

Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie

**Mitteilungsblatt der
Viktor von Weizsäcker
Gesellschaft**

Herausgegeben von

B. Neundörfer, Erlangen
K. Heinrich, Düsseldorf
J. Klosterkötter, Köln
U. H. Peters, Köln

Begründet von

A. Bostroem und J. Lange

Georg Thieme Verlag
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Postfach 301120
D-70451 Stuttgart

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York
Nachdruck nur mit Genehmigung des Verlages

Mitteilungen der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft e.V.

Verantwortlich für diese Rubrik:
Dieter Janz, Berlin

Gründung und Aufgaben der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft

Anlässlich des Colloquiums „Ärztliches Ethos und medizinische Ethik bei Viktor von Weizsäcker“ im Dezember 1994 in Hannover gegründet, veranstaltete die Viktor von Weizsäcker Gesellschaft bereits zwei Jahrestagungen in Heidelberg: 1995 zum Methodenwechsel in der Medizin und 1996 zur Krankengeschichte.

Wesentliche Arbeitsvorhaben der Gesellschaft, benannt nach dem in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts wirkenden Naturphilosophen, Sinnesphysiologen und Arztes Viktor von Weizsäcker (1886–1957), werden neben der Sammlung und Sicherung des Nachlasses vor allem der Erweiterung und Vertiefung einer bislang selbst in der Medizin unzureichenden und darüber hinaus mangelhaften Rezeption seines Werkes gelten. Anfänge hierzu, verbunden mit einer behutsamen Aufnahme Weizsäcker'schen Denkens in den Geisteswissenschaften, sind seit der vom Suhrkamp Verlag betreuten Herausgabe der „Gesammelten Schriften“ zu beobachten.

Den eigentlichen Anstoß zur Gründung dieser Gesellschaft gab indes ein von den „Karl Jaspers Vorlesungen zu Fragen der Zeit“ angeregter Diskurs zur Begründung einer interdisziplinären Methodologie.

Seitens der neueren systemtheoretischen Ansätze eher verdrängt als beachtet, scheint der Gestaltkreislehre Viktor von Weizsäcker's hierbei eine unerwartete wissenschaftstheoretische, mehr noch aber kulturphilosophische Bedeutung zuzuwachsen. Im Lichte der immanenten Dialektik der Weizsäcker'schen Denkformen, die sich der Wahrnehmung der Widersprüchlichkeit des Lebendigen verdankt, erweisen sich die ethischen Probleme der modernen Humanwissenschaften letztlich als unvermeidbare Konsequenz der geltenden Denk- und Handlungsweisen.

Aus dem Werk Viktor von Weizsäcker's lassen sich nicht nur für die aktuelle Diskussion zu den Chancen und Grenzen der modernen Medizin hilfreiche Klärungen erwarten, vielmehr scheint es auch der Frage nach dem kulturellen Selbstverständnis unserer Epoche neue und überaus brisante Perspektiven zu eröffnen.

Die neugegründete Viktor von Weizsäcker Gesellschaft versteht sich daher auch keineswegs als eine medizinische Fachgesellschaft. Gleichwohl darf die Wandlung der Medizin als leitende Intention des Weizsäcker'schen Werkes gelten, freilich nicht ohne gebührende Beachtung des häufig vernachlässig-

igten kultur- und religionsgeschichtlichen Kontextes. So gehören der Gesellschaft etwa zur Hälfte Ärzte an und darüber hinaus Naturwissenschaftler, Sozialwissenschaftler, Philosophen und Theologen.

Zur Beratung des Vorstandes der Gesellschaft wurde ein Beirat einberufen, dem anerkannte Wissenschaftler und Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zugehören, die das Werk Viktor von Weizsäcker's und die Medizinische Anthropologie nachhaltig fördern. Gegenwärtig gehören dem Beirat die Herren Thure von Uexküll, Siegfried Unseld, Carl Friedrich von Weizsäcker und Richard von Weizsäcker an.

Neben der Einrichtung einer Schriftenreihe der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, die in unregelmäßiger Erscheinungsweise sowohl Monographien zur Veröffentlichung bringt, die sich der Förderung und Verbreitung des Weizsäcker'schen Werkes und seines Denkens verpflichtet wissen, als auch dem Druck von Tagungsbeiträgen dienen soll, gelten die Bemühungen der Gesellschaft derzeit einer Erweiterung der Übersetzung des Weizsäcker'schen Werkes. Nachdem wesentliche Teile des Werkes bereits in Französisch, Spanisch und Japanisch vorliegen, gilt nunmehr das Interesse der Übersetzung ins Englische. Des weiteren ist die Erstellung einer vollständigen Rezeptionsbibliographie zu Viktor von Weizsäcker in Vorbereitung.

Längerfristige Aufgabe wird die Einrichtung eines Archives sein. Hierzu bittet die Gesellschaft um Informationen zu nachgelassenen Texten, unveröffentlichten Briefwechsel, persönlichen Erinnerungen oder anderen Materialien im Umkreis des Wirkens Viktor von Weizsäcker's.

In Würdigung ihres Lebenswerkes, das auf je verschiedene Weise in der geistigen Nähe oder aber im persönlichen Umgang mit Viktor von Weizsäcker seinen Ausgang nahm, ernannte der Vorstand der Gesellschaft anlässlich der ersten beiden Mitgliederversammlungen folgende Personen zu Ehrenmitgliedern:

Paul Christian, Heidelberg (1910–1996)
Marianne Fuchs, Erlangen
Hans-Georg Gadamer, Heidelberg
Hans Schaefer, Heidelberg

Weitere Informationen sind beim Vorstandsvorsitzenden der Gesellschaft zu erhalten: Prof. Dr. med. Dieter Janz, Burgunderstraße 18, D-14129 Berlin

Tagungsbericht

Krankengeschichte: Biographie – Geschichte – Dokumentation

2. Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft vom 25.–26. Oktober 1996 im Internationalen Wissenschaftsforum Heidelberg

Als das zum „Dokument ärztlicher Arbeit“ gewordene Papier ist die Krankengeschichte eine der wenigen Gemeinsamkeiten, die die vielfältigen Spezialdisziplinen moderner Medizin noch zu verbinden vermag. Die Selbstverständlichkeit und zunehmende Formalisierbarkeit solcher Dokumentation verbirgt jedoch, daß auch deren Form und der Weise ihrer Entstehung eine Bedeutung zukommt. Dieter Janz (Berlin) verwies in seiner Einführung darauf, daß diese vielfach übersehene Bedeutung der Krankengeschichte etwas mit Geschichte selbst zu tun hat; mit der Geschichte sowohl des Kranken mit seiner Krankheit als auch des Kranken mit seinem Arzt und – nicht zu vergessen – des Arztes mit seinem Patienten und dessen Krankheit. Hieraus erwächst dann jene Spannung zwischen Hören und Schreiben, zwischen teilnehmendem Erleben und distanzierterem Protokollieren, wie sie der Erhebung jeder Anamnese eigen ist. Es erfolgt gleichsam ein Hin-und-her-bewegen „zwischen der Geschichte des Erlebten und dem Protokoll des Beobachtenden“, sowohl unter dem Anspruch von Spontaneität und Subjektivität als auch von Neugier und Teilnahme.

Diese eigentümlich paradoxe gleichwohl äußerst dynamische und lebendige Situation des Sicheinlassens auf eine Geschichte bildet für Viktor von Weizsäcker die Voraussetzung, um dem Geschehen werdender Krankheit überhaupt ansichtig werden zu können, ja sie eröffnet erst eigentlich die Chance, „gar manche unentdeckte Bedingung und manche unbeachtete Bedeutung des Krankheitsgeschehens“ aufzufinden. Genau dies meint die von Weizsäcker allzu bescheiden als „kleine Erweiterung der Pathologie“ angekündigte „biographische Methode“, die aber „nicht von einer bereits anerkannten Ordnung des Geschehens aus(geht), wie sie der neueren Medizin in den Naturgesetzen fertig vorlag ..., sondern ... von der Erwartung..., daß eine *Lebensordnung* gilt, deren Art und Gefüge uns erst mit der Arbeit aufgehen wird; diese ist somit zwar vorausgesetzt, aber doch erst gesucht.“¹ Krankengeschichte beschränkt sich dann nicht nur auf die „anatomischen und physiologischen Tatsachen“, sie ist als *eigentliche* Krankengeschichte „immer ein Stück einer Lebensgeschichte“; wobei dies „nicht ein Merkmal der sogenannten psychischen und psychogenen, sondern *aller* Krankheiten ist.“² Nimmt man die Vielfalt und Dramatik jener Lebensordnung ernst, „so ernst wie Bakteriologie, Chemie und Biologie“, hat man also die Ordnungen des Geschlechts und der Zeugung, die der Familie, der Sippe und der Rasse, des Volkes und der Völker ebenso im Blick wie die Ordnungen von Haß und Liebe, von Leidenschaft und Vernunft, ja auch die von Wissen und Glauben, so verwundert es nicht, daß Krankengeschichten literarische Gestalt annehmen können.³ Hiermit ist weniger gemeint, daß Krankengeschichten selbst eine literarische Gattung bilden, wie diese ja schon Weizsäcker überzeugend vorgeführt hat, vielmehr geht es um den Charakter des biographischen Geschehens einer Krankheitsentstehung, der sich am zutreffendsten in literarischen Kategorien beschreiben läßt. Es gibt also Krankheiten, die in der Tat den Charakter von Anekdoten ha-

ben, oder aber den eines Dramas, einer Tragödie, ja mitunter auch wahre Komödien sein können.

Sofern das Verstehen der Grundbestände menschlicher Existenz – von denen Weizsäcker als Lebensordnungen spricht – besondere, ihnen je individuell angemessene Umgangs- und Darstellungsformen erfordert, weist das Thema der Krankengeschichte zugleich ins Zentrum anthropologischer Medizin. Die Beschreibung einer Krankheit erschöpft sich dann weder in distanzierter Begrifflichkeit noch in kausalen Erklärungsmustern, vielmehr ist es die Krankheit selbst und – so muß ergänzt werden – auch die Gesundheit, die „jetzt zwischen den Menschen“ liegt, die „eines ihrer Verhältnisse und ihrer Begegnungsarten“ ist.⁴

In den ersten Vorträgen kamen eben diese Intentionen anthropologischer Medizin besonders eindrucksvoll zur Sprache. Gemeinsamer Nenner war der wechselseitige Zusammenhang von klinischer Extremsituation und lebensgeschichtlichem Kontext. So berichtete der Kunsthistoriker Peter Cornelius Claussen (Zürich) in überaus genauer und bildhaft anschaulicher Weise davon, wie er sich im Anschluß an eine notfallmäßig durchgeführte, vorher nicht geplante Herztransplantation mit der festen Überzeugung in einem Alptraum gefangen zu sein auf der Intensivstation wiederfand. Die während dieser Zeit intensiv wahrgenommenen und anschließend überraschend genau erinnerten traumatischen Erlebnisse bestanden in Szenen äußerster existentieller Bedrohung, z. B. in Scheinangriffen und Scheinexekutionen, sowie in Situationen schuldhafter Verstrickung. Dem Wortsinn der medizinischen Diagnose „Durchgangssyndrom“ nach, entsprach Claussens subjektives Empfinden auf der Intensivstation einem ‚Zustand des Reisens‘. Tatsächlich bezogen sich viele dieser traumatischen Erlebnisbilder auf Bahnfahrten oder andere Reisesituationen. Im nachhinein erschien Claussen das auf der Intensivstation Erlebte als bebildeter Bewältigungsmonolog der realen existentiellen Bedrohung, als magischer Versuch Schuld zu sühnen und als Versuch, eine unerträgliche Situation durch inneres ‚Reisen‘ und durch Erschaffung einer Welt von Bildern erträglicher zu machen.⁵

Man mag es als glücklichen Umstand bezeichnen, daß der Psychiater Michael Schmidt-Degenhard (Heidelberg) in seinem anschließenden Vortrag sich aus eigener klinischer Erfahrung der gleichen Phänomene annahm und einen Bezug zur Sichtweise der anthropologischen Psychiatrie herstellte. Schmidt-Degenhard betonte, daß die seelisch-geistigen Sinngebilde des Durchgangssyndroms nicht als Defizienz- oder Defektphänomene, sondern als kreative Produkte der Einbildungskraft aufzufassen sind. Kennzeichen der traumatischen (oneiroiden) Erlebnisformen, zu denen auch das Durchgangssyndrom zählt, ist, daß sie einen unbezweifelbaren Wirklichkeitscharakter erlangen. Bei seinen eigenen Untersuchungen an Patienten mit dem seltenen Krankheitsbild einer Polyradikulitis Guillain-Barré konnte er im Zustand der völligen Gelähmtheit formal gleichartige Erlebnisse, wie die von Claussen geschilderten, beobachten. Ursächlich hierfür sind nach Schmidt-Degenhard die Zerstörung der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen sowie die Folgen der sensomotorischen Deprivation, die bis hin zum Verlust der intersubjektiven Wirklichkeiten führt. Die Kongruenz zwischen Erleben und Verhalten zerbricht. Die Realangst wird häufig zum affektiven Grundtenor des Oneiroids. Das Oneiroid akzentuiert in seiner

Funktion als Weltgewinn und als produktive Kompensation einer unerträglichen Situation Momente ungelebten Lebens der individuellen Biographie des Betroffenen. Insofern sind subjektive Bedingungen entscheidend für die Ausgestaltung oneiroider Erlebnisformen. Die Rolle der Einbildungskraft und des Imaginären für die Psychopathologie wie auch für normales seelisches Erleben sei aber bislang leider zu wenig untersucht.⁶

Diesen beiden eng miteinander verwobenen Vorträgen fügte der Bericht der Pastorin Gisela Kröger (Berlin) eine weitere Facette hinzu. Hier kam nun tatsächlich eine Krankengeschichte zum Vortrag, die man sich dramatischer kaum vorstellen zu können glaubte. Nur scheinbar im Widerspruch zur langjährigen Tätigkeit als Krankenhausseelsorgerin in Neurologie und Herzchirurgie, geriet dieser Bericht, dessen medizinisches Zentrum gleichfalls eine Herztransplantation war, zu einem leidenschaftlichen Plädoyer weniger für die Sorge um die Seele als vielmehr für die Sorge um den Körper. Ist es einerseits gerade der Körper, dessen Leidensgeschichte nicht im Blick einer an den ‚Körperfunktionen‘ orientierten Intensivmedizin ist, so sind es andererseits die dienenden Aufgaben leiblicher Versorgung und Zuwendung, die einer gelingenden seelsorgerischen Begleitung allererst vorausgehen. Mit dieser Wahrnehmung und Ernstnahme des Körpers eröffnet sich eine neue, weithin in Vergessenheit geratene Perspektive. Es will scheinen, als ob der Körper durch intensivmedizinische Maßnahmen mitunter geradezu ins Leben zurück gefoltert und gezwungen werde, ohne daß die Frage nach dem Verhältnis von Körper und Person gestellt würde, danach, wem dieser Körper eigentlich ‚gehört‘. Geschieht hier nicht allzu schnell eine Inanspruchnahme des Körpers von außen; was am Körper ist Sache, was Person? Inwieweit sind solche vermeintlich rein körperlichen ‚Defekte‘, wie sie im Falle eines Organversagens vorzuliegen scheinen, zugleich auch Ergebnis einer Körpergeschichte, so daß man den Körper gleichsam als ein „Tagebuch der Gemeinschaften und Situationen“ in denen er als Körper ‚gelebt‘ wurde, betrachten müßte? Dann freilich mag der Körper in der Tat zum Flucht- und Konfliktort eines Selbst geworden sein, dem es an anderen Weisen der Selbst-Verwirklichung mangelt. Insofern ist es wohl doch der Körper, der gerade angesichts einer vermeintlich körperorientierten Medizin weit gefährdeter ist als die Seele? Durchaus im Sinne der Weizsäcker'schen Rede von „Stellvertretung“ und „gegenseitiger Verborgenheit“ wäre es, wenn sich Seelsorge im Umfeld moderner Intensivmedizin zuerst und zumeist als Leibsorge verstünde.⁷

Mit einem Einblick in die Problematik von Einzelfalluntersuchungen in der sozialwissenschaftlichen Biographieforschung durch den Sozialpädagogen Andreas Hanses (Bremen) endete der erste Veranstaltungstag. Hanses betonte, daß sich nur am Einzelfall die Möglichkeit bietet, Einblick in das biographische Wirkgeschehen zu nehmen. Statistische Verlaufsforschung hingegen entfernt sich infolge unvermeidlicher Abstraktion vom konkreten Fall. So gilt der Biographie- und Lebenslaufforschung das Subjekt als aktiver Erzeuger seiner Biographie. Wenn auch dem Weizsäcker'schen Konzept der ‚Wirksamkeit des ungelebten Lebens‘ große Bedeutung zukommen mag, was das Verstehen der Entwurfsweisen individueller Biographien anlangt, so mangelt es dennoch an einer Begriffs- und Theoriebildung jenseits klassisch-aristotelischer Ontologie. Dies markiert genau den Punkt, an dem die Philosophie gefor-

dert ist, eine systematische Entfaltung des Weizsäcker'schen „Impossibilitätstheorems“ zu versuchen. Zumeist wird geflüchtig übersehen, daß selbst in der Naturwissenschaft eine deutliche Abkehr vom klassischen Gesetzesverständnis erfolgt und statt dessen eine Beschreibung der Wirklichkeit im Horizont von ‚Singularität‘ und ‚Unvorhersagbarkeit‘ bemüht wird.⁸

War der erste Tag der individuell erlebten Krankengeschichte gewidmet, so kam am zweiten Tag die Problematik der Dokumentation und Kategorisierung von Krankengeschichte zur Sprache. Christian Müller (Lausanne) sprach einleitend über die Geschichte der psychiatrischen Krankengeschichte von den Anfängen systematischer Dokumentation bei Pinel bis zur Standardisierung und Formalisierung der Krankengeschichte, in der Folge der Einrichtung psychiatrischer Krankenhäuser Ende des 19. Jahrhunderts. Müller bezeichnete die Form der Krankengeschichte als einen Spiegel, in dem die aktuelle Situation der Medizin zum Vorschein komme. Insofern lasse sich die medizinische Kultur letztlich wohl daran messen, wie ihr Umgang mit der Krankengeschichte ist. Dies gelte unbeschadet der Tatsache, daß Krankengeschichten in der Weise, wie sie dem Medizinhistoriker zur Verfügung stehen, selbstverständlich immer das Ergebnis von Reduktionen, gelegentlich aber auch von Verfälschungen sind.

Peter Henningsen (Heidelberg) berichtete über die neurologische Fallgeschichte und ihren Wandel vom Forschungsgegenstand zur Literatur. Die neurologische Fallgeschichte scheint in den letzten Jahren in die Literatur abgewandert zu sein. Während in neurologischen Fachzeitschriften kaum noch Fallgeschichten anzutreffen sind, finden beispielsweise von Oliver Sacks oder von Alexander Lurja mitgeteilte Fallberichte ein großes interessiertes Publikum. Henningsen stellte die Frage, welches Menschen- und Krankheitsbild diesen populären Fallgeschichten zugrundeliegt. Während die Krankengeschichten von Freud oder von Weizsäcker – beide waren auch Neurologen – unter Einbeziehung der Geschichte der kranken Person ein erweitertes Verständnis oder wie bei Freud gar eine Verbindung von Forschen und Heilen zum Ziel hatten, wird in der modernen Fallgeschichte das gesamte, auf den ersten Blick rätselhafte und unverständliche Geschehen monokausal auf die organische Störung zurückgeführt. Faszinierend ist allerdings an diesen Krankengeschichten, daß sie wider der scheinbaren Selbstverständlichkeit physiologischer Funktionsabläufe deren Fragilität deutlich werden lassen und so eine Ahnung von der immensen Stabilitäts- und Anpassungsleistung eines Organismus zu vermitteln suchen.

Friedhelm Lamprecht (Hannover) hatte sich die doppelte Buchführung in der ärztlichen Falldokumentation und damit das Spannungsfeld von somatisch-diagnostischen Objektivierungsversuchen und subjektivierend-verstehenden Zugangsweisen zum Thema gemacht. Am Beispiel des Falles einer Patientin mit einer persistierenden neurologischen Symptomatik nach einem Unfall zeigte er die wechselseitige Bedingtheit des somatischen und psychischen Geschehens, wie auch der entsprechenden unterschiedlichen ärztlichen Zugangsweisen auf. Nur das ‚sowohl als auch‘, die Integration der somatischen und der psychotherapeutischen Zugangsweise führe zum Erfolg. In der Pflicht zur Dokumentation möglichst objektiver Befunde – was immer dies auch heißen mag – liege dann nicht nur die Gefahr einer zunehmenden Einschränkung der Frei-

heit des Arztes, sondern der Krankengeschichte gehe genau das verloren, was sie erst eigentlich zur *Geschichte des Werdens* der Krankheit eines Menschen macht.

Abschließend gab der Medizinsoziologe Hans-Heinrich Raspe (Lübeck) in wohltuender Ausgewogenheit einen detaillierten Bericht zu den vielfältigen Bemühungen der ‚objektivierten‘ Erfassung lebensgeschichtlich geprägter Einstellungen und Wertungen im Rahmen der Programme zur ‚Messung‘ von Lebensqualität. Bei einer durchaus überraschenden Leistungsfähigkeit hinsichtlich einer reproduzierbaren Datenerhebung und deren statistischen Verdichtung bleiben die Multivalenz der Parameter und deren irreduzible Abhängigkeiten ein vermutlich kaum zu überwindendes Hindernis bei der Standardisierung von Fragebögen. Wie es ohnehin keine noch so raffinierte Fragebogenerhebung vermag, eben jene Antworten der Probanden zu erhalten, die, weil sie auf keine Frage antworten, genau das aussagen, was dem ‚Befragten‘ wichtig ist: dies aber leistet erst das wirklich gelingende Gespräch.

Rainer-M. E. Jacobi (Essen)
Martin Sack (Hannover)

Anmerkungen

- ¹ Viktor von Weizsäcker, Studien zur Pathogenese (1935), Ges. Schriften, Bd. 6, S. 255f, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986.
- ² Ders., Epileptische Erkrankungen, Organneurosen des Nervensystems und allgemeine Neurosenlehre (1929), ebd. S. 61; vgl. auch ders., Krankengeschichte (1928), Ges. Schriften, Bd. 5, S. 48–66, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.
- ³ Ders., Ärztliche Aufgaben (1934), Ges. Schriften, Bd. 8, S. 146, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986.
- ⁴ Ders., Der Begriff der Allgemeinen Medizin (1947), Ges. Schriften, Bd. 7, S. 193, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1987.
- ⁵ Peter C. Claussen, Herzwechsel. Ein Erfahrungsbericht, Hanser, München 1996.
- ⁶ Michael Schmidt-Degenhard, Die oneiroide Erlebnisform. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebens fiktiver Wirklichkeiten. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1992.
- ⁷ Vgl. hierzu Viktor von Weizsäcker, Von den seelischen Ursachen der Krankheit (1947), Ges. Schriften, Bd. 6, S. 399–417, Suhrkamp, Frankfurt/M. 1986.
- ⁸ Weiterführend hierzu Rainer-M.E. Jacobi (Hrsg.), Zwischen Kultur und Natur. Neue Konturen medizinischen Denkens, Duncker & Humblot, Berlin 1997.

Ankündigung

Die diesjährige Jahrestagung der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft findet am 21. und 22. November erneut im Internationalen Wissenschaftsforum der Universität Heidelberg statt. Ihre Vorbereitung erfolgt in Verbindung mit dem Forschungsprojekt „Kulturgeschichte der Natur“ des Kulturwissenschaftlichen Instituts in Essen im Wissenschaftszentrum Nordrhein-Westfalen.

Mit ihrem Rahmenthema „Natur und Geist“ zitiert sie jene „Erinnerungen eines Arztes“, die Viktor von Weizsäcker 1944 in Breslau niederschrieb und dann 1954 unter eben diesem Titel veröffentlichte; sie sind jetzt im 1. Band der „Gesammelten Schriften“ (hrsg. von Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk und Carl Friedrich von Weizsäcker; Frankfurt/M. 1986) enthalten.

Das Anliegen der Tagung gilt dem Versuch, sowohl auf geistesgeschichtliche Bezüge der Medizinischen Anthropologie aufmerksam zu machen, wie sie sich in der Medizin-, der Philosophie und der Literaturgeschichte zeigen, zugleich aber auch ihre bis in den gegenwärtigen naturphilosophischen Diskurs reichende Bedeutung erkennbar werden zu lassen.

Auskunft: Rainer-M. E. Jacobi, Kulturwissenschaftliches Institut Essen, Hagmanngarten 5, 45259 Essen-Heisingen. Tel.: (02 01) 468 88-37, Fax: (02 01) 46 06 74