

| | |
|---------------------|--|
| Zeitschrift: | Bulletin / Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden = Association Suisse des Enseignant-e-s d'Université |
| Herausgeber: | Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden |
| Band: | 38 (2012) |
| Heft: | 1 |
| Artikel: | Medizingeschichte : Geschichte der Medizin |
| Autor: | Steinke, Hubert |
| DOI: | https://doi.org/10.5169/seals-893777 |

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Medizingeschichte – Geschichte in der Medizin

Hubert Steinke *

Im Unterschied zu anderen «Kleinen Fächern» wie Ägyptologie oder Theaterwissenschaft wird die Medizingeschichte nicht automatisch und ausschliesslich als ein eigenständiges Fach wahrgenommen.¹ Als Teilgebiet der Geschichte ist sie wie die ihr nahestehende Wissenschafts- und Technikgeschichte oder die etwas weiter entfernte Wirtschaftsgeschichte grundsätzlich ein Teilgebiet der Allgemeinen Geschichte. Aspekte der Medizingeschichte werden daher auch an zahlreichen historischen Instituten in unterschiedlicher Intensität untersucht und gelehrt. Deren Vertreter verstehen sich aber nicht explizit als Medizinhistoriker, sondern als Historiker, die sich medizinischen – und auch anderen – Themen der Geschichte widmen. Wenn im deutschen Sprachraum allerdings von der Medizingeschichte als «Fach» im engeren Sinne gesprochen wird, so sind in der Regel die an Medizinischen Fakultäten beheimateten Institute für Medizingeschichte und deren Forschungs- und Lehrprogramme gemeint. Auf diese wird im Folgenden fokussiert.

Das an den Medizinischen Fakultäten institutionalisierte und damit eng mit den Interessen und Ansprüchen der Medizin verknüpfte Fach Medizingeschichte weist einige Besonderheiten auf, die sich wesentlich aus seiner spezifischen Geschichte ergeben. Diese soll daher zuerst in groben Zügen dargestellt werden.² Es lassen sich – trotz aller bekannten Probleme der Pe-

riodisierungen – vier Epochen der Medizingeschichtsschreibung unterscheiden, die hier am Beispiel der Hippokrates-Rezeption geschildert werden.

Einheit der «ars medica»

Die erste Phase ist gekennzeichnet durch das Ideal einer Einheit der «ars medica» und umspannt die Zeit von der Antike bis etwa in die Mitte des 18. Jahrhunderts. Eine beispielhafte Figur dieser Tradition ist Herman Boerhaave (1668-1738), Professor in Leiden und der führende medizinische Lehrer seiner Zeit. In seiner Antrittsvorlesung *De commendando studio hippocratico* (1701) stellte Boerhaave Hippokrates als unübertroffenen Gründervater und Verfechter einer einfachen, klaren, auf Beobachtung fußenden Medizin dar, die später durch theoretische und spekulative Systeme verfälscht wurde.³ Er forderte eine Reinigung dieser korrumpten Medizin, nicht alleine durch das Zurückgehen auf Hippokrates, sondern durch ein «hippokratisches Studium». Dieses beginnt bei Hippokrates, fährt chronologisch mit dem Studium der späteren Autoren weiter und lässt dabei in die Irre führende metaphysische Systeme weg, integriert aber Autoren, die auf den hippokratischen Prinzipien der Einfachheit, Klarheit und zuverlässigen Beobachtung beruhen. Boerhaave verlangte also eine historisch geleitete Rekonstruktion der Medizin durch den spezifischen hippokratischen Blick. Die Geschichte wird so der Schlüssel zum Herausdestillieren von Gemeinsamkeiten und letztlich zur Herstellung von Einheit. In seinem Bemühen um eine Wiederherstellung einer hippokratischen Medizin ging Boerhaave soweit, dem antiken Arzt die Erkenntnis von mathematischen und Naturgesetzen zuzuschreiben und ihn damit auch zu einem Vorreiter der Newtonschen Mechanik – ein wesentliches Gerüst der Boerhaavischen Medizin – zu machen.⁴ Eine eigentliche Geschichtsschreibung war unter dieser Perspektive nicht möglich: die alte Medizin war Teil der neuen, die Geschichte ging im Projekt der Einheit der Medizin auf.

Aufgeklärte Medizingeschichte

Diese Vereinnahmung der Geschichte kam im Jahrhundert der Aufklärung und der beginnenden kritischen Geschichtsschreibung unter Beschuss. Wir

* Institut für Medizingeschichte, Bühlstrasse 26, 3012 Bern.

E-mail: hubert.steinke@img.unibe.ch

Hubert Steinke, Dr. med. Dr. phil., geb. 1966, ist seit August 2011 Ordinarius für Medizingeschichte und Direktor des Instituts für Medizingeschichte der Universität Bern. Studium der Medizin, Kunstgeschichte, Geschichte und Philosophie in Bern, PhD in Geschichte an der University of Oxford. Langjährige Mitarbeit im Berner Haller-Projekt (SNF), Assistent in Mainz, Zürich. 2008 Oberassistent, 2009 Habilitation. Seit 2008 Lehrbeauftragter für Medizingeschichte an der Universität Basel. Mitherausgeber von *Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, Sekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften.

³ Herman Boerhaave: *Oratio de commendando studio Hippocratico* (Leiden 1701).

⁴ Herman Boerhaave: *Praelectiones academicae in proprias institutiones rei medicae, editit et notas addidit Albertus Haller*, 7 Bde. (Göttingen 1739-44), Bd. 1, S. 20.

treten hier in eine Periode ein, der es – wie Hans-Uwe Lammel herausgearbeitet hat – an einer zielgerichteten Entwicklung fehlte, d.h. es gab keine einheitliche Strömung, die die Medizingeschichte charakterisiert hätte, sondern vielmehr Ausdifferenzierungen in unterschiedliche Richtungen und auf unterschiedlichen Ebenen mit Kontinuitäten sowie Abbrüchen.⁵ Entscheidend ist aber, dass die Medizin – oder zumindest einige ihrer Vertreter – nach neuen Methoden und Wegen für die Zukunft suchte, damit Distanz zur eigenen Geschichte und die Möglichkeit einer kritischen Geschichtsschreibung schaffte. Albrecht von Haller (1708-1777) etwa, ein Schüler Boerhaaves und selbst eine prägende Gestalt der Medizin seiner Zeit, kritisierte die Einschätzung seines Lehrers und hielt fest, dass Hippokrates wohl unübertrffen in seiner Beschreibung einzelner Krankheitssymptome sei. Angesichts des damaligen Mangels an theoretischem Wissen sei er aber nicht in der Lage gewesen, rationale Grundlagen für die Therapie zu liefern und er könne daher auch nicht als Vorreiter einer modernen, rationalen Medizin gelten.⁶ Damit machte Haller den entscheidenden Schritt: er löste die Einheit der Medizin auf, setzte Hippokrates in den Kontext seiner Zeit und historisierte ihn.

Doch zeigt sich gerade bei Haller eine gewisse Ratlosigkeit und Widersprüchlichkeit der Medizin, was sie mit dieser so gewonnenen Geschichte tun soll. Als aufgeklärter, fortschrittsorientierter Forscher bemühte sich der Berner Gelehrte darum, auch das alte Wissen für die Zukunft fruchtbare zu machen. Er zeigte zwar ein aussergewöhnliches Verständnis für die zeitliche Gebundenheit des Wissens, mass aber den Wert einer älteren Publikation letztlich an den aktuellen Ansprüchen. So prüfte er in seinen kritischen Bibliographien Tausende und Abertausende von Einzelheiten, die in allen Jahrhunderten beschrieben wurden, und konstruierte so den aktuellen Stand des Wissens gemäss aktuellen Kriterien. Er suchte nicht die Einheit, er suchte einzelne Fakten, er zerstükelte die gesamte Medizin und er zerstükelte damit auch Hippokrates. Hippokrates' Welt war nicht Hallers Welt und Haller versuchte gar nicht, diese in Kongruenz zu bringen, vielmehr definiert er seine eigene Welt und untersuchte, was Hippokrates dazu beitragen kann, ganz nach dem Motto «Prüfet alles und das Gute behaltet» (1Thess 5,21). Man bezeichnet dies auch als den pragmatischen Ansatz der

Geschichtsschreibung. Wie Richard Toellner richtig festgestellt hat, bedeutet der Pragmatismus in dieser Hallerschen Form, das alte Wissen auf seine aktuelle Gültigkeit zu reduzieren, den Tod der – eben erst entstehenden – Medizingeschichte.⁷

Darin spiegelt sich, wie ich meine, auch die Unsicherheit der damaligen Medizin. Das alte, tradierte Wissen inklusive der zentralen Lehre vom Gleichgewicht der Körpersäfte (Humoralpathologie) wurde zunehmend obsolet, es wurde ein neues, auf modernen Grundlagen erarbeitetes Wissen verlangt, die Forderungen wurden aber nur in sehr beschränktem Mass umgesetzt, noch hatte man keine neue stabile Wissensgrundlage. Und so schwankte man zwischen einem rein empirischen Sammeln von Wissen im Sinne einer Erfahrungswissenschaft und der Etablierung einer neuen Form von Naturwissenschaft. Mit diesem Versuch einer Neuorientierung war die bisher unhinterfragte historische Einheit der Medizin zerstört.

Ein Fach unter Druck

Über diesen pragmatischen Ansatz hinaus sahen Hallers Nachfolger im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert in der Medizingeschichte vornehmlich einen im Allgemeinen und Grundsätzlichen liegenden Gewinn: sie biete Orientierungshilfe in der komplexen und sich verändernden medizinischen Landschaft, fördere die Aufgeschlossenheit gegenüber allem Fremden, Bescheidenheit und Selbstkritik und bewahre vor der Wiederholung alter Irrtümer.

Mit dieser Mischung von Argumenten konnte sich die Medizingeschichte im medizinischen Curriculum bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts noch halten: als Ort der Reflexion, aber mindestens so bedeutend auch als Ort, wo die Summe des ärztlichen Wissens und der ärztlichen Erfahrung aus Jahrtausenden vermittelt wird, sowohl im pragmatischen Sinne Hallers, aber sicher auch noch mit der alten Idee einer Einheit der Medizin.

Ab der Mitte des Jahrhunderts aber trat das Fach in eine neue (dritte) Phase ein. Es kam vermehrt unter Druck. Die Medizin etablierte und verstand sich zunehmend als Naturwissenschaft, der Bruch mit der alten Medizin wurde definitiv vollzogen. Mit der Entdeckung der Zelle, der chemischen Analyse des Blutes, der keimfreien Operation, sowie unzähligen anderen, zunehmend messenden Verfahren in der Diagnose waren die Mediziner davon überzeugt, die grundlegenden Mittel für den raschen und kontinuierlichen Fortschritt in der Hand zu haben. Ein ungeahntes Ver-

⁵ Hans-Uwe Lammel: *Klio und Hippokrates: eine Liaison littéraire des 18. Jahrhunderts und die Folgen für die Wissenschaftskultur bis 1850 in Deutschland* (Stuttgart 2005).

⁶ Boerhaave, *Praelectiones*, ed. Haller (wie Anm. 3), Bd. 1, S. 20 (Kommentar Hallers); Albrecht von Haller: *Hippocratismus*, in: *Supplément à l'Encyclopédie, ou Dictionnaire raisonné des des sciences et des arts et des metiers*, Bd. 3 (Amsterdam 1777), S. 427-428.

⁷ Richard Toellner: *Die Geschäfte der Geschichte. Von Nutz und Frommen der Medizinhistorie im 18. Jahrhundert*, in: Rütten 2009 (wie Anm. 2), S. 329-355.

trauen in die Naturwissenschaft entstand, das um die Jahrhundertwende seinen Höhepunkt erreichte. Der Kliniker Bernhard Naunyn stellte 1905 fest: «Für mich ist es kein Zweifel, dass das Wort: *Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein* auch für die Therapie gelten muss und gilt. Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein. Mir ist es sonnenklar, dass da wo die Wissenschaft aufhört, nicht die Kunst anfängt, sondern die rohe Empirie und das Handwerk».⁸

Aus dieser Perspektive war die ärztliche Kunst und Erfahrung nur eine Krücke, auf die die Medizin in ihrer zunehmenden Verwissenschaftlichung bald nicht mehr angewiesen sein würde. In diesem Umfeld verlor die Medizingeschichte ihren bisherigen Platz als integraler Bestandteil der Medizin.⁹ Denn wo das Ziel so klar, eindeutig und kompromisslos vorgegeben war, brauchte es keine Instanz mehr, die Orientierungshilfe und Selbstkritik anbot.

Die Instrumentalisierung der Geschichte

Unter diesem Rechtfertigungsdruck schlug die Medizingeschichte eine fatale Richtung ein mit Konsequenzen, die wir heute noch spüren. Sie passte sich der Medizin an und gab ihre Funktion als kritische Instanz auf.¹⁰ So schrieb etwa Max Neuburger in der Einleitung zum Handbuch der Geschichte der Medizin von 1903, dem damaligen Referenzwerk: «Die Medizin der neueren Zeit charakterisiert sich gegenüber der dogmatisch-kompilatorischen Heilkunde des Mittelalters durch das Streben nach Vervollkommnung der hippokratischen Kunst auf dem Wege denkender Beobachtung und durch die, im Stufengang der Entwicklung immer deutlicher hervortretende Tendenz, an Stelle der Kunst allmählich eine festgefügte Wissenschaft zu schaffen, welche die Kluft zwischen Theorie und Praxis nicht mit spekulativen Hypothesen und empirischen Regeln, sondern mit Naturgesetzen überbrückt».¹¹

Der Historiker übernahm hier die Argumentation des Klinikers, der wissenschaftlicher Theoriebildung verpflichtet war. Auch für ihn gab es einen vorgezeichneten Weg, als ob der Antike bereits das Ziel der naturwissenschaftlichen Medizin des 20. Jahrhunderts vor Augen gestanden hätte. Und auch in seiner Teleologie ist die Kluft zwischen Theorie und Praxis

nur eine vorübergehende, die es mit Naturwissenschaft zu schliessen gilt. Man ist nicht erstaunt, dass diese Medizin – wie bei Boerhaave – auf Hippokrates zurückgeführt wurde und dass dabei der Begriff der «denkenden Beobachtung» verwendet wird, der die Elemente der Empirie und Rationalität verbindet. Unter dieser neuen Perspektive wurde nun in positivistischer Weise alles gesammelt, was die Medizin auf ihrem vorgezeichneten Weg voranbringt, der Rest wurde in Form von Hindernissen beschrieben, die rückständige und dogmatische Ärzte oder ungebildete Kurpfuscher der hippokratisch gesinnten Medizin in den Weg legten, wobei immer klar war, dass sich diese letztendlich glorreich durchsetzt. Die Ansätze einer Historisierung und Kontextualisierung, die die aufgeklärte Historiographie eingebracht hatte, gingen in dieser eindimensionalen Erfolgsgeschichte unter.

Damit verschaffte die Medizingeschichte der Medizin die Legitimation, den historischen Beweis für die Richtigkeit ihres rein naturwissenschaftlichen Ansatzes. Als Dank dafür erlebte sie einen Institutionalisierungsschub mit der Einrichtung von Lehrstühlen und Instituten nach der Jahrhundertwende. Gemeinsam feierten die Mediziner und die Medizinhistoriker (die ja fast ausschliesslich auch Mediziner waren), die wichtigen Wegmarken, die grossen Figuren dieser Erfolgsgeschichte.

Professionalisierung

Doch konnte diese in der Medizin verfolgte, positivistische Geschichtsschreibung von der damaligen Geschichtswissenschaft nicht mehr ernst genommen werden, einzelne der medizinhistorischen Autoren wurden sogar als abschreckende Beispiele für unwissenschaftliche Geschichtsklitterei zitiert. Innerhalb der Medizin konnte sich diese Form der Geschichte zwar noch bewahren, doch isolierte sie sich dadurch von der professionellen historischen Forschung. Dieser Zustand hielt längere Zeit an. Henry E. Sigerist (1891–1957), der wohl bedeutendste Medizinhistoriker des 20. Jahrhunderts, lieferte 1934 eine Übersicht über den Stand der Hippokratesforschung und unterschied drei Gruppen von Autoren: «The first and by far the largest group consists of papers written without any knowledge of the sources, without any critical sense, mere compilations from current textbooks perpetuating errors from generation to generation. We need not mention them here. The sooner they are forgotten, the better».¹² Dies sind die Schriften der klassischen Fortschrittsgeschichte. Davon unterschied

⁸ Bernard Naunyn: Gesammelte Abhandlungen, 2 Bde. (Würzburg 1909), Bd. 2, S. 1348.

⁹ Werner Kümmel: "Dem Arzt nötig und nützlich"? Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte im 19. Jahrhundert, in: Frewer/Roelcke 2001 (wie Anm. 2), S. 75–89.

¹⁰ Richard Toellner: Der Funktionswandel der Wissenschaftshistoriographie am Beispiel der Medizingeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, in: Bröer 1999 (wie Anm. 2), S. 175–187.

¹¹ Max Neuburger, Julius Pagel (Hg.): Handbuch der Geschichte der Medizin, 3 Bde. (Jena 1902–1905), Bd. 2, S.

¹² Henry E. Sigerist: On Hippocrates [1934], in: Henry E. Sigerist on the history of medicine, ed. by Felix Marti-Ibanez (New York 1960), S. 97–119, hier S. 115.

Sigerist eine zweite Gruppe, die sich mit dem Hippokratismus, der hippokratischen Medizin beschäftigt, die in Hippokrates den Übervater verehrt, welcher der Medizin den Weg in die Zukunft gewiesen hat und die sich nach einer Einheit der Medizin im von Boerhaave propagierten Sinne sehnt. Diese Schriften betrachtete Sigerist als Wunsch-Projektionen ohne jeglichen historischen Wert.

Aber neben diesen beiden Gruppen einer fragwürdigen Geschichtsschreibung beschrieb Sigerist eine dritte Gruppe von Studien, die sich mit kritischem, sowohl ärztlichem wie historisch-philologischem Sachverstand der Hippokrates-Forschung widmen. Und in Zusammenfassung des damaligen Forschungsstands kam er zu der Erkenntnis – die auch heute noch gilt –, dass wir von Hippokrates kaum mehr wissen, als dass er gelebt hat, dass der Grossteil der Texte des Corpus Hippocraticum, die ihm jahrhundertelang zugeschrieben wurden, sicher nicht von ihm stammt und dass jeder Versuch, ihm auch nur einen einzelnen Satz zuzuschreiben oder ein Profil des Arztes Hippokrates zu entwerfen, ein reines Ratespiel ist.

Die «neuere» Medizingeschichte

Henry Sigerist und eine Reihe weiterer Zeitgenossen und Nachfolger haben eine Professionalisierung der Medizingeschichte in die Wege geleitet und insbesondere einen sozialgeschichtlichen Ansatz gefördert, der zuerst in den USA und England und später auch im deutschsprachigen Raum aufgenommen wurde. Damit wurde die vierte Phase, diejenige der sogenannten «neueren» Medizingeschichte eingeläutet. Diese hat sich sämtlichen Fragestellungen und Ansätzen der übrigen Geschichtswissenschaft gegenüber geöffnet, die *linguistic, visual, cultural, practical* und übrigen *turns* in der Forschung mitgemacht und zunehmend auch mitgestaltet.¹³ Mit diesem methodologisch gereiften Rüstzeug versucht sie, historische Verhältnisse im Rahmen ihres jeweiligen Kontextes zu verstehen und zu erklären und fragt z.B. danach, wie die jeweilige Generation ihren eigenen Hippokrates erfunden bzw. konstruiert hat.¹⁴ Sie interessiert sich nicht nur für grosse Ärzte und medizinische Entdeckungen, sondern ebenso sehr für Patienten, Spitäler, Gesund-

heitswesen, Körperideale, geschlechtsspezifische und allgemeine soziale Bedingungen, medizinische Wissenskulturen, demographische Prozesse, politische Veränderungen, Ethnomedizin, Medizinethik, Komplementärmedizin und vieles mehr.¹⁵ Sie interessiert sich nicht nur für grosse Ärzte und medizinische Entdeckungen, sondern ebenso sehr für Patienten, Körperideale, geschlechtsspezifische und allgemeine soziale Bedingungen, medizinische Wissenskulturen, demographische Prozesse, politische Veränderungen, Ethnomedizin, Medizinethik, Komplementärmedizin und vieles mehr.

Dem stark ausgeweiteten Themengebiet entspricht der breite disziplinäre Hintergrund von Forscherinnen und Forscher, die sich mit medizinhistorischen Fragen befassen: Historiker und Mediziner unterschiedlicher Ausrichtung, Soziologen, Anthropologen, Wissenschaftstheoretiker, Ethiker etc. Die aktuellen Ordinarien an medizinhistorischen Instituten im deutschsprachigen Raum verfügen alle entweder über eine medizinische oder eine historische Ausbildung, oft auch über eine doppelte Qualifikation.

Institutionen und Lehrgänge

Die institutionalisierte Medizingeschichte existiert heute vor allem im deutschsprachigen und angelsächsischen Raum. In Deutschland wurde das erste Institut 1906 in Leipzig gegründet, der weitere Ausbau fand insbesondere nach dem 2. Weltkrieg statt; heute gibt es 30, überwiegend an medizinischen Fakultäten angesiedelte Institute.¹⁶ In der Schweiz setzte die Institutionalisierung erst nach dem 2. Weltkrieg ein: gegründet wurden Institute in Zürich (1951), Bern (1963), Lausanne (1989) und Genf (1991), in Basel konnte sich das Fach nie richtig institutionell verankern. Im Fall von Zürich und Bern bildeten eine grössere Objektsammlung (das heutige Medizinhistorische Museum in Zürich) bzw. eine medizinhistorische Bibliothek den Nukleus, aus dem sich mit der Zeit ein Institut mit einem Ordinariat entwickelte.

¹³ Zu den Forschungsgebieten und Methoden der aktuellen Medizingeschichte vgl. Norbert Paul, Paul Schlich (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven (Frankfurt/New York 1998); Huisman/Warner 2004 (wie Anm. 2); John Burnham: What is medical history? (Cambridge 2005); Jörg Vögele, Heiner Fangerau,

Thorsten Noack (Hg.): Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven (Münster 2006); Stefan Schulz et al.: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung (Frankfurt am Main, 2006); Wolfgang Uwe Eckart, Robert Jütte: Medizingeschichte. Eine Einführung (Stuttgart 2007).

¹⁴ Vgl. z.B. David Cantor (ed): Reinventing Hippocrates (Aldershot 2002; The history of medicine in context).

¹⁵ In neueren Übersichtsdarstellungen der Geschichte der Medizin wird diese ganze Vielfalt sichtbar; vgl. die beiden sehr kurzen, aber prägnanten Darstellungen: William F. Bynum: History of medicine. A very short introduction (Oxford 2008); Karl-Heinz Leven: Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart (München 2008). Etwas ausführlicher und systematischer: Wolfgang U. Eckart: Geschichte der Medizin, 6. Aufl. (Heidelberg 2009). Erzählerisch, umfangreicher: Roy Porter: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute (Heidelberg 2000). Didaktisch, insbesondere an Mediziner und Medizinstudenten gerichtet: Jacalyn Duffin: History of medicine. A scandalously short introduction (Toronto 1999). Enzyklopädisch, schon etwas älter, aber immer noch wegleitend und gut lesbar: W.F. Bynum und Roy Porter (ed): Companion encyclopedia of the history of medicine, 2 vols. (London/New York 1993).

¹⁶ Eckart/Jütte 2007 (wie Anm. 13), S. 105-106.

In den USA ist die Medizingeschichte an einigen Universitäten wie Johns Hopkins oder Yale mit eigenen Instituten vertreten, an den meisten Orten sind es jedoch interdisziplinär verknüpfte Projekte und Programme mit angeschlossenen Lehrgängen, in deren Rahmen medizinhistorisch geforscht und gelehrt wird. In England ist die Situation gerade im Umbruch, seit der Wellcome Trust 2011 seine Finanzierung der bisher grössten medizinhistorischen Forschungseinrichtung, des «Centre for the History of Medicine» am University College of London, beendet hat. Sowohl in den USA wie in England werden zahlreiche Studiengänge für Medizingeschichte auf Master- und Doktoratsstufe (MA, PhD) angeboten. Entsprechende Angebote fehlen im deutschsprachigen Raum sowie den meisten übrigen Ländern. Dissertationen mit medizinhistorischen Themen werden zwar oft von Medizinhistorikern betreut oder mitbetreut, dies geschieht aber von Fall zu Fall und nicht im Rahmen spezifischer Lehrgänge. Regelmässig geleitet werden die weniger anspruchsvollen medizinischen Masterarbeiten und Dissertationen (Dr. med.).

Medizingeschichte an der medizinischen Fakultät

Das Fach Medizingeschichte ist methodisch bei den Geistes- und Sozialwissenschaften beheimatet, institutionell – und damit auch finanziell – aber wird es getragen von der medizinischen Fakultät, der gegenüber es auch seinen spezifischen Lehrauftrag zu erfüllen hat. Diese fakultäre Verankerung hat zu der oben geschilderten Vereinnahmung geführt, von der sich die neuere Medizingeschichte zwar befreite, doch hat sich das Verständnis für die Notwendigkeit eines historisch-kritischen Zugangs noch nicht überall verbreitet. Viele Ärzte, medizinische Forscher und Studierende sind in ihrer Wahrnehmung der Medizingeschichte noch älteren und oft überholten Ansätzen und Fragestellungen verpflichtet. Ein Kollege aus der Klinik, der bis vor kurzem noch in Bern tätig war, liess mich wissen, dass er in der medizinischen Abschlussprüfung, wenn der Erfolg oder Misserfolg eines Prüflings in der Schwebe war, jeweils die Frage stellte, ob er oder sie Albrecht von Haller kenne. Die Antwort entschied dann darüber, ob das Examen bestanden wurde oder nicht. Dies ist die Optik, die Haller als einen Referenzpunkt in der Fortschrittsgeschichte wahrnimmt, auf den die Berner Medizin stolz sein kann. Diese Optik ist nicht grundsätzlich falsch; die Medizin hat ohne Zweifel riesige Fortschritte gemacht und Haller hat Wichtiges dazu beigetragen. Doch sie ist einseitig und nur in beschränktem Masse erkenntnisfördernd.

Doch wieso ist diese Sicht auch heute noch so verbreitet, bei Ärzten wie bei den Studierenden? Wie Jacalyn Duffin betont, ist das Grundproblem des Arztes

und des Historikers eigentlich das gleiche.¹⁷ Beide müssen den einzelnen Fall – sei es den individuellen Patienten oder die einzelne Quelle – mit allgemeinem Wissen, also den pathophysiologischen Grundkenntnissen oder dem historischen Kontext in Beziehung setzen. Und beide wissen, dass man weder vom Allgemeinen auf das Einzelne noch vom Einzelnen auf das Allgemeine mit mathematischer Präzision und Zuverlässigkeit schliessen kann; es gibt immer einen Raum der Unsicherheit, des Zufälligen. Ich vermute, dass wir hier der Sache einen Schritt näher kommen. Denn der Historiker ist in der angenehmen Situation, dass er diesen Raum der Unsicherheit stehen lassen kann, er kann ihn beschreiben, problematisieren oder gar heuristisch nutzen. Der Arzt hingegen muss entscheiden, womit er es im Einzelfall zu tun hat; auch in der heutigen Zeit des *informed consent*, in der er dem Patienten auch Unklarheiten offenlegen kann, muss er handeln und einen Therapievorschlag machen. Unter dieser allgemeinen ärztlichen Perspektive hat er weit stärker als der Historiker ein Bedürfnis nach klaren Antworten und einfachen Erklärungen. Und diese einfachen Erklärungen liefert die Erfolgsgeschichte mit ihrem Fokus auf die naturwissenschaftliche Seite der Medizin.

Aufgaben des Dozenten

Dabei sind sich ja der Arzt und die Ärztin eigentlich im Klaren darüber, dass die Medizin keine reine Naturwissenschaft ist und dass die reduktionistische Sicht von Bernhard Naunyn in die Irre führt. Nebst der naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung ist die Medizin auch auf die statistisch-empirische klinische Forschung und die ärztliche Erfahrung bzw. ärztliche Kunst angewiesen. Die Qualität und das Wesen der Medizin zeigen sich erst in der individuellen Behandlung jedes einzelnen Patienten. Die Medizin ist umfasst mehr als nur die Naturwissenschaft, sie ist eine Handlungswissenschaft.¹⁸

Erst wenn wir die Medizin als Ganzes wahrnehmen, erhält auch die Medizingeschichte ihren sinnvollen Platz. Dabei darf sie als Unterrichtsfach an der medizinischen Fakultät die aktuelle Medizin nicht ausklammern, sie muss vielmehr von ihr ausgehen und nach ihren historischen Bedingungen fragen, denn wir bilden Mediziner aus und nicht Historiker. Richard Toellner will in diesem Zusammenhang daher nicht von Medizingeschichte sprechen, sondern er verwendet den Begriff der «historischen Medizin», welche Teil der aktuellen Medizin ist. Alfons Labisch spricht in ähnlicher Weise

¹⁷ Jacalyn Duffin: A Hippocratic triangle: history, clinician-historians, and future doctors. Social history of medicine in Germany and France in the late twentieth century. From the history of medicine towards a history of health, in: Huisman/Warner 2004 (wie Anm. 2), S. 432-449.

¹⁸ Vgl. Alfons Labisch: Geschichte der Medizin – Geschichte in der Medizin, in: Vögele/Fangerau/Noack 2006 (wie Anm. 12), S. 13-26.

von der «Geschichte in der Medizin».¹⁹ Man könnte hierfür auch den alten Begriff der pragmatischen Medizingeschichte aufnehmen, da es ihr letztendlich nicht um die Geschichte selbst, sondern um deren Erkenntnis-Nutzen für die heutige Medizin geht.

Diese Ausrichtung auf die aktuelle Verfasstheit der Medizin ist für den historisch geschulten Dozenten eine Herausforderung. Als Forscher soll er seine Fragestellungen im Einklang mit der internationalen Geschichtsforschung entwickeln und darf sich nicht zu sehr von der Suche nach Themen mit besonderem Aktualitätsbezug bestimmen lassen, aber als Dozent an der medizinischen Fakultät muss er von Fragen ausgehen, die für die heutige Medizin von besonderer Relevanz sind. Sein Hauptziel kann es nicht sein, lediglich historisches Wissen zu vermitteln, sondern den historischen Zugang als heuristisches Mittel zum besseren Verständnis der heutigen Medizin zu benutzen. Dies bedeutet die Erklärung und kritische Reflexion grundlegender Strukturen, Bedingungen, Selbstverständnisse und Problemlagen in der medizinischen Wissenschaft und Praxis aus historischer Perspektive. Der Unterricht dreht sich um die beiden miteinander verknüpften Kernthemen medizinische Wissenschaft und das Verhältnis zwischen Arzt, Patient und Gesellschaft. Dabei werden Fragen gestellt wie: was ist das für ein Wissen, das die Mediziner haben, wie entsteht es, auf welchen Grundvorstellungen beruht es, wie wird es angewendet? Was ist eine Krankheit, wie verändern sich Konzepte von Krankheit? Wie wandelt sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient etc.

Das Gegenüber in Vorlesung und Seminar sind Studierende mit meist geringen historischen Kenntnissen, oft auch nur beschränktem Verständnis für historisches Denken. Hier ist es wichtig, die Denkweise von Medizinstudenten zu verstehen, darauf einzugehen und den spezifisch historisch-kritischen Ansatz fruchtbar zu machen. Wenn dies gelingt, so kann ein Reflexionsprozess angestoßen werden, der von den Studierenden als bereichernd und den Dozenten als befriedigend empfunden wird.

Von grosser Bedeutung ist ebenfalls die Weiterbildung. Hier bietet sich den medizinhistorischen Instituten mit den lokalen Universitätsspitalern die Möglichkeit, eine grosse Zahl von Ärztinnen und Ärzten und weiteres medizinisches Personal anzusprechen. Dieses Angebot wird zur Zeit nur punktuell genutzt; die Medizinhistoriker müssen sich bemühen, sich verstärkt in die Weiterbildung einbringen zu können. Mediziner und Forscher mit praktischer Erfahrung wissen um die Komplexität und Schwierigkeiten ihres Berufs und sind besonders empfänglich für die vertiefte Reflexion.

Den Austausch mit Klinikern erlebe ich selbst immer als ausserordentlich anregend.

Medical Humanities

Im Schweizer Lernzielkatalog (Swiss Catalogue for Learning Objectives for Undergraduate Medical Training, 2008) wird detailliert festgelegt, welche Inhalte im Medizinstudium zu vermitteln sind und über welche Kenntnisse und Fähigkeiten die Studierenden am Ende ihres Studiums verfügen müssen. Darin wird auch festgehalten, dass die zukünftigen Ärzte und Ärztinnen ein Verständnis für die historischen Bedingungen und Entwicklungen von Medizin und Gesellschaft haben sollten.²⁰ Daraus lässt sich aber nicht ableiten, in welcher Form und in welchem Umfang der Medizingeschichte im vollgedrängten Curriculum Platz eingeräumt werden soll. Daher wird das Fach in der Schweiz auch sehr unterschiedlich und zumeist in relativ bescheidenem Umfang unterrichtet, in geringerem Mass als etwa in Deutschland, wo das Querschnittsfach Geschichte, Theorie und Ethik an allen Universitäten pflichtmäßig geprüft wird. In Zürich, Basel und Bern wird Medizingeschichte zur Zeit noch relativ isoliert von anderen Fächern in einzelnen Vorlesungen, kleineren Vorlesungsreihen, Seminarien und Wahlveranstaltungen angeboten. In Lausanne und Fribourg ist es integriert in das weiter gefasste Programm *Médecine, Individu, Communauté, Société* (MICS).

Medizingeschichte kann durchaus mehr oder weniger selbständig und punktuell unterrichtet werden, doch besteht hier die Gefahr, dass sie die nötige kritische Masse nicht erreicht, um als substanzialer Beitrag zur Medizinerausbildung zu wirken und wahrgenommen zu werden. Besser ist es, wenn sie gemeinsam mit anderen Fächern der sogenannten *Medical Humanities* (Soziologie, Anthropologie, Epidemiologie, Psychologie, Medizinethik etc.) eine Plattform der Reflexion bildet, die sich mit den unterschiedlichen, nicht biomedizinischen Aspekten der Medizin befasst und dazu beiträgt, kritisch denkende, verantwortungsbewusste Mediziner auszubilden.²¹ Wie jedes universitäre Fach bedarf die Medizin dieser kritischen Reflexion und muss sich mit den Grundlagen ihres Denkens und Funktionierens auseinandersetzen. Verzichtet sie darauf, so bildet sie medizinische Handwerker aus, aber nicht akademische Ärztinnen und Ärzte. ■

²⁰ Z.B. »demonstrates awareness of the scientific base and conceptual framework of modern medicine, its perception in society and its historical evolution over time» (G ME 19) oder »shows awareness that in the course of history the perception in society and by the patients of the role of the physician is changing» (G PR 3). Der Katalog ist einsehbar unter <http://sclo.smifk.ch/sclo2008>.

²¹ Zur umstrittenen Definition des Bereichs der »medical humanities« vgl. zuletzt Howard Brody: Defining the Medical Humanities: three conceptions and three narratives, in: Journal of Medical Humanities 32 (2011), S. 1-7.

¹⁹ Toellner 1999 (wie Anm. 10); Labisch 2006 (wie Anm. 18).