

Ortrun Riha

Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin

2. Auflage



HUBER



Riha

**Grundwissen Geschichte, Theorie,
Ethik der Medizin**

Verlag Hans Huber

Programmbereich Medizin



Reihe «Querschnittsbereiche»

Herausgegeben von:

Prof. Dr. Elmar Brähler, Leipzig

Prof. Dr. Peter Elsner, Jena

Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena

Prof. Dr. Jürgen von Troschke, Freiburg

Mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte wurden in das medizinische Curriculum zwölf fächerübergreifende Querschnittsbereiche als scheinpflichtige Veranstaltungen eingeführt:

1. Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik
2. Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin
3. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege
4. Infektiologie, Immunologie
5. Klinisch-pathologische Konferenz
6. Klinische Umweltmedizin
7. Medizin des Alterns und des alten Menschen
8. Notfallmedizin
9. Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
10. Prävention, Gesundheitsförderung
11. Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz
12. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren.

Die inhaltliche Gestaltung dieser Fächer blieb den medizinischen Fakultäten überlassen. Dementsprechend gibt es für diese Unterrichtsveranstaltungen keine Vorgaben des IMPP in Form von Gegenstandskatalogen. Es war naheliegend, dass die medizinischen Fakultäten von ihren Gestaltungsrechten Gebrauch machen und die neuen Lehrveranstaltungen an den jeweiligen Fächerstrukturen, Forschungsschwerpunkten und klinischen Profilen ausrichten. Um zu gewährleisten, dass angehende Ärzte das notwendige Basiswissen auch in diesen Querschnittsbereichen bundesweit einheitlich erlernen können und den jeweils für den Unterricht verantwortlichen Hochschullehrern die Chance zu geben, sich auf ihre Schwerpunktsetzungen zu konzentrieren, haben wir uns entschlossen, mit dieser Buchreihe in kompakter Form die notwendigen Grundkenntnisse darzustellen.

Da es sich bei den Querschnittsbereichen teilweise um Neuland handelt, zu dem bisher keine geeigneten Lehr- oder Handbücher vorliegen, sind die Autoren in besonderer Weise gefordert in der Auswahl und komprimierten Bearbeitung der Lehrinhalte. Da sich in einigen der Themenbereiche die dargestellten Statistiken schnell ändern, sind kurzfristige Neuauflagen geplant. Wir danken dem Verlag Hans Huber und insbesondere Herrn Dr. Reinhardt für das Engagement und freuen uns auf Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge von Kolleginnen und Kollegen sowie von Studentinnen und Studenten.

Leipzig, Jena, Freiburg

E. Brähler, P. Elsner
B. Strauß, J. v. Troschke

Ortrun Riha

Grundwissen **Geschichte, Theorie,** **Ethik der Medizin**

Querschnittsbereich 2

2., überarbeitete Auflage

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Daniel Berger
Umschlaggestaltung: Atelier Mühlberg, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Stuttgart
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany

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



Anregungen und Zuschriften an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

2. Auflage 2013

© 2008/2013 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN[PDF]978-3-456-95267-3)

(E-Book-ISBN[EPUB]978-3-456-75267-9)

ISBN 978-3-456-85267-6

Inhalt

Vorwort.	9
------------------	---

Teil 1

Theorie der Medizin	11
--------------------------------------	-----------

1. Medizintheoretische Grundlagen	13
1.1 Medizin als Anwendung von Arbeitshypothesen	13
1.2 Funktion und Funktionalisierbarkeit von Geschichte.	17

Teil 2

Geschichte der Medizin	21
---	-----------

2. Antike Medizin	23
2.1 Der Heilgott Asklepios	23
2.2 Die Anfänge der antiken Naturphilosophie.	24
2.3 Hippokrates.	25
2.4 Der Hippokratische Eid	26
2.5 Hellenistische Medizin	27
2.6 Medizin in Rom	28
3. Medizin im Mittelalter.	31
3.1 Die «Mönchsmedizin» des Frühmittelalters	31
3.2 Kulturtransfer im mediterranen Raum	33
3.3 Die mittelalterliche Universität	34
3.4 Das Hospital	36
3.5 Seuchen.	36
3.6 Die Nosologie der mittelalterlichen Medizin	37
3.7 Chirurgie im Mittelalter	38
3.8 Magie	40
4. Die Medizin der frühen Neuzeit	41
4.1 Epochenschwelle	41
4.2 Die Entwicklung der Iatrochemie/Chymieatrie.	43
4.3 Die Wiederentdeckung der «Natur»	43
4.4 Die Entdeckung des Blutkreislaufs	44

4.5	Iatrophysik und Iatromechanik.	45
4.6	Anatomia subtilis	46
4.7	Empirische Medizin.	46
4.8	Chirurgie	47
4.9	Geburtshilfe	47
5.	Medizin im Zeitalter der Aufklärung	49
5.1	«Dialektik der Aufklärung».	49
5.2	Der Mensch als Maschine.	50
5.3	Solidarpathologie	51
5.4	Vitalismus, Animismus, Dynamismus.	51
5.5	«Verzeitlichung» der Natur.	53
5.6	Chirurgie	54
5.7	Geburtshilfe	55
5.8	Öffentliches Gesundheitswesen.	56
5.9	«Klinische» Medizin	57
6.	Das 19. Jahrhundert	59
6.1	Industrialisierung und Großstadt	60
6.2	Ungleichzeitigkeit des Gleichzeitigen: «Romantische» Medizin	61
6.3	Die «Geburt der Klinik»	63
6.4	Die naturwissenschaftliche Grundlegung der Medizin in der Physiologie	65
6.5	Zellularpathologie	67
6.6	Hygiene und Bakteriologie	68
6.7	Die Chirurgie als «Königin der Medizin»	70
6.8	Anfänge der Psychiatrie	72
6.9	Professionalisierung.	75
6.10	Naturheilkunde und Lebensreform	77
7.	Das Trauma des 20. Jahrhunderts: Medizin im Nationalsozialismus	81
7.1	Vorgeschichte	81
7.2	«Neue deutsche Heilkunde»	83
7.3	Sozialmedizinische Maßnahmen und NS-«Leistungsmedizin».	84
7.4	Antisemitismus.	85
7.5	Eugenik	87
7.6	Krankentötungen	87
7.7	Menschenversuche.	89
8.	Die Medizin auf dem Weg ins 21. Jahrhundert	91
8.1	Nobelpreise als Spiegel der Medizin.	91
8.2	Entwicklungslinien und Perspektiven	98

Teil 3	
Ethik der Medizin	105
9. Grundlagen	107
10. Das Arzt-Patient-Verhältnis im Wandel	111
10.1 Bedingungen ärztlichen Handelns	112
10.2 Der «autonome» Patient	113
10.3 Modelle der Arzt-Patient-Beziehung	116
10.4 Aufklärungspflicht	118
10.5 Wahrheit am Krankenbett	120
11. Ethische Probleme am Lebensanfang	123
11.1 Molekulargenetik als umstrittene Leitwissenschaft	123
11.2 Frühstadien menschlichen Lebens	125
11.3 Abtreibung	129
12. Die gerechte Verteilung knapper Ressourcen	133
12.1 Finanzknappheit im Gesundheitswesen	133
12.2 Organtransplantation	139
13. Forschung	143
13.1 Tierversuche	143
13.2 Forschung am Menschen	147
13.3 Wissenschaftliches Fehlverhalten	151
14. Ethische Probleme am Lebensende	155
14.1 Ethische Probleme im höheren Lebensalter	155
14.2 Der sterbende Patient	157
14.3 Das sterbende Kind	158
14.4 Patientenverfügung	159
14.5 Suizid	161
14.6 Aktive und passive Sterbehilfe	162
Literatur und Internetadressen	167
Personenregister	169
Sachregister	177

Vorwort

Der Querschnittsbereich «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» ist trotz seiner vielen klinischen Bezüge ein Fremdkörper im Medizinstudium, weil er Geisteswissenschaften betrifft, die in Methodik, Anliegen und Fragestellungen grundsätzlich anders ausgerichtet sind, als Medizinstudierende es kennen. Um den Zugang zu diesen Fächern, das Verfolgen einer Überblicksvorlesung und insbesondere die Vorbereitung auf ein Abschlusstest zu erleichtern, werden in diesem Kurzlehrbuch die zentralen Wissensbestände in kompakter Form zusammengefasst. Das Anliegen der Querschnittsbereiche «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» ist jedoch weniger die Vermittlung kognitiven Wissens als die Ermunterung zu Perspektivenwechsel und Reflexion; insofern möchte dieses Kurzlehrbuch auch die Lehrveranstaltungen entlasten und in der knapp bemessenen Zeit Raum für Nachdenken, Interpretieren und Argumentieren eröffnen.

Wer im historischen Teil einen permanenten Fortschritt, der zwangsläufig auf die heutige Medizin hinführt, und im Ethikteil Patentlösungen für schwierige Fälle erwartet, wird enttäuscht werden. Es gibt in jeder Epoche – auch heute – viele konkurrierende, verschwindende und wieder aufgegriffene, unvereinbare und miteinander kompatible, leistungsfähige und praktisch unbrauchbare Konzepte, aber im Ergebnis keinen Anlass zu Euphorie: Die medizinischen Perspektiven fürs 21. Jahrhundert, die die Erfüllung von Menschheitsträumen versprechen, sind problembeladen, und die Diskussionen um medizin- und bioethische Fragen zeugen von Verunsicherung und Vertrauensverlust.

Wenn der Wissenschaftsrat «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» als Pflichtfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert wissen wollte, dann sollte dieser gesellschaftlichen Herausforderung Rechnung getragen werden. Die kritische Distanz zum eigenen Tun gehört in der Medizin zu den Kernkompetenzen; «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» ermuntern dazu, das schon im Studium zu erproben.

Leipzig, im November 2012

Ortrun Riha

Teil 1

Theorie der Medizin

1 Medizintheoretische Grundlagen

- Was ist der Forschungsgegenstand der Medizintheorie?
- Welche medizinischen Konzepte und Ätiologien gibt es?
- Auf welchen erkenntnistheoretischen Vorannahmen beruhen diese Konzepte?
- Wie kommt die naturwissenschaftlich basierte Medizin (im Unterschied zu traditionellen Heilweisen) zu ihren Erkenntnissen?
- Was bedeutet *science of medicine*, was *art of medicine*?

1.1 Medizin als Anwendung von Arbeitshypothesen

Unter den verschiedenen Wissenschaften hat die Medizin einen besonderen Status: Sie ist keine (angewandte) Naturwissenschaft und gehört erst recht nicht zu den Geisteswissenschaften, auch wenn sie Elemente beider Wissenschaftsarten enthält. Wegen ihrer zweckhaften Ausrichtung auf die Behandlung jeweils eines bestimmten leidenden Menschen (*homo patiens*) wurde sie als Handlungswissenschaft bezeichnet. Als solche ist sie gekennzeichnet durch ständige Wechselwirkungen zwischen Theorie und Praxis sowie durch den Zwang zur Überprüfung der Erfolge und zur Rechtfertigung der Misserfolge. In der Handlungswissenschaft Medizin gilt «Wer heilt, hat recht», und tatsächlich ist es in gewissen Grenzen möglich, vordergründig empirisch und ohne theoretische Fundierung Medizin zu betreiben, wenn man das Prinzip von Versuch und Irrtum anwendet und ggf. mit statistischen Methoden kombiniert. Deshalb neigen viele Mediziner dazu, unkritisch das heutige Wissen und die gegenwärtige Praxis für das einzige Mögliche und «objektiv» Richtige zu halten. Die Medizintheorie dagegen betrachtet die aktuelle westliche Heilkunde als eine von vielen und als ein

Konglomerat aus verschiedenen Arbeitshypothesen und Modellen; sie interessiert sich dafür, wie und warum wir uns im «praktischen Vollzug» von «Wissenschaft» für bestimmte Optionen entscheiden und andere verwerfen. Medizintheorie beschreibt dabei auch das «Wissensdilemma», das darin besteht, dass nicht das gesamte zu einer Zeit grundsätzlich verfügbare Wissen im konkreten Fall auch tatsächlich zur Verfügung steht, sowie die «erkenntnistheoretische Kluft» zwischen biomedizinischem Grundlagenwissen und klinischem Handeln.

Die Theorie der Medizin besteht aus vier Gebieten: der Wissenschaftstheorie, der Praxistheorie, der Werttheorie sowie der Wissenschaftsforschung der Medizin. Die **Wissenschaftstheorie** der Medizin untersucht das ärztliche Erkennen, Forschen und Wissen unter logisch-analytischen, erkenntnistheoretischen und methodologischen Aspekten: Was ist eine medizinische Theorie, wie entsteht sie, wie wird sie begründet und widerlegt, was macht «Wissenschaftlichkeit» aus, was bedeutet «Erfahrung» usw.? Die **Praxistheorie** der Medizin befasst sich mit den logisch-analytischen, handlungstheoretischen und methodologischen Grundlagen des ärztlichen Handelns in seinem jeweiligen Kontext: Was ist Krankheit, was ist eine Diagnose, wie wird sie bestätigt, warum ist sie manchmal falsch, was ist ein diagnostischer Widerspruch, wie gelangt man vom Wissen zum Handeln usw.? Beide Richtungen lehnen sich teilweise in Fragestellung, Begrifflichkeit und Vorgehensweise an die Allgemeine Wissenschaftstheorie als ein etabliertes Teilgebiet der Philosophie an, wollen jedoch ihre Erkenntnisse für die Medizin konkret nutzbar machen (wenn auch bisher mit geringer Resonanz). Die **Werttheorie** der Medizin umfasst die Medizinische Ethik und Metaethik, wovon im dritten Teil dieses Lehrbuchs die Rede sein wird; die Deutungs Offenheit der grundlegenden, aber in der Medizin normativen Begriffe Gesundheit und Krankheit bildet hier eine wichtige Schnittstelle. Die **Wissenschaftsforschung** der Medizin untersucht empirisch die Entstehung des medizinischen Wissens sowie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Sofern die methodische Annäherung über historische Quellen erfolgt, schließt dies die Medizingeschichte ein.

Unter dieser Perspektive erscheint der Begriff «Krankheit» als ein soziales Phänomen mit Konstruktcharakter, das in einen bestimmten historischen Kontext eingebunden (Historizität), kulturabhängig und einem ständigen Wandel unterworfen ist. Das Gleiche gilt für die Akteure und das von ihnen erwartete Verhalten. Das medizinische Handeln lässt sich zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen kulturellen Kontexten auf die Umsetzung einer überschaubaren Zahl von Konzepten zurückführen, wobei der Wortbestandteil «Iatro-» die spezifisch medizinische Ausrichtung anzeigen soll (siehe **Tab. 1-1**).

Krankheiten können also sowohl auf Vorgänge im Inneren des Körpers zurückgeführt werden als auch auf äußere Einflüsse: Intrinsische Ursachen können vom Körper und seinen Strukturen bzw. organischen Funktionen ausgehen (Physikogenese), aber auch von der «Seele» mit Persönlichkeitsentwicklung, intellektueller, mentaler und affektiver Ausstattung (Psychogenese). Dazu kommen Faktoren des «Lebens» selbst, wie die bei unterschiedlichen Individuen unterschiedlich ausgeprägte «Lebenskraft», die Konstitution, die evolutionäre Entwicklung oder heute die geneti-

Tabelle 1-1: Medizinische Konzepte

naturalistische Konzepte	Mikrokosmos-Makrokosmos-Analogien, latroastrologie Viersäftelehre (Humoralpathologie), latrochemie latromechanik, latrophysik, latrotechnik latromathematik, Biomodelling latromorphologie dynamistische Konzepte
supranaturalistische Konzepte	Dämonologie latromagie latrotheologie
psychologisch-soziologische Konzepte	

sche Prädisposition. Die extrinsische Ätiologie umfasst Mitwelt (Soziogenese), Umwelt (Ökogenese) und ggf. auch die Welt des Übernatürlichen (Spiritugenese).

Alle vorgestellten Modelle basieren im Wesentlichen auf vier **Axiomen des Erkenntnisgewinns**, also auf Vorannahmen, die sich weder widerlegen noch beweisen lassen und die untereinander inkompatibel sind (epistemisches Dilemma):

- Existenz von «übernatürlichen» (nicht messbaren, nicht «objektiv» nachweisbaren) Personen oder Kräften
- Korrespondenz bzw. Analogie von Dingen oder Phänomenen
- kausalgesezelter, mechanisch-deterministischer Ablauf natürlicher Prozesse
- Möglichkeit des intersubjektiven Verstehens durch die Interpretation von Zeichen.

Das erste Axiom ist wegen der Unkalkulierbarkeit dieser Kräfte schlecht für Prognose und Therapieplanung, es eignet sich jedoch sehr gut für die (nachträgliche) Erklärung von Ereignissen und kann daher sinnstiftend wirken. Wegen seiner unmittelbaren Plausibilität hat das zweite Axiom eine lange Tradition: Nicht nur viele magische Praktiken, sondern auch die Viersäftelehre (Humoralpathologie), die Astromedizin mit ihren Mikrokosmos-Makrokosmos-Analogien, die Homöopathie, die traditionelle chinesische Medizin mit dem Gegensatzpaar Yin und Yang sowie der altindische Ayurveda beruhen auf diesem Grundsatz. Das dritte Axiom scheint das moderne, westliche Verständnis von Naturwissenschaft zu beschreiben, allerdings nur auf den ersten Blick. Spätestens seit Kant kommt ihm nur noch der Stellenwert einer statistisch begründbaren Arbeitshypothese zu, da man immer nur ein Nacheinander (*post hoc*), kein «Wegeneinander» (*propter hoc*) beobachten kann. Selbst im Bereich der exakten Naturwissenschaften gilt das Axiom heute nur noch in der Newton'schen Physik; für die Anwendung auf organische Vorgänge ist es wenig geeignet. Analytische Exaktheit

und strikte Kausalität sind denn auch Forderungen, die seit der «antipositivistischen Wende» Mitte der 60er-Jahre für die Medizin nicht mehr erhoben werden. Das letzte Axiom findet sich nicht nur im divinitorisch-intuitiven Bereich von Wahrsagungen und Traumdeutung oder als Basis von Psychosomatik, Psychoanalyse und Psychotherapie, sondern beschreibt auch die meist implizit bleibende Vorgehensweise in der sonstigen Medizin, die sich somit als systematisiertes Zeichendeuten erweist, mit allen Gefahren der Zirkularität und der Fehlinterpretation, die damit verbunden sind. Eine Absicherung dieser schwankenden Grundlage geschieht durch Akkumulierung von Daten, die erst in «normal» und «pathologisch» getrennt und dann mittels komplexerer mathematischer Verfahren zu Krankheiten gruppiert werden.

Auf der Basis unterschiedlicher Axiome ergeben sich unterschiedliche methodische Herangehensweisen und damit auch unterschiedliche Bilder vom kranken Menschen (siehe **Tab. 1-2**). Die Subjektivität des Kranken spielt in der modernen, naturwissenschaftlich begründeten Medizin allenfalls eine untergeordnete Rolle, was im medizinethischen Kontext noch einmal zu diskutieren sein wird. Die Faszination, die für viele unzufriedene Patienten von der Komplementärmedizin ausgeht, liegt darin, dass dort keine derartige Divergenz von professioneller und laienhafter Deutung von «Zeichen» besteht. Außerdem kommt die Berücksichtigung der kulturgebundenen Symbolik und Metaphorik von Körperphänomenen und deren Bezeichnungen dem subjektiven Kausalbedürfnis vieler Menschen entgegen.

Ohne Zweifel beruhen die Erfolge der heutigen Medizin auf ihrer naturwissenschaftlichen Grundlegung und dem technischen Fortschritt (*science of medicine*), aber Krankheit und Gesundheit sind keine naturwissenschaftlichen Begriffe, sondern immer auch mit einer Wertung verbunden, die – jeweils an einem bestimmten historischen und kulturellen «Ort» – aus Wechselwirkungen zwischen Grundlagenwissenschaften, Medizin und Gesellschaft erwächst. Das Besondere der «Handlungswissenschaft» Medizin ist ferner, dass zu den Eigenschaften des «guten Arztes» mehr gehört als Fachwissen, Professionalität und sachbezogene Expertise. Dieses «Mehr» wird als «Kunstaspekt der Medizin» bezeichnet (*art of medicine*) und macht durchaus

Tabelle 1-2: Methodische Unterschiede

naturwissenschaftlich begründete Medizin	traditionelle Heilweisen, Komplementärmedizin
interpretierte Zeichen = Symptome	beschriebene Zeichen = Semiotik
Akkumulation zu Krankheiten, ggf. zu Syndromen = Diagnose	Akkumulation zu beschreibenden Bildern möglich, aber nicht unbedingt nötig
Rückschlüsse von gehäuften Einzelfällen auf allgemeine Prinzipien = Induktion	Anwendung von Vorannahmen/Axiomen auf den Einzelfall = Deduktion
Statistik, mathematische Modelle	Kasuistiken
Objektivierung, «evidence-based medicine»	subjektives Empfinden des Kranken

den naturwissenschaftlichen Ansatz zunichte, zum Beispiel weil in der Praxis deduktiv allgemeine Prinzipien auf den Einzelfall angewandt werden. Wie bei traditionellen Heilweisen wird der kranke Mensch als individueller Organismus gesehen, der ein situationsabhängiges Handeln erfordert und nicht immer von Standardisierungen profitiert. Es gibt keine Erfolgsgarantie und keine immer gleichen Krankheitsverläufe; der Arzt selbst wirkt durch sein Agieren als Droge und als mehr oder weniger präzises Instrument. Diese schwer lehr- und lernbaren Unwägbarkeiten, zu denen auch der «klinische Blick» gehört, lösen durchaus Unbehagen aus – bei Medizinerinnen ebenso wie bei Medizinkritikern, aber das gilt wohl für die Medizintheorie insgesamt, die Begrifflichkeit, Strukturierung und Transparenz anbietet, aber dabei vermeintlich einfache Dinge erst richtig kompliziert macht.

1.2

Funktion und Funktionalisierbarkeit von Geschichte

Dass an der medizinischen Fakultät Medizingeschichte gelehrt wird, entspricht der Tradition der drei Hohen Fakultäten der mittelalterlichen Universität (siehe Kap. 3.3), die von Anfang an ihre eigene Fachgeschichte als Erkenntnisquelle betrieben haben – die Theologen als Kirchengeschichte, die Juristen als Rechtsgeschichte. Bis etwa in die Goethezeit erfüllte das Fach auch diese Aufgabe und vermittelte historische Erfahrungen und Konzeptionen als Teil des (weiterhin gültigen) medizinischen Wissensbestandes. Dies änderte sich ab Mitte des 19. Jahrhunderts mit der naturwissenschaftlichen Grundlegung der Medizin radikal (siehe Kap. 6.4): Unter den neuen Vorzeichen wurde das Alte obsolet und die Beschäftigung damit überflüssig. Für einige Jahrzehnte verschwand die Medizingeschichte deshalb fast völlig aus dem studentischen Unterricht und wurde allenfalls von Klinikern nebenbei angeboten oder außerhalb der Universität aus philologischem oder antiquarischem Interesse betrieben. Kontinuität bestand an der Universität Wien, wo nacheinander Romeo Seligmann (1808–1892) und Theodor Puschnann (1844–1899) eine Professur für Medizingeschichte wahrnahmen, jedoch erst Max Neuburger (1868–1955) erhielt ein eigenes Institut (1914). Auch Berlin verfügte über einen Lehrstuhl, den 1863 bis 1894 August Hirsch (1817–1894) innehatte, der dann aber bis 1930 vakant blieb.

Die Rückkehr des Faches an die Universitäten begann dennoch um die Jahrhundertwende, wenn auch langsam und unter anderen Vorzeichen: So bot zum Beispiel Friedrich Helfreich (1842–1927) ab 1896 in Würzburg regelmäßige Lehrveranstaltungen an, vor allem aber wurde 1905 **Karl Sudhoff** (1853–1938) auf eine neu eingerichtete Professur für Medizingeschichte an die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig berufen, wo er 1906 das älteste medizinhistorische Institut der Welt gründen konnte. Die Funktion der Medizingeschichte hatte sich verändert: Innerhalb einer sich rasant verändernden Medizin sollte sie der Selbstvergewisserung dienen und über die Grenzen der Spezialdisziplinen hinweg ärztliche Identität stiften. Statt Brüche zu illustrieren, sollte die Geschichte ein zeitliches Kontinuum schaffen, in

dem – der damaligen Fortschrittsbegeisterung wie auch der seinerzeitigen Lesart der Darwin'schen Evolutionslehre entsprechend – die gesamte Entwicklung zwangsläufig auf die Gegenwart hinsteuert und entsprechenden «Meilensteinen» ein Denkmal gesetzt wird (natürlich mit dem Hintergedanken, auf diese Weise auch ein eigenes Denkmal zu sichern). Da bereits um 1900 über die mangelnde Qualität der gymnasialen Ausbildung sowie über die einseitige fachliche Ausrichtung der Studierenden geklagt wurde, sollte Medizingeschichte auch Bildungsdefizite auffangen und als Gegengewicht zu dem herrschenden Positivismus, Szientismus und Materialismus (siehe Kap. 7.1) durch Heranführung an die traditionellen Werte der Heilkunde erzieherisch wirken.

Die Funktionalisierung der Geschichte als ideologische Deutungsinstanz der Gegenwart, vor allem unter den Aspekten der «historischen Notwendigkeit» («Bestimmung») und der nationalen bzw. «germanischen» Leistungsfähigkeit, spielte im Nationalsozialismus eine große Rolle (vgl. auch Kap. 7.2); auch Medizinhistoriker erlagen der Versuchung, eine Aufwertung ihres Faches durch Ideologienähe zu erreichen. In der DDR hatten die Geisteswissenschaften die Aufgabe, gesellschaftliche Entwicklungen zu interpretieren und ggf. durch Einflussnahme auf den akademischen Nachwuchs zu steuern, und so wurde die Medizingeschichte an den medizinischen Fakultäten zum Pflichtfach, das aus seiner Perspektive – und durchaus im Verbund mit Medizinethik – den omnipräsenten Fortschrittsgedanken stützen sollte.

Von der Idee einer kontinuierlichen Aufwärtsbewegung und Verbesserung der Medizin hat sich die Medizingeschichte jedoch seit Längerem verabschiedet: Der (teilweise wissenschaftlich verbrämte) Verlust der Humanität in den Jahren zwischen 1933 und 1945 wird als so tiefe Narbe wahrgenommen, dass eine harmonisierende Darstellung der Medizin des 20. Jahrhunderts kaum noch möglich erscheint. Dazu kommen die Technikdistanz und das Misstrauen gegen Autoritäten seit der 1968er-Bewegung, die die hierarchisch strukturierte Medizin besonders betreffen (vgl. Kap. 10.1, 10.2 und 11.1). Die *Hightech*-Medizin kann unglaublich viel mehr, als sich die Menschen noch vor 100 Jahren hätten träumen lassen, aber sie hat tragischerweise das Vertrauen des Publikums auf vielen Gebieten verloren. Insofern war es zu Beginn des neuen Jahrtausends eine zur Zeit passende Entscheidung des Wissenschaftsrats, Geschichte und Ethik der Medizin als Pflichtfach vermitteln zu lassen – nicht als Fortschrittsgeschichte, sondern mit Blick auf den Kontext, in dem Medizin stattfindet.

Das Hauptziel des Querschnittsbereichs «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» liegt in der Vermittlung folgender **Einsichten** und **Erkenntnisse**:

Die Studierenden sollen:

- **sensibilisiert** werden für die historische, kulturelle und moralische Dimension ärztlichen Handelns
- ärztliches Selbstverständnis, Patientenerwartungen sowie herrschende Wertvorstellungen als historisch und soziokulturell geprägt und veränderbar erkennen (**Historizität**)