

Medical Humanities in Deutschland – komplementäre und kritische Beiträge zur Medizin

Walter Bruchhausen^a

^a Medizinhistorisches Institut, Bonn

Zusammenfassung English and French abstracts see p. 141

Versuche, geisteswissenschaftliche Themen im deutschen Medizinstudium zu stärken oder zu etablieren, beziehen sich auch auf das anglophone Konzept der *Medical Humanities*. Dabei darf in Deutschland die an fast allen medizinischen Fakultäten vertretene Medizingeschichte als wichtigster institutioneller Ausgangspunkt gelten. Von ihr aus konnte und kann für die studentische Lehre Medizin in Ethnologie und Kulturanthropologie, Literatur, Film und Philosophie, teilweise auch in der Religion erschlossen werden. Die so erweiterten Perspektiven auf das Feld der Medizin betreffen vor allem die Arzt-Patienten-Beziehung, das Erleben und Bewältigen von Krankheit, die gesellschaftlichen Kontexte sowie die kontroversen Konzeptualisierungen von Medizin und Krankheit. Im Vergleich mit gängiger Bioethik geht es den *Medical Humanities* häufig eher um die Erschließung (neuer oder zusätzlicher) humaner bzw. moralischer Ressourcen als um deren Regulierung in Form von Strukturierung und Kodifizierung. Mit einer jüngeren Orientierung hin zu empirischer Medizinethik auch in Deutschland kann es hier jedoch neue Annäherungen geben.

Schlagnworte: Medical Humanities; Medizinstudium; Deutschland; Medizingeschichte; Bioethik

Wenn es um mögliche Defizite in der ärztlichen Ausbildung und der Medizin insgesamt geht, wird seit einigen Jahren auch in Deutschland der Begriff *Medical Humanities* ins Spiel gebracht [1]. Die akademische Debatte darum, was die Medizin über ihre humanbiologischen und klinischen Kernfächer hinaus braucht, um ihrer praktischen Aufgabe gerecht zu werden, ist jedoch weitaus älter. Dass die Medizin nicht nur Naturwissenschaft sein dürfe oder könne, gehört seit über einhundert Jahren zu den Allgemeinplätzen, wenn eine Besinnung auf die Anforderungen an den ärztlichen Beruf erfolgt. Sogar beim renommierten Internisten Bernhard Naunyn, dessen Bekenntnis zum Satz «Die Medizin wird Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein» [2] von 1905 häufig zitiert wurde und noch immer wird, lautete die Warnung vor einem Missverständnis der Medizin als blosser Naturwissenschaft: «Dazu steckt ihr die Humanität zu tief im Blut» [3]. Doch woher kommt diese Humanität? Bei Naunyn ergab sie sich ganz einfach daraus, dass der Arzt als Mensch beim Kranken auch dort, wo die Naturwissenschaft ihm keine ausreichende Entscheidungsgrundlage bieten kann, handeln muss. Darüber hinaus bestand und

besteht jedoch die Frage, wie auch nichtnaturwissenschaftliche Gegenstandsbereiche der Medizin wissenschaftlich erforscht oder reflektiert in Studium und Praxis der Medizin eingebracht werden können, was zu verschiedenen Institutionalisierungen führte. So haben viele Ärzte Psychologie oder Seelenkunde als Teil ihrer praktischen und wissenschaftlichen Tätigkeit betrieben, vor allem seit der Spätaufklärung und Romantik. Durch die Mortalitätsforschung Ende des 19. Jahrhunderts und in der ärztlichen Sozialhygiene zwischen den Weltkriegen wurden die Sozialwissenschaften in die Medizin einbezogen. Mit den Reformen des Medizinstudiums seit den 1970er Jahren stiegen Medizinische Soziologie und Medizinische Psychologie zu Pflichtfächern auf. Für den Kanon solcher Fächer etablierte sich, wohl auch als Folge einer Diskreditierung des Begriffs Anthropologie durch die Rassenhygiene, der Oberbegriff «Humanwissenschaften». Im englischen Sprachraum werden solche Fächer (als *human sciences*) ebenfalls zunehmend zu den *Humanities* gezählt, die ursprünglich nur die Geisteswissenschaften, vor allem Sprachen, Geschichte und Philosophie, umfassten und aus den frühneuzeitlichen *Studia humanitatis* bzw. *humaniora* oder *Litterae humaniores* hervorgegangen waren. Diese begriffliche Unschärfe von *Humanities* schwingt auch beim Begriff der *Medical Humanities* mit, gleichsam als engerer und weiterer Sinn des Konzepts, und hat zu unterschiedlichen Stossrichtungen geführt. Ihnen ist dennoch weiterhin die grundsätzliche Frage gemeinsam, wie sich im Medizinstudium solche Themenfelder analog und komplementär zur naturwissenschaftlichen Ausbildung einbringen können. Angesichts der weitgehend getrennten Institutionalisierung, die Humanwissenschaften einerseits und Geistes- bzw. Kulturwissenschaften andererseits in der deutschen Universitätsmedizin erfahren haben, wird sich dieser Beitrag vorwiegend auf Letztere konzentrieren, mit der *Medical Anthropology* als potentiell zu beiden gehörendem Feld.

Medical Humanities in Deutschland, Grossbritannien und den USA

In Deutschland haben Themen, die unter die *Medical Humanities* im engeren Sinne fallen, durch die Ärztliche Approbationsordnung von 2002 mit ihrer Neu-

strukturierung des Medizinstudiums eine erhebliche institutionelle Aufwertung erfahren. Zuvor gab es keine teilnahmepflichtigen Lehrveranstaltungen, lediglich eine freiwillige Vorlesung in Medizingeschichte und wenige Multiple-Choice-Fragen zum entsprechenden Gegenstandskatalog im Staatsexamen. Jetzt sieht schon der § 1 unter den Zielen der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich vor,

– *Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen,*

– *die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes zu vermitteln.*

Neben Anteilen dieser Aufgabenstellung in verschiedenen Fächern, insbesondere den schon erwähnten Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, ist ein eigener obligatorischer und mit Benotung abzuschliessender Querschnittsbereich «Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin» (GTE) eingeführt worden.

Diese Zuordnung der Theorie und Ethik zur Geschichte war durchaus konsequent, hatten doch im deutschsprachigen Raum an den meisten medizinischen Fakultäten die medizinhistorischen Institute die bis dahin freiwilligen Lehrangebote auch zu medizinethischen Themen angeboten [4] und – neben der Psychosomatik [5] – die eher vereinzelt Versuche einer ausdrücklichen Medizinteorie beherbergt. Doch nicht zuletzt aufgrund von medizinethischen Professionalisierungsbemühungen – und das heisst zumeist auch Abgrenzungsversuchen – erwies sich die Konzeption dieses «Bereichs» (der Gesetzgeber hat nicht den Begriff «Fach» gewählt) als umstritten. So entstand neues Interesse am Begriff der *Medical Humanities*. Er sollte vor allem in den Augen einiger Medizinhistoriker eine übergreifende Gemeinsamkeit benennen. Denn der Querschnittsbereich wurde teilweise als zu divers empfunden, weil er empirische, systematische und normative Ansätze aus verschiedenen Fachgebieten der philosophischen Fakultät umfasste.

Bei diesem Vereinigungsversuch wurde gerne übersehen, dass sich aus der eingangs erwähnten Begriffsgeschichte hinter dem Wort *Medical Humanities* mindestens zwei recht unterschiedliche Ansätze verbergen, die sich zudem von deutschen Konzeptionen der beteiligten Gebiete deutlich unterscheiden. Beide, der ältere, eher amerikanische, und der jüngere, zunächst britische Ansatz, umfassen ganz zentral auch die schönen Künste (*Arts*), die in Deutschland in der ärztlichen Ausbildung bisher allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen. Der nordamerikanische Ansatz schien dabei eher die Strategie eines umfassenden Gegenbegriffs zur dominierenden naturwissenschaftlichen Behandlung der Medizin im Blick zu haben [6]. Viele dortige Inhaber von Professuren für *Humanities* in der Medi-

zin, wie K. Danner Clouser an der Pennsylvania State University oder Loretta M. Kopelman an der East Carolina University, beschäftigten sich schon früh prominent mit Bioethik. In einflussreichen Konzeptionen wurden unter dem Begriff *Medical Humanities* die drei konstituierenden Teilbereiche *Humanities* (im engeren Sinne, aber einschliesslich Philosophie und Religion), *Social sciences* und *Arts* zusammengefasst [7], eine Unterscheidung, die das deutsche Universitätssystem traditionell so nicht kannte. Entsprechend des damaligen Bemühens um Einschluss auch unmittelbar normativer Disziplinen lautete der Titel der in New York erscheinenden Fachzeitschrift von 1985 bis 1998 *Journal of Medical Humanities and Bioethics*, seitdem, bei Springer in Amsterdam angesiedelt, nur noch *Journal of Medical Humanities*.

Der britische Begriff der *Medical Humanities*, der sich im gleichnamigen Titel einer Fachzeitschrift (einer seit 2000 zweimal jährlich erscheinenden Ausgabe des *Journal of Medical Ethics*), mehreren Universitätseinrichtungen und einer Fachgesellschaft niedergeschlagen hat, versteht sich hingegen noch stärker als eine an breiter Bildung orientierte Ergänzung und Kritik stark entindividualisierender Wissenschaft, wie sie neben Naturwissenschaft und Technik auch Teile von Sozialwissenschaften und Bioethik darstellen. Alle englischsprachigen Ansätze scheinen jedoch heute darin übereinzustimmen, dass sie «jenseits» blosser Bioethik Bildungserfahrungen für angehende und praktizierende Angehörige der Gesundheitsberufe ermöglichen wollen [8].

Der Begriff der *Medical Humanities* bleibt damit mehrdeutig, nicht zuletzt auch in den Erwartungen, die er gerade ausserhalb des Englischen weckt. Denn dort, wo *Humanities* nicht als eher institutionell-beschreibender Oberbegriff für die nichtnaturwissenschaftliche Erforschung des Menschen und seiner Hervorbringungen etabliert ist, lässt er in einem normativen Sinne Hoffnungen auf einen Beitrag zur immer wieder geforderten Humanisierung der Humanmedizin aufkommen. In Deutschland, wo das «humanistische Gymnasium» durch den altsprachlichen bzw. antiken Schwerpunkt in Bildung und Erziehung lange Zeit das Begriffsfeld Humanismus besetzte, kommt ein gewisses Moment an Kritik der (technischen) Moderne hinzu. Da es zudem im deutschen Sprachraum keine zusammenfassende Institutionalisierung von *Medical Humanities* gibt – sei es durch eine Fachzeitschrift, durch Fachtagungen, eine Fachgesellschaft oder gar eine universitäre Einrichtung – und der Begriff unübersetzbar bleibt, scheint es sinnvoller, für eine Erörterung kulturwissenschaftlicher Themen der Medizin nicht (nur) den im Deutschen derart missverständlichen Oberbegriff *Medical Humanities* zum Ausgangspunkt zu machen, sondern diejenigen akademischen Bereiche, die er abdeckt, also medizinische Themen in Sprachen, Literatur und Geschichte, Philosophie und Religion, Volks- und Völkerkunde, bildender und darstellender Kunst.

Dabei sollen für Deutschland sowohl die einzelnen Gebiete, die im Englischen unter *Medical Humanities* verstanden werden, als auch ihre mögliche Einheit betrachtet werden. Die Frage ihres Beitrags zur ärztlichen Ausbildung wird eine grössere Rolle spielen als etwa ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis, den gesellschaftlichen Umgang mit Krankheit oder gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse spielen.

Die Frage, ob und wie solche Bereiche in die ärztliche Ausbildung zu integrieren sind, hat dabei zunächst die Vorgeschichte ihres Ein- und Ausschlusses zu berücksichtigen. Bis zum Ersatz des *Tentamen philosophicum* durch das *Tentamen physicum* im Deutschland des späten 19. Jahrhunderts, in Preussen 1861, war zumindest noch ein rudimentäres Bewusstsein dafür geblieben, dass der akademische Arzt ein allgemein gebildeter Mensch sein sollte, ursprünglich sogar vor seiner berufsbezogenen Spezialisierung auch die freien Künste, darunter die «trivialen» sprachlichen und philosophischen Disziplinen sowie im «Quadrivium» zudem Musik studiert haben sollte. Danach blieb als klassisches geisteswissenschaftliches Fach der Medizin nur die Geschichte der Medizin, die deshalb in Deutschland auch am besten etabliert ist. Für die übrigen Geisteswissenschaften war eine Nutzung schwieriger, weil sie nicht in gleicher Weise zur Verständnishilfe und Legitimation der Medizin als Wissenschaft zu verwenden waren. In der Literatur tauchte die Medizin vielfältig gebrochen auf, einer der bis heute bedeutendsten Romane zur Medizin, Thomas Manns *Zauberberg*, erntete seinerzeit vernichtende Kritik von ärztlicher Seite. Von der Religion suchte sich die «rationale Medizin» weiterhin strikt abzugrenzen, der Kontakt zur Philosophie blieb auf einige Grenzgebiete, vor allem die Psychiatrie beschränkt.

Medizingeschichte als deutsche Mutter der *Medical Humanities*

Von den unter *Medical Humanities* firmierenden geisteswissenschaftlichen Fächern hatte es also die Geschichte (der Medizin) am leichtesten, im Fächerkanon des Medizinstudiums zu bleiben. Denn sie erfüllte lange Zeit, bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts, eine direkt propädeutische Funktion für unterschiedliche Gebiete der späteren ärztlichen Tätigkeit. Professoren verschiedener medizinischer Disziplinen übernahmen die entsprechende Vorlesung im Nebenamt. Das Studium älterer medizinischer Autoren sollte im Sinne eines Voranschreitens vom Einfacheren zum Komplexeren schrittweise an die aktuellen Lehren heranzuführen. Ein naives Fortschrittsdenken ist darin unübersehbar, Ehrfurcht vor den grossen Errungenschaften der Medizin wurde so geweckt. An die letzte Funktion konnte dann die professionalisierte Medizingeschichte um 1900 anknüpfen, als der geschilderte didaktische Nutzen einer Lektüre medizinischer Klassiker durch die

neue naturwissenschaftliche Grundlegung obsolet geworden war. In diesem Zeitalter, in dem sich die Geschichtswissenschaft als Lieferant für die Gründungsmythen von Moderne und Nationalstaat etablierte, konnte auch die Medizin als zentrales Element dieser Moderne nicht ohne die historische Überhöhung auskommen.

Inzwischen ist die Medizingeschichte zu einem auch methodisch und theoretisch anspruchsvollen Bereich geworden, der im engen Austausch mit verschiedenen Fächern der philosophischen Fakultäten und insbesondere durch die Aufnahme von Ansätzen aus *Cultural Studies* und neuer Kulturgeschichte die Medizin und ihre gesellschaftliche Bedeutung in vielfältiger Weise in den Blick nimmt. Da die Medizingeschichte auf Veränderungen und Kontexte besonderen Wert legt, ist sie in der heutigen Situation besonders geeignet, das für eine zeitgemässe Gesundheitsversorgung notwendige Bewusstsein für die gesellschaftliche Abhängigkeit, Pluralität und Dynamik von Medizin in Wissenschaft wie auch Praxis zu wecken und zu schärfen. Sie erfüllt eine zentrale kritische Funktion für übliche Denkweisen innerhalb und gegenüber der Medizin, wenn sie verbreitete Vorstellungen von Erwerb, Zuverlässigkeit und Dauerhaftigkeit wissenschaftlichen Wissens, von der Alleingültigkeit eines Paradigmas oder der Unzweideutigkeit von Fortschritt an empirisch sehr gut belegten Beispielen widerlegt.

Von Volks- und Völkerkunde zur Kultur- anthropologie der Medizin

Geistes- bzw. kulturwissenschaftliche Ansätze, die sich mit zeitgenössischer universitär gelehrter Medizin beschäftigen, waren lange Zeit nicht gefragt. Die Völkerkunde und die Volkskunde, die das anhaltende Interesse verschiedener Ärzte erregt haben [9], bestanden für die Heilkunde vor allem in umfassenden Sammlungen «volksmedizinischer» Ideen und Verfahren [10]; die ihnen gegenüber eingenommene, insgesamt abwertende Perspektive war Ausdruck eines heute nicht mehr zeitgemässen überzogenen Deutungsanspruchs der akademischen Medizin. In Form der anglophonen *Medical Anthropology* und der wesentlich kleineren deutschsprachigen Fachgebiete der Ethnomedizin/Medizinethnologie und der medizinbezogenen europäischen Ethnologie/Kulturanthropologie, früher eher unter dem Titel Volkskunde, haben hingegen die jüngeren Erben dieser Gebiete nach etwa 1970 erheblich dazu beigetragen, dass neben nichtärztlichen Heilern auch das Erleben, Denken und Handeln von Patienten und allgemeiner Bevölkerung in Fragen von Gesundheit, Krankheit und Heilung angemessen wahrgenommen wird [11]. Ethnographische Studien zur modernen High-Tech-Medizin kamen hinzu. In den USA wurde die *Medical Anthropology*, die allerdings auch viele Themen unserer Medizinsoziologie beinhaltet, in den

meisten *Medical Schools* ins Curriculum integriert. In Deutschland hingegen machen nur wenige medizinische Fakultäten entsprechende Unterrichtsangebote, obwohl nicht zuletzt Migration und Globalisierung auch hier wachsenden Bedarf für eine kultursensible Herangehensweise in der ärztlichen Tätigkeit schaffen. Ausserdem zeigt die eigene Unterrichtserfahrung, dass für Medizinstudierende mit nachlassender Vorbildung durch schulischen Unterricht in antiker Welt und Geschichte die heutige räumliche kulturelle Differenz oftmals einen leichteren Einstieg darstellt als die historische, um gegenüber dem naturwissenschaftlichen Universalitätsanspruch die Kontextgebundenheit medizinischen Denkens und Entscheidens zu vermitteln. Dass heute lebende Menschen in anderen Teilen der Gesellschaft oder der Welt manche gesundheitlichen Zustände und medizinischen Massnahmen ganz anders sehen und bewerten, ist für viele eindrucksvoller zu erfahren als im Fall von Ärzten und Patienten früherer Zeiten.

Bei der Aufgabe, für mögliche Unterschiede zwischen Arzt und Patient in Sicht- und Handlungsweisen zu sensibilisieren, können kulturanthropologische Studien zur Medizin einen wichtigen Beitrag leisten. Das gilt nicht nur für die Ergebnisse und Theorien einzelner Studien, sondern vielleicht noch mehr für den ethnographischen Ansatz der teilnehmenden Beobachtung als solchen. Denn diese eher offene Haltung kann insbesondere in neuartigen Situationen eine äusserst hilfreiche Ergänzung zur gängigen ärztlichen Herangehensweise an den Patienten sein, da diese durch ihre starke Vorstrukturierung zu einer vorzeitigen Einengung dessen, was als relevant wahrgenommen wird, führen kann.

Medizin und Philosophie

Im Unterschied zum angloamerikanischen Raum, dem der Philosoph Robert M. Veatch einen 170-jährigen Gesprächsabbruch zwischen Philosophie und Medizin bescheinigte [12], hat es im deutschen Sprachraum immer vielfältige enge Verbindungen zwischen diesen beiden Fächern gegeben [13]. Noch Anfang des 19. Jahrhunderts waren in alter Gelehrtentradition einige Mediziner zugleich akademische Philosophen gewesen, so etwa Joseph Görres als Gymnasial- und Hochschullehrer in Koblenz und München oder Karl Hieronymus Windischmann in beiden Fakultäten der neu gegründeten preussischen Reformuniversität Bonn. In der nächsten Generation waren bedeutende naturwissenschaftliche Ärzte wie Johannes Müller in ihrem Studium noch von den naturphilosophischen Gedanken Schellings massgeblich inspiriert worden. Später griffen auch rein naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte z.B. die Philosophie Friedrich Nietzsches auf. Weite Teile der deutschen Psychiatrie und der Psychoanalyse können als ärztliche Auseinandersetzung

mit philosophischen Fragen gesehen werden. Der Nervenarzt Karl Jaspers verlegte sich ganz auf die Philosophie und wurde zu einem der bekanntesten deutschen Philosophen des 20. Jahrhunderts. Die seinen Namen tragende Professur in Heidelberg wird derzeit zu einem neuen Kristallisationspunkt der Beziehungen zwischen Medizin und Philosophie.

Einen letzten Höhepunkt philosophischen Fragens innerhalb der Medizin bildeten in der Zwischenkriegszeit, die auch als «Krise der Medizin» empfunden wurde [14], die Bemühungen um eine anthropologische Medizin seitens der «Heidelberger Schule der Psychosomatik», die durch Ludolf von Krehl begründet wurde. Vor allem die Schriften Viktor von Weizsäckers, der als Vertiefung seiner anerkannten naturwissenschaftlichen und klinischen Forschung eine Erneuerung der Medizin aus der philosophischen Reflexion anstrebte, werden bis heute von praktizierenden Ärzten gelesen und auf aktuelle therapeutische Fragen bezogen. Weizsäckers Werk enthält sicher viele nicht überholte Einsichten in die Arzt-Patienten-Beziehung oder das Krankheitserleben. Einige seiner Anliegen sind inzwischen in die Psychosomatik eingegangen, was dazu beigetragen haben mag, dass weniger Veranlassung empfunden wird, die Lektüre seiner zudem oftmals etwas sperrigen Schriften im Medizinstudium unterzubringen.

Überhaupt dürfte in den sprachlichen und gedanklichen Anforderungen der Philosophie, die neben entsprechender Begabung und Neigung doch auch einiges an begrifflicher Propädeutik verlangt, einer der Hauptgründe dafür liegen, dass ein gemeinsames Lesen philosophischer Texte nicht zum breiten tauglichen Mittel der *Medical Humanities* werden kann. Philosophie bleibt 150 Jahre nach Abschaffung des *Tentamen philosophicum* allenfalls einzelnen Medizinstudierenden zugänglich, sollte diesen aber vielleicht häufiger ermöglicht werden [15]. Das «philosophische Café» ist bisher kein Erfolgsmodell in der deutschsprachigen Medizin.

Medizin und Literatur

Neben den Verbindungen zu Geschichte, Volks- bzw. Völkerkunde und Philosophie bestanden und bestehen viele Berührungspunkte der Medizin zur fiktionalen Literatur. Dies zeigt sich u.a. darin, dass verschiedene deutsche Romanschriftsteller Ärzte waren und entsprechende Themen aus Studium und Praxis verarbeitet haben, von Friedrich Schiller über Georg Büchner bis zu Alfred Döblin. Umgekehrt haben die existentiellen Fragen, die in der Medizin, und nicht zuletzt der Psychiatrie, auftreten, wiederholt die bedeutendsten Literaten beschäftigt, neben dem schon erwähnten Thomas Mann auch Gerhard Hauptmann, Alexander Solschenizyn und Heinrich Böll. Aus der Einsicht, welches Reflexionspotential die Dichtung für die Medizin

bietet, sind schon seit langem gezielte Leseanreize für Ärzte entstanden, so 1950 aus der Heidelberger Schule durch den Neurologen und Allergologen Karl Hansen im *Lesebuch für Ärzte* [16] und darauf aufbauend 1987 «Lesevorschläge» des Internisten Felix Anschütz im Rahmen seines breiten Interesses am ärztlichen Handeln [17].

Zur gleichen Zeit, als Anschütz die früheren Bemühungen um eine breite ärztliche Bildung aus der psychosomatischen Tradition wieder aufgriff, entstand in den USA und in Grossbritannien aus ganz anderen Quellen eine ähnliche Bewegung. Medizinethisch interessierte Hochschullehrer aus Medizin und Philosophie, darunter der spätere *Chief Medical Officer* von Grossbritannien, Kenneth Calman, begannen, interdisziplinäre Kurse in *Literature and Medicine* für Medizinstudierende anzubieten [18], und gründeten Ende der 1980er Jahre *Literature and Medicine Groups* für Angehörige der Gesundheitsberufe, die sich alle paar Wochen zum Austausch über Romane und Gedichte trafen. Auch in GTE-Seminaren für Medizinstudierende in Deutschland liess sich ein solcher Ansatz inzwischen erfolgreich verwirklichen. Einzelne Institute für Geschichte der Medizin, so in Lübeck und Giessen, laden zu literaturwissenschaftlichen Vorträgen, Autorenlesungen und Buchbesprechungen ein.

Sowohl die älteren deutschen Leselisten als auch die britischen Anthologien und neuerdings ein eigenes *Jahrbuch Literatur und Medizin* [19] geben vielfältige Anregungen zu geeigneter Lektüre. Insbesondere für diejenigen Medizinstudierenden, die während der Schulzeit gerne gelesen, lektüre-intensive Fächer wie Deutsch, Englisch, Literatur und Theater bevorzugt oder gar in ihrer Studienwahl entsprechend geschwankt haben, stellt dies einen oftmals entscheidenden Anstoss zum Wiedereinstieg ins Lesen dar – ein notwendiger Ausgleich in einem häufig als zu einseitig empfundenen Studium. So können erkennbar Lust und Motivation zum Medizinstudium, die manchen in der Vorbereitung auf das Physikum verlorengegangen sind, wiedergewonnen werden.

Medizin in bildender Kunst, Musik, Theater und Film

Von allen Bereichen der *Arts and Humanities* dürften praktizierenden Ärzten die bildenden und darstellenden Künste besonders entgegenkommen, nicht zuletzt weil die Beschäftigung mit ihnen – zumindest eine oberflächliche – weniger Zeit und Anstrengung erfordert und damit für viele nach einem anstrengenden Berufsalltag willkommener ist als das Lesen. Kunst in ärztlichen Wohnhäusern und Praxen ist ein sichtbarer Beweis für einschlägiges Interesse, ebenso wie ihre regelmässige Präsenz und die von Ereignissen aus Oper und Theater in ärztlichen Zeitschriften. Viele medizinische Themen in klassischen wie aktuellen Kunstwer-

ken und Aufführungen machen diese Bereiche zu einer guten, wenngleich im Vergleich mit Geschichte und Literatur seltener für den Unterricht genutzten Möglichkeit, weitere Perspektiven auf die Medizin zu eröffnen. Denn gerade die visuelle Ausrichtung der ärztlichen Ausbildung kann Medizinstudierende für den Ausdruck von Not und Schmerz, Hilflosigkeit und Verfall, Konflikt und Ambivalenz, Überlegenheit und Dramatik in Gemälden, Grafiken und Skulpturen – auch über die unmittelbar medizinischen Sujets hinaus – empfänglich machen. Theaterstücke – auch Theaterprojekte unter Beteiligung von Medizinstudierenden – haben wiederholt die zerstörerischen Auswirkungen von Krankheit und selbst Medizin, bis hin zu den nationalsozialistischen Medizinverbrechen, eindrucksvoller behandelt, als es gelesene Texte oder Bilder alleine könnten.

Weit schwieriger ist eine einschlägige Behandlung des Mediums der Musik im Medizinstudium. Trotz der in vielen Personen verkörperten Beziehungen zwischen Medizin und Musik, die auch auf eine lange Geschichte verweisen können [20], sind einschlägige Unterrichtsinhalte für Medizinstudierende nicht auszumachen.

Anders sieht die didaktische Nutzung für den Bereich aus, der Bild und Wort in der Aufzeichnung vereint. Die Darstellung von Ärzten, Medizin und ihren Themen im Film hat schon seit längerem Interesse auch innerhalb medizinischer Fakultäten gefunden [21, 22] und zu nicht wenigen, meist aussercurriculären Veranstaltungen geführt. Im medizinethischen und auch klinischen Bereich (v.a. Palliativ- und Notfallmedizin) werden Filmszenen, häufig aus amerikanischen TV-Serien wie *Emergency Room*, *Grey's Anatomy* oder *Dr. House*, inzwischen sogar im Pflichtunterricht verwendet, meist jedoch eher als Aufhänger für thematisch daran anknüpfende Diskussionen denn als Versuch, Aussagen über die Medizin im Medium Film näherzukommen.

Medizin und Religion

Als eine der zentralen Institutionen, die vor allem in der europäischen Vergangenheit und in globaler Perspektive die Wahrnehmung, Deutung und Bewältigung von Krankheit wesentlich bestimmt hat und noch bestimmt, darf die Religion im Spektrum nichtnaturwissenschaftlicher Perspektiven auf die Medizin nicht fehlen. Allerdings machen verschiedene akademische und gesellschaftliche Entwicklungen in stark säkularisierten Ländern die Thematisierung dieses Bereichs besonders heikel. Der preussische Kulturkampf Ende des 19. Jahrhunderts, an dem Mediziner wie der Berliner Pathologe und Politiker Rudolf Virchow oder der Bonner Pharmakologe Carl Binz führend beteiligt waren, führte als Nachwirkung zu einer anhaltenden Empfindlichkeit gegenüber als solchen empfundenen Übergriffen von Religion(svertretern) in den vermeintlich wertfreien Raum der medizinischen Wissenschaft.

Konfessionalisierung und neue nichtchristliche Minderheiten gebieten eine Ausgewogenheit, die stark komplizierend wirkt. Ein in der Medizin vorherrschendes positivistisches Wahrheitsverständnis lässt für andere Arten von existentiellen Wahrheiten wenig Raum. Anders als Geschichte, Literatur und Kunst gehört Religion, insbesondere in den neuen Bundesländern Deutschlands, nicht mehr zum selbstverständlichen Bildungskanon, geschweige denn zur allgemeinen Sozialisation.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen beschränkt sich die Kooperation von Vertretern theologischer Fakultäten mit der Medizin, insbesondere in der ärztlichen Ausbildung, zumeist auf medizinethische Fragen, wobei ausgesprochen säkulare Argumentationen und keineswegs die Betonung eines christlichen Propriums charakteristisch sind [23]. Darüber hinausgehende Fragen nach religiösen Antworten, etwa Sinn und Bewältigung von Krankheit, Umgang mit Schuld aufseiten von Arzt und Patient, seelsorgliche Begleitung und Hoffnung in anscheinend ausweglosen Situationen, werden eher in ausseruniversitären Einrichtungen wie der Klinikseelsorge, kirchlichen Akademien oder Vereinigungen von christlichen Angehörigen der Gesundheitsberufe behandelt. Im Pflichtunterricht des Medizinstudiums haben religiöse Fragen über die ethischen Positionen hinaus allenfalls in historischer Perspektive als abendländisches Erbe und gegenwärtig als Aspekt im Umgang mit muslimischen Patienten ihren Platz [24]; ferner in freiwilligen Lehrveranstaltungen z.B. für die Orientierung an den eigenen Ressourcen oder den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen. Als Missionierungsversuch werden solche Inhalte von Medizinstudierenden erfahrungsgemäss nicht empfunden, eher als Hilfe bei der eigenen Suche angesichts der proklamierten weltanschaulichen Gleichgültigkeit und dem gleichzeitigen Markt der Angebote.

Und die Medizin- bzw. Bioethik?

Während im englischen Sprachraum die medizinische Ethik der übliche Ausgangspunkt der *Medical Humanities* war – die Fachzeitschrift *Medical Humanities* (BMJ Group) wurde von der *Society for the Study of Medical Ethics* bzw. vom *Institute for Medical Ethics* als Ausgabe des *Journal of Medical Ethics* gegründet –, wird der dort seit den 1990er Jahren erkannte Ergänzungsbedarf einer abstrahierenden Ethik durch solche Gebiete, die zu moralischer Sensibilität und Persönlichkeitsbildung führen [25], durch Vertreter der Medizinethik in Deutschland bisher weniger betont. Hier folgt man – bei durchaus gegebener, aber eher partieller Rezeption US-amerikanischer Modifikationen wie der *Care Ethics*, der neuen Kasuistik, tugendethischer, feministischer oder narrativer Ansätze [26] – zumeist weiter dem dominierenden US-Modell der Bioethik, das aus historischen Gründen den Optimismus entwi-

ckelt hat, mit Prinzipien individueller, philosophisch reflektierter Moral könne man die zentralen Fragen der modernen Medizin in den Griff bekommen [27]. Allerdings sind gerade in Nordamerika durch die starke Stellung der *Medical Anthropology* in der Universitätsmedizin schon seit längerem Forderungen nach einer mehr empirischen, d.h. sozialen und kulturellen Fundierung der Bioethik vernehmbar [28]. In jüngster Zeit kann man auch in Deutschland, ohne den Anstoss der hier nicht einflussreich etablierten *Medical Anthropology*, Medizinethnologie oder Ethnomedizin, ähnliche Tendenzen beobachten, vielleicht vor allem aus einer gewissen Ernüchterung über bisher verfolgte Ansätze und Hoffnungen in der akademischen und gesellschaftlichen Etablierung der Medizinethik. Denn inzwischen sind die Erwartungen, die Bioethik könne moralische Fragen der modernen Medizin durch normative Antworten aus der jüngeren Moralphilosophie lösen, erkennbar zurückgegangen – sofern solche Erwartungen auf Expertenseite je bestanden haben. Bioethische Beiträge können die politische Auseinandersetzung informieren, aber im Hinblick auf Entscheidungsprozesse nie ersetzen. Entsprechend sind hauptberufliche Ethiker in Beratungsgremien für Regierung, Gesetzgeber oder Ärzteschaft in der Minderheit. Es wird selbst von Vertretern der Bioethik zunehmend zwischen «Disziplin und Diskurs» unterschieden [29, 30], d.h. zwischen der akademischen Reflexion und der Sphäre, in der die Wirklichkeit geprägt wird bzw. die Entscheidungen fallen.

Die daraus resultierende Einsicht in die begrenzte Wirkung philosophischer Formulierungen von normativen Ansprüchen hat dazu geführt, dass die deskriptive oder empirische Ethik einen bemerkenswerten Aufschwung erfährt [31]. Wenn sich so medizinethische Fragestellungen stärker den soziokulturellen Realitäten widmen, wäre eine neue Nähe zu den schon immer empirischen Gebieten der *Medical Humanities* gegeben, nicht zuletzt zu Zeitgeschichte, *Medical Anthropology*, qualitativer Soziologie und Psychologie. Allerdings verstehen nicht wenige Autoren empirische Medizinethik als eher quantifizierend im Sinne von statistisch auszuwertenden Umfragen und damit näher an naturwissenschaftlicher Methodik als am Kerngedanken der *Medical Humanities*. Wahrscheinlich wird sich deren mögliche Einheit daran entscheiden, inwieweit das notwendige Spannungsverhältnis zwischen ideographischem und nomothetischem Ansatz, zwischen den diltheyschen Polen des Verstehens und des Erklärens, ausgehalten und produktiv gestaltet werden kann. Eine weitgehende Anpassung an den messenden Ansatz der *Sciences* kann für die *Medical Humanities* kein Weg sein. Denn dann würde sie einen wesentlichen Teil ihrer kritischen und komplementären Funktion gegenüber der «Biomedizin» verlieren.

Die Rolle der Medical Humanities im Medizinstudium

Die zentrale Aufgabe der *Medical Humanities* für die Medizin und im Medizinstudium bleibt nämlich, diejenigen Themengebiete und Aspekte von ärztlicher Tätigkeit, Krankheitserfahrung und gesellschaftlicher Wirkung der Medizin, die einer naturwissenschaftsförmigen Erforschung und Darstellung nicht (eventuell auch nur: noch nicht) zugänglich sind, immer wieder ins Bewusstsein zu rufen, d.h., sie nicht zuletzt in einem akademischen Kontext diskursfähig zu halten oder zu machen. Sie müssen gegen die starken Tendenzen aller sozialen Systeme und somit auch der Medizin, das, was sich nicht genügend assimilieren lässt, auszuschliessen, die unerlässliche Funktion solcher oftmals als «weich» angesehenen Faktoren in kreativer Form deutlich machen. Das geschieht einerseits im vielfältigen Aufweis, dass prinzipiell unabschliessbare grosse Fragen wie das Leib-Seele-Problem oder Transzendenz- und Kontingenzerfahrungen unerledigt und damit stets aufs Neue zu bewältigen sind. Andererseits geschieht es dadurch, dass Erlebnis- und Handlungsweisen ausserhalb der naturwissenschaftlich geprägten Medizin als mögliche, wenngleich vielleicht auch nur partielle Antworten auf diese Fragen zugänglich gemacht werden. Es gilt so auch dazu beizutragen, dass die Offenheit und der Idealismus junger Menschen nicht in Abstumpfung oder sogar Zynismus umschlagen, wenn sie durch Fachstudium und Berufseinstieg allzu sehr von den bisherigen Quellen zur Bildung ihrer Persönlichkeit abgeschnitten werden. Welche Zugänge über die verschiedenen Sparten der Künste, Geistes- und Gesellschaftswissenschaften hier gewählt werden, hängt in hohem Masse von der (vor allem schulischen) Vorbildung der Studierenden ab, so dass hier eine gewisse Wahlfreiheit wünschenswert ist. Es hängt aber auch von der (eher universitären) Vorbildung der Lehrenden ab, denn nur, was Menschen selbst einmal begeistert hat, was ihnen selbst einmal Möglichkeiten des Menschseins erschlossen hat, können sie begeistert vermitteln. Ausschliessliches und vollständiges Abarbeiten vorgegebener Lernzielkataloge könnte hier in verheerender Weise kontraproduktiv sein. Vielleicht wird nirgendwo sonst im Medizinstudium der Unterschied derart deutlich, der zwischen der zweifellos unerlässlichen Ausbildung einerseits und den Bildungsprozessen andererseits besteht; letztere können und müssen sich selbstverständlich neben den *Humanities* auch an naturwissenschaftlichen und praktischen Themen vollziehen.

Interessenskonflikt: Der Autor ist Mitglied der deutschen Fachgesellschaften für Geschichte, Ethnologie und Ethik der Medizin und hat von dieser Seite Reisekostenerstattungen erhalten.

Abstract

Medical Humanities in Germany: complementary and critical contribution to medicine

Attempts to strengthen or to establish issues other than those of scientific and clinical subjects in the German medical curriculum also refer to the anglophone concept of medical humanities. The fact that history of medicine had for a long time been a part of the curriculum at a majority of medical faculties in Germany may be considered to be the most important institutional starting point. From this point of outset medical issues in social and cultural anthropology, literature, film and philosophy, even in religion could and can be introduced into the teaching of students. The perspectives that are broadened by these approaches mainly concern the doctor-patient-relationship, the experience of illness and coping with it, the societal context, and the controversial concepts of medicine and disease. Compared to common bioethics, the medical humanities are more concerned with developing (new or additional) human and moral resources than with their regulation by structuring and coding. Here the more recent empirical turn in bioethics, however, might open up new areas of overlap.

Résumé

Sciences humaines en médecine en Allemagne – contributions complémentaires et critiques à la médecine

Les tentatives de renforcement ou d'introduction de sujets relevant des sciences humaines et sociales dans le cadre de la formation médicale en Allemagne peuvent aussi être rattachées au concept anglophone de *Medical Humanities*. En l'occurrence, l'histoire de la médecine, qui est enseignée dans pratiquement toutes les facultés de médecine doit être considérée comme l'élément de référence principal. Dans le cadre de l'enseignement, c'est à partir de cette matière que peut être – et est – abordé le sujet de la médecine à travers l'ethnologie et l'anthropologie culturelle, la littérature, l'art cinématographique et la philosophie, voire la religion. Ces approches très larges du domaine de la médecine concernent essentiellement la relation médecin-patient, l'expérience de la maladie et de la lutte contre la maladie, les contextes sociaux ainsi que les conceptions controversées sur la médecine et la maladie. En comparaison avec l'enseignement classique de la bioéthique, il est plus généralement question dans le cadre des *Medical Humanities* de la mise en évidence de ressources humaines (nouvelles ou supplémentaires) voire de ressources morales, que de leur régulation sous la forme de structures et de codification. En Allemagne, de nouveaux rapprochements pourraient néanmoins résulter d'une récente orientation vers l'approche empirique de l'éthique médicale.

Korrespondenzadresse

Walter Bruchhausen
 Medizinhistorisches Institut
 Sigmund-Freud-Strasse 25
 D-53127 Bonn

E-Mail: walter.bruchhausen[at]ukb.uni-bonn.de

Eingang des Manuskripts: 29.7.2011

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 11.10.2011

Annahme des Manuskripts: 26.10.2011

Referenzen

1. Schott H. Die Situation der «kleinen Fächer» am Beispiel der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. *Bundesgesundheitsbl.* 2009;52:933–9.
2. Naunyn B. Ärzte und Laien (Deutsche Revue 1905). In: Naunyn B. *Gesammelte Abhandlungen vol. 2.* Würzburg: Stürtz; 1909. p. 1327–55, here p. 1348.
3. Naunyn B. Die Entwicklung der inneren Medizin mit Hygiene und Bakteriologie im 19. Jahrhundert. In: Naunyn B. *Gesammelte Abhandlungen vol. 2.* Würzburg: Stürtz; 1909. p. 1280–92, here 1280.
4. Bruchhausen W, Schott H. Begleitung auf dem Weg zum «guten Arzt». *Medizinethische Themen in der Bonner Lehre.* In: Bruchhausen W, Hofer HG, editors. *Ärztliches Ethos im Kontext. Historische, phänomenologische und didaktische Analysen.* Göttingen: V&R unipress; 2010. p. 143–54.
5. Von Uexküll T, Wesiack W. *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns.* München: Urban & Schwarzenberg; 1988.
6. Kopelman L. *Bioethics and Humanities: What Makes Us One Field?* *J Med Philos.* 1998;23(4):365–8.
7. *Medical Humanities* [homepage on the Internet]. New York: New York University School of Medicine; c1993–2011 [cited 2011 July 23] Available from: <http://medhum.med.nyu.edu/>
8. *Drew. Medical Humanities.* About the programme [homepage on the Internet]. Madison, NJ: Drew University; c1993–2011 [cited 2011 July 23] Available from: www.drew.edu/graduate/academics/medical-humanities
9. Bruchhausen W. *Volks- und Völkerkunde für Ärzte. Ein Rück- und Ausblick auf Kultur im Medizinstudium.* In: Alsheimer R, Simon M, editors. *Körperlichkeit und Kultur 2003. Körperbilder, Volkskunde und Historische Anthropologie* 2004;9:217–34.
10. Von Hovorka O, Kronfeld A, editors. *Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin, 2 vols.* Stuttgart: Strecker & Schröder; 1909.
11. Dilger H, Hadolt B, editors. *Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt.* Frankfurt/M.: Peter Lang; 2010.
12. Veatch R. *Disrupted dialogue. Medical ethics and the collapse of physician humanist communication (1770–1980).* New York: OUP; 2005.
13. Von Engelhardt D, Schipperges H. *Die inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert.* Darmstadt: WBG; 1980.
14. Klases EM. *Die Diskussion über eine «Krise» der Medizin in Deutschland zwischen 1925 und 1935.* Mainz: Diss; 1984.
15. Downie RS. Should medical students read Plato? *Med J Aust.* 1999;170(3):125–7.
16. Hansen K, editor. *Lesebuch für Ärzte. Eine Auswahl klassischer Lesestücke aus der Lebenswelt des Arztes.* Berlin: Henssel; 1950.
17. Anschütz F. *Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche.* Darmstadt: WBG; 1987. p. 260–2.
18. Calman KC. Foreword. In: Downie RS, editor. *The Healing Arts. An Oxford Illustrated Anthology.* Oxford: Oxford University Press; 1994. p. vii–viii, here p. vii.
19. Steger F, von Jagow B, editors. *Jahrbuch Literatur und Medizin vols. 1–4.* Heidelberg: Winter; 2007–2010.
20. Kümmel W. *Musik und Medizin. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800.* Freiburg/Br.: Alber; 1977.
21. Benzenhöfer U, editor. *Medizin im Spielfilm der fünfziger Jahre.* Pfaffenweiler: Centaurus; 1994.
22. Schmidt KW, Maio G, Wulff HJ, editors. *Schwierige Entscheidungen. Krankheit, Medizin und Ethik im Film.* Frankfurt/M.: Haag + Herchen; 2008.
23. Kreß H. *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte.* 2nd edition. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
24. Ilklic I. *Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft.* Münster: LIT; 2002.
25. Downie RS, Macnaughton J. *Bioethics and the Humanities. Attitudes and Perceptions.* Abingdon: Routledge-Cavendish; 2007.
26. Düwell M, Steigleder K, editors. *Bioethik. Eine Einführung.* Frankfurt/M.: Suhrkamp; 2003. p. 152–210.
27. Jonsen A. American Moralism and the Origins of Bioethics in the United States. *J Med Philos.* 1991; 16(1):113–30.
28. Bruchhausen W. *Medizin und Moral ohne Kontext. Die ethnomedizinische Kritik an der Bioethik.* *Ethik Med.* 2001;13:176–92.
29. Ach JS, Runtenberg C. *Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik.* Frankfurt/M.: Campus; 2002.
30. Kopelman, LM. *Bioethics as Public Discourse and Second-Order Discipline.* *J Med Philos.* 2009;34(3):261–73.
31. Vollmann J, Schildmann J, editors. *Empirische Medizinethik. Konzepte, Methoden und Ergebnisse.* Berlin: LIT; 2011.