

» Medizingeschichte in einem reformierten Curriculum der Humanmedizin? – Ein Diskussionsbeitrag anlässlich der Implementierung von Inhalten der Geschichte der Medizin im Berliner Reformstudiengang Medizin

Zusammenfassung: Der Reformstudiengang Medizin in Berlin begann zum WS 1999/2000. Das erste deutsche, auf der Grundlage eines „Modellstudiengangparagrafs“ etablierte Curriculum integriert eine ganze Reihe als zu klinischen Inhalten komplementär betrachtete, nicht-naturwissenschaftliche Inhalte im Rahmen von Wahlpflichtfächern. Im studienbegleitenden Wahlpflichtfach „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ werden mit deutlicher Gewichtung zunächst medizinhistorische Inhalte zum Gegenstand der Lehre. Das Angebot von Seminaren in problemorientiertem Lernen und Denken für Studierende ist auch für die Lehrenden ein Novum. Vorbilder aus dem Ausland gibt es für diesen Unterrichtsbereich kaum. Die neue Herausforderung stellt sich für Medizinhistorikerinnen und Medizinhistoriker in einer Phase, in der der Kanon der zu lehrenden Inhalte, die Schwerpunkte der Forschung sowie die Leistungen der Medizingeschichte innerhalb und außerhalb der Medizinischen Fakultäten ohnehin und erneut verstärkt diskutiert werden.

History of Medicine in a Reformed Curriculum? Contribution to Discussion on the Occasion of Implementation of Contents of History of Medicine in the Berlin Reformed Medical Curriculum: A problem-based parallel track curriculum started in October 1999 at the Charité University Clinic of Humboldt University, Berlin. This first German curriculum focusing mainly on problem-based learning is based on the legal status of a model project and tries to provide relevant and integrated medical education. Subjects connected to the Medical Humanities, e.g. History of Medicine, are considered complementary to clinical issues and will therefore be taught in obligatory courses. Teaching students who perceive the contents of medical studies from a problem-based perspective also presents a challenge to the teachers. Conclusions from experiences at problem-based Med Schools abroad would be difficult to draw, as they regularly lack obligatory teaching units in History of Medicine. The remarkable challenges in changing medical education in Germany coincide with current debates among German historians of medicine. Learning contents as well as the orientation of research and its outcome in the field of medical history are being debated, both within and outside Medical Schools. Historians of Me-

Th. Müller¹

Institut für Geschichte der Medizin, Freie Universität Berlin

dicine should discuss these issues in cooperation with non-medical faculties.

Key words: Medical education – Problem-based curriculum – History of Medicine – Humanities in Medicine – Reform curriculum Berlin

Der vorliegende Artikel erläutert nach einem Bericht zum aktuellen Stand des Berliner Reformstudiengangs Medizin zunächst kurz einige Entwicklungsschritte des Fachs Geschichte der Medizin bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt. In einer ebenfalls kurzen Überleitung werden anschließend einige wenige inländische Reformversuche der Lehre im Fach Geschichte der Medizin vorgestellt. Ein Blick ins Ausland zeigt im dritten Teil, dass in Bezug auf das Fach Geschichte der Medizin nicht auf Erfahrungen des Auslands zurückgegriffen werden kann. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu den somatischen Fächern im Reformstudiengang. Der vierte Teil bietet eine mögliche Anleitung zur Lösung der neuen Aufgaben an – am Beispiel von Inhalten aus der Medizingeschichte. Jedoch stellen sich die beschriebenen Herausforderungen für alle im Bereich der „Medical Humanities“ vertretenen Fächer, wie für die Medizynpsychologie und -soziologie, die Sexualwissenschaft, die Ethik und Theorie der Medizin, die medizinische Anthropologie und einige weitere mehr.

Eine kurze Einleitung

Als am 22. Dezember 1998 durch die politische Entscheidung der Bundesgesundheitsministerin Fischer die 8. Novelle der Approbationsordnung (ÄAppO) für Ärzte erlassen wurde, in der ein so genannter „Modellstudiengangparagraf“ zur Ermöglichung eines Modellstudiengangs festgeschrieben ist [1], und so plötzlich alle Signale für die Etablierung eines bisher einmaligen Reformprojekts – in der Humanmedizin in Deutschland – auf grün standen, kam dies mittlerweile selbst für die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, für die Studierenden und andere Mitglieder der Berliner „Arbeitsgruppe

¹ Der Verfasser war Mitbegründer und langjähriges Mitglied der so genannten „Inhalts-AG“ sowie Mitglied der Planungsgruppe Reformstudiengang Medizin. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Geschichte der Medizin ist er jetzt für die Gestaltung des Unterrichts im Reformstudiengang mitverantwortlich.

Reformstudiengang“ überraschend oder gar unerwartet [2]. Die am Campus-Virchow-Klinikum und am Campus der Charité arbeitende Gruppe hat bereits eine beachtliche Geschichte, und dennoch erscheinen nun zehn Jahre eine vergleichsweise kurze Zeit zu sein, angesichts des Ausmaßes der Veränderungen, die mit dem reformierten Curriculum eines Reformstudiengangs einhergehen werden. Das erste Studienjahr begann zum Wintersemester 1999 [3].

Die Ursprünge der Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin gehen auf die streikenden Studierenden des Wintersemesters 1988/89 zurück. Ein Nukleolus von weniger als einem Dutzend aktiven Studierenden, die auch nach Ende dieses Streiks an der Idee einer verbesserten Lehre weiterarbeiteten, die so genannte „Inhalts-AG“ [4], setzte sich mit anderen führenden Reformuniversitäten der Welt in Verbindung und formulierte ihr erstes Modell-Curriculum. Im Sommer 1989 wurde daraus ein studentisches Projekt-Tutorium.

Was sich heute flüssig liest, war ein steiniger Weg: Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer wurden gewonnen, vor allem am damaligen Universitätsklinikum Rudolf-Virchow (UKRV) der Freien Universität (FU). Die anfänglichen Widerstände gegen solche reformerischen Ideen hielten die Entwicklung nicht auf, immer mehr Lehrende erachteten die Diskussion als notwendig und beteiligten sich konstruktiv. So wurden seitens der FU Berlin noch 1989 Mittel zur Verfügung gestellt, um einen Reformstudiengang vorzubereiten. Seit 1992 erfolgte durch eine Arbeitsgruppe – gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung – die Feinarbeit am Curriculum, zusammen mit außeruniversitären Einrichtungen. Ein Koordinationsrat lenkte seit 1993 den Curriculumentwurf. Das seit 1995 aufgrund der Umstrukturierung der Berliner Hochschulmedizin mit der Charité vereinigte Virchow-Klinikum und die damit angestrebten Veränderungen führten dazu, dass die Reformwilligen ihre Gremienarbeit nun vermehrt mit den Lehrenden der Charité, dem Universitätsklinikum der HU, diskutierten. Einer Umsetzung des Reformstudiengangs stand von universitärer Seite seit dem 5. Februar 1997 nichts mehr im Wege. Die Zustimmung des Bundesrats zu der von der Bundesministerin für Gesundheit erlassene Novelle der ÄAppO erfolgte am 5. Februar 1999 einstimmig, die Bahn für den Reformstudiengang war nun frei [5].

Zur fachinternen Situation in der Geschichte der Medizin in Deutschland: Unabhängig von der Etablierung eines Reformstudiengangs Medizin wird in jüngerer Vergangenheit erneut auch die Lehre und Forschung im Fach Geschichte der Medizin immer häufiger kritisch diskutiert. Diese Diskussion, die jüngst wieder deutlicher vernehmbar wurde, ist jedoch keineswegs jung an sich. Beiträge wie von Charles Rosenberg gehören in diese Tradition, wie auch von Roy Porter und Andrew Wear [6]. Neben Lern- und Lehrformen, die an einigen Fakultäten bereits im Rahmen der bisherigen ÄAppO modifiziert und verbessert wurden, steht auch der Kanon der zu lehrenden Inhalte wie die Wahl der Forschungsschwerpunkte zur Debatte, nicht minder auch die anderweitigen Leistungen medizinhistorischer Institute. Diese können jedoch hier nicht weiter erörtert werden.

Über wechselnde Perspektiven, kontinuierliche Problemquellen und zukünftige Herausforderungen des Fachs Geschichte der Medizin, speziell an deutschen Universitäten, auch mit

Blick in die Vergangenheit, berichteten verschiedene Diskutanden bereits ausführlich [7]. Winau zeigte 1997 die Entwicklung des Faches anhand von vier von ihm konstatierten quasi „medizinhistoriographischen“ Phasen auf: 1. einer ersten Phase von der Antike bis ins 19. Jahrhundert, in der das Fach fast ausschließlich Legitimationszweck für die ärztliche Tätigkeit war. 2. eine Phase der naturwissenschaftlichen Medizin als einer Zeit, in der dem Fach von außen quasi aufgetragen wurde, ein Gegengewicht gegen den Materialismus der Medizin zu sein, 3. die Phase des antiquarischen Interesses von Ärztinnen und Ärzten an ihren eigenen Vergangenheit, die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zu verzeichnen ist – und bis heute andauert. Eine vierte und vorläufig letzte Phase – seit den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts – ist „gekennzeichnet durch den Versuch, Medizingeschichte als wesentlichen Faktor einer allgemeinen Geschichte zu begreifen, sie in ihren Bezügen zur Sozial- und Kulturgeschichte, sie aber auch als Wissenschaftsgeschichte, als Geschichte des ärztlichen Denkens und Handelns zu begreifen, einer Literaturgeschichte der Medizin die Geschichte der Medizin von unten entgegenzustellen“. Diese Position kann in Anlehnung an frühe medizinhistorische Arbeiten, wie von Diepgen und Sigerist, noch erweitert werden: Medizinische Fakten sind nach diesen Autoren deutschsprachiger Medizingeschichtsschreibung immer im Zusammenhang mit den Fakten der politischen, der Geistes- und Wirtschaftsgeschichte, der Religions- und Kunstgeschichte zu sehen. Eine noch aktuellere Bestandsaufnahme im Fach zeigt, dass sich neben der etablierten Epochen-, Disziplinen- und Institutionengeschichte auch sozialkonstruktivistische Ansätze ausmachen lassen, die, indem sie „Krankheit, Gesundheit und Körper als soziales Konstrukt begreifen“ [8], gerade hiermit Fragestellungen aufwerfen, die man sich in kaum einem anderen Fach passender vorstellen könnte. Ähnliches gilt für sozialhistorische, medizinsoziologische und historisch-demographische Beiträge zur Medizingeschichte. Die medizinische Historiographie unterlag gerade in den letzten Dekaden einem Wandel, vor dessen Hintergrund die Integration medizinhistorischer Inhalte in einen problemorientierten Reformstudiengang Medizin weitere, völlig neue Fragen aufwirft [9].

Was bedeutet dies nun für die Medizingeschichte und ihre Etablierung in einem reformierten Curriculum der Humanmedizin? Es hat gewiss schon länger zum Ehrgeiz von medizinhistorisch Arbeitenden gehört, die sich auch mit ihrer Aufgabe als Lehrende identifiziert haben, ihren Studierenden die in mehrfacher Hinsicht integrierende Funktion von Medizingeschichte in der Medizin zu vermitteln, dass man an Geschichte lernen kann, nicht indem man Urteile über geschichtliche Ereignisse oder jene selbst „kopiert“, sondern z. B. indem man die historischen Abläufe analysiert und diese Analyse mit in die eigenen Überlegungen als ärztlich Handelnde einfließt [10]. Und treffliche Formulierungen hatte auch schon der Gegenstandskatalog für das herkömmliche Medizinstudium parat. Doch muss man sich im Sinne einer kritischen Evaluation der Lehre fragen, was von diesen hohen Zielen in den herkömmlichen Lehrformen, deren einzige von Medizinhistorikern und -historikerinnen durchgeführte *Pflicht*-Lehrveranstaltung der Unterricht in Medizinischer Terminologie ist, für jede/n einzelnen Studierende/n erreicht wurde bzw. wie viele Studierende erreicht wurden. Denn der Besuch der medizinhistorischen Hauptvorlesung ist zwar angeraten, jedoch keine Pflicht.

Es ist zutreffend, dass man nach Abschaffung der Bestallungsordnung und mit der neuen Approbationsordnung in den 70er Jahren von einem vergleichsweise deutlichen Bedeutungs- und damit Stellengewinn im Fach sprechen kann. Einige Institutsgründungen beispielsweise, sind in diesem Zusammenhang zu sehen. Die Antwort auf die Frage, inwieweit das auf Grundlage der Ausweitung des medizinhistorischen Wissenschaftsbereichs erarbeitete Wissen jedoch die Studierenden erreicht, bleibt unklar. Ebenso wenig ist geklärt, inwieweit Inhalte der medizinhistorischen Lehre mit den jeweiligen Forschungsinhalten der Lehrenden kongruent sein müssen. Auch die Kooperation mit den klinischen Abteilungen der Medizinischen Fakultät birgt Probleme: Häufig werden seitens der letztgenannten Bereiche an Medizinhistoriker Wünsche herangetragen, die deren Selbstverständnis zuwider laufen. Der Verweis allein darauf, man sei nicht zum Zwecke der „Servicestation“ für die Kliniker oder als deren historischer Konsiliarius geschaffen, leugnet jedoch einen Teil der Realität: So undankbar die Medizinische Fakultät gegenüber so mancher Leistung der medizinhistorischen Institute auch sein mag, so wenig viele Kliniker aufgrund ihrer eigenen Defizite den Sinn, Zweck und Nutzen medizinhistorischer Ausbildung für Studierende der Medizin verstehen und daher teilen mögen – die Medizingeschichte in Deutschland ist in aller Regel der Medizinischen Fakultät/Universitätsklinik verpflichtet und mit deren finanziellem Haushalt auf vielfältigste Art und Weise interdependent verknüpft. Auch gründet die Legitimation der Mittelbaustellen in vielen, wenn auch nicht allen Fakultäten auf dem Unterricht in Medizinischer Terminologie. Sich diesen Fakten gegenüber zu verschließen, wird das Problem der Medizingeschichte, welche Aufgaben und Daseinszwecke sie denn nun hat, eher vergrößern als mindern. Dass mit einer neuen Approbationsordnung auch die Pflichtlehre all jenen Lehrenden mit oder ohne Reformstudiengang ins Haus steht, die sich mit dieser Möglichkeit bis heute noch nicht befasst haben, wird unter Umständen hier und da zu deutlich spürbaren Problemen führen.

Fernab von der Diskussion darüber, mit welchem Nachdruck, ob als Pflicht- oder Wahlveranstaltung, Inhalte in der Lehre allgemein angeboten werden sollten, ist für das Fach Geschichte der Medizin im Berliner Reformstudiengang Medizin die Entscheidung bereits lange gefallen:

1. Das Fach Geschichte der Medizin (auch wenn das Fach namentlich wie alle anderen Fächer ebenfalls im Curriculum nicht genannt ist) und die das Fach in Berlin Vertretenden sind für die allwöchentlich im Curriculum und über die gesamte Studienzeit geplanten Stundenplanabschnitte zu „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ mitverantwortlich [11]. Die Problematisierung der Begriffe „Grundlagen“ vs. „Basic Sciences“ stellt ein ganz eigenes Thema dar [12]. Die medizinhistorischen Inhalte machen hier bisher den wesentlichen Anteil des Stoffs aus, der von den Studierenden in diesen Seminar-Veranstaltungen erarbeitet wird; der Stoff ist jedoch nicht notwendigerweise auf die Inhalte dieses Fachs begrenzt. Mittlerweile gibt es bereits Angebote der zukünftigen Zusammenarbeit seitens der Epidemiologie, Medizinischen Anthropologie sowie der Rechtsmedizin.
2. Diese Seminare werden als *Wahlpflichtveranstaltung* angeboten und können, falls möglich und als sinnvoll erachtet, auch an die Themenblöcke im Semester anknüpfen. Zu den klinischen Inhalten komplementäre Inhalte sollen dazu beitragen, dass naturwissenschaftlicher Reduktionismus ver-

mieden wird. Dies wirft eine Reihe von Fragen auf. Allein die Tatsache, dass Inhalte des Fachs in vergleichsweise hoher Stundenzahl pro Unterrichtswoche in Pflichtveranstaltungen gelehrt und gelernt werden sollen, macht den Beginn des Reformstudiengangs Medizin zu einer unübersehbaren Zäsur in der Entwicklung des von Medizinhistorikerinnen und Medizinhistorikern angebotenen Unterrichts, zumindest in Berlin. Mit dem Symbol der Wortschöpfung „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ wird darüber hinaus der Wunsch nach einem interdisziplinären Lehrangebot artikuliert, dessen mittelfristige Umsetzung wünschenswert erscheint.

Eine mögliche Überleitung?

Mit der Möglichkeit eines die Grenzen der bisherigen ÄAppO überschreitenden Pilotprojekts nach Art des Berliner Reformstudiengangs Medizin ist in diesem umfassenden Maße jedoch bisher nur Berlin selbst ausgestattet. Es sollen deswegen hier einige – zufällig und ohne Anspruch auf Vollständigkeit ausgewählte – Beispiele von Medizinischen Fakultäten in Deutschland Erwähnung finden, an denen verschiedene Lehr- und Lernmodelle(-module) für das Fach Geschichte der Medizin bereits heute und vor allem innerhalb der Bestimmungen der bisherigen Approbationsordnung angewandt werden.

Aus einem „joint venture“ des Instituts für Geschichte der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg in Erlangen zusammen mit den Erlanger Anatomen geht seit nunmehr sechs Semestern eine Vorlesung hervor mit dem Titel „Funktionelle Anatomie des Menschen mit medizinhistorischen Bezügen“ [13]. Nach den Schilderungen des maßgeblich beteiligten Medizinhistorikers Thomas Schnalke erfreut sich diese Veranstaltung eines hohen Interesses bei den Studierenden. Ziel war, den medizinhistorischen Unterricht mehr mit den übrigen Fächern zu verzahnen. Die Diskussion medizinhistorischer Lerninhalte wurde in die anatomische Vorlesung, also einer Pflichtveranstaltung des ersten vorklinischen Semesters, integriert. Längerfristiges Ziel ist es, Interesse zu wecken, indem man erste Zusammenhänge aufzeigt, die man mit dem Einüben wissenschaftlichen Arbeitens vertieft, was teilweise dann in medizinhistorischen, vom nämlichen Institut angebotenen Seminaren selbst bzw. in Forschungsprojekten oder Dissertationen stattfinden kann.

Ein ähnliches Konzept weist das Berliner „joint venture“ auf, in dem der Gynäkologe Schaller mit dem Medizinhistoriker Hess kooperierte. Hier stellte die Vorlesung in Gynäkologie und Geburtshilfe den Rahmen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar. An Beispielen aus dem jeweiligen Vorlesungsinhalt werden in einem etwa 15 Minuten dauernden Exkurs medizinhistorische und wissenschaftstheoretische Fragestellungen benutzt, um die historische Bedingtheit gynäkologischer Vorstellungen und Praktiken deutlich zu machen (z.B. Geburtszange, intrauterine Diagnostik).

Ein drittes „joint venture“, das hier beispielhaft Erwähnung finden soll, ist die Kooperation des Medizinhistorischen Instituts der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald [14] mit dem Medizinpsychologischen Institut. Die Universität an der Ostsee und deren Medizinische Fakultät haben bereits durch ihr Programm der „Community-Based Medicine“ von sich reden gemacht. Heinz-Peter Schmiedebach berichtet von „medi-

zinhistorischen Unterrichtsmodulen“, die im Rahmen des Kurses „Medizinische Psychologie“, der in Greifswald aus einer Vorlesung und aus einem Praktikum besteht, stattfinden, im Unterschied zu Erlangen jedoch mit einer Leistungskontrolle – auch für den medizinhistorischen Teil – abschließen. Der Umfang eines solchen Moduls bezieht sich auf sechs akademische Doppelstunden. Ein Kurzreferat von ca. 15 Minuten sowie das Protokoll einer Sitzung stellen die Leistungskontrolle dar. Mehrere Themenkomplexe werden in einem solchen Modul anhand einfacher Quellen und vorliegender Sekundärliteratur besprochen, nach Kurzreferaten werden verschiedene Thesen und Fragestellungen diskutiert. Man versucht in Greifswald hiermit „ärztliche Grundhaltung, Merkmale der Arzt-Patient-Beziehung, Grundlagen der helfenden Gesprächsführung, Entwicklung eines Verständnisses für das Erleben von Krankheit, sowie Entwicklung eines Verständnisses für die Situation der Ärztin/des Arztes“ zu vermitteln. Zum Thema „historische Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung“ wird als Ziel des Lernens angegeben, dass „die vielfältigen von sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen abhängigen Kommunikations-, Kooperations- und Umgangsformen zwischen Arzt/Ärztin und Patientinnen/Patienten“ thematisiert und analysiert werden sowie eine „Sensibilisierung hinsichtlich des eigenen diesbezüglichen Auftretens geschaffen“ werden soll.

Im Fazit problematisch war vor allem ein „unausgewogenes Themen-Zeit-Verhältnis“. Hierbei ist in Erinnerung zu rufen, dass projekthaft bzw. im Modell neu eingeführte Lehrveranstaltungen häufig parallel und zusätzlich zu den herkömmlichen Veranstaltungen durchgeführt werden. Die Motivation hierfür resultiert nicht selten aus der Unzufriedenheit mit dem jeweiligen „Ist-Zustand“ in der Lehre, zuweilen resultierend aus einer schlecht besuchten Hauptvorlesung oder aus mangels Beteiligung nicht stattfindenden Veranstaltungen im fakultativen Unterricht. Für modellhafte Neuentwicklungen im Fach stehen natürlich keine zusätzlichen Lehrkräfte zur Verfügung, was nach Ansicht des Verfassers gerade für die so genannten „kleinen Fächer“ der Medizinischen Fakultät häufig große Probleme aufwirft, die von den Sparmaßnahmen in den letzten Dekaden am allerwenigsten verschont blieben. Zuletzt bemerkte Labisch, wie inadäquat und erfolglos der Versuch der „Mittleinsparung“ gerade in Bezug auf die Adresse der Fächer Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin ist, die häufig weniger als ein Promille des Gesamthaushalts einer Medizinischen Fakultät ausmachen [15]. Harold J. Cook, University of Wisconsin/Madison, Medical School, schrieb in seinem mahnenden Brief an das Bonner Ministerium für Wissenschaft und Forschung vom 24. 9. 1997, dass solche unsinnigen, mit finanziellen Erwägungen in Zusammenhang zu bringenden Vorstellungen, wie die Geschichte der Medizin ganz aus der Approbationsordnung streichen zu wollen, am ehesten mit der englischen Redensart „penny wise and pound foolish“ zu bezeichnen seien. Der Protestbrief Cooks war eine Reaktion auf den erfolglosen Versuch des Ministeriums für Gesundheit, in einem neuen Entwurf einer Approbationsordnung das Fach Geschichte der Medizin stillschweigend und ohne Konsultation anderer Gremien verschwinden zu lassen. Die Debatte hatte noch viele weitere Diskussionsbeiträge zur Folge. Zur Notwendigkeit der Vermittlung medizinhistorischen Wissens in der ärztlichen Ausbildung sei *paris pro toto* auf die Arbeit von Biddiss verwiesen [16].

Stellungnahmen aus dem Ausland

Eine Anfrage bei den für die medizinische Ausbildung an der Universität Maastricht Verantwortlichen ergab kurz und bündig, dass eine Aufnahme von Gegenständen der Medizingeschichte bisher nicht berücksichtigt wurde. Für manchen vielleicht überraschend bedeutet dies: In einem der modernsten problemorientierten Curricula Europas kommt die Geschichte der Medizin nominell oder organisatorisch – von Medizinhistorikerinnen und Medizinhistorikern unterrichtet – nicht vor, von freiwilligen Wahlveranstaltungen abgesehen.

Reges Interesse bekunden Fakultätsangehörige aus Linköping, Schweden, an medizinhistorischen Inhalten im problemorientierten Curriculum. Der zusammen mit Karolinska/Stockholm heute mittlerweile beliebteste Studienort für Medizin in Schweden hatte sich vom letzten Ranglistenplatz als unbeliebtester Medizinischer Fakultät nach Umstellung auf ein problemorientiertes Curriculum dergestalt auf das Deutlichste verbessert. Medizinhistorische Beteiligung am Curriculum gibt es in Linköping bisher jedoch nach eigenem Dafürhalten nur in nicht erwähnenswertem Maße. Jan Sundin, Professor and Head of the Department of Health and Society, schreibt bezüglich „integration of the History of Medicine in the medical training at Linköping University: Unfortunately, training in the History of Medicine within courses at the Medical Faculty is, like at most Swedish universities, in such a poor state that it is hardly worth mentioning other than for lamentations. There is no obligatory place for the History of Medicine in Swedish medical training, and in Linköping not even courses [are] to be taken as an option for future M. D.'s [...] At present there are plans to create a Doctoral Training Program within a new Graduate School in Public Health in cooperation between the philosophical, technical and medical faculties, in which 'long-term perspectives' will have a more visible place, but that will take another year at least to realise“ [17].

Ein weiteres europäisches Beispiel stellt der medizinhistorische Unterricht in Bern dar [18]. In Bern wurden mittlerweile ebenfalls Teile der Ausbildung der Medizinischen Fakultät auf POL umgestellt. Seit knapp drei Jahren ist dort das problemorientierte Lernen (POL) etabliert. Für diese Zeit ließ man ähnlich anderen „Reform-Orten“, wie z. B. der Harvard Medical School in Boston, einen Teil der Studierenden als Kontrollgruppe nebenherlaufen, um valide und relevante Vergleiche über die erworbenen Fertigkeiten, Fähigkeiten und Wissen zu erhalten [19]. Mittlerweile wird POL für alle in Bern neu beginnenden Studierenden angeboten. Bis jetzt gibt es nur in der Berner Vorklinik ein Reform-Curriculum, in dem die Methode des POL angewendet wird. Für die späteren Jahre ist die Einführung von POL geplant. Als medizinhistorisches Praktikum, dessen einmaliger Besuch obligatorisch ist, wird im ersten Jahr, in Zusammenarbeit mit einem Physiologen, eine Diskussion zu der Kontroverse „Galvani-Volta“ angeboten, in die Textlektüre und praktische Versuche integriert sind. Im zweiten Jahr hält der Medizinhistoriker Boschung eine Konzeptvorlesung – eine Veranstaltung in herkömmlicher Lehrform also. Der Einbau medizinhistorischer Inhalte in den folgenden Reformjahren ist offen.

Erkenntnisbringend ist ein Blick zur Harvard Medical School in Boston/Massachusetts mit ihrem idealbildenden, problemorientierten Curriculum „The New Pathway“, das eines der Vor-

bilder auch für den Berliner Reformstudiengang war: Einer der verantwortlich zeichnenden Kollegen, Dr. Brandt in Boston, berichtet zunächst von dem Problem, dass er und andere den „New Pathway“ unter dem Gesichtspunkt „mehr Ethik“ lange Jahre propagiert hatten, dann aber, als die Veränderungen stattfanden, mehr und mehr merkten, dass biomedizinisches Wissen in Kleingruppen immer noch einfacher zu vermitteln ist als Geschichte der Medizin oder Ethik in der Medizin. Im Prinzip macht man in Harvard in Bezug auf „ärztliches Denken und Handeln“ zwei Dinge: zum einen einen „patient-doctor course“, in dem es darum geht, kulturelle Sensitivität bzw. interkulturelle Kompetenz zu entwickeln. Zweitens wurde ein Seminar im Fach Geschichte der Medizin eingerichtet. In diesem Seminar werden verschiedene Themen wie z. B. die Medizin im Nationalsozialismus oder die Sozialisation von Ärztinnen und Ärzten an anderen historischen Beispielen aufgezeigt. Ziel ist bei allen Veranstaltungen, die Relevanz dieser Phänomene in der gegenwärtigen Berufsausübung aufzuzeigen. Seit neuestem konstruiert man auch „Fälle“, in denen die Kenntnis sozialer Verhältnisse direkte Auswirkungen auf die therapeutischen Vorgehensweise bzw. die Reflektion des Arzt-Patient-Verhältnisses hat. Insgesamt ist hier zu sehen, dass medizinhistorische Inhalte eine deutlich geringere Präsenz aufweisen, als dies in Deutschland der Fall ist.

Eine kleine Anleitung?

Im Folgenden sollen Vorschläge für die Umsetzung und Adaptation an die neuen Anforderungen medizinhistorischer Lehre im Rahmen der Lehre der „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ im Reformstudiengang Medizin in Berlin erörtert werden. Für das Verständnis notwendig ist hier, dass das Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität in absehbarer Zeit dem interdisziplinären Verband eines zukünftigen „Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin“ angehören wird.

Wesentlicher Bestandteil der Initiative der Medizinhistorikerinnen und -historiker in Berlin wird es in Zukunft sein, neben der *Pflichtlehre* in medizinischer Terminologie und des großen, bereits bisher angebotenen *Wahlprogramms*, in Form z. B. der traditionellen Vorlesungen in Medizin und Zahnmedizin, sowie der vielzähligen Seminare für Studierende der Medizin, Geschichte und Wissenschaftsgeschichte an der Freien Universität Berlin, nun auch der neu geschaffenen *Wahlpflichtlehre* im Reformstudiengang Medizin sowie der Lehre in der Kontrollgruppe des herkömmlichen Studiengangs Medizin, beide an der HU Berlin, „nachzukommen“.

Anders als für die beiden Gruppen von Studierenden der Humanmedizin, die weiterhin nach herkömmlicher Studienordnung an der FU und HU Berlin Medizin studieren werden, stellt der allgemeine Arbeitsauftrag innerhalb des Reformstudiengangs Medizin nicht nur an die Lernenden völlig neue Anforderungen. Neben einem völlig veränderten Prüfungssystem mit einer Vielzahl von verschiedenen, theoretisch einsetzbaren mündlichen, schriftlichen und praktischen Prüfungsformen und unter Abschaffung der ersten beiden Staatsexamina und des Physikums in bisheriger Form ändert sich am deutlichsten wohl die zentrale Lehr- und Lernform des Modell-Curriculums: Dem „problemorientierten Lernen“ (POL) in Kleingruppen zu sieben Studierenden und einem/r Tutor/in kommt hierbei die größte Bedeutung zu. Seminargruppen, in denen

drei POL-Gruppen zusammenkommen, Vorlesungen, Übungen sowie Praktika wird es an ausgesuchten Stellen im Curriculum weiterhin geben, ebenso wie Famulaturen und das Praktische Jahr (PJ) als Studienabschlussjahr. Für die MedizinhistorikerInnen, die sich mit ihrem Lehrangebot im Bereich „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ wiederfinden, legt die Studienordnung die Lehrform „Seminar“ fest.

Bis zum Beginn des Wintersemesters 1999/2000 beschäftigte sich das wissenschaftliche Personal des Instituts für Geschichte der Medizin der Freien Universität mit der Ausarbeitung der Lernziele für den Unterricht im Reformstudiengang Medizin. Leitend waren außer der Diskussion im Studienausschuss für den Reformstudiengang auch die Vorgaben des „Murrhardter Kreises“, neben anderen Vorgaben aus dem Bereich der Ausbildungsforschung (einem in Deutschland noch unbeschriebenen Blatt, was die humanmedizinische Ausbildung anbelangt). Diese ehrenamtliche Kommission von deutschsprachigen Lehrenden der Humanmedizin, der „Murrhardter Kreis“ [20], der mittlerweile seine Arbeit abschloss und die Ergebnisse in dem Band „Das Arztbild der Zukunft“ veröffentlichte, verweist u. a. auf Folgendes: Studierende sollten zukünftig mehr als bisher die Möglichkeit erhalten, sich „Fertigkeiten (skills), Haltungen (attitudes) sowie Wissen und Theorien (knowledge)“ anzueignen. Gerade zum ersten Stichwort ist anzumerken, dass ein eigenes für den Reformstudiengang in Berlin kreierte und erbaute „Trainingszentrum für Ärztliche Fertigkeiten (TÄF)“, das nicht nur den Studierenden des Reformstudiengangs offen steht, allen Studierenden Gelegenheit gibt, praktische Fertigkeiten, auch mit Hilfe von Simulationspatienten, zu erwerben. Den Anforderungen eines immer komplexer werdenden Arbeitsfeldes wird man in Bezug auf Theorien und Wissen nach Meinung des Murrhardter Kreises am ehesten gerecht, indem man das Ziel anstrebt, Studierende in Bezug auf die verschiedensten Anforderungsprofile ihrer zukünftigen Tätigkeit zu „life-long-learners“ auszubilden, sie also mit der Fähigkeit ausstattet, sich selbst in einem Thema fort- und weiterzubilden und sich mit neuen Entwicklungen der Theorie und Therapie kritisch und konstruktiv auseinandersetzen zu können. Unter Berücksichtigung all dessen hat man am Berliner Institut für Geschichte der Medizin begonnen, zunächst zehn Unterrichtsmodule für die Seminargruppen des Reformstudiengangs, die baldmöglichst auf die Zahl von 30 erhöht werden sollen, zu entwickeln. Vorläufig ist die Besetzung und Organisation von jeweils zwei Seminargruppen pro Semester für den Unterricht von 63 Studierenden pro Jahr vorgesehen. Die Studierenden werden im Laufe des Studiums insgesamt mindestens vier Seminare, jeweils zwei pro Studienabschnitt, besuchen.

Beispiele für „Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“ seien nun verdeutlicht: Im Themenblock „Ärztliches Selbstverständnis und Probleme der Medizin als Wissenschaft“ wird im ersten Semester des RSM ein Modul mit dem Titel „An Leichen lernen: Der anatomische Unterricht in historischer Perspektive“ angeboten. Ein zweites Modul trägt den Titel „Fit-sein – Beweglichkeit als historisches Leitmotiv für Gesundheit“. Ein weiteres, sich zur Zeit in Planung befindliches Modul thematisiert die so genannte „Männliche Hysterie“. Dieses Modul soll im zweiten Studienjahr angeboten werden. Zeitgleich beinhaltet das Themenspektrum des zweiten Curriculumjahrs in den somatischen Bereichen die Themengruppe „Sexualität/Geschlechtsorgane/Hormone“.

Für das Beispiel „Männliche Hysterie“ wurden in der Diskussion zunächst als „allgemeine Lernziele“ für dieses Seminarthema definiert:

1. Die Studierenden sollen Verständnis dafür entwickeln, dass das Arzt(Ärztin)-Patient(in)-Verhältnis durch viele historische Variablen konstituiert wird, und sollen solche Variablen benennen können („Hysterische Männer“ vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis zum Ende des 20. Jahrhunderts. Hier werden beispielsweise Themen wie Somatisierung vs. Psychisierung problematisiert, also das Shiften ätiologischer Erklärungsansätze für die „Konstruktion Hysterie“ über die Dekaden).

2. Die Studierenden sollen die Machtposition des Arztes/der Ärztin als historisch gewachsen und legitimiert erkennen und reflektieren lernen. Als „kognitive Lernziele“ werden benannt: Kritische Diskussion und Analyse der Kulturabhängigkeit ätiologischer und therapeutischer Konzeptualisierungen sowie ihr zeitabhängiger Wandel. Als „anwendungsbezogene Lernziele“ gelten: Ein reflektierender Umgang mit medizinischen Handlungsstrategien, das Erkennen der Bedeutung von Selbstreflexion sowie eine Erweiterung des Repertoires an Sichtweisen. Die Modulaufteilung grenzt von diesen „allgemeinen Lernzielen“ so genannte „spezielle Lernziele“ ab; unter diese subsumiert werden zunächst „historische Lernziele“, in diesem Fall: die Geschichte der Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts im Überblick. „Männliche Hysterie“ vs. „Kriegsneurose“ – „Simulation“ oder eine „Krankheit“? Die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Behandlung der so genannten „Kriegsneurotiker“ des Ersten Weltkriegs. „Gegenwartsbezogene Lernziele“ sind: der Gebrauch des Begriffes „Hysterie“ heute – Wandel der Bedeutung dieses Begriffs über die Zeiten. Die populären Anwendungen des Begriffs gestern und heute (z. B. in Film und Literatur) vs. seine Anwendung in psychiatrischen Klassifikationssystemen, wie z. B. dem DSM-III-R, AMDP-System oder dem ICD-10. „Anwendungsbezogene Lernziele“ und „emotionale Lernziele“ sind: die Diskussion der „Macht psychiatrischer Diagnostizierung/fragl. Pathologisierung“. Für die Recherche, die von den Studierenden zu leisten ist, werden Quellen und Sekundärliteratur angegeben.

Zu erwerbende „Skills“ wären in diesem Modul: kritisches Hinterfragen der eigenen Wahrnehmung und des eigenen Handelns, Sensibilität entwickeln für Entstehung „auffälliger Verhaltensweisen“ bzw. die Relativität der Beurteilung dieser Verhaltensweise als „pathologische“ Verhaltensweise. Mit Hilfe der Lektüre ausgewählter Abschnitte aus Lehrbüchern und Manualen verschiedener Zeitpunkte des Untersuchungszeitraums und der Erarbeitung eines Referats sollen die Studierenden die direkten und indirekten gesellschaftlichen Folgen medizinischen Handelns für Patientinnen und Patienten verstehen lernen und an diesem Beispiel bestimmen können.

Die hier ausschnittsweise vorgestellte Themenwahl und Strukturierung der Seminare stellt den aktuellen Stand der Diskussion dar. Diese Diskussion ist im Fluss und wird, was in der Natur eines völlig neuen Studiengangs liegt, in den folgenden Semestern voraussichtlich noch mehrfach inhaltliche wie strukturelle Adaptationen bzw. Modifikationen erfahren, die sich aus der Evaluation der Lehre ergeben werden. Die hier beispielhaft angeführten Lehrinhalte stellen keinesfalls das Gesamtangebot dar, beispielsweise soll hier nicht der Eindruck

vermittelt werden, die Medizingeschichte der Antike und des Mittelalters sei nicht mehr Gegenstand der Lehre. Die genannten Beispiele sollen der Verdeutlichung dienen. Der Verfasser erhofft sich von diesem Diskussionsbeitrag weiteren Erfahrungsaustausch und ist an konstruktiver Gegenrede sehr interessiert.

Danksagung

Der Verfasser dankt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Geschichte der Medizin der FU Berlin, vor allen Dingen Johanna Bleker, Eva Brinkschulte und Rolf Winau, für Anregungen und Diskussion. Für die Kontaktaufnahme mit der Harvard University gilt Matthias Frank, Boston/Seattle, herzlichen Dank.

Literatur

- ¹ „Reformstudiengang Medizin der Charité“. Informationsbroschüre; 1999
- ² Siehe Arbeitsgruppe Reformstudiengang. Materialien zum Reformstudiengang Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin. Universitätsklinikum Charité, Med. Fak. d. Humboldt-Univ. Berlin. Januar (1997). Die Unterlagen können auf Anfrage interessierten Teilnehmern und Teilnehmerinnen an der Debatte gestellt werden.
- ³ „Der Spiegel“ 1999; 15: S. 92–96, hier insbesondere S. 93–94
- ⁴ Inhalts-AG (Hrsg.). Bericht zum I. Workshop „Medizinischer Reformstudiengang“ vom 24.–26.11.1989. Inhalt, Struktur und Schritte zur Verwirklichung. Berlin: 1990 sowie Inhalts-AG u. Planungsgruppe Reformstudiengang (Hrsg.): Neue Lehr- und Lernformen im Medizinstudium. Dokumentation zum II. Workshop „Medizinischer Reformstudiengang“ vom 11.–13.1.1991. Berlin: 1991
- ⁵ Hansen F. Reform als Therapie. An der traditionsreichen Berliner Charité wird das Studium der Medizin neu erfunden. „Die Zeit“ (Nr. 5, 11.2.1999) sowie Berliner Ärzte 3 1999: 6
- ⁶ Rosenberg Ch. The Medical Profession, Medical Practice, and the History of Medicine. In: Clarke E (ed): Modern Methods in the History of Medicine. The Athlone Press of the University of London 1971; 22–35. Hier vor allem S. 34. Zu Porter R u. Wear A. Problems and Methods in the History of Medicine. London, New York, Sydney: Croom Helm; 1987
- ⁷ Winau R. Medizingeschichte – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft. Gießener Universitätsblätter 1997; 12: 31–39. Weiterhin: Toellner R, Wiesing U. Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahressammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: 1997. Stuttgart: Gustav Fischer, 1997. Vgl. vor allem Kümmel WF. Vom Nutzen eines „nicht notwendigen Faches“ (S. 5–16). Karl Sudhoff, Paul Diepgen und Henry E. Siegrist vor der Frage „Wozu Medizingeschichte?“.
- ⁸ Winau R. Medizingeschichte – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft. Gießener Universitätsblätter 1997; 12: 31–37
- ⁹ Roelcke V. Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945. NTM, N.S. 1994; 2: 193–216
- ¹⁰ Winau R. Medizingeschichte – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft. Gießener Universitätsblätter 1997; 12: 37
- ¹¹ „Much ink has been spilled over whether medical history (and other special aspects of medicine) should be taught at the pre-med, basic science, clinical, or post-graduate levels. The correct answer is 'all of the above'. Just as a surgeon needs both anatomy books and operating room experience, so any medical history that is to be clinically useful must be reinforced at the bedside, but it also requires that clinical students have already learned co-

re concepts and methods in a more organized and systematic setting". Pernick, M.S., University of Michigan, Associate Director, Program in Society and Medicine, Prof. of History. Letter (13.9.1997). Für die Überlassung dieser Korrespondenz danke ich Bleker J, Berlin.

- ¹² Zur Problematisierung der Begriffe „Grundlagen“ vs. „Basic Sciences“ vgl. Burger W. Existiert eine unüberbrückbare Kluft zwischen Phänomenologie und Reduktionismus? In: Sternwarten-Buch I. Jahrbuch des Collegium Helveticum, ETH Zürich. Zürich: Haffmans, 1999; 137 – 162, sowie Sweeney G. The challenge for basic science education in problem-based medical curricula. Clin Invest Med 1999; 22,1: 15 – 22
- ¹³ Hier und im Folgenden: Schnalke T. Vortrag auf dem „Workshop Medizingeschichte lehren“ in Rothenberge/Münster (23.–25.9.1998)
- ¹⁴ Schmiedebach H-P. Vortrag auf dem „Workshop Medizingeschichte lehren“ in Rothenberge/Münster (23.–25.9.1998)
- ¹⁵ Labisch A. „Ans Krankenbett!“. „Die Zeit“ (Nr. 5, 11.2.1999)
- ¹⁶ Biddiss M. Tomorrow's doctors and the study of the past. The Lancet 1997; 349: 874 – 876
- ¹⁷ E-mail an den Verf., 22.3.1999.
- ¹⁸ Boschung U. Medizinhistorisches Institut der Universität Bern, Brief an den Verf. vom 22.2.1999, sowie Göbel E, Remstedt S (Hrsg.): Medizinische Reformstudiengänge. Frankfurt a.M.: Mabuse, 1994; 2. Aufl.: 126 – 144. Eine erweiterte Neuauflage erschien 1999 im gleichen Verlag, herausgegeben von Göbel E und Schnabel K.
- ¹⁹ Moore GT et al. The Influence of the New Pathway Curriculum on Harvard Medical students. Acad Med 1994; 69: 983 – 989
- ²⁰ Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert-Bosch-Stiftung/Murrhardter Kreis (Hrsg). Das Arztbild der Zukunft – Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Gerlingen: 1990

Dr. med. Th. Müller

Institut für Geschichte der Medizin
Freie Universität Berlin
Klingsorstraße 119
12203 Berlin