



HEINER FANGERAU / IGOR J. POLIANSKI (Hg.)

# Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik

Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach

Wissenschaftsforschung

Geschichte und Philosophie der Medizin und Naturwissenschaften

Franz Steiner Verlag



Heiner Fangerau / Igor J. Polianski (Hg.)  
Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik

# **KULTUR ANAMNESEN**

Schriften zur Geschichte und Philosophie der Medizin und der Naturwissenschaften

Herausgegeben von Heiner Fangerau, Renate Breuninger und Igor Polianski  
in Verbindung mit dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, dem Humboldt-  
Studienzentrum für Philosophie und Geisteswissenschaften und dem Zentrum Medizin  
und Gesellschaft der Universität Ulm

Band 4

HEINER FANGERAU / IGOR J. POLIANSKI (HG.)

# **Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik**

Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach



Franz Steiner Verlag

Umschlagabbildung:

Walter Draesner, „Der Tod und der Anatom“, Graphiksammlung „Mensch und Tod“  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes  
ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2013

Druck: Laupp & Göbel, Nehren

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

Printed in Germany.

ISBN 978-3-515-10227-8

# INHALT

*Heiner Fangerau, Igor J. Polianski*  
Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Eine Standortbestimmung..... 7

## **I. „GTE“: Synergien und Wahlverwandtschaften**

*Claudia Wiesemann*  
Die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte  
und Medizintheorie ..... 17

*Igor J. Polianski, Heiner Fangerau*  
Zwischen Mythos und Evidenz? Legitimationsdruck  
und Theoretisierungszwang in der Geschichte, Theorie  
und Ethik der Medizin..... 20

## **II. Achsenthemen des Querschnittsfaches**

*Volker Roelcke*  
Medizin im Nationalsozialismus – radikale Manifestation  
latenter Potentiale moderner Gesellschaften? Historische Kenntnisse,  
aktuelle Implikationen..... 35

*Walter Bruchhausen*  
Export und Import von Medizinern und Gesundheitspolitik –  
Globalisierungsgeschichte der Medizin am Beispiel  
der deutschen Entwicklungshilfe. .... 51

*Irmgard Müller*  
Den Himmel im Visier: Macht und Evidenz der Bilder  
in Johannes Zahns „Oculus artificialis“ ..... 71

*Heinz Schott*  
Die „natürliche Magie“ und ihre Bedeutung für die Medizingeschichte .... 105

*Gisela Badura-Lotter*  
Sexuell übertragbare Krankheiten. Überlegungen zu Metaphorik  
und Ethik ..... 127

## **III. Medizin zwischen Wohlfahrt und Biomacht**

*Eva Brinkschulte*  
Medizin und Behinderung – Zur „Gehörlosenproblematik“  
seit dem 18. Jahrhundert..... 151

*Sebastian Kessler*

Anerkannt oder ausgegrenzt. Die diskursive Konstruktion  
von sozialer Ungleichheit und Krankheit in Deutschland..... 169

*Debora Lea Frommelt*

Eine Grammatik des richtigen Gewichts: Der Body-Mass-Index  
(BMI) als biopolitisches Instrument..... 183

*Jörg Vögele*

Säuglingsfürsorge, Säuglingsernährung und die Entwicklung  
der Säuglingssterblichkeit in Deutschland während des 20. Jahrhunderts... 203

*Maria Griemert*

Das Ulmer Funden- und Waisenhaus in der Frühen Neuzeit ..... 221

*Heinz-Peter Schmiedebach*

Seuchen und ihre Spuren in Gesellschaft, Kultur und Politik..... 235

Zu den Autoren ..... 259

## GESCHICHTE, THEORIE UND ETHIK DER MEDIZIN: EINE STANDORTBESTIMMUNG

*Heiner Fangerau, Igor J. Polianski*

Seit dem ersten großen auf den Seiten der Frankfurter Allgemeinen Zeitung öffentlich ausgetragenen „Medizinhistorikerstreit“ vor knapp fünfundzwanzig Jahren (Frevert 1987; Frevert 1987a; Mann 1987) – nur kurz nachdem der Konsolidierungsprozess der institutionalisierten Medizingeschichte in Deutschland einen Höhepunkt erreicht hatte (Roelcke 1994: 197; Brocke 2001: 191) – hat es für die an deutschen medizinischen Fakultäten tätigen Medizinhistoriker immer wieder Anlass gegeben, die damals angeregten Grundsatzfragen nach dem Sinn, dem Zweck und der Perspektive ihres Faches neu aufzunehmen. Nicht von ungefähr fiel diese Debatte in eine Zeit, in der die Medizinethik auch in der Bundesrepublik einen Professionalisierungsschub erfuhr, der neben der Gründung der Akademie für Ethik in der Medizin 1986 auch die Frage mit sich brachte, ob der Aufgabenbereich der Medizinethik sich nicht mit der Identitätsfindung der Medizingeschichte überschneide. Die ursprünglich primär theoretische Disziplin der Ethik hatte in der Medizin damals auch schon international eine praktische Aufgabe übernommen und an Relevanz gewonnen. Stephen Toulmin kommentierte diese Volte der Ethik pointiert in seinem Beitrag: „How Medicine Saved the Life of Ethics“ (Toulmin 1982). Die in der Folge unter Medizinhistorikern immer wieder diskutierte Frage lautete, ob das Überlebensrezept, sich durch einen engen Bezug auf aktuelle ärztliche Praxis zu legitimieren, auch für die Medizingeschichte Gültigkeit beanspruchen könne?

Die curriculare Etablierung der Medizinethik im Studium der Medizin zusammen mit der Medizingeschichte und der Medizintheorie in einem Querschnittsfach durch die Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002 hat diese Diskussion erneut aufflammen lassen. Darüber hinaus entwickelte sich zum Beispiel im Fachverband Medizingeschichte ein fachinterner Diskurs über das Verhältnis dieser drei Fachrichtungen innerhalb der geistes- und kulturwissenschaftlich ausgerichteten Institute für Geschichte und/oder Ethik der Medizin.

Blickt man nun aus dem Jahr 2012 auf diese unablässige Reflexionsarbeit zurück, so darf man vielleicht feststellen, dass sich mittlerweile – teilweise als Ergebnis der Diskussionen und teilweise aufgrund externer Kontingenzen – mit dem „Dreigestirn“ von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) im Querschnittsfach 2 der ÄAppO ein Fachzuschnitt und eine Fachkultur formiert hat, wie es sie zu Beginn der Debatte so noch nicht gegeben hatte.<sup>1</sup>

1 Eine Besonderheit des Querschnittsfachs Q2 liegt darin, dass hier jeweils eine Institution (nämlich die Institute für Geschichte und/oder Ethik der Medizin) den Anspruch auf die Vertretung des ganzen Querschnittsfachs erhob und „Querschnitt“ im Sinne einer Synergie der drei Fächer

Der geplante Band möchte vor diesem Hintergrund an die bisherigen Selbstthematisierungen anschließen und zur aktuellen Standortbestimmung von „GTE“ und zur Erhellung der Perspektiven dieses Querschnittsfaches beitragen. Die hier zusammengestellten Aufsätze fassen die Ergebnisse einer Tagung zusammen, die bewusst offen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ein Forum geben sollte, Forschungsergebnisse und –perspektiven aus den Teilgebieten der Geschichte, der Theorie und der Ethik der Medizin zu präsentieren, die über einen sich allmählich entwickelnden „Kanon“ der Themen von „GTE“ hinaus gehen (vgl. Schulz, Steigleder, Fangerau, Paul 2006; Riha 2008; Bruchhausen & Schott 2008; Steger 2011). Anlass war die Neugründung des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm. Dabei sollte in der Diskussion der Versuch unternommen werden, aktuelle Forschungsergebnisse immer auch im Hinblick auf ihre Wirkmächtigkeit und integrativen Elemente für das Querschnittsfach GTE hin zu prüfen. Diese Diskussion soll mit dem vorliegenden Band nicht nur dokumentiert, sondern fortgesetzt werden. Hilfreich erscheint es, zu diesem Zweck die wichtigsten Problemdiagnosen und Programmatiken, die den Konsolidierungsprozess von „GTE“ begleitet, inspiriert oder mitgetragen haben, kurz zu rekapitulieren. Insbesondere vier Spannungslinien treten in diesem Prozess deutlich hervor:

Erstens ist hier die theoretisch-methodische Urkontroverse zwischen einer ereignis- und personenzentrierten Medizingeschichte sowie einer theoriegeleiteten Historiographie der Medizin zu nennen, die sich anschickte den „hermetischen Raum einer engen Disziplingeschichte“ (Frevort 1987) zu sprengen. Zweitens handelt es sich auf struktureller Ebene um die problembehaftete Grenzziehung zwischen allgemeiner *Geschichte der Medizin*, deren Daseinsrecht unbestritten ist, und einer stets in Frage gestellten *Geschichte in der Medizin* (Labisch 2002; Vögele, Fangerau, Noack 2006). Das dritte Dual, an dem sich die Fachdebatten aus der jüngsten Zeit immer häufiger orientierten, bezieht sich auf das bekannte Phänomen des „erinnerungskulturellen Booms“, bei dem sich gerade im Zusammenhang mit (medizinischen) Jubiläen immer schärfer ein Konflikt zwischen medizinhistorischer Expertise und einem zur Mythenbildung und Vergangenheitsverklärung neigenden kommunikativen Gedächtnis (Heritage, „Disney history“) abzeichnet. Viertens kam in den eingangs erwähnten Grundsatzdebatten dem Komplementär- und Konkurrenzverhältnis zwischen Geschichte und Ethik der Medizin eine besondere Aufmerksamkeit zu, wobei diese Debatte die Rolle der Theorie der Medizin bisher eher am Rande behandelte.

Entlang dieser vier Achsen haben sich – zumindest aus unserer Perspektive – in den letzten zwei Jahrzehnten wesentliche Verschiebungen vollzogen. Noch zu Beginn der 1990er Jahre glaubte man mit der Programmatik eines seit Mitte der 1970er für die Medizingeschichte profilierten struktur- und prozessorientierten Theorieansatzes und seinen gesellschaftskritischen Leitkategorien der Professionalisierung und der Medikalisierung über eine schlagkräftige Alternative zu einem klassischen Historismus zu verfügen. Daher war der Diskurs jener Zeit durch Bemühungen

Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin verstanden wissen wollte, während die anderen Querschnittsfächer eher multidisziplinär durch mehrere selbständige Institute gemeinsam gestaltet werden.

gekennzeichnet, die Sozialgeschichte der Medizin als „Gesamtgeschichte der medialen Kultur“ (Jütte 1992) auf dem schmalen Grat zwischen Quantifizierungsphobien und Aversionen gegen großspuriges „Theoriegetöse“ zu etablieren (Jütte 1992; Roelcke 1994; Labisch 1996).

Kaum ein Jahrzehnt danach übernahm aber die „Neue Kulturgeschichte“ auch im Bereich der Medizingeschichte die Führung, um zusammen mit der Historiographie „alten“ Formats die zaghaft aufblühende Sozialgeschichte nicht gerade zu überrollen, aber doch in ihrer Bedeutung zu überholen. Ihre „treffende Kritik in Bezug auf die Reichweite sozialwissenschaftlicher Modelle“ (Paul 1999) konnte viele Fachvertreter überzeugen.<sup>2</sup> Wieder wenige Jahre später gingen von der internationalen Ebene schon Impulse für die nächste Richtungswende aus. Zum einen wurde eine produktive Re-lecture von pauschal als „traditionell“ stigmatisierten Arbeiten angeregt, um wieder quellenbasiert auf empirisches Material und strukturelle Fakten zurückgreifen zu können (Huisman & Warner 2006: 3ff). Zum anderen hat man unterstellt, dass das geschärfte Bewusstsein für den Konstruktionscharakter von kausalen und linearen Geschichtsmodellen mit einer abnehmenden Sensibilität für die machtpolitischen Dimensionen des Gesundheitswesens erkauft wurde. Akteurszentrierte Gesellschaftskritik war angeblich eingetauscht worden gegen eine gesellschaftlich belanglose und gezähmte Analyse von anonymen Diskursmächten. Die These lautete, dass sich eine Rückbesinnung auf das „Soziale“ anbahnen würde, nachdem eine zur Absorption und Auflösung der medizinischen Sozialgeschichte führende „Flucht“ in die selbstreferentiellen „cultural studies“ die Medizingeschichte ihres gesellschaftskritischen Potentials beraubt hätte: „the ‚civil war‘ between discursivity and historicity, or more broadly between ‚the cultural‘ and ‚the social‘, has entered a more accommodating phase, less privileging of the cultural.“ (Cooter 2006: 325).

Diese Syntheseleistung spiegelt sich auch auf weiteren Konfliktachsen wieder: Weder hat sich die fachpolitische Befürchtung bewahrheitet, dass die pragmatisch fachimmanent orientierte *Geschichte in der Medizin* ihre innovativsten Themen an ihre „große Schwester“, die allgemeine *Geschichte der Medizin* verlieren würde (Labisch 2002: 361ff) noch hat die Geschichtsschreibung der Medizin unter dem Druck einer spätmodern boomenden Erinnerungs- und Festschriftenkultur des Faches ihre kritische Funktion eingebüßt. Sie ist nicht wie befürchtet zu einem märchenhaften Beiwerk der Medizin verkommen (Bröer 1999: 5). Dies hat sich zum Beispiel zuletzt an der Auseinandersetzung um den Nachruf für H.J. Sewering deutlich gezeigt (Wolff 2010).

Obwohl wie von Alfons Labisch beschrieben „der Wunsch nach unmittelbarer Entscheidungsentlastung in der täglichen Praxis zur klinischen Ethik statt zur historisch reflektierten Eigenverantwortung [drängt]“ (Labisch 2002: 361), hat das gesellschaftliche Bedürfnis nach einer historisch distanzierteren Analyse sein Eigengewicht behalten. Zwar ist die Frage, „wie medizinische Ethik in die ärztliche Ausbildung eingefügt werden kann“, noch nicht wirklich „eine genuine Aufgabe der Me-

2 Vgl. stellvertretend hierzu Beiträge in dem von Thomas Schnalke und Claudia Wiesemann herausgegebenen Band *Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive* (Schnalke & Wiesemann 1998).

dizingeschichte“ (Labisch 1996: 17) geworden. Auch ließen sich Beispiele für einen seit den 1990er Jahren institutionell verfestigten „Dualismus“ von Ethik und Geschichte geben. Aber statt einer Gewichtsverlagerung von der Geschichte auf die Ethik der Medizin und statt einer Instrumentalisierung der Geschichte durch die Ethik zeichnet sich doch zunehmend eine produktive Interpenetranz beider Bereiche ab. (Wiesing 1995: 136ff; Wiesemann 1997: 85; Schulz 1997: 31; Frewer & Neumann 2001: 11).

Das Gemeinsame Grundsatzpapier des Fachverbandes Medizingeschichte und der Akademie für Ethik in der Medizin von 2009, das diese Entwicklung markiert, zeigt, dass ausgerechnet die Medizintheorie zu jenem Feld wird, auf dem sich dieser Austausch vorwiegend vollzieht. Dies wiederum könnte bedeuten, dass der innerhalb der Medizinethik seit einiger Zeit tobende Streit zwischen eher an den Methoden der empirischen Sozialforschung orientierten Vertretern und den sich an die Traditionen der analytischen und angewandten Philosophie anlehrenden Wissenschaftlern sich im Querschnittsbereich „GTE“ fruchtbar und in kooperativer Weise als verschiedene Seiten der Theorie auflösen könnte. Wenn die Beobachtung stimmt, dass innerhalb der medizinischen Ethik die Philosophie als Mutterdisziplin „starke Rückzugstendenzen“ aufweist oder durch andere Ansätze medizinethischer Reflexion verdrängt wird (Steigleder 2006: 314), dann ist dies für die philosophische Ethik und die Qualität ethischer Analysen ein alarmierendes Signal. Wenn aber dieser Rückzug aufgehalten werden kann und die Philosophie im Bereich der Medizinethik systematisch mit Reflexionsebenen der Sozial-, Wissenschafts- und Kulturtheorie sowie der Geschichte vernetzt wird, können alle Bereiche gewinnen.

Im Vergleich zum angelsächsischen Sprachraum hat dieser Prozess in Deutschland erst begonnen. Es ist aber zu erwarten, dass mit dem Brückenschlag zwischen Historizität und Diskursivität sich der Blick für das Ineinandergreifen der kognitiven und normativen Dimension ärztlicher Praxis in diachroner Perspektive schärfen und sich die neuerdings geäußerte Forderung nach einer „soziologisch aufgeklärten Medizinethik“ (Graumann & Lindemann 2009) um eine sozialhistorische Aufklärung erweitern wird. Das Querschnittsfach „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ scheint vor diesem Hintergrund im Begriff zu sein, sich aus einem *terminus technicus* für ein schwer zu verortendes Lehrfach in eine wichtige Instanz zu verwandeln, die gerade für das Gesundheitssystem lange vermisst wurde (Luhmann 1983: 173): Es wird allmählich zu einer Reflexionstheorie der Medizin.

Natürlich ist der Weg dahin noch weit und es macht deshalb Sinn, wieder eine Bestandaufnahme zu machen. Vor einer solchen darf allerdings nicht verschwiegen werden, dass die Integration von eigentlich drei Disziplinen in ein so genanntes Querschnittsfach nicht unproblematisch ist. Zum einen besteht die Frage, ob und wie man jeder einzelnen Subdisziplin in ihrer methodischen und theoretischen Eigenheit noch gerecht werden kann. Dies gilt sowohl für Lehrinhalte als auch für Forschungsvorhaben. Zum anderen besteht die Gefahr der Nivellierung des gesamten Themenfeldes durch einen engen durch Ressourcenknappheit gekennzeichneten institutionellen Rahmen, der es nicht erlaubt, jede der drei Subdisziplinen mit gleicher Intensität zu bearbeiten. Statt jeweils einer Professur für Geschichte der Medizin, Medizinethik und Theorie der Medizin haben sich viele Fakultäten dazu

entschlossen, das breite Spektrum von GTE durch eine Professur vertreten zu lassen. Inhaltlich besteht darum die Tendenz, zumindest auf dem Gebiet der Forschung Schwerpunkte zu setzen, die nicht in jedem Fall die erwünschte Integration von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin widerspiegeln, sondern dezidiert einer der Subdisziplinen zugeordnet werden können.

Dieser Symposiumsband möchte die Einrichtung des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie eines Zentrums Medizin und Gesellschaft an der Universität Ulm als Gelegenheit nutzen, um die oben umrissene Reflexionsarbeit weiter zu vertiefen, hat doch die Ulmer Medizinische Fakultät mit der Gründung gerade auf die eben umrissenen Zeichen der Zeit reagiert. Anders als beim hundertjährigen Geburtstag Walter Pagels oder beim hundertsten Jubiläum der DGGMNT und mehr zum „Frontier Spirit“ einer Neugründung passend, wurde hier für diesen Band allerdings ein maximal breit angelegter, explorativer Fokus gewählt. Ziel ist weniger ein bilanzierender Rückblick, sondern vielmehr eine „Auskundenschaftung“ und Erschließung eines bisher nur notdürftig definierten Terrains.

Im ersten Abschnitt, in dem zu diesem Zweck Synergien und Wahlverwandtschaften der Herkunftsfächer von „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ in den Blick genommen werden sollen, untersucht Claudia Wiesemann die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie. Igor Polianski und Heiner Fangerau betrachten den Legitimationsdruck und Theoretisierungszwang in der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und betten ihre Analyse in die Darstellung eines hieraus gefolgerten Lehrkonzeptes ein.

Der zweite Abschnitt wiederum schildert fünf zentrale Achsenthemen des Querschnittsfaches. Volker Roelcke fokussiert ausgehend von der Frage nach den aktuellen Implikationen historischer Kenntnisse die Medizin im Nationalsozialismus und ergründet an diesem Beispiel die radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften. Walter Bruchhausen wendet sich einer Globalisierungsgeschichte der Medizin am Beispiel der deutschen Entwicklungshilfe zu und beschreibt den Export und Import von Medizinerinnen und Gesundheitspolitik als deutsch-deutschen Systemstreit. Irmgard Müller fragt nach der Macht und Evidenz der Bilder für die naturwissenschaftlich orientierte Medizin, indem sie Johannes Zahns „Oculus artificialis“ einer Evidenzstrategien fokussierenden Analyse unterzieht. Heinz Schott untersucht in seinem Beitrag die Bedeutung des historischen Studiums der „natürlichen Magie“ für die Medizingeschichte und Gisela Badura-Lotter stellt Überlegungen zu Metaphorik und Ethik der Medizin am Beispiel von sexuell übertragbaren Erkrankungen an.

Damit öffnen sich die Achsenthemen dem dritten Abschnitt, der nun die Medizin zwischen Wohlfahrt und Biomacht in den Blick nimmt. Nachdem Eva Brinkshulte die „Gehörlosenproblematik“ seit dem 18. Jahrhundert als Beispiel für den medizinischen Umgang mit Behinderung dargestellt hat, prüft Sebastian Kessler in seinem Beitrag die diskursive Konstruktion von sozialer Ungleichheit und Krankheit in Deutschland, bevor Debora Frommeld den Body-Mass-Index als biopolitisches Instrument charakterisiert. In seinem Beitrag zu Säuglingsfürsorge und Säuglingsernährung im 20. Jahrhundert schildert Jörg Vögele das Verhältnis von Staat und Medizin im Kontext der Fokussierung auf die Kindheit, ein Verhältnis, das

Maria Griemert in ihrer Lokalstudie zum Ulmer Funden- und Waisenhaus auf die Stadt und die Frühe Neuzeit überträgt. Heinz-Peter Schmiedebach zuletzt wendet sich den kulturgeschichtlichen Implikationen von Seuchen zu, indem er ihre Spuren in Gesellschaft, Kultur und Politik ins Zentrum der Betrachtung rückt.

Durch diese Sammlung von Beiträgen einschlägiger Vertreter des Faches sowie von Nachwuchswissenschaftlern soll aufgezeigt werden, was und wie in der Medizingeschichte aktuell gesucht, geforscht und gefragt wird. Auch wenn in diesem Band fachprogrammatische oder methodisch-theoretische Selbstverortungen explizit nicht im Vordergrund stehen, gibt er so die Gelegenheit diese an konkreten Einzelfragen zu erproben.

Wir danken allen Beitragenden und wünschen den Leserinnen und Lesern eine angenehme und gewinnbringende Lektüre.

*Prof. Dr. Heiner Fangerau  
Dr. Igor J. Polianski  
Ulm, den 26. September 2012*

## LITERATURVERZEICHNIS

- Brocke, Bernhard vom (2001) ‚Medizinhistoriographie im Kontext der Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte‘, in Andreas Frewer und Volker Roelcke (Hrsg.): Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. bis 20. Jahrhundert. Stuttgart: 187–212.
- Bröer, Ralf (1999) Einleitung, in Ralf Bröer (Hg.) Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler: 5
- Bruchhausen, Walter; Schott, Heinz (2008) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen.
- Cooter, Roger (2006) ‚„Framing“ the End of the Social History of Medicine‘, in Frank Huisman, John Harley Warner (Ed.): Locating Medical History. The Stories and Their Meanings. Baltimore, London: 309–337.
- Frevert, Ute (1987) ‚Geteilte Geschichte der Gesundheit. Zum Stand der historischen Erforschung der Medizin in Deutschland, England und Frankreich‘, in FAZ vom 28.01.1987.
- Frevert, Ute (1987) ‚Medizingeschichte endlos. Zu Gunter Manns Kritik an der Sozialgeschichte der Medizin‘, in FAZ vom 08.04.1987.
- Frewer, Andreas & Neumann, Josef F. (2001) ‚Medizingeschichte und Moral: Medizinethik 1900–1950 in historischer Analyse‘, in Andreas Frewer, Josef N. Neumann (Hg.): Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950. Frankfurt am Main, New York: 11–19.
- Graumann, Sigrid & Lindemann, Gesa (2009) ‚Medizin als gesellschaftliche Praxis, sozialwissenschaftliche Empirie und ethische Reflexion: ein Vorschlag für eine soziologisch aufgeklärte Medizinethik‘, Ethik in der Medizin 21: 235–245.
- Huisman, Frank & Warner, John Harley (2006) ‚Medical Histories‘, in: Frank Huisman, John Harley Warner (Ed.): Locating Medical History. The Stories and Their Meanings. Baltimore, London: 1–30.
- Jütte, Robert (1992) ‚Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele‘, Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9: 149–164.
- Labisch, Alfons (1996) ‚Geschichte, Sozialgeschichte und Soziologie der Medizin: Ein imaginäres Streitgespräch mit Christian Probst‘, Sudhoffs Archiv, Bd. 80, Heft 1: 1–27.

- Labisch, Alfons (2002) ‚Stand und Perspektiven der Medizingeschichte in Deutschland. Für Ulrich Hadding‘, *Medizinhistorisches Journal* 37: 351–380.
- Luhmann, Niklas (1983) ‚Medizin und Gesellschaftstheorie‘, *Medizin, Mensch und Gesellschaft* 8: 168–175.
- Mann, Gunter (1987) ‚Beschränktheit im Wissen. Eine Antwort auf Ute Freverts Thesen zur Medizingeschichte‘, *FAZ* vom 11.03.1987.
- Riha, Ortrun (2008) *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Querschnittsbereich 2*. Bern
- Roelcke, Volker (1994) ‚Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945‘, *NTM NS* 2: 193–216.
- Schnalke, Thomas & Wiesemann Claudia (Hg.) (1998) *Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive*. Köln, Weimar, Wien.
- Schulz, Stefan (1997) ‚Der Umgang mit Geschichte in aktuellen Lehrbüchern der Ethik in der Medizin‘, in Richard Toelner, Urban Wiesing: *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: 17–34.
- Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus; Fangerau, Heiner & Paul, Norbert (Hg.) (2006) *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.
- Steger, Florian (2011) *GTE Medizin*. Göttingen.
- Steigleder, Klaus (2006) ‚Medizinethik und Philosophie‘, *Ethik in der Medizin* 4: 310–314.
- Toulmin, Stephen (1982) ‚How Medicine saved the Life of Ethics‘, *Perspect Biol Med.* 25(4): 736–50.
- Wiesemann, Claudia (1997) ‚Das Recht auf Selbstbestimmung und das Arzt-Patienten-Verhältnis aus sozialgeschichtlicher Perspektive‘, in Richard Toelner, Urban Wiesing: *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: 67–90.
- Wiesing, Urban (1995) ‚Zum Verhältnis von Geschichte und Ethik in der Medizin‘, *Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin* 3: 129–144.
- Wolff, Eberhard (2010) ‚Ein Nachruf wird zum Krimi. Proteste gegen einen Nachruf auf den umstrittenen deutschen Ärztefunktionär Hans Joachim Sewering‘, *Schweizerische Ärztezeitung* 91: 1402–1403.



# DIE BEZIEHUNG DER MEDIZINETHIK ZUR MEDIZINGESCHICHTE UND MEDIZINTHEORIE<sup>1</sup>

*Claudia Wieseemann*

Medizinethik, Medizingeschichte und Medizintheorie sind in Deutschland erst seit kurzer Zeit eine Allianz eingegangen. Doch trotz der Bündelung zu einem Lehrfach namens „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ ist unklar, in welchen Bereichen sich die Fächer inhaltlich wie methodisch überschneiden, denn auf den ersten Blick befassen sie sich mit kategorial unterschiedlichen Inhalten: Die Medizingeschichte – so scheint es – fragt nach der Vergangenheit, die Medizintheorie analysiert die Gegenwart und die Medizinethik gestaltet gewissermaßen die Zukunft der Heilkunde. Geschichte und Theorie analysieren ein Sein, die Ethik ein Sollen. Die Geschichte geht induktiv vor, die Ethik – in der Regel – deduktiv. Handelt es sich also bei der Koppelung der drei Fächer nur um das Ergebnis einer historisch kontingenten Entwicklung oder doch um den Ausdruck eines inhaltlich begründbaren Zusammenhangs?

Dass sich eine vergleichbare institutionelle Koppelung nirgends außerhalb Deutschlands findet, ist kein schlagender Beweis gegen die letztere Hypothese. Denn auch wenn die Professionalisierung und Institutionalisierung der Medizinethik, -geschichte und -theorie in den Ländern dieser Welt unterschiedlichen regionalen Zufällen gehorchen, könnte sich doch das Spektrum der ihnen jeweils gemeinsamen Fragestellungen gleichen. Dafür spricht ein nicht unerhebliches Indiz: Im Mutterland der modernen Bioethik, den USA, haben sich eine Reihe angesehener Bioethiker auch medizinhistorischen Themen zugewandt.<sup>2</sup> Zu nennen sind hier unter anderen: Jay Katz, Edmund Pellegrino, Al Jonsen, Ruth Faden oder Tom Beauchamp. Im europäischen Ausland geläufig ist zudem die Kombination von Medizinethik und Medizintheorie unter dem Dach der Philosophie der Medizin, die wiederum nicht selten in einem Atemzug mit der Medizingeschichte genannt wird.<sup>3</sup>

Die Kombination von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin scheint also mehr als ein Zufall der deutschen Geistesgeschichte zu sein (Wiesing 1995). Allen

1 Die Erstpublikation dieses Beitrages findet sich in: *Ethik in der Medizin* 2006 (18) 4: 337–341.

2 Der umgekehrte Effekt ist ebenfalls zu verzeichnen, Medizinhistoriker befassen sich mit medizinethischen Themen aus historischer Perspektive, vgl. z. B. Bergdolt (2004), Frewer & Neumann (2001).

3 Vgl. z. B. die Zeitschriften „History and Philosophy of Medicine“ sowie „Medicine, Health Care and Philosophy“. Letztere hat sich 2004 in zwei Ausgaben ausführlich mit Empirischer Ethik (Heft 1) und der Beziehung von Medizinphilosophie und Ethik (Heft 3) befasst. Kazem Sadegh-Zadeh bezeichnet die Philosophie der Medizin als erweiterte Theorie der Medizin, sie umfasse neben der Ethik auch die Praxistheorie der Medizin und die Wissenschaftsforschung ([www.medizintheorie.de](http://www.medizintheorie.de), 20.7.2012).

drei Fächern ist zudem gemeinsam, dass sie ihre Existenz einer Dialektik von Krise und Legitimation verdanken. Die Medizingeschichte erlangte ihre Bedeutung für die Medizin mit der institutionellen Revolution des 19. Jahrhunderts, die zur Akademisierung der Heilkunde und zur Gründung der großen und einflussreichen überregionalen ärztlichen Körperschaften führte. Die Philosophie der Medizin antwortete auf die zeitgleiche Revolutionierung des Weltbilds der Medizin durch die Zellulartheorie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die Medizinethik schließlich verdankt ihren Aufschwung einer Erschütterung des traditionellen Arzt-Patient-Verhältnisses durch die Verbreitung von Krankenhaus und Krankenkassen als gesellschaftlichen Einrichtungen, die der kollektiven medizinischen Versorgung dienen, sowie der Krise des naturwissenschaftlichen Expertenwissens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.<sup>4</sup> Medizingeschichte, Medizintheorie und Medizinethik sind die Kinder dieser Krisen und zugleich Protagonisten ihrer Bewältigung. Diese Herkunft erklärt die ambivalente Rolle aller dreier Fächer zwischen Reformator auf der einen und Legitimierungsinstanz auf der anderen Seite, die ihre Wahrnehmung in der Öffentlichkeit bis heute prägt.

All dies sind Indizien für einen echten inhaltlichen Zusammenhang der methodisch heterogenen Fächer. Deshalb gilt es zu untersuchen, welche Fragestellungen die Ethik als Wissenschaft vom Sollen und die Medizingeschichte und Medizintheorie als Wissenschaften vom Sein gemein haben? Der Weg zur Beantwortung dieser Frage führt über einige grundsätzliche Fragen angewandter Ethik.

Ethik ist eine praktische Wissenschaft, und mit den anderen Wissenschaften vom menschlichen Handeln teilt sie jene Probleme, die sich aus der prinzipiellen Inkongruenz von menschlichem Erkennen einerseits und menschlichem Handeln andererseits herleiten lassen (Wieland 1989; Wiesemann 1999). Der Medizinphilosoph Wolfgang Wieland zählt dazu die Aporien der *Anwendung*, der *Motivation* und der *Institution*. Es handelt sich um grundsätzliche Probleme der Ethik, die immer entstehen, wenn Regeln allgemeiner Art auf bestimmte Individuen in bestimmten Umständen angewendet werden sollen. Dann – so Wieland – bleibt der Ethik, und mit ihr jeder anderen praktischen Wissenschaft, nichts anderes übrig, als sich auf Annäherungen zu beschränken, denn „ihre Kraft reicht nicht aus, die Aufgaben, die sich im Umkreis von Applikation und Motivation stellen, mit dem Anspruch auf Endgültigkeit zu bewältigen; sie ist zu schwach, für die Institutionen, in denen sie sich vorfindet und deren Existenz sie fordern muß, Bedingungen durchzusetzen, denen jede Herrschaft von Menschen über Menschen genügen muß, wenn sie gerechte Herrschaft sein soll. Nur unter utopischen Bedingungen könnte sie ihren Aporien entgehen“ (Wieland 1989: 46).

Das Applikationsproblem begegnet der Ethik immer dort, wo ihrer Natur nach allgemeine Regeln oder Maximen auf den je besonderen Einzelfall angewendet

4 Andere, in diesem Zusammenhang ebenfalls häufig als ursächlich genannte Faktoren haben entweder nur regionale Bedeutung und können das globale Phänomen daher nicht erklären (wie z. B. die Bürgerrechtsbewegung in den USA) oder beschreiben nur einen Teilaspekt der Kollektivierung (wie z. B. die Erschütterung über die medizinischen Verbrechen des Nationalsozialismus). Die Medizin im Nationalsozialismus zeigte besonders drastisch die Konsequenzen einer Kollektivierung der Medizin unter den Bedingungen des totalitären Staats.

werden müssen und damit unter realen Bedingungen entschieden werden muss, ob ein Fall von x oder von y vorliegt. Das Motivationsproblem entsteht, wenn die Ethik den Handelnden nicht nur die Gründe für ihr Handeln vorgibt, sondern sie auch tatsächlich dazu bewegen muss, die solcherart legitimierte Handlung zu vollziehen und ihr Verhalten danach auszurichten. Das Institutionsproblem schließlich hat zur Ursache, dass moralisches Handeln in komplexen Gesellschaften immer zugleich auch sinnvoller Weise von Institutionen geregelt wird, womit aber die Frage aufgeworfen wird, wann das Individuum Entscheidungen an diese Institutionen delegieren darf oder sogar muss und wann es im Gegenteil nur seinem individuellen Gewissen verpflichtet sein sollte oder gar dazu beitragen muss, die vorhandenen Institutionen zu ändern.

Gerade in der Medizinethik sind diese Aporien in vielen Bereichen augenfällig. Denn die auf den individuellen Patienten und seine Lebensgeschichte fokussierende Perspektive von Heilkundigen und der – vom Gesetzgeber durchaus nicht unbeabsichtigte – relative Mangel an gesellschaftlichen Institutionen zur moralischen Regulierung medizinethischer Fragen lassen eine routinemäßige Subsumption des Einzelfalles unter allgemeine Regeln als besonders schwierig erscheinen. Ein Beispiel: In der Medizinethik wird gern auf den Kantischen kategorischen Imperativ verwiesen: „Handle so, dass Du die Menschen, sowohl in Deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ Doch die Anwendung dieses Grundsatzes in der Praxis erzeugt eine Reihe von inzwischen sattem bekannten Problemen: Sie entstehen in allen Situationen, in denen das Menschsein von Entitäten oder gar ihr Personsein auf dem Prüfstand steht, z. B. in der Fortpflanzungsmedizin; sie tauchen aber auch dort auf, wo zwischen „Instrumentalisierung“ auf der einen und „bloßer Instrumentalisierung“ auf der anderen Seite unterschieden werden muss, man denke hier nur an die fremdnützige Forschung mit nicht einwilligungsfähigen Probanden.

Mit dem von Wolfgang Wieland beschriebenen Motivationsproblem hat die Medizinethik immer dort zu tun, wo Heilkundige nicht nur als moralisch empfindende Individuen, sondern als Vertreter einer Profession handeln, und damit ihr Verhalten nach spezifischen, für ihren Beruf kennzeichnenden Motiven ausrichten müssen. Die Berufsbilder von Heilkundigen und die an sie gerichteten Rollenerwartungen unterliegen einem gesellschaftlichen Wandel, der auch das Verhältnis zum Patienten nicht unberührt lässt. So haben sich z. B. in den letzten Jahren die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in wesentlichen Punkten, z. B. im Hinblick auf die Respektierung von Patientenverfügungen oder die Akzeptanz der passiven Sterbehilfe, mehrfach geändert und dabei dem Arzt jeweils neue Rollenerwartungen vorgegeben.

Die Institutionsaporie schließlich lässt sich unschwer als Ursache einer manchmal an Absurdität grenzenden öffentlichen Debatte in Deutschland über Ethikkommissionen und Ethikräte erkennen: Im Wechsel wurden dabei Forderungen nach mehr Eingriffen von mehr gesellschaftlichen Kontrollinstanzen auf der einen und heftige Kritik an solchermaßen eingerichteten Kontrollinstanzen auf der anderen Seite vorgetragen. Freiheit des Heilkundigen ohne Beschränkung durch institutio-

nelle Auflagen oder Rückbindung an gesellschaftliche Institutionen? Beidem wird gleichermaßen misstraut.

Es ist wichtig festzuhalten, dass diese Probleme nicht prinzipiell gelöst oder umgangen werden können. Man kann ihre Auswirkungen nur durch eine besonders gute Analyse der Lebenswirklichkeit und der sie bestimmenden Faktoren zu minimieren versuchen. Zu diesen Faktoren gehören auch das professionelle Rollenverständnis und die Aufgaben professioneller Institutionen. Moralische Prinzipien und situative Faktoren müssen sich wechselseitig bereichern und informieren. Nicht nur lassen sich oft (vermeintliche) Seins-Fragen in Sollens-Fragen umformulieren – dies ist ein der Medizinethik bekanntes Phänomen –, auch Sollens-Fragen können in Fragen nach dem Sein umgewandelt und damit um eine faktische Analyse bereichert werden. So hat in der Debatte um die Zulässigkeit der ärztlichen Beihilfe zu Suizid die Frage nach den Rollenerwartungen an Ärzte in unserer Gesellschaft ihren berechtigten Platz. Die moralischen Pflichten von Heilkundigen qua Profession können ohne eine faktische Analyse derjenigen Aufgaben, die ihnen bisher aus Tradition zugewachsen sind, nicht plausibel gemacht werden. Medizinteorie und Medizingeschichte geben der Medizinethik damit phänomenale Tiefe und situationsbezogene Angemessenheit.<sup>5</sup>

Die von allen drei Disziplinen dabei verwendeten Begriffe und Konzepte können zudem nicht ohne wechselseitigen Bezug verstanden werden. Schon jede Anthropologie enthält faktische und normative Anteile. Dies gilt vor allem für den Begriff der Krankheit<sup>6</sup>. Welcher dieser Aspekte jeweils führend ist, kann nur situationsabhängig entschieden werden. Für den Genetiker ist beispielsweise die mangelnde Androgen-Empfindlichkeit von Keimdrüsen ein Problem gestörter Zellrezeptorfunktionen, für den Kinderarzt verbindet sich damit die schwierige Aufgabe, die für das Kind daraus zu erwartenden Störungen oder gar Behinderungen zu quantifizieren und zu qualifizieren und für den Ethiker die Frage, wie eine daraus resultierende uneindeutige Geschlechtsidentität mit dem Kindeswohl zu vereinbaren ist. Jede dieser Perspektiven, die das Gewicht zwischen faktischen und normativen Anteilen unterschiedlich verteilt, hat ihre Berechtigung. Es ist eine Frage der Urteilskraft, wie jeweils abhängig von der Ausgangssituation und den intendierten Zielen eine angemessene Gewichtung vorgenommen werden muss.

Die Urteilskraft, das Vermögen des Menschen, im Dickicht des Denkens dem Handeln eine Schneise zu schlagen, kennt nur zwei Wege der Ausbildung und Schulung: Auf das Individuum bezogen ist dies die Erfahrung, die man im Leben erwirbt und die es dem Einzelnen ermöglicht, mehrere Situationen ähnlichen Charakters miteinander zu vergleichen, um daraus Schlüsse für das individuelle Handeln zu ziehen. Für das Gemeinwesen nimmt diese Stelle die Geschichte ein. Sich ihrer zu bedienen ist die einzige, der Gesellschaft zur Verfügung stehende Methode, sich über die möglichen Folgen gesellschaftlichen Handelns aufzuklären. Aus die-

5 Dargestellt am Beispiel der Geschichte des Nationalsozialismus in (Roelcke et al 1997: 81–106; Simon 2004), am Beispiel der Geschichte der Transplantationsmedizin in (Schlich & Wiesemann 2001).

6 Die Medizin kennt sogar den Begriff der körperlichen Norm, die – wie das Beispiel der Sucht zeigt – keinesfalls auf wertfreie „Normalwerte“ reduzierbar ist (Wiesemann 1999: 275–282).

sem Grund ist auch die Geschichte selbst von ethischen Narrativen durchzogen, über welche sie wiederum durch die Ethik aufgeklärt werden muss. Man denke hier nur an das so prominente wie umstrittene Ethos des wissenschaftlichen Fortschritts.

Die Medizinethik kann deshalb die in ihrem Kontext auftretenden medizintheoretischen und medizinhistorischen Fragen nicht einfach an die entsprechenden Fächer delegieren und somit aus dem ihr eigenen Fragenkreis heraushalten. Die Grenze zwischen diesen Fächern ist im Praktischen nicht eindeutig zu ziehen. In der konkreten Situation stellen sich Sein- und Sollensfragen immer gemeinsam, und ihre Differenzierung um der Theorie willen kann nur in einer gemeinsamen Analyse erfolgen. Darin zeigt sich die grundlegende kulturelle<sup>7</sup> und soziale Dimension der Medizinethik.

Die Probleme einer angewandten Ethik wie der Medizinethik haben damit die Gestalt eines Paradoxons: Die Medizinethik muss sich, um sinnvolle Handlungsanweisungen für die Praxis zu geben, auf ein Sein beziehen, aber

1. dieses Sein (z. B. die Rolle des Arztes und die Abgrenzung von Arzt- und Pflegeberuf) ist historisch gewachsen und wird sich auch in Zukunft weiter wandeln;
2. die medizinischen „Fakten“ beruhen auf kontingenten Konzepten und Theorien, die ihrerseits kritikwürdig sein können (hier wären z. B. Theorien des Gens oder des Bewusstseins zu nennen);
3. das medizinische Handeln findet in einem kulturellen Kontext statt, für den sich bestimmte moralische Maximen bewährt haben. Verpflanzt man jedoch die medizinische Handlung und ihre moralische Motivierung in andere kulturelle Kontexte, kann sich der als selbstverständlich angenommene Zusammenhang relativieren oder sogar im schlimmsten Fall als problematisch herausstellen (wie z. B. im Fall einer unkritischen Übertragung des Konzepts des *individual informed consent* auf Kulturen mit starker Familienorientierung).

Es ist an der Zeit, dass sich die Medizinethik diesen bohrenden Fragen praktischer Anwendung widmet. Der Öffentlichkeit jedenfalls ist es nicht verborgen geblieben, dass die Sicherheit der Theorien und Maximen immer dann dahin schwindet, wenn es an den Einzelfall geht. Dieser Herausforderung sollte sich die Medizinethik in Zukunft stellen. Es wird ihr nur im Verbund mit Medizingeschichte und Medizintheorie gelingen. Trotz aller Heterogenität überschneiden sich ihre Fragestellungen dort, wo es um die angemessene Berücksichtigung der Lebenswirklichkeit der Handelnden im Gesundheitswesen und dessen sozialen und kulturellen Wandel geht. Insofern befassen sich alle drei mit Fragen nach dem Gestern, Heute und Morgen der Medizin.

Das Ergebnis ist eine an der Lebenswirklichkeit orientierte praktische Disziplin, die den Aporien der Ethik mit situationsgebundenen Analysen begegnet. Eine solche kontextsensitive Ethik – die schon von T. Krones und G. Richter gefordert wurde (Krones & Richter 2003) – eröffnet schließlich auch die im Zeitalter der

7 Kultur hier verstanden als symbolische Normierung des Seins.

Globalisierung so notwendigen kulturspezifischen und kulturübergreifende Perspektiven. Dies sind die Aufgaben des Fachs „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“.

### LITERATURVERZEICHNIS

- Bergdolt, K. (2004) *Das Gewissen der Medizin: Ärztliche Moral von der Antike bis heute* (München: C. H. Beck).
- Düwell, M. (2005) ‚Sozialwissenschaften, Gesellschaftstheorie und Ethik‘, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 10: 5–22.
- Frewer, A. & N.J. Neumann (2001) *Medizingeschichte und Medizinethik: Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950* (Frankfurt/M.: Campus).
- Krones, T. & G. Richter (2003) ‚Kontextsensitive Ethik am Rubikon‘, in Düwell, M. & K. Steigleder (Hg.), *Bioethik: Eine Einführung* (Frankfurt/M.: Suhrkamp): 238–245.
- Roelcke, V., Hohendorf, G. & M. Rotzoll (1997) ‚Von der Ethik des wissenschaftlichen Zugriffs auf den Menschen: Die Verknüpfung von psychiatrischer Forschung und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus und einige Implikationen für die aktuelle medizinische Ethik‘, *Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik* 13: 81–106.
- Schlich, T. & C. Wieseemann (Hg.) (2001) *Hirntod: Kulturgeschichte der Todesfeststellung* (Frankfurt/M.: Suhrkamp).
- Simon, E.C. (2004) *Geschichte als Argument in der Medizinethik: Die Bezugnahme auf die Zeit des Nationalsozialismus im internationalen Diskurs (1980–1994)*. Diss. med. Gießen
- Wieland, W. (1989) *Aporien der praktischen Vernunft* (Frankfurt/M.: Klostermann).
- Wieseemann, C. (1999) ‚Norm, Normalität, Normativität – Ein Beitrag zur Definition des Krankheitsbegriffs‘, in Rüsen, J.; Leitgeb, H. & N. Jegelka (Hg.), *Zukunftsentwürfe: Ideen für eine Kultur der Veränderung* (Frankfurt/M./New York: Campus): 275–282.
- Wieseemann, C. (2006) ‚The Contribution of Medical History to Medical Ethics: The Case of Brain Death‘, in Rehmann-Sutter, C., Düwell, M. & D. Mieth (Hg.), *Bioethics in Cultural Contexts* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer): 187–196.
- Wiesing, U. (1995) ‚Zum Verhältnis von Geschichte und Ethik in der Medizin‘, *NTM Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin* 3: 129–144.

## ZWISCHEN MYTHOS UND EVIDENZ?

Legitimationsdruck und Theoretisierungszwang in der Geschichte,  
Theorie und Ethik der Medizin<sup>1</sup>

*Igor J. Polianski, Heiner Fangerau*

Die Debatte um die Daseinsberechtigung geistes- bzw. kulturwissenschaftlicher Wissensanteile im medizinischen Kurrikulum ist so alt wie das fortschrittsorientierte naturwissenschaftlich-technische Paradigma der Medizin. Am schwersten traf die Durchsetzung des naturwissenschaftlich-technischen Ideals die Geschichte der Medizin, der zuerst ihre unmittelbare Praxisrelevanz und sodann auch ihre standespolitische Symbolbedeutung abhandeln kam. Konnte die Medizingeschichte als Lehrfach an vielen Fakultäten bis heute dennoch überleben, dann spätestens seit den 1990er Jahren entweder im Dreigespann mit der medizinischen Theorie und Ethik (GTE) wie in Deutschland oder im literarisch-künstlerischen Arrangement der sogenannten „Medical Humanities“ wie in den USA. Aus einer kritischen Perspektive erwies sie sich dabei die Medizingeschichte als die Hauptprofiteurin eines periodisch wiederkehrenden medizinischen Krisendiskurses: Das Lamento am „mechanistischen Geist“ und der „Entseelung“ der Medizin ging häufig mit dem Ruf nach der „Wiederbesinnung“ auf die historischen Wurzeln und philosophischen Tiefen der Heilkunde einher. Darüber hinaus erfuhr die Medizingeschichte speziell in den 1980er Jahren in der Bundesrepublik eine erinnerungspolitische Aufwertung durch die Aufarbeitung der von den Ärzten im NS-Staat begangenen Verbrechen. Trotz gelegentlicher Konjunkturen gelang es humanitären Wissensanteilen im Kurrikulum aber nie, sich des fragilen Stigmas der „Schöngesteirerei“ ganz zu entledigen. Gleichwohl konnte ein gewisser Status quo stets aufrecht erhalten werden, der auch dadurch bewahrt wurde, dass es zum gesellschaftlichen und standespolitischen Konsens zu gehören scheint, dass der Bildungshorizont eines guten Arztes mehr umfassen sollte, als bloß seine technisch-wissenschaftliche Expertise.

Mit diesem Aufsatz möchten wir ein an der Universität Ulm entwickeltes didaktisches Modell vorstellen, das unter anderem zum Ziel hat, bestehenden Legitimationsproblemen der GTE mit einer mehr integrierten Vermittlung humanitären Wissens im medizinischen Kurrikulum zu begegnen. Dabei gehen wir von der Beobachtung aus, dass in medizinischer Fachkultur die Funktion der Medizingeschichte und Medizinethik bzw. der „Medical Humanities“ in die Nähe einer Säkularreligion für die Ärzte gerückt wird. Mit unserem Ansatz möchten wir zum Abbau

1 Dieser Beitrag ist eine überarbeitete und ergänzte Version des folgenden Aufsatzes: Polianski I, Fangerau H (2012): „Toward ‚Harder‘ Medical Humanities: Moving Beyond the ‚Two Cultures‘ Dichotomy“, *Academic Medicine* (87) 1.

dieses prekären Bildes beitragen. Zuerst bietet er einen kurzen Überblick über die internationale Diskussion zum Thema der „Medical Humanities“ und ihrer Evaluation. Sodann wird die aktuelle Lage des Querschnittsfachs GTE in der Bundesrepublik skizziert. Abschließend wird das in Ulm entwickelte Modell detailliert erläutert.

### NEUE LEGITIMATIONSKRISE – NUN AUCH DIE LEHRE

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts zeichnet sich in der Bewertung medizinhistorischer und medizinethischer Inhalte im Medizinstudium eine neue Entwicklung ab, die die Gewichte zwischen Legitimation und Kritik an den Medical Humanities wieder einmal zu verschieben scheint. Initiiert und inspiriert wurde diese bedenkliche Entwicklung von einer Denkfigur, die sich in den 1990er Jahren zunächst als Lehrkonzept unter dem Label „evidence based“ in ganz verschiedenen Bereichen durchsetzen konnte. Falsch als „Evidenz“ übersetzt – Evidenz bedeutet im Deutschen im Gegensatz zum englischen „evidence“ eben gerade nicht, dass ein Sachverhalt auf einen Beweis angewiesen ist, sondern, dass er augenscheinlich und unmittelbar erkennbar ist – erreichte die „Evidenzbasierung“ die unterschiedlichsten Kontexte. Evidenzbasiert sollen mittlerweile Politikberatung und Armutsbekämpfung, Markenstrategie und Design, Karriereplanung und polizeiliche Ermittlungsarbeit sein. In zwei Bereichen kommt diesem Begriff aber eine ganz besondere Bedeutung zu: Es ist zum einen die Evidence Based Medicine (EBM) und zum anderen die so genannte „evidence- and outcome-based education“ (OBE).

Bei der OBE handelt es sich um ein didaktisches Reformkonzept, das seinen Schwerpunkt auf messbaren und empirisch validen Lehrergebnisdaten legt, wie sie bspw. in praktischen „Skills“ der Studierenden manifestieren, statt sich auf den „Input“ des Unterrichtsstoffs (z. B. absolvierte Lehrstunden) zu konzentrieren. Das Konzept stammt aus den 1980er Jahren und wurde bereits weltweit in Bildungsfelder wie Fremdsprachenunterricht oder Mathematik erfolgreich implementiert. Evidenz ist im deutschen Sprachverständnis selbstevident – erst recht in der Medizin, die mit dem ebenso seit den 1980er Jahren an Popularität stets zugewonnenem EBM-Konzept über ein Korrelat zum OBE verfügt. Es überrascht daher nicht, dass der Gedanke, Evidenz ausgerechnet in die Ärzteausbildung einzuführen, auf eine besonders positive Resonanz stieß. Nach 1999 hat sich im angelsächsischen Raum mit dem Begriff der „Best Evidence Medical Education“ (BEME) (Harden 1999; Eitel 2000) gleichsam eine Kreuzung aus beiden Evidenzen, didaktischer und medizinischer, herauskristallisiert. Zeitversetzt um einige Jahre erreichte die BEME die deutsche Ärzteausbildung mit der aufschlussreichen Begründung: „Es handelt sich hier also um einen der klinischen Forschung ähnlichen Ansatz: die Effektivitätsmessung. Wir bezeichnen diese Form der Evidenzgewinnung als Wirkungsanalyse“ (Eitel 2003: 155). Laut Florian H. Eitel bewegte sich die Unterrichtsgestaltung wie die klinische Praxis „zwischen Mythos und Evidenz“ und analog zur Klinik könne die Qualität der Lehre nur erhöht werden, wenn rationale evidenzbasierte Entscheidungen an die Stelle von meinungs- und eminenzbasierten Mythen träten

(Eitel 2003: 154). Nach magischen sieben Jahren gerieten auch die „Medical Humanities“ ins Visier der BEME.

In einer Literaturübersicht stellten Jakob Ousager und Helle Johannessen im Jahr 2010 fest, dass sich das unter diesem Titel (Medical Humanities) vereinende geisteswissenschaftliche Fächerkonglomerat in der medizinischen Ausbildung der Evidenzbewährung notorisch verweigere und sie warfen daraufhin die Frage auf, ob ein Fehlen entsprechender Effektstudien seine Legitimation und gar seine Existenz gefährde (Ousager 2010). Mit dieser Arbeit lösten die Autoren eine rege Debatte aus, die um so heftiger verlief, weil die Autoren einen prinzipiellen Ebenenwechsel vollzogen hatten: Statt auf die Evaluation von konkreten Lehrmethoden, wie sie die BEME für die Chirurgie oder Innere Medizin forderte, zielte ihre Argumentation nun auf die Bewertung des ganzen Faches auf die Frage nach seinem Nutzen für die klinische Praxis. Die folgende Auseinandersetzung verdeutlichte einmal mehr, dass nach wie vor kein Konsens über die Funktion und Definition der „Medical Humanities“ besteht, obwohl diese schon seit den 1960er Jahren an den US-Amerikanischen medizinischen Fakultäten gelehrt werden. Im weiteren Sinne umfasst dieser Begriff eine Reihe von Disziplinen einschließlich der Philosophie, Ethik, Geschichte, Sozialwissenschaften und Kunst in ihren vielfältigen Bezügen zur Medizin. Diese breite Aufstellung des Faches kommt der in der Bundesrepublik als Querschnittsfach Geschichte, Theorie und Ethik etablierten Lehrkonzeption in unseren Augen recht nahe. In den englischsprachigen Ländern werden die Medical Humanities jedoch häufiger enger gefasst und allein auf die Implementierung fiktionaler Texte und Kunstwerke in der Ärzteausbildung bezogen. Im Folgenden benutzen wir bei eigenen Aussagen den weiter gefassten Begriff.

In ihrer systematischen Übersicht haben Ousager und Johannessen 245 Publikationen aus der Zeit von 2000 bis 2008 ausgewertet, die sich mit den Medical Humanities in der Ärzteausbildung beschäftigen. Dabei lag ihr Fokus auf der Frage, inwieweit Befürworter der Medical Humanities bereit waren, eine empirische Evidenz für den langfristigen Nutzen dieses Unterrichts für die spätere klinische Praxis der Studierenden (Ziel: „better Doctors“ in „real-life doctoring“) anzuführen. Ousager und Johannessen kommen zu dem für sie niederschmetternden Ergebnis, dass die große Mehrheit der Autoren lediglich einen blinden Glauben an die positive Wirkung solcher Kurse an den Tag gelegt hätte. Nur in Ausnahmefällen seien randomisierte Effektstudien durchgeführt worden, die eine gewisse Auswirkung auf die ärztliche Haltung (mehr „Empathie“) in ihrer späteren Berufspraxis nachgewiesen hätten. Ousager und Johannessen sehen damit den Status und selbst die Existenz des Fachgebietes in Gefahr und fordern noch mehr harte empirische Daten, denn: „outcomes-based education is currently on the agenda“ (Ousager 2010: 993).

Es verwundert nicht, dass der Ansatz Ousagers und Johannessens als „utilitaristisch“ und „diskriminierend“ abgelehnt wurde (Charon 2010 & Belling 2010). Ironisch ergänzt Rita Charon den pointierten Kommentar, dass im „idiosynkratischen System“ der empirischen Evidenz und Utilität bald die Blutwerte von Patienten verglichen würden, um zu prüfen, ob sie bei denjenigen besser seien, die von den in Medical Humanities qualifizierten Ärzten behandelt worden seien (Charon 2010: 936). Tatsächlich entsteht auch bei uns der Eindruck, dass dem akademischen Leh-

rer der Medical Humanities im Prokrustesbett der „evidence based education“ eine ähnlich peinliche Rolle zugeordnet wird, wie die des Homöopathen in einer randomisiert kontrollierten Studie.

Dennoch stellen wie eingangs skizziert Legitimationsdefizite des Faches natürlich keine Erfindung Ousagers und Johannessens dar. Um die Tiefenstruktur der in dieser jüngsten Debatte zum Ausdruck kommenden Fragilität des Faches freizulegen, sollten zwei Aspekte ihres Reviews genauer betrachtet werden. Erstens ist ihre Studie so angelegt, dass die Legitimität der Medical Humanities apriori angezweifelt wird. Ihr Resümee lautet: „The present trend of evidence-based learning, after all, requires that the study of the humanities, like any other curricular activity within medical education, should in principle be able to justify its existence with evidence of its effectiveness“ (Ousager 2010: 993). Genau an diesem Punkt schleicht sich in die Auseinandersetzung aber eine symptomatische Akzentverschiebung ein, die deutlich wird, wenn man sich vor Augen hält, dass doch kaum ein Anatom, Pathologe, Internist oder klinischer Pharmakologe auf die Idee kommen würde, die Existenz seines Lehrfaches durch Nutznachweis für die ärztliche Praxis sichern zu müssen. Stattdessen wird man im BEME-Paradigma die Effektivität und Legitimität von bestimmten Lehrmethoden (Einsatz von elektronischen Medien, Themenauswahl, Prüfungsformen usw.) in diesen Fächern prüfen wollen (Eitel 2003: 157).

Indem der Fokus von Ousager und Johannessen aber auf die langfristigen Nutzeffekte verschoben wird, wird die Frage nach dem, welche Inhalte und wie Medical Humanities im Unterricht vermittelt werden, durch die pauschale Ob-Frage nach ihrer Daseinsberechtigung ersetzt. Dabei sind es gerade Was- und Wie-Fragen, die in einem derart heterogenem Fach wie Medical Humanities, das im Unterschied zu „normalen“ Fächern der Medizin auf kein mehr oder weniger festes Wissenskanon zurückgreifen kann, gestellt werden müssen. Bei Ousager und Johannessen wird diese Vielfalt jedoch ausgeblendet und eine Homogenität des Faches konstruiert, die es so nicht gibt.

Zweitens wird die Kompetenz der Medical Humanities von diesen Autoren nicht um die Zielgröße Bildung, sondern um die Kategorie Erziehung selektiv festgeschrieben. Indem die Semantik von „human“, „humanistic“ und „humanizing“ systematisch vermengt wird, wird suggeriert, dass mit dem Endziel „bessere Doktoren“ zu bekommen, ausschließlich moralische Qualitäten (mehr „Empathie“ und „Mitgefühl“) anvisiert sind. Medical Humanities werden daran bemessen, ob „humanere“ (nicht etwa kompetentere) Ärzte die Universitäten verlassen. Damit werden die Medical Humanities über die schillernde Qualität der „Softness“ definiert – ein von Catherine Belling schon in einem früheren Aufsatz trefflich beschriebener Stigmatisierungsdiskurs, der die Rezeption des Faches in das dichotome Schema von „soft“ und „hard“ hineinzwingt und sich auf zwei Ebenen vollzieht, die miteinander systematisch vermengt werden (Belling 2006). Auf der einen Seite soll auf der Funktionsebene der „harte“ Mediziner zu größerer Humanität erzogen werden, auf der anderen Seite wird auf der Methodenebene unterstellt, dass ein über die Erziehung hinausgehender Nutzen (Bildung) vom humanitären Fach auch nicht erwartet werden könne, da er selbst über keine „harten“ Verfahren und exakten disziplinären Normen verfüge.

Beide Diskurse, die Homogenität und die „Softness“, erinnern an die „Two Cultures“-Debatte der 1960er Jahre (Snow 1960) und zeigen gleichzeitig, dass der damals diskutierte Dualismus von Science und Humanities im medizinischen Bereich nicht überwunden ist. Am Department of Clinical Sciences der Lund University sah man sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts sogar genötigt, eine Lehrveranstaltung namens „Airbags for the Culture Clash“ einzuführen, um die beiden Wissenskulturen einander etwas anzunähern (Wachtler 2006: 16). Wie dringend angezeigt solche Entspannungsinitiativen inzwischen geworden sind, macht eine Analyse der studentischen Kritik am Fach der Medical Humanities bzw. der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (als deutsche Entsprechung) überdeutlich. Johanna Shapiro und ihre Koautoren berichten von einer konsistenten Reserviertheit der Studierenden gegenüber dem Fach, die dieses bestenfalls als „very relaxing“ dulden, es oft aber als „vague“ und „open ended“, „too personal“ und „pointless“, „irrelevant“ und „just plain stupid“ ganz abschaffen wollen (Shapiro 2009: 193).

Vor derartigen Vorurteilen möchten Ousager und Johannessen dieses „sympathische“ Projekt nach eigener Aussage mit ihrer Forderung nach mehr „harten Daten“ schützen. Gleichzeitig transportieren und multiplizieren sie aber mit ihrem Aufsatz selbst ein diffuses Unbehagen an der „Softness“ der Disziplin, welche nach Aussage von Delese Wear quasi zum Strohmann der ganzen Debatte geworden ist (Wear 2009: 215). Doch auch die Befürworter des Faches tragen häufig zu diesem Diskurs nicht wenig bei. Über den Sinn und Zweck der Medical Humanities koexistieren gegenwärtig mehrere Narrative. Howard Brody klassifiziert sie in drei Kategorien: 1. Sie dienen der klassischen Erbauung (liberal arts education), 2. Sie dienen der moralischen Kultivierung und 3. Sie dienen der geistigen Regeneration (Erholung vom „harten“ Alltag durch die Besinnung auf ästhetische Werte) (Brody 2011: 2). Damit vollzieht sich die Selbstpositionierung des Faches nicht im Kern der Medizin, sondern als deren Halbschatten, Umrahmung und geistige Aura. Rita Charon etwa verteidigt das Konzept einer „Narrative Medicine“ mit den Worten: „At the risk of sounding like a pleader for the case, I suggest that we are midwifing a medicine that makes contact with the mysteries of human experience along with its certainties—a medicine that appreciates the deep beauty of health, the silence of health, the wisdom of the body, and the grace of its genius.“ (Charon 2010: 937).

Die Selbstverweigerung empirisch validierte Daten für den Nutzen derartiger Lehrinhalte zu erheben, wird aber von den Kritikern der Medizingeschichte und Medizinethik nicht einfach kritisch aufgenommen, sondern, wie bei Florian H. Eitel mit dem Stigma des „Mythos“ belegt (Eitel 2003: 154). Damit erfolgt eine gleichzeitige Stigmatisierung und Selbstinszenierung des Faches als eine Art Säkularreligion für den Arzt, deren Funktionen sich in Brodys Klassifikation erkennen lassen. Brody zieht aus seiner kritischen Analyse den Schluss: „The three conceptions of the medical humanities are each individually incomplete and require the others to fill critical gaps.“ (Brody 2011: 6).

Aus unserer Sicht erscheint es jedoch zumindest fraglich, ob eine derartige Synthese des Dreiklangs einer weltanschaulichen Erbauung, moralischen Erziehung und ästhetischen Andacht Legitimationsprobleme wirklich löst. Das gilt für die Medical Humanities international aber auch für den Fall des Querschnittfachs

GTE in Deutschland, auch wenn die Konstellation hier mit den Schwerpunkten auf Ethik und Geschichte Besonderheiten aufweist. Im universitären Bildungssystem kann nach unserem Verständnis nur Bildung und eben keine Erziehung eine integrative Achse eines Faches sein.

In dieser Hinsicht erscheint uns die Haltung von Belling wegweisend, die in ihrem Aufsatz „Toward a Harder Humanities in Medicine“ die prinzipielle Frage aufwirft, warum die exaktere Definition von Standards und Präzision einer geisteswissenschaftlichen Herangehensweise in der Medizin widersprechen sollte? („Why should exacting standards and precision be at odds with humanity?“ (Belling 2006: 3)). Obwohl Bellings konkrete Vorschläge in eine andere Richtung weisen, als unsere folgenden Überlegungen, möchten wir an ihren Kerngedanken anknüpfen, die „Medical Humanities“ oder das Querschnittsfach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin auf eine solide methodologische und theoretische Basis zu stellen. Der Wissenschaftshistoriker Wolf Lepenies hat in Rückblick auf die bereits erwähnte „Zwei-Kulturen-Debatte“ den Begriff der „dritten Kultur“ geprägt (Lepenies 1985). Damit meinte er eine Einebnung der überholten Konfrontationsstellung der Geistes- und Naturwissenschaften auf dem Feld der Sozial-, Wissenschafts- und Kulturtheorie. Dieses Feld genießt jedoch im Bereich der Medical Humanities zu wenig Beachtung. Dieser Befund lässt sich zumindest für die USA und einige europäische Länder einschließlich der Bundesrepublik konstatieren (Möller 2006: 5). So wird in einer schwedischen Studie kritisiert, dass Studierende unbelastet von Theorie ihr Studium durchlaufen („students come away lacking theoretical structure to understand what they have learned.“ (Wachtler 2006: 1). Diese Aussage bezieht sich sowohl auf historische als auch auf ethische Wissensinhalte. Die hiermit geforderte Theorie – begriffen im Sinne einer medizinbezogenen „dritten Kultur“ – stellt aus unserer Sicht jene Integrationsachse dar, die zwischen den Fronten der „Zwei Kulturen“ zu vermitteln vermag. In langfristiger Perspektive könnten Medical Humanities beziehungsweise GTE in Deutschland damit zum Kristallisationspunkt jenes Funktionsbereiches in der Medizin werden, der von manchen Soziologen vermisst wurde: Sie haben das Zeug zur Reflexionstheorie der Medizin (Luhmann 1983: 173).

## GESCHICHTE, THEORIE UND ETHIK DER MEDIZIN – DAS DEUTSCHE MODELL

Legitimationsdefizite, auf die Ousager und Johannessen hinweisen, sind ein internationales Phänomen, das auch in Deutschland nicht nur reichlich bekannt ist, sondern auf eine lange Tradition verweist. Fast zu einer „historischen Konstante“ ist seit Mitte des 19. Jahrhunderts die permanente Klage geworden: „Die wenigen Ärzte und Naturforscher, die sich den Sinn für historische Studien bewahrt haben und auf diesem Gebiete thätig sind, erscheinen der großen Mehrzahl ihrer Berufsgenossen als Sonderlinge oder Curiositäten-Krämer, für deren Bestrebungen man eine durch mitleidiges Wohlwollen gemilderte Geringschätzung empfindet.“ (Puschmann 1889: 504) Auch „Im gegenwärtigen Zeitalter der molekularen Medizin“