

ÄRZTLICHE AUSBILDUNG IN JAPAN

VON DER "LEHRE BEIM MEISTER" IN DER TOKUGAWA-ZEIT (1639-1868) ZUR "SCHULISCHEN AUSBILDUNG" MIT BEGINN DER MEIJI-ÄRA (AB 1868)

St. Drolshagen, Frankfurt/Main

Medical Education in Japan

From Tokugawa shogunat's (1639-1868) confucian eclecticism to the first medical curriculum of the Meiji Era (1868)

Zusammenfassung

Die Ausbildung von Ärzten in Japan erfolgte unter chinesischen, portugiesischen und holländischen Einflüssen, wobei die europäischen beschränkt bleiben mußten, solange die Medizin sich nicht zur wissenschaftlich fundierten, überlegenen Profession entwickelt hatte und vor allem ihre Grundlagen und Praxis in einem geregelten Ausbildungssystem weiter vermitteln konnte. Diese Voraussetzungen erfüllte erst die preußische Medizin der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und ihre Traditionen existieren noch heute in einer Reihe von Fakultäten fort. Gerade die Traditionen in der Ausbildung erweisen sich mittlerweile als hinderlich auf dem Weg zu einer, zukünftigen Anforderungen an den Arztberuf gerecht werdenden Ausbildung. Wie diese Anpassungsprozesse in Japan durchgeführt werden, könnte diesmal uns als Vorbild dienen.

Abstract

Medical Education in Japan was influenced by Chinese, Portuguese and Dutch traditions. The european traditions had been limited until medicine became a profession with scientific foundations which could be taught within a regular educational system. The introduction of the first undergraduate medical curriculum by prussian doctors in the 2nd half of the 19th century founded a tradition which represented the highest standard of medical education then. These implemented structures turn out to be obstructive to necessary changes of the medical curriculum now. However, the changes realized in Japan might be a model for necessary changes in undergraduate medical education in Germany today.

Einleitung

"It is unlikely that there is an instance in history of a country not under the political domination of another adopting a pattern of medical education as completely as the Japanese adopted the German system" (Bowers 1965)

Dieses Zitat von Bowers bezieht sich auf die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts,

als die deutsche Medizin einen so hohen Standard ihrer Wissenschaft repräsentierte, daß Japan, als es die Wahl hatte, sich zur vollständigen Übernahme des preußischen Medizinalwesens einschließlich der Unterrichtssprache Deutsch entschloß. Heute ist die Situation der deutschen Medizin eher von Selbstzweifeln und der Suche nach Perspektiven für den "Arzt 2000", so das Leitmotiv einer Tagung im September 1987 in Bad Boll, geprägt. Zentral gerät dabei die Frage nach der Ausbildung der zukünftigen Ärzte ins Blickfeld. Es ist daher angebracht, einen Blick in die Geschichte zu tun, auf diesen Wissenschafts- und Ausbildungsexport von Preußen nach Japan in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Warum Japan?

Zwar lernten in jener Zeit auch andere Länder von Preußens Medizin, keines aber so vollständig und mit noch heute erkennbaren Strukturen in vielen medizinischen Fachbereichen.

Der Einfluß deutscher Ärzte auf die japanische Medizin war mehrfach Gegenstand von Veröffentlichungen, deren Inhalt zumeist einer Huldigung jener Männer gleichkam, die Träger dieser Umwandlung waren (1,3,6,9,10,11).

Die bisherigen Darstellungen vernachlässigen allerdings, daß die Geschichte des Exports aus der Sicht Preußens, ein Import aus der Sicht Japans war, ein Lernprozeß, der eigentlich aus zwei eng miteinander verknüpften Prozessen bestand:

1. dem Aufbau einer geregelten Ausbildung und
2. der Entwicklung des Arztberufs zur Profession und zum nucleus des gesamten Gesundheitssystems.

Der Einfluß Preußens war dabei nicht die erste und einzige Tradition der Ärzteausbildung in Japan. Zuvor gab es chinesische, portugiesische und hollän-

dische Einflüsse bevor, relativ spät, das Medizinalwesen nach preußischem Vorbild organisiert wurde.

Der Aufbau einer geregelten Ausbildung

Eine erste schriftliche Fixierung von Bestimmungen über die noch rein chinesische Ärzteausbildung existiert im Japan des beginnenden 8. Jahrhunderts im sogenannten "Taiho-Code", einem elaborierten Gesetzeswerk, das von der T'ang Dynastie beeinflusst worden war. Es sah unter anderem die Einrichtung von Universitäten einschließlich einer Medizinschule und eine erforderliche Ausbildung von 7 Jahren für die Ausübung der Inneren Medizin, von 5 Jahren für die der Chirurgie und der Kinderheilkunde und von 4 Jahren für eine Praxis der Augenheilkunde und HNO-Heilkunde vor. Es wurde 702 n. Chr. eingeführt, aber wegen des ausgedehnten Bürgerkrieges niemals wirksam. Die "Universitäten" jener Zeit hatten vornehmlich eine Beherrschung der chinesischen und japanischen Schriftzeichen und einiger eher anekdotischer Kenntnisse in Astronomie, Mathematik und der Heilkunde zum Ziel(2).

Ein weiteres schriftliches Zeugnis zur Mediziner Ausbildung existiert aus dem Jahre 1665, in dem die Holländer J. Groijs, N. de Ray und D. Busch, Chirurgen aus Dejiima, für einen Japaner namens Choan ein Zeugnis über die abgeschlossene Ausbildung erstellten.

Das 18. Jahrhundert ist vor allem durch die ersten japanischen Übersetzungen holländischer Lehrbücher gekennzeichnet, die deshalb so bedeutsam sind, weil sie die massiven Fehler der anatomischen Vorstellungen der alten chinesischen (Kampo-)Medizin widerlegten. Außerdem konnten die Bücher sich unabhängig vom Handelsstützpunkt Dejiima verbreiten. Die wesentlichste Übersetzung ist hier die der niederländischen Version eines Anatomiebuches von Johann Kulmus, das im August 1774 erschienene Kaitai Shinsho.

Form statt Inhalt

Philipp Franz von Siebold gilt als der erste Vertreter westlicher Medizin, der während seines ersten Aufenthalts 1823-1829, eine einigermaßen systematische Ärzteausbildung in Japan betrieb. Sie

enthielt Vorlesungen und Demonstrationen für die Medizin und Naturgeschichte und stützte sich maßgeblich auf praktische Demonstrationen, in denen er seine Studenten in die diagnostischen und therapeutischen Methoden abendländischer Medizin einführte. Die Studenten mußten zum Abschluß ihrer Ausbildung Dissertationen in holländischer Sprache verfassen, die neben medizinischen Themen auch naturgeschichtliche und historische Themengebiete umfaßten. Die Studenten erhielten ihre Ausbildung kostenlos (2). Einige seiner Studenten eröffneten als Ärzte medizinische Privatschulen (8), die durch die Praxis und Studiengebühren finanziert wurden. Eine der bekanntesten von ihnen war die Shosendo, von der die folgenden Regularien überliefert sind:

- 1.) Das Lesen irgendwelcher Bücher, die nicht holländischen Ursprungs bzw. Übersetzungen holländischer Bücher sind, ist verboten.
- 2.) Trinken und Schwätzen sind verboten.
- 3.) Die Studenten dürfen max. fünfmal im Monat die Medizinschule verlassen. Wer zu spät kommt, hat unter allen Umständen einen Entschuldigungsbrief, von seinem Gastgeber gesiegelt, mitzubringen.
- 4.) Wer in ein Badehaus oder zum Friseur gehen muß, muß um Erlaubnis fragen und seine Namenskarte hinterlegen. Diese ist ohne Verzögerung bei der Rückkehr wieder abzuholen.
- 5.) Die Namenskarte ist in der Schule morgens um 8 Uhr abzugeben und abends um 10 Uhr wieder abzuholen.

Verstöße gegen diese Regeln werden mit 20 Tagen Ausgangsverbot und Nachtdienst in der Schulapotheke bestraft. Im Wiederholungsfall muß der Student diese Juku (Schule) verlassen (2).

Dieses Dokument ist deshalb erwähnenswert, weil die strenge Anwesenheitskontrolle durchaus unüblich in anderen Jukus gewesen war. Darüber hinaus zeigen die Regeln, daß die Inhalte des Unterrichts von geringerer Bedeutung waren als die Formen des Schulbetriebs. Die Inhalte wurden vom Meister festgelegt, ein Plan dafür wurde nicht für erforderlich gehalten.

Ein Schüler dieser Einrichtung und berühmter Lehrer westlichen Wissens war Ogata Kuan, der den Wettbewerb zwischen

seinen Studenten dadurch förderte, daß er in seiner Klasse die öffentliche, gegenseitige Befragung seiner Studenten einführte. Jeder Student saß dabei auf seiner Matte, die ihm zugleich als Schlafstätte diente und je nach seinen Leistungen war seine Matte näher oder weiter vom Lehrer entfernt. Die schlechtesten Studenten mußten dabei, nahe der Eingangstür plaziert, damit rechnen, daß bei Dunkelheit die Hereinkommenden über sie stolperten bzw. sie saßen in der Nähe der Wand, wo die Lichtverhältnisse auch tagsüber künstliche Beleuchtung notwendig machten. Um die Lehrbücher durchzuarbeiten, gab es als einziges Hilfsmittel ein holländisch-japanisches Wörterbuch, das sich mehr als hundert Studenten teilen mußten. Es war in einem eigenen Raum untergebracht und die Studenten mußten jedes Mal diesen Raum aufsuchen, wenn sie ein Wort nachschlagen wollten (2).

Dieser und zahlreiche andere Lehrer an Privatschulen sorgten zu Beginn des 19. Jahrhunderts für eine recht ausgedehnte Verbreitung "westlicher Wissenschaften" auch in den Provinzen. Zu diesen Wissenschaften gehörten in erster Linie das Militärwesen und die holländische Sprache. Ihr Erlernen galt als Schlüssel zur einzigen Literatur aus dem Ausland und damit zum Wissen der übrigen Welt - im übrigen auch zum sozialen Aufstieg innerhalb der sich allmählich umorientierenden Samurai-Klasse (8).

Der erste, der ein vollständiges Ausbildungsprogramm in Japan aufzubauen versuchte, das ein Grundstudium in den Naturwissenschaften und ein darauf aufbauendes Hauptstudium der Medizin vorsah, war 1857 Pompe van Meerdervoort. Da er kein japanisch sprach, war er auf die Übersetzer an seiner Seite angewiesen. Jede Vorlesung, jeder Satz mußte vom Holländischen ins Japanische übersetzt werden. Einer seiner Studenten schrieb die Übersetzungen auf und diese wurden dann den Studenten zugänglich gemacht. Als Pompe feststellte, daß die Übersetzer eine Vielzahl von Fehlern besonders in der medizinischen Terminologie machten, arrangierte er einen Holländischunterricht für seine Studenten. Er erstellte Zusammenfassungen seiner Vorlesungen, die, ins Japanische übersetzt, den

Studenten noch vor der Vorlesung an die Hand gegeben wurden. Er war wohl der erste, bei dem von einer schulischen Ausbildung die Rede sein konnte, zumal er in Nagasaki tatsächlich ein Gebäude ausschließlich zu diesem Zweck benutzen konnte. Noch zweieinhalb Jahre nach Eröffnung dieser Schule wurde dieses komplizierte Vorlesungssystem von Besuchern in dieser Form beschrieben. Das größte Problem dabei war der Mangel an Lehrmaterialien. So war es unmöglich, Leichen für die Sektionen zu bekommen. Zwei Jahre lang mußte er sich auf Tafeln und Pappmachèmodelle aus Paris beschränken. 1858 schrieb er ein detailliertes Memorandum, in dem er die Pläne für ein Schulgebäude entwarf. Täglich hielt er 4 bis 6 Stunden Vorlesungen, eine neue Lehrform in Japan, und überwachte die Zubereitung aller Medikamente, die im Hospital benutzt wurden, selbst, was nicht nur in Japan einer alten Tradition entsprach. Das 5-Jahres-Curriculum von Pompe van Meerdervoort war für die japanische Mediziner Ausbildung exemplarisch. Die Studenten begannen ihr Studium mit den vorklinischen Fächern Physik, Biologie und Chemie. Diesen folgten Einführungen in die Anatomie, Histologie, Physiologie, Pathologie, Pharmakologie und Therapie sowie Allgemeinchirurgie und Augenheilkunde. Während seiner 5 Jahre in Japan hatte er insgesamt 150 Studenten ausgebildet - 61 von ihnen händigte er ein Diplom aus (1).

Diese Versuche, wie auch die anderer Europäer, eine systematische Medizinerbildung einzurichten, waren immer an deren Person gebunden und hatten keinen bleibenden Erfolg nach ihrem Fortgang. Dabei war bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ungewiß, ob die holländische Schule sich gegenüber der in Japan eingeführten und immer noch starken chinesischen Medizin würde durchsetzen können. 1849 gelang es den Anhängern der traditionellen chinesischen (Kampo-)Medizin sogar, ein Verbot westlicher Medizin in ganz Japan zu erreichen, das erst 1858 aufgehoben wurde.

Die preußische Medizin in Japan

Das sollte sich erst grundlegend ändern, als die preußischen Stabsärzte Müller und Hoffmann 1871 in Japan anlangten und

das erste Curriculum für die Medizinschule in Tokyo (Tokyo-Igaku) entwickelten. Die Zustände, die sie an dieser größten und bedeutendsten Medizinschule vorfanden, beschreibt Müller 1888 so:

"Bei unserem ersten Besuch fanden wir etwa dreihundert Schüler, die uns vorgestellt wurden; sie saßen in einer Reihe von Sälen zu je zehn bis sechzehn um große Tische, jeder seinen Hibatchi¹ und seine Pfeife² neben sich und lasen laut aus den vor ihnen liegenden Büchern, zwar meist demselben Wissenschaftsgebiet angehörig, aber doch ganz verschiedene Capitel und obendrein Bücher, die in ganz verschiedenen Sprachen geschrieben waren - Alle gleichzeitig, in der bekannten orientalischen, psalmodirenden Weise, so daß man etwa den Eindruck hatte, als träte man in eine Synagoge" (5).

Daß Müller und Hoffmann ihren Lehrplan durchsetzen konnten, verdankten sie einer Reihe von Gründen:

- Japan hatte sich freiwillig für die Übernahme des preußischen Medizinalwesens entschlossen, wohl auch deshalb, weil Preußen ein einheitliches, vom Staat bestimmtes System entwickelt hatte, das den Medizinschulen bzw. Universitäten nicht so viel Autonomie zugestand wie z.B. die britischen Alternativen.

- Die für die Einführung vorgesehenen Ärzte sollten auf ausdrückliches Anraten des preußischen Residenten in Tokyo, M.v.Brandt, Militärärzte sein, weil sie als Offiziere der "Kriegerkaste" angehörten und damit von vornherein größeres Ansehen genießen würden.

- In den, zunächst auf drei Jahre befristeten, Vertrag war die Bestimmung aufgenommen worden, daß Müller und Hoffmann der deutschen Gesandtschaft als Attachés zugeteilt werden sollten und "in geschäftlicher Hinsicht unmittelbar mit dem japanischen Unterrichtsministerium zu verkehren..." hatten (10).

Die mit dieser Autorität, potentiellm Ansehen und relativer Unabhängigkeit ausgestatteten Ärzte konnten den Unterricht wirksam und auf Dauer nach dem preußischen Vorbild umformen. Zunächst wurde durch Prüfungen erreicht, daß sich die Zahl der Schüler von dreihundert auf

dreißig reduzierte. Es stellte sich allerdings schnell heraus, daß auch bei diesen wesentliche Grundkenntnisse fehlten. Der nächste Schritt war, einen Lehrplan zu erstellen, der dem Rechnung trug. Um nicht die elementarsten Bildungsgrundlagen selbst vermitteln zu müssen, wurden aus Preußen Lehrer nach Japan geholt, ein wesentlicher Aspekt bei der dauerhaften Etablierung des Ausbildungssystems.

Ab 1873 konnte dann Müllers und Hoffmanns Unterrichtsplan realisiert werden. Die Vorlesung wurde als neuer und wesentlicher Bestandteil in die Ausbildung eingeführt und nach jedem Studienjahr fand eine Prüfung statt. Wer sie nicht bestand, mußte das Jahr wiederholen. Das Abschlußexamen berechnete zur Ausübung aller medizinischen Tätigkeiten, einschließlich der Ausübung der chinesischen Medizin. Studienabbrecher erhielten kein Zeugnis, um der Unsitte vorzubeugen, mit der Zahl der absolvierten Jahre zu renommieren und ärztlich tätig zu werden, wie es durchaus noch üblich war (5).

Im von Müller und Hoffmann erstellten Lehrplan (s. Abb. 1) fällt auf, welcher großer Raum dem Erlernen der deutschen Sprache gewidmet wurde - eine *conditio sine qua non* für das Medizinstudium an der Tokyo-Igaku. Diese Beschränkung auf Deutsch als Unterrichtssprache war ein wesentliches Element der Durchsetzung dieses Curriculums und des gesamten Ausbildungssystems. Einmischungen oder Irritationen durch die immer noch mächtige chinesische Medizin konnten so weitgehend ausgeschlossen werden.

Durch Gesetz wurde bestimmt, daß besonders befähigte Absolventen der Schule zur Weiterbildung nach Europa, vornehmlich nach Deutschland, gesandt werden konnten. Die Schüler teilten sich in zahlende und nichtzahlende, letztere bekamen die Kosten des Studiums vorgeschossen und mußten sie nach Abschluß der Ausbildung in Staatsstellungen allmählich abzahlen.

Aufnahmebedingungen der Medizinschule waren: 1. ein Lebensalter von 14 bis 16 Jahren, 2. vollständige körperliche und geistige Gesundheit und 3. eine dem Al-

=====
Abb. 1.
Unterrichtsplan der "Tokyo-Igaku" von L. Müller und Th. Hoffmann
von 1873
=====

1. Jahr = dritte Vorbereitungs-klasse:

Deutsch, Rechnen, allgemeine Geographie, weitere Ausbildung in chine-sischen und japanischen Wissenschaften. Die Klasse konnte von denjeni-gen übersprungen werden, welche bereits anderweitig deutschen Unter-richt erhalten hatten.

2. Jahr = zweite Vorbereitungs-klasse:

Deutsch, Rechnen, Geometrie, Geographie und Geschichte; Anfangsgründe des Latein, wobei zum Deklinieren und Konjugieren gleich medizinische und naturwissenschaftliche Ausdrücke gewählt wurden, ebenso wie später als Übungsbuch zum Übersetzen die Pharmacopoea Germanica diente; Ein-leitung in die allgemeine Naturlehre.

3. Jahr = erste Vorbereitungs-klasse:

Deutsch, speziell die deutsche Sprache in ihrer Anwendung auf Be-schreibung naturwissenschaftlicher Gegenstände, Latein, Physik, Chemie, Naturwissenschaften.

4. Jahr = 1.+ 2. Semester der Akademie:

Anatomie, Deutsch, deutscher Aufsatz, Latein, Mathematik, Physik, Chemie, Naturwissenschaften.

5. Jahr = 3.+ 4. Semester der Akademie:

Sezierübungen, Physiologie, allgemeine Chirurgie, Deutsch, Physik und Chemie, teilweise selbst experimentierend, Naturwissenschaften, mikroskopische Übungen.

6. Jahr = 5.+ 6. Semester der Akademie:

Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie, Arzneimittel-lehre, spezielle Chirurgie, chirurgische Operationen, klinische Untersuchungsmethoden.

7. Jahr = 7.+ 8. Semester der Akademie:

Chirurgische und Innere Klinik zur Auskultation, ausgewählte Kapitel aus der speziellen Chirurgie und Pathologie, Augenheilkunde, Gelegen-heit zu Sektions- und Operationsübungen.

8. Jahr = 9.+ 10. Semester der Akademie:

Besuch aller Kliniken zu ärztlicher Praxis, praktische Tätigkeit im Hospital und in der Poliklinik, rekapitulierende Vorträge, Examen." (Schottländer 1928, S. 37)

=====

ter entsprechende allgemeine chinesisch-japanische Bildung, was nicht zuletzt zur Rekrutierung der Schüler aus angeseheneren Ständen führen und das Niveau der Schüler heben sollte.

Auch nach Ablauf der Dienstzeit Müllers und Hoffmanns wurde der Unterricht in dieser Form beibehalten und von den Nachfolgern Bälz und Scriba nur durch Aufnahme neuer Unterrichtsfächer wie der Psychiatrie ergänzt.

Wenn auch 1875 immer noch 14.708 Ärzte auf der Grundlage der chinesischen Medizin praktizierten, nur 5.097 Ärzte nach europäischem Muster und 2.524 nach beiden Richtungen arbeiteten und seit Ende der 30er Jahre dieses Jahrhunderts die chinesische Medizin wieder an Bedeutung gewonnen hat, so endeten doch mit dem Aufbau eines Medizinstudiums nach preußischem Muster mit einem schriftlich fixierten, gesetzlich abgesicherten, systematischen Lehrplan die bis dahin eher sporadischen Versuche einzelner, die chinesische, rein eklektische Methode des Unterrichts zu ersetzen.

Der Arztberuf als Profession

In Preußen gab es bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts weder den Arzt als Berufsbild noch als Stand, noch gab es eine einheitliche wissenschaftliche Ausbildung. So schrieb die preußische Medizinalverordnung von 1825 noch immer drei ärztliche Klassen vor: Die promovierten Ärzte, die Wundärzte erster und die zweiter Klasse. Bei den promovierten Ärzten beschränkten sich die "Medici puri" auf die innere Praxis, lediglich die promovierten "Medico-Chirurgen" übten die Medizin in vollem Umfang aus.

Diese Merkmale hatte die preussische Medizin mit der in Japan herrschenden chinesischen gemeinsam. Berufsbild und Ausbildung waren in verschiedene Zweige der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung gegliedert: Hierarchisch gegeneinander abgegrenzte Medizinalberufe vom Laienheiler bis zum "gelehrten" Arzt versorgten ebenso abgegrenzte soziale Schichten. Das japanische Gesundheitssystem sah bis 1868 ebenfalls drei Klassen von Ärzten vor: Den "Amtsarzt" des Hofes bzw. der Shogunatsregierung, den Daimyo-Arzt, den die hohen Regierungsbe-

amten anstellten und den praktischen Arzt, der den "Rest" der Bevölkerung versorgte.

Hier wie dort vermittelten die "Schulen" oder medizinischen Fakultäten, die die "gelehrten" Ärzte ausbildeten, vorwiegend theoretisches Wissen - das wiederum richtete sich auf das "Wesen" der Krankheiten und ihre Einordnung in ein nosologische System (4).

So charakterisiert Huerkamp (4) für das Preußen des beginnenden 19. Jahrhunderts die von der Chirurgie noch getrennte (Innere) Medizin "eher durch ständischen Lebensstil als durch berufliche Funktionalität, eher durch Rekurs auf die gemeinsame Zugehörigkeit zur >>res publica literaria<< als durch spezifische Qualifikation..." geprägt.

Diese ähnlichen, ständischen Strukturen haben die Übernahme des preußischen Modells erleichtert. "Westliche Medizin" war kein einheitliches Gebilde, das eine nur durch die Isolationspolitik Japans unterbrochene Tradition ihres "Aufstiegs" vorweisen konnte von den portugiesischen Missionaren über die holländischen Chirurgen bis zur preußischen (Militär) Medizin der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Vielmehr mußten die Einflußnahme und der Verbreitungsgrad v.a. der westlichen Medizin räumlich auf die Region beschränkt bleiben, wo die Präsenz der Europäer ihren ärztlichen Aktivitäten Bedeutung verlieh, in Edo und Nagasaki, und beschränkt in der Art ihrer Tätigkeit als Wundärzte, die empirisch arbeitend, einige praktische Erfolge aufzuweisen hatten. Die Verhältnisse, die Müller und Hoffmann 1871 in der Medizinschule Tokyos vorfanden, werden erst so verständlich.

Müller beschreibt sie in seinen Erinnerungen so:

" Das Hauptgewicht des ärztlichen Studiums wurde nicht auf den Besuch der Medizinschule gelegt, sondern jeder Schüler ging zu einem älteren Arzt in die Lehre, lernte von ihm ... einige, seinem Meister (bekannte) spezielle Recepte, Curmethoden oder chirurgische, viel seltener auch geburtshülfliche Operationen oder Handgriffe, die dann als großes Geheimniß, alleiniges Eigenthum dieses Lehrers und seiner Schüler waren und de-

ren Ruhm begründeten. Die Lehrzeit war unbestimmt, zwei bis drei Jahre, der Schüler mußte die Geheimhaltung des Gelernten versprechen..." (5).

Neben dieser theoretischen Ausbildung sei der Besuch der Medizinschule für die Studenten eine Gelegenheit gewesen, ihre "Neugier" oberflächlich zu befriedigen und von den dort angestellten japanischen oder fremden Ärzten einige ganz besondere Künste und Methoden zu erlernen und dem Schatz der eigenen "aphoristischen Kenntnisse" einzuverleiben. Die Benutzung fremdsprachiger Bücher war wesentlicher Bestandteil dieser Ausbildung, wobei die Sprache oft nur sehr unzureichend verstanden wurde. Ausgewählt wurden die Texte - auch dies eine chinesische Tradition - von den Schülern nach Gesichtspunkten wie Umfang (möglichst umfangreich) und Renommé.

All das, was in Preußen den Aufstieg des Arztberufs als Profession und Berufsstand möglich gemacht hatte, fehlte in Japan, als Müller und Hoffmann eintrafen. Es hatte auch den Vorgängern aus Europa in den drei Jahrhunderten zuvor gefehlt. Es erstaunt daher kaum, wenn trotz zahlreicher Kontakte "westliche Medizin" in der oben beschriebenen Form "unterrichtet" wurde:

- Der europäische wie chinesische Arzt besaßen zu Beginn des 19. Jahrhunderts kein eindeutiges, einheitliches Berufsbild,

- ein geregelter Bedarf an ihrer Dienstleistung bestand nicht, denn

- sie konnten jederzeit von nicht-professionellen Heilern ausgestochen werden, die mitunter erfolgreicher waren, da

- sie ihre (Fach-)Autorität nicht durch besondere Qualifikationen unter Beweis stellen konnten. Ihre internistische Ausbildung hob vielmehr auf Belesenheit und Gelehrsamkeit ab. Chirurgisch ausgebildete Wundärzte machten noch eine Lehre - ihre Niederlassung war, zumindest in Preußen, noch an den Besitz einer Barbierstube geknüpft.

Erst die allmähliche Verwirklichung der drei wichtigsten Forderungen, wie sie Joseph Hermann Schmidt 1846 in Anlehnung an die Forderungen der preußischen Medizinalreform formulierte (13), konnte ei-

nen Durchbruch bei der Professionalisierung des Arztberufs schaffen und damit die Voraussetzungen, unter denen Müller und Hoffmann ihre Arbeit beginnen konnten:

1. die Schaffung eines Einheitsstandes der Ärzte;
2. ein nach einem genauen Studienplan geregeltes, zeitlich auf fünf Jahre befristetes Studium;
3. genau geregelte Prüfungen als Staatsexamina.

Erst die damit verbundene Einführung einer - vom Einzellehrer weitgehend losgelöst - formellen Ausbildungsstruktur löste das gravierende Qualifikationsproblem. Die abgesicherte Organisation des Studiums ermöglichte darüber hinaus die frühzeitige Besetzung verschiedener Lehrstühle der Tokyoer Fakultät mit japanischen Professoren und schon 1876 wurde die erste Zulassungsprüfung für Ärzte eingeführt.

Die Graduierten dieser Universitäten konnten sich ohne weiteres niederlassen und auch die chinesische Kampo-Medizin praktizieren - nicht aber umgekehrt. Die alleinige Zuständigkeit in abendländischer Medizin ausgebildeter Ärzte für Fragen der Gesundheit regelte das Zulassungsgesetz von 1875. Dies stellte einen wesentlichen Schritt zur Professionalisierung dar. Es bestand daneben auch noch die zweite Möglichkeit, sich, im Anschluß an eine private Ausbildung z.B. bei einem niedergelassenen Arzt, einer Zulassungsprüfung zu unterziehen. Es dauerte noch bis zum 2. Mai 1906, als mit dem Arztgesetz ein Approbationssystem eingeführt wurde, das den Ärztestand als Stand definierte.

Die Traditionen heute

Anläßlich des hundertsten Jubiläums der Ankunft der beiden preußischen Militärärzte in Japan fand in Tokyo 1971 ein Symposium zum Thema "Japanische Medizin und Deutschland" statt, bei dem der Medizinhistoriker Teizo Ogawa die enge Verbindung zwischen beiden Ländern auf dem Gebiet der Medizin positiv hervorhob (6). Dieser Vorgang sei so folgenreich, so Ogawa, daß noch hundert Jahre später ungewöhnlich viele Mediziner deutsch sprechen, die medizinische Terminologie

weitgehend mit der bei uns verwandten übereinstimmt und an vielen medizinischen Hochschulen die damals übliche Lehrstuhlstruktur bis heute erhalten blieb. Die noch 1971 anklingende Bewunderung für die, den Wissenschaftstransfer prägenden Männer, wie Müller und Hoffmann, Scriba und Bälz oder deren Wegbereiter Schamberger und Kämpfer im 17. Jahrhundert und Philipp Franz von Siebold zu Beginn des 19. Jahrhunderts, der anlässlich des Symposiums Ausdruck verliehen wurde, ist allerdings mittlerweile einer eher ambivalenten Haltung den preußischen Traditionen gegenüber gewichen.

Die Übernahme des preußischen Medizinalwesens sei, so Ushiba (12), ohne nennenswerte Widerstände erfolgt, nicht zuletzt wegen der damals bestehenden feudalistischen, bis in die Familien hinein wirksamen, Gesellschaftsstrukturen Japans. Die akademischen Strukturen bestimmen auch heute noch jeden Aspekt von Forschung und Lehre (12). So konnten z.B. auch die Arztgesetze von 1906 und 1915 nicht die sich zwangsläufig ergebenden Qualitätsunterschiede der Graduierten verschiedener Hoch- und Fachschulen für Medizin beseitigen. Es wurde für viele junge Mediziner notwendig, im Anschluß an ihre theorielastige Ausbildung in Universitätskliniken und großen Lehrkrankenhäusern ohne oder mit nur geringem Gehalt zu arbeiten, um ihre klinische Ausbildung zu vervollständigen. Noch heute ist das "Arzt-ohne-Gehalt-Problem" allgemein verbreitet.

Der erste ernste Einschnitt in die preußischen Traditionen erfolgte Ende des zweiten Weltkrieges durch die amerikanischen Besatzer, durch die ein praktisches Jahr und eine sich daran anschließende Staatsprüfung als Voraussetzung zur Berufsausübung eingeführt wurden. Das praktische Jahr (Internship) wurde auf Druck der Studenten, vor allem wegen finanzieller Probleme, 1968 wieder abgeschafft. Das Medizinstudium dauert nun 6 Jahre, zwei Jahre praktische Tätigkeit im Krankenhaus im Anschluß daran sind zwar nicht vorgeschrieben, aber erwünscht.

Aber auch andere Veränderungen werden lebhaft diskutiert und stoßen, insbeson-

dere bei den traditionellen Medizinschulen, auf Widerstand. Wenn in Japan heute die Kampo-Medizin einen Aufschwung erlebt, so zeigt das, daß auch hier Paradigmenwechsel und verändertes Arzt-Patienten-Verhältnis einen Wandel innerhalb der Medizin erforderlich machen. Die Sorge, diesem Wandel nicht durch entsprechend ausgebildete Ärzte begegnen zu können, kennzeichnet auch in Japan die Diskussion und so werden verstärkte Anstrengungen unternommen, die Ausbildung zu verbessern.

Die zentrale Position und ein einheitliches Bild des Arztes im Gesundheitswesen sowie ein national einheitlicher Ausbildungsplan erweisen sich zunehmend als obsolet. Beidem verdankt die japanische Medizin, daß sie internationalen Rang besitzt, aber die Nachteile beginnen, sich bemerkbar zu machen. Was im 19. Jahrhundert Fortschritt war, ist heute eher hinderlich für die notwendigen Anpassungsprozesse.

Die Unterteilung des Curriculums in getrennte Vorklinik und Klinik, das unbewegliche Lehrstuhlssystem und die nach wie vor bestimmende Vorlesung sind Erbe Preußens. Heute erweisen sich diese Strukturmerkmale als wenig zeitgemäß und außerordentlich hinderlich auf dem Weg, die Ausbildung zu verbessern. Für notwendig werden in Japan, wie in den USA und anderswo, die Integration der Fächer, die Überwindung der starren Trennung von Vorklinik und Klinik und die Aufnahme von Unterrichtsgegenständen wie Verhaltenswissenschaften, Notfallmedizin, Prävention, Rehabilitation und gemeindeorientierte Medizin sowie Medizintechnik gehalten. Kleingruppenunterricht, selbstbestimmte und problemorientierte Lernformen unter Einbeziehung von außeruniversitären Krankenhäusern der Grundversorgung, neue Prüfungsformen und die curriculare Verbindung der Ausbildung für die Wissenschaft einerseits und die Krankenversorgung andererseits werden v.a. an den flexibleren Neugründungen erprobt und durchgeführt (12).

Dazu sind, so Ushiba, die "alten" Hochschulen zu unbeweglich. Der Erfolg ist, daß Neuerungen fast ausschließlich an Neugründungen durchzusetzen sind und deren Curricula sich teilweise ganz erheb-

lich von denen der älteren Hochschulen unterscheiden. Einzelbeispiele zeigen allerdings, daß auch an traditionellen Hochschulen Änderungen möglich und aufgrund ihrer eher hierarchischen, forschungsorientierten Organisation oft schneller durchzuführen sind, wenn die Veränderungen als notwendig erkannt wurden. Hier sei, so Ushiba (1985), noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten.

1987 wurde der Nobelpreis für Medizin an einen Japaner, Susumu Tonegawa, verliehen. Ohne in den Chor derer einzustimmen zu wollen, die die Zahl der errungenen Nobelpreise zum Maßstab für den nationalen Standard der Ausbildung an der Universität machen, muß man sich fragen, ob heute nicht wir von den Japanern lernen können, wie man gute Ärzte ausbilden kann.

Literatur

- (1) Bowers, John Z. 1965: Medical Education in Japan: From Chinese Medicine to Western Medicine. New York
- (2) Bowers, John Z. 1970: The History of Medical Education in Japan: The Rise of Western Medical Education. In: O'Malley, C.D. (Ed.): The History of Medical Education. UCLA Forum in Med. Sc. No. 12. London
- (3) Fujikawa, Yu 1911: Kurze Geschichte der Medizin in Japan. Tokyo
- (4) Huerkamp, Claudia 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen
- (5) Müller, Leopold 1888: Tokyo-Igaku. Skizzen und Erinnerungen aus der Zeit des geitigen Umschwungs in Japan 1871 bis 1876. In: Deutsche Rundschau 57: 312-329 u. 441-459. Berlin
- (6) Ogawa, Teizo 1972: Japanische Medizin und Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 69 (5): 229-234
- (7) Otori, Ranzaburo 1964: The Acceptance of Western Medicine in Japan. In: Monumenta Nipponica 19/3-4: 20-40
- (8) Rubinger, R. 1982: Private Academies of Tokugawa Japan. Princeton New Jersey
- (9) Sansom, G.B. 1950: The Western World and Japan. A Study in the Interaction of European and Asiatic Cultures. London
- (10) Schottländer, Felix (1928): Erwin von Baelz 1849 bis 1913. Leben und Wirken eines deutschen Arztes in Japan. Stuttgart
- (11) Steudel, J. 1942: Deutsche Ärzte in Japan als Mittler der Abendländischen Medizin. In: Medizinische Welt 16: 1138-1141
- (12) Ushiba, D. 1985: Trends of medical education in Japan. In: Med. Educ. 19: 258-265

- (13) Wenig, H.G. 1969: Medizinische Ausbildung im 19. Jahrhundert. Med. Diss. Univ. Bonn

Anmerkungen:

1. Japanisches Kohlenbecken, das die Oefen ersetzt
2. Kurze japanische Pfeife mit ganz kleinem Metallkopfe, aus dem man nur einen bis zwei Züge raucht und die dann von Zeit zu Zeit gestopft und sofort ausgeraucht und ausgeklopft wird; diese Pfeife und den dazu gehörigen Tabaksbeutel tragen alle Japaner und die meisten Japanerinnen beständig im Gürtel bei sich (Zitat aus: L.Müller 1888, S. 318 f.)

Stefan Drolshagen

Didaktik der Medizin

Fachbereich Humanmedizin der

J. W. Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

D-6000 Frankfurt/Main 70