Universität Ulm

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Amtierender Leiter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

Nötig oder nützlich?

Legitimierungsstrategien der deutschsprachigen Medizingeschichte im 20. und 21. Jahrhundert

Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Michael Lukas Eckerl

geb. in Eggenfelden

2014

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Heiner Fangerau

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald C. Traue

Tag der Promotion: 21.05.2015

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis III

1. Einleitung 1

1.1 Legitimationszwänge anderer medizinischer Fächer am Beispiel der Anatomie..... 2

1.2 Die Situation des Faches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE)..... 5

1.3 Aktuelle Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte 6

1.4 Fragestellung und Forschungsstand 8

2. Material und Methoden..... 11

2.1 Methodik - Grounded Theory und Kategorienbildung 19

3. Ergebnisse 23

3.1 Ergebnisse - Allgemeiner Teil..... 23

3.2 Ergebnisse - Qualitative Darstellung..... 27

3.2.1 Das kulturhistorische Argument 27

3.2.2 Das epistemologische Argument 32

3.2.2.1 Das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion..... 36

3.2.3 Das integrative Argument 40

3.2.4 Das Argument der methodischen Nähe..... 43

3.2.5 Das pragmatisch-epidemiologische Argument 44

3.2.6 Das sozialhistorische Argument 45

3.2.7 Das ethische Argument 47

3.2.7.1 Das Argument der moralischen Vorbilder..... 49

3.2.8 Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument 51

3.2.9 Das strukturelle Argument..... 52

3.2.10 Das Argument des Lernens aus der Geschichte..... 53

3.3 Legitimierungsstrategien in der DDR 56

3.4 Ergebnisse - Quantitative Darstellung 59

3.4.1 Verteilung der Argumente innerhalb der Argumentkategorien..... 59

3.4.2 Zeitliche Verteilung der Argumente 61
3.4.3 Verteilung der Autoren pro Argumentkategorie 62
3.4.4 Verteilung der Argumente innerhalb der Autorenschaft 63
3.4.5 Alter und Position der Autoren 66
4. Diskussion 69
4.1 Allgemeine Überlegungen zu den Legitimierungsstrategien 70
4.2 Die Legitimierungsbemühungen im Kontext historischer Entwicklungen 72
4.2.1 Geschichte der Medizin in den Ärztlichen Approbationsordnungen und Institute für Geschichte der Medizin 72
4.2.2 Kritik an der Medizin 78
4.3 Fazit 82
5. Zusammenfassung 84
Literaturverzeichnis 85
Anhang 98
Danksagung 114
Lebenslauf 115

Abkürzungsverzeichnis

AiP:	Arzt im Praktikum
ÄAppO:	Ärztliche Approbationsordnung
GTE:	Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
KVK:	Karlsruher Virtueller Katalog

1. Einleitung

Die Medizingeschichte nahm bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts einen festen Platz innerhalb des medizinischen Curriculums ein. Die propädeutische Funktion des Faches bestand unter anderem in der Vermittlung des von den alten Autoritäten über Jahrhunderte angehäuften, erprobten und systematisierten medizinischen Wissensschatzes sowie in der Überlieferung des historisch geformten ärztlichen Ethos. Der Stellenwert des Faches spiegelte sich im Tentamen philosophicum wider, einer geisteswissenschaftlichen ärztlichen Vorprüfung, deren Ableistung erst den Zugang zum Studium der klinischen Medizin eröffnete. Mit der Hinwendung der Medizin zu den Naturwissenschaften und der Übernahme der naturwissenschaftlichen Methode fand ein Paradigmenwechsel innerhalb der Medizin statt. Mit dem damit einhergehenden, durch Beobachtung und Experiment gewonnenen und intersubjektiv verifizierbaren Wissen, stellten sich alsbald Erfolge - etwa in der Bakteriologie und Hygiene - ein. Die Medizingeschichte verlor in der Folge zunehmend an Bedeutung. Mit der Abschaffung des Tentamen philosophicum und der Einführung des Physicum in Preußen 1861 war sie institutionell praktisch abgeschafft (Toellner 1997).

„Die Medizin wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein“ (Naunyn 1909, S. 1348). Diese berühmten Worte des Internisten Bernhard Naunyn (1839 - 1925) reflektieren die um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert vorherrschende Ansicht. Obwohl auch Naunyn sehr wohl erkannte, dass die Medizin alles andere als eine reine Naturwissenschaft war, weil ihr dazu „die Humanität zu tief im Blute“ (Naunyn 1909, S. 1280) sitze, sah sich die Medizingeschichte, als klassisches geisteswissenschaftliches Fach der Medizin, im ausgehenden 19. Jahrhundert einem massiven Legitimationsdruck ausgesetzt. Frewer und Roelcke stellen hierzu retrospektiv fest: „Die historisch-geisteswissenschaftliche Betrachtungsweise versprach neben der nun maßgeblichen naturwissenschaftlichen keinen entscheidenden Erkenntnisgewinn und erschien zunehmend als Sammlung von irrelevanten Antiquitäten“ (Frewer, Roelcke 2001a, S. 13). Erst nach zähem Ringen der zeitgenössischen Medizinhistoriker gelang dem Fach 1906 die Re-Institutionalisierung in Form des ersten Lehrstuhls für Geschichte der Medizin an der

Universität Leipzig unter dem Extraordinarius Karl Sudhoff (1853 - 1938) (Brocke 2001, Kümmel 2001a).

1.1 Legitimationszwänge anderer medizinischer Fächer am Beispiel der Anatomie

Der oben erwähnte Legitimationszwang, dem sich die Medizinhistoriographie des mittleren und ausgehenden 19. Jahrhunderts ausgesetzt sah, stellt naturgemäß kein ausschließlich der Medizingeschichte immanentes Problem dar. Ebenso wenig handelte es sich um eine spezifische Herausforderung der damaligen Zeit. Vielmehr wurde bereits in der Antike die Frage diskutiert, inwieweit die historische Betrachtungsweise der Medizin von Nutzen sein kann (vgl. van der Eijk 2009). Neben der Medizingeschichte sind auch andere medizinische Disziplinen mit Legitimationszwängen konfrontiert, obgleich die Voraussetzungen und die begleitenden Umstände von Fach zu Fach divergieren. Dies soll kurz am Beispiel der Anatomie, einem Fach das auf den ersten Blick eher fernab des Verdachtes steht, seine Existenz legitimieren zu müssen, erläutert werden.

Die Entwicklung der Anatomie setzte im 13. Jahrhundert mit der Durchführung erster Leichensektionen ein. Im 16. Jahrhundert wurden dann erste Professuren an den Universitäten eingerichtet. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts avancierte die Anatomie schließlich zum bedeutendsten Fach der vorklinischen Medizin (Eulner 1970a, Christ 2007). Bedeutung und Ansehen, welche das Fach zu jener Zeit genoss, spiegelten sich z.B. in der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 wider. Darin wurden für die ärztliche Vorprüfung erstmals anatomische Präparierübungen im Umfang von zwei Semestern sowie einsemestrige mikroskopisch-anatomische Übungen gefordert. Für die Bewertung der einzelnen Fächer der Vorklinik wurde ein Multiplikator eingeführt, der im Falle der Anatomie mit dem Faktor 5, dem höchsten aller vorklinischen Fächer, zu Buche schlug (Leffringhausen 1975). Während der Zeit des Nationalsozialismus ordnete sich die Anatomie den herrschenden Umständen unter, indem die anatomischen Untersuchungen in erster Linie darauf abzielten, die Überlegenheit der arischen Rasse zu beweisen. Ebenso beteiligten sich die Fachvertreter aktiv an Verbrechen gegen KZ-Häftlinge oder duldeten diese stillschweigend. Nach dem Ende des 2. Weltkrieges und dem Zusammenbruch des NS-Regimes hatte die Anatomie in Forschung und Lehre an Glaubwürdigkeit und

Reputation verloren, zurück blieben Verunsicherung und Ratlosigkeit (Christ 2007). Das desillusionierte Fach beschäftigte sich in der Folge überwiegend mit Untersuchungen zur morphologischen Methode, auch als „methodologisch begründete Anatomie“ bezeichnet, die „von aktuellen Fragestellungen weggeführt und zu einer nicht überschaubaren Konturlosigkeit anatomischer Forschung beigetragen“ hat (Christ 2007, S. 219). Die Probleme des Faches betrafen in den ersten Nachkriegsjahrzehnten also vor allem den Bereich der Forschung. Spätestens ab den 1970er Jahren lässt sich außerdem eine Debatte über die Relevanz der anatomischen Lehre verfolgen. Leffringhausen thematisiert einige der im Zuge dieser Debatte vorgebrachten Argumente in seiner 1975 erschienenen Dissertation. So vertraten einige Autoren die Auffassung, der praktische Arzt benötige kaum noch fundierte anatomische Kenntnisse, da er weder chirurgisch noch geburtshelferisch tätig sei. Diese Aufgaben würden von den Krankenhäusern übernommen, die jederzeit erreichbar und verfügbar seien. Vor dem Hintergrund dieser Argumente sowie der allgemeinen Zunahme des medizinischen Wissens und der damit einhergehenden Vermehrung des Prüfungsstoffs forderten einige der von Leffringhausen zitierten Autoren eine Reduktion von Lehrinhalten, da die der Anatomie zur Verfügung stehenden Unterrichtsstunden gekürzt wurden. Die Lehrinhalte, welche für die medizinische Praxis relevant seien, könnten in Kooperation mit Allgemeinmedizinern bestimmt werden. In Bezug auf die anatomische Forschung beschreibt Leffringhausen einen Bedeutungsverlust der makroskopischen Anatomie gegenüber der Histologie. Während die makroskopische Betrachtungsweise keine neuen bahnbrechenden Erkenntnisse mehr liefere, könne sich die mikroskopische Anatomie mit neuen Methoden wie der Elektronenmikroskopie profilieren. Ein strukturelles Problem des Faches bestand außerdem im Nachwuchsmangel, mit dem sich die Anatomie konfrontiert sah, eine Problematik, die im Gefolge des allgemeinen Ärztemangels auch heute noch Bestand haben dürfte. Zu guter Letzt könne die Anatomie gänzlich abgeschafft werden, wenn man, in Anlehnung an die Entwicklung in den USA, den Unterricht der makroskopischen Anatomie den Chirurgen, die Histologie den Pathologen überließe (Leffringhausen 1975).

So weit ist es allerdings bis jetzt noch nicht gekommen. Die Anatomie stellt auch heute noch einen bedeutsamen Teil des vorklinischen Studiums dar. Ungeachtet dessen sieht sich das Fach aber offenbar auch gegenwärtig noch einem gewissen Legitimationsdruck

ausgesetzt. So diskutieren Fachvertreter die Frage, wie sich die anatomische Forschung gegenüber modernen Fächern wie der Molekularbiologie behaupten könne (Frotscher, Putz 2001). Andere Autoren kritisieren eine zu einseitige Ausrichtung vieler anatomischer Institute auf die Lehre und eine Vernachlässigung der Forschung, insbesondere in Bezug auf klinisch relevante Fragestellungen (Tillmann 2005). Der Freiburger Anatom Bodo Christ wirft gar die Frage auf: „Hat die Anatomie noch eine Zukunft?“ Er beklagt die fehlende Verknüpfung aktueller Forschungsergebnisse mit der Lehre, was dem eigentlichen Auftrag einer Universität widerspreche. Auch er kritisiert die Überbetonung der Lehre, die zudem nur darauf ausgerichtet sei, diejenigen Inhalte zu vermitteln, die von der Approbationsordnung verlangt würden und die für die Ausbildung eines Allgemeinmediziners relevant seien. Die zweite große Gefahr für das Fach sieht Christ in der Tatsache, dass eine Integration molekularbiologischer Arbeitstechniken in die Anatomie nur unzureichend stattgefunden habe. So gerate das Fach gegenüber anderen Disziplinen zunehmend ins Hintertreffen. Dies sei auch der Tatsache geschuldet, dass sich das Fach genuine Subdisziplinen wie die Entwicklungsbiologie aus der Hand habe nehmen lassen, sowie dem Umstand, dass sich ein Teil der anatomischen Institute überhaupt nicht mit den aktuellen Fragestellungen der biomedizinischen Wissenschaft beschäftige (Christ 2007).

Neben der Anatomie finden sich weitere Beispiele von Legitimationszwängen und konsekutiver Apologie medizinischer Fächer wie etwa der Kinderchirurgie (vgl. Barthlen 2009) oder sogar der Inneren Medizin (vgl. Lasch, Seeger 2007). Wolfgang Schluchter sah im Kontext der medizinkritischen Stimmung nach 1968 (vgl. hierzu z.B. Illich 2007) überdies die Legitimationsbasis der ganzen Medizin gefährdet: „Je stärker sich die Medizin zu einer exakten Naturwissenschaft entwickelt und je häufiger sie in komplexen Organisationen mit einem hohen Grad von Bürokratisierung angewandt wird, desto weniger wird die Arzt-Patient-Beziehung durch Einfluss bestimmt. Je weniger die Arzt-Patient-Beziehung durch Einfluss bestimmt wird, desto geringer ist das Potential des medizinischen Systems, seinen Sonderstatus als alte personale Profession zu rechtfertigen“ (Schluchter 1974, S. 377).

1.2 Die Situation des Faches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE)

Dieser kurze Überblick hat verdeutlicht, inwieweit ein gewisser Legitimationsdruck, entstanden aufgrund verschiedener innerer und äußerer Umstände, den Fächern der Medizin mehr oder weniger immanent ist. Naturgemäß betrifft dies kleine Fächer wie die Medizingeschichte in größerem Ausmaße als große Disziplinen wie die Anatomie. Zur aktuellen Situation dieser kleinen Fächer erschien im Jahr 2009 ein Artikel von Heinz Schott, der sich mit eben dieser Problematik am Beispiel des Faches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) beschäftigt. Dieser Querschnittsbereich wurde im Zuge der neunten Reform der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002 geschaffen und zum Wintersemester 2003/04 an deutschen Universitäten verbindlich eingeführt (Möller et al. 2006). Schott spricht in dem erwähnten Beitrag von einem „dauernden Legitimationsdruck“ der kleinen Fächer. Zur Begründung führt er mehrere Punkte an. So stünden diese Fächer unter Druck, da sie aufgrund ihrer geringen Größe und personellen Ausstattung im Vergleich zu anderen Instituten nur einen quantitativ geringen wissenschaftlichen Output erbringen würden. Um die Anforderungen der Lehre trotz Personalknappheit bewältigen zu können, schränken die Institute ihre Forschungstätigkeit gezwungenermaßen ein und verstärken so die angesprochene Situation. Im Zuge der allgemeinen Evaluationen würden diese Fächer dann defizitär und wenig leistungsfähig erscheinen. Einen anderen Aspekt, so Schott, stelle die Zuordnung dieser kleinen Fächer zum Bereich „Medizin und Gesellschaft“ dar. Demzufolge würden sie in der Regel nur einen geringen Beitrag zu den Forschungsschwerpunkten der Fakultäten leisten und somit weit weniger Beachtung von wissenschaftspolitischer Seite erfahren.

Hinsichtlich der Medizingeschichte räumt Schott zwar ein, dass sich seit Einführung des Querschnittfaches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an fast jeder Universität entsprechende Institute konstituiert hätten, gleichzeitig sieht er jedoch die Gefahr der zunehmenden Vereinnahmung der Medizingeschichte durch die Ethik. Seit den 1990er Jahren habe sich ein Dualismus zwischen Ethik und Geschichte entwickelt. Im weiteren Verlauf würde beide Bereiche zunehmend als eigenständige Fächer wahrgenommen, „nicht selten jedoch zulasten der Medizingeschichte“. Die Ethik wie sie heute betrieben werde stellt für Schott vor allem ein Begleitwerkzeug der modernen Biomedizin dar, deren Menschenbild aber nicht mehr in Frage gestellt werde (Schott 2009). Den oben

erwähnten Dualismus zwischen Ethik und Geschichte weist auch Alfons Labisch zurück wenn er sagt: „Dabei ist ‚die Ethik' selbst immer in ‚die Geschichte' eingebettet. Das heißt: Jede aktuelle Medizinethik taucht üblicherweise in eine bestimmte geschichtliche Stufe der Medizin ein. Aus sich selbst heraus kann die Medizinethik nicht auf die räumlich-zeitlichen Umgebungsbedingungen einer fallbezogenen ärztlichen Entscheidung reflektieren" (Labisch 2006, S. 24). In ähnlicher Weise argumentiert Claudia Wiesemann: „Die Grenze zwischen diesen Fächern ist im Praktischen nicht eindeutig zu ziehen. In der konkreten Situation stellen sich Sein- und Sollensfragen immer gemeinsam, und ihre Differenzierung um der Theorie willen kann nur in einer gemeinsamen Analyse erfolgen" (Wiesemann 2006a, S. 340). Ethik stellt demzufolge einen der (Medizin-)Geschichte immanenten Bestandteil dar, sie ist sozusagen durch diese bedingt (vgl. Schulz 1997). Andere Autoren betonen das Fehlen von geeigneten Mess- und Evaluationsmethoden für die Lehre, welche das Fach unter Zugzwang bringen würden (Polianski, Fangerau 2012). Die Entwicklung von moralischer Urteilskraft oder die Fähigkeit, Entscheidungen unter ethischen und historischen Gesichtspunkten zu reflektieren, wird durch das zur Zeit verwendete Multiple-Choice-Verfahren, das auf die Überprüfung von reproduzierbarem Faktenwissen ausgelegt ist, nicht ausreichend erfasst. Diesem Aspekt der fehlenden Überprüfbarkeit des vermittelten Wissens kommt im Zeitalter der ständigen Evaluationen eine gewichtige Rolle zu, wenn unter Nützlichkeits- und Relevanzaspekten (hochschul-)politische Entscheidungen getroffen werden. Es verwundert nicht, dass diese berechtigte Sorge die jeweiligen Fachvertreter intensiv beschäftigt und die Diskussion um geeignete Evaluationsmethoden seit Jahrzehnten geführt wird, insbesondere im Bereich Medizinethik (vgl. Pellegrino 1989, Self et al. 1991, Peabody et al. 2000, Neitzke, Möller 2002, Campbell et al. 2007, Antes et al. 2010).

1.3 Aktuelle Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte

Neben diesen aktuellen Problemen, die die Medizingeschichte bzw. das Fach GTE beschäftigen, finden sich in der jüngeren Literatur zahlreiche Beispiele, die den Wert der (Medizin-) Geschichte für die Medizin betonen. So wird darauf verwiesen, dass die Kenntnis der Geschichte des eigenen Fachgebietes ein besonderes Anliegen darstelle und einen Teil der wissenschaftshistorischen Kultur bilde (Frewer, Roelcke 2001a). Ähnlich

argumentieren jene Autoren, die in der Beschäftigung mit der Medizingeschichte auch einen Beitrag zur allgemeinen Bildung, insbesondere zur klassisch-humanistischen, des Arztes sehen (Labisch 2006). Diese stellte bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ein besonderes Merkmal des akademisch gebildeten Arztes dar und diente unter anderem auch zur Abgrenzung gegenüber den Vertretern anderer Heilberufe. So war es durchaus üblich, dass sich der Arzt vor seiner berufsbezogenen Spezialisierung, den antiken Septem Artes liberales entsprechend, im Trivium mit den sprachlichen und philosophischen Disziplinen beschäftigte und im Quadrivium Musik studierte (Bruchhausen 2011). Der Wert dieses Bildungsansatzes wird auch heute noch von manchen Autoren betont. Gemäß diesem Ideal soll der Studierende der Medizin zuerst allgemeine Zusammenhänge verstehen lernen, zuerst eine Kenntnis von den allgemeinen Kriterien des menschlichen Denkens und Erkennens gewinnen. Er soll einen zu betrachtenden Gegenstand in seinen spezifischen Kontext und sachlichen Zusammenhang einordnen können, kurz: zuerst das Allgemeine sehen lernen, bevor er das Allgemeine am Einzelnen begreifen kann (Radke 2008). Diese Auffassung erfährt heute, im Zeitalter der Molekularen Medizin, nur wenig bis gar keine Berücksichtigung im Medizinstudium. Als Reaktion auf diese Entwicklung sind Stimmen laut geworden, die eine vermehrte Beschäftigung mit geisteswissenschaftlichen bzw. philosophischen Themen im Medizinstudium respektive im ärztlichen Alltag fordern. So wurde an der Universität Würzburg ein „Philosophicum“ eingeführt, das als Wahlfach für interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende angeboten wird, wobei die Resonanz durchaus positiv sei (Bohrer et al. 2010). Andere wiederum sehen in der Geschichte einen reichen Erfahrungsschatz, aus dem es sich zu bedienen lohnt und der nützliche Erkenntnisse bereithält. Vor allem in Bezug auf ethische Diskussionen diene die Geschichte als Argumentationshilfe: „History is like a large case-book, a textbook full of practical examples and experience, teaching us things that can be applied to today's problems“ (Wiesemann 2006b, S. 187).

Einen anderen Ansatz, den Nutzen der Medizingeschichte darzustellen, wählt die kanadische Medizinhistorikerin Jacalyn Duffin, die die methodische Analogie der Geschichtswissenschaft und der Medizin betont. Beide Disziplinen gewinnen ihre Erkenntnisse durch die kritische Auswertung und Interpretation von Quellen. Im Fall der Medizin sei dies die Anamnese oder Krankengeschichte des Patienten, im Englischen

bezeichnenderweise als medical history bezeichnet. Die Geschichte stelle somit einen genuinen Denkansatz der Medizin dar, mit den Worten Duffins: „All doctors will become historians of their own patients“ (Duffin 2004, S. 443).

Dass die Medizin keine reine Naturwissenschaft sein kann, war bereits den Ärzten des 19. Jahrhunderts bekannt. Es sei hier nochmals an Bernhard Naunyn als einen der herausragenden Vertreter seiner Zeit erinnert. Auf die Frage, was die Medizin denn dann sei, gibt Alfons Labisch eine mögliche Antwort. Für ihn ist die Medizin eine Handlungswissenschaft. Dieser Handlungscharakter basiert bei Labisch auf der Anwendung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse auf den individuellen klinischen Fall bzw. auf den kranken Menschen, dem geholfen werden soll. An genau diesem Punkt, den Labisch mit den Worten Norbert Pauls als „Hiatus theoreticus“ bezeichnet, entscheidet sich das eigentlich Ärztliche oder - wenn man so will - die ärztliche Kunst. Dieser „Hiatus“ müsse mit einer Reihe von Fähigkeiten gefüllt werden, die aus „medizinischem Wissen ärztliches Handeln und aus einem Naturwissenschaftler einen Arzt machen“ (Labisch 2006, S. 15). Die Ausbildung zum Arzt muss demnach mehr leisten, als lediglich medizinisches Wissen zu vermitteln. Dieses „mehr“ sieht Labisch in der Medizingeschichte, in der „diese eigenartige Geschichte von Wissen und Handeln (...) zum Gegenstand professioneller Arbeit wird“ (Labisch 2006, S. 16).

1.4 Fragestellung und Forschungsstand

Die angeführten Beispiele der Apologie des Faches lassen darauf schließen, dass die Vertreter des Fachgebietes die Medizingeschichte aus genannten Gründen weiterhin einem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sehen. Objektiv betrachtet scheint das Fach hingegen auf solidem Fundament zu stehen. Seit 1970 ist die Medizingeschichte wieder als Prüfungsfach innerhalb der Approbationsordnung verankert (Schulz 1997). In der letzten Fassung von 2002 findet sich bereits in §1 der Hinweis, dass den Studierenden „die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ vermittelt werden sollen. Als wichtigste Einrichtungen zur Erfüllung dieser Aufgabe dürfen dabei zweifellos die medizinhistorischen bzw. die GTE-Institute gelten. Bereits seit den 1980er Jahren sieht Roelcke die Medizingeschichte als institutionell „konsolidiert“ an (Roelcke

1994, S. 197). Max Neuburger (1868 - 1955), einer der führenden Medizinhistoriker seiner Zeit, erklärte die Debatte um die Daseinsberechtigung der Medizingeschichte sogar schon etwa 80 Jahre früher für beendet. Den angeführten Argumenten sei nichts Wesentliches mehr hinzuzufügen. Ungeachtet dessen waren die zeitgenössischen Medizinhistoriker auch nach 1906 weiterhin sehr darauf bedacht, ihr Fach zu legitimieren (Kümmel 2001a). Der Mainzer Medizinhistoriker Werner F. Kümmel hat zu den Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte des ausgehenden 19. und des beginnenden 20. Jahrhunderts ausführliche Arbeiten vorgelegt. Er weist darauf hin, dass sich diese Legitimierungsstrategien bis in die 1970er Jahre hinein verfolgen lassen, bis dato jedoch noch nicht näher untersucht worden sind (Kümmel 1997, 2001a). Bei Eulner findet sich ebenfalls eine Übersicht der Legitimierungsstrategien des 19. Jahrhunderts in Form beispielhaft ausgewählter Zitate, die jedoch nicht näher systematisiert oder kategorisiert wurden (Eulner 1970b). Ähnlich verhält es sich bei Bickel, der in seiner Übersicht der Lehrbücher der Medizingeschichte den Aspekt der Apologie ebenfalls nur marginal behandelt (Bickel 2007).

Angesichts dieser Umstände sowie des angesprochenen „dauernden Legitimationsdrucks“ und der damit einhergehenden Apologie der zeitgenössischen Medizinhistoriker ist davon auszugehen, dass sich die Legitimationsversuche des Faches durch das 20. Jahrhundert hindurch erhalten haben. Folgenden Fragestellung gilt es daher nachzugehen: Wie ist das Fach Medizingeschichte im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert legitimiert worden? Wurden die Legitimierungsbemühungen kontinuierlich fortgesetzt? Wie veränderten sich die Legitimierungsstrategien im Kontext der historischen Ereignisse? Welche Argumente wurden ins Feld geführt?

Vergleicht man die angeführten Argumente heutiger Fachvertreter mit jenen, die die oben genannten Autoren für das 19. Jahrhundert darlegen, so stellt man eine gewisse Analogie fest. Auf der Grundlage dieser Beobachtung lassen sich folgende Thesen formulieren:

1. **Es besteht eine Kontinuität der Legitimation vor dem Hintergrund des biomedizinischen Modells.**
2. **Der Kern der Argumentation bleibt gleich, es erfolgt lediglich eine Anpassung an den Rändern als Reaktion auf die äußeren und inneren Umstände.**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, die Erkenntnislücke in Bezug auf die Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts zu schließen und dieses Forschungsfeld ausgehend von den Arbeiten Kümmels zu erweitern. Dadurch soll einerseits ein Beitrag zur eigenen Geschichte des Faches in Deutschland geleistet werden, andererseits sollen der heutigen Medizingeschichte mögliche Legitimierungsstrategien, die sich historisch bewährt haben, aufgezeigt werden, da davon auszugehen ist, dass das Fach auch weiterhin genötigt sein wird, seine universitäre Daseinsberechtigung zu rechtfertigen.

2. Material und Methoden

Im einleitenden Kapitel dieser Arbeit wurde die Frage aufgeworfen, wie Medizinhistoriker die Integration ihrer Disziplin in das medizinische Curriculum zu legitimieren versuchten und versuchen. Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wurden Vorworte und/oder Einleitungskapitel von deutschsprachigen Lehr- und Handbüchern, sowie von einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte bzw. des Faches GTE aus dem Zeitraum von 1900 bis 2011 hinsichtlich der in ihnen aufgeführten legitimierenden Argumente untersucht. Lehr- und Handbücher wurden ausgewählt, da sie sich in erster Linie an Studierende der Medizin oder interessierte Ärztinnen und Ärzte richten und weil sie die zentralen Medien der wissenschaftlichen Ausbildung darstellen (Martin, Fangerau 2006). Sie richten sich also an jene Personen, die - neben den hochschulpolitischen Entscheidungsträgern - mithilfe der aufzuzeigenden Argumente vom Wert der Medizingeschichte überzeugt werden sollen. Der „dauernde Legitimationsdruck“ der kleinen Fächer an den Universitäten legt es nahe, dass sich in den Vorworten und/oder Einleitungskapiteln der genannten Publikationen zahlreiche Beispiele für Argumente, die den Wert des Fachs betonen, finden. Die Auswahl der Werke bzw. der Autoren zielte in erster Linie auf Repräsentativität des Samples und kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Mittels einer Recherche im Karlsruher Virtuellen Katalog (KVK) wurden die einzelnen deutschsprachigen Werke identifiziert und schließlich die Gesamtanzahl mithilfe von Marcel H. Bickels 2007 erschienener Abhandlung „Die Lehrbücher und Gesamtdarstellungen der Geschichte der Medizin 1696 - 2000: ein Beitrag zur medizinischen Historiographie“ ergänzt und erweitert (siehe Tabelle 1). Deutschsprachige Arbeiten wurden herangezogen, da sich die Fragestellung auf die Situation der deutschen Medizingeschichte bezieht und eine Ausweitung auf fremdsprachige Literatur den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Eine Ausnahme bilden hier die Werke von Autoren aus der DDR, aus Österreich und der Schweiz, da diese in erster Linie für den deutschen Markt publizierten und sich auch an diesem orientierten. Der analysierte Zeitraum wurde auf Grundlage folgender Überlegungen gewählt: Zum einen ist dieser, wie in der Einleitung angedeutet, bis jetzt kaum untersucht worden. Zum anderen beschäftigten sich die auf Seite 9 angeführten Autoren bereits mit den Legitimierungsbemühungen des 19. Jahrhunderts. Der Zeitraum nach 2000 wurde deshalb

in die Auswertung mit einbezogen, weil seit 2002 eine Approbationsordnung vorliegt, die die Medizingeschichte im Bereich des Querschnittfaches „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ (Q2) verortet und damit möglicherweise ein Wandel der Legitimierungsbestrebungen einhergegangen ist. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die analysierten Texte in alphabetischer Reihenfolge nach Autoren geordnet.

Tabelle 1: Lehr- und Handbücher sowie sammelbiographische Werke der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 sortiert in alphabetischer Reihenfolge nach Autoren, deren Vorworte und/oder Einleitungskapitel hinsichtlich legitimierender Argumente der Medizingeschichte untersucht wurden. Das x in der letzten Spalte gibt an, ob sich in dem entsprechenden Werk Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte finden.

Autor	Titel	Verlag	Auflage	Ort	Jahr	Legitimierung
Ackerknecht, Erwin	Kurze Geschichte der Medizin	Enke	1. Auflage	Stuttgart	1959	x
Ackerknecht, Erwin	Kurze Geschichte der Medizin	Enke	2. Auflage	Stuttgart	1975	x
Ackerknecht, Erwin	Geschichte der Medizin	Enke	3. Auflage	Stuttgart	1977	x
Ackerknecht, Erwin	Geschichte der Medizin	Enke	4. Auflage	Stuttgart	1979	x
Ackerknecht, Erwin	Geschichte der Medizin	Enke	5. Auflage	Stuttgart	1986	x
Ackerknecht, Erwin	Geschichte der Medizin	Enke	6. Auflage	Stuttgart	1989	x
Ackerknecht, Erwin	Geschichte der Medizin	Enke	7. Auflage	Stuttgart	1992	x
Artelt, Walter	Einführung in die Medizinhistorik. Ihr Wesen, ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel	Enke	1. Auflage	Stuttgart	1949	x
Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Bergmann	2. Auflage	München	1920	-
Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Bergmann	3. Auflage	München	1936	-

Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Bergmann	4. Auflage	München	1940	-
Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Bergmann	5. Auflage	München	1943	-
Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Springer	6. Auflage	Berlin	1945	-
Aschoff, Ludwig / Diepgen, Paul	Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin	Springer	7. Auflage	Berlin	1960	-
Bruchhausen, Walter / Schott, Heinz	Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	Vandenhoeck & Ruprecht	1. Auflage	Göttingen	2008	x
Brugsch, Theodor	Medizin-historischer Überblick	Thieme	1. Auflage	Leipzig	1961	-
Claus, Jörg Christian	Medizingeschichte	Medical Tribune	1. Auflage	Wiesbaden	1985	-
Creutz, Rudolf / Steudel Johannes	Einführung in die Geschichte der Medizin in Einzeldarstellungen	Silva	1. Auflage	Gütersloh	1948	x
Deichfelder, Karl	Geschichte der Medizin: Skizzen aus 2500 Jahren Heilkunde	Englisch	1. Auflage	Wiesbaden	1985	-
Diepgen, Paul	Geschichte der Medizin: die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens	Walter de Gruyter & Co	1. Auflage	Berlin	1949-1955	-
Diepgen, Paul	Geschichte der Medizin	Walter de Gruyter & Co	2. Auflage	Berlin, Leipzig	1959	-
Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin: mit 13 Tabellen	Springer	1. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	1990	x
Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin	Springer	2. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	1994	x
Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin	Springer	3. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	1998	x
Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin	Springer	4. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	2001	x
Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin	Springer	5. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	2005	x

Eckart, Wolfgang	Geschichte der Medizin: Fakten, Konzepte, Haltungen	Springer	6. Auflage	Heidelberg	2009	x
Eckart, Wolfgang	Illustrierte Geschichte der Medizin: von der französischen Revolution bis zur Gegenwart	Springer	1. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	2011	x
Eckart, Wolfgang / Jütte, Robert	Medizingeschichte: eine Einführung	Böhlau	1. Auflage	Köln, Weimar, Wien	2007	x
Engelhardt, Dietrich / Hartmann Fritz (Hrsg.)	Klassiker der Medizin	Beck	1. Auflage	München	1991	x
Fangerau, Heiner / Vögele, Jörg (Hrsg.)	Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Unterrichtsskript für die Heinrich-Heine Universität Düsseldorf	Lit-Verlag	1. Auflage	Münster	2004	x
Fischer-Homberger, Esther	Geschichte der Medizin	Springer	1. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	1975	x
Fischer-Homberger, Esther	Geschichte der Medizin	Springer	2. Auflage	Berlin, Heidelberg, u.a.	1977	x
Frank, Wolfgang	Antwortkatalog Geschichte der Medizin	Jungjohann	1. Auflage	Heidelberg	1980	-
Frank, Wolfgang	Geschichte der Medizin	Jungjohann	5. Auflage	Neckarsulm	1989	-
Glaser, Hugo	Pioniere der Heilkunde	Wiener Volksbuchverlag	1. Auflage	Wien	1950	-
Gruber, Georg B.	Einführung in Geschichte und Geist der Medizin	Thieme	1. Auflage	Leipzig	1934	-
Gruber, Georg B.	Einführung in den Geist der Medizin	Thieme	2. Auflage	Leipzig	1945	-
Gruber, Georg B.	Einführung in Geist und Studium der Medizin	Thieme	4. Auflage	Stuttgart	1952	-
Harig, Georg / Schneck, Peter	Geschichte der Medizin	Verlag Gesundheit	1. Auflage	Berlin	1990	x
Heischkel, Edith	Die Medizingeschichtsschreibung von ihren Anfängen bis zum Beginn des 16. Jahrhunderts	Dr. Emil Ebering	1. Auflage	Berlin	1938	-

Honigmann, Georg	Geschichtliche Entwicklung der Medizin in ihren Hauptperioden dargestellt	Lehmanns	1. Auflage	München	1925	x
Hübotter, Franz	3000 Jahre Medizin: ein geschichtlicher Grundriss, umfassend die Zeit von Homer bis zur Gegenwart, unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Medizin und Philosophie	Rothacker	1. Auflage	Berlin	1920	-
Hühnerfeld, Paul	Kleine Geschichte der Medizin	Scheffler	1. Auflage	Frankfurt a.M.	1956	x
Jetter, Dieter	Geschichte der Medizin: Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten	Thieme	1. Auflage	Stuttgart, New York	1992	-
Karger-Decker, Bernt	Von Arzney bis Zipperlein: Bilder zur Kulturgeschichte der Medizin	Ed. q	1. Auflage	Berlin	1992	-
Karger-Decker, Bernt	Die Geschichte der Medizin: von der Antike bis zur Gegenwart	Albatros	1. Auflage	Düsseldorf	2001	-
Koch, Eugen	Ärzte die Geschichte machten	Hofmann	1. Auflage	Augsburg	1981	-
Leibbrand, Werner	Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin.	Karl Alber	1. Auflage	Freiburg, München	1953	x
Leibbrand, Werner / Leibbrand-Wettley, Annemarie	Kompendium der Medizingeschichte	Dr. Edmund Banaschewski	2. Auflage	München	1967	x
Lejeune, Fritz	Leitfaden zur Geschichte der Medizin	Thieme	1. Auflage	Leipzig	1943	x
Leven, Karl-Heinz	Geschichte der Medizin: von der Antike bis zur Gegenwart	C.H. Beck	1. Auflage	München	2008	x
Lichtenthaeler, Charles	Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung.	Deutscher Ärzte Verlag	1. Auflage	Köln	1975	x
Lichtenthaeler, Charles	Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung.	Deutscher Ärzte Verlag	2. Auflage	Köln	1977	x

Lichtenthaeler, Charles	Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung.	Deutscher Ärzte Verlag	3. Auflage	Köln	1982	x
Lichtenthaeler, Charles	Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung.	Deutscher Ärzte Verlag	4. Auflage	Köln	1987	x
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen	Fischer	1. Auflage	Jena	1921	x
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen	Fischer	2. Auflage	Jena	1922	x
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen	Fischer	3. Auflage	Jena	1928	x
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen (Hrsg. Benno von Hagen)	Fischer	4. Auflage	Jena	1950	-
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	Illustrierte Geschichte der Medizin (Hrsg. Robert Herrlinger u. Fridolf Kudlien)	Fischer	5. Auflage	Stuttgart	1965	-
Mette Alexander / Winter Irina	Geschichte der Medizin. Einführung in ihre Grundzüge. (DDR)	VEB	1. Auflage	Berlin	1968	x
Müller, Martin	Der Weg der Heilkunst. Vom Entwicklungsgang der Medizin in alter und neuer Zeit.	VdB	1. Auflage	Berlin	1937	-
Müller, Martin	Der Weg der Heilkunst. Vom Entwicklungsgang der Medizin in alter und neuer Zeit.	Rudolph Müller & Steinicke	2. Auflage	München	1948	-
Neuburger, Max	Geschichte der Medizin	Enke	1. Auflage	Stuttgart	1906	-
Noack, Thorsten / Fangerau, Heiner / Vögele, Jörg	Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	Elsevier	1. Auflage	München	2007	x
Pagel, Julius	Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen	Karger	2. Auflage	Berlin	1915	-

Pollak, Kurt	Die Jünger des Hippokrates	Econ	1. Auflage	Düsseldorf, Wien	1963	-
Puschmann, Theodor (Begr.) / Neuburger, Max (Hrsg.)	Handbuch der Geschichte der Medizin in drei Bänden	Olms	1. Auflage	Hildesheim	1971	-
Riha, Ortrun	Grundwissen Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	Hans Huber	1. Auflage	Bern	2008	x
Schipperges, Heinrich	Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte	DTV	1. Auflage	München	1970	x
Schipperges, Heinrich	Geschichte der Medizin in Schlaglichtern	Meyers Lexikonverlag	1. Auflage	Mannheim	1990	-
Schlevogt, Ernst	Heilkunde im Wandel der Zeit	Curt E. Schwab	1. Auflage	Stuttgart	1950	x
Schneck, Peter	Geschichte der Medizin	Uni-Med	1. Auflage	Bremen, Lorch	1997	x
Schneider, Emmi / Lang, Carola	Geschichte der Medizin	Rathgeber	1. Auflage	München	1977	x
Schneider, Emmi / Lang, Carola	Geschichte der Medizin	Edition Medizin	2. Auflage	Weinheim	1980	x
Schott, Heinz	Die Chronik der Medizin	Chronik Verlag	1. Auflage	Dortmund	1993	x
Schott, Heinz	Meilensteine der Medizin	Harenberg	1. Auflage	Dortmund	1996	x
Schulz, Stefan / Steigleder,Klaus / Fangerau, Heiner / Paul Norbert W.	Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: eine Einführung	Suhrkamp	1. Auflage	Frankfurt a.M.	2006	x
Schwalbe, Ernst	Vorlesungen über Geschichte der Medizin	Fischer	1. Auflage	Jena	1905	x
Schwalbe, Ernst	Vorlesungen über Geschichte der Medizin	Fischer	2. Auflage	Jena	1909	x
Schwalbe, Ernst	Vorlesungen über Geschichte der Medizin	Fischer	3. Auflage	Jena	1920	x
Seidler, Eduard	Geschichte der Pflege des kranken Menschen	Kohlhammer	1. Auflage	Stuttgart	1966	-

Seidler, Eduard	Geschichte der Pflege des kranken Menschen	Kohlhammer	2. Auflage	Stuttgart	1970	x
Seidler, Eduard	Geschichte der Pflege des kranken Menschen	Kohlhammer	3. Auflage	Stuttgart	1972	x
Seidler, Eduard	Geschichte der Pflege des kranken Menschen	Kohlhammer	4. Auflage	Stuttgart, Berlin	1977	-
Seidler, Eduard	Geschichte der Pflege des kranken Menschen	Kohlhammer	5. Auflage	Stuttgart u.a.	1980	x
Seidler, Eduard	Geschichte der Medizin und der Krankenpflege	Kohlhammer	6. Auflage	Stuttgart u.a.	1993	x
Seidler, Eduard / Leven Karl-Heinz	Geschichte der Medizin und der Krankenpflege	Kohlhammer	7. Auflage	Stuttgart	2003	x
Sieck, Annerose	Geschichte der Medizin	Compact-Verlag	1. Auflage	München	2005	-
Sigerist, Henry E.	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns Lehmanns	1. Auflage	München	1932	x
Sigerist, Henry E.	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns	2. Auflage	München	1933	-
Sigerist, Henry E.	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns	3. Auflage	München	1954	x
Sigerist, Henry E. (Vorwort: Leo Norpoth)	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns	4. Auflage	München	1959	x
Sigerist, Henry E.	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns	5. Auflage	München	1965	-
Sigerist, Henry E. (Vorwort: Leo Norpoth)	Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern	Lehmanns	6. Auflage	München	1970	x
Sigerist, Henry E.	Anfänge der Medizin. Von der primitiven und archaischen Medizin bis zum Goldenen Zeitalter in Griechenland	Europa Verlag	1. Auflage	Zürich	1963	x
Sudhoff, Karl	Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin	Karger	3. u. 4. Aufl. von J. L. Pagels "Einführung in die Geschic	Berlin	1922	x

			hte der Medizin"			
Tutzke. Dietrich (Hrsg.)	Geschichte der Medizin (DDR)	VEB	1. Auflage	Berlin	1980	x
Tutzke. Dietrich (Hrsg.)	Geschichte der Medizin (DDR)	VEB	2. Auflage	Berlin	1983	x
Vorwahl, Heinrich	Geschichte der Medizin unter Berücksichtigung der Volksmedizin	Dr. Madaus & Co.	1. Auflage	Berlin	1928	-
Wiench, Peter	Die großen Ärzte: Geschichte der Medizin in Lebensbildern	Kindler	1. Auflage	München	1982	x
Wolff, Horst-Peter	Einführung in die Geschichte der Medizin (DDR)	Institut für Weiterbildung mittlerer med. Fachkräfte	2. Auflage	Potsdam	1968	x

Wie bereits erwähnt, wurden vornehmlich die Vorworte bzw. die Einleitungskapitel der oben genannten Werke analysiert. Vorworte und Einleitungen dienen in der Regel dazu, ein Vorhaben darzulegen, zu begründen und seine Notwendigkeit zu betonen. Insofern impliziert die Fragestellung auch die Quellenauswahl der vorliegenden Arbeit.

2.1 Methodik - Grounded Theory und Kategorienbildung

Die analysierten Argumente wurden in einem hermeneutischen Prozess hinsichtlich der Art und Weise ihrer Argumentation identifiziert und in entsprechende Kategorien eingeteilt. Dazu wurde der methodische Ansatz der Grounded Theory für die in dieser Arbeit zu untersuchenden Texte adaptiert. Das Konzept der Grounded Theory wurde in den 1960er Jahren als soziologische Methode von Barney G. Glaser (*1930) und Anselm L. Strauss (1916 - 1996) entwickelt (vgl. Glaser, Strauss 1998). Wie bei Böhm et al. beschrieben, stellt die Grounded Theory einen „sozialwissenschaftlichen Erkenntnis- und Forschungsprozess“ dar, an dessen Ende im Idealfall die Bildung einer neuen Theorie steht. Ein theoretischer Überbau, oder anders ausgedrückt: eine a priori aufgestellte Theorie, steht somit nicht am Anfang des Forschungsprozesses, wird also nicht verifiziert, sondern soll vielmehr mithilfe dieser Methode erst generiert werden. Der Forscher geht

also nicht von einer theoriegestützten (Hypo-)These aus, sondern er stützt sich zu Anfang auf seine Annahmen und Vorkenntnisse. Diese sollen dazu dienen, den Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozess zu strukturieren. Durch die Einarbeitung in das Forschungsgebiet und die schrittweise Datenerhebung werden im Rahmen der Studie die vorläufigen Konzepte sukzessive präzisiert. Hierbei findet in allen Abschnitten des Analyseprozesses ein Wechsel zwischen Phasen der Datenerhebung und solchen der Dateninterpretation statt, bis schlussendlich eine Grounded Theory, oder zu Deutsch: „gegenstandsverankerte Theorie“ vorliegt. Das „Kernstück“ dieser Methode stellt nach Böhm et al. das sogenannte theoretische Kodieren dar. Hierbei „handelt es sich um eine zugleich systematische und kreative Methode der Textinterpretation. Textstellen werden als Indikatoren für zugrunde liegende Phänomene des interessierenden Wirklichkeitsbereichs aufgefasst.“ Hierbei werden Textpassagen, die sich den Phänomenen des analysierten Bereichs widmen bzw. nähern, durch entsprechende Kodes in Form von Begriffen, Stichwörtern, Konzepten usw. dargestellt. Jeder Kode steht somit am Ende sinngemäß für eine entsprechende Textstelle. Die Ideen und Überlegungen, die sich zu den einzelnen Kodes und der sich ergebenden Theorie aufdrängen, werden in Kommentaren festgehalten. Dabei wird nicht auf der deskriptiven Ebene verblieben, vielmehr ist es wichtig, dass „der vordergründige Inhalt durch Text erschließende Fragen zu den interessierenden Phänomenen ‚aufgebrochen‘“ wird. Dabei werden die für die Fragestellung bedeutsamen Textstellen bearbeitet. Im Laufe des Prozesses erfolgt das Kodieren zunehmend gezielter (axiales und selektives Kodieren), „d.h. es geht um Interpretationen, die sich auf zentrale Kategorien der entstehenden Theorie beziehen.“ Schreitet die Theoriebildung voran, werden schließlich nicht mehr nur Textstellen kodiert, „sondern die Kodes werden ihrerseits miteinander verknüpft und zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst. So schälen sich allmählich die zentralen Kategorien heraus und es entsteht das komplexe Begriffsnetz einer Theorie. Die Begriffe der Theorie sind in einer überprüfbaren Folge von Interpretationsschritten aus den Textstellen abgeleitet und damit in den Phänomenen verankert (Prinzip der Gegenstandsverankerung)“ (Böhm et al. 1992, S. 30ff.).

Die hier in knapper Form vorgestellte Methode der Grounded Theory wurde für die in dieser Arbeit zu behandelnde Fragestellung in adaptierter Form angewandt. Dabei ging es jedoch nicht darum eine „Theorie der Legitimation“ zu generieren, sondern die

Legitimationsstrategien der Medizingeschichte zu identifizieren und anschließend zu kategorisieren. Diese Kategorisierung sollte eine systematische Übersicht über die verwendeten Legitimationsstrategien und deren historische Einordnung ermöglichen. Die Inhalte der Vorworte und/oder Einleitungskapitel wurden erfasst und im Hinblick auf ihre zentralen Argumente überprüft. Auf diese Weise ließ sich eine Einteilung der Legitimationsstrategien in folgende zwölf Kategorien, die in Tabelle 2 dargestellt sind, vornehmen, wobei in einem Text mehrere dieser Argumente gleichzeitig vorkommen können.

Tabelle 2: Kategorien der Legitimationsstrategien der Medizingeschichte, die sich nach Analyse der legitimierenden Argumente in den Einleitungen und/oder Vorworten der Lehr- und Handbücher der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011, bilden ließen. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand.

Argumentkategorien
1) kulturhistorisches Argument
2) epistemologisches Argument
a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion
3) integratives Argument
4) Argument der methodischen Nähe
5) pragmatisch-epidemiologisches Argument
6) sozialhistorisches Argument
7) ethisches Argument
a) Argument der moralischen Vorbilder
8) Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument
9) strukturelles Argument
10) Argument des Lernens aus der Geschichte

Selbstverständlich kann die in dieser Arbeit herangezogene Literatur keinen Anspruch auf die Erfassung sämtlicher Bemühungen um die Legitimation der Medizingeschichte erheben. Neben der Darstellung in Lehr- und Handbüchern haben sich die Vertreter der Medizingeschichte auch in anderem Rahmen zu dieser Thematik geäußert, wie die in der Einleitung zitierte Literatur zum Forschungsstand verdeutlicht (siehe S. 9). Die in der vorliegenden Arbeit angewandte Methode und die Auswahl der Texte stellen daher nur eine unter mehreren Möglichkeiten dar, sich dem Thema zu nähern, ohne es jedoch in

seinem vollen Umfang zu erfassen. Die einzelnen Kategorien werden ab Kapitel 3.2 detailliert behandelt.

3. Ergebnisse

3.1 Ergebnisse - Allgemeiner Teil

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 103 Lehr- und Handbücher sowie einige sammelbiographische Werke der Medizingeschichte von 62 verschiedenen Autoren aus den Jahren 1900 bis 2011 untersucht (siehe Tabelle 1). Hierunter befinden sich auch einige in der DDR erschienene Werke, deren Ergebnisse in einem gesonderten Kapitel besprochen werden. Von diesen 103 Büchern enthielten 98 (95%) ein Vorwort bzw. ein entsprechendes Einleitungskapitel (siehe Abbildung 1).

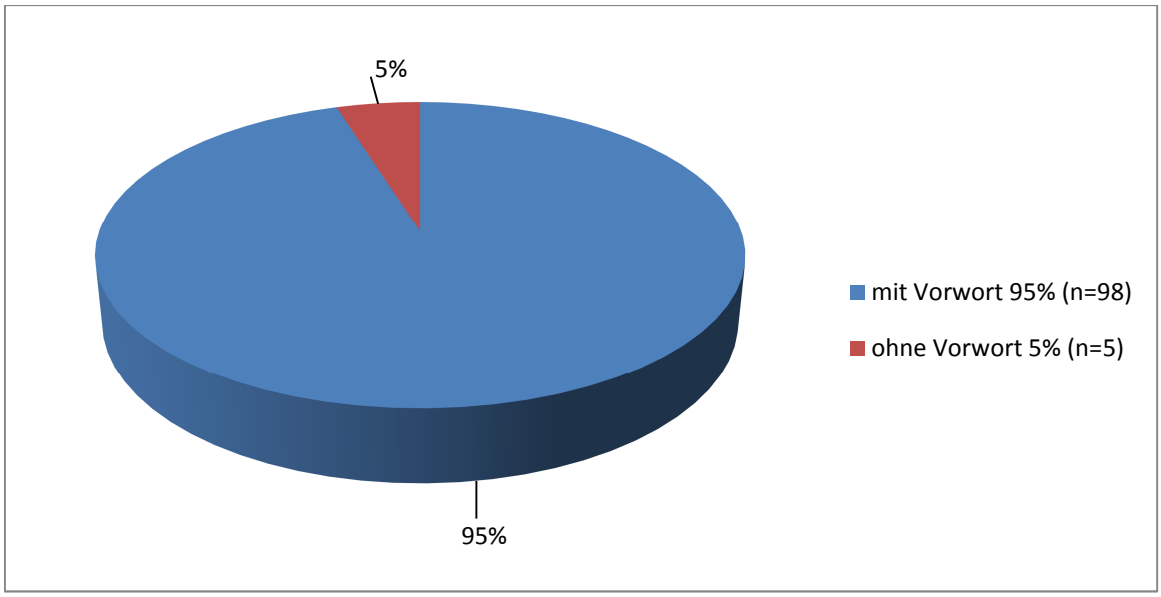

Abbildung 1: Anteil der Lehr- und Handbücher sowie einiger sammelbiographischer Werke der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011, in denen sich ein Vorwort und/oder Einleitungskapitel findet (blau), gegenüber denjenigen Werken in denen sich kein Vorwort und/oder Einleitungskapitel findet (rot). Die Gesamtanzahl der in dieser Arbeit analysierten Werke aus diesem Zeitraum beträgt n = 103.

In 65 (66%) der 98 Publikationen mit Vorworten und/oder Einleitungskapiteln fanden sich die Medizingeschichte legitimierende Argumente (siehe Abbildung 2).

Insgesamt fanden sich also in 65 (63%) aller analysierten Werke (n=103) Legitimierungsbestrebungen in Form einer apologetischen Argumentation.

Von den 62 herangezogenen Autoren äußerten sich insgesamt 42 (68%) mittels der hier analysierten Legitimationsstrategien zugunsten der Medizingeschichte. Die restlichen 20

(32%) Autoren äußerten sich entweder nicht oder in einem anderen Rahmen zur vorliegenden Thematik. Eine detaillierte Aufstellung der Autoren mit den von ihnen verfolgten Legitimationsstrategien findet sich im Anhang ab Seite 95.

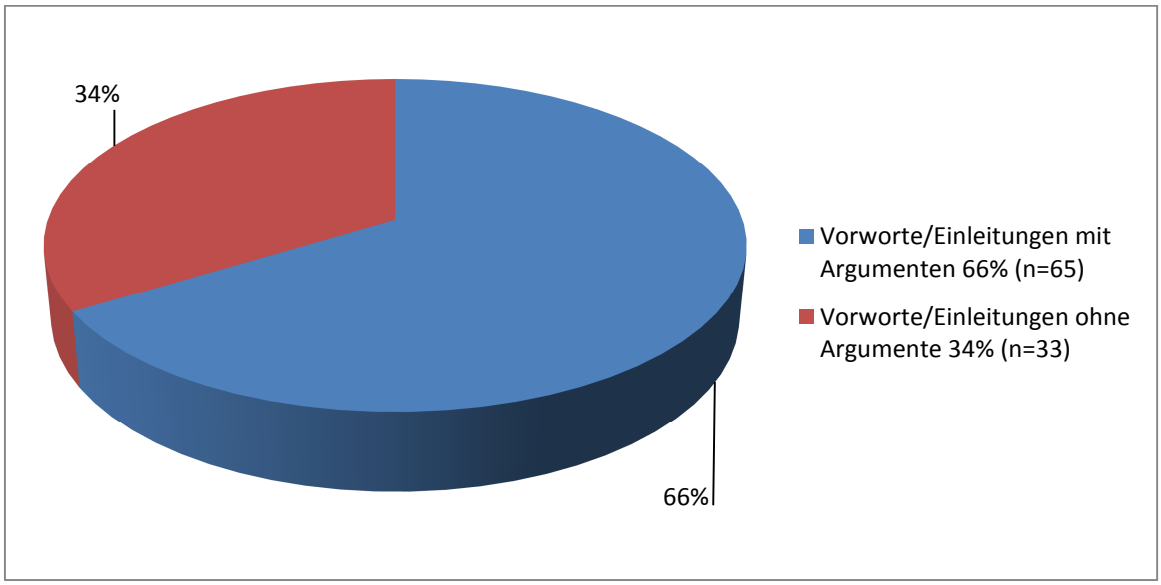

Abbildung 2: Anteil der Vorworte und/oder Einleitungskapitel aus Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte von 1900 - 2011, in denen sich die Medizingeschichte legitimierende Argumente finden (blau), gegenüber denjenigen Vorworten und/oder Einleitungskapiteln, in denen sich keine legitimierenden Argumente finden (rot). Die Gesamtanzahl der in dieser Arbeit analysierten Lehr- und Handbücher sowie der sammelbiographischen mit Vorwort und/oder Einleitungskapiteln beträgt n=98.

Die im Folgenden dargestellten Abbildung (Abbildung 3) veranschaulicht die zeitliche Verteilung des Erscheinens der verschiedenen Bücher, sowohl derjenigen mit legitimierender Funktion als auch derjenigen ohne. Dabei lassen sich einige Trends erkennen.

Zwischen 1900 und 1960 erschienen insgesamt 42 (41%) der im Rahmen dieser Arbeit analysierten Werke. Dabei konnte, bezogen auf diesen Zeitraum, in 18 (43%) der Bücher ein Vorwort oder ein entsprechendes Einleitungskapitel mit Argumenten pro Medizingeschichte ausfindig gemacht werden. Entsprechend enthielten die restlichen 24 (57%) Bücher keine Argumente. Die Mehrzahl der Autoren verzichtete also in den ersten sechs Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts noch auf eine Legitimierung der Medizingeschichte. Auffallend ist, dass insbesondere zwischen Mitte der 1930er und

Mitte der 1940er Jahre sämtliche Neuerscheinungen - mit einer Ausnahme - auf eine Apologie des Faches verzichteten.

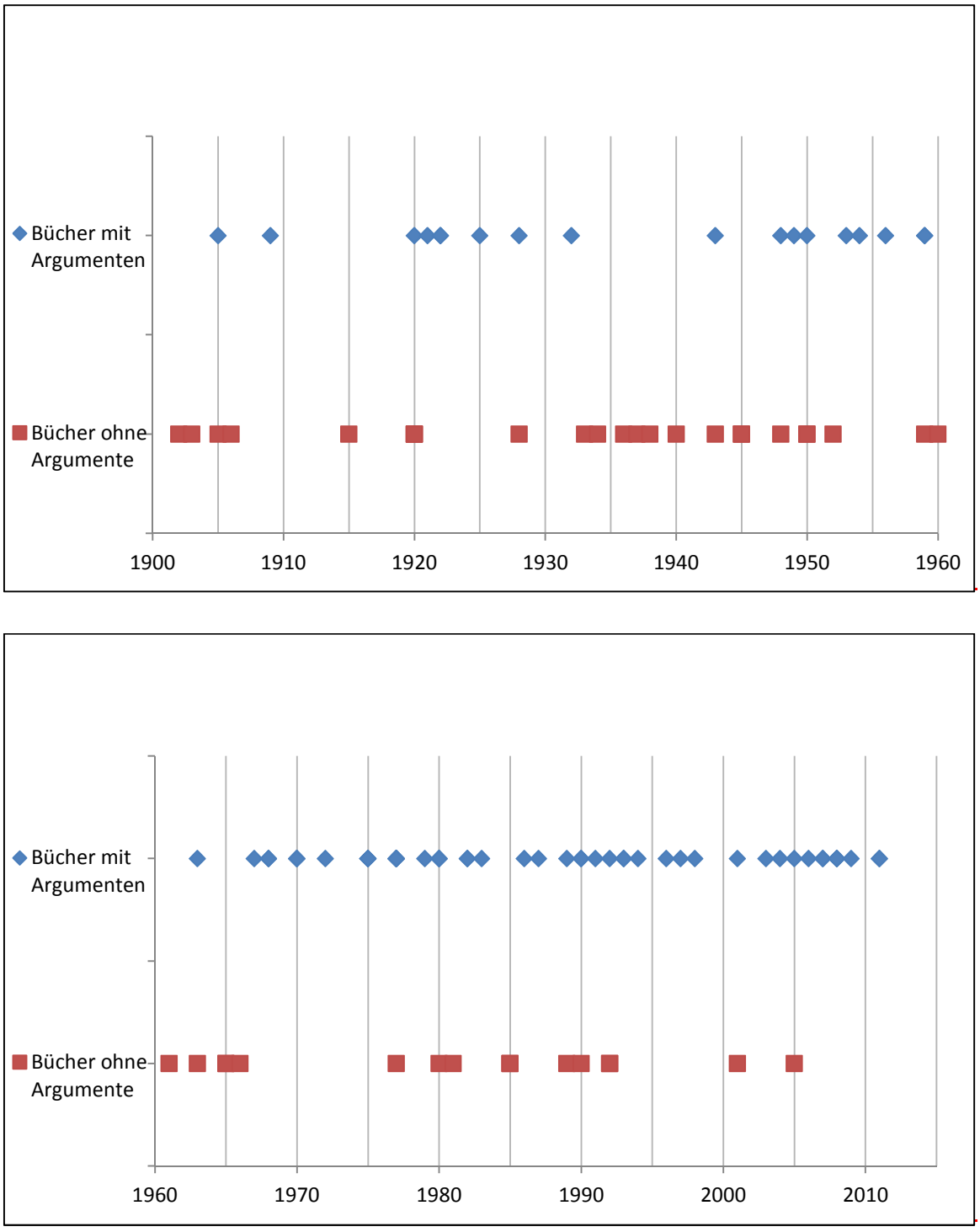

Abbildung 3: Zeitliches Erscheinen der Lehr- und Handbücher sowie sammelbiographischer Werke der Medizingeschichte von 1900 - 2011, die in ihren Vorworten und/oder Einleitungskapiteln die Medizingeschichte legitimierende Argumente vorbringen (blau), gegenüber denjenigen Werken, in denen sich keine die Medizingeschichte legitimierenden Argumenten finden (rot).

Erst ab den 1960er Jahren wurden die Bemühungen um eine Legitimation der Medizingeschichte mit entsprechenden Argumenten in den Vorworten und/oder Einleitungskapiteln verstärkt. So erschienen zwischen 1961 und 2011 insgesamt 61 (59%) aller in dieser Arbeit analysierten Texte. Davon enthielten 47 (77%) ein Vorwort und/oder Einleitungskapitel, in welchem der Wert und Nutzen der Medizingeschichte dargelegt wird. In 14 (23%) der Werke fanden sich dagegen keine legitimierenden Argumente für die Medizingeschichte. Insbesondere im Zeitraum vom Ende der 1960er Jahre bis zum Ende der 1970er Jahre enthielt jede der in diesem Zeitraum erschienen Arbeiten Argumente pro Medizingeschichte. Spätestens seit Anfang der 1990er konnten dann in allen Publikationen - von zwei Ausnahmen abgesehen - ein Vorwort und/oder Einleitungskapitel apologetischen Charakters identifiziert werden.

3.2 Ergebnisse - Qualitative Darstellung

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien, in die die Argumente eingeteilt wurden, jeweils näher betrachtet und definiert. Dabei sollen die verschiedenen Herangehensweisen, mit welchen bis jetzt versucht wurde, die Medizingeschichte zu legitimieren und ihren Wert für die ärztliche Ausbildung zu untermauern, dargelegt werden. Auf die Definitionen folgt jeweils eine kurze Auswertung der Kategorien. Die qualitative Darstellung der Argumente aus den Lehr- und Handbüchern der DDR findet sich in einem separaten Kapitel (siehe Kapitel 3.3). Dies soll einen Vergleich zu den im übrigen deutschsprachigen Raum verwendeten Argumenten erleichtern. Die quantitative Darstellung der Argumente findet sich hingegen unter den jeweiligen Kapiteln - entsprechend ihrer Einordnung in eine der Kategorien.

3.2.1 Das kulturhistorische Argument

Die Vorstellungen von Krankheit oder Gesundheit sind untrennbar mit der jeweiligen Kultur und ihrer Weltanschauung verbunden. Probst schreibt hierzu: „Die Religion, eine vorherrschende Philosophie oder Wissenschaft, das gesellschaftliche Gefüge, das allgemeine Weltbild bestimmen wesentlich das Konzept vom Menschen und seinem Kranksein“ (Probst 1982, S. 10). Die Medizin als die Disziplin, innerhalb der sich „das Konzept vom Menschen und seinem Kranksein“ als Wissenschaft manifestiert, wirkt aufgrund ihres Handlungscharakters (vgl. Labisch 2006) früher oder später auf fast alle Mitglieder der Gesellschaft und bildet daher eine Art Kumulationspunkt für sämtliche innerhalb einer Gesellschaft existierenden Weltanschauungen und Konzepte von Gesundheit und Krankheit. Diese Konzepte existieren mitunter bereits seit Jahrtausenden, verändern und ergänzen sich, gehen ineinander über. Geschichte der Medizin ist somit immer auch Geschichte der jeweiligen Kultur (vgl. z.B. Lejeune 1943, Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Engelhardt, Hartmann 1991, Schneck 1997). So oder so ähnlich könnte man den Ansatz der kulturhistorischen Argumentation darstellen. Neben dieser konzept- und ideengeschichtlichen sowie auf kulturgeschichtlicher Aufklärung beruhenden Funktion der Medizingeschichte spielt ihre allgemeinbildende Aufgabe bei dieser Argumentationsform eine Rolle. Wie bereits in der Einleitung dargelegt, stellte die umfassende Allgemeinbildung, insbesondere die klassisch-

humanistische, ein besonderes Merkmal des akademisch gebildeten Arztes dar (siehe S. 7). Das kulturhistorische Argument zielt also auch darauf ab, dass der Student der Medizin bzw. der „fertige“ Arzt durch die Auseinandersetzung mit der Medizingeschichte eben diese umfassende Allgemeinbildung erwirbt und die kulturelle Einbettung der Medizin in die jeweilige Zeit erfasst. Anders gesprochen: Die Geschichte der Medizin stellt aus Sicht dieser Argumentationsstrategie einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Ausbildung dar, indem sie dem Arzt neben dem medizinischen Fachwissen, das er in den anderen Fächern erwirbt, eine breite allgemeine Bildung vermittelt, die ihn erst zu einer akademisch gebildeten Persönlichkeit macht (vgl. z.B. Creutz, Steudel 1948, Leibbrand, Leibbrand-Wettley 1967, Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987).

Zusammenfassend könnte man sagen, dass die Medizingeschichte im Sinne der kulturhistorischen Argumentation einen möglichen Zugang zum Verständnis der Medizin bietet, einen Weg, der über verschiedene Konzepte von Gesundheit und Krankheit führt. Zum anderen dient sie der Ausbildung einer akademisch umfassend gebildeten Persönlichkeit, die auch ein Bestandteil der ärztlichen Identität sein soll.

Im Rahmen der in dieser Arbeit herangezogenen Texte taucht diese Legitimierungsstrategie zum ersten Mal bei Theodor Meyer-Steineg (1873 - 1936) und Karl Sudhoff auf, die im Vorwort der 2. Auflage ihres 1922 erschienenen Werkes „Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen“ bescheiden auf die kulturgeschichtliche Bedeutung der Medizingeschichte verweisen: „Unser knapper illustrierter Abriss wird, wie wir hoffen, seinen Weg weiter machen und der kulturgeschichtlichen Aufklärung dienen“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1922, S.V). Drei Jahre später weist Georg Honigmann (1863 - 1930) ebenfalls auf die kulturgeschichtliche Bedeutung der Medizingeschichte hin und verteidigt sein Werk mit folgenden Worten: „Es (…) will nur versuchen, den geschichtlichen Entwicklungsgang der Ideen fortlaufend wiederzugeben, die die Medizin durchsetzen, und ihre kulturgeschichtliche Bedingtheit darstellen“ (Honigmann 1925, S. 1). Nachdem das kulturhistorische Argument knapp zwei Jahrzehnte in Lehr- und Handbüchern nicht mehr anzutreffen war, griff es Fritz Lejeune (1892 - 1966) 1943 erneut auf, vertrat es nun jedoch deutlich offensiver: „Die Geschichte der Medizin ist ein Teil der allgemeinen Kulturgeschichte und deshalb von dieser nicht zu trennen und nur in engem Zusammenhange mit ihr zu lehren und zu lernen" (Lejeune

1943, S.10). In der Folgezeit taucht das Argument nun wieder regelmäßig auf, so bei Rudolf Creutz (1866 - 1949) und Johannes Steudel (1901 - 1973), die sich in ihrer Argumentation eher dem allgemeinbildenden Aspekt der Medizingeschichte widmen. So verweisen sie auf den bereits mehrfach angesprochenen Bildungsanspruch des Arztes: „Mit der Vergangenheit seiner Kunst vertraut zu sein, gehörte noch zur Zeit des jungen Virchow zum Bildungsideal des Arztes“. Und weiter heißt es bei ihnen: „Von diesen frühesten Epochen der Menschheitsgeschichte an bis auf unser heutiges Zeitalter ein Entwicklungsbild der Medizin, wenn auch nur in ganz großen Zügen zu erlangen, ist ein Ziel, das jedem Adepten der Heilkunde als erstrebenswert vorschweben müßte. Dafür sprechen vor allem zwei gewichtige Gründe, die ich mit den beiden Stichworten 'hoher wissenschaftlicher Genuß' und 'wertvoller Nutzen für umfassende allgemein medizinische Bildung' kenntlich machen möchte“ (Creutz, Steudel 1948, S.6f). Paul Hühnerfeld (1926 - 1960) rückt im Zusammenhang mit der kulturhistorischen Argumentation die Arzt-Patienten-Beziehung im Sinne einer eher kulturanthropologischen Sicht in den Vordergrund. „Wer sich für die Geschichte der Medizin interessiert, der interessiert sich in einer ganz besonderen Weise für die Geschichte des Menschen. Die Geschichte der Medizin hat es mit drei Gegebenheiten zu tun: mit dem Kranken, mit der Krankheit und mit dem Arzt. Ihre wechselseitige Stellung zueinander ist beispielhaft für eine Grundsituation menschlichen Existierens auf dieser Erde.“ Weiter schreibt er: „Die Geschichte der Medizin - recht verstanden - läßt sich deshalb im Grunde immer auf die Geschichte zweier Menschen reduzieren, von denen der eine leidet und der andere mitleidet. Von daher ist ihr Studium vielleicht nützlicher als manches andere. Und weil das so ist, sollten sich auch nicht nur die Menschen mit ihr beschäftigen, die gerade leiden oder mitleiden - Kranker oder Arzt sind. In unserer Zeit der mangelnden Leidensfähigkeit ist sie vielleicht für jeden - nicht nützlich - aber nötig“ (Hühnerfeld 1956, S. 8). Die Wechselwirkung von Medizin, Krankheit und Kultur sowie der daraus zu ziehende Erkenntnisgewinn spielen bei Erwin Ackerknecht (1906 - 1988) eine Rolle. „Medizin und Krankheit haben eine unleugbare Wirkung auf die gesamte Geschichte, und das ärztliche Verhalten in einer Periode kann als eine Art Spiegelbild der gesamten Kultur dieser Periode angesehen werden. Wir wissen viel mehr über eine Kultur, wenn wir wissen, wie sie ihre Kranken behandelte und was sie über die Krankheit dachte“ (Ackerknecht 1959, S. 1). Dieses Argument wird von Ackerknecht in jeder Auflage seines Werkes angeführt,

zuletzt in der siebten Auflage von 1992 (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Werner Leibbrand (1896 - 1974) und Annemarie Leibbrand-Wettley (1913 - 1996) stellen ihr 1967 erschienenes „Kompendium der Medizingeschichte“ wieder in den Dienst des umfassenden Bildungsideals: „Es erstrebt nicht moderne Perfektion, sondern humanistischen Eros. In diesem Sinne will es benutzt sein, in solchem Sinne 'kann man was profitieren'“ (Leibbrand, Leibbrand-Wettley 1967, S. V), so ihre Argumentation. Eduard Seidler (*1929) betont 1970 - wie vor ihm schon Hühnerfeld - im Rahmen seiner Legitimierungsbestrebungen die Beziehungsebene der Medizin sowie deren kulturelle Bedeutung und damit auch den kulturgeschichtlichen Nutzen der Medizingeschichte. „Geschichte der Heil-Kunde“, so Seidler, „ist letztlich Geschichte der menschlichen Kultur, und die Beziehung zum Nächsten ist eine der Quellen menschlicher Kultur überhaupt“ (Seidler 1970, S. 5). Die Ausbildung der akademisch und historisch gebildeten ärztlichen Persönlichkeit ist die Grundlage der kulturhistorischen Argumentation von Charles Lichtenthaeler (1915 - 1993). Er schreibt: „Neben der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik, gibt es eine spezifische ärztliche Bildung, die vor allem durch das Studium der medizinischen Vergangenheit vermittelt wird. (…) Erst durch das historische Bewußtsein reifen Sie zu wahren ärztlichen Persönlichkeiten“ (Lichtenthaeler 1975, S. 43). Diese Argumentation behält er in allen weiteren Auflagen seiner „Geschichte der Medizin“ bei, wie auch alle anderen Argumente, die er im Rahmen seines Lehrbuches vorbringt (Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). Der allgemeinbildende Aspekt der Medizingeschichte spielt 1975 auch bei Esther Fischer-Homberger (*1940) wieder eine Rolle. „Im einzelnen ist zunächst die Funktion der Geschichte zu nennen, Bildungswerte zu vermitteln“ (Fischer-Homberger 1975, S. 1), so Fischer-Homberger. Diese Argumentation begegnet auch in der 2. Auflage ihres Buches „Geschichte der Medizin“ (Fischer-Homberger 1977). Die allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen, denen sich die Medizin ausgesetzt sieht, bilden die Grundlage der Argumentation von Peter Wiench (*unbekannt) aus dem Jahr 1982. In seiner Darstellung heißt es: „Natur-, Geistes- wie auch politische Geschichte spielen in der Entwicklung zu jedem Zeitpunkt eine große Rolle“ (Wiench 1982, S. 8). Wolfgang U. Eckart (*1952) betont 1990 den kulturgeschichtlichen Nutzen, denn die „Medizingeschichte (…) bietet die günstige Gelegenheit, sich sowohl mit den 'kulturellen und sozialen Grundlagen in der Geschichte des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns' als auch mit den 'Wandlungen der

Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit' zu beschäftigen“ (Eckart 1990, S. VIII). Diese Argumentation behält Eckart bis zur 2005 erschienenen 5. Auflage seines Buches „Geschichte der Medizin“ bei (Eckart 1994, 1998, 2001, 2005). Dietrich von Engelhardt (*1941) und Fritz Hartmann (1920 - 2007) verorten die Medizingeschichte in ihrem 1991 veröffentlichten Werk „Klassiker der Medizin“ eindeutig im Bereich der allgemeinen Kulturgeschichte, „denn der eigentliche Rahmen für die Geschichte einer in das Leben der Menschen so stark einwirkenden Handlungswissenschaft wie der Medizin ist doch wohl die Kulturgeschichte“ (Engelhardt, Hartmann 1991, S. 7). Ganz ähnlich argumentiert 1997 Peter Schneck (*1936). Er sieht den Wert der Medizingeschichte unter anderem darin begründet, dass sie uns lehrt, „die Medizin als einen Teil der jeweiligen Kulturepoche zu begreifen“ (Schneck 1997, S. 4). Wolfgang U. Eckart und Robert Jütte (*1954) betonen in jüngerer Zeit neben dem Stellenwert der Medizingeschichte als Pflichtfach (siehe Kapitel 3.2.9) auch deren interdisziplinären Charakter und den damit einhergehenden Stellenwert als Forschungsbereich: „Medizingeschichte ist heute nicht nur Pflichtfach (neben Theorie und Ethik) im Curriculum des Medizinstudiums an deutschen Universitäten und bedeutendes Element im Kanon der übrigen wissenschaftshistorischen Disziplinen. Auch andere akademische Fächer haben die Geschichte der Heilkunde in ihrer jeweils kulturgebundenen Ausprägung sowie wegen ihrer Kulturgrenzen überschreitenden Konzept- und Praxisvielfalt als unverzichtbares Forschungsthema von hoher kultur-, gesellschafts- und politikwissenschaftlicher Relevanz für sich entdeckt“ (Eckart, Jütte 2007a, S. 7). Für Karl-Heinz Leven (*1959) besteht eine Funktion der Medizingeschichte darin, „Medizin in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext zu erfassen und zu deuten“ (Leven 2008, S. 12).

Es lässt sich festhalten, dass das kulturhistorische Argument im Rahmen von Lehr- und Handbüchern der Medizingeschichte zwischen den Jahren 1922 und 2007 auftaucht. Dabei zeichnet es sich - abgesehen von einer kleinen Unterbrechung vom Ende der 1920er bis Anfang der 1940er Jahre - durch eine recht homogene zeitliche Verteilung aus. Der Umstand, dass es von der Hälfte aller Autoren, die versuchen die Medizingeschichte zu legitimieren, verwendet wird, unterstreicht den hohen Stellenwert, der dieser Legitimationsstrategie offenbar eingeräumt wird. Dies wird auch dadurch untermauert,

dass man, bei strikter Aufrechterhaltung der Trennung der hier gebildeten Kategorien, dieses Argument am häufigsten antrifft.

3.2.2 Das epistemologische Argument

Im Zusammenhang mit dieser Kategorie bietet sich die Definition von Hans-Jörg Rheinberger an. Er versteht unter Epistemologie die „Reflexion auf die historischen Bedingungen, unter denen, und die Mittel, mit denen Dinge zu Objekten des Wissens gemacht werden, an denen der Prozess der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung in Gang gesetzt, sowie in Gang gehalten wird“ (Rheinberger 2007, S.11). Des Weiteren führt Rheinberger die Gedanken von Ernst Mach (1838 - 1916) aus, nach denen historisches Bewusstsein im epistemologischen Sinne eine Doppelfunktion erfüllt. „Zum einen hilft es, die systematischen Verfestigungen des jeweils gegenwärtigen Wissens durchsichtig zu machen und es als Gewordenes, nicht als Gegebenes zu verstehen. Zum anderen legt historisches Bewusstsein auch die Möglichkeit nahe, nach neuen, bisher unbetretenen Wegen zu suchen“ (Rheinberger 2007, S.19). Aus diesem Blickwinkel argumentierend bietet die historische Betrachtung - so einige der untersuchten Vorworte - die Möglichkeit, zu verstehen, wie sich die Medizin bzw. die medizinische Wissenschaft zu dem entwickelt haben, was sie heute sind, und deren Status quo als das vorläufige Resultat eines kontingenten historischen Prozesses zu begreifen (vgl. z.B. Schwalbe 1905, 1909, 1920, Creutz, Steudel 1948, Sigerist 1963, Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987, Harig, Schneck 1990, Noack et al. 2007).

Unter den in der vorliegenden Arbeit herangezogenen Autoren taucht das Argument zum ersten Mal im Jahr 1905 bei Ernst Schwalbe (1871 - 1920) auf. Er plädiert für eine gründliche Kenntnis der eigenen Wissenschaft, die eine entsprechende historische Einordnung des eigenen Schaffens ermöglichen soll, und warnt in diesem Zusammenhang auch vor der - zur damaligen Zeit üblichen - Geringschätzung vergangener Entwicklungen. „Die Geschichte der Wissenschaft, seiner Wissenschaft ist für jeden ernsthaften Forscher von großem Interesse, wer Neues bauen will, muß den Grund kennen, auf dem er baut, wer die wissenschaftliche Literatur verachtet, wird seine eigenen Leistungen leicht zu hoch bewerten. Unsere größten Forscher waren auch vorzügliche Kenner der Geschichte

ihrer Wissenschaft“ (Schwalbe 1905, S. 2). Für Schwalbe stellt also die Kenntnis der eigenen Geschichte die unabdingbare Voraussetzung zur richtigen Einordnung der eigenen Leistung dar. Des Weiteren betont er, dass nur eine gründliche Kenntnis der Geschichte der Medizin eine angemessen Beurteilung der aktuellen Situation erlaubt. „Diese [Geschichte der Medizin] soll uns, wie die Geschichte der Wissenschaft überhaupt, unsere heutigen Anschauungen aus denen der vergangenen Zeiten verständlich machen“ (Schwalbe 1905, S. 4), so Schwalbe. Im Sinne der obigen Definition, nach der der aktuelle Entwicklungsstand der Medizin als „Gewordenes, nicht als Gegebenes“ interpretiert werden soll, führt Schwalbe ein letztes Argument im epistemologischen Sinne an, indem er in Bezug auf die Medizingeschichte es „als eine ihrer vornehmsten Aufgaben“ ansieht, „uns die Entwicklung der Anschauungen vom Wesen der Krankheiten darzustellen. Wir werden sehen, daß diese Anschauungen außerordentlich gewechselt haben, daß es langer Arbeit bedurfte, um die Medizin zu dem zu machen, was sie heute ist, zu einer Naturwissenschaft“ (Schwalbe 1905, S. 5). Diese Legitimationsbemühungen behielt Schwalbe in unveränderter Form in den beiden folgenden Auflagen seiner „Vorlesungen über Geschichte der Medizin“ bei (Schwalbe 1909, 1920). Creutz und Steudel greifen das epistemologische Argument 1948 wieder auf, indem sie die ihrem Buch zugrunde liegende Intention wie folgt umschreiben: „Das Ziel der vorliegenden Versuche ist erreicht, wenn es ihnen gelingt, im Arzte das Bewußtsein zu festigen, daß die Heilkunde der Gegenwart auf ein langes Werden zurückblickt und durch lebendige Tradition mit dem Können und Streben vergangener Ärztegenerationen verbunden ist“ (Creutz, Steudel 1948, S. 6). Henry E. Sigerist (1891 - 1957), eine der großen Autoritäten der modernen Medizingeschichtsschreibung, unterstreicht 1954 in der 3. Auflage seiner „Großen Ärzte“ die Historizität der Medizin und weist auf die Bedeutung vergangener Entwicklungen hin: „Doch nach wie vor stehen wir auf den Schultern unserer Vorgänger, welche die Bedingungen geschaffen haben für heutiges Gelingen“ (Sigerist 1954, S. 12). Zu einem umfassenden Verständnis der Medizin zu gelangen, ist die Absicht der Argumentation von Ackerknecht. Er stellt fest: „Jedoch der häufigste Grund für das Studium der Medizingeschichte ist wohl der Wunsch, die Medizin selbst zu verstehen und ihre Methoden, Organisation und ihre Grundvorstellungen zu erfassen“ (Ackerknecht 1959, S. 1). Auch dieses Argument wird von Ackerknecht in allen weiteren Auflagen angeführt (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Henry E. Sigerist sieht in seinem Werk

„Anfänge der Medizin“, das 1963 in deutscher Übersetzung erschienen ist, die Geschichte als unabdingbare Voraussetzung zum Verständnis der Medizin. Er schreibt hierzu: „Die Geschichte der Medizin lehrt uns, von wo wir ausgingen, wo wir in der Medizin gegenwärtig stehen und in welche Richtung wir marschieren. Sie ist der Kompaß, der uns in die Zukunft führt“ (Sigerist 1963, S. 29). Ähnlich sieht es Charles Lichtenthaeler, der seine Argumentation aber wesentlich direkter vorbringt: „Man muss es immer wieder sagen: um zu wissen, wo wir stehen, müssen wir wissen, woher wir kommen“ (Lichtenthaeler 1975). Auch Lichtenthaeler hält an diesem Argument in allen weiteren Auflagen seiner „Geschichte der Medizin“ fest (Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). Dass aktuelle Fragestellungen nur unter Bezugnahme bzw. mit Kenntnis der Geschichte beantwortet werden können, unterstreicht Esther Fischer-Homberger im Jahr 1975, indem sie mit den Worten Sigerists argumentiert: „True history is always contemporary history, as Benedetto Croce once said, because it is a contemporary interest, that drives a man to consult the past“ (Fischer-Homberger 1975, S. 1). Auch dieses Argument begegnet in der zweiten Auflage ihres Buches wieder (vgl. Fischer-Homberger 1977). Das Anliegen, für die historische Dimension der Medizin zu sensibilisieren, findet sich auch innerhalb der Legitimierungsbemühungen von Emmi Schneider (*unbekannt) und Carola Lang (*unbekannt) aus den Jahren 1977 und 1980. Bei ihnen heißt es: „Was hier vermittelt werden soll, ist nur eine Bekanntschaft: mit ewigen medizinischen Wahrheiten, die sich als revidierbar erwiesen, mit scheinbar neuen Errungenschaften unserer Zeit, die schon einmal dagewesen sind, mit Faktoren, die zur Entstehung des heutigen medizinischen Denkens und der heutigen sozialen Stellung des Arztes führten - die Bekanntschaft mit der historischen Dimension“ (Schneider, Lang 1977, 1980, S. 3). Mit dem Buch „Geschichte der Medizin“ von Georg Harig (1935 - 1989) und Peter Schneck kommt 1990 eine Neuerscheinung auf den Markt, die auch einen neuen Versuch in Sachen epistemologischer Argumentation unternimmt. So wollen Harig und Schneck „die Hauptlinien des Werdegangs der Heilkunde als einen nicht immer geradlinig verlaufenden historischen Prozeß vermitteln und damit zum besseren Verständnis der gegenwärtigen und künftigen Entwicklungstrends in der modernen Medizin in ihrer Gesetzmäßigkeiten beitragen“. Weiter führen sie aus: „Die erworbene medizinhistorische Sichtweise weckt tieferes Verständnis für die Notwendigkeit der Bewahrung des kulturellen und wissenschaftlichen Erbes auf dem Gebiet der Medizin und bildet so die Voraussetzung für

die Entwicklung eines produktiven Verhältnisses zur Pflege progressiver Traditionen in unserem Gesundheitswesen“ (Harig, Schneck 1990, S. 9f.). Drei Jahre später sieht auch Seidler die Notwendigkeit, das Fach auf diese Art und Weise zu legitimieren. „In nur wenigen Berufen kann so unmittelbar aus der eigenen Arbeit miterlebt werden, daß Geschichte bestimmt, was heute geschieht (…) Nicht die grundsätzlichen Herausforderungen an die Helfer haben sich gewandelt, sondern der Umfang und die Modelle ihrer Bewältigung. Historisch - anamnestisches Denken sollte daher überall da verfügbar sein, wo Verständnisgrundlagen bereitgestellt werden müssen, um das zu verstehen, was man heute tut und warum das so ist.“ (Seidler 1993, S. 11). Dieses Argument führt Seidler auch zehn Jahre später in der mittlerweile 7. Auflage seiner „Geschichte der Medizin und der Krankenpflege“ an (vgl. Seidler, Leven 2003). Im Jahr 1997 wiederholt und bekräftigt Schneck seine epistemologische Argumentation nochmals: „Sie [die Geschichte] weckt Verständnis für manche nur scheinbar veraltete diagnostische und therapeutische Methode, macht aber auch Irrtümer und Umwege der Vergangenheit plausibel und weist daraufhin, daß auch wir Heutigen in einem Glashaus sitzen“ (Schneck 1997, S. 4). Auch Thorsten Noack (*1972), Heiner Fangerau (*1972) und Jörg Vögele (*1956) weisen in jüngerer Zeit auf die Bedeutung der historischen Betrachtungsweise der Medizin hin. Sie beziehen sich in ihrer Argumentation auch auf den nicht ganz unwesentlichen Punkt der Finanzierung von Wissenschaft im Rahmen eines gesellschaftlichen Konsenses. „Heutige Themen der Medizin, Fragen ihrer Einbettung in die Gesellschaft und ihre ethischen Implikationen sind keineswegs voraussetzungslos und aus sich heraus zu verstehen. Sie sind nur aus ihrer Geschichte heraus nachvollziehbar und nur eine theoretische Auseinandersetzung mit ihnen ermöglicht ihre sinnvolle Durchdringung. Unsere Hochschulmedizin wird aus öffentlichen Mitteln finanziert. Was mit diesen Geldern in Patientenversorgung, Lehre und Forschung geschieht, wie und warum, basiert auf einem gesellschaftlichen Konsens, der nur historisch verstanden werden kann. Vergangene Entscheidungen haben die gegenwärtige Medizin hervorgebracht. Die Geschichte der Medizin ist die Archäologie ihrer Gegenwart“ (Noack et al. 2007, S. XIII). Zu guter Letzt ist im Zusammenhang mit der epistemologischen Kategorie noch Karl-Heinz Leven zu nennen. Er verweist u.a. auf die Korrektivfunktion der Medizingeschichte im Sinne einer Selbstreflexion: „Die (wissenschaftliche) Medizingeschichte hat in der modernen naturwissenschaftlich geprägten Medizin eine

besondere Aufgabe: die geisteswissenschaftliche Selbstreflexion und Ortsbestimmung einer in raschem Wandel begriffenen Disziplin. Damit trägt die historische Wahrnehmung zum Selbstverständnis der Medizin bei und ist geeignet, gegenwärtige Phänomene in ihrer Entwicklung und Kausalität darzustellen und zu analysieren“. Weiter heißt es: „Die Medizingeschichte trägt zum Verständnis der Gegenwart und aktueller Entwicklungen bei. Sie stellt gleichsam die Anamnese der heutigen Medizin, zeigt Knotenpunkte der Entwicklung, Wege und Irrwege (Leven 2008, S. 9ff.).

Das epistemologische Argument findet sich in den hier analysierten Texten der Jahre 1905 bis 2008. Dabei verhält es sich mit dieser Legitimierungsstrategie analog zur kulturhistorischen, indem sich das Argument ebenfalls durch eine homogene zeitliche Kontinuität in seinem Auftreten auszeichnet. Allein schon die gleichbleibende Aktualität dieser Form der Argumentation unterstreicht den Stellenwert innerhalb der Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte. Die Tatsache, dass 17 von 42 (40%) der Autoren dieses Argument anführen, verstärkt diesen Punkt zusätzlich.

3.2.2.1 Das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion

Anknüpfend an die obige Definition von Epistemologie (siehe Kapitel 3.2.2) trägt die historische Perspektive aus der Sicht des epistemologisch-pädagogischen Arguments dazu bei, den kritischen Geist des Arztes auszubilden, indem Entwicklungen nicht als gegeben hingenommen werden, sondern in ihren historischen Kontext eingeordnet und dadurch hinterfragt werden können. Insofern beinhaltet die Geschichte der Medizin auch eine erzieherische Komponente im Sinne der Ausbildung einer kritischen Reflexionsfähigkeit (vgl. z.B. Artelt 1949, Norpoth 1959, Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Schipperges 1970, Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987, Schneck 1997, Riha 2008).

Diese Argumentationsform kommt im Rahmen der analysierten Literatur zum ersten Mal im Jahr 1922 bei Karl Sudhoff in der von ihm überarbeiteten und herausgegebenen 3. und 4. Auflage des von Julius Pagel (1851 - 1912) begründeten „Kurzen Handbuchs der Geschichte der Medizin“ vor. Darin schreibt Sudhoff im Vorwort: „Die Medizin unserer Tage verlangt nach historischer Vertiefung“ (Sudhoff 1922, S. V). Im gleichen Jahr äußern

Meyer-Steineg und Sudhoff die Hoffnung, ihr Buch möge doch „in die Hände recht vieler Ärzte gelangen, deren Beruf und Denken der historischen Vertiefung und Anlehnung heute mehr als je Bedarf, namentlich in deutschen Landen“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1922, S. V). Dieses Anliegen wiederholen sie 1928 in der mittlerweile 3. Auflage ihrer „Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen“ mit den Worten: „So ist das Buch wieder voll auf Höhe der Zeit und für den starken Bedarf unserer Ärzte nach historischer Aufklärung bereit“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1928, S. VI). Im Jahr 1949 wird das Argument von Walter Artelt (1906 - 1976) wieder aufgegriffen, der den wertvollen Beitrag der Medizingeschichte zur ärztlichen „Erziehung“ hervorhebt. „Wesentlich sind die Fragen nach der Grundstruktur der Heilkunde in vergangenen Epochen der Geschichte, nach den Kräften und Ideen, nach den Voraussetzungen und dem Sinn der großen schöpferischen Leistungen, die sie formten. Fragestellungen also, die zugleich an die Grundlagen unserer heutigen Medizin rühren und so zu einer vertieften Einsicht in das Wesen der Heilkunde überhaupt und ihrer Grundprobleme zu führen vermögen. Wesentlich ist das Wissen um die Gestalt der wahrhaft großen Ärztepersönlichkeiten der Vergangenheit, das die Medizingeschichte zu einem so wichtigen Faktor der ärztlichen Erziehung werden ließ“ (Artelt 1949, S. 5). Ackerknecht betont 1959 die Unbeständigkeit des aktuellen Wissens und leitet daraus die Forderung nach einer kritischen Haltung gegenüber aktuellen „Wahrheiten“ ab: „Jeder, der erkannt hat, wie die Wahrheit von heute der Irrtum von morgen wird, wird eine selbstständigere und kritischere Haltung einnehmen und besser ausgerüstet sein, neue Wahrheiten anzunehmen“ (Ackerknecht 1959, S. 5). Dieses Argument führt Ackerknecht auch in den folgenden sechs Auflagen seines Buches an (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Im selben Jahr versucht sich Leo Norpoth (1901 - 1973), der das Vorwort der vierten Auflage von Sigerists „Großen Ärzten“ verfasst hat, an einer Legitimierung der Medizingeschichte durch der Forderung nach einer von ihm für notwendig befundenen historischen Rückbesinnung der Ärzteschaft, die er mit warnenden Worten verbindet: „Selten ist dem Arzt die Besinnung auf sich selbst, sein geschichtliches Werden und seine Verantwortung so notwendig gewesen wie in unseren Tagen. Fast täglich überbieten sich die Neuerungen. (…) Aber sie erwiesen sich auch als zweischneidig und gefährlich in den Händen der Unwissenden und der Gewissenlosen“ (Norpoth 1959, S. 8). Appellartigen Charakter trägt die von Sigerist im Buch „Anfänge der Medizin“ vorgetragene Argumentation, in der er auf die aus der

Historie erwachsenden Verpflichtungen verweist. Wörtlich schreibt er: „Wenn die allgemeine Geschichte ein Instrument des Lebens im allgemeinen ist, dann ist die Geschichte der Medizin ein Instrument des medizinischen Lebens. Das Bild, das ein Arzt von der Vergangenheit seines Berufes in sich trägt, übt einen deutlichen Einfluß auf sein Denken und dadurch auch auf seine Handlungen aus. Überlieferungen erlegen uns immer Verpflichtungen auf“ (Sigerist 1963, S. 29). Auch Heinrich Schipperges (1918 - 2003) sieht in der Medizingeschichte für den Arzt die Möglichkeit, sich die Fähigkeit zur Reflexion anzueignen: „Insofern könnte diese 'Geschichte für heute und auf morgen' auch dem Arzt eine Hilfe bieten, nicht für die Anforderungen seines Alltags, sondern mehr für die Theorie seiner Therapeutik“ (1970, S.Vf.). Ähnlich argumentiert Eduard Seidler 1973. Er schreibt: „Die unerwartet schnell notwendige Wiederauflage des vorliegenden Buches ist ein erfreuliches Zeichen für das Bedürfnis nach kritischer Reflexion jener Entwicklungen, die unsere heutige Situation in Medizin und Pflege bestimmen“ (Seidler 1972, S. 5). Lichtenthaeler verweist 1974 in seiner Argumentation auf den Einfluss, den die Geschichte bis in die heutige Zeit besitzt: „Die geschichtliche Vergangenheit hat uns geprägt, ob uns das behagt oder nicht. Und ‚verschleiern wir uns unsere Geschichte, so überfällt sie uns, ohne daß wir wissen wie‘“ (Lichtenthaeler 1975, S. 28). Weiter führt er aus: „Die historische Bildung ist vornehmlich für den Arzt selbst bestimmt. Sie öffnet seinen Blick, schärft seinen kritischen Verstand, schützt ihn vor Einseitigkeit, hilft ihm, auch am Krankenbett, seine Urteile zu nuancieren“ (Lichtenthaeler 1975, S. 30). Schließlich liefert Lichtenthaeler noch ein drittes Argument im Sinne der epistemologisch-pädagogischen Kategorie, wobei er den Mangel an historischer bzw. geisteswissenschaftlicher Bildung und der daraus resultierenden, überwiegend materialistisch-positivistischen Sichtweise der Medizin kritisiert: „Die humanistische Bildung wurde vernachlässigt oder gar aufgegeben; der materialistische Grundzug des medizinischen Naturalismus hingegen trat immer mehr zutage. Die von Diagnose und Therapie beherrschte Heilkunde nahm einen vorwiegend technischen Charakter an, und die Ärzte verlernten das Denken, die ‚Reflexion‘“ (Lichtenthaeler 1975, S. 40). Auch diese Argumente im Sinne der epistemologisch-pädagogischen Kategorie verwendet Lichtenthaeler in allen weiteren Auflagen (Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). Fischer-Homberger argumentiert ebenfalls mit der Fähigkeit zur Reflexion, die mithilfe der Medizingeschichte vermittelt werden soll. „Schließlich ist der Geschichtsschreibung mehr

und mehr die Funktion übertragen, ein Bewußtsein der eigenen Geschichtlichkeit zu vermitteln. (…) Damit kann die Medizingeschichte Anregung zur Reflexion geben“ (Fischer-Homberger 1975, 1977, S. 4). Seidler betont 1980 erneut den Wert der historischen Bildung für die medizinischen Berufe: „Die historische Methode hat in der Ausbildung aller Heilberufe eine propädeutische und eine kritisch begleitende Funktion. Historische Fragen bemühen sich um die Grundlagen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, um die Modelle der Bewältigung von Krankheit und Not, um eine Typologie der Heilberufe und um die Grundlagen der medizinischen Ethik“ (Seidler 1980, S. 9), so Seidler. In der Folge taucht diese Kategorie in Form eines neuen Arguments erst wieder bei Heinz Schott im Jahr 1996 auf. Auch er betont den reflexiven Charakter der Medizingeschichte. Er schreibt im Vorwort seiner „Meilensteine der Medizin“: „Somit verweisen unsere historisch gesetzten 'Meilensteine' vielfach auf aktuelle Herausforderungen und können zu einem Nachdenken über die Zukunft beitragen“ (Schott 1996, S. 11). Ganz in diesem Sinne argumentiert auch Peter Schneck ein Jahr später in seinem Buch „Geschichte der Medizin – systematisch“: „Die Medizingeschichte vermag (..) eine selbständigere und kritische Haltung zu vermitteln“ (Schneck 1997). Zuletzt findet sich das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion im Jahr 2008 bei Ortrun Riha (*1959). Auch sie verweist nochmals auf die Ausbildung einer kritisch-reflektierten Sichtweise, die sich aus der Beschäftigung mit der Geschichte der Medizin ergibt. „'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' ist jedoch weniger die Vermittlung kognitiven Wissens als die Ermunterung zu Perspektivenwechsel und Reflexion (…) Raum für Nachdenken, Interpretieren und Argumentieren“, so Riha. Außerdem fügt sie an: „Die kritische Distanz zum eigenen Tun gehört in der Medizin zu den Kernkompetenzen; 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' ermuntern dazu, das schon im Studium auszuprobieren“ (Riha 2008, S. 9).

Die epistemologisch-pädagogischen Funktion findet sich im Rahmen der untersuchten Literatur zwischen 1922 und 2008 insgesamt 27mal, wodurch ihr ein hoher Stellenwert innerhalb der Legitimierungsstrategien beigemessen wird. Während dieses Zeitraums zeichnet sich das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion ebenso wie das kulturhistorische und das epistemologische Argument durch eine relativ homogene zeitliche Verteilung und Kontinuität aus. Der Stellenwert dieser Legitimierungsstrategie

wird auch dadurch untermauert, dass sich insgesamt 15 (36%) Autoren dieses Arguments bedienen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Übergänge zum epistemologischen Argument fließend sind, stellen die beiden - zusammen betrachtet - immer noch die mit Abstand führende und am häufigsten gebrauchte Argumentationsweise dar.

3.2.3 Das integrative Argument

Das integrative Argument stellt die Medizingeschichte zum einen als die Disziplin innerhalb der Medizin dar, die diese in ihrer Gesamtheit erfasst, wohingegen die sonstige Entwicklung dahingehend verläuft, dass eine zunehmende Spezialisierung und Aufspaltung der einzelnen Fächer in Subdisziplinen deren Überschaubarkeit deutlich einschränkt (vgl. Schwalbe 1905, 1909, 1920, Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Zum anderen wird die Medizingeschichtsschreibung als eine Art Gegengewicht zur überwiegend naturwissenschaftlichen Ausrichtung der übrigen Fächer angesehen (vgl. Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987). Die Erfassung der Medizin in ihrer Gesamtheit meint in diesem Zusammenhang also weniger die Darstellung der Entwicklung der einzelnen Fächer der Medizin. Vielmehr steht die Erweiterung der häufig als „zu reduktionistisch“ und „zu materialistisch“ kritisierten Betrachtungsweise der Medizin um einen geisteswissenschaftlichen, oder anders ausgedrückt: um einen ganzheitlichen Ansatz im Vordergrund (vgl. Schwalbe 1905, 1909, 1920, Schlevogt 1950, Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Schneck 1997). Geschichte der Medizin soll dem Spezialisten einen Blick über den Tellerrand seines Fachgebietes hinaus ermöglichen.

Der erste Autor, der im Rahmen der hier analysierten Publikationen auf diese Art und Weise für die Medizingeschichte argumentiert, ist Ernst Schwalbe. Er bestätigt der Medizingeschichte in seinen 1905 erschienen „Vorlesungen über Geschichte der Medizin“, dass sie „durch ihre Eigenart berufen [sei], allzeit die verbindende, die ganze Medizin umspannende, Disziplin zu bilden“ (Schwalbe 1905, S. 3). Weiter führt er aus: „Ein neuer Reiz zeigt sich uns beim Studium unseres Gebietes. Nicht nur die verschiedenen Disziplinen der Medizin umschlingt historische Forschung mit gemeinsamem Band, sie schlägt uns die Brücke zu anderen Wissenschaften, zunächst den

Naturwissenschaften. Sie ist berufen, in unserer Zeit der weitgehenden Zersplitterung der Wissenschaften in Fakultäten nicht nur, sondern in Disziplinen, Sonderdisziplinen, Spezialfächer und -Fächerchen einigend zusammenzufassen, herzustellen jene Universitas literarum, nach der unsere Hochschulen stolz den Namen führen, die ein Humboldt, ein Helmholtz in genialem Sinne erfaßten“ (Schwalbe 1905, S. 6). Neben der Betonung der integrativen Funktion der Medizingeschichte im Sinne obiger Definition findet sich hier auch der Hinweis auf das bereits beschriebene umfassende Bildungsideal (siehe Kapitel 3.2.1), das Schwalbe mit dem Verweis auf Wilhelm von Humboldt (1767 - 1835) unterstreicht. Dieser Argumentation bleibt er in unveränderter Weise in den folgenden beiden Auflagen seines Buches treu (Schwalbe 1909, 1920). Auf den ganzheitlichen Zusammenhang in der Medizin verweist auch Ernst Schlevogt (1910 - 1984) in seiner Argumentation aus dem Jahr 1950. Er schreibt im Vorwort seiner „Heilkunde im Wandel der Zeit“: „Heilkunde ist stets mehr gewesen als bloß wissenschaftliche Medizin; sie mußte mehr sein, denn Wissenschaft geht immer mit gewissen Einschränkungen einher. So beschränkte sich die Wissenschaft der jüngsten Vergangenheit vorwiegend auf Materie und Kausalzusammenhang. Sie konnte damit den Menschen in seiner Gesamtheit von Körper, Seele und Geist nicht voll erfassen. (...) Der Gegensatz zwischen der Begrenztheit der Wissenschaft und der Weite des lebendigen Geschehens hat in der Heilkunde zu Spannungen geführt, die mitunter der Dramatik nicht entbehrten. Die Geschichte der Medizin gewinnt dadurch an Bedeutung weit über die eines wissenschaftlichen Fachgebietes hinaus. Sie wird zum Symbol für das Ringen der Menschen um Erkenntnis, um ihren leidenden Mitmenschen zu helfen“ (Schlevogt 1950, S. 7). Erwin Ackerknecht hat sich dieser Form der Argumentation besonders gewidmet. So empfiehlt er die Medizingeschichte als „wertvolles Mittel“ gegen die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Medizin. Wörtlich schreibt er: „Es gibt keinen besseren Weg, um etwas Ordnung und Zusammenhang in die bedrückende Menge von Einzelheiten zu bringen als das Studium der Medizingeschichte. (…) Als einzige Disziplin, die die Medizin als Ganzes darstellt, ist die Medizingeschichte ein wertvolles Mittel gegen bestimmte Geisteshaltungen, die sich aus der unvermeidlichen, von den Ärzten zu recht beklagten Spezialisierung ergeben“ (Ackerknecht 1959, S. 2). Darüber hinaus kritisiert Ackerknecht die überwiegend technisch-naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin, die jedoch nicht in der Lage sei, bestimmte Phänomene wie z.B. psychosomatische Erkrankungen zu

erklären. So äußert er sich in diesem Zusammenhang wie folgt: „Die Medizin befasst sich nicht mit unpersönlichen Atomen, Elementen, Pflanzen mit Tropismen oder Tieren mit Instinktmechanismen, sondern mit Menschen mit einer 'Seele' und 'freiem Willen'. Um seine Mission zu erfüllen, muß der Arzt mehr sein als ein reiner Techniker oder Wissenschaftler. Er muß menschlich abgerundet, human und humanistisch sein“ (Ackerknecht 1959, S. 4). Um diesem Postulat nach einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen gerecht zu werden und die unzureichenden Ergebnisse der Medizin auf manchen Forschungsfeldern, wie etwa der eben genannten Psychosomatik, zu unterstützen, empfiehlt Ackerknecht die Medizingeschichte. Denn sie „kann zumindest dazu beitragen, diese Periode von tastenden Versuchen und Irrtümern abzukürzen, indem sie die Medizin als farbenprächtiges Produkt des Menschen in all seiner Kraft und Schwäche darstellt. Selbst die Fragmente von allgemeinem Wissen über Geschichte und Verhalten des Menschen, die im medizingeschichtlichen Unterricht übermittelt werden, können etwas dazu beitragen, ein tieferes Verständnis für die menschliche Natur, das der Arzt so sehr braucht, zu nähren und zu entwickeln“ (Ackerknecht 1959, S. 4f.). Auch diese Argumentation findet sich in allen nachfolgenden Auflagen von Ackerknechts Buch (vgl. Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Lichtenthaeler argumentiert 1975 ganz ähnlich. Er schreibt, dass „die Medizingeschichte nach der jetzigen Studienordnung die einzige Disziplin ist, die die Heilkunde als Ganzes erfaßt“ (Lichtenthaeler 1975, S. 35). Des Weiteren sieht auch er in der Medizingeschichte diejenige Disziplin, die zu einer ganzheitlichen Sichtweise auf die Medizin Erhebliches beitragen kann. Aus seiner Sicht „bietet das geistes- und sozialwissenschaftliche Fach der Medizingeschichte (…) so etwas wie ein erwünschtes Korrektiv, da sich die meisten anderen medizinischen Disziplinen von naturwissenschaftlichen und technischen Gesichtspunkten leiten lassen“ (Lichtenthaeler 1975, S. 35). Auch Lichtenthaeler argumentiert in allen weiteren Auflagen auf diese Weise (vgl. Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). Das integrative Argument wird 1997 von Peter Schneck aufgegriffen. Er betont den interdisziplinären und umfassenden Charakter der Medizingeschichte: „Nicht zuletzt ist sie als eines der wenigen Fachgebiete, das sich noch mit der Medizin in ihrer Gesamtheit befaßt, in der Lage, etwas mehr Übersichtlichkeit in widerstreitende medizinische Konzepte und in verwirrende Einzelheiten der nun so zahlreich gewordenen Spezialdisziplinen zu bringen“ (Schneck 1997).

Das integrative Argument findet sich in den untersuchten Texten aus dem Zeitraum von 1905 bis 1997 wieder. Trotz dieses langen Zeitraums wird es dabei aber nur von fünf (12%) der Autoren vorgebracht. Die zeitliche Kontinuität seines Auftretens ist in erster Linie dem Umstand geschuldet, dass das Argument von Erwin Ackerknecht und Charles Lichtenthaeler verwendet wurde, deren Lehrbücher über einen langen Zeitraum in mehreren Auflagen erschienen sind. Es bleibt festzuhalten, dass diese Form der Argumentation in jüngerer Zeit im Kontext der Lehr- und Handbüchern nicht mehr vorkommt und sein Stellenwert innerhalb der Legitimierungsstrategien daher im Vergleich zu den vorher beschriebenen Kategorien deutlich geringer angesehen werden muss.

3.2.4 Das Argument der methodischen Nähe

Der Kern dieses Arguments zielt darauf, dass sich die Medizin der historischen Methode bediene, indem sie Krankengeschichten von Patienten erhebt, um aus diesen Rückschlüsse auf Diagnose und Therapie zu ziehen (vgl. Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Seidler 1970). Aus der Sichtweise dieser Argumentation stellt die historische Betrachtungsweise sowie die kritische Auswertung und Interpretation von Quellen eine der Medizin genuin innewohnende Methode dar. Konsequenterweise müssen die Geschichte der Medizin bzw. ihre Methoden somit ein unverzichtbaren Bestandteil der medizinischen Ausbildung sein.

Im Rahmen der in dieser Arbeit analysierten Literatur findet sich das Argument zum ersten Mal bei Ackerknecht im Jahr 1959. Er verweist auf die Analogie der Methoden in der Medizin und in der Geschichtswissenschaft: die kritische Auswertung und Interpretation von Quellen. „Die Mediziner pflegen den Organismus historisch mit Hilfe der Embryologie zu analysieren und den Zustand ihrer Patienten ebenfalls historisch, d.h. durch Krankengeschichte festzulegen“ (Ackerknecht 1959, S. 2). Folgt man dieser Argumentationsweise, muss der Arzt mit der historischen Methode vertraut sein, die ihm durch das Fach Medizingeschichte vermittelt wird. Ackerknecht hält auch an dieser Legitimierungsstrategie in allen weiteren Auflagen seines Werkes fest - wie schon bei allen anderen Argumenten zuvor (vgl. Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992).

Für Seidler stellt die Erhebung der Anamnese ebenfalls eine historische Methode dar, womit auch hier die Analogie zwischen beiden Methoden hergestellt ist. 1970 schreibt er: „Jede Reflexion (…) wird zwangsläufig dazu kommen, Fragen an die Geschichte zu stellen. Es handelt sich dabei um den gleichen, jedem medizinisch Geschulten selbstverständlichen Prozeß der Erhebung einer Anamnese, ohne die weder der Status praesens begriffen noch eine Prognose gewagt werden kann“ (Seidler 1970, S. 5). Im Gegensatz zu Ackerknecht bedient sich Seidler dieser Form der Argumentation nur einmal.

Dieses Argument taucht zwischen 1959 und 1992 auf, ist also streng an Ackerknechts Lehrbuch, das in diesem Zeitraum in sieben Auflagen erschienen ist, geknüpft. Obwohl es durchaus auch in jüngerer Zeit noch Verwendung findet (siehe S. 7f.), spielt das Argument der methodischen Nähe im Zusammenhang mit den hier analysierten Texten eine untergeordnete Rolle. Die Tatsache, dass diese Legitimierungsstrategie weder vor noch nach dem erwähnten Zeitraum in den Lehr- und Handbüchern auftaucht, lässt seinen Stellenwert innerhalb der Legitimierungsstrategien als sehr gering erscheinen.

3.2.5 Das pragmatisch-epidemiologische Argument

Bei dieser Legitimierungsstrategie wird argumentiert, dass medizinhistorische Quellen, z.B. Krankenakten oder Berichte über Seuchen immer noch neue Erkenntnisse zu aktuellen Fragen der Forschung bereithalten würden und ein unmittelbarer praktischer Nutzen aus ihnen zu ziehen sei. Insbesondere in Bezug auf Fragen der epidemiologischen Forschung wird dieses Argument angeführt (vgl. Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Fischer-Homberger 1975, 1977).

Diese Legitimierungsstrategie begegnet wiederum bei Ackerknecht, der sich mehr als allen anderen der in dieser Arbeit untersuchten Autoren durch ein äußerst breites Repertoire an verschiedenen Argumenten auszeichnet. So verweist er auf das immer noch zu vorhandene Erkenntnispotenzial, das historische Quellen in sich bergen. Er schreibt: „Die Geschichte der klinischen Beobachtung und der Therapie, und besonders die Geschichte der Krankheiten liefern Daten, die bei richtiger Anwendung immer noch neue Einsichten ergeben können“ (Ackerknecht 1959, S. 3). Auch hier nutzt Ackerknecht

dieses Argument in allen weiteren Auflagen (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Ganz ähnlich argumentiert Esther Fischer-Homberger im Jahr 1975, die aber bezeichnenderweise die Worte Ackerknechts aufgreift. Darüber hinaus bezieht sie sich auch auf Paul Diepgen (1878 - 1966). So schreibt sie bezüglich dieser Argumentationsform: „Ungebrochen überlebt die Recyclingfunktion auch in der Epidemiologie und der epidemiologisch orientierten Medizingeschichte. Der Medizinhistoriker ERWIN A. ACKERKNECHT schreibt hierzu 1963: 'Mediziner und Biologen erkennen immer mehr, daß sie hier Riesenexperimente auf einem Gebiet vor sich haben, auf dem das Tierexperiment wenig ergiebig und das Menschenexperiment unmöglich ist.' Auch PAUL DIEPGEN hat auf diesen Nutzen der Medizingeschichte hingewiesen“ (Fischer-Homberger 1975, S. 2). Auch hier taucht das Argument in der zwei Jahre später erschienen zweiten Auflage ihrer „Geschichte der Medizin“ (Fischer-Homberger 1977) wieder auf.

Auch dieses Argument kommt in den analysierten Arbeiten nur sporadisch vor. Sein Stellenwert innerhalb der hier dargestellten Legitimationsstrategien kann daher ebenfalls als gering eingestuft werden.

3.2.6 Das sozialhistorische Argument

Die Wahrnehmung der Medizin als eine in der Gesellschaft verortete Praxis die in Wechselwirkung mit sozialen, ökonomischen und politischen Faktoren steht, stellt keine Erkenntnis des 20. Jahrhunderts dar. Jean-Jaques Rousseau (1712 - 1787) beschrieb im 18. Jahrhundert die Zusammenhänge von Krankheit und Gesellschaft bzw. der modernen Zivilisation folgendermaßen: „Die äußerste Ungleichheit der Lebensweise, das Übermaß an Müßiggang bei den einen, das Übermaß an Arbeit bei den anderen, (…) die allzu gesuchten Feinschmeckereien der Reichen, (…) die schlechte Nahrung der Armen, (…) die durchwachten Nächte, die Ausschweifungen jeder Art, die unmäßigen Delirien aller Leidenschaften, die Ermattungen und die Erschöpfungen des Geistes, die Sorgen und die in allen Ständen auszustehenden Beschwernisse ohne Zahl, von denen die Seelen ständig zermürbt werden - das sind die unheilvollen Beweise dafür, daß die Mehrzahl unserer Leiden unser eigenes Werk sind“. Weiter schreibt er, „daß man leicht die Geschichte der

menschlichen Krankheiten schreiben könnte, indem man der unserer zivilisierten Gesellschaft folgt“ (Rousseau 1995, S.99f). Die Wechselwirkungen von Medizin und Gesellschaft manifestierten sich schließlich auch in der Hinwendung der Medizingeschichtsschreibung zu den Sozialwissenschaften in den 1960er und 1970er Jahren (Eckart, Jütte 2007b). Die sozialhistorische Argumentationsstrategie beruht also auf der Ansicht, dass eine Kenntnis der Geschichte der Medizin und die Einbettung in ihren gesellschaftshistorischen Kontext unabdingbare Voraussetzung für das Verständnis der Geschichte der Krankheiten und ihrer Bekämpfung sowie der Sensibilisierung für die soziale Dimension der Medizin darstellt (vgl. z.B. Sigerist 1963, Mette, Winter 1968, Harig, Schneck 1990, Bruchhausen, Schott 2008, Leven 2008).

Der Bezug zu den sozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit ist für Ackerknecht die Basis seiner Argumentation. In seiner 1959 erschienen „Geschichte der Medizin“, sowie in allen folgenden Auflagen heißt es: „Die Medizingeschichte (…) dient daher wie keine andere medizinische Disziplin dazu, die Augen für jene sozialen Faktoren zu öffnen, ohne die die Probleme von Gesundheit und Krankheit nicht richtig verstanden werden könnnen“ (Ackerknecht 1959, S. 4). Auch Sigerist hält die Medizingeschichte für unverzichtbar, sobald sich die Fragen der Krankheitsbekämpfung über die Einzelpersönlichkeit hinaus auf eine gesellschaftliche Gruppe ausdehnen. Er schreibt dazu: „Es ist klar, daß ein Arzt einen Patienten, der an einer Lungenentzündung, Syphilis oder einer anderen Krankheit leidet, erfolgreich behandeln kann, ohne Kenntnisse der allgemeinen Geschichte oder der Geschichte der Medizin zu besitzen. Die einzige Geschichte, die er kennen muß, ist die seines Patienten. In dem Augenblick jedoch, wo wir den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten oder die Tuberkulose aufnehmen oder eine ärztliche Betreuung für ländliche Bezirke einrichten wollen oder was es sonst sein mag, mit anderen Worten, in dem Augenblick, wo wir unsere Anstrengungen nicht auf die Einzelpersönlichkeit richten, sondern auf eine Gruppe, brauchen wir eingehende geschichtliche Kenntnisse. Der Erfolg oder der Mißerfolg unserer Anstrengungen kann sehr wohl davon abhängen, ob wir die vielen sozialen, wirtschaftlichen, politischen, religiösen, philosophischen und anderen nichtmedizinischen Faktoren, die die Lage bestimmen, richtig beurteilen. Ein solches Urteil können wir uns nur auf Grund geschichtlicher Analyse bilden“ (Sigerist 1963, S. 29). In den Folgejahren taucht das

sozialhistorische Argument lediglich bei Ackerknecht auf. Harig und Schneck greifen diese Form der Argumentation erst im Jahr 1990 wieder auf. Sie betonen dabei die verschiedenen Faktoren der menschlichen Gesellschaft, die in Wechselwirkung mit der Medizin stehen und zu deren Verständnis die Medizingeschichte beitragen kann. Wörtlich heißt es dort: „Der Erwerb von medizinhistorischem Grundwissen ist geeignet, die Erkenntnis von der Einbindung der Medizin in den sozialökonomischen, wissenschaftlichen und technischen Entwicklungsprozeß der menschlichen Gesellschaft zu fördern und damit das Geschichtsbewußtsein zu vertiefen. Auch trägt er zu einer besseren Einsicht in philosophische, erkenntnistheoretische und berufsethische Aspekte der Medizin bei“ (Harig, Schneck 1990, S. 9). In jüngerer Vergangenheit begegnet das sozialhistorische Argument bei Walter Bruchhausen (*1963) und Heinz Schott wieder, die die unzureichende Erfassung unter anderem von sozialen Problemen der „Biomedizin“ kritisieren. Für sie werden durch die Einnahme der historischen Betrachtungsweise „Defizite und 'blinde Flecken' im Menschenbild der Biomedizin erkennbar, welche zum großen Teil die Theorie und Praxis der Heilkunde aus dem Blick verloren hat und auf drängende Fragen zum Gesundheitswesen wie z.B. das Problem der Ressourcenverteilung in nationaler wie globaler Hinsicht keine Antwort weiß“ (Bruchhausen, Schott 2008, S. 8). Leven sieht in der Medizingeschichte u.a. „ein Instrument zur Wahrnehmung der sozialen Dimension der Heilkunde“ (Leven 2008, S. 12).

Das sozialhistorische Argument findet sich im Rahmen der in dieser Arbeit analysierten Texte im Zeitraum zwischen 1959 und 2008, vor allem ab Mitte der 1970er bis Anfang der 1990er Jahre. Nach 1992 tauchte es nur noch zweimal auf, was auf einen Bedeutungsverlust dieser Legitimierungsstrategie hinzuweisen scheint.

3.2.7 Das ethische Argument

Ethische Fragestellungen in der Medizin sind Bestandteil eines historischen Prozesses. Dieser reicht von den Menschenversuchen der NS-Zeit über die Bildung der ersten Ethikkommissionen in den 1970er Jahren bis hin zur modernen Biotechnologie oder den medizinischen Herausforderungen der demografischen Entwicklung. Bei den meisten zeitgenössischen Medizinhistorikern besteht Konsens darüber, dass ethische Probleme

nicht losgelöst von ihrem historischen Kontext betrachtet werden können (siehe S. 5f.). Insofern ist nach dieser Lesart auch eine Trennung von Medizingeschichte und Medizinethik de facto unmöglich (vgl. Bruchhausen, Schott 2008). Folglich ist unter dem ethischen Argument zu verstehen, dass nur die Kenntnis der Geschichte eine angemessene Beurteilung der jeweiligen ethischen Problemstellung erlaubt (vgl. Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Eckart 1990, 1994, 1998, 2001, 2005, 2011, Schulz et al. 2006).

Das ethische Argument wird im Verlauf des 20. Jahrhunderts lediglich von Ackerknecht und Eckart vorgebracht. Ackerknecht schreibt erstmals 1959 in der ersten Auflage seines Buches „Kurze Geschichte der Medizin“: „Die medizinische Ausbildung ist erst vollständig, wenn sie dem zukünftigen Arzt auch bestimmte moralische und ethische Werte einpflanzt“ (Ackerknecht 1959, S. 5). Diese Werte werden seiner Ansicht nach - entsprechend der obigen Definition - durch die Medizingeschichte vermittelt. Dem ethischen Argument bleibt Ackerknecht - wie bei allen seinen anderen Argumenten auch - bis zur siebten und letzten Auflage verhaftet (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Wolfgang Eckart schreibt 1990: „Die inzwischen erfolgte Sensibilisierung für ethische Problemstellungen in der Medizin verlangt nicht mehr und nicht weniger als die umfassende Vermittlung 'unverzichtbarer Fähigkeiten, Einsichten und Haltungen' für die Ausübung des ärztlichen Berufs“ (Eckart 1990, S. VIII). Auch für ihn stellt die Medizingeschichte diejenige Disziplin dar, die diese „unverzichtbaren Fähigkeiten“ vermittelt. Diese Form der Argumentation behält Eckart bis zur fünften Auflage seiner „Geschichte der Medizin“ bei (Eckart 1994, 1998, 2001, 2005). Lediglich in der sechsten Auflage aus dem Jahr 2009 kommt das Argument nicht mehr vor. 2011 greift Eckart das ethische Argument im Rahmen einer Neuerscheinung jedoch wieder auf. Dort heißt es: „Der Umstand, dass schließlich eine hochtechnisierte Medizin im Verlauf des 20. Jahrhunderts sich zunehmend auf ihr Können verließ und dabei den Patienten immer mehr als medikalisiertes Objekt betrachtete, ihn aber als empfindendes, wollendes Subjekt aus dem Auge verlor, lässt schließlich auch Fragen medizinischer Ethik ins Blickfeld rücken, wie sie vom Ende des 19. Jahrhunderts bis heute die moralische Debatte moderner Medizin bestimmen“ (Eckart 2011, S. Vf.). Das ethische Argument ist in jüngerer Vergangenheit auch noch bei anderen Autoren anzutreffen. So verweisen Stefan

Schulz (*1960), Klaus Steigleder (*1959), Heiner Fangerau und Norbert W. Paul (*1964) auf die „wachsende Bedeutung medizinethischer Fragen“, in deren Gefolge „ein neuer scheinpflichtiger Querschnittsbereich 'Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin' in die ärztliche Ausbildung integriert" wurde (Schulz et al. 2006, S. 9). Hier ergibt sich die Notwendigkeit der Beschäftigung mit der Medizingeschichte aus den realen Entwicklungen. Bruchhausen und Schott greifen in ihrer Argumentation die bereits in der Einleitung sowie in obiger Definition wiederholte Einheit von Geschichte und Ethik auf. Sie schreiben: „'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' meint (...) keine getrennten Fachgebiete (…). Vielmehr soll klar werden, dass die Geschichte der Medizin substantiell ethische und theoretische Fragestellungen impliziert, wie umgekehrt auch die Medizinethik und Medizintheorie ohne eine historische Relativierung und Begründung abstrakt bleiben“ (Bruchhausen, Schott 2008, S. 7).

Das ethische Argument findet sich von 1959 bis 2011 zwar kontinuierlich, bis zum Jahr 2006 allerdings nur bei zwei Autoren. Erst in jüngerer Zeit wenden sich auch andere dieser Form der Argumentation zu.

3.2.7.1 Das Argument der moralischen Vorbilder

Der Ansatz dieser Legitimierungsstrategie liegt in der Betonung des Vorbildcharakters der großen und bekannten Ärzte vergangener Zeiten wie Rudolf Virchow (1821 - 1902), Ignaz Semmelweis (1818 - 1865) oder Robert Koch (1843 - 1910), um nur einige zu nennen. Deren Leben und Wirken soll nach Auffassung dieser Argumentationsweise dem Studierenden der Medizin und dem „fertigen“ Arzt ein positives Beispiel liefern, als Inspirationsquelle dienen oder auch ethische Werte vermitteln (vgl. z.B. Sigerist 1932, Norpoth 1959, 1970, Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987).

Henry E. Sigerist verweist 1932 auf die Vorbildfunktion der alten Autoritäten, deren Leben und Wirken mithilfe der Medizingeschichte vermittelt wird. So schreibt Sigerist über jene Ärzte: „Daß ihnen Höchstes zu schaffen vergönnt war, macht sie zu unsern Meistern und Vorbildern, an denen wir uns immer wieder aufrichten können, wenn der Alltag unsern Glauben an die Göttlichkeit unsrer Sendung zu ersticken droht“ (Sigerist 1932, S. 8). Gut zehn Jahre später knüpft Lejeune an diese Argumentation an. Er sieht eine wertvolle

Aufgabe der Medizingeschichte darin, „besonders der ärztlichen Jugend die Großtaten unserer Vorfahren mühelos nahezubringen und sie mit Ehrfurcht zu erfüllen vor dem Ringen und Schaffen derer, die vor uns waren und denen wir als unsern Vorkämpfern ewige Dankbarkeit schulden“ (Lejeune 1943, S. 10). Indem er die Medizingeschichte als Inspirationsquelle anpreist, greift Leo Norpoth, der 1959 das Vorwort für die vierte Auflage der „Großen Ärzte“ des damals bereits verstorbenen Sigerist verfasst hat, dessen Argumentationsansatz erneut auf. Darin heißt es: „Wenn der 'unbekannte Arzt' (..) unter der Last seiner Aufgabe und der zunehmenden Verantwortung gegenüber dem einzelnen Kranken und der menschlichen Gesellschaft zu zerbrechen droht, werden die großen Gestalten der Heilkunde Trost und neue Kraft ausstrahlen, Gestalten, die aus den Schwierigkeiten ihrer historischen Situation Auswege suchten und oft genial fanden“ (Norpoth 1959, S. 8). Im selben Jahr verweist auch Ackerknecht auf den Vorbildcharakter der altvorderen Ärzte. So beschreibt er den Nutzen, der sich aus der Kenntnis ihres Wirkens ableiten lässt wie folgt: „Diejenigen, die die Lehren des Hippokrates und das Leben von Männern wie Paré, Semmelweis, Lister, Pasteur oder Osler kennengelernt haben, werden darin immer-fließende Quellen moralischer Stärke finden“ (Ackerknecht 1959, S. 5). Auch dieses Argument behält Ackerknecht in allen weiteren Auflagen bei (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Einen eher pragmatisch-alltagsbezogenen Ansatz, den Wert um die Kenntnis der alten Autoritäten und damit der Medizingeschichte darzustellen, verfolgt 1970 abermals Leo Norpoth im Vorwort der sechsten Auflage von Sigerists „Große Ärzte“. Darin schreibt er: „So soll auch weiterhin dieses Werk (…) von der Größe der Wegbereiter für diejenigen Ärzte künden, die fast täglich von Sorge, Mißmut, Unzulänglichkeit, nicht selten Ohnmacht geplagt sind, sich im Dienste am körperlich und seelisch kranken Menschen verzehren und dennoch nicht darauf verzichten wollen, im Geiste ihrer großen Vorbilder Hilfe, Trost, Stärke, Mut, Heilung oder doch Linderung zu spenden“ (Norpoth 1970, S. 8). Eine eher allgemein gehaltene Form der Argumentation wählt Lichtenthaeler, der die Geschichte der Medizin folgendermaßen anpreist: „Fesselnd ist das geschichtliche Geschehen aber auch an und für sich, durch seine schöpferische Gewalt und unerschöpfliche Vielgestaltigkeit“ (Lichtenthaeler 1975, S. 27). Auch bei Lichtenthaeler findet sich diese Form der Argumentation in allen weiteren Auflagen (Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). In der Folgezeit wurde das Argument der moralischen Vorbilder von keinem der in dieser Arbeit

herangezogenen Autoren mehr vorgebracht. Vielmehr scheint sich die Argumentation mit ethischer Implikation eher in Richtung des ethischen Arguments (siehe Kapitel 3.2.7) verschoben zu haben. Lediglich Peter Schneck argumentiert bezüglich des Wertes und Nutzens der Medizingeschichte nochmals mit der Kenntnis der alten Autoritäten. So kann sie aus seiner Sicht, „am Schicksal und der Integrität großer Ärztepersönlichkeiten ethische Werte beispielhaft machen“ (Schneck 1997, S. 4).

Dieses Argument wurde zwischen 1932 und 1997 von acht Autoren angeführt. Wie bereits weiter oben angedeutet, scheint sich die Betonung der Vermittlung ethischer Werte mittels der Medizingeschichte von dieser Kategorie zur Kategorie des ethischen Arguments verlagert zu haben.

3.2.8 Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument

Gemäß dieser Argumentationsweise dient die Geschichte der Medizin vor allem als Legitimationsinstanz und Projektionsfläche der Erfolge und Entwicklungen der medizinischen Wissenschaft. Diese Legitimierungsstrategie ist vorwiegend dem beginnenden 20. Jahrhundert zuzurechnen, als die Medizingeschichte institutionell noch unterrepräsentiert und der aus heutiger Perspektive als naiv kritisierte Fortschrittsglaube in der Medizin stark präsent war (Eckart, Jütte 2007b).

Meyer-Steineg und Sudhoff verwenden dieses Argument im Jahr 1922, einer Zeit, in der die Medizingeschichte sich in erster Linie gegenüber der naturwissenschaftlichen Medizin zu rechtfertigen versuchte und sich dabei in der Art der Argumentationsführung auch deren „positivistisch-utilitaristischer“ Ausrichtung annäherte (Kümmel 1997). Dementsprechend bestand eine der Aufgaben der Medizingeschichte unter anderem darin, die Erfolge der fortschrittsstolzen naturwissenschaftlichen Medizin darzustellen. Meyer-Steineg und Sudhoff versuchen dies, indem sie darauf hinweisen, ihr Buch diene auch dazu, „dem deutschen Arzte und der deutschen medizinischen Wissenschaft die Weltgeltung erhalten [zu] helfen, die beide verdienen“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1921, S. 5). Esther Fischer-Homberger führt dieses Argument in den 1970erJahren nochmals an. Sie sieht die Medizingeschichte häufig im „Dienst der Rechtfertigung und Selbstbestätigung“, eine Auffassung der Geschichtsschreibung, die ihren Höhepunkt im

19. Jahrhundert hatte, sich in der Wissenschafts- und Medizingeschichte aber gut erhalten habe. Kritisch fügt sie aber an: „Im Extrem reduziert sich die Medizingeschichte auf eine medizinische Fortschrittsgeschichte, also auf einen einzelnen, für die Neuzeit charakteristischen Aspekt der Geschichte der Medizin“ (Fischer-Homberger 1975, 1977, S. 2f.)

Es lässt sich feststellen, dass diese Argumentationsweise aus heutiger Sicht zu vernachlässigen ist. Selbst Fischer-Homberger führt dieses Argument mehr im Rahmen einer Aufzählung von Funktionen der Geschichtsschreibung denn als wichtigen Grund für die Daseinsberechtigung der Medizinhistoriographie an.

3.2.9 Das strukturelle Argument

Seit 1970 ist die Geschichte der Medizin als Prüfungsfach in der Ärztlichen Approbationsordnung verankert (Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970) und seit 2002 findet sich der scheinpflichtige Querschnittsbereich Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (Q2) als Bestandteil des medizinischen Curriculums. Das Fach wird also bereits durch die bestehende Ausbildungsordnung legitimiert. Der Medizingeschichte wird somit durch die Betonung ihrer „Struktur“ innerhalb der ärztlichen Ausbildung zusätzliches Gewicht verliehen (vgl. Eckart 1990, 1994, 1998, 2001, 2005, 2009, Bruchhausen, Schott 2008, Fangerau, Vögele 2004, Noack et al. 2007).

Wolfgang Eckart betont den Pflichtfachcharakter der Medizingeschichte erstmals 1990, indem er darauf hinweist, dass „in der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 und in allen nachfolgenden Neufassungen bis hin zur 7. Novellierung dieses Gesetzes im Dezember 1989 (…) der medizinhistorische Unterricht als fester, zu prüfender Bestandteil in die ärztliche Ausbildung integriert“ wurde. Folglich, so Eckart, ist „eine Darstellung des Stoffes (…) auch aus diesem Grunde zwingend nötig“ (Eckart 1990, S. VII). In unveränderter Form bringt Eckart dieses Argument bis zur fünften Auflage seiner „Geschichte der Medizin“ vor (vgl. Eckart 1994, 1998, 2001, 2005). In der 2009 erschienenen sechsten Auflage greift er das Argument erneut auf, dieses Mal aber mit dem Hinweis auf die mittlerweile neu geschaffenen Strukturen der Medizingeschichte, die das Fach innerhalb des Querschnittsbereiches Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

(GTE) verorten. Dort heißt es: „Durch die Approbationsordnung für Ärzte wird im Rahmen des Querschnittsbereiches 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' der medizinhistorische, medizintheoretische und medizinethische Unterricht als fester zu prüfender Bestandteil in die klinische ärztliche Ausbildung integriert“ (Eckart 2009, S. VI). Bereits 2004 haben Fangerau und Vögele auf diesen Punkt Bezug genommen. Sie verweisen darauf, dass „die Ärztliche Approbationsordnung (…) an zentraler Stelle in §1(1) die 'Vermittlung der geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens'“ verlangt. Um dieser Argumentation stärkeres Gewicht zu verleihen, betonen sie zusätzlich die Funktion des Fachgebietes, welches „als übergeordnetes Lehrziel diejenigen geistes- und kulturwissenschaftlichen Fähigkeiten“ einschließt, „die für das ärztliche Handeln unerlässlich sind“ (Fangerau, Vögele 2004, S. 6). Diese Legitimierungsstrategie findet sich in dieser Form auch in dem drei Jahre später unter anderem Namen erschienen Lehrbuch „Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ (Noack et al. 2007). Bruchhausen und Schott betonen ebenfalls den Stellenwert des Fachgebietes, den dieses seit der Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2002 innerhalb des medizinischen Curriculums innehat. Sie schreiben: „Die neue Approbationsordnung für Ärzte von 2002 bewirkte eine tief greifende Änderung der ärztlichen Ausbildung. So wurden (…) eine Reihe von 'Querschnittsbereichen' eingeführt, in denen Leistungsnachweise zu erbringen sind, darunter auch 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin'“ (Bruchhausen, Schott 2008, S. 7).

Das strukturelle Argument stellt eine relativ neue Form der Argumentation innerhalb der Legitimationsstrategien in Lehr- und Handbüchern dar. Erst seit gut 20 Jahren wird die Einbettung der Medizingeschichte in die „Struktur“ des medizinischen Curriculums hervorgehoben, um deren Stellenwert zu betonen.

3.2.10 Das Argument des Lernens aus der Geschichte

Aus dem Blickwinkel dieser Legitimierungsstrategie bietet der historische Blick die Möglichkeit, Analogien zwischen vergangenen und heutigen Entwicklungen herzustellen bzw. zu erkennen. Es wird argumentiert, dass sich somit z.B. Lösungen für bereits früher aufgetretene und erfolgreich gelöste Probleme auch auf die heutige Zeit übertragen

lassen (vgl. z.B. Ackerknecht 1959, 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992, Sigerist 1963, Lichtenthaeler 1975, 1977, 1982, 1987). Alternativ wird der Medizingeschichte eine gewisse Prognostizierfunktion zugeschrieben, indem aus historischen Entwicklungen die zukünftigen abgeleitet werden können (vgl. Fischer-Homberger 1975, 1977). Zusammengefasst lassen sich - dieser Argumentationsform zufolge - mithilfe der Medizingeschichte Lehren aus der Vergangenheit für heutige und zukünftige Probleme ziehen.

Werner Leibbrand argumentiert 1953 auf diese Art und Weise, indem er den innerhalb der naturwissenschaftlich geprägten Medizin vertretenen Fortschrittsgedanken kritisiert und stattdessen auf die Bedeutung der Geschichte hinweist: „Fortschrittsfroh einerseits, verfällt sie in neue Fehler und muß sich daher mit Vergangenem konfrontieren. Der Philosophie gleich muß sie sich mit Vergangenem auseinandersetzen, um neue Ansätze zu finden“ (Leibbrand 1953, S. XII). Für Erwin Ackerknecht bietet die Medizingeschichte viele Beispiele, aus denen lehrreiche Schlüsse für heutige Probleme gezogen werden können: „Die medizinischen Systeme früherer Zeiten sind in ihren Ähnlichkeiten wie in ihren Verschiedenheiten zur heutigen Medizin lehrreich.“ Außerdem besitzt für ihn „die Medizin früherer Perioden (…) viele wichtige Ähnlichkeiten mit unserem eigenen System. Die meisten Probleme waren die gleichen“ (Ackerknecht 1959, S. 1). Neben dieser eher allgemein gehaltenen Formulierung sieht er in der Medizingeschichte auch noch einen Lerneffekt, der sich mit praktischem Nutzen verbinden lässt. So behauptet er: „Die Kenntnis der alten Theorien bietet dem Arzt einen weiteren Vorteil: Er wird viele seiner Patienten besser verstehen, die immer noch mannigfaltigen medizinischen Überzeugungen anhängen, die bis in die Steinzeit, bis zu den alten Griechen, Paracelsus oder dem Schotten John Brown zurückverfolgt werden können“ (Ackerknecht 1959, S. 3). Auch diese beiden Argument Ackerknechts begegnen in allen weiteren Auflagen seines Werkes (Ackerknecht 1975, 1977, 1979, 1986, 1989, 1992). Für Henry Sigerist stellt „jede Situation, in der wir uns befinden, (…) das Ergebnis gewisser geschichtlicher Entwicklungen und Tendenzen, über die sich die Masse in der Regel nicht im Klaren ist“, dar. Seine Folgerung lautet daher: „Durch geschichtliche Analyse sind wir imstande, diese Entwicklungen und Tendenzen bewußt zu machen, und als Ergebnis wird eine verwirrt erscheinende Lage ganz plötzlich klar. Wir verstehen sie, können ihr Rechnung tragen und

sie freimütig diskutieren und handeln klüger, als wir es vorher konnten“ (Sigerist 1963, S. 28). Eine Funktion der (Medizin-) Geschichtsschreibung sieht Esther Fischer-Homberger im „Recycling alten Ideenguts und alter Erfahrung.“ Diese werden gewissermaßen von der Geschichte für die Nachwelt aufbewahrt. Um dieses Argument zu unterstreichen, führt sie weiter aus: „Schon Hippokrates hat den Wert der Geschichte darin gesehen, daß diese die Erfahrungen der Alten vor dem Untergang bewahrt, so daß auch später Lebende auf ihnen aufbauen konnten“ (Fischer-Homberger 1975, 1977, S. 1). Neben dieser bewahrenden Funktion der Medizingeschichte schreibt Fischer-Homberger ihr auch eine auf historischer Analyse basierende „Prognostizier- und Orakelfunktion“ zu, beruhend „auf der Idee, es lasse sich aus Vergangenem auf Zukünftiges schließen (…). Solche Schlüsse sind offensichtlich immer wieder möglich gewesen - wir sehen heute vieles wahr werden, was längst verstorbene Historiker vorausgesehen haben“ (Fischer-Homberger 1975, 1977, S. 3). Auch Charles Lichtenthaeler hat sich dieser Form der Argumentation gewidmet. Er verweist auf die Vergleichsmöglichkeiten, die die Geschichte in Bezug auf heutige Fragestellungen bietet und die er als notwendig erachtet, der aus seiner Sicht zu einseitig auf naturwissenschaftliche Methoden ausgerichteten Medizin die richtige Richtung zu weisen. Wörtlich schreibt er: „Verschmähen wir also nicht die medizinische Vergangenheit: sie schenkt uns das was fehlt: konkrete Vergleichsmöglichkeiten, aus denen wir lernen können, die Entwicklung unserer Medizin zielbewußter zu lenken. Unsere Schulmedizin ist nicht 'die' Medizin schlechthin, wie so viele heute meinen, sondern lediglich die riesenhafte Hypertrophie einer einzigen Forschungsrichtung, der des 'medizinischen Naturalismus'. Sie wird sich erst dann wieder zeitgerechter fortentwickeln, wenn sie den Zugang zu ihren Quellen, den sie sich selbst vor hundertfünfzig Jahren versperrte, wiedergefunden hat“ (Lichtenthaeler 1975, S. 43). Alle Auflagen von Lichtenthaelers „Geschichte der Medizin“ enthalten diese Argumentationsweise (vgl. Lichtenthaeler 1977, 1982, 1987). Dieser Argumentationsansatz wird im Rahmen von Lehr- und Handbüchern erst wieder 1993 von Heinz Schott verwendet. Auch er betont den Einfluss der Geschichte auf die Gegenwart, aus der sich bei entsprechender Analyse nützliche oder überraschende Erkenntnisse gewinnen lassen. Bei ihm heißt es: „Auch die Frage, inwieweit Vergangenes - im Guten wie im Bösen - noch in den Knochen steckt und uns - oft unerkannt - umtreibt, ist keineswegs veraltet. Blicken wir mit dieser Fragestellung zurück, so können wir Überraschendes erfahren“ (Schott 1993, S. 8f). Diese

Legitimierungsstrategie wird zum vorerst letzten Mal bei Peter Schneck 1997 aufgerufen. Schneck geht dabei eher praktisch orientiert vor, indem er darauf verweist, dass „die Medizingeschichte (…) die Jahrtausende alte Erkenntnis von den großen Einflüssen seelischer Störungen für Gesundheit und Krankheit immer wieder ins Bewußtsein“ (Schneck 1997, S. 4) rückt.

Das Argument des Lernens aus der Geschichte taucht von 1953 bis 1997 auf. Auffallend dabei ist, dass dieses Argument insbesondere in den 1970er Jahren stark vertreten worden ist. In den letzten Jahren findet dieser Legitimationsansatz in den Lehr- und Handbüchern keine Verwendung mehr.

3.3 Legitimierungsstrategien in der DDR

Unter den in dieser Arbeit analysierten Lehr- und Handbüchern befinden sich auch in der DDR verfasste Werke. Die entsprechenden Autoren und Titel sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Legitimationsstrategien in der DDR unterscheiden sich im Großen und Ganzen nicht allzu sehr von denjenigen, die in der BRD Verwendung gefunden haben. Die Analyse umfasste insgesamt vier Publikationen aus der DDR, in denen sich zehn Argumente finden.

Horst-Peter Wolff (*1936) führt in seinem 1968 erschienen Lehrbuch der Medizingeschichte mehrere der bereits beschriebenen Argumente an. Er bedient sich zum einen des kulturhistorischen Arguments, indem er die Geschichte der Medizin innerhalb der allgemeinen Kulturgeschichte verortet. Seine Forderung lautet daher: „Die Geschichte der Heilkunde ist ein Teil der Kulturgeschichte der Menschheit, daher muß auch die Geschichte der Medizin in ihrer Verknüpfung mit den allgemeinen historischen Erscheinungen betrachtet werden“ (Wolff 1968, S. 4). Zum anderen argumentiert er aus historisch-epistemologischer Sichtweise, nach der man „den augenblicklichen Entwicklungsstand der Medizin nur mit der Kenntnis ihrer Geschichte beurteilen [kann].“ Wolff folgert daraus: „Wer die Geschichte der Medizin kennt, (…) [gelangt] ohne Schwierigkeit zu der Überzeugung, daß das heute erworbene Berufswissen schon morgen nicht mehr ausreicht“ (Wolff 1968, S. 3). Schließlich hält die Medizingeschichte für Wolff auch Erkenntnisse bereit, aus denen sich direkte Handlungskonsequenzen ableiten lassen

- entsprechend des Arguments des Lernens aus der Geschichte. Er fordert deshalb, „an die Geschichte der Medizin so [heranzugehen], daß wir aus der Vergangenheit Lehren für die Gegenwart und Zukunft unseres Gesundheitswesens ziehen“ (Wolff 1968, S. 4). Neben dem Wolffschen erschien 1968 noch ein weiteres Lehrbuch der Medizingeschichte von Alexander Mette (1897 - 1985) und Irina Winter (*1923). Sie benutzen das sozialhistorische Argument, um den Wert der Medizingeschichte herauszustellen. Dabei tritt im Gegensatz zu Wolff eine deutlichere ideologische Färbung hervor. So heißt es: „Das Studium der Geschichte der Medizin legt deutlich an den Tag, wie stark es von den Produktionsverhältnissen abhängt, wo der Vertiefung des Wissens eine Grenze gezogen und der sachlichen Nutzbarmachung der Erkenntnisse Schranken auferlegt werden“ (Mette, Winter 1968). Daneben fand die von Dietrich Tutzke (1920 - 1999) 1980 und 1983 in zwei Auflagen erschienene „Geschichte der Medizin“ in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung. Bei Tutzke tritt ein noch deutlicherer ideologischer Einschlag in seinen legitimierenden Ausführungen hervor. Im Sinne der kulturhistorischen Argumentation instrumentalisiert er die Medizinhistoriographie, um „in der internationalen ideologischen Klassenauseinandersetzung die sozialistischen Positionen durch den Nachweis zu festigen, daß der Sozialismus der rechtmäßige Erbe aller großen humanistischen Traditionen auch in der Medizin ist“ (Tutzke 1980, 1983, S. 6). Daneben stellt für ihn die Medizingeschichte im Sinne des epistemologisch-pädagogischen Arguments ein probates Mittel dar, um „die ideologische Bildung der Studenten, Ärzte und sonstigen Mitarbeiter des Gesundheitswesens durch Vermittlung medizinhistorischer Kenntnisse zu vertiefen und ihre Erziehung zu sozialistischen Persönlichkeiten durch Förderung ihres Geschichtsbewußtseins zu unterstützen“ (Tutzke 1980, 1983, S. 6). Neben diesen beiden Argumenten, die in erster Linie dazu dienen sollen, mithilfe der Medizingeschichte die sozialistische Erziehung bzw. deren Ideologie darzustellen, bringt Tutzke noch ein drittes Argument ins Spiel, welches sich der Kategorie des Arguments des Lernens aus der Geschichte zuordnen lässt. Dessen Intention liegt für Tutzke darin, „den gegenwärtigen Entwicklungsstand der Medizin als historischen Prozeß begreifen zu lernen, um die Erfahrungen und Lehren der Vergangenheit für die Lösung aktueller medizinischer Probleme nutzen zu können“ (Tutzke 1980, 1983, S. 6).

Zusammenfassend lassen sich die Argumente der DDR-Autoren den oben definierten Kategorien zuordnen. Der Unterschied in der Argumentationsführung, der in einer stärker ideologisch gefärbten und auf Betonung der Überlegenheit des Sozialismus ausgelegten Argumentationsweise liegt, stellt den größten Unterschied zu den übrigen Argumenten dar. Analog zur Situation im restlichen deutschsprachigen Raum, hielten offenbar auch die Vertreter der Medizingeschichte in der DDR eine Legitimation ihres Faches für nötig bzw. unumgänglich.

3.4 Ergebnisse - Quantitative Darstellung

3.4.1 Verteilung der Argumente innerhalb der Argumentkategorien

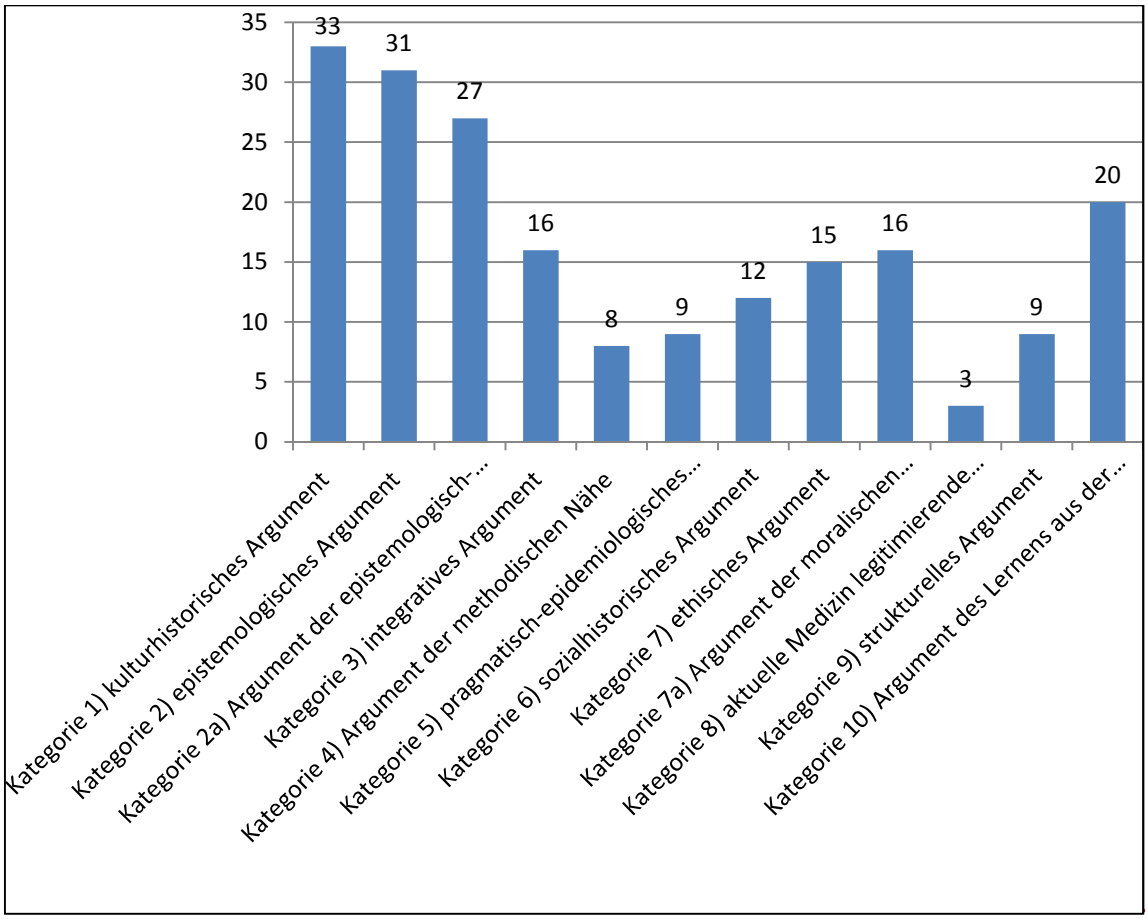

Abbildung 4: Die x-Achse zeigt die Argumentkategorien, die sich nach Analyse der Vorworte und/oder Einleitungskapiteln von Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bilden ließen. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand. Die y-Achse zeigt an wie oft die jeweiligen Einzelargumente, die sich einer entsprechenden Kategorie zuordnen ließen, in den Vorworten und/oder Einleitungskapiteln ausfindig gemacht werden konnten. Ein Argument wurde dabei pro Auflage eines Buches einzeln gewertet und unter die jeweilige Kategorie subsumiert. Obwohl es sich zwar in mehreren Auflagen eines Buches um dasselbe Argument handelte, wurde dieses trotzdem einzeln gewertet, da es jeweils in einem anderen Erscheinungsjahr und damit in einem anderen historischen Kontext betrachtet werden musste.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung und Häufigkeit der einzelnen Argumente, die identifiziert werden konnten. Insgesamt konnten dabei 199 Argumente ausfindig gemacht werden. Dabei wurde jedes Argument einer Kategorie, dass in einem Vorwort und/oder einem

Einleitungskapitel auftauchte als ein Argument gewertet. Gleiches galt, wenn ein Argument im selben Vorwort bzw. Einleitungskapitel mehrmals, aber in anderer Form auftauchte. Es wurde dann ebenfalls nur einmal gewertet, da eine mehrmalige Wiederholung das Argument nicht verstärkt. Gleiche Argumente eines Autors, die in verschiedenen Auflagen Verwendung fanden, wurden pro Auflage einzeln gewertet, da es sich zwar um dieselbe Argumentationsstrategie bzw. dasselbe Argument handelt, dieses aber in einem anderen Jahr erschienen ist und damit auch in einem anderen historischen Kontext betrachtet werden muss. Wie aus Abbildung 4 ersichtlich wird, stellt sich die Häufigkeit der einzelnen Argumente relativ heterogen dar. Als das am häufigsten genannte Argument begegnet - bei strikter Aufrechterhaltung der Trennung von Kategorie 2) und 2a) - das kulturhistorische Argument. Es wurde 33mal identifiziert. 21 Autoren bedienen sich dieser Form der Argumentation. Das epistemologische Argument fand im Rahmen der untersuchten Werke 31 Mal Verwendung bei der Legitimation der Medizingeschichte. Es wird von 17 Autoren angeführt. 27mal wird das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion von den Vertretern der Medizingeschichte vorgebracht. 15 Autoren bemühen diese Legitimationsstrategie. Dahinter folgt bereits mit Abstand das Argument des Lernens aus der Geschichte. Es konnte 20mal identifiziert werden und wird von neun Autoren verwendet. Mit jeweils 16 Nennungen folgen das integrative Argument und das Argument der moralischen Vorbilder. Ersteres wird dabei von fünf Autoren gebraucht, Letzteres von sechs Autoren. 15mal konnte das ethische Argument ausfindig gemacht werden. Acht Autoren, die die Medizingeschichte legitimieren, bedienen sich dieser Strategie. Ebenfalls von acht Autoren wird das sozialhistorische Argument vertreten. Es findet sich zwölfmal. Jeweils neunmal konnten das pragmatisch-epidemiologische Argument sowie das strukturelle Argument als Legitimierungsstrategie identifiziert werden. Während Ersteres lediglich von zwei Autoren benutzt wird, verwenden Letzteres sechs Autoren. Das Argument der methodischen Nähe begegnet achtmal. Es wird dabei ebenfalls nur von zwei Autoren vorgebracht. Mit lediglich drei Anführungen bildet die Kategorie des die aktuelle Medizin legitimierenden Arguments das Schlusslicht der in dieser Arbeit analysierten Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte. Es taucht nur bei drei Autoren auf.

3.4.2 Zeitliche Verteilung der Argumente

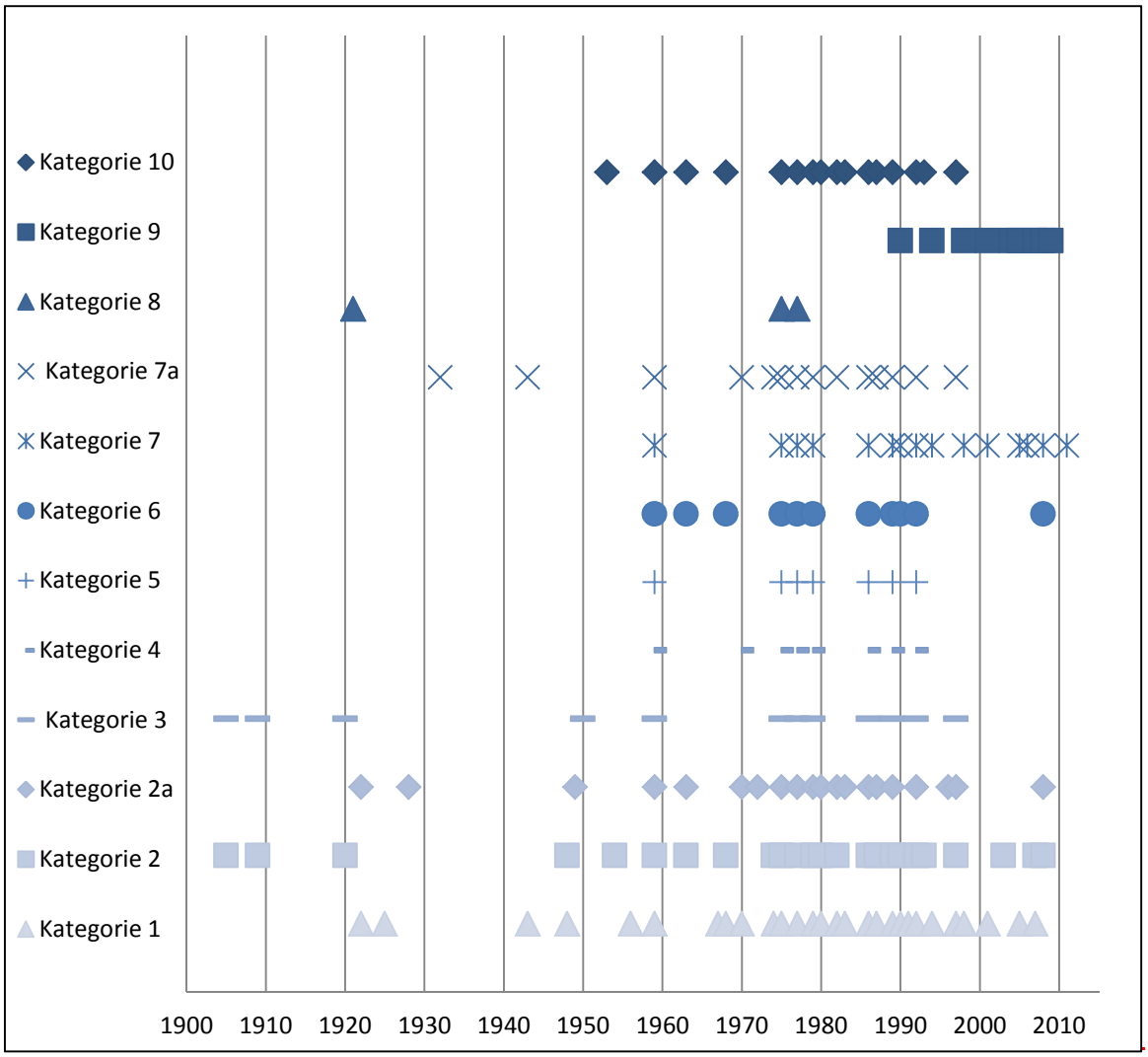

Abbildung 5: Die y-Achse zeigt die Argumentkategorien, die sich nach Analyse von Vorworten und/oder Einleitungskapiteln von Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bilden ließen. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp (siehe Kapitel 3.2 und folgende Kapitel) der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand. Die Abbildung illustriert das zeitliche Erscheinen der jeweiligen Argumentkategorie innerhalb der Lehr und Handbücher sowie sammelbiographischen Werke der Medizingeschichte in den Jahren 1900 – 2011.

Abbildung 5 stellt das zeitliche Auftreten der Argumente innerhalb des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts dar. Hierbei fällt auf, dass die Apologie des Fachs vor 1930 offenbar noch zurückhaltend erfolgte und sich in erster Linie auf Argumente der Kategorien 1), 2) und 2a) beschränkte. Während der NS - Zeit ist bis auf wenige

Ausnahmen ein gänzliches Aussetzen der Legitimierungsversuche zu beobachten. Nach 1945 nahmen die Legitimierungsbemühungen des Faches wieder kontinuierlich zu (siehe Kapitel 3.1, Abbildung 3). Hinsichtlich Quantität und Streuung der verschiedenen Argumente lässt sich ein Höhepunkt ungefähr zwischen den Jahren 1970 und 2000 ausmachen. Des Weiteren fällt auf, dass einige Argumente wie die der Kategorien 3), 4), 5), 6) und 7a) im Zusammenhang mit Lehr- und Handbüchern der Medizingeschichte seit ca. 20 Jahren nicht mehr oder nur noch sporadisch auftreten. Andere Argumentationsstrategien wie jene der Kategorie 9) oder 7) finden dagegen erst seit zwei bis drei Jahrzehnten Verwendung.

3.4.3 Verteilung der Autoren pro Argumentkategorie

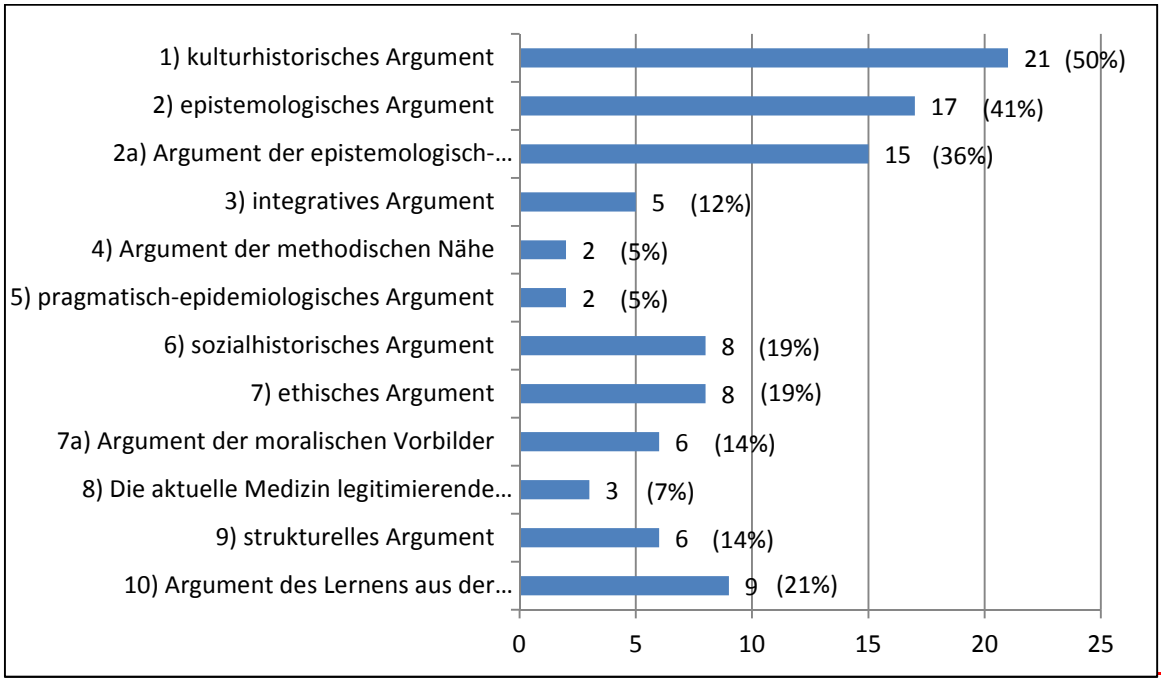

Abbildung 6: Die y-Achse zeigt die Argumentkategorien, die sich nach Analyse von Vorworten und/oder Einleitungskapiteln von Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bilden ließen. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp (siehe Kapitel 3.2 und folgende Kapitel) der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand. Die x-Achse stellt die Anzahl der Autoren, die sich der jeweiligen Argumentkategorie zur Legitimierung der Medizingeschichte zwischen 1900 und 2011 bedienten, dar.

Abbildung 6 zeigt die jeweilige Anzahl der Autoren, die ein bestimmtes Argument gebrauchen. Hierbei lässt sich erkennen, dass die ersten drei Kategorien den größten Stellenwert innerhalb der Legitimierungsstrategien einnehmen, einerseits aufgrund ihrer Quantität, andererseits aufgrund der Zahl der Autoren, die sich dieser Argumente bedienen. Neben den Kategorien 1), 2) und 2a) wird auch der ethischen Argumentation ein hoher Stellenwert eingeräumt. Zwar werden die Argumente der Kategorien 7) und 7a) einzeln betrachtet nicht so oft genannt, aber in der Zusammenschau befinden sie sich im oberen Bereich. Die strikte Trennung der beiden Kategorien ist insofern nicht aufrecht zu erhalten, weil beiden Legitimierungsstrategien die Vermittlung von ethischen Werten mittels der Medizingeschichte zugrunde liegen. Es wird deutlich, dass diejenigen Argumente, die in der Medizingeschichte einen eher abstrakt-theoretischen Nutzen im Sinne der kulturgeschichtlichen Aufklärung, der Allgemeinbildung oder der Ausbildung einer kritisch-reflektierten Sichtweise auf die Medizin sehen, offenbar als wesentlich entscheidender und überzeugender hinsichtlich ihrer Legitimationskraft für die Medizingeschichte angesehen werden.

3.4.4 Verteilung der Argumente innerhalb der Autorenschaft

Tabelle 3 und 4 zeigen, welche Argumentkategorie bei welchem Autor bzw. welcher Autorengruppen anzutreffen ist. Dabei können bei einem Autor bzw. einer Autorengruppe dieselben Argumente mehrmals in verschiedenen Auflagen vorkommen.

Tabelle 3: In der linken Spalte sind die Autoren bzw. die Autorengruppen der Lehr- und Handbücher sowie einiger sammelbiographischer Werke der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 – 2011 dargestellt. Die Zahl in Klammern bezeichnet das jeweilige Erscheinungsjahr bzw. die Erscheinungsjahre der verfassten Bücher. In der rechten Spalte ist die Zuordnung der Argumentkategorien 1-5 zu den jeweiligen Autoren, die diese in ihren Werken zur Legitimierung der Medizingeschichte verwendeten dargestellt. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp (siehe Kapitel 3.2 und folgende Kapitel) der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand. Diese Kategorien ließen sich nach Analyse von Vorworten und/oder Einleitungskapiteln von Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bilden.

Autor	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 2a	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
Ackerknecht, Erwin (1959 – 1992)	x	x	x	x	x	x
Artelt, Walter (1949)			x			
Bruchhausen, Walter/Schott, Heinz (2008)						
Creutz, Rudolf/Steudel Johannes (1948)	x	x				
Eckart, Wolfgang (1990 – 2011)	x					
Eckart, Wolfgang/Jütte, Robert (2007)	x					
Engelhardt, Dietrich/Hartmann Fritz (1991)	x					
Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (2004)						
Fischer-Homberger, Esther (1975 – 1977)	x	x	x			x
Harig, Georg/Schneck, Peter (1990)		x				
Honigmann, Georg (1925)	x					
Hühnerfeld, Paul (1956)	x					
Leibbrand, Werner (1953)						
Leibbrand, Werner/Leibbrand-Wettley, Annemarie (1967)	x					
Lejeune, Fritz (1943)	x					
Leven, Karl-Heinz (2008)	x	x				
Lichtenthaeler, Charles (1975 – 1987)	x	x	x	x		
Meyer-Steineg, Theodor/Sudhoff, Karl (1921 – 1965)	x	x				
Mette Alexander/Winter Irina (DDR) (1968)						
Noack, Thorsten/Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (2007)		x				
Norpoth, Leo (1959 – 1970)			x			
Riha, Ortrun (2008)			x			
Schipperges, Heinrich (1970)			x			
Schlevogt, Ernst (1950)				x		
Schneck, Peter (1997)	x	x	x	x		
Schneider, Emmi/Lang, Carola (1977 – 1980)						
Schott, Heinz (1993 – 1996)			x			
Schulz, Stefan/Steigleder, Klaus/Fangerau, Heiner/Paul Norbert W. (2006)						
Schwalbe, Ernst (1905 – 1920)		x		x		
Seidler, Eduard (1966 – 1993)	x	x	x		x	
Seidler, Eduard/Leven Karl-Heinz (2003)		x				
Sigerist, Henry E. (1932 – 1970)		x	x			
Sudhoff, Karl (1922)			x			
Tutzke. Dietrich (DDR) (1980 – 1983)	x		x			
Wiench, Peter (1982)	x					
Wolff, Horst-Peter (DDR) (1968)	x	x				

Tabelle 4: In der linken Spalte sind die Autoren bzw. die Autorengruppen der Lehr- und Handbücher sowie einiger sammelbiographischer Werke der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 – 2011 dargestellt. Die Zahl in Klammern bezeichnet das jeweilige Erscheinungsjahr bzw. die Erscheinungsjahre der verfassten Bücher. In der rechten Spalte ist die Zuordnung der Argumentkategorien 6-10 zu den jeweiligen Autoren, die diese in ihren Werken zur Legitimierung der Medizingeschichte verwendeten dargestellt. Eine Kategorie repräsentiert dabei einen bestimmten Argumenttyp (siehe Kapitel 3.2 und folgende Kapitel) der zur Legitimierung der Medizingeschichte in dem o.g. Zeitraum Verwendung fand.

Diese Kategorien ließen sich nach Analyse von Vorworten und/oder Einleitungskapiteln von Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bilden.

Autor	Kategorie 6	Kategorie 7	Kategorie 7a	Kategorie 8	Kategorie 9	Kategorie 10
Ackerknecht, Erwin (1959 – 1992)	x	x	x			x
Artelt, Walter (1949)						
Bruchhausen, Walter/Schott, Heinz (2008)	x	x			x	
Creutz, Rudolf/Steudel Johannes (1948)						
Eckart, Wolfgang (1990 – 2011)		x			x	
Eckart, Wolfgang/Jütte, Robert (2007)						
Engelhardt, Dietrich/Hartmann Fritz (1991)						
Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (2004)					x	
Fischer-Homberger, Esther (1975 – 1977)				x		x
Harig, Georg/Schneck, Peter (1990)	x					
Honigmann, Georg (1925)						
Hühnerfeld, Paul (1956)						
Leibbrand, Werner (1953)						x
Leibbrand, Werner/Leibbrand-Wettley, Annemarie (1967)						
Lejeune, Fritz (1943)			x			
Leven, Karl-Heinz (2008)	x					
Lichtenthaeler, Charles (1975 – 1987)			x			x
Meyer-Steineg, Theodor/Sudhoff, Karl (1921 – 1965)				x		
Mette Alexander/Winter Irina (DDR) (1968)	x					
Noack, Thorsten/Fangerau, Heiner/Vögele, Jörg (2007)					x	
Norpoth, Leo (1959 – 1970)			x			
Riha, Ortrun (2008)						
Schipperges, Heinrich (1970)						
Schlevogt, Ernst (1950)						
Schneck, Peter (1997)			x			x
Schneider, Emmi/Lang, Carola (1977 – 1980)		x				
Schott, Heinz (1993 – 1996)						x
Schulz, Stefan/Steigleder, Klaus/Fangerau, Heiner/Paul Norbert W. (2006)		x				
Schwalbe, Ernst (1905 – 1920)						
Seidler, Eduard (1966 – 1993)						
Seidler, Eduard/Leven Karl-Heinz (2003)						
Sigerist, Henry E. (1932 – 1970)	x		x			x
Sudhoff, Karl (1922)						
Tutzke. Dietrich (DDR) (1980 – 1983)						x
Wiench, Peter (1982)						
Wolff, Horst-Peter (DDR) (1968)						x

Insgesamt lassen sich in den obigen Tabellen 35 Autoren bzw. Autorengruppen ausmachen, die sich 85 Argumentkategorien bedient haben. Das entspricht einem Schnitt von 2,4 Kategorien pro Autor/Autorengruppe. Diese Verteilung zeigt sich über weite Strecken relativ homogen. Lediglich bei manchen Autoren sind deutlich mehr Argumente

zu verzeichnen. Hier sind insbesondere Erwin Ackerknecht, Charles Lichtenthaeler, Esther Fischer-Homberger und Peter Schneck zu nennen. Bei den drei erstgenannten fällt außerdem auf, dass sich deren Legitimierungsbemühungen insbesondere auf den Zeitraum der 1970er und 1980er Jahre beziehen. Hinter dem breiten Repertoire an Argumenten in dieser Zeit könnte ein erhöhter Legitimationsbedarf gestanden haben, womöglich auch eine Unsicherheit, welchem Argumentationstyp die größte Überzeugungskraft zukomme.

3.4.5 Alter und Position der Autoren

Tabelle 5 zeigt eine Übersicht der Autoren, die in ihren Vorworten und/oder Einleitungskapiteln versucht haben bzw. versuchen, die Medizingeschichte zu legitimieren.

Tabelle 5: Darstellung von Alter und Position der Autoren der Lehr- und Handbücher sowie einiger Sammelbiographien der Medizingeschichte aus den Jahren 1900 - 2011 bei Erscheinen der ersten Auflage. Aufgeführt sind diejenigen Autoren die in ihren Vorworten und/oder Einleitungskapiteln versuch(t)en, die Medizingeschichte mittels der in dieser Arbeit analysierten Legitimierungsstrategien (siehe Kapitel 3.2 und folgende Kapitel) zu rechtfertigen.

Autor	Lebensdaten	Jahr des Erscheinens der ersten Auflage mit Legitimationsversuch	Alter bei Erscheinen der ersten Auflage	Lehrstuhlinhaber/in bzw. Professor/in bei Erscheinen der ersten Auflage
Ackerknecht, Erwin	1906 - 1988	1959	53	Ja
Artelt, Walter	1906 - 1976	1949	43	Ja
Bruchhausen, Walter	1963 -	2008	45	Nein
Creutz, Rudolf	1866 - 1949	1948	82	Nein
Eckart, Wolfgang	1952 -	1990	38	Ja
Engelhardt, Dietrich von	1940 -	1991	51	Ja
Fangerau, Heiner	1972 -	2004	32	Nein
Fischer-Homberger, Esther	1940 -	1977	37	Nein
Harig, Georg	1935 - 1989	1990	verstorben	verstorben
Hartmann, Fritz	1920 - 2007	1991	71	Ja
Honigmann, Georg	1863 - 1930	1925	62	Ja
Hühnerfeld, Paul	1926 - 1960	1956	30	Nein
Jütte, Robert	1954 -	2007	53	Ja

Lang, Carola	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
Leibbrand, Werner	1896 - 1974	1953	57	Ja
Leibbrand-Wettley, Annemarie	1913 - 1996	1967	54	unbekannt
Lejeune, Fritz	1892 - 1966	1943	51	Ja
Leven, Karl-Heinz	1959 -	2008	49	Ja
Lichtenthaeler, Charles	1915 - 1993	1975	60	Ja
Meyer-Steineg, Theodor	1873 - 1936	1921	48	Ja
Mette, Alexander (DDR)	1897 - 1985	1968	70	Ja
Noack, Thorsten	1972 -	2007	35	Nein
Norpoth, Leo	1901 - 1973	1959	58	unbekannt
Paul, Norbert W.	1964 -	2006	42	Ja
Riha, Ortrun	1959 -	2008	49	Ja
Schipperges, Heinrich	1918 – 2003	1970	52	Ja
Schlevogt, Ernst	1910 - 1984	1950	40	Nein
Schneck, Peter	1936 -	1990	54	Ja
Schneider, Emmi	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
Schott, Heinz	1946 -	1993	47	Ja
Schulz, Stefan	1960 -	2006	46	Nein
Schwalbe, Ernst	1871 - 1920	1905	34	Nein
Seidler, Eduard	1929 -	1970	41	Ja
Sigerist, Henry E.	1891 - 1957	1932	41	Ja
Steigleder, Klaus	1959 -	2006	47	Ja
Steudel, Johannes	1901 - 1973	1948	47	Nein
Sudhoff, Karl	1853 - 1938	1921	69	Ja
Tutzke, Dietrich (DDR)	1920 - 1999	1980	60	Ja
Vögele, Jörg	1956 -	2004	48	Ja
Wiench, Peter	unbekannt	unbekannt	unbekannt	unbekannt
Winter, Irina (DDR)	1923 -	1968	45	Nein
Wolff, Horst-Peter (DDR)	1934 -	1968	34	Nein

Der Altersschnitt der Autoren im Erscheinungsjahr der ersten Auflage des jeweiligen Lehr- oder Handbuches betrug 49,9 Jahre. 26 (62%) der 42 Autoren bekleideten zum Erscheinungszeitpunkt der ersten Auflage eine Professur bzw. einen Lehrstuhl für Geschichte der Medizin. Bei fünf Autoren konnte ihre akademische Stellung nicht ermittelt werden. 11 (26%) der Autoren hatten noch keine solche Position inne. Diese Zahlen sprechen eher nicht dafür, dass die Legitimierungsbestrebungen bzw. das Verfassen eines Lehrbuches in erster Linie auf das Vorantreiben der eigenen Karriere abzielten bzw. abzielen. Vielmehr sind die Motivationen der einzelnen Autoren wohl in

den bereits von Bickel genannten Gründen zu sehen - etwa in der Kritik an Vorgängern, im Auftreten neuer Gesichtspunkte, einer Erweiterung der Quellenlage, einer neuen Interpretation bekannter Quellen durch einen Paradigmenwechsel bzw. einer neuen Gegenwartsschau oder dem Ziel, ein neues Publikum anzusprechen (Bickel 2007).

4. Diskussion

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurde, haben sich die Bemühungen um die Legitimierung der Medizingeschichte das 20. Jahrhundert hindurch bis in die Gegenwart erhalten. Im Zusammenhang mit Lehr- und Handbüchern sowie Sammelbiographien der Medizingeschichte wurden insgesamt zwölf Kategorien von legitimierenden Argumenten angeführt. Dabei spielten respektive spielen manche der identifizierten Argumente eine größere Rolle als andere; insgesamt betrachtet kann man jedoch von einer weitgehenden Kontinuität im Hinblick auf die Argumentationsführung sprechen. Insbesondere nach 1945 nahm die Anzahl der Lehr- und Handbücher, die in ihren Vorworten und/oder Einleitungskapiteln die Medizingeschichte zu legitimieren versuchen, stetig zu (siehe Abbildung 3). Die Hintergründe dieser Entwicklung zu analysieren bzw. zu diskutieren, soll dem folgenden Abschnitt vorbehalten sein. Neben den Entwicklungen innerhalb des Medizinstudiums, die ihren Niederschlag in den Approbationsordnungen finden, steht dabei insbesondere die Einbettung der Medizin in den gesellschaftspolitischen Kontext des 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts im Blickpunkt. Bereits an anderer Stelle wurde darauf hingewiesen (siehe S. 21), dass die im Rahmen dieser Arbeit verwendete Methode und insbesondere die vorliegende Literaturauswahl nur einen möglichen Weg zur Bearbeitung des Themas darstellen. Die Beschränkung auf Lehr- und Handbücher sowie sammelbiographische Werke der Medizingeschichte berücksichtigt demzufolge nicht die Legitimierungsbemühungen von Fachvertretern, die sich in anderen Medien wie Fachzeitschriften etc. oder Foren wie Tagungen, Kongressen usw. geäußert haben. So fanden sich in den Lehrbüchern von Paul Diepgen, die in den Jahren von 1949 bis 1959 erschienen sind, beispielsweise keinerlei Legitimationsbemühungen. Mitnichten hat sich dieser bekannte Vertreter der Medizingeschichte jedoch der Legitimation seines Faches verwehrt (vgl. Kümmel 1997). Somit erfassen die herangezogenen Texte nicht alle Aussagen von Autoren, die versucht haben, die Medizingeschichte zu legitimieren. Unter Umständen lassen sich auch noch weitere Argumentationstypen die in dieser Arbeit nicht zur Sprache kamen, ausfindig machen. Auf der anderen Seite hat die Auswahl der Lehr- und Handbücher den Vorteil, dass eine möglichst große Repräsentativität innerhalb der Autorenschaft erreicht wird (siehe Tabelle 1), da sich hierunter fast alle bedeutenden Vertreter des Faches befinden. Zudem stellt die Textauswahl sicher, dass damit jene Legitimierungsstrategien erfasst

werden, die sich an denjenigen Personenkreis richten, welcher in erster Linie vom Wert der Medizingeschichte überzeugt werden soll, nämlich Studierende der Medizin und interessierte Ärztinnen und Ärzte. Im Gegensatz dazu stehen zum Beispiel Beiträge in Fachzeitschriften usw., die möglicherweise lediglich Fachvertreter erreicht hätten.

4.1 Allgemeine Überlegungen zu den Legitimierungsstrategien

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zwölf Kategorien von Argumenten identifiziert, die bei der Legitimierung der Medizingeschichte Verwendung finden. Dabei wurden von den Vertretern der Medizingeschichte insbesondere jene Argumente vorgebracht, die in erster Linie auf einen indirekten, abstrakt-theoretischen Nutzen der Medizingeschichte abzielen. Vorrangig zeichnen sich das kulturhistorische, das epistemologische Argument sowie das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion durch eine hohe zeitliche Kontinuität aus, die sich beinahe durch das gesamte 20. Jahrhundert bis in die 2000er Jahre hinein verfolgen lässt (siehe Abbildung 5). Demgegenüber stehen jene Argumente, die auf einen direkten praktischen Nutzen der Medizingeschichte, etwa für die Epidemiologie, hinweisen (siehe Kapitel 3.2.5). Diese Argumentationsformen nahmen im ausgehenden 19. und noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts innerhalb der Legitimierungsstrategien einen großen Stellenwert ein (vgl. Eulner 1970b, Kümmel 1997, 2001a). Dabei orientierte sich die Medizingeschichte - teilweise wohl unbewusst und dem Zeitgeist entsprechend - an der „positivistisch-utilitaristischen“ Beweisführung der naturwissenschaftlichen Medizin, der gegenüber sich die Medizingeschichte einem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt sah, ohne aber, wie Kümmel bemerkt, die Stichhaltigkeit dieser Argumente in Bezug auf ein historisches Fach ernsthaft zu hinterfragen. Erst im Laufe der Zeit rückten die Medizinhistoriker von diesen Formen der Argumentation ab (Kümmel 1997).

Bei den identifizierten Kategorien von Legitimierungsstrategien fällt auf, dass sämtliche Argumente zwischen 1950 und 2000 parallel vertreten wurden. Dieser lange Zeitraum legt die Vermutung nahe, dass man sich nach wie vor nicht sicher war bzw. ist, welcher Argumentationstyp den Wert der Medizingeschichte am besten aufzeigen kann. Kümmel äußert diese Vermutung bereits für die Legitimierungsstrategien des ausgehenden 19.

und beginnenden 20. Jahrhunderts (vgl. Kümmel 1997, 2001a). Daneben scheint bei manchen Autoren wie Erwin Ackerknecht oder Charles Lichtenthaeler hinter der Auswahl der Argumente die Absicht gestanden zu haben, mit möglichst vielen Argumenten möglichst überzeugend zu wirken (siehe Tabelle 4).

Des Weiteren lassen sich noch andere Trends erkennen. So fällt das Auftreten des sozialhistorischen Arguments zeitlich in etwa mit der Hinwendung der Medizingeschichte zu den allgemeinen Geschichts- und Sozialwissenschaften zusammen. Im Zuge dieser seit den 1970er Jahren einsetzenden Entwicklung ist die Medizingeschichte ein interdisziplinäres Fach geworden, welches sich vom einseitigen ärztlichen Blick auf die medizinische Vergangenheit gelöst hat (Bröer 1999).

Die Überlieferung des historisch geformten ärztlichen Ethos durch der Medizingeschichte (Toellner 1997) hat bereits seit langem Bestand und wirkt bis heute nach. Insofern haben sich das ethischen Argument respektive das Argument der moralischen Vorbilder bis in jüngste Zeit erhalten. Offenbar findet heutzutage der Verweis auf moralische Vorbilder weniger Anklang, so dass diese Legitimierungsstrategie durch das ethische Argument abgelöst worden ist. Dessen Gebrauch ergibt sich alleine schon aus dem mittlerweile erfolgten Zusammenschluss von Medizinethik und Medizingeschichte im Querschnittfach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (Q2), der für die Medizingeschichte nach Ansicht mancher Autoren jedoch nicht nur positive Konsequenzen nach sich gezogen hat (vgl. Schott 2009).

Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument spielt heute keine Rolle mehr (siehe Abbildung 5). Diese Legitimierungsfunktion übernahm die Medizingeschichte, wie Toellner schreibt, „im Verlauf der epochalen Wende der Medizin zur Naturwissenschaft“. Sie reduzierte sich damit in der Folge „zur Legitimationsbeschafferin für diese Wende“ (Toellner 1999, S. 175). Dabei bestand diese Legitimationsfunktion im Kontext des zeitgenössischen positivistischen Weltbildes des ausgehenden 19. Jahrhunderts in der Darstellung des Fortschritts der Medizin, der konsequenterweise in die naturwissenschaftliche Medizin münden musste, da die Vergangenheit vermeintlich keine nützlichen Erkenntnissen mehr bereithielt, oder wie Wiesing es formuliert: „Wenn es in der Vergangenheit grundsätzlich kaum Nennenswertes zu entdecken gab, sondern

allenfalls Veraltetes, dann konnte die Darstellung der Vergangenheit nur die Gewißheit des aufsteigenden Weges zur Gegenwart untermauern und so den Status vergangener Zeit als bloße Vorgeschichte bekräftigen; jenseits der selbstgenügsamen Gelehrsamkeit legitimierte Geschichtsschreibung allenfalls die Gegenwart“ (Wiesing 1996, S. 185).

Auffallend ist das nun seit circa 20 Jahren vermehrte Auftreten des strukturellen Arguments. Der Hinweis auf den Status quo der Medizingeschichte innerhalb des Curriculums, der im Grunde von der bisherigen Strategie der Darstellung des Wertes bzw. des Nutzens der Medizingeschichte abweicht, könnte auch als Ausdruck eines neuen, gestiegenen Selbstverständnisses der Medizingeschichte als „selbstbewußte interdisziplinäre Kulturwissenschaft“ (Bröer 1999, S. 3) angesehen werden. Der Wert der Medizingeschichte wird als solcher gar nicht mehr verteidigt, es erfolgt lediglich die Betonung ihrer Stellung innerhalb der ärztlichen Ausbildungsordnung.

4.2 Die Legitimierungsbemühungen im Kontext historischer Entwicklungen

4.2.1 Geschichte der Medizin in den Ärztlichen Approbationsordnungen und Institute für Geschichte der Medizin

Der folgende Abschnitt versucht mögliche Hintergründe der Legitimierungsbemühungen der Medizingeschichte anhand der Ärztlichen Approbationsordnungen sowie der Geschichte der medizinhistorischen Institutsgründungen im deutschsprachigen Raum zu beleuchten.

In der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901 findet sich der Hinweis auf die Fachgeschichte der einzelnen Disziplinen, die im Rahmen der jeweiligen Fächer mitgelehrt werden sollen. Von einem eigenständigen Fach Geschichte der Medizin war allerdings zu diesem Zeitpunkt noch keine Rede (Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901). Diese Tatsache verwundert insofern nicht, als dass das Fach zu dieser Zeit nicht mehr an den Universitäten institutionalisiert war und somit auch in der Lehre praktisch keine Rolle spielte. Erst nach Gründung des ersten Lehrstuhls für Geschichte der Medizin 1906 in Leipzig konnte die wieder institutionalisierte Medizingeschichte (erneut) Fuß fassen. Es folgten weitere Institutsgründungen bzw. die Einrichtung medizinhistorischer Seminare in

Wien, Würzburg, Freiburg, Frankfurt, Berlin und Düsseldorf bis 1933 (Brocke 2001). Die sich in dieser Arbeit spiegelnden, scheinbar geringen Legitimationsbestrebungen (siehe Diagramm 3,4 und 6) in diesem Zeitraum sind wohl der - im Vergleich zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts - geringeren Anzahl an publizierten Lehrbüchern geschuldet. Tatsächlich wurde nämlich auch in dieser Zeit der Legitimierung der Medizingeschichte große Aufmerksamkeit geschenkt (Kümmel 1997). Trotz der geringen Anzahl der Institute, der weiterhin untergeordneten Rolle innerhalb des medizinischen Curriculums und des dadurch bedingten Legitimationsdrucks spricht Roelcke für diese Zeit von einer „ersten Blüte der Medizingeschichte“ (Roelcke 1994, S. 195).

Nach 1933 und der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten setzten die Legitimierungsbemühungen in den Lehr- und Handbüchern der Medizingeschichte, von zwei Ausnahmen abgesehen, aus. Die Medizingeschichte wurde schließlich in der Bestallungsordnung vom 17. Juli 1939 obligatorischer Bestandteil des Medizinstudiums. Dabei wurde für die Ärztliche Vorprüfung der Besuch einer Vorlesung über Geschichte der Medizin verlangt, wie es in § 25 (4a) heißt (Bestallungsordnung für Ärzte vom 17. Juli 1939). Dies mag mit der Hauptgrund für das Nachlassen der Legitimationsbemühungen gewesen sein. Offensichtlich fühlten sich die Fachvertreter nun in einer sicheren Position (vgl. Kümmel 2001b). Dies wird auch durch die Tatsache untermauert, dass trotz der „Umstellung auf die Kriegswirtschaft und den damit verbundenen ökonomischen Einschränkungen“ (Roelcke 1994, S. 196) zwischen 1938 und 1943 weitere Institutsgründungen an den Universitäten Frankfurt/Main, München, Berlin und Bonn stattfanden (Brocke 2001). Offenbar sahen die Nationalsozialisten in der Medizingeschichte ein probates Mittel, die zukünftige Ärzteschaft ideologisch „auf Linie“ zu bringen. Labisch merkt dazu treffend an, dass die Funktion der Medizingeschichte darin bestand, „das ‚deutsche Wesen‘ der Medizin herauszuarbeiten und eine neue ärztliche Ethik zu verbreiten. Die Medizingeschichte wurde zur Legitimationsinstanz für die besondere Medizin einer ‚erbgesunden und rassenreinen arischen Volksgemeinschaft‘“ (Labisch 2001, S. 245). Eine ähnlich instrumentalisierende Tendenz, jedoch mit anderer Stoßrichtung, lässt sich auch bei den Legitimierungsstrategien der DDR - Autoren erkennen (siehe Kapitel 3.3).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges und der Wiederaufnahme der Lehr- und Forschungstätigkeiten an den Universitäten folgten zwischen 1947 und 1951 weitere Institutsgründungen in Mainz, Erlangen (und Zürich) (Brocke 2001). In der Bestallungsordnung für Ärzte vom 17. September 1953 heißt es, in § 40 (1) Abschnitt a), „dass der Studierende der Medizin bei der Anmeldung zur Ärztlichen Prüfung die Nachweise beizufügen hat, dass mindestens eine Vorlesung über Geschichte der Medizin besucht wurde“ (Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953). Die Medizingeschichte stellte wie bereits in der Bestallungsordnung vom 17. Juli 1939 ein Pflichtfach dar, Prüfungscharakter besaß sie aber weiterhin nicht. Ob daher dieser Vorlesung damals tatsächlich vermehrte Aufmerksamkeit im Sinne einer Pflichtvorlesung mit Anwesenheitskontrolle zukam, bleibt fraglich.

Mit der Einführung des Wissenschaftsrates als Beratungsgremium der Bundesregierung in Fragen der Wissenschaft und Forschung sowie der Hochschulentwicklung 1957/58 begann eine Reformära in der Hochschulpolitik, die mit den 1960 veröffentlichten „Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. Teil I: Wissenschaftliche Hochschulen“ (Wissenschaftsrat 1960) konkret einsetzte. Darin wurde, wie Bartz schreibt, ein „Expansionsprogramm erheblichen Ausmaßes“ vorgeschlagen. „In hochschulpolitischer Hinsicht bestärkte der Wissenschaftsrat aber die klassische deutsche Ordinarienuniversität (zu diesem Begriff siehe: Bartz 2005): Insbesondere sollte der Lehrstuhl weiterhin die Basiseinheit und Keimzelle der wissenschaftlichen Hochschule bleiben“ (Bartz 2007, S. 155). Für die Medizingeschichte bedeutete das nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrates: „Ein Lehrstuhl muß in jeder Fakultät bestehen“ (Wissenschaftsrat 1960, S. 111). In der Folge kam es zu einer ganzen Reihe von Institutsgründungen. So entstanden zwischen 1960 und 1968 insgesamt 13 neue medizinhistorische Institute im deutschsprachigen Raum (Brocke 2001). Diesem Bedeutungszugewinn des Faches stand auf der anderen Seite der weiterhin untergeordnete Stellenwert der Medizingeschichte innerhalb des medizinischen Curriculums gegenüber. Zwar wurde mit der Änderung der Approbationsordnung vom 28. Oktober 1970 die Medizingeschichte wieder Prüfungsfach; allerdings taucht sie dabei unter dem Punkt „Prüfungsstoff für den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Punkt I: Allgemeine Krankheitslehre“ neben Fächern wie Pathologie, Mikrobiologie, Virologie oder

Epidemiologie auf (Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970). Dass die Medizingeschichte in den Augen ihrer Fachvertreter dabei zu kurz kam, liegt auf der Hand. Lichtenthaeler konstatierte hierzu: „Zu allem Unglück ist Medizingeschichte in Deutschland kein ernsthaftes Prüfungsfach“ (Lichtenthaeler 1975, S. 33). Diese Diskrepanz zwischen zahlreichen medizinhistorischen Instituten auf der einen und der mangelhaften Repräsentation innerhalb des Curriculums auf der anderen Seite liefert - neben der steigenden Anzahl an Lehrbüchern auf dem Markt - eine mögliche Erklärung für die Zunahme der Legitimierungsbemühungen in den Lehr- und Handbüchern der Medizingeschichte in diesem Zeitraum. In der zweiten Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung vom 24.02.1978 wird die Geschichte der Medizin in § 25 „Inhalt der Prüfung im Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung“ zusammen mit Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik und Medizinischer Mikrobiologie genannt. Und in der Anlage 12 zu § 26 Abs. 2 Satz 1 wird die Aufnahme der Geschichte der Medizin in die „Anzahl und Verteilung der Prüfungsfragen für den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ zusammen mit den oben genannten Fächern geregelt (Zweite Verordnung zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung vom 24. Februar 1978). Inwieweit dies den Vorstellungen Lichtenthaelers von einem ernsthaften Prüfungsfach entspricht, bleibt offen. Angesichts der weiterhin bestehenden Legitimierungsbestrebungen kann man davon ausgehen, dass dem Fach aus Sicht seiner Vertreter die angestrebte und ihrem Selbstverständnis nach zugedachte Stellung innerhalb des medizinischen Curriculums noch nicht gewährt wurde.

In den Folgejahren änderte sich an dieser Situation wenig. Zwar wurden weitere Institute gegründet, so dass bis 1987 an fast jede medizinische Fakultät ein medizinhistorisches Institut angegliedert war (Brocke 2001); in der Approbationsordnung schlug sich diese Entwicklung jedoch nicht nieder, im Gegenteil: In der Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987 spielte die Medizingeschichte erneut nur eine untergeordnete Rolle. So heißt es in § 33 zum Prüfungsinhalt des dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, dass dort neben der „Inneren Medizin, der Chirurgie“ und den „übrigen klinischen Fächern“ auch „Aspekte aus der Medizinischen Soziologie“ und „Fragen zu den historischen und geistigen Grundlagen der Medizin geprüft“ werden „sollen“ (!) (Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987). Zwar weist Eckart, wie an

anderer Stelle beschrieben, (siehe Kapitel 3.2.9) darauf hin, dass „in der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 und in allen nachfolgenden Neufassungen (…) der medizinhistorische Unterricht als fester, zu prüfender Bestandteil in die ärztliche Ausbildung integriert“ wurde (Eckart 1990, S. VII). Ob dieses „sollen“ aber tatsächlich praktische Anwendung fand, bleibt fraglich, zumal die Approbationsordnung keine Angaben zu den zu besuchenden Lehrveranstaltungen der Medizingeschichte macht. Am Ende wurden fünf Multiple-Choice-Fragen ins das 100 Fragen umfassende erste Staatsexamen integriert (Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987). So stellte sich die Situation der akademischen Medizingeschichte am Ende der 1980er Jahre ambivalent dar. Während Roelcke die „institutionalisierte Medizingeschichte“ als „konsolidiert“ (Roelcke 1994, S. 197) ansah, spiegelte sich diese Situation in der Ausbildungsordnung nicht in dieser Form wider - ein Umstand, der einen möglichen Erklärungsansatz für die kontinuierlich anhaltenden Legitimierungsbemühungen liefern könnte.

Im Hinblick auf die Medizinethik liefert die ÄAppO von 1987 dagegen erste Hinweise auf deren gestiegenen Stellenwert. So wird dort unter § 34c der Besuch von medizinethischen Veranstaltungen während der AiP - Zeit geregelt. Dieser Bedeutungsgewinn mündete schließlich in die Implementierung des scheinpflichtigen Querschnittsbereichs Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in das medizinische Curriculum in der vorläufig letzten Neufassung der Approbationsordnung von 2002. An zentraler Stelle in § 1 heißt es dort, dass die Ausbildung die „historischen, geistigen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens“ vermitteln soll (Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002). Angesichts dieser Situation könnte man annehmen, dass die Fachvertreter die Legitimationsbemühungen - wie Max Neuburger bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts forderte (siehe S. 9) - einstellen würden. Tatsächlich scheint dies nicht der Fall zu sein. Wie die in der Einleitung dargelegte Literatur zeigt, hat das neue „Querschnittfach“ keineswegs zu einer Abnahme der Legitimierungsbestrebungen geführt. In zehn von elf nach 2002 erschienen Lehr- und Handbüchern der Medizingeschichte finden sich apologetische Vorworte und/oder Einleitungskapitel. Lediglich ein einziges Buch verzichtet darauf (siehe Tabelle 1). Hat also die Einführung von GTE die Position der Medizingeschichte eher geschwächt als gestärkt? Im gemeinsamen Grundsatzpapier des

Fachverbandes Medizingeschichte und der Akademie für Ethik in der Medizin ist ausdrücklich von drei Disziplinen die Rede, die wiederum entsprechende institutionelle sowie strukturelle und personelle Voraussetzungen benötigen, um die entsprechende Qualität in Lehre und Forschung zu garantieren (Fachverband Medizingeschichte 2009). Eine nach eigenen Angaben überwiegend medizinhistorisch ausgerichtete Professorenschaft sieht sich also mit den thematisch-inhaltlichen Herausforderungen dieser „Fächertrinität" konfrontiert. Die zunehmende Wahrnehmung der Ethik als eigenständiges Fachgebiet hat bereits vor der Einführung von GTE zu teilweise heftigen Kontroversen geführt (Fangerau, Gadebusch-Bondio 2012). Im Spannungsfeld zwischen Medizinethik und Medizingeschichte (vgl. Toellner, Wiesing 1997) bleibt die Diskussion um die Vereinnahmung der Medizingeschichte durch die Ethik (vgl. Labisch 2006, Schott 2009) daher weiterhin aktuell. Man könnte also durchaus geneigt sein, die oben formulierte Frage mit Ja zu beantworten und darin einen Grund für die Beibehaltung der Legitimierungsbemühungen in den aktuellen Lehr- und Handbüchern zu sehen. Die Tatsache, dass die Medizinethik bei den Studierenden der Medizin heutzutage einen höheren Stellenwert besitzt (Schulz et al. 2013), mag mit ein weiterer Grund dafür sein, diese Ansicht zu teilen. Dazu passt auch, dass in jüngerer Zeit insbesondere das ethische Argument bemüht wird, um den Nutzen von GTE darzulegen. Eine isolierte, rein auf die Medizingeschichte bezogene Legitimierung findet angesichts des neuen Querschnittsbereichs ohnehin nicht mehr statt. Vielmehr erstrecken sich die Legitimationsversuche über alle drei Teilbereiche. Angesichts der oben angesprochenen, überwiegend medizinhistorisch ausgerichteten Professorenschaft mag die Einführung von GTE also tatsächlich zu einer Schwächung der Medizingeschichte geführt haben. Ob eine isolierte Medizingeschichte, die ihrem Anspruch nach auch ethische Fragestellungen diskutiert, angesichts der ethischen Herausforderungen und Probleme der heutigen Biomedizin bestehen könnte, wäre durchaus ein interessanter Diskussionsansatz. Festzuhalten bleibt aber, dass die Position der Medizingeschichte zwar geschwächt sein mag, vermutlich aber der Zusammenschluss mit der Theorie und der Ethik auch gleichzeitig den Stellenwert des Gesamtfaches erhöht hat, wie der Überblick über die Approbationsordnungen deutlich gemacht hat.

Einen weiteren Grund für den kontinuierlichen Legitimationszwang sieht Jürgen Helm in der Verortung des Fachbereichs innerhalb der medizinischen Fakultät. Zwar garantiere diese Fakultätszugehörigkeit der Medizingeschichte ihre Integrität, da sich das ansonsten sehr heterogene Fachgebiet bei Verteilung auf andere Fakultäten zu einer „bloßen Interessensgemeinschaft von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern entwickeln [würde], die im Rahmen ihrer jeweils angestammten Disziplin auch medizinhistorische Themen bearbeiten“ (Helm 2008, S. 206); dies, so Helm, hätte unabsehbare Konsequenzen für die Lehre. Auf der anderen Seite ergebe sich aus der Zugehörigkeit zur medizinischen Fakultät eben genau jener Legitimationszwang, da „sich der Sinn des Faches vielen Klinikern und Naturwissenschaftlern nicht von selbst erschließt. Da sich die Medizin vielfach auf so etwas wie Diagnose- und Behandlungstechnik reduziert, gilt das medizinhistorische Lehrangebot oft als Luxuswissen: Schön, wenn man es hat, aber man braucht es nicht wirklich“ (Helm 2008, S. 206).

4.2.2 Kritik an der Medizin

Neben den Institutsgründungen und den Ärztlichen Approbationsordnungen sollen im Folgenden noch in aller Kürze andere Entwicklungen beleuchtet werden, die möglicherweise Einfluss auf die Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte hatten.

Die Medizin hatte sich ab Mitte des 19. Jahrhunderts den Naturwissenschaften verschrieben und damit auch Erfolge gefeiert. In den folgenden Jahrzehnten verstand sich die Medizin daher ihrem Selbstverständnis nach als reine Naturwissenschaft (Labisch 2001). Dieses Selbstverständnis ging mit einem ausgeprägtem Szientismus und Fortschrittsglauben einher (Frewer, Roelcke 2001b). Mit dem Ausbleiben therapeutischer Erfolge, die nicht mit den Entwicklungen und Entdeckungen der Grundlagenfächer mithalten konnten, gewann eine medizinkritische Sichtweise und die Forderung nach einer anderen Herangehensweise an die Medizin als die rein naturwissenschaftliche an Auftrieb. Insbesondere auf Seiten der Patienten hatten die Ärzte mit Vorbehalten zu kämpfen, die sich in einer „typisch deutschen, auf die Romantik zurückgehenden Rückwendung zur Natur“ (Labisch 2001, S. 241) im Sinne einer vermehrten Inanspruchnahme von Naturheilkunde, Homöopathie etc. manifestierte. Die zunehmende

Konkurrenz durch Vertreter anderer Heilberufe sowie das auch innerhalb der Ärzteschaft existierende Unbehagen gegenüber der rein naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin führten schließlich dazu, dass ab Mitte der 1920er Jahre von der „Krise der Medizin“ gesprochen wurde. Diese „Krise“ basierte zuerst auf dem eben angesprochenen naturwissenschaftlichen Weltbild, das zu einer „Entseelung“ der Medizin geführt habe. Weitere Kritikpunkte stellten beispielsweise die zunehmende Abhängigkeit der Ärzte von den Krankenkassen oder die negativen Auswirkungen des Sozialversicherungssystems dar (Jütte 1996). Der Arzt und Autor Erwin Liek (1878 - 1935) gehörte neben anderen wie Georg Honigmann und Ernst Schweninger (1850 - 1924) zu den größten Kritikern der zeitgenössischen Medizin (Wiesing 1996). So hielt Liek, auch unter dem Eindruck der ausbleibenden therapeutischen Erfolge sowie eines vorwiegend „mechanistisch-positivistischen“ Menschenbildes, fest: „Die ungeheuren Fortschritte der Medizin haben uns eine Hauptaufgabe des Arztes vergessen lassen. Wir haben glänzende Forscher, ausgezeichnete Diagnostiker, aber wir haben nur wenig Ärzte, die behandeln können“ (Liek 1930, S. 86). In der Folge plädierte Liek leidenschaftlich für eine ganzheitliche Betrachtungsweise in der Medizin: „Wir sollten nie vergessen, daß der kranke Körper auch eine kranke Seele birgt. Ihr ist mit Mikroskop und Reagenzglas nicht beizukommen. ‚Gleiches läßt sich nur durch Gleiches erkennen‘, heißt es schon bei Empedokles. Eine Seele kann nur von einer anderen Seele erfasst werden. Hier hilft kein Schema; nicht der Techniker, nur der Künstler in uns kann es schaffen. Den ganzen Menschen zu verstehen und zu packen, darin liegt unsere ärztliche Aufgabe“ (Liek 1930, S. 199). Lieks Äußerungen zur „Krise der Medizin“ fanden zur damaligen Zeit großen Anklang (Wiesing 1996). Gleichzeitig gilt er auf Grund seiner Nähe zum Nationalsozialismus jedoch auch als sehr umstrittene Persönlichkeit (Kater 1990).

Man könnte annehmen, dass sich diese medizinkritische Stimmung auch in den Legitimierungsstrategien der zeitgenössischen Medizinhistoriker wiederfindet. So ist in den Lehrbüchern jener Zeit (siehe Ergebnisteil) zwar vom „Bedarf nach historischer Aufklärung“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1928) oder „historischer Vertiefung“ (Meyer-Steineg, Sudhoff 1922) die Rede, inwieweit sich diese Forderungen aber auf die „Krise der Medizin“ beziehen, bleibt unklar. Vielmehr ist anzunehmen, dass das Hauptaugenmerk weiterhin darauf beruhte, gegenüber der naturwissenschaftlichen Medizin den Nutzen

der Medizingeschichte darzustellen (vgl. Kümmel 1997). Die im Zuge der „Krise der Medizin“ immer mehr zutage tretende Rivalität zwischen Schulmedizin und alternativen Heilkonzepten wurde nach 1933 von den Nationalsozialisten in einer Synthese beider Strömungen zu überwinden versucht. Die Etablierung dieser „Neuen Deutschen Heilkunde“ muss aber rückblickend als gescheitert angesehen werden (Jütte 1996). Was die Medizingeschichte betrifft, so ordnete sie sich dem Zeitgeist unter, wie ein Zitat von Paul Diepgen aus dem Jahr 1934 verdeutlicht: „So kommt der Medizinhistorik ein wesentlicher Anteil an der Erziehung des jungen Mediziners am Staat zu, eine neue Aufgabe von der die alten Medizinhistoriker noch nicht gesprochen haben“ (Diepgen 1934, S. 69). Wie Kümmel dazu treffend anmerkt, konnte dies „1934 nur bedeuten: Der Medizinhistoriker sollte den angehenden Arzt zum ‚Führerstaat‘ erziehen“ (Kümmel 1997, S. 7). Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, fand diese „neue“ Funktion der Medizingeschichte schlussendlich ihren Niederschlag in Form der Bestallungsordnung von 1939 und könnte somit auch die Abnahme der Legitimationsbemühungen während der NS - Zeit erklären (siehe Kapitel 4.2.1).

Im Zuge der Studentenproteste der 68er Bewegung formierte sich Anfang der 1970er Jahre eine neue medizinkritische Strömung. Deren Kritik gipfelte in den Thesen der sogenannten Antipsychiatrie (vgl. Baer 1998), die sich gleichzeitig auch als Gesellschaftskritik im Sinne der „Neuen Linken“ verstand (vgl. z.B. Marcuse 2008). Als Konsequenz dieser Entwicklung wurde unter anderem die sogenannte Psychiatrie-Enquete verabschiedet, die zu einer grundlegenden Neuausrichtung der psychiatrischen Versorgung führte (vgl. Schott, Tölle 2006). Daneben wurde die Einführung der „Psycho–Fächer“ Medizinische Psychologie und Soziologie sowie Psychosomatik in das medizinische Curriculum beschlossen (Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970). Inwieweit diese Entwicklungen die Legitimierungsbemühungen der zeitgenössischen Medizinhistoriker beeinflussten, kann nicht mit letzter Sicherheit beantwortet werden. Festzuhalten bleibt aber, dass die Legitimationsversuche parallel zu dieser Entwicklung zunahmen (siehe Abbildung 5), und zwar insbesondere durch das epistemologische Argument, das Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion oder das integrative Argument, die allesamt darlegen sollen, wie mithilfe der

Medizingeschichte eine notwendige, kritisch-reflektierte Sichtweise auf die Medizin möglich ist.

Trotz dieser wiederkehrenden Kritik an der etablierten Schulmedizin scheint sich der Trend im Hinblick auf die naturwissenschaftliche Ausrichtung in den letzten Jahrzehnten eher noch verstärkt zu haben, wie die „seit den 1980er Jahren einsetzende molekulare Transition der Medizin“ (Labisch 2001, S. 235) unterstreicht. Dies führt zwar dazu, dass dieses aktuelle Paradigma der Medizin weiterhin kritisiert wird. So äußert sich Alfons Labisch zur aktuellen Situation der medizinischen Ausbildung folgendermaßen: „Bildung, in Sonderheit die klassische Bildung, hat dramatisch abgenommen. Mehr noch: Ebenso dramatisch ist Bildung an den Universitäten vernachlässigt worden. Demzufolge haben auch etwaige Anknüpfungspunkte für historisches Denken samt entsprechender Fertigkeiten, wie etwa elementarer Sprachkenntnisse, in erschreckendem Maße abgenommen. An die Stelle ständiger Reflexion im Rahmen europäischer Kulturgüter (…) ist eine gänzlich pragmatische Haltung im Studium und nachfolgend in der Praxis getreten. Man könnte durchaus von einem ‚Schein‘ - Studium sprechen“ (Labisch 2006, S. 23). Trotz dieser heftigen Kritik finden sich aber in den aktuellen, nach 2000 erschienen Lehr- und Handbüchern erstaunlich wenig Argumente, die auf diese Situation Bezug nehmen und etwa die integrative bzw. regulative Funktion der Medizingeschichte betonen. Die naturwissenschaftliche Ausrichtung der Medizin wird zwar mit als Hauptgrund für den Legitimationszwang der Medizingeschichte angesehen (vgl. Helm 2008, Schott 2009), aber wohl als unvermeidbar hingenommen.

4.3 Fazit

Im Rahmen dieser Arbeit konnten zwölf verschiedene Kategorien von Argumenten identifiziert werden, die von den Vertretern der Medizingeschichte zur Legitimierung ihres Faches im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert verwendet wurden bzw. immer noch werden. Dabei zeigte sich, dass sich die Legitimierungsbemühungen der Fachvertreter kontinuierlich durch das ganze Jahrhundert hindurch erhalten haben und dabei insbesondere in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vermehrt Verwendung fanden - zumindest im Hinblick auf die Legitimierungsstrategien in den Lehr- und Handbüchern. Der Vollständigkeit halber sei nochmals darauf hingewiesen, dass in der zweiten Jahrhunderthälfte auch eine größere Anzahl an Lehr- und Handbüchern erschienen ist, was einen Grund für die angesprochen Zunahme der Legitimierungsbemühungen darstellt. Wie auf den vorangegangenen Seiten gezeigt wurde, spielten hierbei wohl aber auch noch andere Einflussfaktoren eine Rolle. Es bleibt festzuhalten, dass die eingangs formulierten Thesen als bestätigt bzw. verifiziert angesehen werden können. Zum einen haben sich, wie bereits erwähnt, die Legitimationsbemühungen durch das komplette 20. Jahrhundert hindurch erhalten, zum anderen blieb auch der Kern der verwendeten Argumente der Gleiche. Mögliche Gründe für die Anpassung der Argumentationsführung wurden versucht darzulegen.

Der „Zwang zur Nabelschau“ (Helm 2008, S. 206), dem sich die Medizingeschichte ausgeliefert sah und weiterhin sieht, ist neben den genannten Gründen wohl hauptsächlich der Verortung der Medizingeschichte innerhalb der medizinischen Fakultäten geschuldet. Des Weiteren liegt die Vermutung nahe, dass nach ca. 150 Jahren durchgehender Legitimationsbemühungen eine Verselbstständigung eingesetzt hat. Mit anderen Worten: Es gehört offenbar zum „guten Ton“ des Medizinhistorikers, sein Fach erst einmal zu verteidigen. Gleichzeitig sieht sich die Medizingeschichte selbst aber als „selbstbewusste, interdisziplinäre Kulturwissenschaft“ (Bröer 1999, S. 3). Diese Bipolarität scheint der Medizingeschichte mittlerweile innezuwohnen. So ist davon auszugehen, dass die Fachvertreter auch weiterhin aufgrund genannter Ursachen versuchen werden, die Medizingeschichte zu legitimieren.

Es bleibt also noch die Frage, inwieweit eine historische Wissenschaft überhaupt einen Nützlichkeitsnachweis führen muss? Natürlich muss sich auch die Medizingeschichte die Frage nach ihrer Sinnhaftigkeit stellen. Bedauerlicherweise hat man in einer vollständig durchökonomisierten Welt aber den Eindruck, dass ein Nützlichkeits- bzw. Relevanznachweis heutzutage beinahe zwingend notwendig ist. Die Frage muss aber gestellt werden, ob dies für eine historische Wissenschaft zulässig ist? Käme jemand ernsthaft auf die Idee, den Sinn einer allgemeinen Geschichtswissenschaft zu hinterfragen? Vielmehr besteht der Charakter von Wissenschaft doch in ihrem Erkenntnisinteresse, das unabhängig von etwaigen Nützlichkeitsnachweisen sein sollte. Tatsächlich basiert die Finanzierung von Wissenschaft auf einem gesellschaftlichen Konsens, und aufgrund begrenzter Ressourcen wird deshalb auch immer eine Diskussion über Sinn und Nutzen einer bestimmten Wissenschaft oder Forschungsrichtung geführt werden (müssen). Wie gezeigt wurde, konnte sich die Medizingeschichte im Laufe dieser Diskussion - vermutlich auch aufgrund der genannten Legitimierungsstrategien - bis jetzt behaupten.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Frage behandelt, wie Vertreter der Medizingeschichte das Fach im 20. und beginnenden 21. Jahrhundert zu legitimeren versucht haben. Dazu wurden Vorworte und/oder Einleitungskapitel von insgesamt 103 Lehr- und Handbüchern sowie einigen sammelbiographischen Werken der Medizingeschichte aus dem Zeitraum von 1900 bis 2011 hinsichtlich legitimierender Argumente untersucht. Um die Argumente ausfindig zu machen und anschließend zu systematisieren und zu kategorisieren, wurde die von Glaser und Strauss in den 1960er Jahren entwickelte Methode der „Grounded Theory“ in adaptierter Form auf die genannten Texte angewandt.

Dabei konnten insgesamt zwölf verschiedene Kategorien von Argumenten identifiziert werden. Es zeigte sich, dass die Legitimierung des Faches kontinuierlich bis in jüngste Zeit angehalten hat. Dabei unterlagen bzw. unterliegen einige der identifizierten Argumente einer hohen zeitlichen Kontinuität, während andere mit der Zeit weniger Verwendung fanden oder teilweise ganz verschwanden. Insbesondere nach Ende des 2. Weltkrieges ließ sich eine Zunahme der Legitimierungsbemühungen beobachten, die, im Hinblick auf die Quantität der Argumente, einen „Höhepunkt“ zwischen 1970 und 2000 erreichte.

Mögliche Gründe für die Änderungen der Legitimierungsbemühungen im Laufe der Zeit liegen in der Entwicklung des Medizinstudiums und der Ärztlichen Approbationsordnung begründet. Diese Änderungen wurden begleitet von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen des 20. Jahrhunderts wie der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten, der Einführung des Wissenschaftsrates und den konsekutiven Hochschulreformen der 1960er Jahre oder dem zunehmenden Bedeutungsgewinn der Medizinethik seit dem Ende der 1980er Jahre. Neben diesen Faktoren spielt die Implementierung der Medizingeschichte innerhalb der medizinischen Fakultäten wohl die größte Rolle für ihren Legitimationszwang.

Literaturverzeichnis

Genutzte Lehrbücher:

1. Ackerknecht E H: Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin, 7. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 4-7 (1992)

2. Ackerknecht E H: Einleitung: Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin 6. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1989)

3. Ackerknecht E H: Einleitung: Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin 5. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1986)

4. Ackerknecht E H: Einleitung: Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin, 4. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1979)

5. Ackerknecht E H: Einleitung: Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin, 3. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1977)

6. Ackerknecht E H: Einleitung: Warum Medizingeschichte? Kurze Geschichte der Medizin 2. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1975)

7. Ackerknecht E H: Enleitung: Warum Medizingeschichte? Kurze Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 1-6 (1959)

8. Artelt W: Vorwort. Einführung in die Medizinhistorik. Ihr Wesen, ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel. 1. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. V-VI (1949)

9. Aschoff L, Diepgen P: Vorwort. Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 6. Auflage, Springer, Berlin, S. 1 (1945)

10. Aschoff L, Diepgen P: Vorwort. Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 5. Auflage, Bergmann, München, S. 1 (1943)

11. Aschoff L, Diepgen P: Vorwort. Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 4. Auflage, Bergmann, München, S. 1 (1940)

12. Aschoff L, Diepgen P: Vorwort. Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 3. Auflage, Bergmann, München, S. 1 (1936)

13. Aschoff L, Diepgen P: Einleitung. Kurze Übersichtstabelle zur Geschichte der Medizin, 2. Auflage, Bergmann, München, Wiesbaden, S. 1 (1920)

14. Aschoff L, Diepgen P, Goerke H: Vorwort. Kurze Übersichtstabelle der Geschichte der Medizin, 7. Auflage, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg, S. 1 (1960)

15. Bruchhausen W, Schott H: Vorwort. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 1. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 7-9 (2008)

16. Brugsch T: Medizin-historischer Überblick. 1. Auflage, Thieme, Leipzig (1961)

17. Claus J C: Vorwort. Medizingeschichte, 1. Auflage, Medicale Tribune, Wiesbaden, S. 7 (1985)

18. Creutz R, Steudel J: Wert und Nutzen der Medizingeschichte. Einführung in die Geschichte der Medizin in Einzeldarstellungen, 1. Auflage, Silva, Gütersloh, S. 7-13 (1948)

19. Deichfelder K: Vorwort. Geschichte der Medizin. Skizzen aus 2500 Jahren Heilkunde. 1. Auflage, Englisch, Wiesbaden, S. 6 (1985)

20. Diepgen P: Vorwort. Geschichte der Medizin: die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens Bd II. Band: I. Hälfte: Von der Medizin der Aufklärung bis zur Begründung der Zellularpathologie., 2. Auflage, Walter de Gruyter & Co., Berlin, S. 1 (1958)

21. Diepgen P: Vorwort. Geschichte der Medizin: die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens Bd II. Band: 2. Hälfte: Die Medizin vom Beginn der Zellularpathologiebis zu den Anfängen der modernen Konstitutionslehre., 1. Auflage, Walter de Gruyter & Co., Berlin, S. VII-XI (1955)

22. Diepgen P: Vorwort. Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens. Bd II. Band: I. Hälfte: Von der Medizin der Aufklärung bis zur Begründung der Zellularpatholgie, 1. Auflage, Walter de Gruyter & Co., Berlin, S. 1 (1951)

23. Diepgen P: Vorwort. Geschichte der Medizin. Die historische Entwicklung der Heilkunde und des ärztlichen Lebens. Bd I. Band: Von den Anfängen der Medizin bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts, 1. Auflage, Walter de Gruyter & Co., Berlin, S. 9-10 (1949)

24. Eckart W U: Vorwort. Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. 1. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. V-VI (2011)

25. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. 6. Auflage, Springer, Heidelberg, S. VI-VII (2009)

26. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin 5. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. VII-VIII (2005)

27. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin 4. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. VII-VIII (2001)

28. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin 3. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. VII-VIII (1998)

29. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. VII-IX (1994)

30. Eckart W U: Vorwort. Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. VII-VIII (1990)

31. Eckart W U, Jütte R: Vorwort. Medizingeschichte. Eine Einführung. 1. Auflage, Böhlau, Köln, Weimar, Wien, S. 7-8 (2007a)

32. Engelhardt D, Hartmann F: Einleitung. Klassiker der Medizin, Bd I. Band, 1. Auflage, Beck, München, S. 7-9 (1991)

33. Fangerau H, Vögele J: Vorwort. In: Fangerau H und Vögele J (Hrsg) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Unterrichtsskript für die Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 1. Auflage, Lit, Münster, S. 6-8 (2004)

34. Fischer-Homberger E: Funktionen und Funktionsmöglichkeiten der Geschichtsschreibung. Geschichte der Medizin, 2. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 1-6 (1977)

35. Fischer-Homberger E: Funktionen und Funktionsmöglichkeiten der Geschichtsschreibung. Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 1-6 (1975)

36. Frank W: Vorwort. Antwortkatalog Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Jungjohann, Heidelberg, S. V (1980)

37. Glaser H: Einleitung. Pioniere der Heilkunde, 1. Auflage, Wiener Volksbuchverlag, Wien, S. 7-8 (1950)

38. Gruber G B: Einführung in Geschichte und Geist der Medizin, 4. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. 2 (1952)

39. Gruber G B: Vorwort. Einführung in den Geist der Medizin, 2. Auflage, Thieme, Leipzig, S. 3 (1945)

40. Gruber G B: Vorwort. Einführung in Geist und Studium der Medizin, 1. Auflage, Thieme, Leipzig, S. 2 (1934)

41. Harig G, Schneck P: Vorwort. Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Gesundheit GmbH, Berlin, S. 9 (1990)

42. Heischkel E: Einleitung. Die Medizingeschichtsschreibung von ihren Anfängen bis zum Beginn des 16. Jahrhunderts, 1. Auflage, Dr. Emil Ebering, Berlin, S. 7-10 (1938)

43. Honigmann G: Vorrede. Geschichtliche Entwicklung der Medizin in ihren Hauptperioden dargestellt, 1. Auflage, Lehmanns, München, S. 1 (1925)

44. Hübotter F: Vorwort. 3000 Jahre Medizin: ein geschichtlicher Grundriss, umfassend die Zeit von Homer bis zur Gegenwart, unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Medizin und Philosophie, 1. Auflage, Rothacker, Berlin, S. 1-10 (1920)

45. Hühnerfeld P: Ehe der Geist erwacht. Kleine Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Scheffler, Frankfurt/Main, S. 7-8 (1956)

46. Jetter D: Vorwort. Geschichte der Medizin. Einführung in die Entwicklung der Heilkunde aller Länder und Zeiten. Thieme, Stuttgart, New York, S. III (1992)

47. Karger-Decker B: Die Geschichte der Medizin: von der Antike bis zur Gegenwart. 1. Auflage, Albatros, Düsseldorf (2001)

48. Karger-Decker B: Von Arzney bis Zipperlein: Bilder zur Kulturgeschichte der Medizin. 1. Auflage, Ed. q., Berlin (1992)

49. Koch E: Vorwort. Ärzte die Geschichte machten, 1. Auflage, Hofmann, Augsburg (1981)

50. Leibbrand W: Einleitung. Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin. 1. Auflage, Karl Alber, Freiburg, München, S. XII-XIV (1953)

51. Leibbrand W, Leibbrand-Wettley A: Vorwort. Kompendium der Medizingeschichte, 2. Auflage, Dr. Edmund Banaschewski, München, S. V (1967)

52. Lejeune F: Vorwort. Leitfaden zur Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Thieme, Leipzig, S. 7-10 (1943)

53. Leven K -: Einleitung/Geschichte(n) der Medizin. Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. 1. Auflage, Beck, München, S. 7-12 (2008)

54. Lichtenthaeler C: Vorrede/Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. Bd I, 4. Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 21-45 (1987)

55. Lichtenthaeler C: Vorrede/Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. Bd I, 3. Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 21-45 (1982)

56. Lichtenthaeler C: Vorrede/Warum Medizingeschichte?
Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. Bd I: Vorgeschichte, Antike und Mittelalter, 2. Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 21-45 (1977)

57. Lichtenthaeler C: Vorrede/Warum Medizingeschichte? Geschichte der Medizin. Die Reihenfolge ihrer Epochen-Bilder und die treibenden Kräfte ihrer Entwicklung. Bd I: Vorgeschichte, Antike und Mittelalter, 1. Auflage, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S. 21-45 (1975)

58. Mette A, Winter I: Vorwort. Geschichte der Medizin. Einführung in ihre Grundzüge. 1. Auflage, VEB, Berlin (1968)

59. Meyer-Steineg T, Sudhoff K: Vorwort. In: Herrlinger R und Kudlien F (Hrsg) Illustrierte Geschichte der Medizin, 5. Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart, S. V-VII (1965)

60. Meyer-Steineg T, Sudhoff K: Vorwort. In: von Hagen B (Hrsg) Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen, 4. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. VI-XI (1950)

61. Meyer-Steineg T, Sudhoff K: Vorwort. Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen, 3. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. III-V (1928)

62. Meyer-Steineg T, Sudhoff K: Vorwort. Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen, 2. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. III-V (1922)

63. Meyer-Steineg T, Sudhoff K: Vorwort. Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen, 1. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. 3-5 (1921)

64. Müller M: Vorwort. Weg der Heilkunst. Vom Entwicklungsgang der Medizin in alter und neuer Zeit. 2. Auflage, Müller & Steinicke, München, S. 2 (1948)

65. Müller M: Erster Teil/Die alte Medizin. Der Weg der Heilkunst, 1. Auflage, VdB, Berlin, S. 5-7 (1937)

66. Neuburger M: Vorrede. Geschichte der Medizin, Bd I. Band, 1. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. V-VI (1906)

67. Noack T, Fangerau H, Vögele J: Warum und wozu GTE? Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 1. Auflage, Elsevier, München, S. XIII-XV (2007)

68. Norpoth L: Vorwort. Große Ärzte: Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern. (von Henry E. Sigerist), 6. Auflage, Lehmanns, München, S. 8 (1970)

69. Norpoth L: Vorwort. Große Ärzte. Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern. (von Henry E. Sigerist), 4. Auflage, Lehmanns, München, S. 8 (1959)

70. Pagel J L: Vorwort. Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen, 2. Auflage, Karger, Berlin, S. V-VIII (1915)

71. Pollak K: Vorwort. Die Jünger des Hippokrates. Der Weg des Arztes durch sechs Jahrtausende. 1. Auflage, Econ, Düsseldorf, Wien, S. 7-10 (1963)

72. Puschmann T: Einleitung. In: Neuburger M und Pagel J L (Hrsg) Handbuch der Geschichte der Medizin, Bd 1. Band, 1. Auflage, Georg Olms, Hildesheim, New York, S. 3-9 (1971)

73. Riha O: Vorwort. Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin, 1. Auflage, Hans Huber, Bern, S. 9 (2008)

74. Schipperges H: Vorwort. Geschichte der Medizin in Schlaglichtern, 1. Auflage, Meyer, Mannheim, Wien, Zürich, S. 2 (1990)

75. Schipperges H: Vorwort. Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte, 1. Auflage, Thieme, Stuttgart, S. V-VI (1970)

76. Schlevogt E: Vorwort. Heilkunde im Wandel der Zeit, 1. Auflage, Schwab, Stuttgart, S. 7-8 (1950)

77. Schneck P: Vorwort. Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Uni-Med, Bremen, Lorch, S. 4 (1997)

78. Schneider E, Lang C: Vorwort. Geschichte der Medizin, 2. Auflage, Edition Medizin, Weinheim, Derfield Beach, Florida, Basel, S. 2-3 (1980)

79. Schneider E, Lang C: Vorwort. Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Rathgeber, München, S. 2-3 (1977)

80. Schott H: Vorwort. In: Schott H (Hrsg) Meilensteine der Medizin, 1. Auflage, Harenberg, Dortmund, S. 9-11 (1996)

81. Schott H: Vorwort. Chronik der Medizin, 1. Auflage, Chronik, Dortmund, S. 8- 9 (1993)

82. Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul N W: Vorwort. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H und Paul N W (Hrsg) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 9-11 (2006)

83. Schwalbe E: I. Vorlesung. Vorlesungen über Geschichte der Medizin 3. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. 1-21 (1920)

84. Schwalbe E: I. Vorlesung. Vorlesungen über Geschichte der Medizin 2. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. 3-23 (1909)

85. Schwalbe E: I. Vorlesung. Vorlesungen über Geschichte der Medizin, 1. Auflage, Gustav Fischer, Jena, S. 1-19 (1905)

86. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, 6. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 11-13 (1993)

87. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Pflege des kranken Menschen 5. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 9 (1980)

88. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Pflege des kranken Menschen 4. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 9-10 (1977)

89. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Pflege des kranken Menschen 3. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 5 (1972)

90. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Pflege des kranken Menschen, 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 5 (1970)

91. Seidler E: Vorwort. Geschichte der Pflege des kranken Menschen, 1. Aulage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 5-6 (1966)

92. Seidler E, Leven K -: Vorwort Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, 7. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 7-8 (2003)

93. Sieck A: Geschichte der Medizin. 1. Auflage, Compact, München (2005)

94. Sigerist H E: Einleitung. Anfänge der Medizin. Von der primitiven und archaischen Medizin bis zum Goldenen Zeitalter in Griechenland. 1. Auflage, Europa, Zürich, S. 1-34 (1963)

95. Sigerist H E: Zur neuen Auflage. Grosse Ärzte. Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern. 3. Auflage, Lehmanns, München, S. 11-12 (1954)

96. Sigerist H E: Vorrede. Große Ärzte eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern, 2. Auflage, Lehmanns, München, S. 8 (1933)

97. Sigerist H E: Vorrede. Große Ärzte. Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern. 1. Auflage, Lehmanns, München, S. 7-8 (1932)

98. Sudhoff K: Vorwort. Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin, 3. u. 4. Aufl. von J. L. Pagels "Einführung in die Geschichte der Medizin", Karger, Berlin, S. III-V (1922)

99. Tutzke D: Vorwort. In: Tutzke D (Hrsg) Geschichte der Medizin, 2. Auflage, VEB, Berlin, S. 6 (1983)

100. Tutzke D: Vorwort. In: Tutzke D (Hrsg) Geschichte der Medizin, 1. Auflage, VEB, Berlin, S. 5-6 (1980)

101. Vorwahl H: Vorwort. Geschichte der Medizin unter Berücksichtigung der Volksmedizin, 1. Auflage, Dr. Madaus & Co., Berlin, S. 3-4 (1928)

102. Wiench P: Vorwort. Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern. 1. Auflage, Kindler, München, S. 7-8 (1982)

103. Wolff H -: Vorwort/Einleitung. Einführung in die Geschichte der Medizin, 2. Auflage, Institut für Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte, Potsdam, S. 3-4 (1968)

Andere Literatur:

1. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002. Bundesgesetzblatt, Bonn (2002)

2. Approbationsordnung für Ärzte vom 14. Juli 1987. Bundesgesetzblatt, Bonn (1987)

3. Zweite Verordnung zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung vom 24. Februar 1978. Bundesgesetzblatt, Bonn (1978)

4. Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970. Bundesgesetzblatt, Bonn (1970)

5. Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953. Bundesgesetzblatt, Bonn (1953)

6. Bestallungsordnung für Ärzte vom 17. Juli 1939. Leipzig (1939)

7. Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901. Freiburg, Leipzig (1901)

8. Antes A L, Wang X, Mumford M D, Brown R P, Connelly S, Devenport L D: Evaluating the Effects That Existing Instruction on Responsible Conduct of Research Has on Ethical Decision Making. Acad Med, 85: 519-526 (2010)

9. Baer R: Themen der Psychiatriegeschichte. 1. Auflage, Enke, Stuttgart (1998)

10. Barthlen W: Entwicklung der Kinderchirurgie in den nächsten 20 Jahren. Chirurg, 80: 1099-1105 (2009)

11. Bartz O: Expansion und Umbau. Hochschulreformen in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1964 und 1977. die hochschule, Vol. 16, Heft 2: 154-170 (2007)

12. Bartz O: Bundesrepublikanische Universitätsleitbilder: Blüte und Zerfall des Humboldtianismus. die hochschule, Vol. 14, Heft 2: 99-113 (2005)

13. Bickel M H: Die Lehrbücher und Gesamtdarstellungen der Geschichte der Medizin 1696 - 2000 : ein Beitrag zur medizinischen Historiographie. 1. Auflage, Schwabe, Basel (2007)

14. Böhm A, Legewie H, Muhr T: Kursus Textinterpretation: Grounded Theory. In: Technische Universität Berlin (Hrsg) Interdisziplinäres Forschungsprojekt ATLAS, Bd Forschungsbericht 1992 (Nr. 92-3), 1. Auflage, Berlin, S. 1-124 (1992)

15. Bohrer T, Schmidt M, Rüter G, Königshausen J -: Medizinstudium: Die Schwester der Medizin. Dtsch Arztebl, 107: 51-52 (2010)

16. Brocke B v: Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie im Kontext der Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte. In: Frewer A und Roelcke V (Hrsg) Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. 1. Auflage, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, S. 187-212 (2001)

17. Bröer R: Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. In: Bröer R (Hrsg) Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. 1. Auflage, Centaurus, Pfaffenweiler, S. 3-15 (1999)

18. Bruchhausen W: Medical Humanities in Deutschland - komplementäre und kritische Beiträge zur Medizin. Bioethica Forum, 4: 135-142 (2011)

19. Campbell A V, Chin J, Voo T -: How can we know that ethics education produces ethical doctors? Medical Teacher, 29: 431-436 (2007)

20. Christ B: Hat die Anatomie noch eine Zukunft? Ann Anat, 189: 217-222 (2007)

21. Diepgen P: Das Schicksal der deutschen Medizingeschichte im Zeitalter der Naturwissenschaften und ihre Aufgaben in der Gegenwart. Dtsch Med Wochenschr, 60: 66-70 (1934)

22. Duffin J: A Hippocratic Triangle. History, Clinician-Historians, and Future Doctors. In: Huisman F and Warner J H (Hrsg) Locating Medical History. The Stories and their Meanings. 1. Auflage, The John Hopkins University Press, S. 432-449 (2004)

23. Eckart W U, Jütte R: Einführung. Medizingeschichte. Eine Einführung. 1. Auflage, Böhlau, Köln, Weimar, Wien, S. 9-31 (2007b)

24. Eulner H -: Geschichte der Medizin. In: Eulner H - (Hrsg) Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. 1. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 427-439 (1970b)

25. Eulner H -: Anatomie. In: Eulner H - (Hrsg) Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, 1. Auflage, Ferdinand Enke, Stuttgart, S. 32-45 (1970a)

26. Fachverband Medizingeschichte: , Gemeinsames Grundsatzpapier des Fachverbandes Medizingeschichte und der Akademie für Ethik in der Medizin. 27.06.2009, 2009-last update. Available: http://www.fachverbandmedizingeschichte.de/4service/GTE_22_10_09_Final.pdf [05/, 2012]

27. Fangerau H, Gadebusch-Bondio M: *unveröffentlichtes Vortragsskript.* Spannungen in der Medizingeschichte: Rückblick in die Zukunft, München 11.-12. Oktober 2012, S. 1-22, (2012)

28. Frewer A, Roelcke V: Konzepte und Kontexte bei der Institutionalisierung der Medizinhistoriographie um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert. In: Frewer A und Roelcke V (Hrsg) Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. 1. Auflage, Franz Steiner, Stuttgart, S. 9-25 (2001b)

29. Frewer A, Roelcke V: Vorwort. In: Frewer A und Roelcke V (Hrsg) Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. 1. Auflage, Franz Steiner, Stuttgart, S. 7-8 (2001a)

30. Frotscher M, Putz R: Anatomie heute - Eine Standortbestimmung. Ann Anat, 183: 397-404 (2001)

31. Glaser B G, Strauss A L: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 1. Auflage, Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto (1998)

32. Helm J: Medizinhistorische Lehre im Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin: Bedrohung oder Chance? Medizinhistorisches Journal, 43 (2): 202-215 (2008)

33. Illich I: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik von der Medikalisierung des Lebens. (1977). 5. Auflage, Beck, München (2007)

34. Jütte R: Geschichte der alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. 1. Auflage, Beck, München (1996)

35. Kater M H: Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek. Geschichte und Gesellschaft, 16: 440-463 (1990)

36. Kümmel W F: Geschichte, Staat und Ethik: Deutsche Medizinhistoriker 1933 - 1945 im Dienste "nationalpolitischer Erziehung". In: Frewer A und Neumann J N (Hrsg) Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900 - 1950. 1. Auflage, Campus, Frankfurt, New York, S. 167-201 (2001b)

37. Kümmel W F: "Dem Arzt nötig oder nützlich"? Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte im 19. Jahrhundert. In: Frewer A und Roelcke V (Hrsg) Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. 1. Auflage, Franz Steiner, Stuttgart, S. 75-89 (2001a)

38. Kümmel W F: Vom Nutzen eines "nicht notwendigen Faches": Karl Sudhoff, Paul Diepgen und Henry E. Sigerist vor der Frage "Wozu Medizingeschichte?". In: Toellner R und Wiesing U (Hrsg) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. 1. Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, S. 5-16 (1997)

39. Labisch A: Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. In: Vögele J, Fangerau H und Noack T (Hrsg) Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven. 1. Auflage, Lit, Hamburg, S. 13-26 (2006)

40. Labisch A: Von Sprengels "pragmatischer Medizingeschichte" zu Kochs "psychischem Apriori": Geschichte der Medizin und Geschichte in der Medizin. In: Frewer A und Roelcke V (Hrsg) Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert. 1. Auflage, Franz Steiner, Stuttgart, S. 235-254 (2001)

41. Lasch H G, Seeger W: Entwicklung der Inneren Medizin. Betrachtung im Kontext der gesamten Medizin und Zukunftsperspektiven. Internist, 48: 13-16 (2007)

42. Leffringhausen R: Zur Entwicklung des anatomischen Unterrichts in den vergangenen hundert Jahren. Med Dissertation, Department Anatomie, Abteilung II der Medizinischen Hochschule Hannover (1975)

43. Liek E: Das Wunder in der Heilkunde. 1. Auflage, Lehmanns, München (1930)

44. Marcuse H: Der eindimensionale Mensch. Studien zur Ideologie der fortgeschrittenen Industriegesellschaft (1967). 6. Auflage, DTV, München (2008)

45. Martin M, Fangerau H: Die Bedeutung unterschiedlicher Textsorten für die Repräsentation von Denkstil-Verschiebungen. In: Vögele J, Fangerau H und Noack T (Hrsg) Geschichte der Medizin - Geschichte in der Medizin. Forschungsthemen und Perspektiven, 1. Auflage, Lit, Hamburg, S. 153-161 (2006)

46. Möller M, Neitzke G, Stöckel S, Lohff B, Frewer A: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Ergebnisse einer Umfrage zur Lehre an deutschen Hochschulen. GMS Z Med Ausbild, 23(2): Doc38 (2006)

47. Naunyn B: Ärzte und Laien. Gesammelte Abhandlungen Bd II. Band, 1. Auflage, H. Stürtz A.G., S. 1327-1355 (1909)

48. Naunyn B: Die Entwicklung der inneren Medizin mit Hygiene und Bakteriologie im 19. Jahrhundert. Gesammelte Abhandlungen Bd II. Band, 1. Auflage, H. Stürtz A.G., S. 1280-1292 (1909)

49. Neitzke G, Möller M: Zur Evaluation von Ethikunterricht. Med Ausbild, 19: 190-195 (2002)

50. Peabody J W, Luck J, Glassmann P, Dresselhaus T R, Lee M: Comparison of Vignettes, Standardized Patients, and Chart Abstraction. A prospective Validation Study of 3 Methods for Measuring Quality. J Am Med Assoc, 283: 1715-1722 (2000)

51. Pellegrino E D: Teaching Medical Ethics: Some Questions and Some Responses. Acad Med, 64: 701-703 (1989)

52. Polianski I J, Fangerau H: Zwischen Mythos und Evidenz? Legitimationsdruck und Theoretisierungszwang in der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. In: Polianski I J und Fangerau H (Hrsg) Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach. 1. Auflage, Franz Steiner, Stuttgart, S. 21-34 (2012)

53. Probst C: Einführung. Konzepte der Medizingeschichte. In: Wiench P (Hrsg) Die großen Ärzte. Geschichte der Medizin in Lebensbildern. 1. Auflage, Kindler, München, S. 9-16 (1982)

54. Radke G: Woran erkennt man ein starkes Herz? Antworten aus der antiken Philosophie. Kardiologe, 2: 6-13 (2008)

55. Rheinberger H -: Historische Epistemologie zur Einführung. 1. Auflage, Junius, Hamburg (2007)

56. Roelcke V: Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945. NTM N.S. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin, 2: 193-216 (1994)

57. Rousseau J -: Über den Ursprung der Ungleichheit unter den Menschen (1755). In: Weigand K (Hrsg) Schriften zur Kulturkritik, 5. Auflage, Felix Meiner, Hamburg, S. 62-269 (1995)

58. Schluchter W: Legitimationsprobleme der Medizin. Zeitschrift für Soziologie, 3: 375-396 (1974)

59. Schott H: Die Situation der "kleinen Fächer" am Beispiel der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Bundesgesundheitsbl, 52: 933-939 (2009)

60. Schott H, Tölle R: Geschichte der Psychiatrie. 1. Auflage, Beck, München (2006)

61. Schulz S: Der Umgang mit Geschichte in den aktuellen Lehrbüchern der Ethik in der Medizin. In: Toellner R und Wiesing U (Hrsg) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. 1. Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, S. 17-34 (1997)

62. Schulz S, Woestmann B, Huenges B, Schweikardt C, Schäfer T: Wie wichtig ist der Unterricht in Medizinethik und Medizingeschichte im Medizinstudium? Eine empirische Studie zu den Einschätzungen Studierender. GMS Z Med Ausbild, 29 (1): 1-18 (2013)

63. Self D J, Schrader D E, Wolinsky F D: A Pilot Study of the Relationship of Medical Education and Moral Development. Acad Med, 66: 629-629 (1991)

64. Tillmann B: Opening Lecture - Die zukünftige Bedeutung der Anatomie. Ann Anat, 187: 433-437 (2005)

65. Toellner R: Der Funktionswandel der Wissenschaftshistoriographie am Beispiel der Medizingeschichte des 19. und 20 Jahrhunderts. In: Bröer R (Hrsg) Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. 1. Auflage, Centaurus, Pfaffenweiler, S. 175-187 (1999)

66. Toellner R: Einführung. In: Toellner R und Wiesing U (Hrsg) Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. 1. Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, S. 1-4 (1997)

67. Toellner R, Wiesing U: Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. 1. Auflage, Gustav Fischer, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm (1997)

68. van der Eijk J: Vom Nutzen und Nachteil der Medizinhistorie für das Leben - Form, Gehalt und Funktion der Medizingeschichtsschreibung in der Antike. In: Rütten T (Hrsg) Geschichte der Medizingeschichtsschreibung: Historiographie unter dem Diktat literarischer Gattungen von der Antike bis zur Aufklärung, 1. Auflage, Gardez!, Remscheid, S. 57-85 (2009)

69. Wiesemann C: The Contribution of Medical History to Medical Ethics. The Case of Brain Death. In: Rehmann-Sutter C, Düwell M and Mieth D (Hrsg) Bioethics in Cultural Contexts. Reflections on Methods and Finitude. 1. Auflage, Springer, Dordrecht, S. 187-196 (2006b)

70. Wiesemann C: Die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie. Ethik Med, 18: 337-341 (2006a)

71. Wiesing U: Die Persönlichkeit des Arztes und das historische Selbstverständnis der Medizin. Zur Medizintheorie von Ernst Schweninger, Georg Honigmann und Erwin Liek. Medizinhistorisches Journal, 31: 181-209 (1996)

72. Wissenschaftsrat: Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. Band 1: Wissenschaftliche Hochschulen. Mohr, Tübingen (1960)

Anhang

Darstellung aller argumentierenden Autoren mit den dazugehörigen Zitaten in alphabetischer Reihenfolge.

Autor	Argument	Jahr	Zitat
Ackerknecht, Erwin	1.) kulturhistorisches Argument	1959 – 1992	"Medizin und Krankheit haben eine unleugbare Wirkung auf die gesamte Geschichte, und das ärztliche Verhalten in einer Periode kann als eine Art Spiegelbild der gesamten Kultur dieser Periode angesehen werden. Wir wissen viel mehr über eine Kultur, wenn wir wissen, wie sie ihre Kranken behandelte und was sie über die Krankheit dachte."
	2.) epistemologisches Argument	1959 - 1992	"Jedoch der häufigste Grund für das Studium der Medizingeschichte ist wohl der Wunsch, die Medizin selbst zu verstehen und ihre Methoden, Organisation und ihre Grundvorstellungen zu erfassen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1959 – 1992	"Jeder, der erkannt hat, wie die Wahrheit von heute der Irrtum von morgen wird, wird eine selbstständigere und kritischere Haltung einnehmen und besser ausgerüstet sein, neue Wahrheiten anzunehmen."
	3.) integratives Argument	1959 - 1992	"Es gibt keine besseren Weg, um etwas Ordnung und Zusammenhang in die bedrückende Menge von Einzelheiten zu bringen als das Studium der Medizingeschichte" "Als einzige Disziplin, die die Medizin als Ganzes darstellt, ist die Medizingeschichte ein wertvolles Mittel gegen bestimmte Geisteshaltungen, die sich aus der unvermeidlichen, von den Ärzten zu recht beklagten Spezialisierung ergeben." "die Medizin befasst sich nicht mit unpersönlichen Atomen, Elementen, Pflanzen mit Tropismen oder Tieren mit Instinktmechanismen, sondern mit Menschen mit einer 'Seele' und 'freiem Willen'. Um seine Mission zu erfüllen, muß der Arzt mehr sein als ein reiner Techniker oder Wissenschaftler. Er muß menschlich abgerundet, human und humanistisch sein."

	4.) Argument der methodischen Nähe	1959 - 1992	"Die Mediziner pflegen den Organismus historisch mit Hilfe der Embryologie zu analysieren und den Zustand ihrer Patienten ebenfalls historisch, d.h. durch Krankengeschichte festzulegen."
	5.) pragmatisch-epidemiologisches Argument	1959 - 1992	"Die Geschichte der klinischen Beobachtung und der Therapie, und besonders die Geschichte der Krankheiten liefern Daten, die bei richtiger Anwendung immer noch neue Einsichten ergeben können."
	6.) sozialhistorisches Argument	1959 – 1992	"Die Medizingeschichte (…) dient daher wie keine andere medizinische Disziplin dazu, die Augen für jene sozialen Faktoren zu öffnen, ohne die die Probleme von Gesundheit und Krankheit nicht richtig verstanden werden können."
	7.) ethisches Argument	1959 – 1992	"Die medizinische Ausbildung ist erst vollständig, wenn sie dem zukünftigen Arzt auch bestimmte moralische und ethische Werte einpflanzt."
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1959 – 1992	"Diejenigen, die die Lehren des Hippokrates und das Leben von Männern wie Paré, Semmelweis, Lister, Pasteur oder Osler kennengelernt haben, werden darin immer-fließende Quellen moralischer Stärke finden."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1959 - 1992	"Die medizinischen Systeme früherer Zeiten sind in ihren Ähnlichkeiten wie in ihren Verschiedenheiten zur heutigen Medizin lehrreich." "Auf der anderen Seite besitzt die Medizin früherer Perioden (…) viele wichtige Ähnlichkeiten mit unserem eigenen System. Die meisten Probleme waren die gleichen. "Die Kenntnis der alten Theorien bietet dem Arzt einen weiteren Vorteil: Er wird viele seiner Patienten besser verstehen, die immer noch mannigfaltigen medizinischen Überzeugungen anhängen, die bis in die Steinzeit, bis zu den alten Griechen, Paracelsus oder dem Schotten John Brown zurückverfolgt werden können."
Artelt, Walter	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1949	"Wesentlich sind die Fragen nach der Grundstruktur der Heilkunde in vergangenen Epochen der Geschichte, nach den Kräften und Ideen, nach den Voraussetzungen und dem Sinn der großen schöpferischen Leistungen, die sie formten. Fragestellungen also, die zugleich an die Grundlagen unserer heutigen Medizin rühren und so zu einer vertieften Einsicht in das Wesen der Heilkunde überhaupt und ihrer

			Grundprobleme zu führen vermögen. Wesentlich ist das Wissen um die Gestalt der wahrhaft großen Ärztepersönlichkeiten der Vergangenheit, das die Medizingeschichte zu einem so wichtigen Faktor der ärztlichen Erziehung werden ließ."
Bruchhausen, Walter / Schott, Heinz	6.) sozialhistorisches Argument	2008	"In dieser Perspektive [der Historischen] werden Defizite und 'blinde Flecken' im Menschenbild der Biomedizin erkennbar, welche zum großen Teil die Theorie und Praxis der Heilkunde aus dem Blick verloren hat und auf drängende Fragen zum Gesundheitswesen wie z.B. das Problem der Ressourcenverteilung in nationaler wie globaler Hinsicht keine Antwort weiß."
	7.) ethisches Argument	2008	" 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' meint (..) keine getrennten Fachgebiete (..). Vielmehr soll klar werden, dass die Geschichte der Medizin substantiell ethische und theoretische Fragestellungen impliziert, wie umgekehrt auch die Medizinethik und Medizintheorie ohne eine historische Relativierung und Begründung abstrakt bleiben."
	9.) strukturelles Argument	2008	"Die neue Approbationsordnung für Ärzte von 2002 bewirkte eine tief greifende Änderung der ärztlichen Ausbildung. So wurden (..) eine Reihe von 'Querschnittsbereichen' eingeführt, in denen Leistungsnachweise zu erbringen sind, darunter auch 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin.' "
Creutz, Rudolf / Steudel, Johannes	1.) kulturhistorisches Argument	1948	"Mit der Vergangenheit seiner Kunst vertraut zu sein, gehörte noch zur Zeit des jungen Virchow zum Bildungsideal des Arztes." "Von diesen frühesten Epochen der Menschheitsgeschichte an bis auf unser heutiges Zeitalter ein Entwicklungsbild der Medizin, wenn auch nur in ganz großen Zügen zu erlangen, ist ein Ziel, das jedem Adepten der Heilkunde als erstrebenswert vorschweben müßte. Dafür sprechen vor allem zwei gewichtige Gründe, die ich mit den beiden Stichworten 'hoher wissenschaftlicher Genuß' und 'wertvoller Nutzen für umfassende allgemein medizinische Bildung' kenntlich machen möchte."

	2.) epistemologisches Argument	1948	"Das Ziel der vorliegenden Versuche ist erreicht, wenn es ihnen gelingt, im Arzte das Bewußtsein zu festigen, daß die Heilkunde der Gegenwart auf ein langes Werden zurückblickt und durch lebendige Tradition mit dem Können und Streben vergangener Ärztegenerationen verbunden ist."
Eckart, Wolfgang	1.) kulturhistorisches Argument	1990 - 2005	"Medizingeschichte (..) bietet die günstige Gelegenheit, sich sowohl mit den 'kulturellen und sozialen Grundlagen in der Geschichte des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns' als auch mit den 'Wandlungen der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit' zu beschäftigen."
	7.) ethisches Argument	1990 – 2005	"die inzwischen erfolgte Sensibilisierung für ethische Problemstellungen in der Medizin verlangt nicht mehr und nicht weniger als die umfassende Vermittlung 'unverzichtbarer Fähigkeiten, Einsichten und Haltungen' für die Ausübung des ärztlichen Berufs."
	9.) strukturelles Argument	1990 – 2005	"In der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 und in allen nachfolgenden Neufassungen bis hin zur 7. Novellierung dieses Gesetzes im Dezember 1989 wurde der medizinhistorische Unterricht als fester, zu prüfender Bestandteil in die ärztliche Ausbildung integriert. Eine Darstellung des Stoffes ist also auch aus diesem Grunde zwingend nötig."
	9.) strukturelles Argument	2009	"Durch die Approbationsordnung für Ärzte wird im Rahmen des Querschnittsbereiches 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' der medizinhistorische, medizintheoretische und medizinethische Unterricht als fester zu prüfender Bestandteil in die klinische ärztliche Ausbildung integriert."
	7.) ethisches Argument	2011	"Der Umstand, dass schließlich eine hochtechnisierte Medizin im Verlauf des 20. Jahrhunderts sich zunehmend auf ihr Können verließ und dabei den Patienten immer mehr als medikalisiertes Objekt betrachtete, ihn aber als empfindendes, wollendes Subjekt aus dem Auge verlor, lässt schließlich auch Fragen medizinischer Ethik ins Blickfeld rücken, wie sie vom Ende des 19. Jahrhunderts bis heute die moralische Debatte moderner Medizin bestimmen."

Eckart, Wolfgang / Jütte, Robert	1.) kulturhistorisches Argument	2007	"Medizingeschichte ist heute nicht nur Pflichtfach (neben Theorie und Ethik) im Curriculum des Medizinstudiums an deutschen Universitäten und bedeutendes Element im Kanon der übrigen wissenschaftshistorischen Disziplinen. Auch andere akademische Fächer haben die Geschichte der Heilkunde in ihrer jeweils kulturgebundenen Ausprägung sowie wegen ihrer Kulturgrenzen überschreitenden Konzept- und Praxisvielfalt als unverzichtbares Forschungsthema von hoher kultur-, gesellschafts- und politikwissenschaftlicher Relevanz für sich entdeckt."
Engelhardt, Dietrich / Hartmann, Fritz	1.) kulturhistorisches Argument	1991	"Denn der eigentliche Rahmen für die Geschichte einer in das Leben der Menschen so stark einwirkenden Handlungswissenschaft wie der Medizin ist doch wohl die Kulturgeschichte."
Fangerau, Heiner / Vögele, Jörg	9.) strukturelles Argument	2004	"Die Ärztliche Approbationsordnung verlangt an zentraler Stelle in §1(1) die 'Vermittlung der geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens'. Dies schließt als übergeordnetes Lehrziel diejenigen geistes- und kulturwissenschaftlichen Fähigkeiten ein, die für das ärztliche Handeln unerlässlich sind."
Fischer-Homberger, Esther	1.) kulturhistorisches Argument	1975 – 1977	"Im einzelnen ist zunächst die Funktion der Geschichte zu nennen, Bildungswerte zu vermitteln."
	2.) epistemologisches Argument	1975 – 1977	"True history is always contemporary history, as Benedetto Croce once said, because it is a contemporary interest, that drives a man to consul the past" (H. Sigerist)
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1975 – 1977	"Schließlich ist der Geschichtsschreibung mehr und mehr die Funktion übertragen, ein Bewußtsein der eigenen Geschichtlichkeit zu vermitteln.(…) Damit kann die Medizingeschichte Anregung zur Reflexion geben."
	5.) Pragmatisch-epidemiologisches Argument	1975 – 1977	"Ungebrochen überlebt die Recyclingfunktion auch in der Epidemiologie und der epidemiologisch orientierten Medizingeschichte. Der Medizinhistoriker ERWIN A.ACKERKNECHT schreibt hierzu 1963: 'Mediziner und Biologen erkennen immer mehr, daß sie hier Riesenexperimente auf einem Gebiet vor sich haben, auf dem das Tierexperiment wenig ergiebig und das Menschenexperiment unmöglich ist.' Auch PAUL DIEPGEN hat auf diesen Nutzen der Medizingeschichte hingewiesen."

	8.) Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument	1975 – 1977	"Häufig tritt die Geschichtsschreibung in den Dienst der Rechtfertigung und Selbstbestätigung (…) Im Extrem reduziert sich die Medizingeschichte auf eine medizinische Fortschrittsgeschichte(…).
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1975 – 1977	"(..) funktioniert die Geschichtsschreibung im Recycling alten Ideenguts und alter Erfahrung. Schon Hippokrates hat den Wert der Geschichte darin gesehen, daß diese die Erfahrungen der Alten vor dem Untergang bewahrt, so daß auch später Lebende auf ihnen aufbauen konnten." "Die Prognostizier- und Orakelfunktion der historischen Analyse basiert auf der Idee, es lasse sich aus Vergangenem auf Zukünftiges schließen (..). Solche Schlüsse sind offensichtlich immer wieder möglich gewesen - wir sehen heute vieles wahr werden, was längst verstorbene Historiker vorausgesehen haben."
Harig, Georg / Schneck, Peter	2.) epistemologisches Argument	1990	"die Hauptlinien des Werdegangs der Heilkunde als einen nicht immer geradlinig verlaufenden historischen Prozeß vermitteln und damit zum besseren Verständnis der gegenwärtigen und künftigen Entwicklungstrends in der modernen Medizin in ihrer Gesetzmäßigkeiten beitragen." "Die erworbene medizinhistorische Sichtweise weckt tieferes Verständnis für die Notwendigkeit der Bewahrung des kulturellen und wissenschaftlichen Erbes auf dem Gebiet der Medizin und bildet so die Voraussetzung für die Entwicklung eines produktiven Verhältnisses zur Pflege progressiver Traditionen in unserem Gesundheitswesen."
	6.) sozialhistorisches Argument	1990	"Der Erwerb von medizinhistorischem Grundwissen ist geeignet, die Erkenntnis von der Einbindung der Medizin in den sozialökonomischen, wissenschaftlichen und technischen Entwicklungsprozeß der menschlichen Gesellschaft zu fördern und damit das Geschichtsbewußtsein zu vertiefen. Auch trägt er zu einer besseren Einsicht in philosophische, erkenntnistheoretische und berufsethische Aspekte der Medizin bei."
Honigmann, Georg	1.) kulturhistorisches Argument	1925	"Es (…) will nur versuchen, den geschichtlichen Entwicklungsgang der Ideen fortlaufend wiederzugeben, die die Medizin durchsetzen, und ihre kulturgeschichtliche Bedingtheit darstellen."

Hühnerfeld, Paul	1.) kulturhistorisches Argument	1956	"Wer sich für die Geschichte der Medizin interessiert, der interessiert sich in einer ganz besonderen Weise für die Geschichte des Menschen. Die Geschichte der Medizin hat es mit drei Gegebenheiten zu tun: mit dem Kranken, mit der Krankheit und mit dem Arzt. Ihre wechselseitige Stellung zueinander ist beispielhaft für eine Grundsituation menschlichen Existierens auf dieser Erde." "Die Geschichte der Medizin - recht verstanden - läßt sich deshalb im Grunde immer auf die Geschichte zweier Menschen reduzieren, von denen der eine leidet und der andere mitleidet. Von daher ist ihr Studium vielleicht nützlicher als manches andere. Und weil das so ist, sollten sich auch nicht nur die Menschen mit ihr beschäftigen, die gerade leiden oder mitleiden - Kranker oder Arzt sind. In unserer Zeit der mangelnden Leidensfähigkeit ist sie vielleicht für jeden - nicht nützlich - aber nötig."
Leibbrand, Werner	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1953	"Fortschrittsfroh einerseits, verfällt sie [die Medizin] in neue Fehler und muß sich daher mit Vergangenem konfrontieren. Der Philosophie gleich muß sie sich mit Vergangenem auseinandersetzen, um neue Ansätze zu finden."
Leibbrand, Werner / Leibbrand-Wettley, Annemarie	1.) kulturhistorisches Argument	1967	"es [das Buch] erstrebt nicht moderne Perfektion, sondern humanistischen Eros. In diesem Sinne will es benutzt sein, in solchem Sinne 'kann man was profitieren' ".
Lejeune, Fritz	1.) kulturhistorisches Argument	1943	"Die Geschichte der Medizin ist ein Teil der allgemeinen Kulturgeschichte und deshalb von dieser nicht zu trennen und nur in engem Zusammenhange mit ihr zu lehren und zu lernen."
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1943	"besonders der ärztlichen Jugend die Großtaten unserer Vorfahren mühelos nahezubringen und sie mit Ehrfurcht zu erfüllen vor dem Ringen und Schaffen derer, die vor uns waren und denen wir als unsern Vorkämpfern ewige Dankbarkeit schulden."
Leven, Karl-Heinz	1.) kulturhistorisches Argument	2008	Die Medizingeschichte hat die Aufgabe, Medizin(en) in ihrem jeweiligen kulturellen Kontext zu erfassen und zu deuten."

	2.) epistemologisches Argument	2008	"Die (wissenschaftliche) Medizingeschichte hat in der modernen naturwissenschaftlich geprägten Medizin eine besondere Aufgabe: die geisteswissenschaftliche Selbstreflexion und Ortsbestimmung einer in raschem Wandel begriffenen Disziplin. Damit trägt die historische Wahrnehmung zum Selbstverständnis der Medizin bei und ist geeignet, gegenwärtige Phänomene in ihrer Entwicklung und Kausalität darzustellen und zu analysieren." "Die Medizingeschichte trägt zum Verständnis der Gegenwart und aktueller Entwicklungen bei. Sie stellt gleichsam die Anamnese der heutigen Medizin, zeigt Knotenpunkte der Entwicklung, Wege und Irrwege"
	6.) sozialhistorisches Argument	2008	"Die Medizingeschichte ist ein Instrument zur Wahrnehmung der sozialen Dimension der Heilkunde."
Lichtenthaeler, Charles	1.) kulturhistorisches Argument	1975 - 1987	"Neben der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Ethik, gibt es eine spezifische ärztliche Bildung, die vor allem durch das Studium der medizinischen Vergangenheit vermittelt wird. (…) Erst durch das historische Bewußtsein reifen Sie zu wahren ärztlichen Persönlichkeiten."
	2.) epistemologisches Argument	1975 - 1987	"Man muss es immer wieder sagen: um zu wissen, wo wir stehen, müssen wir wissen, woher wir kommen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1975 - 1987	"Die geschichtliche Vergangenheit hat uns geprägt, ob uns das behagt oder nicht. Und 'verschleiern wir uns unsere Geschichte, so überfällt sie uns, ohne daß wir wissen wie'." "die historische Bildung ist vornehmlich für den Arzt selbst bestimmt. Sie öffnet seinen Blick, schärft seinen kritischen Verstand, schützt ihn vor Einseitigkeit, hilft ihm, auch am Krankenbett, seine Urteile zu nuancieren." "die humanistische Bildung wurde vernachlässigt oder gar aufgegeben; der materialistische Grundzug des medizinischen Naturalismus hingegen trat immer mehr zutage. Die von Diagnose und Therapie beherrscht Heilkunde nahm einen vorwiegend technische Charakter an, und die Ärzte verlernten das Denken, die 'Reflexion'."

	3.) integratives Argument	1975 - 1987	"die Medizingeschichte nach der jetzigen Studienordnung die einzige Disziplin ist, die die Heilkunde als Ganzes erfaßt." "Ferner bietet das geistes - und sozialwissenschaftliche Fach der Medizingeschichte (…) so etwas wie ein erwünschtes Korrektiv, da sich die meisten anderen medizinischen Disziplinen von naturwissenschaftlichen und technischen Gesichtspunkten leiten lassen."
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1975 - 1987	"Fesselnd ist das geschichtliche Geschehen aber auch an und für sich, durch seine schöpferische Gewalt und unerschöpfliche Vielgestaltigkeit."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1975 - 1987	"Verschmähen wir also nicht die medizinische Vergangenheit: sie schenkt uns das was fehlt: konkrete Vergleichsmöglichkeiten, aus denen wir lernen können, die Entwicklung unserer Medizin zielbewußter zu lenken. Unsere Schulmedizin ist nicht 'die' Medizin schlechthin, wie so viele heute meinen, sondern lediglich die riesenhafte Hypertrophie einer einzigen Forschungsrichtung, der des 'medizinischen Naturalismus'. Sie wird sich erst dann wieder zeitgerechter fortentwickeln, wenn sie den Zugang zu ihren Quellen, den sie sich selbst vor hundertfünfzig Jahren versperrte, wiedergefunden hat."
Meyer-Steineg, Theodor / Sudhoff, Karl	8.) Das die aktuelle Medizin legitimierende Argument	1921	"daneben auch dem deutschen Arzte und der deutschen medizinischen Wissenschaft die Weltgeltung erhalten helfen, die beide verdienen."
	1.) kulturhistorisches Argument	1922	"Unser knapper illustrierter Abriss wird, wie wir hoffen, seinen Weg weiter machen und der kulturgeschichtlichen Aufklärung dienen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1922	"Möge er besonders in die Hände recht vieler Ärzte gelangen, deren Beruf und Denken der historischen Vertiefung und Anlehung heute mehr als je Bedarf, namentlich in deutschen Landen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1928	"So ist das Buch wieder voll auf Höhe der Zeit und für den starken Bedarf unserer Ärzte nach historischer Aufklärung bereit."

Mette Alexander / Winter Irina	6.) sozialhistorisches Argument	1968	"Das Studium der Geschichte der Medizin legt deutlich an den Tag, wie stark es von den Produktionsverhältnissen abhängt, wo der Vertiefung des Wissens eine Grenze gezogen und der sachlichen Nutzbarmachung der Erkenntnisse Schranken auferlegt werden."
Noack, Thorsten / Fangerau, Heiner / Vögele, Jörg	2.) epistemologisches Argument	2007	"Heutige Themen der Medizin, Fragen ihrer Einbettung in die Gesellschaft und ihre ethischen Implikationen sind keineswegs voraussetzungslos und aus sich heraus zu verstehen. Sie sind nur aus ihrer Geschichte heraus nachvollziehbar und nur eine theoretische Auseinandersetzung mit ihnen ermöglicht ihre sinnvolle Durchdringung. Unsere Hochschulmedizin wird aus öffentlichen Mitteln finanziert. Was mit diesen Geldern in Patientenversorgung, Lehre und Forschung geschieht, wie und warum, basiert auf einem gesellschaftlichen Konsens, der nur historisch verstanden werden kann. Vergangene Entscheidungen haben die gegenwärtige Medizin hervorgebracht. Die Geschichte der Medizin ist die Archäologie ihrer Gegenwart."
	9.) strukturelles Argument	2007	"Die Ärztliche Approbationsordnung verlangt an zentraler Stelle in §1(1) die 'Vermittlung der geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens'. Dies schließt als übergeordnetes Lehrziel diejenigen geistes- und kulturwissenschaftlichen Fähigkeiten ein, die für das ärztliche Handeln unerlässlich sind."
Riha, Ortrun	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	2008	" 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' ist jedoch weniger die Vermittlung kognitiven Wissens als die Ermunterung zu Perspektivenwechsel und Reflexion (…) Raum für Nachdenken, Interpretieren und Argumentieren." "Die kritische Distanz zum eigenen Tun gehört in der Medizin zu den Kernkompetenzen; 'Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin' ermuntern dazu, das schon im Studium auszuprobieren."
Schipperges, Heinrich	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1970	"Insofern könnte diese 'Geschichte für heute und auf morgen' auch dem Arzt eine Hilfe bieten, nicht für die Anforderungen seines Alltags, sondern mehr für die Theorie seiner Therapeutik."

Schlevogt, Ernst	3.) integratives Argument	1950	"Heilkunde ist stets mehr gewesen als bloß wissenschaftliche Medizin; sie mußte mehr sein, denn Wissenschaft geht immer mit gewissen Einschränkungen einher. So beschränkte sich die Wissenschaft der jüngsten Vergangenheit vorwiegend auf Materie und Kausalzusammenhang. Sie konnte damit den Menschen in seiner Gesamtheit von Körper, Seele und Geist nicht voll erfassen. (...) Der Gegensatz zwischen der Begrenztheit der Wissenschaft und der Weite des lebendigen Geschehens hat in der Heilkunde zu Spannungen geführt, die mitunter der Dramatik nicht entbehrten. Die Geschichte der Medizin gewinnt dadurch an Bedeutung weit über die eines wissenschaftlichen Fachgebietes hinaus. Sie wird zum Symbol für das Ringen der Menschen um Erkenntnis, um ihren leidenden Mitmenschen zu helfen."
Schneck, Peter	1.) kulturhistorisches Argument	1997	"Sie lehrt uns, die Medizin als einen Teil der jeweiligen Kulturepoche zu begreifen."
	2.) epistemologisches Argument	1997	"Sie weckt Verständnis für manche nur scheinbar veraltete diagnostische und therapeutische Methode, macht aber auch Irrtümer und Umwege der Vergangenheit plausibel und weist daraufhin, daß auch wir Heutigen in einem Glashaus sitzen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1997	"Die Medizingeschichte vermag (..) eine selbständigere und kritische Haltung zu vermitteln."
	3.) integratives Argument	1997	"nicht zuletzt ist sie als eines der wenigen Fachgebiete, das sich noch mit der Medizin in ihrer Gesamtheit befaßt, in der Lage, etwas mehr Übersichtlichkeit in widerstreitende medizinische Konzepte und in verwirrende Einzelheiten der nun so zahlreich gewordenen Spezialdisziplinen zu bringen."
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1997	"Sie kann am Schicksal und der Integrität großer Ärztepersönlichkeiten ethische Werte beispielhaft machen."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1997	"Die Medizingeschichte rückt die Jahrtausende alte Erkenntnis von den großen Einflüssen seelischer Störungen für Gesundheit und Krankheit immer wieder ins Bewußtsein."

Schneider, Emmi / Lang, Carola	2.) epistemologisches Argument	1977 - 1980	"Was hier vermittelt werden soll, ist nur eine Bekanntschaft: mit ewigen medizinischen Wahrheiten, die sich als revidierbar erwiesen, mit scheinbar neuen Errungenschaften unserer Zeit, die schon einmal dagewesen sind, mit Faktoren, die zur Entstehung des heutigen medizinischen Denkens und der heutigen sozialen Stellung des Arztes führten - die Bekanntschaft mit der historischen Dimension."
Schott, Heinz	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1993	"Auch die Frage, inwieweit Vergangenes - im Guten wie im Bösen - noch in den Knochen steckt und uns - oft unerkannt - umtreibt, ist keineswegs veraltet. Blicken wir mit dieser Fragestellung zurück, so können wir Überraschendes erfahren."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1996	"Somit verweisen unsere historisch gesetzten 'Meilensteine' vielfach auf aktuelle Herausforderungen und können zu einem Nachdenken über die Zukunft beitragen."
Schulz, Stefan / Steigleder, Klaus / Fangerau, Heiner / Paul Norbert W.	7.) ethisches Argument	2006	"Mit der neuen Approbationsordnung für Ärzte wurde angesichts der wachsenden Bedeutung medizinethischer Fragen ein neuer scheinpflichtiger Querschnittsbereich 'Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin' in die ärztliche Ausbildung integriert."
Schwalbe, Ernst	2.) epistemologisches Argument	1905 - 1920	"Die Geschichte der Wissenschaft, seiner Wissenschaft ist für jeden ernsthaften Forscher von großem Interesse, wer Neues bauen will, muß den Grund kennen, auf dem er baut, wer die wissenschaftliche Literatur verachtet, wird seine eigenen Leistungen leicht zu hoch bewerten. Unsere größten Forscher waren auch vorzügliche Kenner der Geschichte ihrer Wissenschaft." "Diese soll uns, wie die Geschichte der Wissenschaft überhaupt, unsere heutigen Anschauungen aus denen der vergangenen Zeiten verständlich machen." "Als eine ihrer vornehmsten Aufgaben sehe ich an, uns die Entwicklung der Anschauungen vom Wesen der Krankheiten darzustellen. Wir werden sehen, daß diese Anschauungen außerordentlich gewechselt haben, daß es langer Arbeit bedurfte, um die Medizin zu dem zu machen, was sie heute ist, zu einer Naturwissenschaft."

	3.) integratives Argument	1905 - 1920	"…ist sie doch durch ihre Eigenart berufen, allzeit die verbindende, die ganze Medizin umspannende, Disziplin zu bilden." "Ein neuer Reiz zeigt sich uns beim Studium unseres Gebietes. Nicht nur die verschiedenen Disziplinen der Medizin umschlingt historische Forschung mit gemeinsamem Band, sie schlägt uns die Brücke zu anderen Wissenschaften, zunächst den Naturwissenschaften. Sie ist berufen, in unserer Zeit der weitgehenden Zersplitterung der Wissenschaften in Fakultäten nicht nur, sondern in Disziplinen, Sonderdisziplinen, Spezialfächer und -Fächerchen einigend zusammenzufassen, herzustellen jene Universitas literarum, nach der unsere Hochschulen stolz den Namen führen, die ein Humboldt, ein Helmholtz in genialem Sinne erfaßten."
Seidler, Eduard	1.) kulturhistorisches Argument	1970	"Geschichte der Heil-Kunde ist letztlich Geschichte der menschlichen Kultur, und die Beziehung zum Nächsten ist eine der Quellen menschlicher Kultur überhaupt."
	4.) Argument der methodischen Nähe	1970	"Jede Reflexion (…) wird zwangsläufig dazu kommen, Fragen an die Geschichte zu stellen. Es handelt sich dabei um den gleichen, jedem medizinisch Geschulten selbstverständlichen Prozeß der Erhebung einer Anamnese, ohne die weder der Status praesens begriffen noch eine Prognose gewagt werden kann."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1972	"Die unerwartet schnell notwendige Wiederauflage des vorliegenden Buches ist ein erfreuliches Zeichen für das Bedürfnis nach kritischer Reflexion jener Entwicklungen, die unsere heutige Situation in Medizin und Pflege bestimmen."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1980	"Die historische Methode hat in der Ausbildung aller Heilberufe eine propädeutische und eine kritisch begleitende Funktion. Historische Fragen bemühen sich um die Grundlagen des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, um die Modelle der Bewältigung von Krankheit und Not, um eine Typologie der Heilberufe und um die Grundlagen der medizinischen Ethik."
	2.) epistemologisches Argument	1993	"In nur wenigen Berufen kann so unmittelbar aus der eigenen Arbeit miterlebt werden, daß Geschichte bestimmt, was heute geschieht (…) nicht die grundsätzlichen Herausforderungen an die Helfer haben sich gewandelt, sondern der Umfang und die Modelle ihrer Bewältigung. Historisch - anamnestisches Denken sollte daher überall da verfügbar sein,

			wo Verständnisgrundlagen bereitgestellt werden müssen, um das zu verstehen, was man heute tut und warum das so ist."
Seidler, Eduard / Leven Karl-Heinz	2.) epistemologisches Argument	2003	"In nur wenigen Berufen kann so unmittelbar aus der eigenen Arbeit miterlebt werden daß Geschichte bestimmt, was heute geschieht (…) nicht die grundsätzlichen Herausforderungen an die Helfer haben sich gewandelt, sondern der Umfang und die Modelle ihrer Bewältigung."
Sigerist, Henry E.	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1932	"Daß ihnen [den alten Ärzten] Höchstes zu schaffen vergönnt war, macht sie zu unsern Meistern und Vorbildern, an denen wir uns immer wieder aufrichten können, wenn der Alltag unsern Glauben an die Göttlichkeit unsrer Sendung zu ersticken droht."
	2.) epistemologisches Argument	1954	"Doch nach wie vor stehen wir auf den Schultern unserer Vorgänger, welche die Bedingungen geschaffen haben für heutiges Gelingen."
	2.) epistemologisches Argument	1963	"Die Geschichte der Medizin lehrt uns, von wo wir ausgingen, wo wir in der Medizin gegenwärtig stehen und in welche Richtung wir marschieren. Sie ist der Kompaß, der uns in die Zukunft führt."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1963	"Wenn die allgemeine Geschichte ein Instrument des Lebens im allgemeinen ist, dann ist die Geschichte der Medizin ein Instrument des medizinischen Lebens. Das Bild, das ein Arzt von der Vergangenheit seines Berufes in sich trägt, übt einen deutlichen Einfluß auf sein Denken und dadurch auch auf seine Handlungen aus. Überlieferungen erlegen uns immer Verpflichtungen auf."
	6.) sozialhistorisches Argument	1963	"Es ist klar, daß ein Arzt einen Patienten, der an einer Lungenentzündung, Syphilis oder einer anderen Krankheit leidet, erfolgreich behandeln kann, ohne Kenntnisse der allgemeinen Geschichte oder der Geschichte der Medizin zu besitzen. Die einzige Geschichte die er kennen muß, ist die seines Patienten. In dem Augenblick jedoch, wo wir den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten oder die Tuberkulose aufnehmen oder eine ärztliche Betreuung für ländliche Bezirke einrichten wollen oder was es sonst sein mag, mit anderen Worten, in dem Augenblick, wo wir unsere Anstrengungen nicht auf die Einzelpersönlichkeit richten, sondern auf eine Gruppe, brauchen wir eingehende geschichtliche Kenntnisse. Der Erfolg oder der

			Mißerfolg unserer Anstrengungen kann sehr wohl davon abhängen, ob wir die vielen sozialen, wirtschaftlichen, politischen, religiösen, philosophischen und anderen nichtmedizinischen Faktoren, die die Lage bestimmen, richtig beurteilen. Ein solches Urteil können wir uns nur auf Grund geschichtlicher Analyse bilden."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1963	"Jede Situation, in der wir uns befinden, ist das Ergebnis gewisser geschichtlicher Entwicklungen und Tendenzen, über die sich die Masse in der Regel nicht im klaren ist. Durch geschichtliche Analyse sind wir imstande, diese Entwicklungen und Tendenzen bewußt zu machen, und als Ergebnis wird eine verwirrt erscheinende Lage ganz plötzlich klar. Wir verstehen sie, können ihr Rechnung tragen und sie freimütig diskutieren und handeln klüger, als wir es vorher konnten."
Sigerist, Henry E. (Vorwort: Leo Norpoth)	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1959	"Selten ist dem Arzt die Besinnung auf sich selbst, sein geschichtliches Werden und seine Verantwortung so notwendig gewesen wie in unseren Tagen. Fast täglich überbieten sich die Neuerungen. (…) Aber sie erwiesen sich auch als zweischneidig und gefährlich in den Händen der Unwissenden und der Gewissenlosen; "
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1959	"Wenn der 'unbekannte Arzt' (..) unter der Last seiner Aufgabe und der zunehmenden Verantwortung gegenüber dem einzelnen Kranken und der menschlichen Gesellschaft zu zerbrechen droht, werden die großen Gestalten der Heilkunde Trost und neue Kraft ausstrahlen, Gestalten, die aus den Schwierigkeiten ihrer historischen Situation Auswege suchten und oft genial fanden."
	7a) Argument der moralischen Vorbilder	1970	"So soll auch weiterhin dieses Werk (…) von der Größe der Wegbereiter für diejenigen Ärzte künden , die fast täglich von Sorge, Mißmut, Unzulänglichkeit, nicht selten Ohnmacht geplagt sind, sich im Dienste am körperlich und seelisch kranken Menschen verzehren und dennoch nicht darauf verzichten wollen, im Geiste ihrer großen Vorbilder Hilfe, Trost, Stärke, Mut, Heilung oder doch Linderung zu spenden."
Sudhoff, Karl	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1922	"Die Medizin unserer Tage verlangt nach historischer Vertiefung."

Tutzke. Dietrich	1.) kulturhistorisches Argument	1980 - 1983	"in der internationalen ideologischen Klassenauseinandersetzung die sozialistischen Positionen durch den Nachweis zu festigen, daß der Sozialismus der rechtmäßige Erbe aller großen humanistischen Traditionen auch in der Medizin ist."
	2a) Argument der epistemologisch-pädagogischen Funktion	1980 - 1983	"die ideologische Bildung der Studenten, Ärzte und sonstigen Mitarbeiter des Gesundheitswesens durch Vermittlung medizinhistorischer Kenntnisse zu vertiefen und ihre Erziehung zu sozialistischen Persönlichkeiten durch Förderung ihres Geschichtsbewußtseins zu unterstützen."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1980 - 1983	"den gegenwärtigen Entwicklungsstand der Medizin als historischen Prozeß begreifen zu lernen, um die Erfahrungen und Lehren der Vergangenheit für die Lösung aktueller medizinischer Probleme nutzen zu können."
Wiench, Peter	1.) kulturhistorisches Argument	1982	"Natur-, Geistes- wie auch politische Geschichte spielen in der Entwicklung zu jedem Zeitpunkt eine große Rolle."
Wolff, Horst-Peter	1.) kulturhistorisches Argument	1968	"Die Geschichte der Heilkunde ist ein Teil der Kulturgeschichte der Menschheit, daher muß auch die Geschichte der Medizin in ihrer Verknüpfung mit den allgemeinen historischen Erscheinungen betrachtet werden."
	2.) epistemologisches Argument	1968	"Man kann den augenblicklichen Entwicklungsstand der Medizin nur mit der Kenntnis ihrer Geschichte beurteilen. (…) Wer die Geschichte der Medizin kennt, gelangt ohne Schwierigkeit zu der Überzeugung, daß das heute erworbene Berufswissen schon morgen nicht mehr ausreicht."
	10.) Argument des Lernens aus der Geschichte	1968	"Wir müssen deshalb an die Geschichte der Medizin so herangehen, daß wir aus der Vergangenheit Lehren für die Gegenwart und Zukunft unseres Gesundheitswesens ziehen."

Danksagung

Ich danke Herrn **Prof. Dr. Heiner Fangerau** für die freundliche Überlassung des Themas und seine großartige Unterstützung.

Des Weiteren danke ich Frau **Olga Polianksi** und Frau **Stephanie Schütz** für ihre Unterstützung bei den Recherchearbeiten zu diversen Autoren und für die freundliche Bereitstellung der einen oder anderen Literatur. Des Weiteren danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Universität Ulm, die in irgendeiner Art und Weise am Gelingen dieser Arbeit beteiligt waren und die nicht namentlich genannt sind.

Frau **Anna Grecksch** danke ich ganz herzlich für die Hilfe bei der Transkription eines Vorwortes.

Mein ganz besonderer Dank gilt zu guter Letzt **meiner Mutter** und meinem Stiefvater **Jörg Piechottka** für die großartige Unterstützung während meines gesamten Studiums.

Lebenslauf

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt

Reischach, Mai 2015 Michael Eckerl