

THEORIE DER MEDIZIN.  
EINE DARSTELLUNG UND ERÖRTERUNG DER THEORIE DER  
MEDIZIN IM QUERSCHNITTSBEREICH GESCHICHTE,  
THEORIE UND ETHIK DER MEDIZIN

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
*doctor medicinae (Dr. med.)*

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Frederick-Jens Tekook, BA  
geboren am 01.08.1987 in Willich**

**Gutachter:**

- 1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Jena**
- 2. Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler, Jena**
- 3. Prof. Dr. med. Cornelius Borck, Lübeck**

**Tag der öffentlichen Verteidigung: 27.07.2021**

# INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	5
ZUSAMMENFASSUNG.....	6
1. Einleitung: Was ist <i>Theorie der Medizin</i> ?.....	8
2. Ziele der Arbeit .....	11
3. Methoden.....	13
4. Ergebnisse .....	18
4.1 Literatur zur <i>Theorie der Medizin</i> .....	18
4.2 Status Quo der Lehre der <i>Theorie der Medizin</i> in Deutschland .....	28
4.3 Der NKLM.....	63
4.4 Lehrende im Interview.....	65
4.5 Studierenden-Befragung.....	74
5. Diskussion .....	75
5.1 Diskussion der einzelnen Ansätze .....	75
5.2 Gesamtdiskussion .....	84
6. Schlussfolgerungen .....	86
LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS .....	88
ANHANG.....	93
Ehrenwörtliche Erklärung.....	94
Fragebogen aus der Studierenden-Befragung.....	95
Ergebnisse der Fragebögen in absoluten Zahlen .....	97
Danksagung .....	99

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄApprO 2002	Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) geändert worden ist.
BGBI	Bundesgesetzblatt
Ca.	Circa
Ebd.	Ebenda
EbM	Evidenzbasierte Medizin
GMA	Gesellschaft für Medizinische Ausbildung
GTE	Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin
Kap.	Kapitel
MC	Multiple Choice
MFT	Medizinischer Fakultätentag e.V.
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
O.g.	Oben genannt
SS	Sommersemester
SWS	Semester Wochen Stunden
Tab.	Tabelle
UE	Unterrichtseinheiten
Vgl.	Vergleiche
VHZMK	Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn, - Mund - und Kiefer Heilkunde
WS	Wintersemester

## ZUSAMMENFASSUNG

*Einleitung:* 2002 trat eine neue, Deutschland weit verbindliche Approbationsordnung zur Regelung des Medizinstudiums in Kraft: die *Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405)*, die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. März 2020 (*BGBl. I S. 497*) geändert worden ist. Diese sieht unter anderem die Erbringung eines Leistungsnachweises in dem Querschnittsbereich *Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin* vor. Der Gegenstand der *Theorie der Medizin* ist indes nicht einheitlich definiert und so herrscht Unklarheit darüber, was genau in diesem Teilbereich zu lehren ist.

*Ziele der Arbeit:* Die vorliegende Dissertation verfolgt das Ziel, das Unterrichtsfach sowie die Disziplin *Theorie der Medizin* so zu erläutern, dass Lehrende sie unterrichten können. Es ist also die Aufgabe, zu erarbeiten, was unter dem Titel *Theorie der Medizin* verstanden werden kann und welche Inhalte sich besonders zur Lehre eignen. Damit will die Arbeit einerseits einen Beitrag zur Analyse der aktuellen Lehrsituation leisten und überdies eine Orientierung für die zukünftige Lehrpraxis ermöglichen.

*Methoden:* Methodisch verfolgt die Arbeit fünf verschiedene Ansätze: im ersten Ansatz werden insgesamt neun Lehrbücher auf ihre Konzeption der *Theorie der Medizin* sowie auf thematische Schwerpunkte der *Theorie der Medizin* hin untersucht. Im zweiten Ansatz wird anhand eines einheitlichen Schemas aufgezeigt, wie die Medizinfakultäten Deutschlands die Lehre der *Theorie der Medizin* bzw. der *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* strukturieren und welche Themen sie unter den Titel *Theorie der Medizin* lehren. Im dritten Ansatz wird der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (Im Folgenden NKLM) auf die *Theorie der Medizin* hin analysiert. Im vierten Ansatz werden insgesamt 17 Lehrende aus zwölf Fachbereichen der Medizin in semistrukturierten Interviews auf ihre Konzeption der *Theorie der Medizin* sowie auf ihre thematischen Erwartungen und Wünsche an das Fach hin befragt. Im fünften Ansatz wird das Interesse an einzelnen Themen, die der Literatur der *Theorie der Medizin* zugeordnet werden, von 632 Studierenden in Form eines standardisierten Fragebogens erfasst.

*Ergebnisse:* Der erste Ansatz bringt hinsichtlich der Konzeption der *Theorie der Medizin* hervor, dass das deskriptive Begreifen der Struktur(en) der modernen Medizin in ihrem soziokulturellen Kontext im Mittelpunkt steht; die Schwerpunkte sowie gewählten Methoden

variieren dabei. Hinsichtlich der Inhalte bilden insbesondere wissenschaftstheoretische Probleme der Medizin, der normativ aufzufassende Krankheitsbegriff sowie die Reflexion auf ärztliche Identität den Mittelpunkt der *Theorie der Medizin*. Der zweite Ansatz zeigt eine große Divergenz der Lehre der *Theorie der Medizin* im deutschlandweiten Vergleich sowohl die Form betreffend wie auch den Inhalt. Die konzeptionellen sowie inhaltlichen Schwerpunkte entsprechen jenen aus dem ersten Ansatz. Es zeichnet sich außerdem mit steigender Strukturierung der Lehre der Trend ab, die drei Teilbereiche als integrale Einheit zu unterrichten. Der dritte Ansatz zeigt, dass der NKLM die *Theorie der Medizin* unter diesem Titel nicht führt. Inhalte, welche jener in dem ersten und zweiten Ansatz zugeordnet werden, führt der NKLM in anderen Kapiteln. Der vierte Ansatz arbeitet ähnliche inhaltliche Schwerpunkte heraus wie der erste und zweite. Darüber hinaus ergibt sich, dass sich zahlreiche Lehrende scharf definierte Begriffe und elaborierte Theorien über die moderne Medizin wünschen, um die Strukturen der Medizin durch gesamtgesellschaftliche Debatten an die aktuellen Situationen anzupassen. Der fünfte Ansatz zeigt großes Interesse seitens der Studierenden für die Themen *Tod und Sterben* sowie *ärztliche Identität*. Für alle anderen Themen ist das Interesse mittelstark ausgeprägt.

*Diskussion:* Die vorliegende Dissertation erarbeitet ergiebige Quellen für die Lehre sowie wichtige inhaltliche Impulse für die weitere Forschung unter dem Titel *Theorie der Medizin*. Besonders eindrucksvoll ist dabei im vierten Ansatz die Forderung nach einer Debatte um die Rolle der Medizin und von Ärzten in der Gesellschaft. Beinahe alle Interviewten befinden die *Theorie der Medizin* dazu als überaus wichtig und denken ihr mehr Bedeutung zu als bislang in der Lehre umgesetzt wird. Hier zeigt sich die Aktualität der Debatte und der breit vertretene Wunsch nach einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema *Theorie der Medizin*.

*Schlussfolgerungen:* Eine weiter führende Diskussion ist notwendig, um genauer heraus zu arbeiten, welche Schwerpunkte diese gesamtgesellschaftliche Debatte setzen sollte. Der *Theorie der Medizin* sollte in der Ausbildung von Medizinstudierenden mehr Raum zugestanden werden.

Die *Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin* sollte als integrale Einheit aufgefasst und mit der Kombination aus einer Vorlesung und Seminaren, welche idealerweise mit Abschlussarbeiten schließen, unterrichtet werden.

## 1. Einleitung: Was ist *Theorie der Medizin*?

Die moderne Medizin ist als hochkomplexes Fach in eine beträchtliche Anzahl verschiedener Subdisziplinen unterteilt. So umfasst alleine die Weiterbildungsordnung der deutschen Bundesärztekammer 34 einzelne Gebiete, von denen einige durch Schwerpunkte zusätzlich ausdifferenziert werden. Hinzu kommen über 50 Zusatz-Weiterbildungen, sodass über 100 klinische Subdisziplinen definiert sind. (Vgl. Internetquelle. Bundesärztekammer)

Jede dieser Disziplinen hat ihre ganz eigenen Strukturen, welche sich in ihren Voraussetzungen, Leitideen und Methoden unterscheiden und durch steten wissenschaftlichen und technischen Fortschritt zunehmend spezifiziert werden.

Um in dieser Komplexität heterogener Strukturen ein möglichst reibungsarmes, klinisches Zusammenspiel zu ermöglichen, ist es notwendig, jede einzelne Disziplin und Subdisziplin in die Gesamtheit von moderner Medizin einzuordnen. Dazu ist eine methodische Reflexion auf deren spezifische Voraussetzungen, Leitideen und Methoden erforderlich. Diese methodische Reflexion hat sich die *Theorie der Medizin* zur Aufgabe gemacht. Dabei darf sie keinesfalls als eine Disziplin zur Theorienbildung innerhalb der Medizin missdeutet werden. Vielmehr verfolgt die *Theorie der Medizin* das Ziel, eine Metatheorie zur Beschreibung der Strukturen von Medizin überhaupt zu erarbeiten. Sie ist darin eine nahe Verwandte der Wissenschaftstheorie. (Vgl. Paul 2006. S 59)

Allerdings präsentiert sich die *Theorie der Medizin* keinesfalls einheitlich, sondern als eine „erfrischend divergent[e Wissenschaft, welcher] immer noch sowohl eine verbindliche Definition [...] als auch ein anerkanntes Konzept [...] mit hinreichender Tiefenschärfe“ (Eckart 2013. S 292) fehlen. In ihrem Namen haben sich verschiedene Autoren mit verschiedenen Ansätzen verschiedenen Problem gewidmet: ein klar eingegrenzter Forschungsbereich existiert bislang nicht (Vgl. Borck 2016. S 11).

Was sich genau hinter der *Theorie der Medizin* verbirgt, bleibt also vage. So begreifen sie von Uexküll und Wesiack beispielsweise als die erkenntnis- und wissenschaftstheoretische kritische Hinterfragung von kulturellen Leitideen, welche Medizin konstituieren – oder: „eine Disziplin, die sich mit den Auswirkungen der Theorien und Modelle auf das praktische Handeln von Ärzten auseinandersetzt“ (von Uexküll und Wesiack 1998. S 5). Mit Paul kann man die *Theorie der Medizin* als gesellschaftlich legitimierte Disziplin auffassen, welche zwischen den Erkenntnissen der (Natur-)Wissenschaften, den Techniken der Medizin und den Anforderungen der Gesellschaft vermittelt (Vgl. Paul 2006).

Die *Theorie der Medizin* ist demnach eine uneinheitlich definierte Wissenschaft, welche methodisch auf die Struktur(en) von Medizin reflektiert. Die Schwierigkeit, den Gegenstand der *Theorie der Medizin* begrifflich eindeutig zu fassen, darf indes keinesfalls über ihre Wichtigkeit hinwegtäuschen. Denn nur mithilfe eines fundierten theoretischen Verständnisses der Strukturen von Medizin ist es einem jeden Arzt<sup>1</sup> möglich, sein ärztliches Handeln, seine medizinische Fachdisziplin und Medizin überhaupt reibungsarm aufeinander abzustimmen. Nur so können Ärzte ihre Patienten sinnvoll durch die Strukturen moderner Medizin leiten und ihrer gesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden.

Deshalb ist im deutschen Medizinstudium neben der Absolvierung aller medizinischen Disziplinen und Subdisziplinen auch ein Leistungsnachweis im Querschnittsbereich *Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin* (Im Folgenden GTE) vorgesehen. Geregelt ist dies durch § 27 der *Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405)*, die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. März 2020 (*BGBl. I S. 497*) geändert worden ist (Im Folgenden *ÄApprO 2002*). Zur näheren Strukturierung der Lehre von Querschnittsbereichen heißt es hier:

Die Universitäten legen in ihren Studienordnungen das Nähere über die Vermittlung der Querschnittsbereiche fest. Die Vermittlung soll themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet und fächerverbindend erfolgen. (Internetquelle. Approbationsordnung für Ärzte § 27)

Bereits 2006 wurde eine Studie veröffentlicht, welche den Stand der Umsetzung der neuen Approbationsordnung ermittelte, indem sie die Lehre der GTE an allen deutschen Medizinfakultäten vergleichend untersuchte. Dazu erfasste sie Fragen zur Organisation des Kursangebotes, zur Gewichtung bei der Vermittlung der Lehrinhalte, der praktischen Fertigkeiten und Haltungen sowie zur Verwendung unterschiedlicher Lehrmethoden. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich die Lehre der GTE in Form, Unterrichtsinhalten, Lehrmethoden und verwendeter Ressourcen interuniversitär sehr stark unterschied. Dabei kam der *Theorie der Medizin* innerhalb der GTE die geringste Bedeutung zu und sie wurde inhaltlich am wenigsten klar bestimmt. Es wurde bemängelt, dass schlechthin zu wenig Lehrpersonal für die Lehre der GTE zur Verfügung stand. (Vgl. Möller et al. 2006)

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2017 beleuchtete erneut die Strukturen der Lehre der GTE im deutschlandweiten Vergleich. Sie stellte fest, dass diese immer noch in Struktur und Inhalt sowie Gewichtung der Teilbereiche beträchtlich heterogen ausfiel. Der *Theorie der Medizin*

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Dissertation werden genderneutrale Formulierungen gewählt, wenn dies sprachlich möglich und sinnvoll ist. Wo dies nicht möglich ist, stehen die Formulierungen im generischen Maskulinum. Es sei hier darauf hingewiesen, dass mit der männlichen Form *immer* auch die weibliche sowie sonstige (m/w/d) mitgemeint sind.



kam dabei nach wie vor der geringste Stellenwert zu, so wurde ihr Anteil an der gesamten GTE mit lediglich 14,7% beziffert. Darüber hinaus kam die Studie zu dem Schluss, dass die GTE an den meisten Orten als integrale Einheit ihrer Teilbereiche aufgefasst wird und der Medizinethik dabei mit einem Anteil von 49,9% an der gesamten GTE die größte Bedeutung zukommt. (Vgl. Schildmann et al. 2017)

Als 2012 in einer Studie Studierende danach befragt wurden, wie wichtig ihnen die Lehre in Medizingeschichte respektive Medizinethik sei, wurde die *Theorie der Medizin* nicht miterfragt. (Vgl. Schulz et al. 2012)

Der Gegenstand der *Theorie der Medizin* ist demnach so vage und uneinheitlich, dass Lehrende vor dem Problem stehen, nicht eindeutig fassen zu können, woran ihre Lehre ausgerichtet sein soll. Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin in Tübingen bezeichnet die Konzeptionalisierung und Strukturierung der Lehre der *Theorie der Medizin* sogar als „misslungen“. Er bemängelt die Absenz eines klaren Lehrkanons sowie eines brauchbaren Lehrbuches. (Persönlicher Telefon Kontakt vom 25.09.2018. Zitat autorisiert)

Es fällt an vielen Stellen schwer, überhaupt eindeutige Binnengrenzen zwischen Geschichte, Theorie und Ethik zu ziehen. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vor allem auf die von der ÄApprO 2002 geforderte Lehre der *Theorie der Medizin*.

Aufgrund der oben ausgeführten Uneinheitlichkeit dieses Gegenstandes kann dieser allerdings bloß selten sinnvoll isoliert betrachtet werden. Deshalb muss oft die ganze GTE in den Blick genommen werden.

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, Lehrenden der *Theorie der Medizin* eine Orientierungshilfe zu sein. Dazu wird die Lehre dieses heterogenen, aber doch so wichtigen Faches in den Fokus genommen. Eine besondere Rolle spielen dabei inhaltliche Impulse für die künftige Lehre dieses Teilbereiches. Der nachfolgende Abschnitt wird die Ziele der Arbeit genauer klären.

## 2. Ziele der Arbeit

Nachdem sich in der vorangestellten Einleitung das Arbeitsfeld aufgetan hat, wird es im nächsten Schritt darum gehen, die Ziele der Arbeit konkreter zu definieren. Das Forschungsvorhaben richtet sich insbesondere an Lehrende der *Theorie der Medizin*. Diese stehen – wie sich gezeigt hat – vor dem Problem, dass sie etwas lehren müssen, von dem sie nicht eindeutig wissen, um was es sich handelt. Hier setzt die Arbeit an: Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, durch konstruktive Vorschläge konkrete inhaltliche wie strukturelle Impulse zu liefern, wie die Lehre der *Theorie der Medizin* zeitnah Form annehmen kann. Zuvor jedoch wird eine Übersicht darüber gegeben, wo inhaltliche Aspekte in der Literatur zu finden und welche Ansprechpartner ebenfalls mit dem Thema befasst sind. Mit Blick auf dieses Forschungsvorhaben ergeben sich fünf unterschiedliche Ansätze, die Problematik zu gliedern und ihr Kontur zu geben:

### 1. Literatur zur *Theorie der Medizin*:

In einem ersten Schritt gilt es, sich der Thematik von einer theoretischen Perspektive her zu nähern. Dies bedeutet, wesentliche Literatur zur *Theorie der Medizin* heranzuziehen und zu diesem Teilbereich zu befragen. So wird ein theoretisches Fundament über den Gegenstand erarbeitet.

### 2. Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland:

Der zweite Ansatz wendet sich im Anschluss der Praxis zu. Er fragt nach dem aktuellen Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland. Auf diese Weise erfährt die theoretische Grundlage eine realistische Gegenüberstellung durch die gegebene Lehrsituation.

### 3. Der NKLM:

Der dritte Ansatz zeigt anschließend durch eine Analyse des Nationalen Kompetenzbasierten Lernziel Kataloges Medizin (im Folgenden NKLM) einen theoretischen Ausblick über die zukünftige Lehre auf. Dadurch soll der zuvor skizzierte Status Quo der Lehre um eine Zukunftsperspektive erweitert werden.

### 4. Lehrende im Interview:

Der vierte Ansatz knüpft an den Praxis Bezug an und konkretisiert ihn durch Einzelinterviews mit Lehrenden der Medizin weiter. Hier soll der tatsächliche Erfahrungshorizont der Lehrenden

zur *Theorie der Medizin* zur Sprache kommen. Zudem eröffnet sich auch hier die Zukunftsperspektive – nun allerdings im Gegensatz zum dritten Ansatz auf praktischer Basis.

#### 5. Studierenden-Befragung:

Der fünfte und letzte Ansatz ist schließlich an den Studierenden – denjenigen, die unmittelbar von der Lehre profitieren sollen – ausgerichtet. Er erfasst anhand eines standardisierten Fragebogens die Interessenlage von Studierenden an verschiedenen Themen der *Theorie der Medizin*.

Insgesamt soll ein facettenreiches und klar umrissenes Bild der Lehre der *Theorie der Medizin* entstehen, das vom theoretischen Ausgangspunkt bis in die Praxis reicht und sowohl der aktuellen wie auch zukünftigen Lage Rechnung trägt. Es soll somit von unterschiedlichen Seiten deutlich werden, wie es um die Lehre der *Theorie der Medizin* steht und was in Zukunft noch zu tun bleibt.

### 3. Methoden

Im folgenden Kapitel gilt es, die verschiedenen Forschungsmethoden der fünf Ansätze zu erläutern. Denn die Weite der Thematik macht es notwendig, von verschiedenen systematischen Herangehensweisen Gebrauch zu machen.

#### 1. Literatur zur *Theorie der Medizin*:

In dem ersten Ansatz werden die zentralen Lehrbücher sowie die aktuellen Monografien, die sich mit der *Theorie der Medizin* befassen, untersucht. Dabei liegt der Fokus wesentlich auf zwei Aspekten. Erstens werden die verschiedenen Konzeptionen von *Theorie der Medizin* dargestellt. Zweitens werden die Werke auf inhaltlich-thematische Überschneidungen und Häufungen hin untersucht.

Werke mit einem Erscheinungsjahr vor 1980 werden in der Aufzählung nicht berücksichtigt. Ebenso finden Lehrbücher, welche die *Theorie der Medizin* zwar im Titel führen, aber diese nicht inhaltlich bearbeiten, keinen Einzug in die Darstellung. Die Darstellung der Werke folgt im Wesentlichen deren Aufbau. Da sich die Intentionen und Strukturierungen der einzelnen Werke untereinander stark unterscheiden, kann auch für die Darstellung nicht von einem vorgegeben und festen Schema Gebrauch gemacht werden, sondern sie variiert von Werk zu Werk.

#### 2. Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland:

Mit dem zweiten Ansatz soll ein Überblick über den gegenwärtigen Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland gegeben werden. Dort wo keine eindeutigen Binnengrenzen zwischen den Teilbereichen innerhalb der GTE definiert sind, wird die Lehre der gesamten GTE betrachtet. Dazu werden alle staatlichen Medizinfakultäten Deutschlands in alphabetischer Reihenfolge nach dem Namen ihres Standortes aufgelistet. Auf Grundlage der Internetpräsenz des zuständigen Institutes wird die Lehre der *Theorie der Medizin* an dem jeweiligen Standort skizziert. Daran anschließend wird die so erstellte Skizze anhand von persönlicher Korrespondenz mit den zuständigen Lehrenden via E-Mail oder Telefon präzisiert. Dazu werden von den Lehrenden Antworten auf die folgenden Fragen eingeholt:

- Wie wird die *Theorie der Medizin* an ihrem Standort gehandhabt?
- Welche Inhalte werden unter dem Titel *Theorie der Medizin* gelehrt?
- Wie wird der Stoff geprüft?
- Welcher Erfahrungsschatz liegt bislang vor?

- Wie bewerten die Studierenden die Lehre?

Da die Internetpräsenzen der einzelnen Institute sehr stark voneinander abweichen und überdies die Reaktionen der verschiedenen Lehrenden sehr unterschiedlich ausfielen, wird bisweilen von dem oben dargestellten Schema abgewichen. Näheres wird im Fließtext für den konkreten Fall erläutert.

### 3. Der NKLM:

Der NKLM ist eine Kooperation der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), des medizinischen Fakultätentag e.V. (MFT) und der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kiefer Heilkunde (VHZMK) mit dem Ziel, die medizinische Lehre deutschlandweit zu koordinieren und vergleichbar zu machen (Vgl. Internetquelle. NKLM. Impressum). Er ist dabei nicht als verbindliche Leitlinie zu verstehen, sondern als Orientierung.

Der NKLM erschien während des Entstehungsprozesses der vorliegenden Dissertation. Da er keinen eigenen Abschnitt zur *Theorie der Medizin* enthält, wird er auf Alternativen hin untersucht. Dazu wird für jedes Kapitel des NKLM geprüft, ob inhaltlich-thematische Überschneidungen zu den Ergebnissen der vorliegenden Dissertation bestehen und ob die Themen darüber hinaus reichen.

### 4. Lehrende im Interview:

Mit diesem Ansatz sollen Konzeptionen der *Theorie der Medizin* verschiedener Lehrender aus Forschung und Klinik durch semistrukturierte Interviews erfasst werden. Er ist methodisch an dem Buch *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung* von Arthur J. Cropley (Cropley 2011) orientiert. Cropley unterteilt den Prozess der Erkenntnisgewinnung durch Interviews in sechs Phasen:

1. den Aufbau der Teilnehmerschaft,
2. das Erzählen durch die Teilnehmer,
3. die schriftliche Fixierung des Erzählten durch den Forschungsleiter,
4. die Auswertung des Fixierten durch den Leiter,
5. die Kommunikation der Ergebnisse an eine sachkundige Leserschaft,
6. die Validierung des Berichts durch ebendiese Leserschaft. (Vgl. Cropley 2011. S 77ff)

Um in Phase 1 die allgemeine Repräsentativität der Teilnehmer zu gewährleisten, wurden Vertreter aus folgenden Instituten des Universitätsklinikums Jena kontaktiert:

- Vorklinische Institute: Anatomie I. Aus beiden Instituten für Biochemie kamen explizite Absagen, aus beiden Instituten für Physiologie kamen keine Rückmeldungen.
- Klinisch-Praktische Institute: Anästhesie, Chirurgie, Geburtsmedizin, innere Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie.
- Klinisch-Theoretische Institute: Allgemeinmedizin, Arbeits- und Sozialmedizin, Humangenetik, Immunologie sowie Mikrobiologie. Aus dem Institut für Rechtsmedizin kam keine Rückmeldung.

Aus jedem Institut wurde ein hochrangiger und habilitierter Vertreter gewählt. Darüber hinaus wurde an einigen Instituten ein weiterer Vertreter, der in der Lehre besonders aktiv ist, kontaktiert. Zwölf der insgesamt 17 Teilnehmer sind habilitiert. Alle 17 Teilnehmer sind promoviert, davon 16 in Medizin. Zehn Teilnehmer sind männlich, sieben Teilnehmerinnen weiblich. Allen Teilnehmern ist restlose Anonymität zugesagt, um ihnen den nötigen Schutzraum zu gewährleisten. Die Befragungen erfolgten ausnahmslos im persönlichen Gespräch.

Um in Phase 2 möglichst ähnliche Bedingungen für jedes Interview zu schaffen, wurde stets die folgende Struktur beibehalten:

Zunächst wurde dem Befragten ohne weitere Einleitung nachfolgende Frage gestellt „Was verbinden Sie mit dem Begriff *Theorie der Medizin*?“ Danach regte der Forschungsleiter mit den folgenden Schlüsselinformationen zur tiefergehenden Befassung mit dem Thema an:

- Die *Theorie der Medizin* ist ein Teilbereich der GTE, welcher laut ÄApprO2002 vorgeschrieben und von allen Medizinstudierenden zu absolvieren ist.
- In Jena ist die Lehre der *Theorie der Medizin* gegenwärtig „unterstrukturiert“.
- Die durchgeführten Interviews dienen also der Aufnahme sowohl von Impulsen („Thema X sollte Gegenstand der Lehre sein“) als auch von Fragestellungen („Mir selbst war Thema Y immer zu wenig präsent“) als auch von persönlichen Konzepten der *Theorie der Medizin* („Ich selbst sehe das so:....“).

Im Anschluss wurden die Teilnehmer um die Beantwortung der folgenden Fragen gebeten:

- Welche Themen schlagen Sie aus Ihrer wissenschaftlichen/klinischen Tätigkeit heraus vor?
- Welche Inhalte finden Sie persönlich interessant?
- Finden Sie das Thema wichtig?

Um in Phase 3 keine Lücken zu haben, wurden die Interviews mitgeschnitten. Dazu wurde von allen Interviewten das Einverständnis bei Zusage strikter Anonymität und Vertraulichkeit des Gesagten per Unterschrift dokumentiert. Lediglich ein Interview wurde nicht mitgeschnitten, weil der Interviewte mit einem Mitschnitt nicht einverstanden war. Der Forschungsleiter erstellte im Anschluss an die Interviews anhand der Mitschnitte ausführliche Protokolle. Das Gespräch, das nicht mitgeschnitten wurde, wurde bereits in dessen Verlauf ausführlich protokolliert. Die Protokolle sind in der vorliegenden Dissertation nicht veröffentlicht, um die Anonymität der Interviewten zu gewährleisten. Auch Zitate sind so wiedergegeben, dass ihre Urheber anonym bleiben.

Um in Phase 4 die Aussagen der Interviewten ausschließlich in deren Sinne wiederzugeben, wurde während der Interviews abgestimmt, unter welchen stichwortartigen Formulierungen die Aussagen zusammengefasst werden dürfen. Dabei griff der Forschungsleiter auf Formulierungen aus der Fachliteratur zurück. Auch in Fällen, in denen sich der Interviewte der eigenen Formulierung unsicher war, bot der Forschungsleiter Formulierungen in Anlehnung an die Fachliteratur an.

Um in Phase 5 die Übersicht für die Leserschaft zu wahren, werden ähnliche Aussagen unter den stichwortartigen Formulierungen oder besonders prägnanten Formulierungen der Interviewten quantifiziert dargestellt. Einmalig getätigte Aussagen werden so zitiert, dass sie keinen Hinweis auf ihre Urheber geben.

Die Phase 6 kann nicht im Rahmen der vorliegenden Dissertation vorgenommen werden. Diese Phase wird – so bleibt zu hoffen – nach ihrer Vorlegung erfolgen.

##### 5. Studierenden-Befragung:

Mit diesem Ansatz soll das Interesse der Studierenden der Humanmedizin in Jena an verschiedenen Themen der *Theorie der Medizin* erfasst werden. Dazu wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt (siehe Anhang). Aus drei Lehrbüchern (Fangerau und Vögele 2004, Noack et al. 2007, Schulz et al. 2006) wurden die *medizintheoretischen* Kapitelüberschriften entnommen und anhand der Kapitelinhalte prägnant erläutert. Die Studierenden wurden gebeten, ihr Interesse an dem jeweiligen Thema auf einer fünfstufigen Ordinalskala nach Likert mit definierten Antwortmöglichkeiten von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft zu) anzugeben. (Vgl. Borg und Staufenbiel 2007. S 21f) Alle Befragungen wurden im mittleren Drittel des Wintersemesters 2018/2019 binnen weniger Wochen und ausschließlich in Jena durchgeführt. Insgesamt wurden 632 Fragebögen ausgewertet.

Den Studierenden im ersten Semester wurde der Fragebogen im Rahmen einer Anatomie Vorlesung ausgehändigt, in der auch Studierende der Zahnmedizin anwesend waren und an der Befragung teilnahmen. Es kamen 265 Fragebögen zurück.

Den Studierenden im dritten Semester wurde der Fragebogen im Rahmen einer Physiologie Vorlesung ausgehändigt. Es kamen 65 Fragebögen zurück.

Den Studierenden im fünften Semester wurde der Fragebogen im Rahmen einer Vorlesung zur *Theorie der Medizin* ausgehändigt. Es kamen 138 Fragebögen zurück.

Den Studierenden im siebten Semester wurde der Fragebogen im Rahmen einer Psychosomatik Vorlesung ausgehändigt. Es kamen 101 Fragebögen zurück.

Den Studierenden im neunten Semester wurde der Fragebogen im Rahmen einer Psychoonkologie Vorlesung ausgehändigt. Es kamen 63 Fragebögen zurück.



## 4. Ergebnisse

Nachdem sich nun das Forschungsfeld eröffnet hat und die Ziele sowie Methoden dargelegt wurden, sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden. Die gewählte Reihenfolge der Bearbeitung führt dabei von der Theorie in die Praxis und von der jüngsten Vergangenheit über die Gegenwart in die Zukunft.

### 4.1 Literatur zur *Theorie der Medizin*

Mit dem Blick in die Literatur erhält der Gegenstand der *Theorie der Medizin* zunächst eine theoretische Grundlage. Es finden sich nur wenige und sehr unterschiedliche Konzeptionen der *Theorie der Medizin*. Diese werden im Folgenden dargestellt. Der Vergleich, in welchem die Konzeptionen miteinander in Bezug gesetzt werden, folgt in der Diskussion.

Cornelius Borck. *Medizinphilosophie, zur Einführung* (Borck 2016)

Cornelius Borck ist Mediziner und Philosoph und leitet das Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität Lübeck. Seine Monographie gibt einer breiten Leserschaft einen besonders aktuellen Einstieg in einen öffentlichen Diskurs. Borck stellt den Bereich der Medizinphilosophie phänomenologisch aus seiner Perspektive vor. Ziel dabei ist es, „die sozialen und politischen Dimensionen medizinischen Wissens als deren Wirklichkeit“ (Borck 2016. S 20) zu berücksichtigen.

Nach Borck sind Gesundheit und Kranksein<sup>2</sup> „zentrale Dimensionen menschlichen Lebens“ (Ebd. S 11), von denen aber mehr die Krankheiten Gegenstand der Medizin sind. Deshalb führt „die Frage nach dem Gesundwerden und Gesundheit zur Philosophie“ (Ebd. S 12).

Borcks Ansatz beinhaltet eine *Theorie der Medizin*, welche sich auf den gesellschaftlichen Kontext von Krankheit(en) bzw. Kranksein konzentriert, und führt zugleich unter dem Titel *Medizinphilosophie* über diese hinaus. Er liefert in seinem Buch eine sehr weite und aktuelle Konzeption der *Medizinphilosophie* und darin zugleich der *Theorie der Medizin*:

Am Gegenstandsbereich der Medizin will das Buch aufweisen, wie philosophische Fragen über das hinausweisen, was als Wissenschaftsphilosophie der Medizin zur Spezialdisziplin geronnen ist. Es geht also um den medizinischen Umgang mit Gesundheit und Kranksein, um ärztliches Handeln und medizinische Theorien. Es geht um die Strukturen, Dynamiken und Effekte medizinischer Vorstellungen in historisch konkreten, soziotechnischen Kontexten. Medizinphilosophie zielt auf eine philosophische Reflexion über die Antworten der Medizin auf die menschliche Grundfrage nach Gesundheit und Kranksein. [... Dazu]

---

<sup>2</sup> Borck unterscheidet die Begriffe *Krankheit* und *Kranksein*. Krankheit bezeichnet „die objektivierte, meist medizinisch definierte Krankheit im Unterschied zur individuellen, kulturell überformten Erfahrungswirklichkeit des Krankseins“ (Borck 2016. S 10).

sollen die Handlungslogiken, Legitimationsstrategien und epistemischen Dynamiken im medizinischen Feld untersucht werden. (Ebd. S 19)

Inhaltlich gliedert Borck seine thematischen Schwerpunkte in eine Einleitung und fünf weitere Kapitel. In dem Kapitel *Wozu Philosophie in der Medizin?* steckt Borck sein Forschungsvorhaben detailliert ab: es sollen „die historischen und wissenschaftlichen Voraussetzungen der Medizin kritisch hinterfragt und die sozioepistemischen Effekte ihrer Verfahrensweisen geprüft werden“ (Ebd. S 25). Die von Borck dazu besonders hervorgehobene Methode ist die „deskriptiv-empirische Beschreibung der von der Medizin aufgeworfenen Phänomene und deren transzendente Hinterfragung im Sinne der philosophischen Phänomenologie“ (Ebd. S 24).

In dem Kapitel *Was ist Gesundheit?* behandelt Borck in den neun Unterpunkten *Kranksein in der Wissenschaft, Die These von der Enteignung der Gesundheit, Diätetik, „Volksgesundheit“ und ewiges Leben, Die Verborgenheit der Gesundheit und die „große Gesundheit“, Gesundheit als Leerstelle der Medizin und als Utopie, der Eigensinn des Lebendigen, Gesundheit Summe objektiver Funktionsparameter, die Last der Prävention und Gesundheit in globaler Perspektive* umfassend auf verschiedene Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der Gegenwart. Dabei geht er von konkreten zu abstrakten Fragen und berücksichtigt subjektive und wissenschaftliche Perspektiven.

In dem Kapitel *Praxeologie – Orte ärztlichen Handelns* reflektiert Borck in den acht Unterpunkten *Theorie und Empirie, Wunder und Wellness: eine Basistypologie, das Krankenhaus und die Erfindung der körperlichen Untersuchung, das Labor als Ort der Wissensproduktion, Medizin als technische Beherrschbarkeit des Lebens, Biomedicine: von der Begriffsgeschichte zur Biopolitik, Datenkörper: Zur Performanz technowissenschaftlicher Repräsentation, Medizin als Deutungspraxis und als Handlungswissenschaft und Ethik und Erkenntnisgewinn in der Klinik* die Fragen nach ärztlichem Handeln und verschiedene Formen von Medizin. Dabei geht er chronologisch vor und beleuchtet die epistemischen Strukturen großer medizinischer Leitideen.

In dem Kapitel *Quo vadis Medizin?* denkt Borck seine Analyse in den acht Unterpunkten *Die Dynamik der Medizin, von der Erklärung zur Evidenz, Markiert die Einführung der EBM einen Paradigmenwechsel?, Neue Hierarchien und Systemlogiken, Probleme der Evidenz, Ent-Täuschung als medizinisch-anthropologische Herausforderung, Von der personalisierten zur individualisierten Medizin und Effizienz und Enhancement: Homo faber im 21. Jahrhundert* konsequent weiter und eröffnet so eine Zukunftsperspektive.

Im letzten Kapitel *Coda über das Scheitern* reagiert Borck auf die Erkenntnis, dass alle medizinische Anstrengung die Faktizität des Todes nicht negieren kann, indem er eine

„Epistemologie des Scheiterns“ (Ebd. S 194) entwickelt, welche das Scheitern in Wissenschaft, Medizin und Technik miteinzubeziehen sucht.

Norbert W Paul. *Medizintheorie* (Paul 2006)

Pauls Aufsatz erschien in einem Lehrbuch zur GTE (Schulz et al. 2006) und ist als Einleitung in die *Theorie der Medizin* gedacht. Paul fasst diese zunächst als „eine nahe Verwandte der Wissenschaftstheorie“ (Paul 2006. S 59) auf. Besonderer Themenschwerpunkt der Medizintheorie im Vergleich zur allgemeinen Wissenschaftstheorie sei dabei „das spezifische Verhältnis von *Wissen und Handeln*“ (Ebd. S 60), sei doch die Medizin nicht bloß angewandte Humanbiologie, sondern immer auf die Anwendung im Einzelfall angelegt.

Zwei Grundprobleme der klassischen *Theorie der Medizin* fasst Paul unter den Begriffen *Wissensdilemma* und *erkenntnistheoretische Kluft* (Vgl. Ebd. S 62f) zusammen. Unter *Wissensdilemma* versteht er die Tatsache, dass naturwissenschaftliches bzw. medizinisches Wissen so umfangreich geworden sei und zunehmend werde, dass es von behandelnden Ärzten im Einzelfall gar nicht in Gänze überblickt werden könne. Daraus ergebe sich die *erkenntnistheoretische Kluft*, dass nämlich theoretisches Wissen und ärztliche Praxis einander gegenüberstünden und nur noch lose aufeinander bezogen seien. Die klassische Medizintheorie unter Rothschild, Fleck oder Kuhn habe diesem Problem mit zunehmend ausgefeilten Theorien über *analytische Exaktheit*, *Kausalität* und *eindeutige Diagnosen* (Vgl. Ebd. S 64) zu begegnen versucht, aber für Paul bedarf es eines moderneren und weiter gefassten Verständnisses der *Theorie der Medizin*:

Mittlerweile lässt eine Vielzahl wissenschaftshistorisch inspirierter Arbeiten die Fragen der Medizintheorie in gänzlich neuem Licht erscheinen. Es sind die Wahrnehmung des Wissenschaftsbetriebs als soziale Praxis, das Nachspüren der Erkenntnisprozesse im Labor, die Untersuchung der Konstruktion experimenteller Praktiken in speziellen Wissensgebieten und schließlich die Auseinandersetzung mit den technologisch konstruierten Gegenständen der Wissenschaft, die die gegenwärtige Wissenschaftsforschung kennzeichnen. *Damit erscheinen Wissen und Handeln nicht länger als getrennte Sphären* im Sinne der klassischen Medizintheorie, sondern sie werden als untrennbar miteinander verwobene Stränge in der Produktion wissenschaftlicher Tatsachen verstanden. In diesem Prozess verweisen Wissenschaft, Medizin und Gesellschaft beständig wechselseitig aufeinander, und jeder Bereich ist gleichermaßen Produkt wie Produzent des ihn umgebenden wissenschaftlichen, medizinischen und kulturellen Kontexts. Damit ist es vor allem die historisch und kulturell kontingente Auswahl von (wissenschaftlichen) Erklärungsmodellen, die die normierende Funktion von Wissen ausmacht und das Medizinkonzept in einer Gesellschaft bestimmt. (Ebd. S 65f)

Als besonders wichtigen *medizintheoretischen* Beitrag zu diesem Diskurs zwischen Wissenschaft, Medizin und Gesellschaft erachtet Paul die methodische Reflexion auf die normativen Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit*, da diese die Medizin überhaupt erst historisch

und kulturell konstituierten. Diese Begriffe seien indes „*deutungsoffen*“ (Ebd. S 68) und müssten ständig erneut mit Erkenntnissen aus Bio-, Sozial- und Geisteswissenschaften sowie gesellschaftlichen Vorstellungen von Kranksein und naturwissenschaftlichen Konzepten von Krankheiten abgestimmt werden.

Mit Paul kann man die *Theorie der Medizin* demnach als gesellschaftlich legitimierte Vermittlerin zwischen den Erkenntnissen der Wissenschaft, den Techniken der Medizin und den Anforderungen der Gesellschaft auffassen.

Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack. *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen des ärztlichen Denkens und Handelns* (Uexküll von und Wesiack 1998)

Dieses Buch erschien zuerst 1988. Das Hauptaugenmerk der beiden Autoren liegt auf der Entwicklung einer fundierten, eigenen theoretischen Konzeption der psychosomatischen Medizin. Dazu fassen sie wesentliche im Vorfeld ihrer Überlegungen veröffentlichte Grundprobleme der *Theorie der Medizin* zusammen und geben dadurch bedeutende Impulse für eine weiterhin zu führende Debatte rund um die *Theorie der Medizin*.

Das Grundproblem dieser beiden Autoren ist *Realität* – genauer: die Vielzahl von Konzepten für Realität in der Medizin, welche die Deutungs- und Handlungsanweisungen des Arztes begründen. So habe zwar das physikalisch-chemische Konzept für Realität zu einer „spektakulären Erfolgsgeschichte [und zu] Erfolgen in der Diagnostik und Therapie körperlicher Krankheiten, die unvergleichlich eindrucksvoller sind, als alles, was die Medizin in ihrer mehrtausendjährigen Geschichte zuvor auf diesem Gebiet erreicht hatte“ (Uexküll von und Wesiack 1998. S VIII) geführt. Neue psychoanalytische und verhaltensbiologische Konzepte (besonders durch Freud und Pawlow) für die Diagnose und Therapie psychischer Krankheiten überstiegen jedoch das physikalisch-chemische Konzept und stellten ihm nun ein psychologisches Konzept für Realität gegenüber.

Dieser Gegensatz ist der Ansatzpunkt für von Uexküll und Wesiack, die ihn in der Folge um biologische sowie soziale Konzepte für Realität erweitern und in einem „anthropologischen Konzept“ (Ebd. S VII) aufheben wollen. Bei diesem Unterfangen dürfe die Verantwortung der Ärzte für ihre Theorie, eine dezidierte *Theorie der Medizin*, nicht ignoriert werden:

Die traditionelle Auffassung, nach der die Entwicklung von Theorien in der Medizin Aufgabe von *Grundlagenwissenschaften* sei, die sich nur vor einer ethisch neutralen *wissenschaftlichen Wahrheit* verantworten müßten, ist bereits das Produkt einer Theorie, die den Menschen aus der Realität eliminiert hat; sie mutet dem Arzt die unmögliche Aufgabe zu, aufgrund „un-menschlicher“ Theorien menschlich zu verantwortende Entscheidungen zu treffen. (Ebd. S X)

Die *Theorie der Medizin* ist demnach die erkenntnis- und wissenschaftstheoretische kritische Hinterfragung jener kulturellen Leitideen, die den oben explizierten Gegensatz überhaupt erst hervorgebracht haben sowie die Arbeit an dessen Auflösung – oder: „eine Disziplin, die sich mit den Auswirkungen der Theorien und Modelle auf das praktische Handeln von Ärzten auseinandersetzt“ (Ebd. S 5).

Inhaltlich ist das über fünfhundert Seiten starke Werk von Uexkülls und Wesiacks in acht Kapitel gegliedert. In dem Kapitel *Das Problem einer Theorie der Heilkunde* formulieren von Uexküll und Wesiack die These, dass die Medizin einer eigenen Theorie bedürfe, da die kritiklose Übernahme von Begriffen aus anderen Wissenschaften eine „terminologische Konfusion“ (Ebd. S 74) erzeuge. Die zwei Grundprobleme der *Theorie der Humanmedizin* seien „die Beziehung zwischen Organismus und Umgebung, Patient und Objektwelt“ (Ebd.) sowie „die Beziehung zwischen physikalischen, physiologischen, psychologischen und sozialen Vorgängen“ (Ebd.).

In dem Kapitel *wissenschaftstheoretische Hintergründe der gegenwärtigen Problem Situation (system- und zeichentheoretische Aspekte)* verorten die Autoren ihre Konzeption der *Theorie der Humanmedizin* inhaltlich vor dem Hintergrund der Wissenschaftstheorie. Besondere Betonung legen sie dabei auf die Systemtheorie sowie die Semiotik.

Das Kapitel *Organismus oder Maschine* soll den Gegensatz „zwischen einem Forscher, der den Phänomenen der Natur als unbeteiligter Beobachter gegenübertritt, und einem Forscher, der sich und die von ihm beobachteten Phänomene als Glieder eines Interaktionszusammenhangs sieht“ (Ebd. S 211) erläutern. Es schlägt überdies die folgende Lösung vor:

Kausalverknüpfungen lassen sich als Zeichenprozesse beschreiben [...]. Die Fähigkeit, Phänomene aufgrund angeborener und erworbener Deutungs- und Handlungsprogramme *in Erscheinung treten* zu lassen und auf diese Weise eine subjektive Umwelt als feste, aber für den Außenstehenden unsichtbare Schale um den Organismus zu legen, läßt sich als Phantasie (und diese als psychische Aktivität) definieren. (Ebd. S 212)

In dem Kapitel *Der Situationskreis* stellen die Autoren ihre Konzeption zur Beschreibung der „Umwandlung neutraler Umgebung in eine *individuelle Wirklichkeit*, die sich von der *artspezifischen Umwelt* der Tiere vor allem durch ihre Mehrdeutigkeit unterscheidet“ (Ebd. S 262) vor. Durch den *Situationskreis* sollen so „die linearen Ursache-Wirkungs- bzw. Reiz-Reaktions-Modelle durch zyklische Modelle“ (Ebd. S 263) abgelöst werden.

Im darauf folgenden Kapitel *Die historische Dimension des Modells – dynamische und entwicklungspsychologische Aspekte* wird der *Situationskreis* durch einen Funktionskreis zu einer „dynamischen Einheit – einer Zeitgestalt“ (Ebd. S 343) ergänzt und erweitert. Mit dessen

Hilfe sollen bewusste Handlungen zwischen einem erwachsenen Ich und seiner Umwelt beschreibbar sein.

In dem Kapitel *Das Leib-Seele-Problem in psychosomatischer Sicht* definieren die Autoren die Begriffe *Körper* und *Psyche* und vervollständigen so ihren Entwurf zum bio-psycho-sozialen Modell.

In dem Kapitel *Die Lebensgeschichte als Informationsbasis* stellen die Autoren dar, „wie die individuelle Wirklichkeit, die den Menschen als feste, aber für den außenstehenden Betrachter unsichtbare Hülle umschließt, als Organ aufgefaßt werden kann“ (Ebd. S 422).

Innerhalb des letzten Kapitels *Die Konsequenzen des neuen Paradigmas für das ärztliche Handeln* wenden die Autoren ihre Gedanken auf ärztliche Problemfelder an. Dazu reflektieren sie die Arzt-Patienten-Beziehung und darin insbesondere die ärztliche Verantwortung.

Axel Bauer (Hrsg). *Theorie der Medizin. Dialoge zwischen Grundlagenfächern und Klinik* (Bauer 1995)

In dieser Vortragsammlung verfolgen zwölf Autoren aus den Fächern Zellulärpathologie, Biochemie, Schmerztherapie, Anatomie, Familientherapie, Humangenetik, Hygiene, Molekularphysiologie, Psychosomatik, Biometrie, Semiotik und medizinischer Psychologie das Anliegen, die Struktur ihrer Fächer begrifflich zugänglich zu machen. Dabei soll nicht im Fokus stehen, eine „konstruktivistische Metamedizin zu entwickeln, die zur widerspruchsfreien Synthese der heute existierenden einerseits krankheitsorientierten, andererseits patientenzentrierten Modelle führen könnte. Stattdessen sollte als ein erster, induktiver Schritt der schon in der akademischen Realität oft schwierige Dialog der medizinischen Grundlagenfächer untereinander und der Diskurs mit der Klinik gefördert und vertieft werden“ (Bauer 1995. S 3).

Friedrich Vogel, dem Autoren des in diesem Band erschienen Aufsatzes *Der Beitrag der Humangenetik zu einer Theorie der Medizin*, zufolge ist es gar nicht möglich, EINE *Theorie der Medizin* zu formulieren. Denn im Grunde sei die Medizin keine einheitliche Wissenschaft, sondern „um mit Platon [...] zu sprechen, eine *Téchne*“ (Ebd. S 79). Diese solle dem Arzt als „Anleitung zu sachgerechtem Handeln“<sup>3</sup> dienen. Zur Erarbeitung dieser Anleitung bediene sich die *Téchne* Medizin mehrerer verschiedener Wissenschaften, welche ihrerseits über *eigene* Theorien verfügten. (Vgl. Ebd. S 79)

---

<sup>3</sup> Vogel zitiert hier selbst aus: Wieland W. 1984. Erkennen in der Medizin. *Der Allgemeinarzt* 6. 129-132; 244-248.

Vogel verknüpft seinen medizinischen Theorie-Begriff mit dem System der Krankheitsbilder, in welchem komplexe wissenschaftliche Theorien ihren konkreten Ausdruck finden. Allerdings sei dieses „historisch gewachsen und logisch inkonsistent [...] und enthalte] auf ganz verschiedene Weise voneinander abgegrenzte und dazu noch oft willkürlich definierte, einander immer wieder überschneidende, mindestens aber durch Rand-Unschärfen beeinträchtigte Krankheitseinheiten“ (Ebd. S 81). Daraus zieht Vogel die Konsequenz,

daß verschiedene Fächer innerhalb der Medizin wenigstens teilweise verschiedene Krankheitssysteme benötigen, um ihre speziellen Ziele in Therapie oder Vorbeugung von Krankheiten zu erreichen. Dieser Tatbestand sollte ins Bewußtsein gehoben und ausdrücklich anerkannt werden; sonst kann es zu weitreichenden Mißverständnissen zwischen Vertretern verschiedener medizinischer Fächer kommen. (Ebd. S 82)

Für Vogel bedarf die Medizin demnach nicht einer (ohnehin nicht konsistent möglichen), sondern mehrerer klar eingegrenzter und konkret auf Einzelfälle anwendbarer Theorien.

Walter Bruchhausen und Heinz Schott. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (Bruchhausen und Schott, 2008)

Dieses Buch ist als Einführungswerk für Medizinstudierende und andere Interessierte in den gesamten Querschnittsbereich angelegt. Die GTE wird als eine Einheit dreier integraler Bestandteile aufgefasst. Ihr Sinn soll darin liegen, „einen Ort, an dem Medizin und Gesundheitswesen als Bestandteil der Kultur begriffen werden können [zu bieten und dazu] die historischen, kulturellen, religiösen Wurzeln des Menschenbildes in der Medizin bewusst“ (Bruchhausen und Schott 2008. S 17) zu machen.

Die Autoren verstehen unter der *Theorie der Medizin* „neben wissenschaftstheoretischen Fragen vor allem die theoretischen Grundannahmen oder Leitideen [...], die der medizinischen Anthropologie zugeordnet werden können: In erster Linie das Menschenbild der Medizin, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie das Arzt-Patienten-Verhältnis und das Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Normen“ (Ebd. S 7). Zur Beschreibung ihrer Konzeption der *Theorie der Medizin* führen die Autoren hier demnach bereits Inhalte an. Was *Theorie der Medizin* ist wird also eher durch Inhalte erklärt als eigens ausgelegt. Im Folgenden werden diese Inhalte genauer erläutert.

In einem Kapitel wird die *Arzt-Patienten-Beziehung* aus ihrer Geschichte heraus verstanden und ethisch mit Hinblick auf eine Handlungstheorie für Ärzte auch *medizintheoretisch* reflektiert. Zu Rate gezogene Philosophen und Konzepte dazu sind besonders *Aristoteles*, *Mill* (*Konsequentialismus*, *Utilitarismus*) und *Kant* (*Deontologie*).

Ein Kapitel befasst sich mit verschiedenen interkulturellen Ansätzen der Medizin, so werden die Konzepte der „modernen“ und „traditionellen“ Medizin, Krankheitsvorstellungen und Heilung in Afrika, Chinas und Indiens schriftliche Medizintradition, Lateinamerika und die Relikte indianischer Medizin, das gemeinsame mediterrane Erbe von Judentum, Christentum und Islam und europäische Naturheilkunde vorgestellt und ihrer Bedeutung für die medizinische Praxis reflektiert.

Einige der untersuchten Werke definieren keine eigene Konzeption der *Theorie der Medizin*. Stattdessen werden dieser Themen zugeordnet und behandelt. Diese Werke werden im Folgenden auf ihre inhaltlichen Schwerpunkte hin untersucht. Von besonderem Interesse sind dabei thematische Überschneidungen, deren Analyse in der Diskussion folgt.

Wolfgang U Eckart. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (Eckart 2013)

Diese Monographie ist als Kompaktkurs gedacht. Sie wurde erst zur siebten Auflage um das Kapitel *Theorie der Medizin* erweitert, welches sich als einziges von insgesamt zehn Kapiteln der *Theorie der Medizin* widmet. Dieses Kapitel soll als „kompakter und daher besonders aneignungsgeeigneter Überblick zur Medizinteorie“ (Eckart 2013. S 292) die Grundlagen der Thematik darlegen. In der Einleitung zu diesem Kapitel bezeichnet Eckart die *Theorie der Medizin* als eine Wissenschaft, welcher „immer noch sowohl eine verbindliche Definition [...] als auch ein anerkanntes Konzept [...] mit hinreichender Tiefenschärfe“ (Ebd. S 292) fehlten. Die folgenden zwei Abschnitte befassen sich mit der Verortung der modernen Medizin als Wissenschaft. Es werden die Philosophen *Bachelard, Canguilhem, Kuhn, Popper* und *Fleck* sowie die Begriffe *Paradigma, Wissensrevolution, Denkstil* und *Denkkollektiv* erläutert.

Im Anschluss daran befasst sich der Abschnitt *Krankheit und Gesundheit* mit den Begriffen *Pathos, Nosos, Aegritudo* sowie mit dem *medizinischen, -psychosomatischen, -Stress-Coping, -Risikofaktoren, -sozioökonomischen, Devianz - und Trauma-Konzept* sowie mit dem *Konzept multifaktorieller Krankheitsentstehung* in Anlehnung an die Medizinteoretiker *Pinel, Louis, Schipperges, Koch, Rothsuh, von Uexküll* und *Wesiack*.

Im letzten Abschnitt *Theoretische Grundbegriffe* stellt Eckart in kürzester Prägnanz folgende Begriffe vor: *Blindstudie (einfachblind, doppelblind, dreifachblind), Deduktion, evidence based Medicine, Experiment, Faktorenanalyse, Falsifikation/Verifikation, Gold Standard, Hypothese, Induktion, Korrelationsanalyse, Randomisierung, Regressionsanalyse, State of the Art* und *Variable*.



Heiner Fangerau und Jörg Vögele. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Unterrichtsskripte für die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf* (Fangerau und Vögele 2004)

Dieses Unterrichtsskriptum ist mit nur 149 Seiten besonders kurz. Es fasst sich explizit nicht als Lehrbuch auf, sondern soll „in knapper Form einen Überblick über die in der Lehrveranstaltung behandelten Themen bieten und damit sowohl den Kurs begleiten als auch der Nachbereitung des behandelten Stoffes dienen“ (Fangerau und Vögele 2004. S 7).

Am Anfang eines jeden Kapitels steht eine erklärende Einführung in das Thema sowie eine Erläuterung der Relevanz. Es beinhaltet die folgenden Kapitel: *ärztliche Identität, die epidemiologische Transition (soziokulturelle sowie ökonomische Aspekte), Öffentliche Gesundheit und der Wert des Menschen („Soziale Hygiene“, Rassenhygiene, Menschenökonomie), Utopien der Menschengzüchtung – Rassenhygiene (Grundüberlegungen und Genese der historischen Rassenhygiene), Beziehung zwischen Arzt und Patient (paternalistisches Modell, Modell des Informed Consent, Modell der partizipativen Entscheidungsfindung), Medizin als „moderne“ Lebenswissenschaft (Experiment, Institutionen, naturwissenschaftlich orientierte Medizin, evidenzbasierte Medizin), Naturheilkunde als Konzept der Medizin und Tod und Sterben.*

Thorsten Noack, Heiner Fangerau und Jörg Vögele. *Im Querschnitt. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (Noack et al. 2007)

Diese Aufsatzsammlung ist inhaltlich an die Struktur der GTE Vorlesung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf angelehnt. Die drei Teilbereiche der GTE werden „möglichst integriert behandelt, sodass die jeweiligen Quervernetzungen deutlich werden“ (Noack et al. 2007. S XIV). Folglich sind die Kapitel nicht nach Teilbereichen organisiert, sondern nach Inhalten. Eine eindeutige Zuordnung der Themen zu einem der Teilbereiche ist dabei unmöglich. Allerdings setzen verschiedene Fragestellungen natürlich unterschiedliche Binnenschwerpunkte innerhalb der GTE. Fragestellungen aus diesem Werk mit als *medizintheoretisch* einzustufenden Anteilen sind: *Ärztliche Identität, Die Beziehung zwischen Arzt und Patient, Medizin und Geschlecht, Sterben und Tod, Medizin und Ökonomie, Wissenschaftstheoretische Konzepte, Naturwissenschaftlich orientierte Medizin und alternative Konzepte der Medizin.*

Walter Krause. *Philosophikum für Mediziner* (Krause 2016)

Dieses Werk versteht sich als deskriptive Einführung in die Philosophie für Mediziner. Es arbeitet sich dazu an den großen Denkern der Medizinteorie ab und schafft so einen Überblick über die *Theorie der Medizin*.

Krause behandelt die Themen *integrierte Medizin, das Arzt-Patienten-Verhältnis (mit Blick auf Levinas), das Leib-Seele-Problem, Schmerz, die Suche nach dem guten Leben und Anthropologie (Philosophische und medizinische Aspekte und deren Bedeutung)*.

#### 4.2 Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland

Nachdem die *Theorie der Medizin* nun durch die Literatur eine theoretische Grundlage erhalten hat, wird das Augenmerk im Folgenden auf der Praxis liegen. Der folgende Abschnitt wird die Frage nach dem Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland behandeln und dazu jede medizinische Fakultät in Deutschland betrachten. Für 20 Fakultäten speist sich die Darstellung sowohl aus der Internetpräsenz der zuständigen Institute als auch aus persönlichem Kontakt mit zuständigen Lehrenden. Über fünf Fakultäten wird ausschließlich anhand der Internetpräsenz berichtet, da keine Reaktion auf die persönliche Kontaktanfrage erfolgte. Vier Fakultäten sind ausschließlich anhand des persönlichem Kontakts verzeichnet. Zwei Fakultäten haben keine eigene Lehre für die GTE. Von vier Fakultäten waren keinerlei Informationen auffindbar. Diese werden deshalb lediglich namentlich, jedoch ohne Rechercheergebnisse gelistet.

Eine Übersicht über die Lehre der GTE nach Instituten ist in Tab. 1 dargestellt. Eine ausführliche Darstellung findet sich im Anschluss an Tab. 1 im Fließtext. Auch die genauen Quellenangaben finden sich im Fließtext.

Tab 1. Übersicht über die Lehre der GTE nach Instituten

<b>Stadt</b> <i>Institut</i>	<b>Strukturen der Lehre der GTE</b>	<b>Medizintheoretische Inhalte</b>	<b>Leistungsnachweis</b>
Aachen <i>Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i>	GTE zusammen in einem Block. 6 Pflichtseminare, eines davon zur <i>Theorie der Medizin</i> . Begleitende Vorlesung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheits - und Normalitätsbegriff</li> <li>- Krankheitskonzepte</li> <li>- Theoretische Grundlagen</li> </ul>	Die Vorlesung schließt mit MC-Prüfung ab, die Seminare mit Kurzreferaten.
Berlin <i>Institut für Geschichte der Medizin</i>	Studiengang modularisiert: über das Studium hinweg 3 Seminare und 6 Vorlesungen an geeigneten Stellen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Experiment im Versuch. Die Grundlagen moderner Wissenschaft am Beispiel der Humboldtschen Selbstversuche</li> <li>- Wie Wissen entsteht</li> </ul>	In Modul-Abschluss-Klausur durch MC-Fragen mitberücksichtigt.
Bochum <i>Institut für medizinische Ethik und Geschichte der Medizin</i>	GTE in einem Block. Wöchentliche Vorlesung mit 2 SWS.	Keine eigens ausgewiesenen Inhalte: <i>Theorie der Medizin</i> in Geschichte und Ethik der Medizin enthalten.	MC-Prüfung.

<p>Bonn <i>Institute for Medical Humanities</i></p>	<p>GTE in einem Block. Vorlesungen und Seminare zu je 14 Stunden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medizinische Fehlbarkeit</li> <li>- Evidenzgenerierung in der Medizin</li> <li>- Wissenschaftlicher Status der Medizin</li> </ul>	<p>Die Vorlesung schließt mit MC-Prüfung ab, die Seminare mit Referaten und Gruppenarbeiten.</p>
<p>Dresden <i>Institut für Geschichte der Medizin</i></p>	<p>Vorlesung von 14 UE im WS und 4 UE im SS. Seminare von 10 UE im WS und 6 UE im SS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin seit der Antike bis 20. Jahrhundert</li> <li>- Ärztliches Handeln</li> <li>- Arzt-Patienten-Beziehung</li> </ul>	<p>Keine Angaben.</p>
<p>Duisburg-Essen Kein Institut</p>	<p>Keine eigene Lehre. Siehe bei Bochum.</p>		
<p>Düsseldorf <i>Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Lehre der GTE geteilt. <i>Theorie der Medizin</i> in das Modul <i>Diagnostisches Denken und Handeln</i> integriert. Vermittlung anhand des <i>4-Instrumente-Ansatzes</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheitskonzepte</li> <li>- Diagnostik</li> <li>- Semiotik</li> <li>- (De-) Medikalisierung</li> <li>- Stigmatisierung</li> <li>- Technisierung</li> <li>- System und Diskurse</li> </ul>	<p>In der Modul-Abschluss-Klausur durch MC-Fragen mitberücksichtigt.</p>

<p>Erlangen <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Wöchentlich zwischen Ethik und Geschichte der Medizin inhaltlich wechselnde Vorlesung. <i>Theorie der Medizin</i> darin mitberücksichtigt. Wahlpflichtseminar zu ausgewählten Themen.</p>	<p>- Methodologie der Histiographie - Theorie der Medizinethik - Epidemiologie</p>	<p>Die Vorlesung schließt mit Abschluss-Prüfung ab, die Seminare mit Referaten und aktiver Mitarbeit.</p>
<p>Frankfurt am Main <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i></p>	<p>GTE Block enthält Vorlesungen sowie Seminare. Die genaue Verteilung ist unklar.</p>	<p>Keine Angaben.</p>	
<p>Freiburg <i>Institut für Geschichte der Medizin</i></p>	<p>Keine Angaben.</p>		
<p>Gießen <i>Institut für Geschichte der Medizin</i></p>	<p>GTE wird integrativ verstanden und anhand zentraler Probleme unterrichtet. Vorlesung im ersten klinischen Semester. Wahlpflichtseminare im vierten Semester.</p>	<p>Variiert.</p>	<p>Prüfungsmodalitäten der Seminare werden mit dem jeweiligen Seminarleiter abgestimmt.</p>

<p>Göttingen <i>Institut für Ethik und Medizin der Geschichte</i></p>	<p>4 je zweistündige Wahlpflichtseminar-Sitzungen. Vorlesungseinheiten in anderen Modulen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Leben und Tod</i></li> <li>- <i>Krankheit und Gesundheit</i></li> <li>- Wann beginnt menschliches Leben?</li> <li>- Auf welchen Körpervorstellungen bauen Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen auf?</li> </ul>	<p>Die Seminare schließen mit ca. dreiseitigen Ausarbeitungen zu einer vorgegebenen Aufgabe ab.</p>
<p>Greifswald <i>Institut für Ethik und Geschichte der Medizin</i></p>	<p>Keine Angaben.</p>		
<p>Halle-Wittenberg <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i></p>	<p>7 Vorlesungseinheiten und 7 Seminareinheiten. <i>Theorie der Medizin</i> in diese eingeflochten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankheits- und Gesundheitsbegriff</li> <li>- Grundzüge der Wissenschaftstheorie</li> </ul>	<p>Abschluss-Klausur.</p>
<p>Hamburg <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Integrative Lehre mit Schwerpunkt auf Medizinethik. Vorlesung mit 3 Sitzungen und Seminar mit 6 Sitzungen.</p>	<p>Keine dezidiert medizintheoretischen Themen.</p>	<p>Ein Aufsatz mit ca 1.500 Wörtern zu einem von mehreren vorgeschlagenen Seminar-Themen. Die Vorlesung wird in der Modul-Abschluss-Klausur mitberücksichtigt.</p>

Hannover <i>Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin</i>	Keine Angaben.		
Homburg/Saarland Kein Institut. Lehre wird betreut durch den Direktor des <i>Instituts für Humangenetik</i>	Die GTE ist integrativ, keine gesonderte Binnenstruktur für die <i>Theorie der Medizin</i> . Wöchentlich stattfindende Vorlesung.	Keine dezidiert medizintheoretischen Themen.	MC-Prüfung.
Heidelberg <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i>	Die GTE ist integrativ. Vorlesung und Seminare in einer <i>Blockwoche</i> .	- Theoretische Konzepte (beispielsweise Flecks Denkkollektiv, Kuhns Paradigma) - Der ärztliche Blick	Keine Angaben.
Jena <i>Institut für Angewandte Ethik bzw. Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i>	Seit 2018 Neu-Strukturierung. 3 variierende Vorlesungen zur <i>Theorie der Medizin</i> sowie weitere Vorlesungen für Geschichte und Ethik. 1 Seminar mit ethischem Schwerpunkt.		MC-Prüfung.
Kiel <i>Institut für experimentelle Medizin</i>	Die GTE ist integrativ, der Schwerpunkt liegt auf Ethik. 8 Vorlesungseinheiten. 3 Pflichtseminare.	- Grundverständnis des Moral, - Ethik -und Dilemmabegriffs. - Einführung in Argumentationstheorie.	MC-Prüfung mit 20 Fragen.



<p>Köln</p> <p><i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Lehre (Stand: 2018) noch im Aufbau.</p>	<p>(Geplant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenschaftliches Schließen</li> <li>- Wie funktioniert Erkenntnisgewinn?</li> <li>- Wissenschaftliches Beweisen</li> <li>- Wissenschaftliche Methodik</li> <li>- Wissenschaftstheoretische Grundlagen der EbM</li> <li>- Abgrenzung von <i>Gesundheit</i> und <i>Krankheit</i></li> <li>- <i>Befund</i> und <i>Befindlichkeit</i></li> </ul>	<p>(Geplant)</p> <p>Ein etwa 5.000 Wörter starker Aufsatz zu einem vorgegebenen Thema.</p>
<p>Leipzig</p> <p><i>Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften</i></p>	<p>10 Vorlesungssitzungen, 3 Seminareinheiten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wesentliche medizinische Konzepte und Ätiologien und ihre erkenntnistheoretischen Vorannahmen</li> <li>- Unterschiede zwischen naturwissenschaftlich begründeter Medizin und traditionellen Heilweisen</li> <li>- Die Begriffe <i>science of medicine</i> und <i>art of medicine</i></li> </ul>	<p>Prüfung aus MC-Fragen, Zuordnungsaufgaben und kurzen Freitextaufgaben.</p>

<p>Lübeck</p> <p><i>Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsfortschung</i></p>	<p>Die GTE ist integrativ.</p> <p>Wöchentliche Vorlesung in zwei Teilen: zuerst Vortrag des Dozenten, danach durch <i>Study Team</i> geführte Diskussion.</p> <p>Zusätzlich 1 aus etwa 7 Angeboten zu wählendes Wahlpflichtseminar.</p>	<p>Variierend.</p> <p>Immer wieder Seminare zu dezidiert <i>medizintheoretischen</i> Themen.</p>	<p>In den Seminaren werden Referate erwartet, es schließt mit zweiseitiger Ausarbeitung zu einem vereinbarten Thema.</p> <p>Jedes <i>study team</i> legt zur moderierten Diskussion zwei schriftliche Ausarbeitungen vor.</p>
<p>Magdeburg</p> <p><i>Fachbereich für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Keine Angaben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Identität</li> <li>- Arzt und Patient</li> <li>- Wissen und Handeln</li> <li>- Töten und Sterben</li> <li>- Heilen und Züchten</li> <li>- Evidenz und Erkenntnis</li> <li>- Medizin und Gesellschaft</li> </ul>	<p>Keine Angaben.</p>
<p>Mainz</p> <p><i>Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i></p>	<p>Die GTE ist integrativ.</p> <p>Wöchentliche Einführungs- vorlesung im 5. Semester.</p> <p>7 Seminarsitzungen im siebten Semester mit etwa 40 Studierenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Evidenz, Wissen, Experiment</i></li> <li>- <i>Krankheit und Gesundheit</i></li> <li>- Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen</li> <li>- Arzt-Patienten-Beziehung</li> </ul>	<p>Die Seminare schließen mit mündlicher Prüfung:</p> <p>Jeder Studierende erstellt zu einem vorher vereinbarten Thema ein Poster, welches benotet wird und den Prüfungseinstieg darstellt.</p>

Marburg Kein Institut	Eigene Lehre nur für Ethik der Medizin. Geschichte und <i>Theorie der Medizin</i> von Gießen übernommen.		
München <i>Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin</i>	Keine Vorlesungen. 14 Kurs-Stunden (davon 12 Pflicht, 2 Wahlpflicht).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenschaftsstatus der Medizin</li> <li>- Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung</li> <li>- Konzepte der medizinischen Indikation</li> <li>- <i>Gesundheit und Krankheit</i></li> </ul>	MC-Prüfung.
Münster <i>Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin</i>	Vorlesungen und Wahlpflichtseminare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Wissenschaftstyp der Medizin</li> <li>- Krankheitskonzepte</li> </ul>	60 % aus abschließender MC-Prüfung und 40 % aus Seminaren mit variierendem Leistungsnachweis.
Oldenburg <i>Abteilung für Ethik in der Medizin</i>	Vorlesungen und Seminare.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das eigene Selbstverständnis als Ärztin/Arzt</li> <li>- Einführung in die Konzeption von Gesundheitssystemen</li> </ul>	Keine Angaben.
Regensburg Kein Institut. Lehre wird durch den Direktor des <i>Instituts für Anästhesiologie</i> betreut	Eigene Lehre ist nur für die Ethik der Medizin vorhanden. Die Geschichte der Medizin wird von Michael Stolberg (siehe Würzburg) betreut.	Keine Angaben.	

Rostock <i>Institut für Geschichte der Medizin</i>	Vorlesungen und Seminare.	Keine Angaben.	
Tübingen <i>Institut für Geschichte und Ethik der Medizin</i>	Einführungsvorlesung. Wahlpflichtseminare zu je 5 Doppelstunden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wissenschaftsstatus der Medizin in der Geschichte</li> <li>- Das Experiment und Wissensgewinnung in der Medizin</li> <li>- Krankheitsbegriff</li> <li>- Strukturen der ärztlichen Handlung</li> <li>- evidenzbasierte Medizin</li> </ul>	Die Vorlesung schließt durch MC-Prüfung mit 10 Fragen ab, das Seminar mit einem Referat mit schriftlicher Ausarbeitung.
Ulm <i>Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin</i>	Vorlesungen und Seminare in einer Blockwoche.	Keine Angaben.	
Würzburg <i>Institut für Geschichte der Medizin</i>	Vorlesungen in 9 Sitzungen, Wahlpflichtseminar mit 8 Sitzungen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulturanthropologische Ansätze</li> <li>- Kontingenz von Konzepten von <i>Gesundheit</i> und <i>Krankheit</i></li> <li>- Patientenperspektive auf Körper</li> <li>- Krankheit und Behinderung</li> </ul>	MC-Prüfung.

### *Aachen*

An der RWTH Aachen ist das *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Diese wird als ein Themenblock im zehnten Semester unterrichtet. Auf der Grundlage einer Vorlesung zur Geschichte der Medizin werden sechs Pflichtseminare angeboten. (Vgl. Internetquelle. Uniklinik RWTH Aachen. Lehre. Lehrprofil des Instituts. Pflichtlehre im Modellstudiengang Humanmedizin)

Der Institutsdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß ordnet nur eines dieser Seminare der *Theorie der Medizin* zu, nämlich jenes unter dem Titel *Krank – normal – anders?*. Gegenstand dieses Seminars seien der *Krankheits- und Normalitätsbegriff, Krankheitskonzepte* und *theoretische Grundlagen*. Geprüft wird der Stoff über eine, die gesamte GTE umfassende, MC-Klausur sowie durch Kurzreferate in den Seminaren. Groß habe mit dieser Vorgehensweise bislang positive Erfahrungen gemacht. Die Evaluierungen der Studierenden schwankten zwischen 1,6 und 1,8 in Schulnoten. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Groß vom 26.08.2018)

### *Berlin*

An der Charité in Berlin ist das *Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Humanmedizin wird als modularisierter Modellstudiengang unterrichtet. Die GTE ist dabei kein eigenes Modul, sondern es werden Themen aus diesem Querschnittsbereich an geeigneten Stellen in die Lehre mit einbezogen. Insgesamt verantwortet das Institut dabei über das gesamte Medizinstudium hinweg drei Seminare und sechs Vorlesungen. (Vgl. Internetquelle. Charité. Universitätsmedizin Berlin. Studium und Lehre)

Prof. Dr. phil. Thomas Beddies, stellvertretender Institutsleiter sowie Lehrkoordinator am Institut für Geschichte der Medizin, benennt insbesondere zwei Vorlesungen aus Modul 7 im zweiten Semester unter den Titeln *Das Experiment im Versuch. Die Grundlagen moderner Wissenschaft am Beispiel der Humboldtschen Selbstversuche* und *Wie Wissen entsteht* als dezidiert *medizintheoretische* Lehrbestandteile. Darüber hinaus, so Beddies, seien theoretische Inhalte an mehreren Stellen passend eingewoben, wenn auch nicht explizit als solche bezeichnet. Geprüft werde das Modul 7 in einer Abschlussklausur, in welcher auch einige MC-Fragen zu den o.g. Vorlesungen gestellt würden. Die Evaluation seitens der Studierenden sei dabei regelmäßig „im grünen Bereich“. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Beddies vom 04.10.2018. Zitat autorisiert.)

### *Bochum*

Das *Institut für medizinische Ethik und Geschichte der Medizin* der Ruhr-Universität Bochum ist sowohl für die Lehre der GTE in Bochum wie auch in Duisburg-Essen verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. Ruhr-Universität Bochum) In Bochum findet die Lehre der GTE geschlossen in Form einer Vorlesung im Umfang von zwei Semesterwochenstunden statt. Die *Theorie der Medizin* ist hier nicht Gegenstand einer eigenen Vorlesung, sondern wird in die Lehre der Geschichte und Ethik der Medizin integriert. Am Ende des Semesters steht eine MC-Klausur. Laut PD Dr. med. Stefan Schulz, dem koordinierenden Fachbereichsvertreter der GTE, seien die Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise „sehr gut“, er differenziert dabei nicht näher zwischen den beiden Universitäten. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Schulz vom 10.10.2018)

### *Bonn*

An der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn ist das *Institute for Medical Humanities* für die Lehre der GTE verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn) Prof. Dr. phil. Dr. med. Mariacarla Gadebusch Bondio leitet das Institut seit Februar 2017. Es gibt für die GTE eine Vorlesung und ein Seminar zu je 14 Stunden, die GTE wird als ein Block unterrichtet. Als dezidiert theoretische Inhalte des GTE Blocks gibt Gadebusch Bondio *medizinische Fehlbarkeit, Evidenzgenerierung in der Medizin* sowie den *wissenschaftlichen Status der Medizin* an. Die Vorlesung schließt mit einer MC-Klausur und die Seminare mit benoteten Referaten und Gruppenarbeiten ab, welche dann zu einer Endnote verrechnet werden. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Gadebusch Bondio vom 09.10.2018)

### *Dresden*

An der technischen Universität Dresden ist das *Institut für Geschichte der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Im Wintersemester werden Vorlesungen im Umfang von 14 Unterrichtseinheiten und Seminare im Umfang von zehn Unterrichtseinheiten angeboten. Im Sommersemester umfassen die Vorlesungen vier Unterrichtseinheiten und Seminare sechs Unterrichtseinheiten. (Vgl. Internetquelle. Technische Universität Dresden) Auf nachfragende E-Mails wurde mehrfach nicht reagiert. Zu den Lehrinhalten heißt es auf der Homepage des Instituts:

Übersicht zur Entwicklung der wissenschaftlichen Medizin seit Antike bis 20. Jahrhundert, wobei insbesondere die Voraussetzungen und Bedingungen zur Herausbildung der jeweils bestimmenden wissenschaftlich-konzeptionellen Grundlagen mit ihren

Auswirkungen auf die praktische Heilkunde in Diagnostik, Therapie, Prophylaxe und Nachsorge einschließlich der Spezialisierung der Medizin im Vordergrund stehen.

Ärztliches Handeln, Arzt-Patienten-Beziehung und die Rolle des Arztes unter dem Einfluss moralischer Denkmodelle auf die Medizin und Ausprägung einer ärztlichen Ethik unter den Bedingungen unterschiedlicher Gesellschaftsformationen.

Mit der Gewichtung der Schwerpunkte wird das Ziel verfolgt, zu einer vertieften [sic!] Anamnese und einem besseren Gegenwartsverständnis von Heilkunde und ärztlichem Selbstverständnis beizutragen, also aus der Geschichte heraus die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft zu bedenken. (Internetquelle. Technische Universität Dresden. Studium. Lehre)

### *Duisburg-Essen*

Die medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen verfügt nicht über ein eigenes Institut für die Lehre GTE. Die Lehre wird von der Ruhr-Universität Bochum gewährleistet. Es gibt keine ergiebige Internetquelle.

In einer E-Mail gab PD Dr. med. Stefan Schulz an, es gebe eine Vorlesung sowie jeweils eine Seminarstunde in Geschichte und Ethik der Medizin, sodass der gesamte GTE Block zusammen einen Umfang von zwei Semesterwochenstunden aufweise. Am Semesterende gebe es eine MC-Klausur. Die Erfahrung mit dieser Vorgehensweise beschreibt er als „sehr gut“. (Persönlicher Kontakt mit Schulz vom 10.10.2018)

### *Düsseldorf*

An der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist das *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Medizin ist in Düsseldorf ein modularisierter Modellstudiengang und die Lehre der GTE ist drei verschiedenen Blöcken im dritten Studienjahr zugeteilt: *Geschichte der Medizin* wird im Rahmen des Blocks *Infektion und Abwehr*, *Theorie der Medizin* im Rahmen des Blocks *Diagnostisches Denken und Handeln (DDH)* und die *Ethik der Medizin* im Rahmen des Blocks *Interdisziplinäre Entscheidungen* gelehrt. Am Ende des Semesters finden Blockabschlussklausuren statt, in denen auch die GTE Fragen zu mindestens 60% richtig beantwortet werden müssen. Darüber hinaus ist das Institut für die Gestaltung ständig variierender und unregelmäßig stattfindender Wahlpflichtfächer verantwortlich, welche die Studierenden nach Belieben wählen. (Vgl. Internetquelle. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Lehre)

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Heiner Fangerau, seit 2016 der Direktor des Instituts, gibt *Medizintheorie zu Krankheitskonzepten, Diagnostik, Semiotik, (De-)Medikalisierung, Stigmatisierung, Technisierung, System und Diskurse* als die dezidiert *medizintheoretischen*

Inhalte des DDH Blocks an. Laut Fangerau sind die Evaluierungen der Studierenden „normal gestreut“ und reichten von der Meinung, das Fach sei überflüssig, bis hin zu interessierter Begeisterung. Fangerau betont die Bedeutung der Wahlpflichtseminare. Hier gebe es regelmäßig ein Seminar zu Wissenschaftstheorie sowie unregelmäßig zu anderen Themen der *Theorie der Medizin*. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Fangerau vom 24.10.2018)

Fangerau war von 2008 bis 2012 (Gründungs-)Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm. Die Lehre der GTE wurde in diesem Zeitraum in Ulm in einen Block I *Ethik der Medizin* im vierten Studienjahr und einen Block II *Geschichte und Theorie der Medizin* im fünften Studienjahr unterteilt. Dezidiert für den Block II entwickelte Fangerau gemeinsam mit seinem Kollegen PD Dr. Igor Polianski den *4-Instrumente-Ansatz*<sup>4</sup> (The Four-Instrument-Approach) zur Lehre der *Geschichte und Theorie der Medizin* (Polianski und Fangerau 2012) der im Folgenden als ein Musterbeispiel der GT(E) Lehre detailliert dargestellt wird:

Auf der Grundlage einer Vorlesung schließt sich ein Seminar in fünf für alle Studierenden verpflichtende Einheiten an.

In der ersten Seminareinheit werden die Studierenden mit jenen vier Instrumenten vertraut gemacht, welche die Rahmenstruktur der folgenden Seminareinheiten darstellen und sie durch ihre eigenständigen Reflexionen führen sollen: *Paradigmen, Diskurse, soziale Systeme* und *Kosmologien* (cosmologies). Die Studierenden sollen die Inhalte der *Geschichte und Theorie der Medizin* nicht bloß als Fakten aufnehmen, sondern eine eigene und mithilfe der vier Instrumente methodisch reflektierte Stellung zu ihnen beziehen. Außerdem gibt es in dieser ersten Seminareinheit eine Einführung in die Themen, die den Inhalt des Faches ausmachen, nämlich in die *Grundprobleme der Epistemologie* (fundamental epistemological components) und in die grundlegenden Konzepte der Medizin und medizinischen Anthropologie: *Körper und Leib* (body and corpus), *Leiden und Schmerz, Sex und Gender, Gesundheit und Krankheit, Diagnose und Medizinisierung* (medicalization).

Die zweite Seminareinheit, die *Paradigma-Einheit*, ist der *Epistemologie* gewidmet. Zu Beginn wird Kuhns Begriff des *Paradigmas* eingeführt. An dem historischen Beispiel der medizinischen Signaturen (medical signatures) von Giambattista della Porta wird gezeigt, wie sich wissenschaftliche Lehrmeinungen gemäß Kuhn ändern. An dem historischen Beispiel der Entdeckung des Blutkreislaufes durch William Harvey wird diese Änderung weiter entwickelt

---

<sup>4</sup> Das diesem Abschnitt zugrunde liegende Paper ist in englischer Sprache verfasst. Zugunsten der flüssigen Lesbarkeit wurden einzelne Begriffe, Inhalte und Zitate vom Autor der vorliegenden Dissertation ins Deutsche übersetzt, in nicht eindeutigen Fällen sind zum besseren Verständnis in Klammern die ursprünglichen englischen Begriffe beigelegt.



zum Konzept der Prozesshaftigkeit von Wissen (scientific evolution). Den Abschluss dieser Einheit bildet eine Diskussion der Studierenden über die Frage, ob und inwieweit die moderne Medizin ihre *monoparadigmatische Reinheit* (monoparadigmatic purism) aufgibt.

Die dritte Seminareinheit, die *Diskurs-Einheit*, ist der *Interaktion zwischen Gesellschaft und Wissenschaft* gewidmet. Als soziohistorisches Beispiel dient hier die Entstehung von Badeurlauben und Meereskurorten: nachdem das kollektive Symbol des Meeres als etwas Ungeheures abgelöst worden war, entwickelten Wissenschaftler im England des 19. Jahrhunderts die Hydrotherapie. Die Studierenden sollen verstehen, dass die Entwicklung medizinischen Wissens und die Entwicklung von Kultur einander wechselseitig bedingen. Als Textgrundlage dient hierzu A. Corbins Buch *The Lure of the Sea: The Discovery of the Seaside in the Western World*. Außerdem wird in dieser Seminareinheit das *Konzept der Biopolitik* vorgestellt und politische Implikationen des Zusammenspiels von Wissenschaft und Gesellschaft beleuchtet. Die genaue Ausgestaltung dieses Seminaranteils variiert.

In der vierten Seminareinheit, der *Soziale-Systeme-Einheit*, werden ähnliche Inhalte herangezogen wie in der dritten Einheit, aber noch allgemeiner untersucht. Als historisches Langzeit-Beispiel wird die Epilepsie eingehend betrachtet, welche ursprünglich als heilige Krankheit göttlichen Ursprungs angesehen wurde. Erst Hippokrates stellte sich gegen diese Beschreibung der Krankheit und entmystifizierte sie (disenchantment of the disease). Es werden Heilmethoden durch die Geschichte hindurch verglichen und durch Diskussion mit den Studierenden der Punkt ausfindig zu machen versucht, an welchem Heilung von religiösem Kult getrennt wurde. Außerdem sollen auch die *sozialen Gefüge* (construction of social systems), in denen Krankheiten erst als solche konstituiert werden, kritisch hinterfragt werden. So sollen Studierende beispielsweise über die Frage diskutieren, ob und inwieweit der oft vorgebrachte gesellschaftliche Tadel an Schulmedizin, diese sehe in der Behandlung von Patienten einen Selbstzweck, gerechtfertigt ist.

In der fünften Seminareinheit, der *Kosmologien-Einheit*, werden empirische soziologische Studien herangezogen, um *Krankheitskonzepte* noch genereller in ihren gesellschaftlichen und mitunter irrationalen Kontext einzubetten. Die soziologische Grundlage bildet ein Buch von Bernhard Gill<sup>5</sup>, dessen kosmologische Grundkonzepte zu Anfangs kurz skizziert werden. Die Studierenden sollen die gesellschaftliche Debatte über den Ursprung von AIDS analysieren. Dazu sehen sie zunächst Ausschnitte aus Dokumentarfilmen über AIDS-Leugnung (AIDS denial). Danach werden sie in drei Gruppen eingeteilt, derer jede eine unterschiedliche

---

<sup>5</sup> Gill B. 2003. Streitfall Natur. Weltbilder in Technik- und Umweltkonflikten. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Erklärung (legend) über die Entstehung von AIDS bekommt. Die Studierenden analysieren diese Erklärungen hinsichtlich der *Kosmologien*, die ihnen zugrunde liegen, und stellen diese den anderen Gruppen in ihren eigenen Worten vor.

Von dieser Vorgehensweise erhoffen sich Fangerau und Polianski Folgendes:

The main goal is not merely to produce moral, humanistic physicians who are liberally educated [...] but, rather, to develop medical professionals who understand the basic theoretical background and possess the analytical skills necessary to negotiate the epistemological and cultural dimensions of the medical system. (Polianski und Fangerau 2012. S. 125)

Zwar könne Fangerau diese Lehrmethode in Düsseldorf nicht mehr umsetzen, weil das die dortige Modularisierung des Modellstudienganges nicht zulasse – in seinen Wahlpflichtseminaren aber orientiere er sich durchaus nach wie vor noch an dem *4-Instrumente-Ansatz*. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Fangerau vom 24.10.2018)

### *Erlangen*

An der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre im Bereich GTE verantwortlich. Den Lehrstuhl für Medizingeschichte bekleidet Prof. Dr. med. Karl-Heinz Leven, den für Ethik in der Medizin Prof. Dr. med. Andreas Frewer, MA. Die Lehre für das Gebiet GTE findet hier mit zwei Semesterwochenstunden im dritten klinischen Semester statt. Die Dozenten Leven und Frewer wechseln sich im Wochentakt mit dem Halten der Hauptvorlesung ab. Diese wird am Semesterende geprüft. Zusätzlich zur Hauptvorlesung wählt jeder Studierende einen aus insgesamt etwa 14 bis 16 Kursen, in denen einzelne Themen aus den Bereichen der Medizingeschichte, *Medizintheorie* oder Medizinethik problematisiert und vertieft werden. In diesen Kursen wird aktive Mitarbeit in Form eines Kurzreferates erwartet. (Vgl. Internetquelle. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Lehre. Q2-GTE)

Im persönlichen Kontakt betont Frewer, dass natürlich auch die *Theorie der Medizin* bzw. *Philosophy of Medicine*, *Metamedicine* oder *Wissenschaftstheorie* in Erlangen unterrichtet werde, darüber solle die Aufteilung in Medizinethik und Medizingeschichte nicht hinwegtäuschen. Diese spiele besonders in die *Methodologie der Historiographie* wie auch in die *Theorie der Medizinethik* hinein, so etwa beim *Leib-Seele-* bzw. *Materie-Geist-Problem* oder auch in der *Entscheidungs- und Handlungstheorie als Basis für Fragen der ärztlichen Praxis*. *Epistemologische Fragen* seien immer – so bereits im Kurs für Medizinische Terminologie, den dasselbe Institut verantwortet – implizit vorhanden und würden auch behandelt. Mehrere von Frewer herausgegebene Fachbuchreihen thematisieren explizit die

GTE-Trias – insbesondere: *Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik* (42 Bände), *Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* (20 Bände) und die Reihe *Geschichte und Philosophie der Medizin/History and Philosophy of Medicine* (14 Bände). Frewer hofft, auf diese Weise einen Beitrag zum Erkenntniszuwachs der Studierenden hinsichtlich ihres Reflexionsvermögens und des Hinterfragens von Wissen auch in der Ärzteschaft leisten zu können. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Frewer vom 02.10.2018. Absatz autorisiert.)

#### *Frankfurt am Main*

An der Goethe-Universität Frankfurt am Main ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Diese findet im zweiten klinischen Semester in einem Block statt. Prof. Dr. med. Dr. phil. Udo Benzenhöfer hält im Sommersemester eine Vorlesung mit sieben Sitzungen, in denen die *Theorie der Medizin* allerdings nicht explizit vorzukommt, sondern das Augenmerk auf Geschichte und Ethik liegt. Darüber hinaus werden vier Blockseminare mit Themen aus der Geschichte und Ethik der Medizin abgehalten. (Vgl. Internetquelle. Goethe-Universität Frankfurt am Main. Lehre)

Weitere Informationen gehen aus der Homepage des Instituts nicht hervor. (Stand: Juni 2020)  
Für eine ausführlichere Beantwortung der Fragen fehlte Benzenhöfer unglücklicherweise die Zeit. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Benzenhöfer vom 15.08.2018)

#### *Freiburg*

Über die Gestaltung der Lehre der GTE an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg liegen keine Informationen vor. Das *Institut für Ethik und Geschichte der Medizin* gibt im Internet keinerlei Auskunft zur Lehre der GTE. Eine Nachfrage bei der Fachschaft in Freiburg wurde mit dem Hinweis auf Prof. Dr. med. Giovanni Maio, MA. beantwortet, der für die Lehre zuständig sei. Auf mehrere E-Mails in Abständen von einigen Monaten kam von Maio keine Antwort. (Vgl. Internetquelle. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)

#### *Gießen*

An der Justus-Liebig-Universität Gießen ist das *Institut für Geschichte der Medizin* mit der Lehre der GTE betraut. Die Vorlesung findet im ersten klinischen Semester statt, die Seminare im vierten. (Vgl. Internetquelle. Justus-Liebig-Universität Gießen)

Prof. Dr. med. Volker Roelcke, MA. ist geschäftsführender Direktor des Instituts. Er berichtet, dass es in den meisten Jahren acht oder neun Seminare angeboten werden, aus denen die Studierenden eines auswählen. Vorgestellt werden diese – nach Möglichkeit von den Dozenten, die sie halten – am Semesterbeginn, sodass die Studierenden ihre Auswahl nach ihrer

Interessenlage treffen können. Form und Inhalt der Leistungsnachweise variieren zwischen den einzelnen Seminaren und werden mit den jeweiligen Dozenten abgestimmt. Möglich sind die Kombination aus einem Referat und einem Thesenpapier oder einer Hausarbeit sowie die Kombination aus kurzen schriftlichen Antworten auf zwei Fragen mit Bezug auf den zu lesenden Text einer jeden Seminareinheit (so wird die Lektüre der Texte sichergestellt) und einem Abschlussessay. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Roelcke vom 03.11.2018)

Roelcke hält es für nicht angemessen, GTE in separaten Unterrichtseinheiten additiv zu lehren. Denn es könne die Geschichte der Medizin ohne systematischen Blick auf die *situativ jeweils vorhandenen begrifflichen und theoretischen (inkl. anthropologischen) Prämissen* und die ebenfalls *jeweils spezifischen situativen Wertvorstellungen und Wertehierarchien* nicht angemessen rekonstruiert und verstanden werden. Ebenso könnten *zentrale Begriffe, theoretische Prämissen und Wertevorstellungen, Wertehierarchien und normative Debatten* nicht ohne ihre Veränderung über die Zeit und die Frage nach ihrem Zustandekommen verstanden und analysiert werden. Folglich werde GTE integriert und exemplarisch anhand zentraler Probleme der Medizin sowie der Gesundheitsversorgung unterrichtet. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Roelcke vom 04.11.2018. Absatz autorisiert.)

### *Göttingen*

An der Georg-August-Universität Göttingen ist das *Institut für Ethik und Geschichte der Medizin* für die Lehre der GTE zuständig. Diese wird hier in GTE I (mit Geschichte und Theorie) und GTE II (mit Ethik) unterteilt, die zu einer einheitlichen Leistungsbewertung zusammengefasst werden. Zusätzlich zu den Blöcken der GTE I und GTE II gibt es in Göttingen weitere Lehrveranstaltungen des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin im Rahmen anderer Module, beispielsweise eine zweistündige Vorlesung im Modul 5.1 *Nervensystem und Psyche* mit ethischen Inhalten. Die Inhalte dieser Vorlesungen werden im Rahmen der jeweiligen Modulklausuren mitgeprüft. Außerdem bietet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin regelmäßig Lehre im Rahmen der Wahlpflichtfächer an. (Vgl. Internetquelle. Georg-August-Universität Göttingen. Lehre. GTE 1)

Die vorliegende Arbeit legt besonderes Augenmerk auf die Lehre der GTE I. Das Modulkript für die Lehre der GTE ist auf der Institutshomepage veröffentlicht. Es gibt als Lernziele für die gesamte GTE im Allgemeinen an:

- die Studierenden für historische, philosophische und ethische Dimensionen ärztlichen Handelns zu sensibilisieren,
- am Einzelbeispiel Einblick in den historischen Ursprung von Fragestellungen und Problemen der modernen Medizin zu ermöglichen,

- die praktischen Fertigkeiten im Umgang mit ethischen Konflikten in der Medizin zu schulen,
- Interesse für eine weitergehende Beschäftigung mit Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin zu wecken. (Wichtige Informationen zur Geschichte Theorie und Ethik der Medizin, S. 2)

Für die *Theorie der Medizin* im Speziellen wird im Modulkript folgendes Ziel angegeben:

Die „Theorie der Medizin“ befasst sich mit *grundlegenden Begriffen, Konzepten und Prinzipien* der modernen Medizin und den damit verbundenen Fragestellungen. Ziel ist es, ein Verständnis für die historische, theoretische und soziokulturelle Dimension medizinischer Konzeptionen von Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit zu entwickeln. Hierzu gehören z.B. Antworten auf die Fragen: „Was ist Krankheit und was ist Gesundheit?“, „Wann beginnt und endet menschliches Leben?“ oder „Auf welche Körpervorstellungen bauen Krankheits- und Gesundheitskonzepte auf?“. (Ebd. S 3)

Um diese Ziele zu realisieren, gibt es im GTE I Block vier zweistündige Seminareinheiten. Die Studierenden können aus verschiedenen Seminarthemen mit medizinhistorischem und medizintheoretischem Schwerpunkt wählen, das Angebot variiert von Semester zu Semester. In den Seminareinheiten werden Texte diskutiert, die den Studierenden rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden und von ihnen zu lesen und mitzubringen sind. (Vgl. Ebd. S 3f) Zur Leistungskontrolle ist von jedem Studierenden eine ca. dreiseitige wissenschaftliche Ausarbeitung zu einer von drei vorgegebenen Aufgaben aus dem jeweiligen Seminar zu verfassen. Diese Ausarbeitung wird mit maximal vierzig Punkten bewertet. In GTE I und GTE II zusammen können maximal hundert Punkte erreicht werden. (Vgl. Ebd. S 6)

Dr. phil. Katharina Beier ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen. In einem Telefonat berichtet Beier von durchweg positiven Erfahrungen mit der Lehre der GTE in Göttingen. Zwar sorge das Arbeiten an und Diskutieren von konkreten Texten unter den Medizinstudierenden, die diese Vorgehensweise zumeist nicht gewohnt seien, oft anfänglich für Irritation, werde nachher aber meistens positiv aufgenommen. Auch das Verständnis der Texte seitens der Studierenden sei erfolgreich. Die Vorbereitung der Seminare sei für die Dozenten sehr aufwändig, müssten doch Texte für die Seminareinheiten gefunden werden. Dazu lese Beier in der semesterfreien Zeit oft tagelang in Kompendien oder Aufsatzsammlungen. Dennoch beschreibt sie ihre Erfahrungen mit der Lehre der GTE in Göttingen als positiv. Auch werde die Lehrveranstaltung von Studierenden sehr gut evaluiert. (Persönlicher Telefon Kontakt mit Beier vom 20.9.2018)

### *Greifswald*

An der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald ist das *Institut für Ethik und Geschichte der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Auf der Institutshomepage sind keine relevanten Informationen zur Ausgestaltung der Lehre veröffentlicht (Stand: Juni 2020) und auf mehrere nachfragende E-Mails wurde nicht reagiert. (Vgl. Internetquelle. Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald)

### *Halle-Wittenberg*

An der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Es werden sieben Vorlesungseinheiten zu je zwei Stunden angeboten, welche insbesondere historische und ethische Schwerpunkte setzen. Zusätzlich müssen die Studierenden sieben doppelstündige Seminarsitzungen besuchen, von denen drei historische und vier ethische Themen vertiefen. (Vgl. Universitäts-Klinikum Halle-Wittenberg. Studium)

Auf nachfragende E-Mails antwortete Dr. med. Florian Bruns, M.A., ein wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts, dass die *Theorie der Medizin* in den Vorlesungen und Seminaren mitberücksichtigt werde, ihr jedoch keine eigene Sitzung gewidmet sei. So würden die Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit* definiert und die *Grundzüge der Wissenschaftstheorie* dargestellt. Auch die Klausur stelle Fragen zur *Theorie der Medizin*, allerdings nicht systematisch, sondern an andere Thematiken angegliedert. Da sowohl er selbst wie auch der Direktor des Instituts noch sehr neu in ihren Positionen seien, könne Bruns noch keine dezidierte Auskunft über die Erfahrung mit dem Lehransatz geben. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Bruns vom 24.08.2018)

### *Hamburg*

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* mit der Lehre der GTE betraut, allerdings wird hier in anderer Reihenfolge formuliert: GET. (Vgl. Internetquelle. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) Es sind drei Vorlesungen im Modul D1 (zweites Semester) sowie ein GET-Seminar (Modul D3: achtens/neuntes Semester) mit sechs Terminen (medizinethische und medizinhistorische Themen) zu absolvieren. Die Prüfungsleistung besteht aus einer Hausarbeit (Umfang 1.500 Wörter oder gut vier Manuskriptseiten) zu den Themen, die im Seminar behandelt werden. Die Studierenden bekommen dazu Themenvorschläge, von denen sie einen auswählen. Die Hausarbeit wird mit maximal zehn Punkten bewertet, die Teil des 100 Punkte umfassenden

Modulabschlusses in Modul D sind. Die Vorlesungsinhalte in D1 werden im Rahmen der MC-Modulabschlussklausur geprüft und machen von dieser 10% des Umfanges aus. (Vgl. Ebd. Lehrangebote & Fortbildungen)

PD Dr. phil. Rebecca Schwoch ist stellvertretene Institutsleiterin. Sie fasst die *Geschichte* und die *Ethik der Medizin* selbst als dezidiert theoretische Fächer auf und gibt der *Theorie* in GTE keinen eigenen Schwerpunkt. Auch Ethik und Geschichte seien oft schwer voneinander zu trennen, drängten sich doch auf Basis der Sachlage beispielsweise der Medizin im Nationalsozialismus ethische Fragestellungen ganz von selbst auf. Ethische Fragestellungen seien umgekehrt genauso erst aus ihrer Historie heraus wirklich nachvollziehbar. Folglich sei die Lehre des Querschnittsbereichs GTE in Hamburg integrativ.

Vier der sechs von jedem Studierenden zu absolvierenden Seminareinheiten hätten ein klares Thema: ethische und rechtliche Aspekte am Beginn des Lebens, ethische und rechtliche Aspekte am Ende des Lebens, Tier- und Menschenversuche/Forschungsethik (hier seien eindeutig Fragestellungen der *Theorie der Medizin* mitadressiert) und Medizin im Nationalsozialismus. Die zwei übrigen Seminareinheiten lägen in der Verantwortung der Dozenten bzw. werden mit den Studierenden gemeinsam ausgewählt. Die Themen der Einführungsvorlesung seien laut Schwoch folgende: die Geschichte des Schwangerschaftsabbruches, die Geschichte des Kindes als Patient sowie eine Einführung in die Ethik.

Bei den Studierenden komme diese Herangehensweise an die GTE (oder GET) gut an, die Evaluierung schwanke regelmäßig zwischen 5,2 und 5,4, wobei 6 der maximal erreichbare Wert sei. In der Freitextevaluation gäben die Studierenden regelmäßig an, dass ihnen die detaillierte Diskussion über die Themen gefalle und einen erfrischenden Kontrast zum Rest des Medizinstudiums, für welches sehr viel auswendig gelernt werden muss, darstelle. Zwar falle Schwoch auf, dass ein nicht geringer (sie schätzt ca. ein Viertel) Anteil der Studierenden mit der systematischen, geisteswissenschaftlichen Denkweise überfordert sei, dennoch sei die Evaluierung positiv und die Motivation der Studierenden meist sehr hoch.

Über dieses Pflichtprogramm hinaus sei das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Gestaltung verschiedener *2<sup>nd</sup> tracks* beteiligt. Diese bezeichnen viertiefende Lehrveranstaltungen im Rahmen des Wahlpflichtbereiches, die von den Studierenden als feste Sets gewählt werden: hat sich der Studierende im fünften Semester für einen *2<sup>nd</sup> track* entschieden, behält er diesen bis zum zehnten Semester bei. Im zehnten Semester verfasst er eine Studienarbeit, die thematisch idealerweise aus dem gewählten *2<sup>nd</sup> Track* kommt. Hier würden manchmal, so Schwoch, auch dezidiert medizintheoretische Aspekte wie die Frage

nach *Gesundheit* und *Krankheit* besprochen, beispielsweise in dem 2<sup>nd</sup> *Track psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung*.

Zudem seien die Lehrenden des Hamburger Instituts in weiteren Modulen mit Vorlesungen vertreten, beispielsweise mit ethisch-historischen Aspekten der Palliativmedizin. Außerdem bänden sie aktiv ihr Medizinhistorisches Museum Hamburg mit historisch-ethischen Themen in die Lehre ein. Schwoch selbst ist mit der Lehre ihres Instituts grundsätzlich sehr zufrieden. (Persönlicher Telefon Kontakt mit Schwoch vom 05.11.2018. Gesamter Abschnitt autorisiert.)

### *Hannover*

An der medizinischen Hochschule Hannover ist das *Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Alle weiteren Informationen diesbezüglich sind auf der Homepage nicht öffentlich zugänglich (Stand: Juni 2020). (Vgl. Internetquelle. Medizinische Hochschule Hannover) Auf mehrere nachfragende E-Mails wurde nicht reagiert.

### *Homburg/Saarland*

Das Universitätsklinikum des Saarlandes hat keine institutionelle Struktur für die Lehre der GTE. Eine Internetquelle liegt demnach nicht vor. Eine nachfragende E-Mail wurde von Seiten der Fachschaft mit dem Verweis auf den Humangenetiker Prof. Dr. med. Wolfram Henn beantwortet. Henn beantwortete eine nachfragende E-Mail mit folgenden Angaben:

Er selbst sei der einzige Hochschullehrer der Universität, der für Ethik der Medizin (Zweit-Venia legendi zusätzlich zu Humangenetik) habilitiert sei. Außer ihm gebe es in Homburg keinerlei weitere personelle oder gar institutionelle Strukturen für die GTE. Er halte über ein Semester eine Vorlesung im Umfang einer Semesterwochenstunde im Wechsel mit anderen Hochschullehrern (aus der Pädiatrie, Transplantationsmedizin, Palliativmedizin und Psychiatrie), welche ohne gesonderte Binnenstruktur die gesamte GTE abdecke. Am Ende gebe es eine Klausur vom Multiple Choice Typ.

Henn ist mit diesem Lehrkonzept selbst nicht zufrieden, aber mehr sei ihm im Rahmen der gegenwärtigen Strukturen in Homburg nicht möglich. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Henn vom 25.10.2018. Gesamter Abschnitt autorisiert.)

### *Heidelberg*

An der Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. Ruprechts-Karls-



Universität Heidelberg) Direktorin des Instituts ist seit dem 01.02.2018 Prof. Dr. phil. Karen Nolte. Als Antwort auf eine nachfragende E-Mail erläutert Nolte das Lehrkonzept des Heidelberger Curriculum Medicinale. GTE werde vier Mal pro Semester in einer Blockwoche mit jeweils verschiedenen Studierenden unterrichtet. Zum Inhalt schreibt Nolte:

Zu Beginn der Blockwoche stelle ich theoretische Konzepte wie Ludwik Flecks Denkkollektiv und Thomas Kuhns Paradigmenwechsel vor und erläutere die dadurch geprägte wissenschaftshistorische Perspektive auf die Geschichte der Medizin. Zudem gehe ich auf methodisch-theoretische Überlegungen zur Problematik der retrospektiven Diagnostik ein und erläutere Konzepte wie "Geschichte von unten" (=History from below) zur Patientengeschichte und Geschlechtergeschichte der Medizin. In den einzelnen Vorlesungen und Seminaren soll möglichst GTE miteinander verbunden gelehrt werden. Wir kommen auf die in der Einführung erläuterten theoretischen Konzepte zurück und bringen neue Theorien ein, die für das spezifische Thema relevant sind.

[...]

Ein Beispiel sei noch genannt. Ich halte eine Vorlesung, in der ich die historische Entwicklung des medizinischen und ärztlichen Blicks erläutere und theoretisch mit Theorien wie Foucaults Arbeiten zum "ärztlichen Blick", Ludwik Flecks Problematisierung des medizinischen Blicks, Rainer Wettrecks Modell des medizinischen und ärztlichen Blicks sowie Martina Heßlers Buch zu den "konstruierten Sichtbarkeiten" heranziehe. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Nolte vom 20.09.2018. Zitat autorisiert.)

Nolte etabliere diese Lehrstruktur neu an dem Institut und sei darin noch in der Erprobung. Auf Nachfragen bezüglich der Rückmeldung der Studierenden könne Nolte demnach noch keine Auskunft geben. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Nolte vom 20.09.2018. Gesamter Abschnitt autorisiert.)

### *Jena*

An der Friedrich-Schiller-Universität Jena war bis 2018 das Institut für Geschichte der Medizin mit der Lehre der *Theorie der Medizin* betraut. Nach dem Tod dessen kommissarischen Direktors PD Dr. phil. Jürgen Kiefer übernahm das Institut für Angewandte Ethik unter der Leitung von Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler die Lehre der GTE, welche seither nur für den Teilbereich Ethik final strukturiert wurde. Knoepffler ist auch der kommissarische Direktor des neu gegründeten *Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. (Vgl. Internetquelle. Friedrich-Schiller-Universität Jena)

Die letzten zwei Jahre hielten neben Knoepffler selbst Tina Rudolph, Mitarbeiterin am Institut für Angewandte Ethik sowie am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, und Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin, Vorlesungen zur *Theorie der Medizin* im fünften Semester. Die Abschluss-Prüfung fand als MC-Klausur statt und umfasste beide Teilbereiche. Die Lehre der Ethik fand bislang im zehnten Semester statt und umfasste neben Vorlesungen auch ein Seminar. (Persönliche Kontakte mit Tina Rudolph sowie Prof. Dr. Bernhard Strauß seit 2016)

### *Kiel*

An der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel ist das *Institut für experimentelle Medizin* zuständig für die Lehre der GTE. (Vgl. Internetquelle. Christian-Albrechts-Universität) Die kommissarische Leitung liegt bei Dr. med. Annette Rogge.

Rogge gibt an, dass der Schwerpunkt der Lehre der GTE eindeutig auf Ethik liege. So hätten sechseinhalb der insgesamt acht Vorlesungen des GTE Blocks rein ethische Inhalte. Eine Vorlesung befasse sich dezidiert mit der Geschichte ausgewählter medizinethischer Probleme und die Hälfte einer Vorlesung sei der *Theorie der Medizin* gewidmet. Hier vermittele Rogge ein Grundverständnis der Begriffe *Moral*, *Ethik* und *Dilemma*. Außerdem gebe sie eine Einführung in *Argumentationstheorie*. Die Vorlesungen seien jederzeit diskussionsoffen gehalten. Zusätzlich zu den acht Vorlesungen gebe es drei Pflichtseminare für jeden Studierenden. In diesen werde aus der Theorie Praxis, indem reale Fälle aus dem Klinikalltag gezeigt würden. Zu diesem Anlass gingen die Studierenden auf einzelne Stationen, welche Näheres zu dieser Lehrveranstaltung selbst und unterschiedlich festlegten. So würden sie mit ethischen Problemen des Klinikalltags unmittelbar, nicht bloß theoretisch, konfrontiert.

In den Vorjahren, so Rogge, sei diese Vorgehensweise von den Studierenden durchweg positiv aufgenommen worden, nämlich als drittbeste Lehrinheit des gesamten Studiums. Sie selbst hätte sich von den Studierenden mehr Diskussionsbereitschaft in den Vorlesungen gewünscht, sei aber grundsätzlich auch zufrieden mit diesem Konzept der Lehre. Die Abschlussprüfung besteht aus zwanzig MC-Fragen. (Persönlicher Telefon Kontakt mit Rogge vom 23.10.2018. Gesamter Abschnitt autorisiert.)

### *Köln*

An der Uniklinik Köln ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Der kommissarische Leiter des Instituts ist Prof. Dr. med. Axel Karenberg. (Vgl. Internetquelle. Uniklinikum Köln) Karenberg gibt an, dass der Fokus der Lehre in Köln bislang noch auf Geschichte und Ethik der Medizin gerichtet ist, die Lehre der *Theorie der Medizin* befinde sich noch im Aufbau (Stand: November 2018).

Für den GTE Block für Humanmediziner plane Karenberg bereits in der Vorklinik ein Modul, in welchem folgende Themen der *Theorie der Medizin* behandelt werden sollen: *Wissenschaftliches Schließen: das Problem der Induktion, Kausalität, Korrelation; Wie funktioniert Erkenntnisgewinn?; Wissenschaftliches Beweisen: Falsifikationismus bzw. kritischer Rationalismus (Popper); wissenschaftliche Methodik: quantitatives und qualitatives Paradigma; wissenschaftstheoretische Grundlagen der EbM; Abgrenzung Gesundheit und*

*Krankheit: Gesundheitstheorien als Beispiel für den Einfluss von Paradigmenwechseln in der Wissenschaft (u.a. am Beispiel des DSM); Befund und Befindlichkeit: wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinischen Praxis (Objektivität/Subjektivität).* Als Abschlussprüfung stelle sich Karenberg einen ca. 5.000 Wörter starken Aufsatz zu vorgegebenen Themen vor.

Gegenwärtig gestalte Karenberg eine Lehrveranstaltung mit vergleichbaren Inhalten für einen Studiengang der klinischen Pflege, mit der er bislang sehr gute Erfahrungen gesammelt habe. Es stehe indes noch aus, wann er seine Pläne umsetzen könne. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Karenberg vom 02.11.2018. Gesamter Abschnitt autorisiert.)

### *Leipzig*

An der Universität Leipzig ist das *Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* für die Lehre der GTE verantwortlich. Die verantwortliche Lehrkraft ist Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha. Auf der Grundlage von insgesamt zehn Vorlesungseinheiten gibt es zusätzlich drei Seminareinheiten mit ausgewählten Inhalten der Vorlesung. Zu jeder dieser Einheiten ist der Lernzielkatalog auf der Homepage des Instituts veröffentlicht. (Vgl. Internetquelle. Universität Leipzig. Lernzielkatalog zur Vorlesung)

Die *Medizintheorie* ist das erste Thema der ersten Vorlesungseinheit. Als Lernziele benennt der Lernzielektatalog für diesen Teil:

#### **Medizintheorie**

##### **a) Wissen**

Die Studierenden sollen:

Die Forschungsgegenstände der Medizintheorie kennen.

Wesentliche Arten medizinischer Konzepte und Ätiologien kennen und Beispiele nennen können.

Die zugehörigen erkenntnistheoretischen Vorannahmen (Axiome) mit ihren Vor- und Nachteilen kennen.

Wesentliche methodische Unterschiede zwischen naturwissenschaftlich begründeter Medizin und traditionellen Heilweisen nennen können.

Die Begriffe „science of medicine“ und „art of medicine“ erklären können.

##### **b) Verstehen**

Die Studierenden sollen:

Medizin als Anwendung von Arbeitshypothesen betrachten können.

Die Funktion von Geschichte im Medizinstudium einordnen können. (Vgl. Ebd. S 2)

Auf eine nachfragende E-Mail antwortete Riha, dass sie das Fach Erkenntnistheorie im Rahmen der *Theorie der Medizin* für zu schwer verständlich für Studierende sowie generell überflüssig halte – und folglich auch nicht lehre. Viel eher fasse sie die *Theorie der Medizin* als eine *Klärung von Grundbegriffen* (z.B.: ethisch *Verantwortung* oder historisch *Humanismus*) sowie eine *Vorstellung von Konzepten* (z.B. *Humoralpathologie* oder *Iatrodynamismus*) auf. Diese weise sie allerdings weder in Lehre noch in der Klausur eigens aus, sondern betreibe sie im

Rahmen der Lehre der *Geschichte und Ethik der Medizin*. Die Klausur bestehe aus MC-Fragen, Zuordnungsaufgaben sowie einigen kurzen Freitext-Aufgaben. In der Evaluierung falle auf, dass überraschend viele Studierende das fünfte Semester als zu früh für die Lehre der GTE empfänden. Das könne Riha allerdings aufgrund der Komplexität des Strukturstundenplans kaum ändern. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Riha vom 05.09.2018)

### *Lübeck*

An der Universität zu Lübeck ist das *Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck* für die Lehre der GTE verantwortlich. Institutsdirektor ist seit 2007 Prof. Dr. med. Cornelius Borck. In der Lehre der GTE für Humanmediziner, die im fünften Semester stattfindet, arbeiten zwei Lehrstühle eng zusammen: Borck ist habilitiert für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte und stellt die Lehre für *Geschichte und Theorie der Medizin* sicher. Prof. Dr. phil. dipl. biol. Christoph Rhemann-Sutter ist in Philosophie habilitiert und bekleidet die Professur für Theorie und Ethik der Biowissenschaften. Rhemann-Sutter gestaltet den Bereich *Ethik der Medizin*. (Vgl. Internetquelle. Universität zu Lübeck. Lehre. Medizin. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin)

Grundlage der Lehre der GTE ist eine wöchentliche Vorlesung im Umfang von zwei SWS. Sechs Einheiten liest Borck, fünf Rhemann-Sutter und zwei zusätzliche Prof. Dr. rer. nat. Burghard Weiss. Jede Vorlesung ist zweigeteilt zwischen dem Dozenten und einem *Study Team*, das im Vorfeld durch das Studiendekanat definiert wurde und aus acht bis neun Studierenden besteht. In der ersten Hälfte hält der Dozent seinen Vortrag. In der zweiten Hälfte sind die Studierenden der *Study Teams* dazu angehalten, für alle Vorlesungsbesucher eine Diskussion zu moderieren. Ihnen obliegt dabei die genaue Gestaltung, so können sie Filme oder Präsentationen zeigen oder vorbereitete Fragen mit den Anwesenden diskutieren. Weiteres wird im Vorfeld mit dem Dozenten abgesprochen und der Dozent ermöglicht bereits vor Vorlesungsbeginn zur Vorbereitung Zugang zu seinen Skripten und Präsentationen. Im Anschluss an die Vorlesung sowie die Diskussion werden innerhalb von 14 Tagen von jedem *Study Team* je zwei schriftliche Ausarbeitungen zu je ca. fünf Seiten erwartet, sodass über jede Diskussion zwei Ausarbeitungen vorliegen. Diese werden vom Dozenten benotet und bilden einen Teil der Endnote. Die Teilnahme am *Study Team* ist obligatorisch.

Zusätzlich zu dieser zur Übersicht gedachten Vorlesung gibt es wöchentlich Seminare. Aus insgesamt sieben Angeboten wählen die Studierenden eines aus. Das Angebot variiert von Jahr zu Jahr. Der benotete Leistungsnachweis erfolgt in Form eines (üblicherweise zu zweit

gehaltenen) Referates mitsamt einer zweiseitigen Ausarbeitung über ein zuvor vereinbartes Thema. Die Studierenden sollen in diesem Rahmen unter Beweis stellen, dass sie das erhaltene und referierte Material kritisch reflektiert haben. (Ebd. Gebrauchsanweisung für GTE)

Borck beschreibt den Ansatz der Lehre der GTE in Lübeck in einem Telefonat als „schlechthin integrativ“. Das bleibe auch in den Seminaren erhalten. Zwar würden hier Schwerpunkte gesetzt (so zum Beispiel dezidiert *theoretische* wie etwa *Evidenzbasierte Medizin*), aber dennoch würden die Sachverhalte aus einer Vielzahl von Perspektiven heraus beleuchtet. Grundlage der Seminare seien Fallvorstellungen, anhand derer sich die Studierenden grundsätzliche Strukturen erschließen sollen. Dazu würden konkrete Probleme aus ihrer Historie heraus verstanden und mit Hinblick auf aktuelle theoretische oder ethische Probleme untersucht.

Die Evaluierung seitens der Studierenden sei, so Borck, gemischt. So seien die Studierenden der Humanmedizin (das Institut hält auch Lehrveranstaltungen für Informatiker und Pflegekräfte) zwar schlechthin sehr leistungsstark und engagiert, dennoch seien sie dem Fach gegenüber skeptisch eingestellt. Borck stellt die Vermutung an, dass es von Studierenden als Bedrohung wahrgenommen werde, wenn der Rahmen medizinischer Probleme in seiner Gänze hinterfragt werde. Außerdem falle ihm, der die Studierenden drei Mal sehe (nämlich im ersten, vierten und fünften Semester) auf, dass die Motivation, sich mit nicht streng-medizinischen Disziplinen zu befassen über das Studium hinweg abnehme.

Borck ist der Meinung, das Modul sei in einem späteren Semester (wenn die Studierenden einen sichereren Umgang mit ihrem Fach pflegen und um dessen Stärken besser wissen, sich also nicht mehr so leicht angegriffen fühlen) besser aufgehoben. (Persönlicher Telefonat Kontakt mit Borck vom 28.08.2018)

### *Magdeburg*

An der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg ist der *Fachbereich für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. Otto von Guericke Universität Magdeburg) Auf der Homepage des Instituts werden die folgenden Lernziele als wichtigste Funktion des Querschnittsbereiches der GTE benannt:

Die Studierenden sollen:

- Sensibilisiert werden für die historische und kulturelle Dimension ärztlichen Handelns,
- das ärztliche Selbstverständnis als historisch geprägt und veränderbar erkennen,
- erkennen, dass Wahrnehmung, Erfahrung und ärztliches Handeln von zeitgenössischen Kenntnissen, Konzepten und Weltbildern abhängig ist,
- sich der Grenzen wissenschaftlicher Prinzipien wie z.B. Objektivität und Wertfreiheit bewusst werden,
- die Unterscheidung von „sex“ und „gender“ sowie deren Bedeutung für die Medizin kennen,

- Krankheit als individuellen und mehrdimensionalen Prozess verstehen lernen,
- Die Wechselwirkungen von Bewertung, Deutung und Umgang mit Krankheit mit den jeweils herrschenden gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Interessen erkennen lernen,
- Sich klar werden, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ keine naturwissenschaftlichen Begriffe sind,
- Funktionalisierung und Funktionalisierbarkeit von Geschichte sowie die dahinter stehenden Absichten erkennen.

Die kognitiven **Lehrinhalte** umfassen im Wesentlichen folgende Felder:

- Ärztliche Identität (Medizin als Beruf)
- Arzt und Patient (Medizin und Individuum)
- Wissen und Handeln (Medizin, Natur und Wissenschaft)
- Töten und Sterben
- Heilen und Züchten
- Evidenz und Erkenntnis
- Medizin und Gesellschaft

Die **Fertigkeiten (skills)**, deren Vermittlung die Medizingeschichte im Querschnittsbereich übernimmt, sind ebenfalls auf kognitiver Ebene angesiedelt

- Kritisch-hermeneutischer Umgang mit Quellen (Texte, Bilder, Filme, Objekte)
- Perspektivenwechsel und Kontextualisierung
- Argumentation entwickeln (Gedankengänge strukturiert und schlüssig in mündlicher und schriftlicher Form darstellen)
- Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens (Zitieren und Belegen)

Folgende **Einstellungen bzw. Haltungen (attitudes)** fördert die Medizingeschichte im Querschnittsbereich:

- Selbstreflexivität (Historizität und Kontextualisierung ärztlichen Handelns)
- Selbstkritik (Sensibilisierung für historische und kulturelle Begrenztheit ärztlichen Denkens und Handelns)
- Respekt und Toleranz (Relativität des medizinischen Wissens)
- Neugier und Aufgeschlossenheit (Mehrdimensionalität des Krankheitsbegriffes und des ärztlichen Handelns)
- Einfühlungsvermögen (Perspektivenwechsel)
- Wissenschaftliche Redlichkeit und Genauigkeit (kritisch-hermeneutischer Umgang) (Ebd. Lehre. GTE)

Angaben zur Struktur der Lehre oder den Prüfungsmodalitäten sind nicht veröffentlicht (Stand: Juni 2020). Auf mehrere nachfragende E-Mails wurde nicht reagiert.

### *Mainz*

An der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz ist das *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich (Vgl. Internetquelle. Johannes-Gutenberg-Universität). Wesentlich mit der Lehre beauftragt ist Dr. phil. Nikolai Münch, der die Informationen der Homepage wie folgt ergänzt:

In Mainz werden die Medizinstudierenden des siebten Semesters in fünf Kurse zu je etwa 40 Personen unterteilt. Für jeden Kurs ist ein Dozent zuständig, der über das Semester nicht wechselt und für Details seines Kurses selbst verantwortlich ist. Jeder Kurs besteht aus

insgesamt sieben Sitzungen. Dabei werden primär historische und ethische Themen behandelt, die Theorie wird jedoch stets mitintegriert. So ist der erste Kurs eine Einführung in die Ethik im Allgemeinen. Der zweite Kurs widmet sich der Forschungsethik im Speziellen; dezidiert theoretische Unterthemen seien hier die Begriffe *Evidenz*, *Wissen* sowie *das Experiment*. Der dritte Kurs behandelt die Molekularmedizin; dezidiert theoretische Unterthemen seien hier die Begriffe *Krankheit* und *Gesundheit*. Die vierte Sitzung hat die Ethik in der Psychiatrie zum Thema; dezidiert theoretische Unterthemen seien hier die *Besonderheiten psychischer Erkrankungen* und *das Problem der Einwilligung bzw. fehlender Einwilligungsfähigkeit*. Die fünfte Sitzung befasst sich mit der Allgemeinmedizin; als dezidiert theoretischer Inhalt werde hier das *Arzt-Patienten-Verhältnis* problematisiert. In der sechsten (zum Thema Transplantationsmedizin) und siebten (zum Thema Ethik am Lebensende) Sitzung würden keine dezidiert theoretischen Themen mehr behandelt.

Die fachliche Grundlage einer jeden Sitzung schafft der jeweilige Dozent zu Beginn der Stunde durch einen Vortrag selbst. Das Hauptaugenmerk dieses Vortrages liege dabei auf der Problematisierung praktischer Fälle unter Berücksichtigung ihrer historischen, theoretischen und ethischen Rahmen. Die Vorträge werden kurz und prägnant gehalten, um einen möglichst großen Raum für Diskussionen unter den Studierenden zu schaffen. Die Teilnahme an diesen sei, so Münch, sehr rege. Zwar gebe es im fünften Semester eine einführende Vorlesung zur GTE im Wochentakt, diese sei aber nicht obligatorisch und ihre Inhalte seien auch nicht Teil der Abschlussprüfung.

Zum Leistungsnachweis dient in Mainz eine mündliche Prüfung zum Ende des Semesters. Zur Vorbereitung dieser Prüfung ist von jedem Studierenden (wobei Einzelarbeiten oder Gruppenarbeiten mit bis zu maximal drei Personen möglich seien) ein Poster zu einem vorher mit dem Dozenten des jeweiligen Kurses vereinbarten Thema zu verfassen. Dieses Poster fließe zum einen zu 50 % in die Gesamtnote mit ein, zum anderen diene es aber auch als Einstieg in die mündliche Prüfung, welche danach alle Themen der sieben Sitzungen umfasse.

Münch selbst ist mit dieser Vorgehensweise der Lehre sehr zufrieden und auch die Studierenden gäben positives Feedback. (Persönlicher Telefon Kontakt mit Münch vom 22.11.2018)

### *Marburg*

Die Philipps-Universität Marburg verantwortet selbst nur die Lehre der *Ethik der Medizin*, welche nicht Gegenstand der vorliegenden Dissertationsschrift ist. Die Lehre in den Teilbereichen *Geschichte und Theorie der Medizin* wird gegenwärtig (Stand: Juni 2020) von der Justus-Liebig-Universität Gießen übernommen, die Studierenden pendeln dorthin. Alles

Weitere ist im Abschnitt zu Gießen nachzulesen. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Prof. Dr. med. Volker Roelke, Gießen vom 04.11.2018)

### *München*

An der Ludwig-Maximilians-Universität München ist das *Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. LMU München) Leiter des Instituts ist Prof. Dr. med. MPH Georg Marckmann, der die Lehre so beschreibt:

Es gibt keine Vorlesungen, sondern insgesamt 14 Kurs-Stunden. Von diesen sind zwölf Stunden (zu je 45 Minuten) auf Pflichtkurse verteilt, welche die Studierenden in Gruppen zu etwa 75 Personen gemäß Stundenplan absolvieren müssen. Zusätzlich gibt es ein zweistündiges Wahlpflichtseminar, das die Studierenden wählen und in kleineren Gruppen durchlaufen. Marckmann weist als dezidiert *medizintheoretische* Inhalte die Themen *Wissenschaftsstatus der Medizin einschließlich der historischen Wurzeln und der aktuellen EbM, Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung, das Konzept der medizinischen Indikation* sowie die Begriffe *Gesundheit und Krankheit* aus.

Aufgrund der großen Studierendenfülle und der geringen Personalausstattung des Instituts besteht die Klausur ausschließlich aus MC-Fragen, *medizintheoretische* Fragen spielten dabei eine untergeordnete Rolle. Marckmann wünscht sich gerade für Themen der *Theorie der Medizin* mehr Zeit und hält Klausuren mit Freitext-Antworten oder sogar Essays für die adäquatere Prüfungsform. Dennoch beschreibt er seine Erfahrungen mit der Lehre als positiv. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Marckmann vom 03.09.2018)

### *Münster*

An der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster ist das *Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Das Institut verfügt über einen Lehrstuhl für Ethik der Medizin und einen für Geschichte und Theorie der Medizin. (Vgl. Westfälische Wilhelms-Universität Münster) Vorlesungen über die Ethik der Medizin finden im Wochentakt statt. Die Vorlesungen der Geschichte und Theorie der Medizin sind auf aufeinander folgende Tage geblockt. Auf die *Theorie der Medizin* entfallen vier von insgesamt 27 Einheiten zu je 45 Minuten, auf die Geschichte acht und auf die Ethik 15. (Vgl. Ebd. Studium. Querschnittsfach-GTE)

Die Inhalte der Vorlesungen über die *Theorie der Medizin* sind als Skript auf der Institutshomepage veröffentlicht (Hofer und Hucklenbroich 2019/20) und in drei Abschnitte



eingeteilt: eine *Einleitung*, einer *medizinischen Epistemologie* und einer *Reflexion auf die Begriffe Krankheit und Gesundheit*. Die Einleitung ist sehr kurz gehalten und beinhaltet vor allem die Absichtserklärung, den jungen Medizinstudierenden mithilfe des Teilbereiches *Theorie der Medizin* zu mehr eigener Souveränität in der komplexen Arzt-Tätigkeit zu verhelfen.

Im folgenden medizinepistemologischen Teil wird zunächst herausgearbeitet, dass die moderne Medizin weder Naturwissenschaft, noch Handlungswissenschaft sei. So beschreibe sie nicht nur mit den Mitteln der Naturwissenschaft naturhafte Zustände, sondern sei weit darüber hinaus auf die normativen Grundlagen ärztlichen Handelns hin ausgerichtet. Sie stelle also viel eher einen ganz eigenen Wissenschaftstyp dar, welcher aus vier Teilen bestehe:

1. *Grundlagen der Organismus- und Krankheitslehre*  
z.B. Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pathophysiologie, Toxikologie.
2. *Grundlagen der ärztlichen Methodik*  
z.B. medizinische Physik, klinische Chemie, Pharmakologie, Radiologie.
3. *Klinische Krankheitslehre*  
Nosologie der Inneren Medizin, Chirurgie, Psychiatrie usw.
4. *Klinische Methodenlehre*  
Diagnostik und Therapeutik der Inneren Medizin, Chirurgie, Psychiatrie usw. (Ebd. S 4)

Der Wissenschaftstyp der Medizin wird im Folgenden anhand prägnanter Darstellungen der Gedanken Poppers, Lakatos<sup>4</sup>, Flecks, Kuhns, Rheinbergers und Feyerabends sowie des neuen, von David Sacket vorgestellten, Paradigmas der evidenzbasierten Medizin beleuchtet. Der anschließende Teil über Gesundheit und Krankheit ist abermals in vier Teile gegliedert. Zunächst werden im ersten Teil vier Bedeutungskomponenten des allgemeinen Krankheitsbegriffes genannt:

1. Primärer, kriterialer Krankheitsbegriff  
Systemische Unterscheidung, Trennschärfe
2. Theoretischer Krankheitsbegriff  
Krankhaftigkeit (krankhaft verändert)
3. Nosologischer Krankheitsbegriff  
Krankheitsbilder, Krankheitsentitäten
4. Praktischer Krankheitsbegriff  
Individuelles Krank-Sein. (Ebd. S 11)

Anschließend wird im zweiten Teil anhand der „homöostatischen“, „funktionalen“, „subjektiven“ und „soziologischen“ Gesundheitsvorstellung (Ebd. S 13) gezeigt, dass keines jener Konzepte jede bekannte Krankheit beschreiben kann. Die Erklärung dafür liefert der dritte Teil, in welchem die „Historische, soziale und kulturelle Relativität von Krankheitsvorstellungen“ (Ebd.) herausgearbeitet wird. Als prägnante Beispiele dienen magisch-animistische, dämonologische und theurgische Krankheitsvorstellungen und

kulturabhängige Syndrome in der Psychiatrie wie beispielsweise die Anorexia nervosa, die dissoziative Identitätsstörung oder das Tourette-Syndrom.

Als Lösungsvorschlag für die dargestellten Probleme werden im vierten und letzten Teil fünf von Hucklenbroich entwickelte Krankheitskriterien vorgestellt:

Ein Vorgang (Zustand/Ereignis) ist krankhaft (pathologisch) genau dann,

1. Wenn er bei natürlichem, unbehandeltem Verlauf unmittelbar zum vorzeitigen Tod oder zur Verkürzung der natürlichen Lebenserwartung des Betroffenen führt, oder
2. Wenn er (unbehandelt) mit Schmerz, Leiden, Missempfindungen oder Beschwerden in körperlicher und/oder seelischer Hinsicht verbunden ist, wobei diese Zustände bestimmte natürlich vorgegebene, kulturell überformbare Normalbereiche oder Schwellenwerte bezüglich Intensität, Dauer und/oder Häufigkeit des Auftretens überschreiten, oder
3. Wenn er die natürlich vorgegebenen körperlich-seelischen Dispositionen und Potentiale des Betroffenen so verändert (z.B. Fähigkeiten einschränkt oder verschwinden lässt, ungünstige Reaktionsweisen entstehen läßt oder verstärkt), daß dieser (ohne adäquate Behandlung bzw. Substitution) in bestimmten, zuvor harmlosen Situationen krank wird (gemäß den Krankheitskriterien 1-5), oder/und
4. Wenn er unbehandelt die Unfähigkeit zur biologischen Reproduktion beinhaltet oder zur Folge hat, oder/und
5. Wenn (a) ein einzelner davon Betroffener unbehandelt nicht in der Lage ist, mit „gesunden“ menschlichen Lebensgemeinschaften seinem Alter entsprechend in möglichst konfliktfreier und kooperativer Weise und ohne selbst Leid zu verursachen zusammenzuleben, oder (b) umgekehrt eine davon betroffene Lebensgemeinschaft „unbehandelt“ nicht in der Lage ist, allen ihren einzelnen Mitgliedern ein möglichst leid- und konfliktfreies, kooperatives Zusammenleben zu gewährleisten. (Ebd. S 15f)

Zusätzlich zum Besuch der Vorlesung ist die Teilnahme an einem Wahlpflichtseminar vorgeschrieben, welches im Wochentakt stattfindet. Die Voraussetzungen der einzelnen Seminare variieren und werden von dem Seminarleiter festgelegt. Sie machen 40 % der Abschlussnote des Querschnittsbereiches GTE aus. Die restlichen 60 % kommen aus der Abschlussklausur der Vorlesung, welche aus MC-Fragen besteht. (Vgl. Westfälische Wilhelmsuniversität Münster. Studium. Querschnittsfach-GTE) Auf mehrere nachfragende E-Mails wurde nicht reagiert.

### *Oldenburg*

An der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg ist die *Abteilung für Ethik in der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Auf der Homepage des Instituts heißt es über die Lehre der GTE:

Der Querschnittsbereich soll die Studierenden für historische und ethische Dimensionen von Medizin und Gesundheitswesen sensibilisieren. Das Ziel ist die Studierenden der Humanmedizin im Verlauf ihres Studiums eingehend in Themen der Medizingeschichte, Ethik und Medizinteorie einzuführen. Sie sollen befähigt werden, Grundsätze und Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung zu verstehen und moralische Konflikte zu erkennen und zu analysieren, um praktische Lösungsansätze zu entwickeln und argumentativ zu vertreten. Hierbei sind Themen das eigene Selbstverständnis als Ärztin/ Arzt, Einführung in die Konzeption von Gesundheitssystemen, sowie Seminare um zum Beispiel

Themen wie Humangenetik, Entscheidungen am Lebensende, Reproduktionsmedizin oder Organtransplantation aus ethischer und historischer Perspektive zu diskutieren. (Internetquelle. Carl-von-Ossietzky-Universität. Lehre)

Weitere Informationen sind nicht veröffentlicht (Stand: Juni 2020), auf mehrere nachfragende E-Mails wurde nicht reagiert.

### *Regensburg*

Auf der Homepage der Universität Regensburg sind keinerlei Informationen zur Lehre der GTE veröffentlicht (Stand: Juni 2020). Eine Nachfrage bei der Fachschaft der Studierenden wurde mit dem Verweis auf den Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Prof. Dr. med. Thomas Bein, beantwortet. Bein hat, nach eigener Auskunft, nach einigen Jahren Berufstätigkeit in der klinischen Intensivmedizin berufsbegleitend einen Masterstudiengang in Medizinethik in Mainz absolviert und koordiniert heute die Lehre der Ethik der Medizin in Regensburg. Dabei bekomme er Unterstützung von Lehrenden anderer Universitäten. Ein Lehrstuhl für die GTE fehle bislang. Die Geschichte der Medizin betreue Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg von der Universität Würzburg. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Bein vom 31.08.2018)

### *Rostock*

An der Universität Rostock ist das *Institut für Geschichte der Medizin* zuständig für die Lehre der GTE. Angeboten werden eine Vorlesung, die von mehreren Wissenschaftlern verschiedener Fachgebiete gehalten wird, ebenso wie Seminare. Am Ende des Semesters findet eine Abschlussklausur statt. (Vgl. Internetquelle. Universitätsmedizin Rostock. Lehre) Alle weiterführenden Informationen finden sich ausschließlich in verschlüsselten Bereichen. Auf nachfragende E-Mails an das Studiendekanat oder an den Lehrstuhl wurde mehrfach nicht reagiert.

### *Tübingen*

An der Eberhard-Karls-Universität Tübingen ist das *Institut für Geschichte und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Der Direktor des Instituts ist Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing. Wiesing hält im ersten klinischen Semester in zwei Blocks von jeweils fünf aufeinanderfolgenden Tagen eine Einführungsvorlesung, deren Inhalte mit zehn MC-Fragen im Rahmen der Abschlussklausur geprüft werden. Folgende Schwerpunkte werden auf der Homepage genannt: „Grundlagen der Medizinethik, ärztliches Ethos, Arzt-Patienten-Verhältnis; rationale und irrationale Konzepte der Medizin; Medizin in der Antike, der Renaissance und dem 17. bis 20. Jahrhundert; Geschichte der Psychiatrie und Psychoanalyse

sowie des Gesundheitswesens; Medizin im Nationalsozialismus, Humangenetik, Reproduktionsmedizin, Sterbehilfe und Therapiebegrenzung, Mittelverteilung im Gesundheitswesen.“ (Internetquelle. Eberhard-Karls-Universität. Lehre) Auf die weiterführende Frage nach dezidiert *medizintheoretischen* Themen seiner Vorlesung antwortete Wiesing:

In meiner Hauptvorlesung ist der historische Teil (ca. 35 %) deutlich an medizintheoretischen Fragen orientiert, insbesondere am Wissenschaftsstatus der Medizin in der Geschichte, am Experiment und an der Wissensgewinnung in der Medizin. Darüber hinaus halte ich eine Stunde zum Thema Krankheitsbegriff, eine Stunde zu den Strukturen der ärztlichen Handlung und eine zum Thema evidenzbasierte Medizin. Darüber hinaus bieten wir in den Wahlpflicht-Seminaren vertiefend medizintheoretische Themen an (Krankheitsbegriff, Fehlbarkeit und Fehlerkultur in der Medizin, EBM, Wissenschaftlichkeit in der Medizin ...)

(Persönlicher E-Mail Kontakt mit Wiesing vom 18.09.2018. Zitat autorisiert)

Zusätzlich muss jeder Studierende im dritten klinischen Semester ein Wahlpflicht-seminar zu je fünf Doppelstunden belegen, welches verschiedene Aspekte der GTE tiefer beleuchtet. Zum Leistungsnachweis ist ein Referat mit schriftlicher Ausarbeitung erforderlich. Auf die weiterführende Frage nach seinen Erfahrungen mit diesem Lehrkonzept gibt Wiesing eine durchweg positive Auskunft. Er selbst sei mit der Lehre der GTE in Tübingen sehr zufrieden und auch die Studierenden gäben regelmäßig durchweg gutes oder sehr gutes Feedback sowohl zu der Vorlesung wie auch zu den Seminaren. (Persönlicher E-Mail Kontakt Wiesing vom 18.09.2018 sowie Telefon Kontakt vom 25.09.2018)

### *Ulm*

An der Universität Ulm ist das *Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. (Vgl. Internetquelle. Universität Ulm) Es wird eine Vorlesung sowie ein Seminar zur GTE angeboten. Auf eine nachfragende E-Mail antwortete der Direktor des Instituts Prof. Dr. med. Florian Steger, dass die GTE als Querschnittsfach gemeinsam gedacht sei und folglich "in einem Guss" unterrichtet werden solle. Weitere Nachfragen blieben leider unbeantwortet. (Persönlicher E-Mail Kontakt mit Steger vom 11.11.2018)

### *Würzburg*

An der Julius-Maximilians-Universität Würzburg ist das *Institut für Geschichte der Medizin* für die Lehre der GTE verantwortlich. Die Grundlage der Lehre bildet eine Vorlesung von insgesamt neun Sitzungen zu je 90 Minuten. Zusätzlich muss jeder Studierende ein achtstündiges Wahlpflichtseminar (geblockt auf einen oder zwei Termine) belegen, in welchem

anhand von Kasuistiken ethische Problemfelder vertieft werden. (Vgl. Internetquelle. Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Lehre)

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg ist der Institutsleiter und überdies auch für die Lehre der GTE in Regensburg zuständig. Er benennt die Geschichte der Medizin als den Schwerpunkt der Lehre. So nehme die Geschichte fünf von neun Vorlesungssitzungen ein und die Ethik drei. Die Einführungsvorlesung sei ganz der *Theorie der Medizin* gewidmet und behandle *kulturanthropologische Ansätze, Kontingenz von Konzepten von Gesundheit und Krankheit, Patientenperspektive auf Körper und Krankheit und Behinderung*. Jedoch dienen auch die Vorlesungen über die Geschichte der Medizin der Illustration theoretischer Konzepte, die Trennung sei also nicht scharf zu ziehen. Der Stoff der Vorlesung werde in Form einer MC-Klausur geprüft. Die Erfahrungen der Lehrenden sowie die Evaluierungen der Studierenden sei durchweg positiv – einzig am Format der MC-Klausur werde von beiden Seiten Kritik geäußert. Aus Zeitproblemen sowie zugunsten einer gerechten Leistungsabfrage für nicht-muttersprachliche Studierende hält Stolberg dennoch an dieser Prüfungsform fest. (Persönlicher E-Mail Kontakt Stolberg vom 05.11.2018)

### 4.3 Der NKLM

Nachdem nun anhand des Status Quo der Lehre der *Theorie der Medizin* in Deutschland der Blick in die Praxis der Gegenwart erfolgt ist, wird im Folgenden der theoretische Blick in die Zukunft unternommen. Dazu wird der NKLM, welchem eine maßgebliche Rolle zur künftigen Strukturierung der Lehre in der Medizin überhaupt zugesprochen werden darf, untersucht.

Der NKLM führt kein Querschnittsfach mit dem Titel *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Allerdings gibt es ein Kapitel mit dem Titel *Ethik, Geschichte und Recht der Medizin*.

(Internetquelle. NKLM Kap 18) Zum Inhalt des Faches heißt es:

Die folgenden Lernziele beschreiben die ethischen und rechtlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die den Medizinstudierenden im Verlauf ihres Studiums vermittelt werden sollen. Die Prozesse einer qualifizierten moralischen Urteilsbildung lassen sich nicht zu einem einzigen Zeitpunkt lernen. Deshalb ist eine studienbegleitende Anleitung und Auseinandersetzung mit den genannten Lernzielen erforderlich. Dies fördert darüber hinaus eine nachhaltige Wissensbildung. Überdies ist eine enge Verzahnung des Unterrichts in Ethik und Recht mit anderen klinischen Fächern didaktisch sinnvoll. [...] Die aufgeführten Lernziele berücksichtigen auch die historischen und kulturellen Dimensionen, da dies eine Voraussetzung für den Umgang mit aktuellen ethischen und rechtlichen Herausforderungen in Medizin und Gesundheitswesen darstellt. (Ebd.)

In fünf Unterkategorien, nämlich *Grundlagen von Ethik und Recht, grundlegende ethische Fähigkeiten und Fertigkeiten, ethische und rechtliche Fragen der Patientenversorgung, ethische und juristische Fragen der medizinischen Forschung sowie ethische und juristische Fragen im Gesundheitswesen und Public Health* (Ebd.) werden insgesamt 98 stichwortartig formulierte Unterziele aufgeführt, die gegenwärtig (Stand: April 2020) nicht näher spezifiziert sind.

Darüber enthält der NKLM ein Kapitel mit dem Titel *medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten* (Ebd. Kap 14). Der Inhalt dieses Kapitels wird folgendermaßen spezifiziert:

Das Medizinstudium ist ein Universitätsstudium. Alle Studierenden müssen daher die wissenschaftliche, methodische Basis der medizinischen Fächer kennen. Diese umfasst Methoden der medizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung, der Epidemiologie, der evidenzbasierten Medizin und der humanmedizinisch relevanten Naturwissenschaften und Methoden der Geistes- und Sozialwissenschaften. Zum Erwerb dieser Wissenschaftskompetenz (vgl. Meilenstein in Kap. 4) und zum Erfüllen der Arztrolle als Gelehrter (Scholar der CanMEDS Rollen) benötigen alle Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten, die in diesem Kapitel beschrieben werden. (Ebd.)

In den drei Unterkapiteln *Die Absolventin und der Absolvent erläutern als kritische Anwender/-innen die Prinzipien und Methoden der evidenzbasierten Medizin und wenden diese bei Problemstellungen im Rahmen der Behandlung individueller Patientinnen und Patienten an, Die Absolventin und der Absolvent leisten einen Beitrag zum Entstehen neuer Erkenntnisse und Die Absolventin und der Absolvent leisten einen Beitrag zur Verbreitung, Anwendung und*

*Translation neuer Erkenntnisse und Praktiken.* werden 48 Unterziele aufgeführt, welche ebenfalls stichwortartig und gegenwärtig (Stand: April 2020) nicht näher erläutert sind. Das Kapitel verweist weiters auf die Kapitel *diagnostische Verfahren* (Ebd. Kap 15), *die Ärztin und der Arzt als Gelehrte/-r* (Ebd. Kap 6), *die Ärztin und der Arzt als Kommunikator/-in* (Ebd. Kap 7) sowie *die Ärztin und der Arzt als professionell Handelnde/-r* (Ebd. Kap 11).

#### 4.4 Lehrende im Interview

Bis hierhin wurden öffentlich zugängliche Quellen herangezogen und Experten befragt, um ein Bild der *Theorie der Medizin* zu skizzieren. Im Folgenden kommen explizit Lehrende aus der Medizin zu Wort. So wird sichergestellt, dass auch die Wünsche derer, die in der Medizin arbeiten, zur Sprache kommen.

Insgesamt wurden 17 Lehrenden der Medizin die folgenden Fragen gestellt:

1. Was verbinden Sie mit dem Begriff *Theorie der Medizin*?
2. Welche Themen schlagen Sie aus Ihrer klinischen oder wissenschaftlichen Perspektive heraus vor?
3. Welche Themen finden Sie persönlich besonders interessant?
4. Finden Sie das Fach wichtig?

Für die *Theorie der Medizin* besonders konstruktive Impulse aus den Fragen 2 und 3 werden zunächst in Tab. 2 grob und gemäß vereinbarter Formulierungen dargestellt. Genauere Ausführungen finden sich im anschließenden Fließtext.

Tab 2. Überblick über Ergebnisse aus den Fragen 2 und 3.

Frage 2 und 3: Welche Themen schlagen Sie aus Ihrer klinischen/wissenschaftlichen für die <i>Theorie der Medizin</i> vor und welche Themen finden Sie persönlich besonders interessant?
<p>Wissenschaftstheorie und Erkenntnislehre</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wie und durch wen wird medizinisches Wissen generiert?</li><li>- Wie ist medizinisches Wissen begrenzt?</li><li>- Evidenzbasierte Medizin: die Medizin bedarf jenseits der Grenzen wissenschaftlichen Wissens der Evidenz, um adäquat handlungsfähig zu bleiben.</li><li>- Die Gesellschaft hat höhere Anforderungen an Medizin als durch Wissenschaft und Evidenz erfüllt werden können.</li><li>- Reflexion auf die Begriffe <i>Paradigma</i>, <i>Dogma</i> und <i>experimentum crucis</i>.</li><li>- Welche Rolle spielen Genderaspekte für die medizinische Forschung?</li><li>- Tierversuche – liefern sie relevantes, also speziesübergreifendes, Wissen über den Menschen?</li><li>- Zusammenhang zwischen Forschung und technischem Fortschritt.</li></ul>
<p>Reflexion auf den Krankheitsbegriff</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Subjektivität vom Krankheitsbegriff bzw. individuelle Vorstellungen von Krankheiten und Kranksein.</li><li>- Gesellschaftliche Definitionen darüber, wann jemand krank sei.</li><li>- Schwellenwerte für Krankheiten: wie viel Anomalie ist noch gesund?</li><li>- Ontologischer Status von pathologischen Zufallsbefunden.</li><li>- Ontologischer Status von Krankheiten der Spiritualität.</li></ul>
<p>Ärztliche Identität</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Haltungen gegenüber den Patienten.<ul style="list-style-type: none"><li>- Das naturwissenschaftliche und geisteswissenschaftliche Menschenbild. Das Leib-Seele-Problem.</li></ul></li></ul>



- Verhältnis zum Tod.
- Stereotype von Ärzten. Der Arzt als Gott in weiß?
- Bedeutung des Geschlechtes des Arztes/der Ärztin.
- Umgang mit eigener Unsicherheit bzw. der Stellenwert von Fehlermanagement.
- Die Rolle des Hausarztes.

#### Die Arzt-Patienten-Beziehung

- Der Arzt als „säkularisierter Schamane“, aber nicht als Scharlatan.
- Kommunikative Aspekte, insbesondere in Randsituationen.
- Wie kann „Pingpong-Medizin“ vermieden werden?
- Die Wichtigkeit von „softskills“ neben Fachwissen.

#### Das Verhältnis zwischen Medizin und Gesellschaft

- Selbstbewusstes Auftreten von Ärzten gegenüber der Gesellschaft: klare Formulierung von Möglichkeiten, Nöten und Grenzen der Medizin.
- Die Medizin als „Großprojekt“ der Gesellschaft.

#### Medizinische Kodizes

- Der hippokratische Eid
- Das Genfer Gelöbnis.
- Welche Rolle spielen Kodizes dieser Art für den Arzt?

#### Stress am Arbeitsplatz

- Sind Strukturen innerhalb der Medizin für Ärzte noch gesund?
- Wie können diese Strukturen geändert werden?

*Frage 1: „Was verbinden Sie mit dem Begriff Theorie der Medizin?“*

Nicht ein Interviewter gab an, einen klaren und durchdachten Begriff von *Theorie der Medizin* zu haben. Acht Interviewte begriffen die *Theorie der Medizin* vage als Reflexion auf die Medizin in ihrer Gänze, also darauf, wie die Medizin als Disziplin konstituiert sei und funktioniere. Als wesentlich erschien ihnen allen dabei das Zusammenspiel von Anleihen aus anderen Disziplinen wie der Psychologie, Soziologie oder Kommunikationswissenschaft. Prägnante Formulierungen lauteten: „Eine Reflexion auf das übergeordnete Ziel der Medizin [...], also auf die grundsätzliche Stoßrichtung von Untersuchungen und Behandlungen.“ sowie „Metagedanken über Forschung und Klinik.“

Ein Interviewter wies dabei eindringlich darauf hin, dass die *Theorie der Medizin* eine dezidiert „eigene vereinende Theorie“ hervorbringen müsse und nicht einfach bei anderen Wissenschaftstheorien abschreiben dürfe, weil die Medizin doch in sich äußerst heterogen sei und die Reflexion auf diese Heterogenität deshalb derart wichtig sei, weil Ärzten so viel Verantwortung anvertraut sei. Es sei für jeden einzelnen Arzt wichtig, sich der etablierten Methoden, insbesondere deren Kontext und Grenzen, bewusst zu sein, um sie gezielt anwenden zu können.

Drei Interviewte fanden diese Frage insbesondere im historischen Bezug interessant. Einer formulierte: „Wie hat sich Medizin in ihrem Grundverständnis gewandelt?“ bzw. „Es gilt, die Medizin als historisch gewachsene Struktur zu begreifen“. Ein Interviewter begriff die *Theorie der Medizin* als „philosophisch-historischen Ansatz, um die Medizin in ihrer Gänze aufzufassen und ihre Rolle in der Gesellschaft einerseits zu begreifen und andererseits zu schaffen. Also ein ewig andauernder gesellschaftlicher Diskurs mit und über die Medizin.“ Sechs Interviewte assoziierten den Begriff vage mit der *Geschichte der Medizin* und/oder *Ethik der Medizin*. Zwei Interviewte dachten an die Fächer der Vorklinik, welche sie als *theoretische Fächer* begriffen. Viele Interviewte gaben bereits hier Inhalte an, die sie vage der *Theorie der Medizin* zuordneten; diese werden im Sinne einer übersichtlichen Darstellung unter den Fragen 2 oder 3 wiedergegeben. Vier Interviewte gaben keine Antwort, sondern erbat eine Erklärung durch den Forschungsleiter.

*Frage 2: „Welche Themen schlagen Sie aus Ihrer wissenschaftlichen/klinischen Tätigkeit heraus vor?“*

Zehn Interviewte gaben Wissenschaftstheorie oder Erkenntnislehre als zentrale Inhalte der *Theorie der Medizin* an. Zumeist wurden in diesem Zuge die Fragen gestellt, wie medizinisches Wissen generiert werde und wie und wodurch es begrenzt sei. Denn die Grenzen des Wissens wurden als massives Problem für die Klinik empfunden, wie neun Interviewte von sich aus und alle Übrigen auf Nachfrage angaben. Prägnante Fragen diesbezüglich waren „Was mache ich mit Fällen, zu denen es keine Publikationen gibt?“, „Wie viel Objektivität kann ich dem Patienten überhaupt anbieten?“ oder „Wie sicher kann ich mir meines eigenen Wissens sein, wenn sich dieses doch ständig ändert?“.

Alle Interviewten (entweder von sich aus oder auf Nachfrage) sahen die wichtigste Lösung dieses Konflikts in klinischer Erfahrung, welche in dem Konzept der Evidenz verallgemeinert werde. Evidenzbasierte Medizin begriffen somit alle Interviewten als weiteren zentralen Inhalt der *Theorie der Medizin*. Für fünf Interviewte war es bedeutsam, die Grenzen des medizinischen Wissens gesellschaftlich transparent zu machen, um auf gesellschaftliche Erwartungen einzugehen und diese gegebenenfalls zu begrenzen. Ein besonders prägnantes Zitat lautete: „Wir machen es so gut wie möglich – aber nicht perfekt.“

Bezüglich der Art, wie medizinisches Wissen generiert werde, äußerten drei Interviewte Bedenken darüber, dass der wissenschaftliche Betrieb nach wie vor männlich dominiert sei. Ein Interviewter äußerte darüber hinaus, dass „gewisse Lehrmeister quasi ex cathedra ihre Dogmen

oder Paradigmen durchdrücken und damit Machtstrukturen über Evidenzen stellen“. Diese fatalen Zuständen seien unbedingt im Rahmen der *Theorie der Medizin* zu reflektieren.

Zwei Interviewte wiesen bei dem Stichwort Paradigmen außerdem darauf hin, dass diese „gewissen Moden unterworfen seien“. Das sei Medizinstudierenden oftmals nicht oder zu wenig bewusst und im Rahmen der *Theorie der Medizin* zu behandeln. Ein Interviewter hob besonders eindringlich die Wichtigkeit wissenschaftlichen Falsifizierens bzw. des experimentum crucis hervor: „Wenn meine Überlegungen sich in der Realität einfach nicht bewähren, muss ich meinen Ergebnissen glauben und mir etwas Neues überlegen.“

Ein Interviewter fügte der medizinethischen Fragen rund um Tierversuche eine *medizintheoretische/wissenschaftstheoretische* Dimension hinzu: „Inwiefern sind die Ergebnisse aus Tierversuchen *überhaupt* auf den Menschen übertragbar, also inwiefern entsteht da *überhaupt* für uns sinnvolles Wissen?! Inwiefern ist gesichert, dass das, was für eine Maus gilt, auch für den Menschen gilt?“

Ein Interviewter verknüpfte die Frage nach der Wissenschaftlichkeit von Medizin mit der Frage der Funktionsart anderer gesundheitsfördernder Disziplinen: „Wieso nennen wir unsere Medizin wissenschaftlich und warum zum Beispiel die Homöopathie nicht? Und unter welchen Bedingungen ist es sinnvoll, andere Disziplinen in unser Gesundheitssystem zu integrieren?“

Zwei Interviewte betonten besonders den Zusammenhang zwischen Wissenschaft und technischem Fortschritt, so seien doch ganze Disziplinen auf neue Erfindungen zurück zu führen, zum Beispiel die Pathologie oder Mikrobiologie maßgeblich auf das Mikroskop oder die Radiologie auf Röntgenstrahlengeräte.

Wenn auch keiner der Interviewten die Naturwissenschaft alleine als Basis für moderne Medizin ansah, so wollte sie doch auch keiner missen. Deswegen war es allen Interviewten (oft auf Nachfrage) wichtig, den Studierenden zu vermitteln, dass Reflexion auf wissenschaftliches Wissen keinesfalls Zerstörung desselben sei, sondern es in einen Kontext brette, der es erst für die Klinik nutzbar mache.

Zehn Interviewte gaben die Reflexion auf den Krankheitsbegriff als zentralen Inhalt der *Theorie der Medizin* an. Diesen verstanden alle (zumindest auf Nachfrage) als den Kern, um den herum Medizin und ihre Unterdisziplinen konstituiert seien. Der Zugang zu der Reflexion auf den Krankheitsbegriff war indes sehr breit gefächert. So wiesen sieben Interviewte auf die Subjektivität von Krankheitsbegriffen hin – eine prägnante Formulierung lautete: „Ich mag das Ordnungsprinzip [, anhand dessen oft Krankheit von Gesundheit abgegrenzt werde,] nicht. Die

Welt darf bunt sein. Wichtig für den Krankheitsbegriff ist keine objektive Anomalie, sondern das Leiden – entweder vom Patienten oder der Gesellschaft um ihn herum“.

Einen noch kritischer an Politik und Gesellschaft orientierten Krankheitsbegriff formulierte ein anderer Interviewter: „So viele Menschen bekommen gerade so ihren Alltag geregelt! Und alle anderen sind dann krank!? Soll jetzt die 100%ige Arbeitsfähigkeit darüber entscheiden, wer gesund oder krank ist!“ Ähnlich dazu war es einem Interviewten wichtig, den Krankheitsbegriff von jenem der Befindlichkeitsstörung und ökonomischer Priorisierung abzugrenzen: „Wenn ich den Patienten kränker definiere als er ist, kann ich es besser abrechnen. Oder ihn gemäß seinem Wunsch länger nach Hause schicken. Das ist doch ein Unding!“

Einem Interviewten war es besonders wichtig, einen klaren Schwellenwert für Krankheit zu definieren: „Ein nicht trennscharfer Krankheitsbegriff führt doch dazu, dass wir alle nachher als krank gelten. Deswegen muss eine Krankheit bedrohend und/oder belastend sein und über einer gewissen Schwelle liegen, die wir, als medical community, definieren.“ Drei Interviewte zählten das persönliche Krankheitsverständnis maßgeblich zum Krankheitsbegriff: „Was macht es mit dem Patienten, eine infauste Diagnose zu bekommen?“

Drei Interviewte stellten die Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung von Krankheiten, so zum Beispiel bei einem Krankenkassenwechsel („Versuchen Sie mal, als Asthmatiker mit Depressionen in eine Privatversicherung zu kommen!“) oder im Falle von Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit. Besonders betont wurde dabei, inwieweit sich Gesellschaft auch vor Krankheiten schützen müsse, beispielsweise im Falle infektiöser oder psychotischer Patienten.

Drei Interviewte warfen die Frage auf, welcher ontologische Status Krankheiten zukomme, die als Zufallsbefunde entdeckt wurden. Eine prägnante Formulierung lautete: „Ich fühle mich eigentlich wohl und jetzt schicken Sie mich ins MRT und finden in meinem Kopf ein Aneurysma. Bin ich jetzt krank?“ Zwei Interviewte stellten die Frage, welcher ontologische Status Krankheiten des spirituellen Denkens zukomme: „Ich habe schon Patienten als wahnsinnig leidend wahrgenommen, die ich eigentlich am liebsten zum Priester oder so jemandem geschickt hätte. Was machen wir als Ärzte mit so jemandem?“

Mindestens auf Nachfrage hatte kein Interviewter Zweifel an der Sinnhaftigkeit von Reflexion auf den Krankheitsbegriff im Rahmen der *Theorie der Medizin*.

Neun Interviewte begriffen die Reflexion auf die Identität bzw. Rolle des Arztes als wesentlichen Inhalt der *Theorie der Medizin*. Sie alle empfanden dabei eine Spannung zwischen ihrem Selbstverständnis und den Erwartungen der Patienten.

Besonders pointiert brachten diese Spannung zwei Aussagen zweier verschiedener Interviewter auf den Punkt, welche beide über die Rolle von Spiritualität für den Arzt sprachen. Der eine nämlich bezog sie auf die Außenwirkung dem Patienten gegenüber, indem er vom Arzt als „säkularisiertem Schamanen“ sprach. Der andere hingegen bezog sie auf den Arzt selbst: „Inwieweit kann jemand ohne Spiritualität ärztlich tätig sein? Ich muss schließlich wissen, wann der Tod Gegner und wann Partner ist. Und wie sollte ich ohne Spiritualität mein Verhältnis zum Tod reflektieren?“

Eine andere Spannung drückten drei Interviewte aus, welche die Frage nach dem Geschlecht des Arztes ebenfalls auf den Patienten/die Patientin oder eben auf den Arzt/die Ärztin bezogen. So lautete eine prägnante Formulierung für die eine Frage „Viele Patienten erwarten einen erwachsenen Mann als ihren Arzt und können mit einer zierlichen, jungen Frau als Arzt gar nichts anfangen“, für die andere „Es ist so schwer, als Frau Anerkennung der immer noch primär männlich dominierten Kollegschaft zu bekommen. Man muss viel mehr liefern – natürlich macht das was mit meinem Arztbegriff!“ Ein Interviewter stellte in Frage, inwieweit Ärzte am besten seien, wenn sie Neutrons seien, und, wie viel Geschlechtlichkeit in den Beruf mitzubringen noch professionell sei.

Zwei Interviewte befanden, dass „das Stereotyp des Arztes viel mehr Unsicherheit zulassen“ müsse, sei doch die so oft geforderte Unfehlbarkeit gar nicht realisierbar. Deshalb sei ein gutes Fehlermanagement in der Medizin besonders wichtig und dürfe nicht durch die Erwartung an einen Gott in Weiß verhindert werden.

Zwei Interviewte wiesen diesbezüglich auf die Wichtigkeit der Reflexion von Haltungen gegenüber der Patienten/innen hin. So sei der Arzt eben „nicht einfach ein Besserwisser, sondern ein Erklärer“. Deswegen sei es hilfreich, sich mit der Reflexion auf das Menschenbild der Medizin zu befassen, um sich stets darüber bewusst zu sein, mit wem man es als Patienten zu tun habe: mit Menschen. Als wesentlichen Gegensatz empfand dieser Interviewte den Gegensatz zwischen dem naturwissenschaftlichen und geisteswissenschaftlichen Menschenbild, welchen er in die philosophische Tradition des Leib-Seele-Dualismus stellte.

Ein Interviewter fasste sich selbst in seinem Arzt-Sein maßgeblich über die Loyalität zu seinem Fach auf, als dessen Vertreter er vor die Patienten trete. Eine Frage, die dieser Interviewte stellte, ohne sie indes beantworten zu können, lautete, wie viel der Arzt überhaupt von sich zeigen dürfe. Ein Interviewter empfahl zur Reflexion auf den Begriff des Arztes die

Auseinandersetzung mit dem CanMEDS Rahmenkonzept, welches ihm aus dem NKLM bekannt sei.<sup>6</sup>

Acht Interviewte stellten die Arzt-Patienten-Beziehung als wesentlichen Inhalt der *Theorie der Medizin* heraus. Dabei war die allgemeine Stoßrichtung, dass ein Arzt maßgeblich Mediziner, also Vertreter des Faches, sei, aber eben in unmittelbarem Kontakt zu mitunter sehr unterschiedlichen Menschen trete und dabei weitaus mehr brauche als Fachwissen. Als besonders wichtig galten dabei Erfahrung, Haltung dem Menschen gegenüber, ethische Überzeugungen, zwischenmenschliche Fähigkeiten sowie die Fähigkeit, Leiden anzunehmen und doch bei sich zu bleiben. Ein Interviewter betonte besonders die Wichtigkeit des empathischen Umgangs mit irrationalen oder unrealistischen Forderungen: „Patienten wollen keinen wissenschaftlichen Zweifel vermittelt bekommen. Und diese Erwartungshaltung müssen wir ernst nehmen und irgendwie beantworten, weil wir sonst Flanken für Scharlatane offenlassen. Das Schwierige dabei ist, nicht selbst zum Scharlatan zu werden.“

Die meisten Interviewten bewerteten kommunikative Aspekte, insbesondere in Randsituationen, als wichtig. Die erste Assoziation war dabei in vier Fällen der Umgang mit Anfeindung. So warfen drei Interviewte die Frage auf „Wie soll ich damit umgehen, wenn ich vom Patienten oder aus dem Team angefeindet werde?“ und einer drehte diese Frage um: „Wie soll ich damit umgehen, wenn ich meinen Patienten nicht leiden kann oder er mich nervt? Wie professionell bin ich dann noch und wie professionell will und muss ich dann noch sein?“

Ein Interviewter gab die „Pingpong-Medizin“ als gravierendes Problem der Medizin überhaupt an und ordnete dieses maßgeblich der Arzt-Patienten-Beziehung zu: „Die Patienten tragen so viel Hoffnung an uns heran, dass es uns schwerfällt, klar *nein* zu sagen. Stattdessen schreiben wir noch ein Konsil, schieben den Patienten noch mal ins MRT, schicken ihn zu noch irgendeinem Facharzt.... Und bewirken doch nichts. Vielleicht ist es da doch der Hausarzt, der da irgendwann mal eine Entscheidung trifft und wahnsinnigen medizinischen Übereifer beendet.“

---

<sup>6</sup> Unter den ärztlichen Rollen kommt der Medizinischen Expertin / dem Medizinischen Experten (Medical Expert) eine essentielle Position zu. Die medizinische Expertin / der Medizinische Experte greifen auf medizinisches Wissen, wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten und professionelle Haltungen zurück, welche disziplinübergreifend anhand weiterer Kompetenzen und Lernziele im NKLM [...] genauer beschrieben werden. In Verbindung mit den Kompetenzen der anderen [...] ärztlichen Rollen Gelehrte / Gelehrter (Scholar), Kommunikatorin / Kommunikator (Communicator), Mitglied eines Teams (Collaborator), Gesundheitsberaterin und -fürsprecherin / Gesundheitsberater und -fürsprecher (Health Advocate), Verantwortungsträgerinnen und Managerinnen / Verantwortungsträger und Manager (Manager) sowie Professionell Handelnde / Professionell Handelnder (Professional) dienen diese der bestmöglichen Umsetzung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. (Internetquelle. NKLM. Kapitel 2.1)

Überhaupt wurde der Hausarzt von vier Interviewten gesondert bezüglich der Arzt-Patienten-Beziehung betrachtet, komme doch ihm die Rolle des wesentlichsten Vermittlers zwischen Patienten und dem Gesundheitssystem zu. Für den Hausarzt, so meinten alle, seien die „Softskills neben all dem Fachwissen“ demnach besonders wichtig.

*Frage 3: „Welche Themen finden Sie persönlich besonders interessant?“*

Ein Thema, das in vielen Interviews in verschiedener Ausprägung, aber jedes Mal sehr emotional und persönlich, angesprochen wurde, war das Verhältnis zwischen Medizin und Gesellschaft. Viele Interviewte wurden bei diesem Thema begrifflich unscharf und beschrieben eigene Erfahrung aus ihrem wissenschaftlichen oder klinischen Alltag. Es trat an etlichen Stellen ein diffuser und verschieden stark ausgeprägter Wunsch hervor, die Medizin in ihrer Gänze zu verändern und diese Änderung mit gesellschaftlichen Anforderungen „irgendwie abzustimmen“. So formulierte ein Interviewter: „Wir müssen die begrifflich-scharfe, technische Grundlage für einen gesellschaftlichen, ethischen Diskurs schaffen und so neue Leitlinien hervorbringen. Die Gesellschaft muss wissen, was wir können und mit uns überlegen, wie wir, als Menschheit, damit umgehen.“

Dieser Übergang von medizinthoretischen zu medizinethischen Fragen spielte in jedem Interview eine Rolle, war aber außer in dem oben genannten Beispiel kaum konkret greifbar. 16 der Interviewten fanden jedoch Fragestellungen aus diesem Bereich besonders spannend und wollten eine aktive Rolle in der Diskussion einnehmen: „Wir müssen unsere Arzt-Rolle viel offensiver, viel aktiver, in die Gesellschaft hinaustragen.“

Fünf Interviewte wünschten sich eine Reflexion auf Stress am Arbeitsplatz, insbesondere auf vermeidbaren bzw. „selbst gemachten“ Stress. Einer brachte dies mit folgender Formulierung auf den Punkt: „Wo ist unser Gesundheitssystem per Gesetz krank und macht mich persönlich wütend? An vielen Stellen läuft es in der Medizin so Scheiße, da kann man eigentlich nur noch Steine werfen!“ Er meinte im Folgenden, dass die Wichtigkeit der individuellen Haltung der Medizin gegenüber gar nicht überschätzt werden könne. Alle fünf bezweifelten aber, Problemen dieser Art durch theoretische Inhalte während des Studiums Herr werden zu können, die *Theorie der Medizin* sei schließlich auch nicht zu überschätzen und solle nicht zur „Projektionsfläche für unsere Hoffnungen“ verkommen.

Zwei Interviewte hätten es spannend gefunden, während des Studiums durch „die großen -ismen unserer Zeit“ geführt zu werden – insbesondere mit Hinblick darauf, was es für Patienten bedeute. Eine prägnante Formulierung lautete: „Der Patient nimmt meine Nachricht

ja gemäß seinem Weltbild auf. Es wäre schon interessant, diesbezüglich Unterschiede zwischen einzelnen Kulturen und Religionen zu wissen. So vermeidet man auch sicher eine Menge Missverständnisse.“

Ein Interviewter hätte sich im Studium eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dem Tod gewünscht, insbesondere mit dem gesellschaftlichen Umgang mit diesem, auch aus historischer Perspektive.

Drei Interviewte hielten die Auseinandersetzung mit dem Hippokratischen Eid oder vergleichbaren Zusammenfassungen des ärztlichen Ethos´ für bedeutsam. Sie wünschten dabei eine explizite Betrachtung der persönlichen Implikationen für den Arzt als individuell Betroffenen.

*Frage 4: „Finden Sie das Fach Theorie der Medizin wichtig?“*

Ein Interviewter fand das Fach in dessen Gänze nicht wichtig. Er hielt das Medizinstudium per se für überfrachtet und befand zwar die Fragestellungen aus der *Theorie der Medizin* für wichtig, war allerdings der Meinung, dass man über diese eher durch die Praxis adäquat behandeln könne: „Ich finde es wichtig, dass Studenten Doktorarbeiten schreiben und so hautnah wissenschaftstheoretische Fragen erleben. Noch mehr Theorie ins Studium zu packen, finde ich ganz und gar nicht sinnvoll.“

Alle übrigen fanden das Fach wichtig. Fünf befanden indes, dass der Name ungünstig gewählt und *Medizinphilosophie* viel eher zutreffend sei.

Ein Interviewter sagte am Ende: „Ich bin von mir selbst überrascht, wie wenig ich über Ihr Thema eigentlich weiß. Aber ich habe es sehr genossen, mit diesen Fragen konfrontiert zu werden!“ Ein Interviewter meinte dazu: „Sehr wichtig! Viele Studenten oder Kollegen wissen dann irgendwas – und wissen gar nicht... was sie da wissen.“

Ein anderer Interviewter befand: „Ich finde dieses Thema super wichtig. Denn Wissen kann ich googlen, Haltungen nicht.“

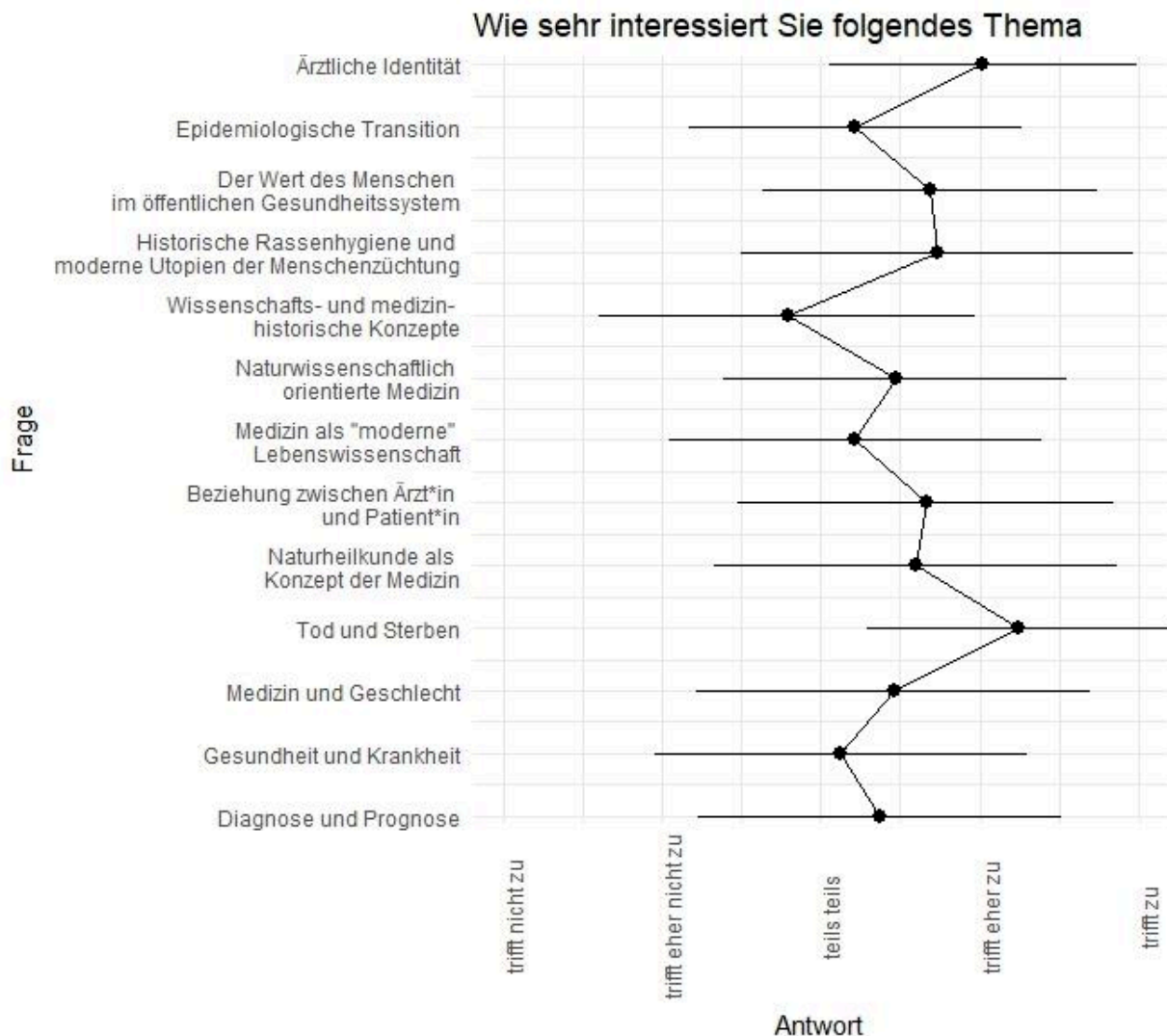


#### 4.5 Studierenden-Befragung

Nachdem nun die theoretische sowie praktische Perspektive und Gegenwart sowie Zukunft beleuchtet wurden, werden im letzten Abschnitt die Studierenden selbst anhand eines standardisierten Fragebogens zu Wort kommen. Denn es sind die Studierenden, die maßgeblich von der Lehre der *Theorie der Medizin* profitieren sollen.

Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Semestern festgestellt, sodass die Ergebnisse nicht nach Semestern gegliedert dargestellt werden (die Ergebnisse in absoluten Zahlen finden sich im Anhang). Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse aus allen Jahren gesammelt dargestellt. Dabei definieren die Punkte die jeweiligen Mittelwertwerte und die horizontalen Linien die Standardabweichung. Neun der 13 Fragen wurden im Mittel im Bereich zwischen 3 („teils teils“) und 4 („trifft eher zu“) beantwortet. Werte von 4 und darüber erreichten einzig die Themen *ärztliche Identität* (4) und *Tod und Sterben* (4,2). Bei lediglich einem, nämlich dem Thema *wissenschafts- und medizinhistorische Konzepte* (2,8), wurden Werte von unter 3 erreicht. Die Standardabweichung liegt beständig in einem Bereich von 1 bis 1,2.

Abbildung 1: Ergebnisse der Umfrage. Durchschnittswerte und Standardabweichung.



## 5. Diskussion

### 5.1 Diskussion der einzelnen Ansätze

Im Folgenden werden die erarbeiteten Ergebnisse diskutiert. Dazu werden zunächst die einzelnen Ansätze für sich betrachtet. Daran anschließend folgt die Zusammenschau aller Ergebnisse.

Der Sinn des ersten Ansatzes *Literatur zur Theorie der Medizin*, bestand darin, sich der *Theorie der Medizin* theoretisch zu nähern. Einige Autoren betonten besonders die Uneinheitlichkeit der *Theorie der Medizin* (Vgl. Borck 2016, Eckart 2013).

Diese Uneinheitlichkeit zeigte sich in besonders anschaulicher Weise in den Ausführungen Vogels (Vgl. Bauer 1995. S 79ff). Vogel sieht in der Medizin nicht eine Wissenschaft, welche durch eine genau elaborierte Theorie zu vervollständigen ist, sondern eine *Téchne*, welche sich vieler einzelner Wissenschaften bedient. Jede einzelne dieser Wissenschaften hat ihre eigene Theorie und bringt diese genauso in die Gesamtheit von Medizin ein wie ihr Wissen selbst. Deshalb bestehen innerhalb der Medizin viele Metatheorien nebeneinander – das macht die Uneinheitlichkeit der *Theorie der Medizin* aus. Diese ist mit Vogel folglich in der Grundstruktur von Medizin selbst gegründet und nicht etwa Ausdruck unzureichender Theorienbildung.

Vogel eröffnet damit allerdings noch ein zweites Problem der *Theorie der Medizin*: ihre Unschärfe. Eben gerade, weil ihr Gegenstand keine reine Wissenschaft ist, ist auch die *Theorie der Medizin* keine einfache Wissenschaftstheorie und kann nicht wie jene mit klar definierten Begriffen operieren. Viel eher sind ihre zentralen Begriffe, nämlich Gesundheit und Krankheit, zutiefst dynamisch und normativ und mitunter sogar subjektiv. Wegen des dynamischen Moments dieser Begriffe bleiben medizintheoretische Antworten immer vorläufig und unscharf (Vgl. auch Paul 2006. S 68f). Wegen ihres normativen Moments ist die *Theorie der Medizin* darüber hinaus nicht scharf von der Medizinethik abgrenzbar. Durch das subjektive Moment werden objektive Aussagen mitunter nahezu unmöglich.

Mit Vogel wurde demnach deutlich, dass die *Theorie der Medizin* ihrem Gegenstand entsprechend divers und unscharf sein muss und nicht die Ansprüche einer eindeutigen Wissenschaftstheorie erfüllen kann.

Dennoch konnte anhand von Paul (Vgl. Paul 2006. S 59ff) ein Ansatz für eine Metatheorie der Medizin herausgestellt werden. Paul rückt neben das wissenschaftstheoretische Problem der Beziehung zwischen Wissen und Handeln in der Medizin die Frage in den Mittelpunkt der *Theorie der Medizin*, „wie der Kompetenz- und Handlungsbereich der Medizin in einer Gesellschaft verstanden werden“ (Ebd. S 67). Damit stellt Paul die epistemischen Fragen um

medizinisches Wissen in den weiter reichenden Kontext einer gesellschaftlichen Debatte. Denn in dem normativen Moment der Begriffe Gesundheit und Krankheit sieht er eine große Überschneidung zur Medizinethik. Der Unterschied besteht darin, dass die *Theorie der Medizin* die Strukturen ärztlichen Handelns lediglich analytisch-deskriptiv beschreibt. Der Medizinethik obliegt darüber hinaus die „Beurteilung der Kriterien für Moralität in diesem Bereich“ (Ebd. S 71). Nach Paul geht folglich die *Theorie der Medizin* primär deskriptiv und analytisch, die Medizinethik hingegen normativ und wertend vor. Als Referenz sind für beide Disziplinen die Medizingeschichte und Kulturwissenschaften maßgebliche Einflüsse. Deshalb darf die *Theorie der Medizin* nicht losgelöst von der Medizingeschichte oder Medizinethik aufgefasst werden: „Nur eine historisch und ethisch informierte Medizintheorie kann [...] einen Beitrag zum besseren Verständnis von Wissen und Handeln sowie von Gesundheit und Krankheit leisten“ (Ebd. S 71).

Mit Paul wurde demnach deutlich, dass die *Theorie der Medizin* nicht als isoliertes Fach bestehen kann, sondern der Medizingeschichte und Medizinethik bedarf. Ein ähnlicher Blick ergab sich bei Borck in besonderer Ausführlichkeit und Klarheit. Auch Borck kommt von epistemischen zu gesellschaftlichen Fragen und verortet diese darüber hinaus in einen philosophischen Gesamtkontext, aus welchem er im letzten Kapitel konkrete Konsequenzen für den Einzelnen zieht. Sein Ansatz ist gleichermaßen allgemein und abstrakt wie spezifisch und konkret. Borck liefert demnach für das Anliegen der vorliegenden Dissertation eine grundlegende Quelle.

Von Uexküll und Wesiack legen in ihrem Werk einen spezifischen Schwerpunkt. Zwar erheben auch sie stellenweise abstrakte und allgemeine Ansprüche, grundsätzlich aber rankt sich die Fragestellung dieser beiden Autoren konkret um psychosomatische Medizin. Sie liefern damit ein bemerkenswert elaboriertes Beispiel für *eine* Theorie der Medizin – keinesfalls aber *der* *Theorie der Medizin* schlechthin.

Zusammenfassend darf bis hierhin das deskriptive Begreifen medizinischer Strukturen als Gegenstand der *Theorie der Medizin* gelten. Dabei – so hat sich gezeigt – liegt ein Hauptaugenmerk auf epistemischen Fragen, wie es auch für Wissenschaftstheorien üblich ist. Darüber hinaus aber macht es der spezifische, in sich heterogene Gegenstand der modernen Medizin nötig, die gesellschaftlichen Grundlagen von Medizin, maßgeblich in den Begriffen *Krankheit* und *Gesundheit*, zu begreifen.

Für dieses Unterfangen gibt es verschiedene sinnvolle inhaltliche Schwerpunkte und methodische Ansätze. Die Uneinheitlichkeit – oder erfrischende Divergenz (Vgl. Eckart 2013).

S 292) – der *Theorie der Medizin* betrifft demnach viel eher die konkrete Ausformung medizintheoretischer Ansätze als ihr generelles Grundanliegen.

Die verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkte ließen sich aus den untersuchten Lehrbüchern ablesen, welche zu einem sehr großen Teil keine explizite Konzeption der *Theorie der Medizin* formulieren. So dürfen die Themen *das Verhältnis von Medizin zu Naturwissenschaften* bzw. *Medizin als Wissenschaft* (8/9 Werken), *die Arzt-Patienten-Beziehung* (5/9), *Gesundheit und Krankheit* (5/9), *Naturheilkunde* (5/9), *Medizin und Gesellschaft* (4/9), *Tod und Sterben* (4/9), *Diagnose und Prognose* (3/9) oder *ärztliche Identität* (3/9) als wesentliche Inhalte gelten. Die genaue Ausarbeitung sowie die konkrete Abgrenzung zwischen diesen Themen und der Medizingeschichte sowie Medizinethik variieren dabei von Autor zu Autor.

Die an dieser Stelle besonders spannende Frage, inwieweit die Themen aus der Literatur mit jenen Themen, welche sich die Lehrenden wünschen, decken, wird in der Zusammenschau (5.2) behandelt werden.

Der Sinn des zweiten Ansatzes *der Status Quo der Lehre der Theorie der Medizin in Deutschland* bestand darin, der theoretischen Grundlage aus dem ersten Ansatz die aktuelle Wirklichkeit gegenüberzustellen.

Dazu wurde jede medizinische Fakultät in Deutschland einheitlich nach derselben Methode untersucht. Die dabei erarbeiteten Ergebnisse sind in Umfang und Genauigkeit allerdings uneinheitlich, sodass sie nicht quantitativ miteinander verglichen werden können. Diese Uneinheitlichkeit hat zwei Gründe. Zum einen sind die Internetpräsenzen der einzelnen Standorte hinsichtlich ihrer Ergiebigkeit sehr unterschiedlich. Das reicht von der Nicht-Existenz eines Instituts und damit einer Homepage, wie beispielsweise in Homburg, bis hin zu der vollständigen Veröffentlichung eines fundierten Vorlesungsskriptes dezidiert über die *Theorie der Medizin* auf der Homepage des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin in Münster. Zum anderen fielen die Reaktionen auf nachfragende E-Mails sehr unterschiedlich aus. Sie reichten von einem Ausbleiben jeglicher Reaktion über die Formulierung stichwortartiger E-Mails über ausführlichen E-Mail Verkehr bis hin zu aufschlussreichen Telefonaten.

Die Ergebnisse dieses Ansatzes sind demnach für das Anliegen der vorliegenden Dissertation von unterschiedlicher Relevanz. Im Folgenden werden jene Ergebnisse reflektiert, welche für das Anliegen der vorliegenden Dissertation konstruktiv sind. Als konstruktiv gelten jene Ergebnisse, zu denen es profunde Quellen gibt und die ein klar beschriebenes Konzept der Lehre der *Theorie der Medizin* respektive der GTE vorlegen.

Ein besonders elaboriertes Konzept für die Lehre der *Theorie der Medizin* legen Polianski und Fangerau mit ihrem *4-Instrumente-Ansatz* vor (Vgl. Polianski und Fangerau 2012). Mithilfe der Instrumente *Paradigmen, Diskurse, soziale Systeme* und *Kosmologien* sollen die Studierenden die *epistemischen und kulturellen Dimensionen von Medizin* begreifen. Dabei werden sie systematisch vom Konkreten ins Abstrakte geführt. So wird die tiefe Verwobenheit von Medizin in ihren soziokulturellen Kontext deutlich. Mithilfe konkreter Beispiele wie der historischen Deutung der Epilepsie als göttliche Krankheit oder Theorien um die Entstehung von AIDS bleiben die Inhalte für Studierende der Medizin nachvollziehbar. Manche Lehrende beschreiben, dass Medizinstudierende mitunter Schwierigkeiten bei der Bearbeitung geisteswissenschaftlicher Themen haben. Der *4-Instrumente-Ansatz* stellt für dieses Problem einen validen Lösungs-Ansatz dar.

Besonders klar beschrieben ist die Lehre der *Theorie der Medizin* für die Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Das auf der Instituts-Website veröffentlichte Vorlesungsskript (Hofer und Hucklenbroich 2019/2020) stellt für das Anliegen der vorliegenden Dissertation eine übersichtliche Orientierung dar. Auch hier werden „sowohl die *normativen* Grundprinzipien der *praktischen* Medizin, soweit sie nicht zur Ethik gehören, als auch die *begrifflichen* und *methodologischen* Grundlagen der *theoretisch-wissenschaftlichen* Medizin“ (Ebd. S 1) als Gegenstand der *Theorie der Medizin* genannt und prägnant bearbeitet.

Auch das Modulsript des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Göttingen (Wichtige Informationen zum Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin 2020) beschreibt das dortige Lehrkonzept fundiert und nach Teilbereichen geordnet. Hier werden die Geschichte und *Theorie der Medizin* strukturell von der Ethik der Medizin getrennt. Dabei wird die Auseinandersetzung mit „*grundlegenden Begriffen, Konzepten und Prinzipien* der modernen Medizin und den damit verbundenen [...] Fragen: *Was ist Krankheit und was ist Gesundheit?, Wann beginnt und endet menschliches Leben? oder Auf welcher Körpervorstellung bauen Krankheits- und Gesundheitskonzepte auf?* [Kursiv durch Autor]“ (Ebd. S 3) als inhaltlicher Kern der *Theorie der Medizin* benannt.

Eine bemerkenswerte Besonderheit war, dass hier die Körpervorstellung, auf der Krankheitskonzepte basieren, als wesentlicher Inhalt der *Theorie der Medizin* erachtet wird. Dieses Thema wird der *Theorie der Medizin* nur selten zugeordnet und es gibt nur wenige Quellen. In Göttingen wird es gleichermaßen historisch (Wie wurde der menschliche Körper gedacht?) wie theoretisch (Wie wird er heute gedacht?) aufgearbeitet.

Polianskis und Fangeraus Aufsatz, das Vorlesungsskript aus Münster sowie das Modulkript aus Göttingen stellen demnach wesentliche Quellen für die isolierte Betrachtung der Lehre der *Theorie der Medizin* dar.

Weiterhin konnten die Konzepte der Lehre der GTE als integrale Einheit an den Standorten Erlangen, Gießen, Heidelberg, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz und Tübingen fundiert dargestellt werden. An all diesen Orten wird die GTE integrativ mit variierenden Binnenakzentuierungen gelehrt. Um der Vielfältigkeit möglicher Themen der GTE sowie unterschiedlicher Studierenden-Interessen gerecht zu werden, treten Wahlpflichtseminare als probates Mittel hervor. So beschreiben jene Lehrende, die Wahlpflichtseminare anbieten (so beispielsweise in Erlangen, Gießen, Lübeck, Tübingen oder Würzburg), ihre Erfahrungen mit ihnen durchweg als positiv.

Obwohl an den allermeisten Studienorten der Prüfungsstoff über Multiple-Choice-Klausuren geprüft wird, gibt es gehäuft Kritik an diesem Prüfungsformat. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam bereits eine Studie von 2006 (Möller et al. 2006). Die Standorte Göttingen, Hamburg, Lübeck und Tübingen sehen in ihrer Prüfungsordnung schriftliche Ausarbeitungen zu Themen aus den Seminaren vor. Darüber wird ausschließlich positiv berichtet. So weist beispielsweise Dr. phil. Katharina Beier von der Universität Göttingen darauf hin, dass diese Herangehensweise zwar sehr zeitaufwendig sei, sich aber in Anbetracht des positiven Lernfortschritts der Studierenden durchaus lohne.

Wahlpflichtseminare, die evtl. sogar mit schriftlichen Ausarbeitungen abzuschließen sind, dürfen demnach als Empfehlung für künftige Konzepte der Lehre der GTE gelten. Diese Empfehlung wurde bereits in der Studie von 2006 ausgesprochen (Möller et al. 2006), aber bis heute nicht deckend in die Lehrstruktur integriert.

Trotz der oben dargelegten Unmöglichkeit des quantitativen Vergleichs können also in Zusammenschau aller Ergebnisse aus dem zweiten Ansatz zwei Resultate als führend angesehen werden. Zum einen nämlich ist die Lehre der GTE nach wie vor an etwa einem Drittel der untersuchten Standorte so wenig strukturiert, dass die *Theorie der Medizin* kaum merklich hervortritt (Vgl. Möller et al. 2006, Schildmann et al. 2017). Die in diesem Ansatz aufgeführten, gut elaborierten Quellen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass für viele Standorte keine Quellen vorliegen und die Lehre an zahlreichen weiteren Standorten nach wie vor schwach strukturiert ist. Zum anderen zeichnet sich mit steigender Strukturierung der Lehre der Trend ab, die GTE integrativ aufzufassen. Zu diesem Ergebnis kam auch die Studie von 2017 (Schildmann et al. 2017). Im Konkreten variieren die Lehrkonzepte. Als besonders gute Orientierung für integrierte Lehre können die Lehrkonzepte der Standorte Erlangen, Gießen,

Göttingen, Heidelberg, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz und Tübingen gelten. Als besonders beachtenswertes Lehrkonzept für die separate Lehre der *Theorie der Medizin* bietet sich jenes am Standort Münster an.

Der Sinn des dritten Ansatzes *der NKLM* bestand darin, einen theoretischen Ausblick über die zukünftige Lehre aufzuzeigen. Dazu ist der NKLM die probate Referenz, weil er dazu entwickelt wurde, die medizinische Lehre deutschlandweit zu koordinieren und vergleichbar zu machen. Es ist deshalb sehr wahrscheinlich, dass Lehrende der Medizin sich bei ihrer Lehrkonzeption künftig am NKLM orientieren werden.

Der NKLM selbst verwendet den Begriff *Theorie der Medizin* nicht. Die Inhalte, welche in der vorliegenden Dissertation als deren Kern herausgestellt wurden, führt er entweder gar nicht an oder integriert sie in eines von sechs anderen Kapiteln. Damit führt er den integrativen Ansatz, der bereits für die aktuelle Lehre in Deutschland als Trend herausgestellt wurde, weiter fort. Aufgrund der stichwortartigen Formulierungen des NKLM (Stand: Juni 2020) muss vorerst noch offen bleiben, ob und inwieweit die *Theorie der Medizin* überhaupt noch als eigene Struktur in ihm erkennbar bleibt, und, welche inhaltlichen Alternativen er konkret vorschlägt. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass der *Theorie der Medizin*, insbesondere unter diesem Titel, wenig Bedeutung zukommen wird.

Der Sinn des vierten Ansatzes *Lehrende im Interview* bestand darin, den tatsächlichen Erfahrungshorizont von Lehrenden der Medizin über die *Theorie der Medizin* zur Sprache zu bringen. Dazu wurden 17 Interviews mit Lehrenden aus zwölf verschiedenen medizinischen Instituten ausgewertet.

Es mag zunächst verwundern, dass die entsprechenden Protokolle nicht im Anhang der vorliegenden Dissertation veröffentlicht sind. Tatsächlich aber war die Nicht-Veröffentlichung der Protokolle eine Ermöglichungsbedingung des vierten Ansatzes. Denn wenn auch zwei Interviewte explizit dazu bereit gewesen wären, öffentliche Einsicht in ihr Protokoll zu gewähren, so machten zwölf Interviewte die Vertraulichkeit alles Gesagten entweder bereits im Vorfeld des Interviews zur Bedingung des Gespräches oder wiesen in dessen Verlauf auf diese hin (trotz bereits erfolgter Aufklärung und Zusicherung). Das Nicht-Veröffentlichen der Protokolle ist folglich eine per Unterschrift zugesicherte Notwendigkeit, ohne welche ein erheblicher Teil der Interviews nicht zu Stande gekommen wäre.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Gespräche unterschiedlich lang sowie von unterschiedlicher Ausführlichkeit und unterschiedlichem

Tiefgang waren. Außerdem waren die von den Interviewten gesetzten Schwerpunkte subjektiv und persönlich. Die Ergebnisse sind demnach kaum quantitativ miteinander zu vergleichen und folglich nicht als systematische, repräsentative Übersicht fehl zu deuten, sondern als qualitative Auseinandersetzung und inhaltliche Impulse. Diese Impulse stehen zunächst für sich und werden im Folgenden in einen weiteren Kontext eingeordnet.

Der größte Teil der herausgestellten Inhalte aus dem vierten Ansatz welche für die *Theorie der Medizin* für relevant befunden wurden, überschneidet sich mit den Inhalten aus dem ersten und zweiten Ansatz. Diese Ergebnisse sollen daher an dieser Stelle nicht wiederholt diskutiert werden. Stattdessen werden im Folgenden diejenigen Inhalte betrachtet, die im Vergleich zum ersten und zweiten Ansatz neuartig sind und wenig oder keine Entsprechung in der Literatur oder der deutschlandweiten Lehre haben.

Ein Ergebnis war besonders markant: nahezu alle Interviewten bringen Unbehagen gegenüber aktuellen medizinischen Strukturen zum Ausdruck. Noch mehr als Art und Ausmaß dieses Unbehagens variiert dabei die Weise der Interviewten, es zum Ausdruck zu bringen und zu analysieren. So können einige Interviewte sehr konkret angeben, welche Strukturen sie kritisieren und warum. Andere Interviewte hingegen können ihr Unbehagen kaum spezifisch festmachen und sind dankbar für Formulierungsvorschläge durch den Forschungsleiter. Hier darf es als Aufgabe der *Theorie der Medizin* gelten, Ärzte mit ausführlichen Analysen der Konstitution von Medizin und entsprechenden Begriffen auszustatten. In diesem Kontext besteht hinlänglich der Wunsch – bis hin zur vehement formulierten Forderung – nach einer breiten gesellschaftlichen Debatte, um unzureichende Strukturen der Medizin transparent zu machen und weiter zu entwickeln. Es ist unabdingbar, dass sich Ärzte an dieser Debatte aktiv beteiligen und sie nicht Politik oder Ökonomie überlassen. Die Grundlage dazu sind suffiziente Theorien innerhalb der Medizin. Der Aspekt der *Theorie der Medizin* als Mittlerin zwischen Medizin und Gesellschaft ist den Lehrenden demnach besonders wichtig. In diesem Kontext verwies ein Interviewter auf einen Artikel von Peter T. Ullrich, in welchem Ullrich besonders pointiert formuliert:

Nur mit einer [...] Grundausstattung an Theorie haben wir die Argumente, im kritischen Diskurs mit der Politik und Ökonomie das Primat der sprechenden Medizin und Pflege zu sichern und ihre Akteure davon zu überzeugen, dass die Gesundheit keine Ware und der Kranke keine Ressource sind. (Ulrich 2020)

Darüber hinaus sprechen fünf Interviewte von vermeidbarem Stress am Arbeitsplatz. Dieser geht ebenfalls auf Strukturen zurück, die durch eine breite, gesellschaftliche Debatte zu ändern sind. Auch dazu bedarf es scharfer Theorien und Begriffe, welche durch Forschung unter dem Titel der *Theorie der Medizin* zu erarbeiten sind.



Als ebenfalls in diesem Kontext sehr wichtig gilt eine Neu-Reflexion der ärztlichen Identität auf einer wissenschaftlich korrekten Grundlage. Ein besonders wichtiger Aspekt dieser Debatte ist der Umgang mit ärztlichen Fehlern. Ein professionelles Lernen aus ärztlichen Fehlern ist hier viel eher gewünscht als deren Verschleiern, um weiterhin als unfehlbar zu gelten.

Dieser oben ausgeführte thematische Impuls kann als relevant gelten, weil er von nahezu jedem Interviewten geäußert wurde. Er stellt einen zentralen Wunsch dar, den Lehrende der Medizin an die *Theorie der Medizin* richten. Die folgenden Impulse hingegen sind spezifischer und wurden nur vereinzelt vorgebracht:

Ein Interviewter betonte am Beispiel der Tierversuche die eindeutig wissenschaftstheoretische Fragestellung, inwieweit an Tieren generierte Versuche überhaupt auf den Menschen übertragbar sind. Die sich daran anschließende Frage, ob Tierversuche ethisch legitimiert sind, gehört in den Bereich der Medizinethik. Somit öffnet dieser Impuls eine für die Studierenden gut nachvollziehbare Brücke zwischen der *Theorie der Medizin* und der Medizinethik und mag als Vorschlag für einen Diskussionsimpuls in einer Seminarsitzung angesehen werden.

Bezüglich des Krankheitsbegriffes kam die Frage nach dem ontologischen Status von Zufallsbefunden auf. Dieser Impuls ist von hoher klinischer Relevanz und sollte bei der Behandlung des Krankheitsbegriffes mitbehandelt werden. Die Frage nach dem ontologischen Status von Krankheiten des spirituellen Denkens reicht darüber noch hinaus. Denn sie setzt die Medizin an einem konkreten Beispiel in Relation zu anderen Disziplinen wie der Theologie, der Psychologie, der Philosophie oder der Religionswissenschaft. An der *Theorie der Medizin* könnten Studierende – beispielsweise in einem Seminar – die Grenzen von Medizin konkret erschließen und erfahren. Sie ist demnach grundsätzlich als weiterführende Frage in einem Seminar geeignet.

Ein Interviewter fragte noch weiter, nämlich nach der Bedeutung von Spiritualität für den Arzt überhaupt, insbesondere in dessen Umgang mit dem Tod. Diese Frage mag für ein Seminar herausfordernd sein. Sie zeigt aber auf, wie weit die persönliche Bedeutung der *Theorie der Medizin* für den praktizierenden Arzt reichen kann. Der Vorschlag desselben Interviewten für den Umgang mit dieser Frage war, bedeutende Weltanschauungen, insbesondere der Buchreligionen Christentum, Islam und Judentum sowie der wenigstens vom Namen her bekannten asiatischen Religionen oder Philosophien wie dem Buddhismus oder Hinduismus vorzustellen. Dieser Vorschlag führt ohne Zweifel weit über das hinaus, was von einem medizinischen Curriculum sinnvollerweise gefordert werden kann. Eine Vorstellung und Reflexion bedeutender Weltanschauungen mit Bezug auf deren mögliche Bedeutung für Ärzte

und/oder Patienten darf dennoch als Vorschlag für Linien-Veranstaltungen („C-Punkte“) gelten.

In einer Frage stimmen sechszehn der Interviewten überein – nämlich, dass die *Theorie der Medizin* als Disziplin sowie als Lehrfach für Medizinstudierende überaus wichtig ist. Einige Interviewte betonten dabei sogar die Wichtigkeit institutioneller Strukturierung der *Theorie der Medizin* und beklagten diesbezüglich insbesondere am Standort Jena einen Mangel. Diese Übereinstimmung darf dazu motivieren, weiterhin an dem Ausbau, der Entwicklung und Etablierung der *Theorie der Medizin* zu arbeiten. Allerdings warfen einige Interviewte in diesem Kontext die Frage auf, ob die *Theorie der Medizin* so richtig bezeichnet ist. Der Titel *Medizinphilosophie* scheint mehreren Interviewten besser geeignet, sei er doch vertrauter und klarer.

Der Sinn des fünften Ansatzes *Studierendenbefragung* bestand darin, das Interesse derjenigen, die unmittelbar von der Lehre profitieren sollen, an möglichen Themen der *Theorie der Medizin* zu ermitteln. Dazu wurden 632 Studierende anhand standardisierter Fragebögen befragt.

Besonders bemerkenswert ist hier das hohe Interesse für das Thema *Tod und Sterben*. Dieses Thema spielt bislang in der Lehre der *Theorie der Medizin* eine untergeordnete Rolle. So liegen im Rahmen der vorliegenden Dissertation bloß für Göttingen und Tübingen Erfahrungen mit der Bearbeitung dieser Thematik vor. Hier dürfen die Resultate der Befragung dazu ermutigen, das Thema *Tod und Sterben* vermehrt in die Lehre der *Theorie der Medizin* einzubinden.

Darüber hinaus bekunden die Studierenden besonders großes Interesse für das Thema *ärztliche Identität*. Dieses Thema spielt in vielen Lehrbüchern und in vielen Lehrkonzepten deutschlandweit eine Rolle. Die Relevanz des Themas wird durch die Studierenden-Befragung also bestätigt.

Wenig Interesse hingegen bekunden die Studierenden für das Thema *wissenschafts- und medizinhistorische Konzepte*. Dennoch zeigten die Ergebnisse des ersten, zweiten und vierten Ansatzes der vorliegenden Dissertation, dass dieses Thema keinesfalls aus der Lehre der *Theorie der Medizin* herausgenommen werden sollte. Hier könnte die Formulierung auf dem Fragebogen (als Erläuterung stand unter dieser Frage „Was ist wissenschaftliches Wissen und wie (und durch wen) wird es gewonnen? Wissenschaftstheoretische Aspekte medizinischer Forschung.“) in die Irre geführt haben. Für alle übrigen Themen bekundeten die Studierenden im Mittel Interesse im Bereich zwischen 3 („teils–teils“) und 4 („trifft eher zu“). Lehrende, welche sich eines dieser Themen annehmen, dürfen demnach mit vorhandenem, aber minder ausgeprägtem Interesse von Seiten der Studierenden rechnen.

## 5.2 Gesamtdiskussion

Der Sinn der vorliegenden Dissertation bestand darin, den Gegenstand *Theorie der Medizin* in Struktur und Inhalt zu darzustellen und zu erörtern. Besonderes Augenmerk lag dabei auf der Klärung des Gegenstandes für diejenigen, die mit dessen Lehre beauftragt sind.

Auch in Zusammenschau aller Ansätze der vorliegenden Dissertation entsteht kein vollständig umfassendes Konzept der *Theorie der Medizin*. Das liegt zum einen an weitreichenden Lücken in den Quellen (insbesondere im zweiten Ansatz *Status Quo der Lehre der Theorie der Medizin*) und zum anderen an unterschiedlicher Relevanz und Fundiertheit der Quellen (insbesondere in im ersten Ansatz *Literatur zur Theorie der Medizin* und vierten Ansatz *Lehrende im Interview*). Dennoch konnte die vorliegende Dissertation einige sehr wesentliche Quellen und bedeutende Impulse herausstellen. Diese können in zwei Gruppen unterteilt werden. Der erste und zweite Ansatz (und in geringem Umfang auch der dritte Ansatz *der NKLM*) arbeiten im Wesentlichen Konzepte der *Theorie der Medizin* heraus. Der vierte und fünfte Ansatz *Studierendenbefragung* stellen hingegen primär Erwartungen und Wünsche an die *Theorie der Medizin* vor. Der Erste und zweite (und dritte) Ansatz liefern demnach wesentliche Quellen, der vierte und fünfte wesentliche Impulse.

Im Folgenden soll diskutiert werden, ob und inwieweit diese Quellen und Impulse gegenwärtig aufeinander abgestimmt sind. Gemäß des ersten Ansatzes *Literatur zur Theorie der Medizin* und des zweiten Ansatzes *Status Quo der Lehre der Theorie der Medizin in Deutschland* ist die *Theorie der Medizin* im Wesentlichen die methodische Reflexion auf die Strukturen moderner Medizin. Ihre thematischen Kernpunkte sind wissenschaftstheoretische Fragen und die Reflexion auf die normativen Grundlagen der Medizin und deren Bedeutung. Die Medizin ist dabei als ein heterogenes Kompositum aus vielen Subdisziplinen aufzufassen.

Der zweite Ansatz zeigte, dass die Lehre der *Theorie der Medizin* im deutschlandweiten Vergleich sehr unterschiedlich und mitunter prekär unterstrukturiert ist (Vgl. Schildmann et al. 2017, Möller 2006). Es tut sich hier mit steigender Strukturierung des Lehrkonzepts der Trend zur integrierten Lehre der gesamten GTE als Einheit auf. An vielen Standorten kommt der *Theorie der Medizin* darin jedoch die niedrigste Priorität zu. Es darf befürchtet werden, dass sie im integrierten Ansatz kaum mehr eigens hervortritt – nahezu „wegintegriert“ wird. Diesen Trend führt der NKLM weiter fort, wie der dritte Ansatz *der NKLM* zeigte.

Die vorliegende Dissertation richtete ihr Augenmerk auf besonders elaborierte Lehrkonzepte der *Theorie der Medizin*. Bei Betrachtung der wenigen fundierten Quellen darf jedoch nicht übersehen werden, dass die *Theorie der Medizin* im deutschlandweiten Trend ein wenig beachtetes Nischenfach mit sehr ungewisser Zukunft ist.

Dem gegenüber steht das Ergebnis aus dem vierten Ansatz *Lehrende im Interview*, dass nämlich beinahe alle Interviewten der *Theorie der Medizin* sowohl als Unterrichtsfach wie auch als wissenschaftliche Disziplin eine große Bedeutung beimessen. Die *Theorie der Medizin* wird dabei oft als Grundlage für eine breite gesellschaftliche Debatte aufgefasst, welche letztendlich zu von nahezu allen Interviewten gewünschten oder geforderten Änderungen der Strukturen der Medizin führen soll. Es besteht der Wunsch, die *Theorie der Medizin* sichtbarer zu machen, obgleich sie in der Realität oft kaum sichtbar ist und in Zukunft immer mehr an Bedeutung einbüßen könnte.

Dieser deutliche Widerspruch zwischen realen Konzepten von der *Theorie der Medizin* und Wünschen an sie ist ein bedeutendes Ergebnis der vorliegenden Dissertation und motiviert zu weiterer Forschung.

## 6. Schlussfolgerungen

Am Ende der vorliegenden Dissertation stehen im Wesentlichen zwei Schlussfolgerungen, einerseits bezüglich der Lehre der *Theorie der Medizin* und andererseits bezüglich weiterer Forschung unter dem Titel der *Theorie der Medizin*.

Für die Lehre der *Theorie der Medizin* ergibt sich, dass sie mindestens zwei Themen behandeln muss:

Erstens muss sie *wissenschaftstheoretische Fragen und Probleme rund um die Medizin* erörtern. Wesentliche Aspekte dabei sind die Fragen, wie wissenschaftliches Wissen und ärztliches Handeln aufeinander bezogen sind, wie ärztliches Handeln durch Wissen und Erfahrung legitimiert ist, wodurch wissenschaftliches Wissen begrenzt ist, wie Wissenschaft strukturiert ist, welche Bedeutung dem Experiment (insbesondere dem Tierversuch) für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zukommt und wer wissenschaftliches Wissen generiert (hier spielen insbesondere Gender-Aspekte eine große Rolle) sowie das Konzept der evidenzbasierten Medizin.

Zweitens muss sie die *soziokulturellen Grundlagen von Medizin* beleuchten und deren Normativität herausstellen. Diese normativen Grundlagen werden im Wesentlichen deutlich am Begriff der Krankheit. Als eindrucksvolles Beispiel für die soziokulturelle Dimension des Begreifens von Krankheit kann hier das historisch wechselnde Verständnis der Homosexualität herangezogen werden. Aber auch etliche psychiatrische Erkrankungen wie die Schizophrenie, Anorexia nervosa oder Persönlichkeitsstörungen sind gute Beispiele für die soziokulturelle Dimension von Krankheitsvorstellungen. Anhand der Epilepsie, die einst als göttliche Krankheit begriffen wurde, kann hier naheliegend die Brücke zur Geschichte der Medizin gezogen werden. Die Verbindung zur Medizinethik liegt nahe sobald die normativen Grundlagen von Medizin nicht mehr rein deskriptiv begriffen, sondern bezüglich ihres Gehalts hinterfragt werden. Die *Theorie der Medizin* bleibt demnach zutiefst mit der Geschichte der Medizin und der Ethik der Medizin verwoben; sie stellt innerhalb dieses Fächerkanons das begrifflich deskriptive Moment dar.

Ein weiteres wichtiges Thema für die Lehre der *Theorie der Medizin* ist ärztliche Identität. Wesentliche Aspekte sind hier die Haltung gegenüber dem Patienten, das Verhältnis zum Tod (welches bei den Studierenden auf bemerkenswert breites Interesse trifft), die Bedeutung der Geschlechterdebatte für die Ärztin oder den Arzt und der Umgang mit eigener Unsicherheit. Außerdem ist die Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext der Lehre der *Theorie der Medizin* von Relevanz.

Weiterhin steht am Ende dieser Dissertation die Empfehlung, die GTE als Einheit aus den drei integralen Bestandteilen Medizingeschichte, *Theorie der Medizin* und Medizinethik zu strukturieren. Dabei sind Vorlesungen und Seminare, idealerweise mit schriftlicher Abschlussarbeit, zu kombinieren. Die Seminare können als Wahlpflicht strukturiert werden, sodass die Studierenden gemäß ihrem Interesse ein Seminar wählen. So können weitere naheliegende *medizintheoretische* Themen sinnvoll in die Lehre integriert werden.

Für die weiterführende Forschung unter dem Titel der *Theorie der Medizin* eröffnet insbesondere der vierte Ansatz der vorliegenden Dissertation *Lehrende im Interview* weitere Fragen. Nahezu alle Interviewten nämlich beklagen Strukturen innerhalb der Medizin, welche ihrer Auffassung geändert bzw. weiterentwickelt werden müssen. Sie fordern dazu eine fundierte und begrifflich scharfe gesamtgesellschaftliche Debatte, in welcher auch Ärzte eine aktive Rolle spielen sollen. Dazu bedarf es profunder Theorien: ebenjene Strukturen müssen begrifflich transparent gemacht werden, damit sie trennscharf diskutiert werden können. Die vorliegende Dissertation hat auf diesen Aspekt keinen Schwerpunkt gelegt. Es liegt jedoch nahe, weitere Interviews mit entsprechend veränderter Hauptfragestellung zu führen und den Impulsen medizintheoretisch nachzugehen.

Insgesamt ergab die methodisch vielfältige Analyse trotz der großen Uneinheitlichkeit und fehlenden Schärfe des Forschungsgegenstands *Theorie der Medizin* am Ende doch folgendes Bild: Während in dem theoretischen Arbeitsfeld immer weniger Interesse an der *Theorie der Medizin* als einzelnes Fach besteht, werden von Seiten der Praxis Stimmen laut, die ebenjene theoretische Grundlange wieder einfordern. Es mag also für alle weitere Forschung in diesem Querschnittsbereich die Hoffnung bestehen, dass der Impuls aus der realen Praxis sich bis in die theoretischen Auseinandersetzungen in Zukunft fortsetzt und langfristig auch hier wieder eine vermehrte Beschäftigung ermöglicht.

## LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

- Bauer A, Hrsg. 1995. Theorie der Medizin. Dialoge zwischen Grundlagenfächern und Klinik. Heidelberg, Leipzig: Johann Ambrosius Barth Verlag.
- Borck C. 2016. Medizinphilosophie, zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag.
- Borg I, Staufenbiel T. 2007. Theorien und Methoden der Skalierung. Bern: Huber.
- Bruchhausen W, Schott H. 2008. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Cropley AJ. 2011. Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung. 4. überarbeitete Aufl. Frankfurt am Main, Magdeburg: Verlag Klotz GmbH und SichVerlag in der SichVerlagsgruppe.
- Eckart WU. 2013. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.
- Fangerau H, Vögele J. 2004. Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. Unterrichtsskript für die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Münster: LIT Verlag.
- Krause WH. 2016. Philosophikum für Mediziner. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann GmbH.
- Möller M, Neitzke G, Stöckel S, Lohff B, Frewer A. 2006. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage zur Lehre an deutschen Hochschulen. GMS Z Med Ausbild, 23 (2): Doc08.
- Noack T, Fangerau H, Vögele J. 2007. Im Querschnitt. Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. 1. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag.
- Paul NW. 2006. Medizintheorie. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW, Hrsg. 2006. Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Polianski I, Fangerau H. 2012. Toward harder medical humanities. Moving beyond the two cultures dichotomy. Academic medicine, 87 (1): 121-126.
- Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. 2017. History theory and ethics of medicine: the last ten years. A survey of course content, methods and structural preconditions at 29 German medical faculties. GMS Journal for Medical Education, 34(2).
- Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T. 2012. How Important is Medical Ethics and History of Medicine Teaching in the Medical Curriculum? An Empirical Approach towards Students' views. GMS Z Med Ausbild, 29 (1): Doc08.

- Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW, Hrsg. 2006. Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Ulrich PT. 2020: Medizin braucht mehr Theorie. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 117. Heft 3. S. 72.
- Uexküll T von, Wesiack W. 1998. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen des ärztlichen Denkens und Handelns. 3 völlig überarbeitete Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Internetquelle. Uniklinik RWTH Aachen. Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. URL: <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/institut-fuer-geschichte-theorie-und-ethik-der-medizin/institut/leitung.html>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) geändert worden ist. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/\\_appro\\_2002/BJNR240500002.html](https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html). (Abruf am 22.06.2020)
- Internetquelle. Charité. Universitätsmedizin Berlin. Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin. URL: <https://medizingeschichte.charite.de>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Ruhr-Universität Bochum. Institut für medizinische Ethik und Geschichte der Medizin. URL: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/malakow/index.html.de>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Institute for Medical Humanities. URL: <https://www.medhum.uni-bonn.de/de/IMH>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Bundesärztekammer. Ärzte. Aus-Weiter und Fortbildung. (Muster-) Weiterbildungsordnung. URL: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920\\_MWBO-2018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf). (Abruf am 02.03.2020)
- Internetquelle. Technische Universität Dresden. Institut für Geschichte der Medizin. URL: <https://tu-dresden.de/med/mf/ges>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Universitätsklinikum Düsseldorf. Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. URL: <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-geschichte-theorie-und-ethik-der-medizin>. (Abruf am 22.10.2018)
- Internetquelle. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <https://www.igem.med.fau.de>. (Abruf am 01.06.2020)



Internetquelle. Goethe-Universität Frankfurt am Main. Dr Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: [https://www.geschichte-medizin.uni-frankfurt.de/47764546/IfG?legacy\\_request=1](https://www.geschichte-medizin.uni-frankfurt.de/47764546/IfG?legacy_request=1). (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Institut für Ethik und Geschichte der Medizin. URL: <http://www.egm.uni-freiburg.de>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Justus-Liebig-Universität Gießen. Institut für Geschichte der Medizin. URL: <https://www.uni-giessen.de/fbz/fb11/institute/histor>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Georg-August-Universität Göttingen. Universitätsmedizin Göttingen. Institut für Ethik und Geschichte der Medizin. URL: <https://egmed.uni-goettingen.de/de/1/startseite/>. (Abruf am 01.06.2020)

Wichtige Informationen zum Querschnittsbereich Geschichte Theorie Ethik der Medizin (GTE). URL: [https://egmed.uni-goettingen.de/fileadmin/user\\_upload/Modulkript\\_GTE\\_I\\_und\\_II\\_SoSe\\_2020\\_Final.pdf](https://egmed.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/Modulkript_GTE_I_und_II_SoSe_2020_Final.pdf). (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Institut für Ethik und Geschichte der Medizin. URL: <http://www2.medizin.uni-greifswald.de/geschichte/>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Universitätsklinikum Halle-Wittenberg. Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=3343&BF=532>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/geschichte-und-ethik-der-medizin/index.html>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Medizinische Hochschule Hannover. Institut für Geschichte Ethik und Philosophie der Medizin. URL: <https://www.mh-hannover.de/igepm.html>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <http://www.medizinische-fakultaet-hd.uni-heidelberg.de/Institut-fuer-Geschichte-und-Ethik-der-Medizin.102539.0.html>. (Abruf am 01.06.2020)

Internetquelle. Friedrich-Schiller-Universität Jena. Universitätsklinikum Jena. Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. URL: [https://www.uniklinikum-jena.de/Kliniken+\\_+Institute/Institute/Geschichte/Institut+für+Geschichte\\_+Theorie+und+Ethik+der+Medizin/Mitarbeiter.html](https://www.uniklinikum-jena.de/Kliniken+_+Institute/Institute/Geschichte/Institut+für+Geschichte_+Theorie+und+Ethik+der+Medizin/Mitarbeiter.html). (Abruf am 01.06.2020)

- Internetquelle. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Medizinische Fakultät. Institut für experimentelle Medizin. Geschäftsbereich Medizinethik. URL: <https://www.iem.uni-kiel.de/de/medizinethik/medizinethik>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Uniklinikum Köln. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <http://geschichte-ethik.uk-koeln.de/de/geschichte-und-ethik>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Universität Leipzig. Medizinische Fakultät. Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. URL: <http://karl-sudhoff.uni-leipzig.de>. (Abruf am 01.06.2020)
- Lernzielkatalog zur Vorlesung im QSB 2 Geschichte – Theorie – Ethik der Medizin. URL: [http://karl-sudhoff.uni-leipzig.de/karlsudhoff.site.posttext,humanmedizin,a\\_id,463.html](http://karl-sudhoff.uni-leipzig.de/karlsudhoff.site.posttext,humanmedizin,a_id,463.html). (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Universität zu Lübeck. Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck (IMGWF). URL: <http://www.imgwf.uni-luebeck.de>. (Abruf am 01.06.2020)
- Internetquelle. Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Magdeburg AöR. Fachbereich für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. URL: <http://www.get.ovgu.de>. (Abruf am 02.06.2020)
- Internetquelle. Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Universitätsmedizin. Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. URL: <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/uebersicht.html>. (Abruf am 02.06.2020)
- Internetquelle. LMU. Ludwig-Maximilians-Universität München. Medizinische Fakultät. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin. URL: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/index.html>. (Abruf am 02.06.2020)
- Internetquelle. Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Medizinische Fakultät. Institut für Ethik Geschichte und Theorie der Medizin. URL: <https://www.medizin.uni-muenster.de/egtm/institut/institut/>. (Abruf am 02.06.2020)
- Hofer HG, Hucklenbroich P. Theorie der Medizin. Skriptum im Rahmen der VL Geschichte Theorie und Ethik der Medizin. Aktualisierte Fassung vom Wintersemester 2019/20. URL: [https://www.medizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/GTE/Skripte/Skript\\_Theorie\\_Medizin\\_WiSe\\_19-20.pdf](https://www.medizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/GTE/Skripte/Skript_Theorie_Medizin_WiSe_19-20.pdf). (Abruf am 02.06.2020)
- Internetquelle. NKLM: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. URL: <http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>. (Abruf am 08.06.2020)

Internetquelle. Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg. Fakultät VI – Medizin und Gesundheitswissenschaften. Department für Versorgungsforschung. Abteilung für Medizinische Ethik. URL: <https://uol.de/medizinethik>. (Abruf am 02.06.2020)

Internetquelle. Universitätsmedizin Rostock. Institut für Geschichte der Medizin. URL: <https://geschmed.med.uni-rostock.de>. (Abruf am 02.06.2020)

Internetquelle. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Medizinische Fakultät. Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. URL: <http://www.ieg.m.uni-tuebingen.de/index.php/de/>. (Abruf am 02.06.2020)

Internetquelle. Universität Ulm. Medizin Universität Ulm. Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. URL: <https://www.uni-ulm.de/med/gte/>. (Abruf am 02.01.2019)

Internetquelle. Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Institut für Geschichte der Medizin. URL: <https://www.medizingeschichte.uni-wuerzburg.de/index.html>. (Abruf am 02.06.2020)

## ANHANG

## Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Person bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt hat: Prof. Dr. Bernhard Strauß vom Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

## Fragebogen aus der Studierenden-Befragung

Abbildung 2 zeigt den Fragebogen, wie er den Studierenden ausgeteilt wurde.

Abbildung 2: Der Fragebogen aus der Studierenden-Befragung.

Fragebogen<sup>1</sup> (Anonyme Auswertung)

Interesse an einzelnen Themen des Faches *Theorie der Medizin*

Dieses Thema interessiert mich:	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils -teils	Trifft eher zu	Trifft zu
1. <b>Ärztliche Identität</b> Der Arzt/die Ärztin zwischen ethischer Verantwortung, gesellschaftlicher Erwartung und der Verwaltung finanzieller Ressourcen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. <b>Epidemiologische Transition</b> Ärztliches Handeln im Kontext demographischer Veränderung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. <b>Der Wert des Menschen im öffentlichen Gesundheitswesen</b> Gesundheitsförderung als ärztliches Berufsbild und gesellschaftliche Aufgabe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. <b>Historische Rassenhygiene und moderne Utopien der Menschengzucht</b> Grenzen der Gentechnik, besonders im historischen Vergleich zu früheren Züchtungsutopien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. <b>Wissenschafts- und medizin-historische Konzepte</b> Was ist wissenschaftliches Wissen und wie (und durch wen) wird es gewonnen? Wissenschaftstheoretische Aspekte medizinischer Forschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. <b>Naturwissenschaftlich orientierte Medizin</b> Wodurch ist die moderne Medizin gekennzeichnet? Wie kann sie sich gegenüber anderen gesundheitsfördernden Methoden behaupten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. <b>Medizin als „moderne“ Lebenswissenschaft</b> Entstehungsgeschichte sowie theoretischer Hintergrund der heute ausgeübten Medizin eröffnen eine reflektierte Perspektive auf eine häufig vorgetragene Kritik: ist die moderne Medizin wirklich zu wenig „ganzheitlich“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Dieses Thema interessiert mich:</b>	<b>Trifft nicht zu</b>	<b>Trifft eher nicht zu</b>	<b>Teils- Teils</b>	<b>Trifft eher zu</b>	<b>Trifft zu</b>
8. <b>Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin</b> Gesellschaftliche Bedingtheit und historische Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. <b>Naturheilkunde als Konzept der Medizin</b> Alternative Konzepte der Medizin versus EBM - Gegensätze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. <b>Tod und Sterben</b> Sterbebegleitung als immer häufigere Herausforderung ärztlichen Handelns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. <b>Medizin und Geschlecht</b> Weibliches und männliches Krankheitserleben sowie weibliche und männliche Krankheitsverläufe als in „sex“ sowie „gender“ gegründete Besonderheiten. Kenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede verringern „gender-bias“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. <b>Gesundheit und Krankheit</b> Die zwei Grundbegriffe unseres Faches: Was bedeuten sie eigentlich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. <b>Diagnose und Prognose</b> Zwei wesentliche Begriffe der ärztlichen Praxis: Was bedeuten sie eigentlich? Worauf fußen sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>1</sup> Dieser Fragenbogen wird im Rahmen einer Doktorarbeit von F.Tekook ausgewertet und orientiert sich an:

Likert Skala. Backhaus, C., Usability-Engineering in der Medizintechnik. Grundlagen – Methoden – Beispiele. Springer: Berlin, 2010.

Fangerau, Heiner und Vögele, Jörg: *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Unterrichtsskript für die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Münster: LIT Verlag, 2004.

Noack, Thorsten und Fangerau, Heiner und Vögele, Jörg: *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. 1. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag, 2007.

*Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Herausgegeben von Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau und Norbert W. Paul. 1. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2006.

## Ergebnisse der Fragebögen in absoluten Zahlen

Tab 4 zeigt die Rohdaten der Erhebung aus der Studierenden-Befragung.

Tab 4: Rohdaten aus der Erhebung.

Frage	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft zu	Semester
1	8	18	57	96	86	1
2	19	50	85	84	26	1
3	7	36	58	99	65	1
4	12	33	39	82	93	1
5	35	80	71	53	26	1
6	9	45	70	93	48	1
7	16	57	86	65	38	1
8	10	31	48	68	93	1
9	22	31	43	72	79	1
10	5	10	34	71	130	1
11	22	42	54	72	59	1
12	19	51	65	79	35	1
13	9	27	77	76	61	1
1	1	1	7	27	29	3
2	3	7	24	23	7	3
3	2	12	12	23	16	3
4	7	8	10	14	26	3
5	8	17	15	21	4	3
6	4	8	18	20	15	3
7	6	12	20	15	12	3
8	2	15	11	18	17	3
9	3	9	13	19	20	3
10	0	6	6	25	27	3
11	2	12	18	19	13	3
12	8	13	23	12	7	3
13	3	10	20	15	16	3
1	4	7	24	53	50	5
2	9	31	41	44	13	5
3	2	21	34	47	33	5
4	10	19	18	47	44	5
5	25	44	38	25	6	5
6	8	24	38	45	23	5
7	19	31	36	32	17	5
8	10	19	26	44	37	5
9	15	17	28	40	36	5
10	3	6	12	48	66	5
11	15	20	26	42	32	5



12	13	38	40	33	11	5
13	15	31	34	48	8	5
1	1	2	13	41	44	7
2	2	19	26	41	13	7
3	2	9	15	45	29	7
4	8	10	16	37	30	7
5	13	27	25	25	9	7
6	1	13	34	34	19	7
7	4	16	31	30	20	7
8	2	18	24	32	25	7
9	10	14	25	25	27	7
10	2	7	8	29	55	7
11	5	20	23	25	27	7
12	10	22	31	18	19	7
13	6	21	29	25	20	7
1	1	4	5	34	19	9
2	2	18	28	11	4	9
3	0	11	14	26	12	9
4	5	11	4	25	18	9
5	13	20	12	9	9	9
6	3	11	13	25	11	9
7	5	10	19	14	15	9
8	3	12	13	22	13	9
9	1	10	10	19	23	9
10	0	2	9	19	34	9
11	5	6	12	24	16	9
12	6	12	20	12	13	9
13	3	21	15	15	9	9

## Danksagung

Ganz besonders danke ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernhard Strauß für seine geduldige Betreuung, ohne welche die vorliegende Dissertation nicht hätte entstehen können.

Ich danke Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler für die Chance, meine Arbeit noch vor deren Abschluss im Oberseminar vor Publikum vorzustellen und kritisch zu diskutieren. Tina Rudolph danke ich diesbezüglich für die Vermittlung.

Ich danke Prof. Dr. Cornelius Borck für ein langes und erhellendes Telefonat. Außerdem möchte ich ihm meinen ganz lieben Dank dafür aussprechen, dass er mir sein Buch geschenkt hat.

Ich danke Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing für ein ebenfalls konstruktives und erkenntnisreiches Telefonat, in dessen Verlauf er mir einige grundlegende Fragen zu meinem Thema beantwortete.

Ich danke meinen lieben Freunden Philipp Krumholz und Muriel Starke für ihre tatkräftige Unterstützung bei Formulierung und Erstellung des Fragebogens sowie meinem lieben Freund Tobias Gretenkort für seine Unterstützung bei der Darstellung der Ergebnisse.

Ich danke meinen lieben Freundinnen Edith Kapeller und Helene Schäfermeyer für ihre geduldigen Korrekturen.

Ganz besonders danke ich meiner Partnerin Isabelle Victoria Sobbe für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Textformatierung sowie ihre Korrekturarbeit. Am meisten aber danke ich ihr für ein immer geöffnetes Paar Ohren.