, genau oder krank blieb und verstarb, zu übernehmen. Dazu gehörte auch die genaue Beschreibung der Therapie und die Reaktionen darauf, aber auch die genaue Beschreibung des Individuums, die auf die jeweiligen Menschen und deren aktuellen »Zustand« abgestimmte medizinische Behandlung und des Verlaufs der Krankheit. Aus all diesen Beschreibungen ließen sich einzelne typische Krankheitsbilder konstruieren, was aber nicht das vordringlichste Ziel gewesen sein dürfte. Bei Sydenham und Boerhaave sowie bei deren Schülern stand der Wunsch der genauen Beschreibung der Symptome, der Therapie und des individuellen Krankheitsverlaufes im Vordergrund. Es handelt sich hierbei um eine Methode, die von Sydenham

30 Vgl. Andrew CUNNINGHAM, *The Anatomical Renaissance. The resurjection of the anatomical projects of the ancients* (1997).

31 CUNNINGHAM, *Medicine to calm the mind* (wie Anm. 29).

und Boerhaave auf Hippokrates zurückgeführt wird, aber im späten 17. und 18. Jahrhundert entwickelt bzw. als solche definiert wurde. Diese Herangehensweise findet sich jedenfalls auch bei den »Autoritäten« der so genannten ersten Wiener medizinischen Schule, die, im Gegensatz zu vielen Regionen Europas, die Möglichkeit hatten, zahlreiche Leichenöffnungen vorzunehmen, sodass es zum wissenschaftlichen »Standard« gehörte, der Beschreibung des Krankheitsfalles auch den pathologisch-anatomischen Befund anzufügen. Allerdings, ein Aspekt, der noch grundlegender wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf, ist die Tatsache, dass diese Form der »Krankengeschichte« zumindest in Wien nicht unüblich gewesen sein dürfte. Die Obduktionsprotokolle von Angehörigen der kaiserlichen Familie des 17. und 18. Jahrhunderts sind in genau dieser Weise verfasst. Auf eine genaue Beschreibung des Krankheitsverlaufes und der angewandten Behandlung folgt eine genaue Beschreibung der einzelnen Organe und der Veränderungen derselben – ohne jegliche Interpretation. Von der »Idee« her eine ähnliche Basis dürfte auch die Tatsache haben, dass in Wien von 1648 an regelmäßig, davor unregelmäßig (was möglicherweise auf Verluste von Aufzeichnungen zurückzuführen ist), durch das Totenbeschreibamt festgehalten wurde, woran Menschen verstorben waren.<sup>32</sup>

Um nun aber wieder auf Hahnemann und seine Lehre zurückzukommen: Hahnemann steht in der Tradition der exakten Krankenbeobachtung und Darstellung von Krankheitsverläufen. Die Beschreibung der Patienten zeigt die aktuelle, individuelle Situation und interpretiert nicht. Dabei werden Dosierungen von Arzneien, therapeutische Handlungen und Reaktionen von Patienten genauestens festgehalten. Die von Hahnemann verfassten »Krankenjournal« entsprechen diesem Schema und sind grundlegender Teil der Homöopathie geblieben.

Zur Illustration dieser Herangehensweise möchte ich zunächst die von Hermann Boerhaave propagierte Art der Krankenbeobachtung und die Untersuchung Anton von Störcks (1731–1803), einem Schüler Gerhard van Swietens und dessen Nachfolger in allen Ämtern, über Stramonium »Antonii Stoerck tibellus quo demonstratur Stramonium, Hyoscianum, Acornitum non solum tuto posse exhiberi usu interno hominibus, verum et ea esse remedia in multis morbis maxime salutifera, junguntur simul harum plantarum aere excusae 1762« vorstellen. Letzterer wird von der Geschichte der Homöopathie große Bedeutung zugewiesen.

In den Aphorismen zur Kenntnis und Heilung von Krankheiten beschreibt Hermann Boerhaave, wie eine genaue Krankheitsbeobachtung erfolgen sollte<sup>33</sup>:

»Observatio habetur

1. ex accurata historia morbi, enarrante causas, naturam, effectusque mali
2. ex enumeratione exquisita eorum, quae prosunt vel nocent, dum casu, vel arte, morbo submitrata sunt
3. ex introspectis cadaveribus incisus eorum, quorum morbi observati fuerint prius ex similitudine concludit, qui observatis iam, adeoque cognitis, casum praesentem, hactenus ignotum, comparans de indole et curatione mali incogniti argumentatur, a praeteritis ad futura arguens.«

32 Eine Frage, die nicht nur ich mir schon lange stelle. Andrew Cunnigham versuchte dies am Beispiel der Schule von Eibing zu klären (s. letzte Fußnote). Für Wien kann dieser Erklärungsversuch jedoch nicht übernommen werden. In Österreich völlig andere Strukturen des Gesundheitswesens bestanden und völlig andere politische und soziale Rahmenbedingungen herrschten. Die Geschichte der ersten Wiener Schule ist bei weitem nicht ausreichend bearbeitet worden.

33 Dazat: Arnold MICHALOWSKI, EDV-unterstützte Edition der Hahnemannschen Krankenjournal. In: *MedGG11* (1993) 219–227.

34 Urs Leo GANTENBEIN, Der Einfluß der Ersten Wiener Schule auf das Arzneiverständnis bei Samuel Hahnemann. In: *MedGG 19* (2001) 229–249.

35 Hermann Boerhaave aphorismi de cognoscendi et curandis morbis ... Lipsiae et Halae 1739 p. 3.

Sie sollte aus der genauen Beschreibung der Krankengeschichte bestehen, in der die Gründe, der Charakter und die Auswirkungen der Krankheit beschrieben werden. Weiters sollten sämtliche therapeutische Maßnahmen und deren Effekte genau aufgezeichnet werden. Schließlich sollten die Leichenöffnung die beobachteten Veränderungen dargestellt werden. In der Beschreibung von Stramonium durch Störck findet sich diese Herangehensweise befolgt: Im Folgenden möchte ich versuchen, zu vermitteln, wie detailgetreu Störck diese Versuche beschrieb.

Zu Beginn des Textes wird die Pflanze selbst und die Umgebung, in der sie wächst, vorgestellt. Im Buch befindet sich auch eine Abbildung, verwiesen wird weiters auf die Beschreibungen in den botanischen Systemen von Carl v. Linné (1707–1778) und Caspar Bauhin (1560–1624). Dann wird beschrieben, wie und wann die Pflanze gesammelt wurde, wie sie riecht und wie sie schließlich bearbeitet wurde: Die Wurzel wurde entfernt, die Blätter zerkleinert, in einem Marmorgefäß zerstoßen und der Saft ausgepresst. Dabei geschah, im Gegensatz zu den Warnungen in der Literatur, gar nichts. Auch der Assistent, den Störck mehrfach nach seinem Wohlbefinden befragte, beobachtete keine Veränderungen. Anschließend nahm Störck das Abendessen ein (*„... optime cenavi ...“*) und begab sich zur Ruhe. In demselben Zimmer blieb, bei geschlossenem Fenster, das Gefäß mit dem zerstoßenen Stramonium stehen. Er schlief offensichtlich gut, erwarde mit etwas Kopfschmerzen, die sich jedoch bald verflüchtigten. Zur Weiterverarbeitung drückte er aus dem zerstoßenen Kraut den Pflanzensaft aus und erwärmte diesen über wenig starkem Feuer, wobei er mehrfach mit einem hölzernen Spatel umrührte. Die eingedickte Masse ließ er auskühlen und nahm dann eineinhalb Gran (1 Gran = 72 mg)<sup>36</sup> davon in den Mund, spürte keinerlei Reaktion, drückte es gegen den Gaumen, löste es mit Bewegungen der Zunge auf und bemerkte lediglich einen unangenehmen Geruch und Geschmack des Mittels. Um zu sehen, was weiter passiert, aß und trank er vier Stunden lang nichts, bemerkte aber weiterhin keinerlei Reaktionen. Von den alten Autoritäten wurden jedoch eindeutige Vergiftungserscheinungen bei Gesunden beschrieben, weshalb diese Pflanze nicht für die Therapie eingesetzt wurde. Störck stellt sich hier jedoch die zentrale Frage:

*»Si stramonium turbando mentem adfert insaniam sanis, an non licet experiri, num insipientibus et mente capitis turbando, multandoque ideis et sensortium commune adferret mentem sanam et convulsis tolleret contrario motu convulsiones.«*

Wenn also Stramonium den Geist gesunder Menschen verwirrt und bei Gesunden »Wahnsinn« hervorruft, wäre zu versuchen, ob es nicht bei Kranken und geistig verwirrten die Wahneiden verändern kann, so einen klaren Geist hervorrufen und Konvulsionen durch die (durch Stramonium verursachten) entgegengesetzten Krämpfe aufheben würde.

Diese zentrale Überlegung wird gerne als eine Art von Grundlegende für die Entwicklung des »Simile-Prinzips« der Homöopathie betrachtet. Tatsächlich handelt es sich um eine Art von doppeltem »Contraria«-Prinzip – Stramonium bewirkt geistige Verwirrung und Wahneiden sowie Konvulsionen. Bei Menschen, die derartige Symptome nicht haben, werden sie hervorgerufen; bei Menschen, die an derartigen Symptomen leiden, werden durch die Einnahme des Mittels gegenläufige Konvulsionen erzeugt, die die bestehenden aufheben. Möglicherweise dachte Störck hier sehr mathematisch-mechanistisch (was in Boerhaaves Konzept der Heilkunde wesentliche Bedeutung hatte) und

seine Überlegungen sind mit einander überlagernden und auslöschenden Wellenbewegungen zu beschreiben. Oder einfach: Zwei Gegensätze löschen einander aus.<sup>37</sup>

Die Umsetzung dieser Überlegungen lässt nicht lange auf sich warten:

*Erat haec idea a longe petita, nec tamen omni felici eventu caruit. Et experimenta!*

Als erstes Experiment berichtet er von der Behandlung eines zwölfjährigen Mädchens. In der von Boerhaave geforderten Weise werden ihr Zustand, die Behandlung und die Reaktionen genau beschrieben. Zunächst erhält das Mädchen morgens und abends je ein halbes Gran des Stramoniumextraktes in Form von »Pillulae«<sup>38</sup>; zwei Wochen lang zeigt sich keine eindeutige Besserung, in der dritten Woche wird das Mädchen jedoch ruhiger und geistig klarer, nach zwei Monaten ist es völlig gesund.

Das zweite Experiment wird an einer vierzigjährigen Frau vorgenommen, die unter starken anfallsartig auftretenden Kopfschmerzen mit Schwindel und geistiger Verwirrung leidet. Zunächst erhält auch sie morgens und abends je ein halbes Gran des Extraktes, unter Tags fühlt sie sich besser, die Nächte bleiben unruhig, eine Erhöhung der Dosis führt zu einer leichten Verbesserung des Zustandes. Nach fünf Wochen tritt eine Verschlechterung auf, weshalb auf eine übliche Behandlung mit einem krampflösenden und sedierenden Arzneimittel übergegangen wird, kurz darauf verstirbt die Patientin jedoch. Die nachfolgende Obduktion ergibt offensichtlich eine ausgedehnte Verkalkung der Gehirnenen und weitere Veränderungen des Gehirns, die Störck als unheilbar betrachtet.<sup>39</sup> Er stellt jedoch fest, dass die Behandlung mit Stramonium zumindest die durch diese massiven Veränderungen hervorgerufenen Symptome gemildert hätte<sup>40</sup>.

Störck bzw. die so gen. erste Wiener Schule dürften auf Hahnemann großen Eindruck gemacht haben, wie auch Urs Gantenbein feststellt und darauf verweist, dass Hahnemann selbst dies erwähnt<sup>41</sup>. Die denkerischen, nämlich das (hier) übliche Gleichgewichtsmodell, und die methodischen Grundlagen nahm Hahnemann offensichtlich mit und wandte sie auch weiterhin an, wie sich beim Lesen des Organon und einzelner Krankengeschichten zeigt<sup>42</sup>. Eine weitere Frage wäre, ob sich Vorläufer oder Rahmenbedingungen für die Idee der verstärkten Wirkung eines Arzneimittels durch die Verdünnung finden lassen. Der »Sparkurs« in Wien, die stark beschränkte Einfuhr verschiedenster »ausländischer« Produkte und die Aufforderung, sich darum zu bemühen, »Ausländisches« durch »Einheimisches« zu ersetzen, basierte auf der wirtschaftlichen Praxis der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Es wäre daher sehr nahe liegend, dass dies einerseits ein Motiv dafür war, dass Untersuchungen, wie sie von Störck durchgeführt wurden, in Angriff genommen wurden, andererseits, vielleicht auch aus akutem Mangel an einem bestimmten Arzneimittel, die Wirkung von verdünnten Arzneimitteln beobachtet wer-

37 Vielleicht könnte auch das mathematische Gesetz »Minus mihi Minus ergit Plus« eine gewisse Beziehung zu diesen Überlegungen gehabt haben – immerhin wird in Boerhaaves Konzept der medizinischen Ausbildung großer Wert auf Mathematik und Physik gelegt.

38 Die von der Größe her mit kleinen Baldrianperlen oder großen Globuli vergleichbar sind.

39 Der Obduktionsbefund lautet: »... omnes venaes cerebri varicositas sinus febriformis ex anteriore parte erit ad longiorum tunis et dimidii pellicis osseus, anteriores huius ventriculi cerebri erant praeternaturaliter distorti reptetique multitis bydatidibus diversae magnitudinis et formae.« In: Stoerck, Stramonium p.12.

40 Störck gibt keine nähere Auskunft über die Patientinnen. Eine soziale Herkunft ist daher nicht eruierbar. Mir fällt zunehmend auf, dass beschriebene »erste Versuche« häufig Frauen betreffen ...

41 GANTENBEIN, Wiener Schule (wie Anm. 34) 239–240.

42 Samuel HAHNEMANN, Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der 6. Auflage bearbeitet und herausgegeben v. Josef M. SCHMIDT (1992).

36 Ewald GEISSLER, Joseph MOHLLER (Hrsg.), Real-Encyclopädie der Gesamten Pharmacie – Handwörterbuch für Apotheker, Ärzte und Medicinalbeamte V (Wien und Leipzig 1888) 8 f.

den konnte<sup>43</sup>. Will man den auf eine Kollektivgeschichtsschreibung ausgerichteten Begriff »Schule« anwenden und versteht darunter eine Gruppe von Personen, die einer bestimmten Denkweise und Methodik, die der individuellen »Wissensproduktion« zu Grunde liegt, folgen, ist es sicher gerechtfertigt, Samuel Hahnemann als einen Vertreter dieser Schule zu sehen, der diese Denkweise und Methodik anwandte und beibehielt, aber schließlich seine eigenen Wege ging und eine eigene Therapieform entwickelte. Die Frage ist jedoch, wie sinnvoll und notwendig eine derartige Einordnung ist. In der Homöopathie wurden die grundlegende Denkweise und die Methode der Wissensproduktion auch von jenen, die sie während und nach Hahnemanns Lebzeiten praktizierten, erweitert und weitergegeben, beibehalten.

## Die Medizin im Österreich des 19. Jahrhunderts

Die Frage ist nun, wie und von wem diese Therapieform in Österreich praktiziert und weitergegeben wurde und unter welchen Umständen die weitere »Wissensproduktion« erfolgte.

Die politischen und sozialen Rahmenbedingungen für die Medizin als Wissenschaft und Praxis in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hat Claudia Wiesemann mit speziellem Bezug auf die Situation in Wien in ihren Arbeiten über Joseph Diel und den therapeutischen Nihilismus hervorragend beschrieben<sup>44</sup>. Ich möchte hier besonders darauf hinweisen, dass sie auch die Auseinandersetzung mit Joseph Diel in der Medizingeschichtsschreibung und die »Übertragung« des »therapeutischen Nihilismus« von einem der Herren der zweiten Wiener Schule, Joseph Skoda, auf einen »abtrünnigen Schüler« desselben (Joseph Diel), der jedoch sein Kollege und Mitstreiter war, durch die Medizingeschichtsschreibung des 20. Jahrhunderts ausführlich dargestellt hat<sup>45</sup>. Eine therapeutische Haltung, die den Verlauf von Erkrankungen beobachtete, es aber als eine Art von oberstem Prinzip betrachtete, nichts zu unternehmen und der Natur ihren Lauf zu lassen, passte offensichtlich nicht in die Heroengeschichte der zweiten Wiener Schule, wie sie im 20. Jahrhundert geschrieben wurde. Interessant wäre es, ob tatsächlich keine oder wenig therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung standen, ob bisheriges therapeutisch durchaus nicht völlig unwirksames Wissen bereits vergessen war bzw. warum es abgelehnt wurde, dieses anzuwenden. Andererseits ist es gut möglich, dass einfach Beobachtungen des Ablaufs von Erkrankungen ohne »Verfälschung« durch therapeutische Maßnahmen gesammelt werden sollten. Der exakten Beobachtung am Krankenbett und in der für die Forscher beobacht- und beeinflussbaren Umgebung des Kranken, die das Krankenhaus ermöglichte, brachte Ergebnisse, die durch die konsequente Durchführung pathologisch-anatomischer Untersuchungen komplettiert wurden und auch statistisch verwertbar

43 Vgl. dazu den Beitrag von Anna Spitta in diesem Band. Die sehr intensiv geführte »Spurensuche« ähnelt einer homöopathischen Suche nach dem möglichst ähnlichen Arzneimittel, bei dem viele »Symptome« auf das »simile« hinweisen, das »similissime« sich aber nicht finden lassen will. Möglicherweise verhält es sich mit Quellen zur Beantwortung dieser Frage auch wie mit dem sprichwörtlichen Wald, der vor lauter Bäumen nicht mehr gesehen werden kann. Während der Recherchen wurden wir den Eindruck nicht los, dass die Lösung direkt vor unseren Nasen lag. Wir beschlossen daher, in guter Boerhanverscher Methodik (oder besser in jener der 1. Wiener Schule?) alles Gefundene zu beschreiben, zu veröffentlichen und die Lösung kommenden Zeiten zu überlassen.

44 Claudia WIESEMAN, Der Aufstand in der Fakultät. Zur rhetorischen Funktion des »therapeutischen Nihilismus« im vorwärtlichen Wien. In: Hist. Phil. Life Sci. 15 (1993) 181–204 und dies., Josef Diel und der therapeutische Nihilismus. Zum historischen und politischen Hintergrund einer medizinischen These (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte 28, 1991).

45 Claudia WIESEMAN, Josef Diel (wie Anm. 43) 31–36.

waren. Hier könnte eine ähnliche Haltung wirksam sein, wie sie für die Entwicklung der Geburtshilfe bereits beschreiben wurde<sup>46</sup>. Immerhin erhielten die Patienten des Allgemeinen Krankenhauses medizinische und pflegerische Betreuung, die sie sonst vermutlich nicht in Anspruch hätten nehmen können<sup>47</sup>. Für viele Patienten wird ein derartiger Krankenhausaufenthalt wohl auch bedeutet haben, schwierigen Lebensumständen im Bezug auf Ernährungs- und Wohnungssituation, Arbeitsbelastung uvm. für einige Zeit zu entkommen. Im Gegenzug dafür standen sie »der Forschung« zur Verfügung. Auch die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen wie Kleidung, Tagesablauf, Ernährung etc. hat einerseits den Aspekt einer sozialen Disziplinierung, andererseits erinnern diese stark an »Laborbedingungen«, die physikalische oder chemische Abläufe beobacht- und wiederholbar machen. »In einem abgeschlossenen System verhält sich eine Kugel auf einer schiefen Ebene wie ...«

Um physikalische Gesetzmäßigkeiten herauszufinden, mussten (müssen) zahlreiche wiederholbare Experimente unter wiederholbaren Rahmenbedingungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieser zahlreichen Experimente wurden zusammengefasst und daraus Gesetzmäßigkeiten abgeleitet. Eine weitere Forderung bestand/steht auch darin, dass der Beweis der Richtigkeit dieser Beobachtungen jederzeit und an jedem Ort wiederholt werden kann und zu denselben Ergebnissen führt, wenn die angeführten Rahmenbedingungen eingehalten werden. Umgelegt auf eine Medizin, die sich als »naturwissenschaftlich« betrachtet, bedeutet dies, dass es sich bei dem »abgeschlossenen System« bzw. bei den immer gleichen Rahmenbedingungen um die Umgebung im Krankenhaus handelt, bei der beobachteten Kugel um die Patienten. Dieses Gedankengebäude hat jedoch einen Mangel – bei der Kugel ist es notwendig, dass sie immer aus demselben Material hergestellt ist, eine Forderung, die für Patienten jedoch nur schwer erfüllbar ist<sup>48</sup>, von der die neue, naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts jedoch ausging.

Prinzipiell ist es nahe liegend, dass typische Krankheitsbilder, wie im methodischen Ansatz von Sydenham und Boerhaave, gesucht werden, um für diese therapeutische Ansätze zu finden, die rasch und ohne großes Risiko bei den meisten an dieser Krankheit leidenden Menschen eingesetzt werden können. Dies würde auch dem Wunsch entsprechen, möglichst vielen Menschen Zugang zu medizinischer Betreuung zu ermöglichen und dadurch den Gesundheitszustand der arbeitenden (und konsumierenden) Bevölkerung zu verbessern bzw. zu sichern. Dies entsprach den Wirtschaftstheorien des 18. Jahrhunderts, die u.a. eine große möglichst produktive Bevölkerung als Reichtum des Staates betrachtete. Bemerkungen, wie jene von Anton v. Störck in seiner Funktion als Direktor der medizinischen Studien in Wien machen dies deutlich, auch wenn sie möglicherweise weniger die Denkweise der Person selbst wiedergeben, sondern vor allem als gutes Argument, das schließlich zum Ziel führte.

»Es ist eine der vornehmsten Angelegenheiten eines wohl eingerichteten Staates für die Erhaltung seiner Bürger zu sorgen. Seine Macht wächst und fällt nach dem Maße des Wachstums oder der Abnahme seiner Glieder. Nicht seyn oder durch Krankheit für die Bedürfnisse der Gesellschaft

46 Verena PAWLOWSKY, Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784–1910 (Innsbruck 2001).

47 Leider gibt es bislang keine Studien über die PatientInnen des Allgemeinen Krankenhauses, weshalb auch nur davon ausgegangen werden kann, dass es sich, wie in andern Spitälern Europas auch um Angehörige ärmerer Bevölkerungsschichten handelte. Vgl. z.B.: Reinhard SPREE, Anspruch und Wirklichkeit der Krankenhausbehandlung im 19. Jahrhundert. In: MedCG 19 (2001) 143–152.

48 Und die in der traditionellen europäischen Medizin Berücksichtigung fand.

untauglich seyn, läuft in dieser Betrachtung auf eines hinans. Alle bitrgerlichen Handlungen setzen das physische Wohl unsers Körpers zum Grunde voraus.«<sup>49</sup>

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass auf die Ausbildung von zahlreichen Heilkundigen großer Wert gelegt wurde, immerhin wurden sie auch benötigt. Ein medizinisches bzw. therapeutisches Modell, das es erlaubte, in kurzer Zeit möglichst viele Personen zu erfassen kam diesen Bedürfnissen daher entgegen. Möglicherweise liegt hierin das Bedürfnis, möglichst viel an medizinischem Wissen zusammenzutragen, wie dies im 1784 gegründeten Allgemeinen Krankenhaus aufgrund der hohen Zahl von Patienten möglich war. Dem josephinischen Denken entsprechend wäre jedoch die Beschäftigung mit therapeutischen Möglichkeiten das primäre Ziel gewesen, weniger das Beobachten von Krankheitsabläufen ohne das Ziel, eine Therapie zu finden, wie dies für die naturwissenschaftliche Medizin der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als charakteristisch beschrieben wird. Die Berichte der Absolventen der Josephsakademie über die erfolgreiche bzw. teilweise erfolgreiche Behandlung von Krankheiten sowie die Beschreibung einiger von ihnen erfolgreicher bzw. am jeweiligen Einsatzort kennen gelernter Gerätschaften oder Therapieformen zeigen, dass vor allem auf therapeutische Erfahrung Wert gelegt wurde. Häufig wurden auch kleinere Präparate, wie etwa entfernte Fremdkörper, diesen Berichten beigelegt. Von der Josephsakademie wurden diese offensichtlich mit dem Ziel gemeldet, Wissen zusammenzutragen, auszuwerten und gegebenenfalls weiterzugeben. Hierbei zeigte sich die Sinnhaftigkeit von exakt durchgeführten Krankenbeobachtungen, die nach einem bestimmten Schema verfasst waren.

Die politische Restauration des Vormärz befürchtete in der Folge einer eher freien Denkweise des Josephinismus in jeder möglichen Neuerung eine Gefährdung des bestehenden Systems. Hinzu kam die Haltung einer Ärzteschaft, die befürchtete, eine soziale und politische Machtposition zu verlieren. Dass auf Therapie mehr Wert gelegt wurde als auf die Erforschung von Krankheiten, deren Ursachen und Verläufe jedoch eher als Fortsetzung bereits bestehender Denkweisen verstanden werden kann, ist nicht notwendigerweise mit einer weniger intensiven wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Medizin verbunden. In Kombination mit den von Claudia Wiesemann beschriebenen politischen und sozialen Faktoren birgt dies jedoch Sprengstoff, der sich schließlich in Diets gerne als »Manifest des therapeutischen Nihilismus« bezeichneten Publikationen entladen konnte.<sup>50</sup> Es entwickelte sich eine Medizin, die es nicht bzw. nicht primär als ihre Aufgabe sah, Therapien zu entwickeln, sondern sehr stark auf mathematisch-naturwissenschaftlichen Methoden basierende Beschreibungen von Krankheitsverläufen und deren pathologisch-anatomischen Äquivalenten erstellen wollte.<sup>51</sup>

Nun kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass mit Beginn der zweiten Wiener Schule außerhalb des Allgemeinen Krankenhauses, möglicherweise auch außerhalb anderer Spitäler, keine Behandlung von Krankheiten mehr stattfand. Auch wenn Absolventen eher im »Nichtstun« als Therapie ausgebildet waren, werden sie spätestens dann, wenn sie außerhalb des Krankenhauses medizinisch tätig sein mussten, vor einem Problem gestanden sein, das es schleunigst zu lösen galt, wollten sie wirtschaftlich überleben (vielleicht auch physisch, um nicht von wütenden Patienten entsprechend »behandelt« zu

werden). Hier zeigt sich die enorm große Diskrepanz zwischen dem, was die (österreichische) Medizingeschichtsschreibung bisher über das 19. Jahrhundert zu berichten weiß und was leider auch wir in diesem Buch nicht beantworten konnten. Wer betreute Kranke außerhalb des universitären Bereiches und wie? Es ist kaum vorstellbar, dass es sich Heilkundige außerhalb des »geschützten Machtbereiches Krankenhaus« erlauben konnten, Patienten und deren Angehörige mit einem »wissenschaftlich« fundierten therapeutischen Nihilismus gegenüberzutreten – aber wie wurde behandelt?

Eine Antwort darauf liegt in den Strukturen des Gesundheitswesens selbst und in der Ausbildung jener, die dieses trugen – jenen Wundärzten bzw. besonders »Landwundärzten«, die einen großen Teil ihrer Ausbildung immer noch über die von der Medizingeschichtsschreibung viel geschmähte »rein handwerkliche« Wissensvermittlung erhalten hatten. Neben dem Studium der Medizin, der Chirurgie und der Geburtshilfe und der kostenlosen, aber mit einer Verpflichtung, zumindest einige Zeit lang im Militärdienst tätig zu sein, verbundenen Ausbildung am Josephinum, gab es auch noch die Möglichkeit, einer Lehre bei einem Wundarzt mit nachfolgendem Kurzstudium an einer Universität. Diese Studenten erhielten nicht nur eine chirurgische Ausbildung, sondern auch eine umfangreiche medizinische (in dieser Zeit gleichbedeutend mit internistischer) Unterweisung, mitsamt klinischer Ausbildung.<sup>52</sup> Die Ausbildung zum Wundarzt wurde durch das Reichsanitätsgesetz von 1870 eingestellt, das Grenium der Wundärzte wurde 1901 aufgelöst bzw. der Arztekammer eingegliedert, was bedeutet, dass zumindest noch eine Generation lang auf diese Weise ausgebildete Heilkundige praktizierten. Dass hier auch therapeutisches Wissen »überlebte« bzw. überleben musste, ist wohl nahe liegend. Hinzu kommt, dass diese »Landwundärzte« über große praktische Kenntnisse verfügen mussten, um Patienten betreuen zu können – »Wissenschaftlichkeit« wird hier wohl nicht sehr gefragt gewesen sein, abgesehen davon, dass es sehr schwer vorstellbar ist, dass im Zuge des von den Großen der zweiten Wiener Schule propagierten »Abwartens« (oder Nichtstuns) nun auch sämtliche akademischen Ärzte diesem therapeutischen Ansatz folgten (bzw. es sich erlauben konnten, diesem zu folgen).

## Schul- und Erfahrungsmedizin

In diesem »außeruniversitären« Milieu sind nun also jene Heilkundigen zu suchen, die auch die Homöopathie betrieben und weitergaben. Es ist also zu überlegen, ob die Homöopathie in Österreich in der zweiten Hälfte des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts tatsächlich abgekommen ist, oder vielmehr »anderswo hingekommen ist« oder noch besser, dorthin gekommen ist, wo sie eine Medizingeschichte, die sich vor allem mit akademischen Heroen beschäftigt, nicht sehen kann.

Allerdings ist es wohl für heutige Homöopathen keine »Schandek«, ihre »Vorfahren« nicht unter den bekanntesten großen Ärzten, die bisher von der Medizingeschichtsschreibung berücksichtigt wurden, zu finden – immerhin wurde das Gesundheitswesen weder von den »Großen« getragen noch von allen »großen Ideen« sofort durchdrungen (sehr zum Ärger mancher »Großer«) – Die Frage ist aber auch, was vielen Menschen dadurch erspart blieb!

Die viel geschmähten Landwundärzte, Hebammen, Krankenpflegerinnen (z.B. Barmherzige Schwestern), Apotheker, Augenärzte und Dentisten hatten wohl während ihrer Ausbildung in Spitälern häufig bei »medizinischen Großen« in Spitälern gelernt, wenn ihnen

<sup>49</sup> OSTA, AVA; Akten der Studienhofkommission Kart 4 (Vortrag der Studienhofkommission, die Zahl der bey hiesiger Universität angestellten Lehrern betreffend; 30.11.1782; Votum des Hofrats Freyherr v. Störck fol. 72).

<sup>50</sup> Josef DIETL, Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiedner Bezirkskrankenhaus. In: Zeitschrift d. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1 Jg., Bd.2 (1845) 9-26, 99-113, 186-204, 304-329, 431-465 und ders. Anatomische Klinik der Gehirnkrankeiten (1846). Dazu Claudia WIESEMANN, Josef Dietl (wie Anm. 43) 17-27.

<sup>51</sup> Claudia WIESEMANN, Aufstand in der Fakultät (wie Anm. 43) 195-201.

<sup>52</sup> Dazu z.B. Gerlinde MÖSER-MERSKY, Franz Reiss, praktischer Arzt in Kierling (1817-1900) in: Virus 2 (2001) 5-12.

dort überhaupt das »Allerneueste« vermittelt wurde, so mussten sie mit dieser Ausbildung auch im Alltag bestehen. Vieles »Moderne« aus der Klinik wird sich dabei möglicherweise im Endeffekt als unpraktikabel herausgestellt haben, vielleicht sogar schneller, als es schließlich auch von wissenschaftlicher Seite als Unsinn erkannt wurde. In diesem Sinn könnten die genannten Heilkundigen vielleicht sogar eine Art von »Präservativfunktion« für Patienten, gehabt haben, die einer dem 19. und (früher?) 20. Jahrhundert eigenen Ethik verpflichteten medizinischen Wissenschaft entgegen. – Dies führt jedoch zu einer Frage, die hier nicht weiter behandelt werden soll.

Meiner Meinung nach ist es der naturwissenschaftlich orientierten Medizin gelungen, gute und für Patienten immer weniger belastende Diagnosemöglichkeiten sowie medizinische Behandlungsformen zu entwickeln, die das Überleben von bzw. das Leben mit schweren Erkrankungen erlauben. Ich halte es für unverantwortlich, etwa aus Kostengründen Patienten diese Ergebnisse medizinischer Forschung vorzuenthalten. Es erscheint mir aber als sinnvoll, auch daran zu denken, dass Menschen nicht nur an diagnostisch »manifesten« Veränderungen leiden, sondern körperliche Veränderungen von vielen Menschen bereits wahrgenommen werden, bevor Schäden manifest sind bzw. in heutigem medizinischen Denken als behandlungsbedürftig verstanden werden oder mit heutigen Diagnosemethoden nachgewiesen werden können. In vielen Bereichen behindert ein unreflektierter »Wissenschaftsbegriff« die Sichtweise auf medizinische Denkweisen und therapeutische Ansätze, die bislang vor allem mit Erfahrung und Behandlungserfolgen argumentieren kann. Zum einen sollte gerade die Medizin ein Bereich sein, in dem auch praktische Erfahrung zählt und Therapieerfolge als solche akzeptiert werden, zum anderen wäre es ja durchaus auch für eine naturwissenschaftlich orientierte medizinische Forschung nicht uninteressant herauszufinden, warum eine in vielen Fällen bewährte Therapiemethode erfolgreich ist. Hinzu kommt, dass sich bereits einige Beobachtungen der »alten europäischen Medizin« mit modernen, naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden erklären lassen. Bedenkt man, dass immerhin einige tausend Jahre Zeit waren, um Menschen zu beobachten und dieses Wissen zu sammeln, zu verschriftlichen, zu ergänzen, zu verfälschen, wieder zu reinigen, »anders« zu sehen usw., so könnte durchaus einiges an Brauchbarem für Bereiche, die heute nicht von der Medizin erfasst werden (können), zu finden sein. Eigentlich ist es enorm schade, die Mühe, die viele Generationen von Heilkundigen in die Entwicklung von medizinischem Wissen investiert haben, nicht zu honorieren und auf dieses Wissen gänzlich zu verzichten – noch dazu, wo im Zuge der hier skizzierten »Überlegungen zu medizinischem Denken und Handeln« vielleicht doch klarer geworden ist, dass sozio-ökonomische und politisch-kulturelle Einflüsse »Wahrnehmungen« und »Definitionen« von Gesundheit und Krankheit beeinflussen und davon auch abhängig ist, was als »Wissenschaft« betrachtet wird. Um den Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie deren Hintergründe und Rahmenbedingungen erklärbar und heute verstehbar zu machen, ist es notwendig, eine Medizingeschichte anzubereiten zu lassen, die sich mit fundierten historischen Methoden dieser Fragen anzunehmen bemüht und sie nicht nur als »ancilla medicinae« zu missbrauchen, die von der Herrin akzeptiert wird, wenn sie ihr schön tut und ihre Herrschaft rechtfertigt, aber verstoßen wird, wenn sie sie auf ihre Herkunft hinweist und ihr auf die Zehen steigt, indem sie ihr die vielleicht weniger angenehmen und heroischen Seiten ihrer Herkunft nachweist. Zeichen eines seriösen Umganges von Menschen mit sich selbst, aber noch viel mehr von »Ergebnissen« menschlichen Intellekts, wie es die Medizin nun einmal ist, ist es aber, sich der eigenen Geschichte zu stellen, sich mit ihr auseinander zu setzen und diese in das Jetzt und Heute zu integrieren, statt sie zu verdrängen und als endgültig überwunden zu betrachten.

## Anna Spitta

### Wiener Einflüsse auf die Entstehung der Homöopathie – Ein Forschungsbericht

Anfang 1777 reiste Friedrich Samuel Hahnemann (1755–1843) nach Wien, um hier sein Medizinstudium, das er zwei Jahre zuvor in Leipzig begonnen hatte, fortzuführen.

Ausschlaggebendes Moment für den Wechsel des Studienortes war das von Hahnemann als äußerst unbefriedigend empfundene Lehrangebot, das in Leipzig, wie an den meisten Universitäten dieser Zeit auch, aus rein theoretischen Vorlesungen bestand. Im Gegensatz dazu war in Wien die praktische Unterweisung am Krankenbett seit der von Gerard van Swieten (1700–1772) initiierten und in den vierziger und fünfziger Jahren des 18. Jahrhunderts durchgeführten Reform des klinischen Unterrichts bereits wesentlich Bestandteil des universitären Medizinstudiums.



Der Mediziner Joseph von Quarin war einer der wichtigsten Lehrer Hahnemanns in Wien.