

F. Hartmann

## Rudolf Schoen (1892–1979) – der Wegbereiter

Von Elternhaus und Schulen in Kaiserslautern humanistisch-weltbürgerlich eingestimmt, begann Rudolf Schoen (1892–1979) das Studium der Medizin in Heidelberg, Straßburg und München. Im ersten Weltkrieg wirkte er als Feldunterarzt. Nach Staatsexamen und Promotion in Heidelberg über das Thema „Lymphosarkomatose mit Beteiligung der Brüste bei einem Gynäkomasten“ bereite-ete er sich im Münchener Institut für Pathologie unter Leitung von Maximilian Borst zehn Monate auf seine wissenschaftlich-ärztliche Laufbahn vor. Damals wurde auch sein neurologisches Interesse geweckt, das dauerhaft am Krankenbett fortwirkte und einige der klinisch-wissenschaftlichen Arbeiten wie die über die Regulation der Atmung leitete.

Bevor Schoen dem Angebot von Dietrich Gerhardt (dem Sohn des Klinikers Carl G.) und dessen Nachfolger auf dem Würzburger Lehrstuhl, Paul Morawitz, dort Assistent zu werden folgte, ging er für 1 1/2 Jahre zu dem Phar-

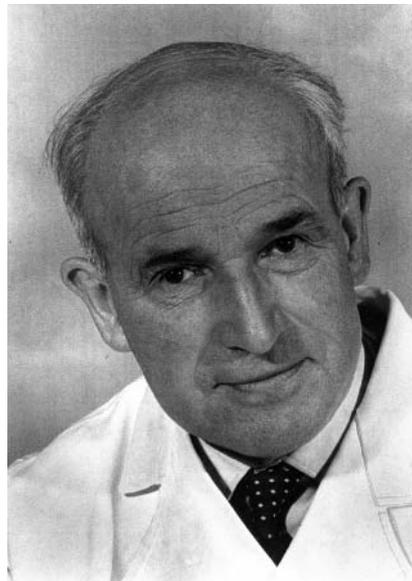


Abb. 1 Prof. Dr. Rudolf Schoen

makologen Hermann Wieland nach Königsberg. Es kennzeichnet Schoens Entwurf, ein klinisch-wissenschaftlicher Arzt, Forscher und Lehrer zu werden, in den klinischen Werdegang medizintheoretische Abschnitte einzufügen. Das wiederholte sich auch nach der Würzburger Habilitation über die Physiologie und Pathologie der Gasresorption im Darm, als er 1925/26 zu Rudolf Magnus nach Utrecht ging, bevor er seinem Lehrer Morawitz als dessen Oberarzt nach Leipzig folgte. Gerade die beiden Aufenthalte in

pharmakologischen Instituten haben die Arbeiten über Narkose und Arzneimittel-Nebenwirkungen angeregt. Schoen blieb auch ein Förderer der klinischen Pharmakologie. Er nahm später alle Neuerungen der Arzneimitteltherapie auf, als verantwortungsbewusster Kliniker aber immer mit Vorsicht, Skepsis und kritischer Beurteilung. Früh erkannte er die Notwendigkeit einer für Medizinstatistik geeigneten Dokumentation für gesicherte Aussagen über therapeutische Beeinflussungen von Krankheitsverläufen.

In Leipzig wurde Schoen 1929 außerplanmäßiger Professor und 1931 ordentlicher Professor für spezielle Pathologie und Therapie als Leiter der Medizinischen Poliklinik. 1939 wurde er als Nachfolger des früh verstorbenen und besonders als Kardiologen bekannten Hermann Straub nach Göttingen berufen und leitete die dortige Klinik über seine Emeritierung 1961 hinaus bis 1964.

### Das Gesamt-Werk

Will man den Rheumatologen Schoen recht würdigen, so sollte man seine einschlägigen Veröffentlichungen im Zusammenhang mit dem Gesamt-Werk sehen und be-

Prof. Dr. F. Hartmann (✉)  
Birkenweg 48  
30657 Hannover, Germany

urteilen. Dann treten als Leitbegriffe „Klinische Forschung“ und „Pathophysiologie“ hervor. Diese geht aus von der Erfahrung am Krankenbett: Beobachtung und Bedeutung des Gehörten und Gesehenen, des Ertasteten und Erklopften; genaue Beschreibung von gegenwärtigem Befund, bisheriger Entwicklung, beobachtetem Verlauf; dies alles ohne vorschnelle Festlegung auf einen diagnostischen Begriff oder eine vereinfachende Pathogenese-Theorie. Dieses Konzept ärztlichen Erkenntnisgewinns ist hippokratisch im besten Sinne, wie auch Schoens Kopf dem der Büste des Hippokrates in Ostia und deren Nachbildung im Lichthof der Medizinischen Hochschule Hannover auffallend ähnelt. Schoen beherzigte, vermittelte und lehrte als Vorbild die ärztliche Tugend der Geduld im Umgang mit Kranken und ihren Krankheiten – aber auch mit jungen Mitarbeitern. Er verstand klinische Forschung als ein Ausgehen von der Erfahrung an und mit Kranken, Klärung der Zusammenhänge der Erscheinungen, Anwenden der Erkenntnisse auf Kranke.

Schoens klinische Forschungen auf Hauptgebieten der Inneren Medizin sind nicht – wie heute leider üblich – scharf gegeneinander abgegrenzt und voneinander zu trennen. Sie überschneiden und befruchten einander. Sie haben alle eine Verbindung zu dem, was man heute Klinische Pharmakologie nennt, als deren Vorbereiter man auch Rudolf Schoen nennen sollte. Hier wurden seine pharmakologischen Lehrjahre bei den Pharmakologen Wieland und Magnus wirksam. Schoen ließ sein ärztliches Denken und Handeln vom therapeutischen Imperativ leiten. Auch, als in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die therapeutischen Möglichkeiten sich ausweiteten, nahm er diese unverzüglich auf, blieb aber skeptisch und vorsichtig in sorg-

fältiger Prüfung. Um den Sprung der therapeutischen Möglichkeiten zwischen den zwanziger und den fünfziger Jahren zu veranschaulichen erzählte er, dass in seiner Zeit als Assistent die Aussage galt: Ohne Morphium und Digitalis möchte ich kein Arzt sein. Wie aufmerksam Schoen therapeutische Neuerungen aufnahm und verbreitete, belegt z. B. sein Bericht über die Entdeckung des Compound E durch den Biochemiker Edward C. Kendall und dessen antirheumatischer Wirkung durch Hench in Band VIII der „Zeitschrift für Rheumafor-schung“ – dem ersten Band nach dem Krieg 1949. Zugleich erkennt man aus diesem Anlass Schoens Streben, die deutsche Rheumatologie in den internationalen Diskurs einzuführen: Der Schweizer Rheumatologe Victor R. Ott wurde Mitherausgeber; die Zeitschrift wandte sich ausdrücklich auch an die Schweizer Kollegen; der Bericht Schoens erhielt eine französische und eine englische Zusammenfassung. Die gleiche Gewissenhaftigkeit wie bei der Prüfung und Anwendung neuer Medikamente galt auch für die Einführung neuer diagnostischer Techniken in den klinischen Alltag. Als die Gastroskopie Bedeutung erlangte, fuhr Schoen mit den Assistenten zum nahe gelegenen Kassel, wo der damals Erfahrenste, Prof. Dr. Heinz Kalk, seine Methode vorführte. Als Schoen sich 1952 entschloss, den Rechts-Herz-Katheter in der Klinik einzuführen, gestand er seinem Mitarbeiter am Vortage, dass er dem Eingriff mit Bedenken und Sorgen entgegen sähe und froh wäre, wenn die Untersuchung glücklich vorüber sei; aber die Übernahme der Methode sei wohl unumgänglich. Die assistierende Krankenschwester Dora war aber schon Werner Forssmann bei dessen erstem Herzkatheter zur Hand gegangen.

## Die Pathophysiologie der Atmung

Am Beginn des wissenschaftlichen Werkes stehen Arbeiten über Physiologie und Pathophysiologie der Atmung, ihre zentralnervöse Steuerung und die Beeinflussung durch Narkotika: Acetylen, Morphium. Untersucht werden die Veränderungen des pH-Wertes des Blutes und der Blutgase, des Atemrhythmus, Beziehungen zwischen CO<sub>2</sub>-Spannung und Pupillenweite. Zahlreiche Untersuchungen zur Pathophysiologie der Atmung brachten Erkenntnisse über die zentralnervösen Zentren der Atemregulation, die periodische Atmung und die Apnoe, die Kalziumwirkung bei Magnesiumnarkose, über die Wirkung von Morphium und Lobelin auf die tonische Ausgangslage der Atemmuskulatur. Aus der Utrechter Zeit gibt es 23 Arbeiten über die Wirkungen von Hexeton und Cardiazol auf Körperstellungs- und Labyrinthreflexe bei Kaninchen und die „Antagonistische Beeinflussung der Narkose durch Erregungsmittel“, zu denen Coffein und Kampfer nicht zu zählen sind. Klinische Beschreibungen von Diffusionsstörungen bei Pneumonosen, schlaffe und gespannte Apnoe, Syndrom der Bronchusstenose, Cyanose und schließlich auch Lungenkomplikationen unter Behandlung mit Cortison. 1935 wurde Schoen eingeladen, auf dem Pharmakologen-Kongress über Schlafstörungen und Schlafmitteltherapie zu referieren. Ein Jahr zuvor hatte er mit Ludwig Lendle, dem Leipziger und später Göttinger Pharmakologen, die Monographie „Allgemeinnarkose und örtliche Betäubung“ herausgegeben. Die Gesamtheit dieser pneumologisch-pharmakologischen Erkenntnisse verdichtete sich in dem Kapitel „Atmung“ im „Lehrbuch der speziellen pathologischen Physiologie“, das zwischen 1935 und 1960 acht mal von Schoen bearbeitet wurde.

Vom Atmungsorgan her erschlossen sich für Schoen neue Einblicke in die Pathophysiologie des Herzversagens. Davon zeugen die Arbeiten über Lungenstauung und ihre Folgen: Cyanose bei Mitralklappenstenose, Ödem-Pathogenese. Die Möglichkeiten harntreibender Mittel in der Behandlung der Herzinsuffizienz wurden früh erkannt. 1928 erschien in den „Ergebnissen der Chirurgie“ ein Artikel „Neue Kreislaufmittel und ihre Anwendung bei lebensbedrohlichen Zuständen“. Und 1932 behandelte er das Thema „Herzinsuffizienz“ im Jubiläums-Band der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“. 1958 gab er dem 5. Internationalen Kardiologen-Kongress einen Bericht über durch Medikamente bedingte Elektrolytstörungen des Herzens (Münch. med. Wschr. 104, 1962, S. 187).

Unter den frühen klinisch-wissenschaftlichen Arbeiten finden sich auch neuro-physiologische, -pathologische und -pharmakologische Studien: Pharmakologische Beeinflussung der Reflexe der Körperstellung, des Sprungs, der Stützreaktionen, der Zungen- und Kieferreflexe. Die Bedeutung der chronischen Pyelonephritis wurde schon 1930 in der Veröffentlichung „Doppelseitige chronische pyelogene Nephritis“ herausgearbeitet.

---

## Hämatologe und Ernährungsphysiologe

Seit der ersten Arbeit „Anhämoglobin-N-Gehalt der Erythrocyten“ 1920 lässt sich durch das wissenschaftliche Werk Rudolf Schoens das hämatologische Thema verfolgen. In dem Titel des 1950 mit Walter Tischendorf verfassten Hauptwerks „Klinische Pathologie der Blutkrankheiten“ erkennt man den methodischen Ansatz gut: Pathophysiologie als Zugang zur Nosologie. Einzelarbeiten haben die Polycythämie,

die Thrombopenien, die makrocytären Anämien, die lymphatische Leukämie, den Morbus Osler und die therapeutische Bedeutung des Urethan thematisiert.

Nach dem zweiten Weltkrieg drängten die Probleme der Unterernährung. Sie lenkten die Aufmerksamkeit des Internisten für drei Jahrzehnte auch auf Notwendigkeit und Entwicklung einer Patho-Biochemie. Als Mitglied einer Ärztekommision hat Rudolf Schoen die Folgen von Unter- und Fehlernährung an etwa 10 000 Kriegsgefangenen im Lager Friedland studieren können, auf deren Freilassung aus russischer Kriegsgefangenschaft die vier Besatzungsmächte sich 1946 geeinigt hatten. Nichts von solchen Erfahrungen sollte verloren gehen. 1952 gab er mit dem Biochemiker und Ernährungsphysiologen K. Lang „Die Ernährung“ heraus. Der Freund Paul Martini hat Schoen als einen synthetischen Geist gewürdigt, der in großen Zusammenhängen dachte. Das bezeugt auch die Herausgabe der beiden Lehrbücher „Biochemische Befunde in der Differential-Diagnose innerer Krankheiten“ gemeinsam mit seinem Mitarbeiter Südhof 1960 und mit dem Berner Internisten Hadorn „Vom Symptom zur Diagnose“. Hier tritt der engagierte Hochschullehrer zu Tage: Der wissenschaftlich erfahrene Arzt darf sein Wissen nicht für sich und einen engeren Kreis von Schülern und Fachgenossen behalten. Auch die Pflicht zur Fortbildung hat Rudolf Schoen immer sehr ernst genommen; und niemand, der ihn näher kannte, wird sich erinnern, dass er sich jemals einer Bitte, in der ärztlichen Fortbildung mitzuwirken, versagt hätte.

---

## Klinische Rheumatologie, das „Herdproblem“

Die klinische Rheumatologie entfaltete sich im Werk Rudolf Schoens voll und beständig nach dem

2. Weltkrieg. In der Leipziger Assistentenzeit waren Arbeiten über Herdtheorie und Tonsillektomie entstanden. Im Deutschen Archiv für klinische Medizin erschien 1928 die Arbeit „Erfahrungen über den Wert der Tonsillektomie bei inneren Krankheiten“. Sie fasst Beobachtungen der Jahre 1923–1926 in Würzburg und 1926–1928 in Leipzig zusammen. Schoen berichtet über das genannte Krankengut folgendes: „Die wichtigste Gruppe, bei der die Tonsillektomie von unmittelbarem therapeutischen Nutzen ist, sind die symptomarmen unklaren Fieberzustände. An zweiter Stelle stehen die embolische Herdnephritis sowie andere septische Zustände von Endokarditis. Heilung des akuten Gelenkrheumatismus durch Entfernung der kranken Mandeln ist auch nur in seltenen Fällen zu beobachten.“ Die für Schoen so kennzeichnende abwägende Zurückhaltung im Urteil spricht aus einer mit Morawitz verfassten Arbeit: „Fokale Infektion und Tonsillektomie“ (Klin. Wschr. 1930, Nr. 14): „Selbst wenn man die Erfolge sehr kühl abwägt, wird man zugeben, dass die Erfahrungen bei akuten Nephritiden sowie bei sich hinziehenden fieberhaften Endokardleiden oftmals über den Nutzen der Entfernung der erkrankten Tonsillen kaum einen Zweifel lassen. Wir haben aber den Eindruck gewonnen, dass die Entfernung des toxinbildenden Herdes dabei vielleicht nicht einmal das Wichtigste ist. Bedeutungsvoller scheint die Änderung der gesamten Reaktionslage des Organismus, die Verbesserung der Heilungstendenzen.“

---

## Herausgeber der Zeitschrift und Lehrbuchautor

1938 hatte Schoen die Herausgeberschaft der „Zeitschrift für Rheumaforschung“ übernommen.

Damals stand noch das rheumatische Fieber im Vordergrund der rheumatologischen ärztlichen Aufgaben. Die Ordnungen der chronisch-rheumatischen Gelenkerkrankungen waren – auch mangels überzeugender pathogenetischer Konzepte – verwirrend und unzulänglich; die Therapien unbefriedigend. Entsprechend unsicher waren die Ärzte. Um wenigstens die vorhandenen Möglichkeiten zu nutzen, verbündete sich Schoen früh mit der Bäderheilkunde. In Leipzig und Göttingen wurden den Studenten Exkursionen in Heilbäder mit rheumatologischer Indikation angeboten.

Für die pathogenetischen Erörterungen nahm Rudolf Schoen das Konzept des Pathologen Fritz Klinge von der allergischen Natur der rheumatischen Entzündung auf (1933). Wie er das tat, ergibt sich aus einem Vortrag „Beitrag zur Pathogenese rheumatischer Syndrome“ 1951: „Klinge erzeugte experimentell durch Seruminjektionen an sensibilisierten Tieren das gleiche Gewebsbild wie es beim akuten Gelenkrheumatismus gefunden wird. Er betont dabei, entsprechend seiner Versuchsanordnung die allergische Natur der rheumatischen Entzündung, wobei er die Frage des Erregers gegenüber der Umstimmung in den Hintergrund treten lässt“. Schoen aber sagt: „Dagegen gewinnt die Wahrscheinlichkeit der Bedeutung bestimmter Streptokokken als maßgebender Faktor für die rheumatische Infektion immer mehr an Boden.“ Nach Hinweis auf epidemiologische Erkenntnisse von S. Winblad (1938) und A.F. Coburn (1944) werden die neueren biochemisch-immunologischen Befunde referiert: Streptolysine, Fibrinolyse, Hyaluronsäure, akutes Phaseprotein. Für die „chronischen Polyarthritiden“ werden „Hämagglutinationsreaktionen“ als typisch angegeben.

1950 hielt Rudolf Schoen auf der Tagung der österreichischen

Liga gegen den Rheumatismus in Bad Gastein einen Vortrag mit dem Thema „Die Beziehungen zwischen Endocarditis rheumatica und lenta“. Zugrunde lagen mit Eugen Fritze beobachtete 120 Kranke mit Endocarditis lenta. Diese Erkrankung hatte nach 1945 zugenommen. Bekannt war, dass durch Endocarditis rheumatica vorgeschädigte Herzklappen der Ansiedlung von Erregern der Endocarditis lenta gute Bedingungen bieten. Schoen kam es auch in dieser Veröffentlichung auf sorgfältige Unterscheidung der beiden Endokarditis-Formen an.

Schoen machte sich zu einer dauerhaften Aufgabe, eine nosographisch-nosologisch und – soweit wie möglich – pathogenetisch begründete Ordnung in die vielgestaltige Erscheinungswelt der unter dem Sammelbegriff Rheumatismus gefassten Krankheitsbilder zu bringen. Das gültigste Zeugnis findet sich in dem Werk „Klinik der rheumatischen Erkrankungen“, das Schoen mit A. Böni und K. Miehle 1969 herausgab. In der Einführung lesen wir: „Das vorliegende Buch versucht, alles zu umfassen, was gemeinhin dem Sammelgebiet „Rheumatismus“ unter den Gelenkerkrankungen zugezählt wird. Es gibt die Symptomatologie der verschiedenen rheumatischen Syndrome und versucht, die abgrenzbaren Einheiten zu umreißen und das nicht Abgrenzbare offen zu lassen“. Das ist der typische Denk- und Darstellungs-Stil Schoens: Syndrome, statt Krankheiten; versuchen und offen lassen – für zukünftige Erkenntnisse. Schoen selbst hat das Eingangskapitel „Einteilung der rheumatischen Erkrankungen“ beigetragen. Es schließt mit einem „Hinweis der Herausgeber zur Terminologie“. Auch in ihm erkennt man Schoens undogmatische Handschrift: „So sehr die Herausgeber selbst im Interesse der Geschlossenheit des Werkes gerne bezüglich der zur

Rede stehenden Krankheit einer einheitlichen Terminologie gefolgt wären, so sind sie doch nach Abwägungen aller Vor- und Nachteile, die den erwähnten Bezeichnungen im einzelnen zukommen mögen, zu dem Schluss gekommen, einer nach ihrer Meinung ohnehin notwendigen Reform der Nomenklatur rheumatischer Erkrankungen jetzt nicht zuvor zu kommen. Der Leser möge deshalb Verständnis dafür haben, dass wir es zunächst bei den von den einzelnen Autoren gewählten verschiedenen Benennungen dieser Krankheit belassen haben“. Das ist ein zeitgenössisches Zeugnis der internationalen Verständigungslage in der Klinischen Rheumatologie – bis heute.

---

## Editorials und Referate

Schoen hat mit Mitarbeitern selbst Beiträge zur rheumatologischen Kasuistik veröffentlicht. In der „Zeitschrift für Rheumaforschung“ sind dies: „Serochemische Untersuchungen bei chronischer Polyarthrit unter Behandlung mit Butazolidin (Phenylbutazon) und Prednison“ gemeinsam mit den Mitarbeitern H. Krüskemper und E. Fritze. Besondere, auch historische Beachtung verdienen zwei Editorials in Band 30 „Polymyalgia rheumatica“ bzw. „Polymyalgia rheumatica und Riesenzellerarteriitis“. Rudolf Schoen litt in dieser Zeit über zwei Jahre selbst an dieser Krankheit, allerdings ohne Beteiligung der Arteria temporalis. Die Absicht der Editorials war es, die deutschen Ärzte mit diesem damals noch wenig bekannten Krankheitsbild vertraut zu machen. Beide Editorials sind ein Muster der Berichterstattung, wie Schoen sie pflegte: Genau – anschaulich – kritisch – das noch Unbekannte, wie die Pathogenese offen lassend benennen. Wesentliches des Krankheitsbildes ist

schon in den frühen Namensgebungen enthalten. Schoen interessierte sich immer auch für die Geschichte der nosologischen Begriffe; denn diese Geschichte ist eine für die Zukunft offene Auffassung des ärztlichen Erkenntnisprozesses: „Senile rheumatische Gicht“ (Bruce 1888); „Pseudopolyarthrite rhizomelique“ (Forestier 1953); „Rhumatisme inflammatoire des enceintes“ (Ordonneau); „Myalgisches Syndrom im Alter“ (Kersley 1951); „Anarthritisches rheumatisches Syndrom im höheren Alter“ (Bagratin 1953); „Polyarthrititis rheumatica“ (Barber 1957). Der griechische Begriff *Historia* bedeutet ursprünglich: genaue Beschreibung; später kam die Bedeutung Geschichte hinzu, Geschichte als Erkenntnisquelle: Beides in Schoens Bericht. Offen gehalten wird – bis zur Klärung der Pathogenese –, ob das Adjektiv rheumatisch gerechtfertigt ist. Das erste Editorial beschreibt Krankheit, Verlauf und Therapie aus der Symptomatik der *Polymyalgia rheumatica*, das zweite aus der Sicht der *Arteriitis temporalis*, die oft der *Polymyalgie* folgt. Hutchinson hat sie 1890 als selbständige Krankheit beschrieben. 1959 nannten Russel und Ross sie „*Arteriitis of old age*“. 1960 wiesen Pauley und Hughes auf die Symptomatik mit der *Polymyalgia rheumatica* hin. 1934 hatte Horton die Beschreibung Hutchinsons wieder in Erinnerung gebracht. Schoen kommt zu dem Ergebnis: Die Histologie der Riesenzellarteriitis bei *Arteriitis temporalis* ist nicht spezifisch und kann zur Klärung der Pathogenese der *Polymyalgia rheumatica* nicht beitragen.

Diese Kunst der referierenden Darstellung bewirkt auch, dass man noch heute die musterhaften Kongress-Berichte Schoens mit Gewinn liest: „Bericht über den 9. Internationalen Kongress für rheumatische Erkrankungen in Toronto (Kanada) vom 23.–28. Juni 1957“.

Er gibt die therapeutischen Möglichkeiten besonders ausführlich wieder (Zeitschrift für Rheumaforschung Bd. XVI 1957); Bericht über „Symposium über chronische Polyarthrititis, ihre Differentialdiagnose und Therapie im Karolinska-Krankenhaus Stockholm vom 14.–18. 4. 1957“. Schoen schließt mit einem Eindruck von der Besichtigung des König-Gustav-V-Forschungsinstituts für Rheumatismus und der Krankenabteilungen des Karolinska-Krankenhauses und des Söders-Krankenhauses, „welche geeignet war, Bewunderung, wohl auch ein wenig Neid zu erwecken“. Das waren damals Erlebnisse, die Schoens vielfältige Bemühungen erklären, über internationale Verbindungen den Anschluss der deutschen Rheumatologie an das Geschehen in anderen Ländern zu finden. Der letzte Bericht ist „Der XI. internationale Kongress für Rheumatologie Mar del Plata 5.–10. 12. 1965 (Zeitschrift für Rheumaforschung Bd. XXIV 1966)“.

---

### **Chronische Polyarthrititis, „Weichteilrheumatismus“, Balneologie**

Schoens rheumatologisches Interesse wandte sich zunehmend der chronischen Polyarthrititis zu. Als er 1951 für das „Handbuch der Inneren Medizin“ gemeinsam mit Walter Tischendorf den Band „Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln“ übernahm, galt er schon als der führende Rheumatologe in Deutschland. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1959 in Wiesbaden referierte er über die „primär chronische Polyarthrititis“. Damals hielt man die sekundäre Chronifizierung der akuten Polyarthrititis des rheumatischen Fiebers, wenn auch in seltenen Fällen, für möglich. Damit setzte Schoen sich 1959 in Nr. 14

„Medizinische Klinik“ auseinander: „Das Problem des sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus“. Er hatte zwischen 1953 und 1957 14 Fälle als sekundär chronische Polyarthrititis eingeordnet, weil sie nicht primär chronisch begonnen hatten. In der Arbeit begründet er die neue Zuordnung zu einer subakut beginnenden primär chronischen Polyarthrititis und belegt den Gang solcher Entscheidung mit vier Krankheitsverläufen. Will man zwischen der Polyarthrititis eines „mitigierten rheumatischen Fiebers“ und einer subakuten chronischen Polyarthrititis unterscheiden, so helfen das Alter, Herzbeteiligung, Muster des Gelenkbefalls, Bestimmung der Titer für Antistreptolysin-O und des Waaler-Rose-Tests. Trotzdem hält Schoen die Frage offen: „Die sich aus dem rheumatischen Fieber entwickelnde sogenannte sekundär-chronische Polyarthrititis ist eine seltene Ausnahme. Eine Sonderstellung nimmt die subakute Polyarthrititis ein; sie stellt entweder eine milde Verlaufsform des rheumatischen Fiebers ohne Herzbeteiligung mit Neigung zur Heilung dar oder bildet den subakuten Beginn der echten primär chronischen Polyarthrititis“. Es waren dann die Beobachtungen von akutem oder subakutem Beginn, der zum Verzicht auf das „primär“ führte.

1969 fasste Rudolf Schoen den damaligen Kenntnisstand in einer Monographie „Polyarthrititis chronica progressiva“ als Band 41 der von ihm seit 1938 herausgegebenen Reihe „Der Rheumatismus“ zusammen. Wieder begegnen wir der offenhaltenden Skepsis gegenüber ordnenden Schemata. Schoen lässt sich von der Fülle der Gestalten und Verläufe zugleich beeindrucken und leiten: „Die Tücke der Krankheit liegt in ihrer Launenhaftigkeit. Jede Polyarthrititis ist individuell geprägt, bald überwiegend exsudativ, proliferativ, hygromatös, bald osteo-

lytisch und destruierend, bald deformierend, nodulös und fibrös, bald chronisch progredient oder schubweise verlaufend und mit allen Graden zwischen Gut- und Bösartigkeit variierend. Eine zuverlässige Prognose zu stellen ist nicht möglich und nach scheinbarer Ruhe und vorübergehender Besserung kann die Krankheit wiederum mit voller Vehemenz weitergehen“. Da die Krankheit nicht notwendig progressiv verlaufen muss, gerade wenn sie akut oder subakut begann, hat man später das „progressiva“ im diagnostischen Begriff fortgelassen. Schoen: „Es gibt jedoch von Anfang an torpide Formen, die allmählich keine Progredienz mehr zeigen“. Besonders eingehend hat Schoen in dieser Monographie die extraartikulären Lokalisationen behandelt. In ärztlichen Wochenschriften hat er sein differentialdiagnostisches und therapeutisches Wissen in die Alltags-Praxis hineinwirken lassen. 1960 gab er die Vorträge eines Symposions der Bayerwerke in Leverkusen heraus: „Resochin und Rheumatismus“.

Was heute Fibromyalgie genannt wird, wurde in den fünfziger und sechziger Jahren als Muskelrheumatismus, Weichteilrheumatismus, Fibrositis oder Fibromyositis bezeichnet. Die von Schoen und Miehle in „Medizinische Klinik“ 1962 veröffentlichte Arbeit „Fibrositis oder sogenannter Muskelrheumatismus“ steht noch ganz im Zeichen des Versuchs einer histologischen, immunologischen, metabolisch-enzymologischen Erklärung an 135 Patienten. Die in dieser Hinsicht unbefriedigenden Ergebnisse eröffneten später psycho-soziale Zugangswege.

Eine besondere Würdigung verdient Rudolf Schoens aktive Beziehung zur Bäderheilkunde. Die bäderheilkundlichen Leipziger und Göttinger Exkursionen mit Studenten wurden schon erwähnt. In allen klinischen Arbeiten über rheumati-

sche Erkrankungen nehmen die balneologischen Indikationen und empfohlenen Methoden einen großen Raum ein. Die „Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (Rheumabekämpfung)“ wurde am 10. Oktober 1949 anlässlich der „Balneologischen Tagung“ in Bad Neuenahr wieder gegründet. Rudolf Schoen wurde ihr erster Vorsitzender; zum zweiten Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Dr. Ernst W. Baader vom Knappschafts-Krankenhaus in Hamm gewählt, ein ausgezeichnete Kenner der Berufskrankheiten. In das gleiche Jahr fällt ein Vortrag, den Schoen bei der Tagung des Deutschen Bäderverbandes in Bad Nenndorf hielt: „Stand der Rheumaforschung im Verhältnis zur Kurortbehandlung“. Bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie 1951 in Baden-Baden war ein Tag gemeinsamer Thematik mit der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Therapie, Balneologie und Bioklimatologie gewidmet. Ähnlich tagte die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie 1953 in Bad Nenndorf gemeinsam mit den Vertrauensärzten der nordwestdeutschen Sozialversicherungsanstalten. Schoen trug über das Thema „Das rheumatische Geschehen und das Hypophysen-Nebennierenrinden-System“ vor.

### Der Wegbereiter

Rudolf Schoen – ein Wegbereiter? Ja! Aber welcher Weg? Welche Wege? Schoens Veröffentlichungen geben die Entwicklung der Rheumatologie, ihrer Probleme in Nomenklatur und Pathogenese, ihrer Methoden und Therapiemöglichkeiten in der Nachkriegszeit getreu wieder. Wir erkennen eine aufmerksame und kritische Begleitung. Seine Weltoffenheit schuf nach dem Kriege schnell Verbundenheit mit europäischen Rheumatologen zum Nutzen der Rheumakranken in Deutschland.

Schon während des Krieges war er gemeinsam mit Schweizer Kollegen Mitglied einer Kommission des Roten Kreuzes zur Berichterstattung über die Lage von Kriegsgefangenen. Diese Verbindungen und Freundschaften konnte Rudolf Schoen bald beleben; man hatte Vertrauen zu ihm. Zunächst galt das für Schweizer Kollegen wie Böni, Gsell, Walter, Bélart, Jung, später für Victor R. Ott. Diesem hat er 1955 den Weg auf den Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen in Bad Nauheim bereitet; denn Ott war für Schoen die ideale Besetzung: Bei O. Veraguth und V.R. Neergard gleichermaßen in Physikalischer Therapie und Rheumatologie ausgebildet, in Bad Pfäfers in Beidem erprobt. Im Laufe der Jahre gewann Schoen als Mitherausgeber „seiner“ Zeitschrift den Österreicher Gotsch und den Schweizer Böni.

Das eindrucksvollste Zeugnis von Kosmopolitismus ist die Liste der Mitarbeiter an dem Handbuch „Klinik der rheumatischen Erkrankungen“ 1970: Die Schweizer Bélart, Bessler, Böni, Gross, Fehr, Martin, Moll, Ott, Vischer, Wagenhäuser, Witmer; die Franzosen Carroit, Coste, Delbarre, Forestier, Glimet, Guerin, Lequesne, Ryckwaert, De Sze; der Spanier Barcelo und der Italiener Robecchi; die Schweden Lövgren und Olhagen; die Finnen Laine und Vainio; De Blécourt aus den Niederlanden; der Österreicher Gotsch und der Tscheche Lenoč; die Engländer Bywaters und Radi. Es kam zu deutsch-französischen Symposien. 1960 fand in Bad Ragaz der erste schweizerisch-deutsche Rheumakongress statt.

Rudolf Schoen fand hohe Anerkennung durch zahlreiche Ehrenmitgliedschaften rheumatologischer Gesellschaften: Österreich, Schweiz, Türkei, Schweden, Vereinigte Staaten, Italien, Argentinien. Er war Ehrenpräsident der

Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. 1953/54 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung und 1955/56 der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Rudolf Schoen wurde Fellow der Royal Society of Medicine und des American College of Chest Physicians. Zum Gedenken an seine Verdienste richtete die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie eine Rudolf-Schoen-Stiftung ein, die einen Preis für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiet der klinischen Rheumatologie ausschreibt und ein Ausbildungsstipendium gewährt. Zu seinem 70. Geburtstag hat der Freund Paul Martini das rheumatologische Werk gewürdigt: „In Leipzig erschienen die ersten der Arbeiten, die Ihrem Bild, wie es vor Ihren Zeitgenossen steht, seinen heute ganz besonderen Zug verleihen sollten, die Arbeiten aus dem Bereich des Rheumatismus. Sie haben damals schon, zum Teil mit Morawitz, eine Konzeption vertreten, die heute in der gleichen Form Gültigkeit besitzt. Der großen Bedeutung der Serologie für die Entwicklung des rheumatischen Fiebers war in diesen Arbeiten schon Rechnung getragen. Ihre späteren Forschungen haben Sie immer mehr zur chronischen Polyarthritits hingeführt, in den letzten Jahren auch zu deren Variationen, wie wir sie in den sogenannten Kollagen-Krankheiten kennen. Auch hier haben Sie die Serologie als das Teilgebiet der Forschung gewertet, in dem die wichtigsten Fortschritte für die Pathologie und für die Therapie rheumatischer und verwandter Krankheiten zu suchen sein werden. Dass Sie das aber schon in einer Zeit erkannt und gewürdigt haben, als diese Konzeption besonders in der klinischen Medizin noch sehr isoliert stand, das hat geschichtlichen Wert – und Ihre Ehrenmitgliedschaften in nicht weniger als vier der besten inter-

nationalen, deutschen und ausländischen rheumatologischen Gesellschaften und schließlich auch Ihre Wahl zum Ehrenpräsidenten der deutschen Gesellschaft für Rheumaforschung erschienen uns als fast selbstverständliche Anerkennungen für Ihre großen Verdienste.“

---

### **Hochschullehrer, Reformier, Gründungsrektor**

Merkmale der Persönlichkeit Rudolf Schoens, die schon im rheumatologischen Wirkungsfeld als Streben nach Verständigung und gemeinsamer Verantwortung erkennbar waren, treten bei der Würdigung des Hochschullehrers und Hochschulreformers noch deutlicher, vielfältiger und einprägsamer hervor. Sein akademischer Unterricht war nicht auf rhetorischen Glanz angelegt sondern auf nüchterne, aber eindringliche und klare Sprache und Anleitung zu gründlicher Untersuchung der Kranken. Er nahm die 6 Wochenstunden der „Medizinischen Klinik“ sehr ernst und ließ sich nur selten vertreten. Im Umgang mit Studenten war er freundlich und geduldig. Für sie schrieb er in einem für ihn kennzeichnenden „Lehrbuch der Inneren Medizin“ des Springer-Verlages 1955 zwei Kapitel: Der Gesichtsausdruck des Kranken; und Vergiftungen. Jüngeren Mitarbeitern war er ein kundiger Berater ohne Überlegenheitsgeste. Ihren Vorstellungen und theoretischen Gedankengängen hörte er wohlwollend – aufmerksam zu, beendete zu kühne Höhenflüge mit Vorsicht, so dass die Assistenten sich immer ernst genommen fühlen konnten. In der Wahl wissenschaftlicher Problemstellungen ließ er völlige Freiheit. Das Ergebnis war die Entwicklung einer Forschungs-Landschaft, die alle Felder der Inneren Medizin pfleg-

te und bereicherte. Er verstand sich auf aufgeschlossene und wohlwollende Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses – mehr durch verständnisvolles und ermutigendes Zuhören als durch steuernde Eingriffe. Versäumnisse oder Fehler in der Betreuung Kranker korrigierte oder tadelte er mit bedachter Sachlichkeit und auch nachsichtig, um das Lernen aus Fehlern pädagogisch zu nutzen. Er vermittelte bei den Krankenvisiten und Kolloquien den Eindruck, er könne und wolle vom internistischen Nachwuchs lernen, hellhörig und helllichtig für neue Ideen, Einsichten, Entwicklungen und Möglichkeiten. Die Eigenschaften, die die Mitarbeiter der Klinik am höchsten schätzten, waren seine Bedachtsamkeit, Beharrlichkeit und Verlässlichkeit.

Rudolf Schoen war nach dem Krieg 1945 der erste Dekan der Medizinischen Fakultät, als es galt, das akademische Leben neu zu ordnen. Für das Amtsjahr 1959/60 wurde er zum Rektor der Georgia-Augusta gewählt. In seiner Rektorats-Rede „Experiment und Erfahrung als Grundlage der Therapie“ lesen wir Rudolf Schoens Bekenntnis als Arzt und Erzieher von Ärzten, nämlich, dass „der Arzt zwar die sichere Grundlage für sein Wirken in der Naturwissenschaft findet, dass es aber viele Bereiche ärztlicher Aufgaben gibt, welche der geisteswissenschaftlichen Seite zugeordnet sind. Das einmalig Individuelle der klinischen Medizin ist der Naturwissenschaft fremd, liegt aber im Beobachtungsfeld der historischen Forschung und Wertung, wie sie uns in der individuellen Anamnese und im Verlauf individueller Krankheiten entgegentritt“. „Die Übertragung experimenteller Befunde auf den Menschen, die genaue theoretische Kenntnis von Arzneimittelwirkungen und die Erfahrung in ihrer Anwendung sind zwei we-

sentliche Voraussetzungen zielgerichteten ärztlichen Handelns. Beide können den Anspruch erheben, wissenschaftlich zu sein. Der geisteswissenschaftliche Gehalt der klinischen Medizin ist stärker, als man lange anzunehmen geneigt war. Sie steht, wie W. Löffler (1954) sagt, in engster Abhängigkeit von der jeweiligen Philosophie der Zeit“... „Das unmittelbare Erlebnis des kranken Menschen kommt heute gegenüber den theoretischen Grundlagen im Studium zu kurz und bildet das wichtigste Anliegen der Studienreform. Ein sehr wesentlicher Teil der Krankenbehandlung ist die Person des Arztes selbst. Im Unterschied zu dem auf ein Fach beschränkten Forscher bedarf der Arzt der Universalität (K. Jaspers). Darin ist alles inbegriffen: profundes Wissen, allgemeine Bildung, Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Zuverlässigkeit und Entschlussfreudigkeit, Urteil und Liebe im Sinne der griechischen ‚agape‘. Die ärztliche Einstellung zum Patienten ist ein wesentlicher Faktor, der um so stärker ins Gewicht fällt, je mehr die Psyche des Kranken am Geschehen beteiligt ist. Zur Wahrung unserer ärztlichen Aufgabe mögen wir stets darauf bedacht sein, dass der Forscher den Arzt niemals ganz verdrängt!“

Wesentliche Reformideen entstanden auf einer mehrwöchigen

Studienreise zu amerikanischen Medical Schools, gemeinsam mit dem Heidelberger Physiologen Hans Schaefer. Die Reise war von der Bundesärztekammer angeregt. Die Ergebnisse erschienen 1954 unter dem Titel „Probleme der Medizinischen Universitätsausbildung“. Als der Wissenschaftsrat ins Leben gerufen wurde, war Schoen Mitglied der klinischen Kommission. In deren Beratungen und Empfehlungen gingen die Erfahrungen der Amerikareise ein. Als die Gründung einer Medizinischen Akademie in Hannover 1961 beschlossen war, wurde Schoen der Vorsitzende des Gründungsausschusses. Die Planungen sahen zwei Reformen vor: 1. Problembezogener fächer-koordinierter Unterricht mit großen Anteilen von Übungen am Krankenbett. 2. Gliederung der Kliniken in Abteilungen und deren Integration in ein Department-System. Die deutsche Hochschulgesetzgebung hat später diesen Begriff durch den des Zentrums ersetzt. Als Rudolf Schoen 1965 bei der Eröffnung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) zum Gründungsrektor ernannt wurde, konnten die beiden Grundideen unverzüglich verwirklicht werden. Aus der Gliederung des Department/Zentrum Innere Medizin ergab sich auch eine Abteilung für Erkrankungen der Bewegungsorgane und des Stoffwechsels. Sie wurde später in Ab-

teilung für Rheumatologie umbenannt. Zur Anerkennung seiner Verdienste um die MHH verlieh diese ihm die Ehren-Doktorwürde. In der Schallplatten-Reihe „Die Stimme des Arztes“ ist 1965 die Rede „Die ärztliche Ausbildung und die Erziehung zum Arzt“ dokumentiert. Sie ist immer wieder hörenswert angesichts der bis heute unerfüllten Hoffnungen und Pläne, Freiheit und Verantwortung der Studenten, erzieherisches Vorbild in der klinischen Vorlesung, Begegnung mit Kranken und Übungen am Krankenbett in kleinen Gruppen in ein Gleichgewicht zu bringen mit dem Ziel, gleichzeitig Wissen wie Können zu schulen und krankengerechtes Verhalten wie wertbezogene Haltungen zu verinnerlichen.

Seine Fakultät ehrte ihn mit der Verleihung der Albrecht-von-Haller-Medaille, die Ärzteschaft mit der Paracelsus-Medaille, die Niedersächsische Regierung mit der Verleihung des Großen Verdienstkreuzes des Niedersächsischen Verdienstordens und der Niedersächsischen Landesmedaille. Die Bundesregierung zeichnete ihn mit dem Großen Verdienstkreuz mit Stern der Bundesrepublik Deutschland aus. Die Rheumatologen des deutschsprachigen Raums dürfen sich mit Stolz und Erkenntnisgewinn an Person, Werk und Wirkung Rudolf Schoens als eines Wegbereiters erinnern.

## Verzeichnis der Arbeiten von Prof. Rudolf Schoen zur Rheumatologie

1. Beitrag zur Pathogenese rheumatischer Syndrome (1952) Dtsch med Wschr 77:558-562
2. Die Beziehungen zwischen Endocarditis rheumatica und lenta (1951) Z Rheumaforsch 10:1-11
3. Serochemische Untersuchungen bei chronischer Polyarthrititis unter Behandlung mit Butazolidin (Phenylbutazon) und Prednison (1957) Z Rheumaforsch 16:275-283
4. Das Problem des sekundär-chronischen Gelenkrheumatismus (1959) Med Klinik 54:625-628
5. Fibrositis oder sogenannter Muskelrheumatismus (1962) Med Klinik 57:708-710
6. Über Rheumatismus als Anpassungsschaden (1953) Regensburger Jahrbuch ärztl Fortbild 3:79-86
7. Gemeinsame Grundlagen von Pathogenese und Therapie des entzündlichen Rheumatismus (1953) Wiener med Wschr 103:889-892
8. Wege zur Prophylaxe des entzündlichen Rheumatismus (1955) Dtsch med Wschr 80:839-844
9. Fehldeutungen bei rheumatischen Erkrankungen (1956) Dtsch Internisten-Tagung Leipzig 188-195
10. Die Behandlung der chronischen Polyarthrititis (1956) Dtsch med Wschr 81:1980-1984
11. Serochemische Tests bei chronischer Polyarthrititis unter Behandlung mit Phenylbutazon und Prednison (1958) Acta med Scand 162(Suppl 341):193-198
12. Zur Klinik und Pathogenese der Kollagenkrankheiten (1958) Münch med Wschr 100:1409-1415

13. Einteilung und Begriffsbestimmung des Rheumatismus (1958) Therapie-woche 8:191–194
14. Die primär chronische Polyarthritits (1959) Verh Dtsch Ges Inn Med 65:54–68
15. Die nosologische Stellung der primär-chronischen Polyarthritits (1959) Dtsch med J 10:373–377
16. Die medikamentöse Behandlung der rheumatischen Gelenkerkrankungen (1959) Wiener med Wschr 109:327–332
17. Therapie des rheumatischen Fiebers (1962) Internist Praxis 2:393–398
18. Die Rheumagenese im Blickfeld der Herdinfection (1963) Regensburger Jahrbuch ärztl Fortbild 11:24–30
19. 50 Jahre Rheumatismus (1963) Internist 4:276–281
20. Rheumatismus und Herzkrankheiten (1965) Münch med Wschr 107:9–13
21. Die atypische chronische Polyarthritits (1967) Münch med Wschr 109:1777–1783
22. Der subakute Gelenkrheumatismus (1970) Wiss Z Univ Halle, Math-Naturwiss R 19:93–96
23. Die Erscheinungsformen der chronischen Polyarthritits (1970) Med Welt 21:753–758
24. Polymyalgia rheumatica (1971) Z Rheumaforsch 30:257–265
25. Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis (1971) Z Rheumaforsch 30:324–329
26. Polyarthritits chronica progressiva (1969) Steinkopff, Darmstadt