

Primat der Administration würden Patienten zu „Nutzern“ degradiert. Einen Widerspruch zwischen Ökonomie und Bemühungen um „Kundenservice“ sowie einem vertrauensvollen Verhältnis zwischen Arzt und Patient sieht Ralf Heimbach von den Sana-Kliniken GmbH dagegen nicht. „Bei uns dreht sich alles um die Patientenzufriedenheit“, erklärt er. Spareffekte würden durch den Einsatz von medizinischen Behandlungsleitlinien, eine Entlastung des Arztes von der Routine und die Nutzung der Telemedizin erreicht.

„Der Patient ist Mitmensch“

„Der Patient ausschließlich als Kunde – diese Befürchtung ist juristisch nicht angelegt“, sagt Prof. Dr. jur. Edzard Schmidt-Jortzig, Bundesjustizminister a. D., Universität Kiel. Zumindest die Juristen und Medizinrechtler sind sich in Cadenabbia einig: Zwischen Arzt und Patient besteht zwar ein Dienstvertrag, der Arzt ist jedoch weder ein Dienstleister, noch der Patient ein Kunde. Die soziale Funktion des Arztberufes habe bereits der Europäische Gerichtshof klargelegt, betont Richter Prof. Dr. jur. Winfried Kluth, Universität Halle. Dennoch sei es heute beinahe selbstverständlich, dass es sich bei der Arzt-Patienten-Beziehung um ein Rechtsverhältnis handle, das auch eine Strafanzeige einschließt. Die Dokumentation der Behandlung diene nicht mehr nur als Gedächtnisstütze, sondern unter Umständen als Beweis für Aufklärung und korrekte Therapieanweisungen.

„Der Patient ist kein Vertragspartner, sondern ein Mitmensch. Grundlage des Verhältnisses ist die Gottebenbildlichkeit des Menschen“, betont Prof. Dr. Josef Schuster von der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen, Frankfurt/Main. Einige „medizinische“ Leistungen im Bereich Wellness verwischten jedoch die Grenze zwischen therapeutisch und nichttherapeutisch und veränderten das Verhältnis von Arzt und Patient, räumt Schuster ein. Wo diese Grenze verläuft, wollen die Experten im nächsten Jahr diskutieren. Hauptthema soll dann Allokation, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, sein. **Dr. med. Eva A. Richter-Kuhlmann**

Medizingeschichte

Paracelsus ist tot

Ein Plädoyer für die jüngste Medizingeschichte

Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493/94–1541), war ein großer Arzt und Gelehrter. Zweifelsohne trifft für die Beschäftigung mit ihm, seinen Schriften, seinem Wirken und seiner Zeit das Zitat des zeitgenössischen Philosophen Hans-Georg Gadamer (1900–2002) zu: „Zukunft ist Herkunft“. Gleiches gilt für die Medizin. Neben allen notwendigen Leitlinien einer naturwissenschaftlichen Fundierung ist und bleibt sie immer auch eine Erfahrungsheilkunde, die den Blick zurück in ihre eigene Geschichte wessensnotwendig braucht, um an und aus ihr zu lernen. „Wer sich nicht an die Vergangenheit erinnert, ist dazu verdammt, sie zu wiederholen“, sagte der amerikanische Geschichtsphilosoph George Santanaya (1863–1952).

Wissen aus erster Hand

Es darf – neben der grundsätzlichen Beibehaltung universitärer Medizingeschichte unter dem zunehmenden Primat der Ökonomie (1) – in der medizinhistorischen Forschung keine „Gesichtsfeld-einengung“ dergestalt geben, dass man bestimmte historische Personen, Phasen

oder Epochen unter dem Mäntelchen des vermeintlich Unwichtigen ab- oder gar ausblendet. Ein Aspekt wurde in der Medizingeschichte aber bisher nicht recht beachtet: Viele Gründerväter und Protagonisten aktueller medizinischer Disziplinen *leben* noch und sind teilweise noch sehr aktiv. Beschäftigt man sich mit der jüngsten Medizingeschichte und interviewt Protagonisten eines Fachgebiets persönlich („Oral History“), so hat man die oft einmalige Chance, „Wissen aus erster Hand“ zu erhalten.

Durchkämmt man die aktuellen Forschungsberichte der medizinhistorischen Institute in Deutschland im Hinblick auf die bearbeiteten Jahreszahlen, so zeigt sich neben bestimmten Schwerpunkten eine beachtliche quantitative Ausdünnung für die Zeit nach 1945 (2). Zwischen 2000 und 2003 befassten sich an 31 medizinhistorischen Universitätsinstituten nur wenige Arbeiten mit der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, einer Zeit des Neuanfangs, die für einen Großteil des heute allgemein-verbindlichen medizinischen Wissens so entscheidend war und ist: 1953 entdeckten James Watson und Francis Crick die Doppelhelixstruktur der DNS (Nobelpreis für Medizin oder Physiologie 1962), 1955 klärte



Vieles hätten sie zum Beispiel erzählen können über die jüngste Medizingeschichte in ihren Strömungen, Schulen und Netzwerken: E. Derra, H. Hoepke, H. Schauwecker, H. W. Knipping, H. E. Bock (von links) – Träger der Paracelsus-Medaille 1976.

Frederick Sanger die Molekülstruktur des Insulins auf (Nobelpreis für Chemie 1958), 1963 erhielten Sir Alan Hodgkin und Sir Andrew Huxley den Nobelpreis für Medizin oder Physiologie für ihre bahnbrechenden Arbeiten über die Ionentheorie der Erregung und Sir John Eccles für seine Erforschung der Erregungsübertragung an Nervenzellen. Gerade in dieser so bedeutsamen Zeitspanne, in der Medizingeschichte noch von lebenden Protagonisten oder zumindest ihren unmittelbaren Schülern an die Nachwelt weitergegeben werden kann, hegt man anscheinend wenig Interesse an ihrer Aufbereitung.

„Oral History“, lebendig erzählte Geschichte, erlangte insbesondere durch die Aufarbeitung der Geschehnisse des Zweiten Weltkriegs Bedeutung, findet jedoch in der Medizingeschichte noch recht wenig Aufmerksamkeit. Dies ist bedauerlich, da bestimmte Hintergrundinformationen, die niemals in Publikationen gelangen – die manchmal sogar nur preisgegeben werden, wenn im Interview Kamera und Tonband ausgeschaltet werden –, nur von denen erzählt werden können, die wirklich „dabei waren“. Hier setzt nun die Kritik der „harten Forschung“ an, die solcherlei „Technik“ eines Interviews als zu subjektiv für eine Wissenschaft betrachtet und ihr so die Anerkennung als solche absprechen möchte (3). Doch, um einen ebenfalls bereits toten, aber angesehenen Gelehrten, Aristoteles, zu zitieren: „Was die Darlegung betrifft, so muss man zufrieden sein, wenn sie denjenigen Grad von Bestimmtheit erreicht, den der gegebene Stoff zulässt.“ (4) Das Erzählte wird zur Quelle, die aber, wie die Anhänger des „Neuronal Turn“ zu Recht mahnen, kritisch zu prüfen ist (5). In der Tat: Das methodische Handwerkszeug muss stimmen. Stimmt es, so ergibt sich durch „Oral History“ eine neue Dimension des Wissenserwerbs.

Strömungen, Schulen und Netzwerke

Derjenige, der als Erster eine Arbeit publiziert, gilt auch als der Entdecker ihres Inhalts, ein Blick, der sich mit zunehmender zeitlicher Distanz zur Publikation noch verstärkt. Hinzu kommt, dass der

Geschichtsschreiber mit seiner (immer auch) subjektiven Sicht der Dinge schon a priori nur das niederschreibt, was er für wichtig erachtet. Der englische Historiker E. H. Carr (1892–1982) bemerkt dazu: „It used to be said, that the facts speak for themselves. This is, of course, untrue. The facts speak only, when the Historian calls on them: it is he who decides to which facts to give to the floor, and in what order or context.“ Auch Johann Wolfgang Goethe schreibt im Vorwort zu seiner „Farbenlehre“: „Geschichte schreiben ist immer eine bedenkliche Sache. Denn bei dem redlichsten Vorsatz kommt man in Gefahr, unredlich zu sein; ja, wer eine solche Darstellung unternimmt, erklärt zum voraus, dass er manches in Licht, manches in Schatten rücken wird.“

Gerade in Medizin und Naturwissenschaften kommen neue Erkenntnisse schon lange durch die gemeinsame, sich wechselseitig inspirierende und beeinflussende Arbeit vieler verschiedener Gruppen zustande. Der Name des oder der Erstpublizierenden eines Sachverhalts bleibt jedoch meist als einziger haften, sodass der Spruch „der eine klopft auf den Busch, und der andere fängt den Vogel“ aus medizinhistorischer Sicht sehr bedeutsam werden kann. Mittels einer „Oral History“, die die jüngste Medizingeschichte in ihren Strömungen, Schulen, formellen und informellen Netzwerken (zusätzlich zur einschlägigen Literatur) anhand lebendiger Erzählungen aufarbeitet, kann solchen Schief-lagen entgegengewirkt werden.

Insbesondere bei der Aufarbeitung der Entwicklung ganzer Fachgebiete zeigt sich die Wichtigkeit persönlicher Interviews, um die vielfältigen Vernetzungen, Wechselwirkungen und auch (Hochschul-)politischen Zusammenhänge in ihrer Komplexität zu verstehen (6). Darüber hinaus ist von Lebendigen erzähltes Wissen fast immer auch lebendig erzähltes Wissen, welches eine „dynamische“ Ergänzung der übrigen medizinhistorischen Literatur darstellen kann (7).

Es geht auch um eine gesellschaftlich zunehmend relevantere Dimension, nämlich um die Frage, wie wir mit den „Älteren“ umgehen wollen und welchen

Stellenwert wir ihnen einräumen. Wenn ein Ordinarius mit 65 oder spätestens 68 Jahren per Gesetz seinen Schreibtisch räumen muss, dann hat er oftmals die Übersicht und „Weisheit“ gewonnen, seinen eigenen Beitrag und den seiner Kollegen in den Kontext seines Fachgebietes einzuordnen, und vielleicht just die nötige Sicherheit und Gelassenheit erworben, sein Wissen fundiert und ohne Angst vor Neidern und Konkurrenten weiterzugeben. Doch dann muss er gehen. Wenn er sich nicht früh genug um eine ihn fordernde Tätigkeit nach seiner Emeritierung gekümmert hat, dann bleibt er manchmal unterfor-

dert – sein Wissen und seine Erfahrung bleiben zu großen Teilen ungenutzt.

In anderen Kulturen sind die Älteren und Alten seit jeher die „Weisen“ und deren regulative Rolle für das Kollektiv hoch anerkannt. Angesichts der demographischen Entwicklung der (auch akademischen) Gesellschaft sollte man darüber nachdenken, ob dies nicht Vorbildcharakter haben kann. Mit dem Gnadenbrot einer ausgeräumten Besenkammer als „Emeritus-Zimmer“ zur perpetuierten Ordnung ehemaliger Dissertationen dürfte es künftig nicht mehr getan sein. So wie wir heute wissen, dass Großeltern einen wichtigen Beitrag in der sozialen Struktur einer Familie leisten, so sollten wir auch darüber nachdenken, ob dieses Prinzip nicht auch beim Aufbau einer akademischen Tradition umgesetzt werden könnte. Vieles ließe sich sinnvoll miteinander verknüpfen. Warum nicht Studenten auch von Emeriti unterrichten lassen? „Ehrenamt macht nicht reich, aber es bereichert“, heißt es.

Paracelsus war ein großer und wichtiger Mann. Doch warum (nur) in die Ferne (der weit zurückliegenden Vergangenheit) schweifen, wenn das Glück (im Erkenntnisgewinn, der „Lebendigkeit“ und Ergänzung für uns sowie im „Gebraucht-Werden“ für die Emeriti) liegt so nahe?

Dr. med. Michael Feld
E-Mail: michael.feld@gmx.net



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/lit4005 abrufbar ist.

Literaturverzeichnis, Heft 40/2005, zu:

Medizingeschichte

Paracelsus ist tot

Ein Plädoyer für die jüngste Medizingeschichte

Literatur

1. Bergdolt K: Warum Medizingeschichte? Dt. Ärztebl. 1998; 95: A 812–816 [Heft 14].
2. Online-Recherche in den Forschungsberichten 2000–2003 von 31 deutschen Medizinhistorischen Instituten.
3. Im Oktober 2003 entschied das U.S. Office for Human Research Protection (OHRP), Teil des Department of Health and Human Services (HHS): „Oral history interviewing projects in general do not involve the type of research defined by HHS regulations and are therefore excluded from Institutional Review Board oversight.“
4. Aristoteles: Nikomachische Ethik, 1. Buch, 1. Kapitel: 2.
5. Fried J: Der Schleier der Erinnerung. München: C. H. Beck 2005.
6. Feld M, De Roo M: History of Nuclear Medicine in Europe. In: Schicha H, Bergdolt K, Ell PJ (Hrsg.): History of Nuclear Medicine in Europe. Stuttgart, New York: Schattauer 2003.
7. Feld M: Ludwig E. Feinendegen – „Excellence for Power“ (Biografie). Insel Mainau: Lennart-Bernadotte-Stiftung 2005.