

Spannungen in der jüngeren Medizingeschichte: Legitimationsstrategien und Zielkonflikte – ein Beitrag zur Diskussion

Heiner Fangerau und Mariacarla Gadebusch Bondio

Kürzlich äußerte sich Richard Horton, Herausgeber von *The Lancet*, wenig schmeichelhaft über das Fach Medizingeschichte. Es habe aufgehört interessante Bücher zu produzieren und sei insgesamt auf einem absteigenden Ast (Horton 2014). Unter Rückgriff auf Oswei Temkin (1902–2002) argumentiert er, Medizinhistoriker/-innen sollten sich fragen, welche Bedeutung ihre Forschung für die Gegenwart haben könne („how an exploration of the past connects with our present“) und er erinnert sie daran, dass es ihre Aufgabe sei, die Fähigkeit der Ärzte¹ zu verbessern, negativen Trends in der Medizin (wie z.B. der Ökonomisierung des Gesundheitswesens) entgegenzutreten. Da Medizinhistoriker/-innen heute aber diesen Anspruch nicht mehr hätten, seien sie unsichtbar, unhörbar und infolgedessen belanglos.

Obwohl Horton das Ende der interessanten Medizingeschichte auf das Ende des letzten Jahrhunderts datiert, zeigt schon seine Bezugnahme auf die Mahnungen des deutsch-amerikanischen Medizinhistorikers Temkin, dass er mit seiner Kritik an einen längeren Diskurs um das inhaltliche Selbstverständnis des Faches anschließt. Auseinandersetzungen über die fakultäre Verortung, den Aufgabenbereich, die Legitimation und Qualitätsstandards hatten schon vor diesem Artikel immer wieder für Spannungen in der institutionalisierten Medizingeschichte gesorgt. Im Folgenden unternehmen wir den Versuch, diese Spannungen am Beispiel der deutschen Medizingeschichte skizzenhaft zu rekonstruieren und sie angesichts aktueller fachpolitischer

Herausforderungen zu reflektieren. Unser Ziel ist es, eine Hortons Diagnose widersprechende Perspektive für die Zukunft der deutschen Medizingeschichte aufzuzeigen, die das Fach Medizingeschichte in seiner Gesamtheit unter einem breiteren Verständnis dessen, was Medizingeschichte leisten kann, berührt.

Auf eine kurze Darstellung der institutionalisierten Medizingeschichte mit ihrem Sonderstatus, der durch die fakultäre Einbettung bedingt ist, folgt eine Übersicht über die fachinternen Auseinandersetzungen um professionelle Selbstfindung und Qualität, die letztendlich in einem ebenfalls kurz zu schildernden Methodenstreit mündeten. Den Abschluss bildet eine Reflexion über die an deutschen Medizinischen Fakultäten nicht reibungslose, ja dialektische Beziehung von Medizingeschichte und Medizinethik. Die koexistierenden Disziplinen, die sich mit der Medizintheorie als diskrete und stille Mitbewohnerin den geisteswissenschaftlichen Raum im Haus der Medizin teilen, schwanken dabei in ihrem Verhältnis zueinander zwischen konkurrierenden und integrierenden Haltungen, wobei in Hortons Lesart vielleicht die einen geschichtsvergessen, die anderen ohne Gegenwartsbezug operieren.

Neben eigenen Erfahrungen und Quellen stützen wir uns in diesem Diskussionspapier auf eine Reihe wertvoller Forschungsarbeiten. So wurden in den letzten zwanzig Jahren neben Arbeiten zur Geschichte der Medizingeschichte wie etwa von Volker Roelcke (1994) in mehreren zum Teil anspruchsvollen Sammelbänden sowie Zeitschriftbeiträgen Forschungstendenzen und strukturelle Dimensionen der Medizingeschichte aufgearbeitet. Auch Elemente einer Ideengeschichte und einer historischen Wissenschaftssoziologie des Faches konnten identifiziert und sichtbar gemacht werden (Rütten & Metzger 2009; Labisch 2002; Huisman & Warner 2006; Frewer & Neumann 2001; Frewer & Roelcke 2001; Bröer 1999; Schnalke & Wiesemann 1998; Paul & Schlich 1998; Toellner & Wiesing 1997; Meinel & Voswinckel 1994). Schon sehr frühe Stellungnahmen zum Unterricht der Medizingeschichte stellten Reaktionen auf externe Einflüsse dar, wie zum Beispiel die zum Teil nahezu zeitlos erscheinenden Einlassungen von Egbert Braatz zur Geschichte der Medizin im Kontext der 1901 erlassenen Prüfungsordnung für Ärzte (Braatz 1901). Ebenso scheinen viele der aktuelleren Arbeiten aus einem Reflex heraus entstanden zu sein: Auslöser waren einerseits eine sich in den 1980er Jahren konstituierende Medizinethik und andererseits weitere inhaltliche Schwerpunkte, die sich in den 1990er Jahren herauskristallisierten. Beide auslösenden Momente gewinnen an Aktualität in einer Zeit, in der sich die Medizingeschichte vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen neu definiert.²

Die Institutionalisierung des Faches

Die universitäre Medizingeschichte ist in den Medien immer wieder als „Orchideenfach“ bezeichnet worden.³ Über dieses Orchideenfach hatte die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* im Oktober 1996 in einer Rezension noch geunkt: „Größere medizinische Fakultäten unterhalten Mannschaften von Hofhistorikern—die Institute für Geschichte der Medizin“ (Sturlese 1996: 15). Ist die Geschichte der Medizin also ein wenig belegtes außergewöhnliches Studienfach, das aber paradoxerweise von Scharen „von Hofhistorikern“ gehegt und gepflegt wird?

Die sich hier offenbarende Irritation führt ins Herz der institutionalisierten Medizingeschichte in Deutschland und legt einige der Grundprobleme frei, die mit ihrer strukturellen Einbettung einhergehen. Die deutschsprachige Medizingeschichte ist institutionell in fast allen Fällen an den Medizinischen Fakultäten angesiedelt.⁴ 25 Institute führen sie in ihrem Namen. Hier wird sie mit bescheidenen Budgets zumeist auf Niveau einer W3 oder W2 Professur beforscht und gelehrt (Tabelle 1). Sie hat seit 1997 mindestens sechs W3/C4-Professuren verloren und einige Standorte wurden nach Ausscheiden der Lehrstuhlinhaber nicht wieder besetzt, so dass sie sich personell inzwischen weit von den vermeintlichen Hofhistorikerscharen entfernt hat, die die *Frankfurter Allgemeine* noch in den knapp über einhundert Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Stand 1999) zu erkennen geglaubt hatte.⁵ Auch muss man der Einschätzung der Potsdamer Arbeitsstelle „Kleine Fächer“ zustimmen, dass sich die Medizingeschichte ambivalent zeige. „Obwohl sie zahlenmäßig stärker vertreten“ sei „als die Wissenschaftsgeschichte, erscheint die Medizingeschichte“ stärker in die sogenannten Großfächer integriert worden zu sein.⁶ Diese Integration ist seit über hundert Jahren Segen und Fluch zugleich, da sie neben einer gegenseitigen Befruchtung auch immer neue Auseinandersetzungen innerhalb der Medizingeschichte bedingt.

Bevor um 1900 die Medizingeschichte vornehmlich in den Medizinischen Fakultäten institutionalisiert wurde, war sie thematisch dem Aufgabenbereich der Ordinateure für „Theoretische Medizin“ zugeteilt und Bestandteil des medizinischen Propädeutikums. Zwar existierten an einzelnen Universitäten—zum Beispiel seit 1834 in Berlin mit Justus Friedrich Hecker (1795–1850)—eigene ordentliche Professuren für Geschichte der Medizin, die jedoch vor 1906 keine Nachahmer fanden (Schneck 1999). Eine Ursache dafür war die zunehmende Orientierung der Medizin an einem dem Fortschritt verpflichteten Wissenschaftsverständnis, das der Vergangenheit, auch der eigenen, abwertend gegenüberstand. Die hohen Erwartungen an eine Medizin, die das Vorbild der exakten Wissenschaften nachzuahmen versuchte und inzwischen weitgehend in Spezialgebiete aufgeteilt worden war, wurden aber enttäuscht. Dies mag ab 1900 zu einer, wie vom Brocke es ausdrückt,

Tabelle 1 Medizinhistorische Institute an deutschen medizinischen Fakultäten, Stand 2013 nach den Listen der Mitglieder des Medizinischen Fakultätentags¹ und des Fachverbandes Medizingeschichte² (ohne Gewähr für Vollständigkeit)

Universität	Medizinhistorisches Institut/Abteilung	Besonderheiten
Aachen	Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	
Berlin	Institut für Geschichte der Medizin und Ethik der Medizin	
Bochum	Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin	
Bonn	Medizinhistorisches Institut	
Dresden	Institut für Geschichte der Medizin	Kommissarische Leitung
Düsseldorf	Institut für Geschichte der Medizin	
Erlangen	Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	
Essen		
Frankfurt	Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin	
Freiburg	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin	
Gießen	Institut für Geschichte der Medizin	
Göttingen	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin	
Greifswald	Institut für Geschichte der Medizin	Kommissarische Leitung
Halle	Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	
Hamburg	Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	
Hannover	Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin	Kommissarische Leitung
Heidelberg	Institut für Geschichte der Medizin	
Homburg		
Jena	Institut für Geschichte der Medizin	Kommissarische Leitung
Kiel		
Köln	Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	
Leipzig	Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften	
Lübeck	Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung	
Magdeburg	Fachbereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin	
Mainz	Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	
Mannheim	Fachgebiet Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	
Marburg	Emil-von-Behring-Bibliothek/ Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin	
München (LMU)	Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin	
München (TU)	Institut für Geschichte und Ethik der Medizin	
Münster	Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin	
Regensburg		
Rostock	Arbeitsbereich für Geschichte der Medizin	
Tübingen	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin	
Ulm	Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin	
Witten		
Würzburg	Institut für Geschichte der Medizin	

¹ <http://www.mft-online.de/ueber-uns/mitglieder> (29.11.2013)² <http://www.fachverband-medizingeschichte.de/6links/2institut.html> (29.11.2013)

„Rückbesinnung“ auf die „Medizingeschichte als disziplinenübergreifende Klammer“ beigetragen haben (Brocke 2001: 190). Es waren zunächst philologisch und historisch versierte Mediziner, die den Anstoß zur institutionellen Verankerung medizinhistorischer Forschung und Lehre in der Medizin gaben (Schmierer 2002; D’Orazio 1997).

Nach einer bescheidenen Gründungsphase von fünf Instituten bzw. Seminaren in den 1920er und frühen 1930er Jahren erhofften sich deutsche Medizinhistoriker auf dieser Basis nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten mehr Förderung durch die neuen Machthaber (Diepgen 1936: 1610). Sie erlebten die Vertreibung von Kollegen wie Oswei Temkin, Walter Pagel (1898–1983), Henry Sigerist (1891–1957) und Erwin Heinz Ackerknecht (1906–1988), schienen diese aber in Kauf zu nehmen, weil sie sich zugleich eine Stärkung ihres Fachs und ihrer Positionen durch neue Aufgaben unter anderem als historische Legitimatoren einer neuen ärztlichen Ethik und eines deutschen Wesens in der Medizin erhofften. Als im Zuge dieser politisch-ideologischen Aufwertung die Geschichte innerhalb der Medizin im Rahmen einer neuen Studienordnung im Jahr 1939 zum Pflichtfach avancierte, führte dies jedoch nicht automatisch zu einem Stellenzuwachs. Nach Frankfurt 1938 erfolgten bis 1945 nur drei weitere Neugründungen von Instituten (Kümmel 1994). Einen echten Institutionalisierungsschub erfuhr die Medizingeschichte in der Bundesrepublik erst nach dem Zweiten Weltkrieg.⁷ Nachdem der Wissenschaftsrat 1960 den Hochschulen empfohlen hatte, Lehrstühle oder Extraordinariate für Geschichte der Medizin einzurichten („Ein Lehrstuhl muß in jeder Fakultät bestehen“, Wissenschaftsrat 1960: 111), wurden—ohne hier in jedem Fall eine direkte Kausalität zu postulieren—in den 1960er Jahren und in einer zweiten Welle in den 1980er Jahren an fast allen Universitäten Lehrstühle und Institute etabliert. Die Verankerung des Fachs an den Medizinischen Fakultäten war vorerst entschieden. Mit der Aufnahme eigenständiger medizinhistorischer Inhalte in die Erste Ärztliche Prüfung im Rahmen der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) ab 1970 schien das Fortbestehen der Disziplin gesichert. Auch die Medizinische Terminologie gehörte zu den didaktischen Aufgaben von Medizinhistoriker/-innen und wurde zum Teil als Sicherungsanker personeller Ausstattungen genutzt. Ab 1978 wurde der Medizingeschichte im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ein eigenes Kontingent an Prüfungsfragen zugewiesen—womit sie relevant für die Examensnote wurde (vgl. Tabelle 2). Diese curriculare Präsenz als explizites Prüfungsfach könnte auch für die zweite Gründungswelle in den 1980er Jahren mitverantwortlich gewesen sein.

Tabelle 2 Überblick über Medizingeschichte in den Approbationsordnungen 1953 (Bestallungsordnung) 1970, 1978, 1987, 2002

Bestallungsordnung für Ärzte vom 15.09.1953, Bundesgesetzblatt 1953, 1334ff.	Studienbuchnachweis über Hören einer Vorlesung zu „Geschichte der Medizin“ zur Zulassung zur Ärztlichen Prüfung (§40) In der Ärztlichen Prüfung „bei den einzelnen Prüfungsgegenständen“ Berücksichtigung ihrer Geschichte (§44). In der Ärztlichen Prüfung ist auf „Verständnis für die medizinischen Fachausdrücke“ zu achten (§44)
Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970, Bundesgesetzblatt 1970, 1458ff.	Zum Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gehören unter „I. Allgemeine Krankheitslehre“ „Kulturelle und soziale Grundlagen in der Geschichte des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns; Wandlung der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.“ (Anlage 13 zu §25 Abs. 2 Satz 2, BGBl 1472) Nachweis des Kursus Medizinische Terminologie bei der Meldung zur Ärztlichen Vorprüfung (Anlage 1 zu §2 Abs. 1 Satz 2, BGBl 1467)
Zweite Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung vom 24.02.1978, Bundesgesetzblatt 1978, 312ff.	§ 25 Inhalt der Prüfung im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung „I. Grundlagen ... der Geschichte der Medizin“ in einer Reihe mit Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Medizinischer Mikrobiologie (BGBl 315) Anlage 6 – Nennung in Anlage 12 zu § 26 Abs. 2 Satz 1: 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 (BGBl 320) Anlage 7 - Nennung in Anlage 13 zu §26 Abs. 2 Satz 2, BGBl 321) als Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung „I. Grundlagen ... der Geschichte der Medizin“ in einer Reihe mit Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Medizinischer Mikrobiologie, Spezifizierung „Kulturelle und soziale Grundlagen in der Geschichte ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns; Wandlung der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.“ Keine Änderung im Kursus Terminologie

Tabelle 2 continued

<p>Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte vom 14.07.1987, Bundesgesetzblatt 1987, 1593ff.</p>	<p>§ 25 Inhalt der Prüfung im Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung „I. Grundlagen ... der Geschichte der Medizin“ in einer Reihe mit Pathologie, Neuropathologie, Humangenetik, Medizinischer Mikrobiologie (BGBL 1601)</p> <p>§33 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, diese mündliche Prüfung soll sich auch „auf Fragen zu den historischen und geistigen Grundlagen der Medizin erstrecken“ (BGBL 1603)</p> <p>Nennung in Anlage 12 zu § 26 Abs. 2 Satz 1: Aufnahme der Geschichte der Medizin in die „Anzahl und Verteilung der Prüfungsfragen für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung“ zusammen mit den bisherigen genannten Fächern (BGBL 1615)</p> <p>Nennung in Anlage 13 zu §26 Abs. 2 Satz 2, BGBL 321) als Prüfungsstoff für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung „I. Grundlagen ... der Geschichte der Medizin“, Spezifizierung „Kulturelle und soziale Grundlagen in der Geschichte ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns; Wandlungen der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit.“ (BGBL 1616)</p>
<p>Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002, Bundesgesetzblatt 2002, 2405ff.</p>	<p>Nachweis des Kursus Medizinische Terminologie bei der Meldung zur Ärztlichen Vorprüfung (Anlage 1 zu §2 Abs. 1 Satz 2, BGBL 1607)</p> <p>§1 Ziele: Vermittlung der „geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf Basis des aktuellen Forschungsstandes“ (BGBL 2405)</p> <p>§27 Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung: Leistungsnachweis in dem „Querschnittsbereich“ „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ (BGBL 2413)</p> <p>Anlage 1 zu §2 Abs. 1 Satz 2, §41 Abs. 2 Nr. 9 Nachweis des Besuchs eines Praktikums Medizinische Terminologie zur Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (BGBL 2420)</p>

Legitimationsstrategien, Legitimationsdruck und Qualitätsfragen

Der Prozess der Konsolidierung des relativ jungen Fachs an Medizinischen Fakultäten verlief nicht ohne Probleme. Dies mag daran gelegen haben—und immer noch daran liegen—, dass Medizinhistoriker allen Rufen nach Verankerung und Sicherung des Fachs zum Trotz sich über ihre Rolle nicht einig

waren und stets forschend ihre Position zwischen Medizin- und Geschichtswissenschaft zu ertasten suchten. Getrieben wurden sie dabei von einem zumindest von ihnen selbst so empfundenen doppelten Legitimationsdruck. Der Medizin gegenüber mussten sie ihre Nützlichkeit oder zumindest ihre Anschlussfähigkeit unter Beweis stellen, um weiterhin ihre Alimentionation in Medizinischen Fakultäten zu rechtfertigen. Der Geschichtswissenschaft gegenüber mussten sie ihre Kompetenz und Professionalität vertreten, um nicht als Hobbyhistoriker, Amateure oder Jubiläumsredner verurteilt zu werden. Den Vorwurf des Dilettantismus wendeten sie gerne auf die Zielgruppe der interessierten Ärzte.

Für die Zeit bis in die 1930er Jahre hat Werner F. Kümmel wesentliche Legitimationsstrategien in die medizinische Richtung offen gelegt, die bis in die heutige Zeit nachwirken. Neben Argumenten für einen direkten Nutzen—beispielsweise in „Lehren für die Seuchenbekämpfung; Wiederentdeckung früher Therapiemittel; Allgemeinbildung zur Hebung des Sozialstatus des Arztes“—standen Argumente, die eher einen indirekten langfristig wirksamen Gewinn versprachen. Hierzu gehörte beispielsweise die „Erziehung zur Skepsis, Toleranz, Bescheidenheit; Erweiterung des Gesichtskreises hin zu den Geisteswissenschaften; Vorbilder ärztlicher Ethik; Medizingeschichte [...] als Mittel der Orientierung [...] als eigenständiger Zugang zu Grundproblemen der Medizin“ (Kümmel 1997, 2001).

Im Bestreben diese schlüssige Binnenlegitimation zu entwerfen, öffnete die Medizingeschichte eine „außenpolitische“ Flanke in Richtung ihrer zweiten Bezugsdisziplin, der Geschichtswissenschaft. Durch die Orientierung am Nutzen für die Medizin und an Interessen von Ärzten lief sie Gefahr, den Anschluss an methodische und thematische Weiterentwicklungen in der Geschichtswissenschaft zu verlieren und die „Sünden“ des Anachronismus, des Essentialismus und des Traditionalismus zu begehen (Stocking 1965). Diese Gefahr wurde dem Medizinhistoriker Hans-Heinz Eulner (1925–1980) zufolge von Medizinhistorikern selbst schon mit dem Beginn ihrer Professionalisierung gesehen und direkt wieder in die Legitimation ihres eigenen Expertentums umgemünzt (Eulner 1970). Es wurde im Diskurs über die Rolle und Funktion der Medizingeschichte zwischen Fachleuten und interessierten Laien unterschieden. Nur Experten sollten dieses Fach beforschen und unterrichten. Von anderer Seite drohe, wie schon Diepgen 1928 bemerkte, historischer Dilettantismus (Diepgen 1928). Gleichzeitig aber sollten Laien und dazu gehörten auch die anderen Kollegen in der Medizin, sich für das Fach interessieren, ja sogar seine Existenz in der Medizin favorisieren, ein Dilemma, das bis heute andauert und schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringt, wie die aktuellen Diskussionen um Qualitätsstandards in medizinhistorischen Dissertationen an Medizinischen Fakultäten zeigen.

Während einige Autoren die aus diesen Spannungsverhältnissen geborene Problematik als unvermeidlich für das ganze Fach ansahen, versuchten andere

ihr mit Konzentration auf methodisches Spezialwissen und ausschließlicher Orientierung an der Geschichtswissenschaft zu begegnen. Zur ersten Gruppe gehörte beispielsweise Eulner, der in seiner umfassenden *Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebiets* betonte: „So ist die Medizingeschichte, von den wenigen hauptberuflichen Vertretern abgesehen, zu einer Art ‚Hobby‘ für Ärzte geworden [...] Dadurch gewinnt das ‚Fach‘ sein besonderes Gepräge—es ist nämlich gar kein ‚Spezialfach‘ im Sinne der übrigen [...] Die Medizingeschichte bleibt vielmehr gemeinsames Arbeitsgebiet aller Mediziner“ (Eulner 1970: 427). Auf diese Weise machte er die Medizingeschichte zum gesamtmedizinischen Projekt und schuf zugleich Platz für Experten, indem er professionelle hauptberufliche Vertreter von forschenden Laien abgrenzte, die wichtiges Material zusammentragen ohne dies notwendiger Weise in einem institutionellen Rahmen wissenschaftlich auszuwerten.⁸ Diese Strategie der Selbstkonstitution zwischen den Stühlen wird noch deutlicher, wenn Eulner im gleichen Beitrag sich mit dem Phänomen des Dilettantismus in der Medizingeschichte auseinandersetzt, gegen den sich auch schon 1912 Theodor Meyer-Steineg (1873–1936) gewandt hatte. Zwar hatte auch Eulner nichts „gegen die ‚echten‘ Dilettanten, die aus Liebe zur Sache ihr Bestes zu geben versuchen“, aber wie Meyer-Steineg wettete er gegen die „gefährlichere Abart, die historische Arbeit [...] herzlich gering schätzt, historische Anspielungen aber gern zu Dekorationszwecken verwendet“ (Eulner 1970: 433). Hier fehlte beiden deutschen Medizinhistorikern offensichtlich die notwendige Ironie, um die eher geringe Gefahr einer medizinhistorischen Anekdote richtig einzuschätzen.

Im Folgenden differenzierte Eulner seinen Ausspruch etwas und versuchte der Medizingeschichte einen großen Mitarbeiterstab zu eröffnen, wenn er „reine“ Medizinhistoriker neben nebenamtlich tätige besonders Interessierte stellte und zuletzt noch einzelnen medizinischen Fachvertretern eine Rolle in der Geschichtsschreibung ihrer Disziplin einräumte. Er plädierte hier für eine vorsichtige Einbeziehung der Laien, in der er den Vorteil einer so immer breiter werdenden Grundlage in Unterricht und Quellenforschung sah. Überspitzt und bildlich könnte man urteilen, dass er auf diese Weise eine Helotentruppe aufstellte, die einer Elite von professionellen Forschern das Material herantragen sollte. Dieser Spannung zwischen Interessierten und Experten hat sich die Medizingeschichte bis heute nicht entledigen können.

Zu den herausragenden Ereignissen in diesem Diskursfeld in den 1960er Jahren gehört sicherlich auch die Gründung der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte durch eine Gruppe von Medizin- und Wissenschaftshistoriker/-innen um Karl Eduard Rothschuh (1908–1984). Sie entstand in der Atmosphäre der nicht aufgearbeiteten NS-Vergangenheit der Medizingeschichte. Ein Auslöser war die Unzufriedenheit über den Umgang des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin,

Naturwissenschaft und Technik (DGGMNT) mit der Umhabilitierung des nationalsozialistisch belasteten Alexander Berg (1911–?) nach Göttingen gewesen. Der Versuch seiner Umhabilitierung nach Göttingen zu Gernot Rath (1919–1967), dem damaligen Vorsitzenden der DGGMNT, führte zur heftigen Intervention durch Erwin Ackerknecht. Infolgedessen versuchte eine Reihe von Medizinhistoriker/-innen im Jahr 1964 einen klaren Bruch mit der NS-Vergangenheit durch die Neugründung der Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte (GWG) zu erreichen. Sie verfolgten dabei aber noch ein weiteres Ziel: Sie strebten danach, der alten vorbelasteten nicht nur aus professionalisierten Medizinhistoriker/-innen bestehenden Gesellschaft eine „Professionselite“ gegenüberzustellen (Jobmann 1998; Mörgeli & Jobmann 1997). Dem folgte 1978 die Gründung des Fachverbandes Medizingeschichte als Interessenvertretung der im Fach hauptamtlich tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Mit diesen wichtigen institutionellen Schritten ging ebenfalls die zunehmend öffentlich ausgetragene Notwendigkeit einer thematischen und methodischen Neuorientierung einher. Im Zuge der aus Frankreich stammenden Impulse um die „École des Annales“,⁹ die sich während der 1970er Jahre in Deutschland langsam bemerkbar machten, orientierte sich auch die deutschsprachige Medizingeschichte neu (Bloch et al. 1977; Burke 1991). Strukturgeschichte und Mentalitätsgeschichte eigneten sich, um die gesellschaftliche Verwobenheit der Medizin mittels unterschiedlicher methodischer Ansätze und in der *longue durée* kritisch zu erforschen. Auch die Körpergeschichte und die so genannte *history from below* avancierten in dieser Phase der Öffnung der Geschichtsschreibung.¹⁰ Die historische Epistemologie, die in Georges Canguilhem (1904–1995) ihren zentralen Exponenten hatte, bot eine Lektüre der Wissenschaften des Lebens an, die wissenschaftliche Struktur, philosophische Bedeutung und politische Wirkung der Medizin offenlegte.

Die vielschichtigen Anregungen wurden in der Regel mit Verzögerung aufgegriffen.¹¹ Nachdem sie an die eigenen Fragestellungen adaptiert wurden, folgten zum Teil kontroverse Diskussionen, in denen man sich gegenseitig Unkenntnis und veraltetes Arbeiten bzw. Festhalten am Überholten vorwarf.¹² Ein Beispiel bildet der 1987 in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* ausgetragene „Medizinhistorikerstreit“ zwischen Gunter Mann (1924–1992) und Ute Frevert, bei dem Grundsatzfragen nach dem Sinn und den Perspektiven des Faches gestellt wurden. Frevert warf im Werben für die Sozialgeschichte der Medizin den Medizinhistoriker/-innen vor, ihr Fach auf eine das Selbstverständnis der Medizin absichernde Disziplinengeschichte reduzieren zu wollen, die sich von der Geschichtswissenschaft fast vollständig dissoziiert hätte. Gunter Mann konterte mit Verweisen auf die Vielseitigkeit der Medizinhistoriographie und ihre Offenheit für sozialhistorische Aspekte. Gleichzeitig warb er um Verständnis für ihr Aufgabenprofil innerhalb der

Medizin und ihr dadurch gegebenes „Janusgesicht“ (Frevort 1987a, b; Mann 1987a, b). Auf diesen Disput folgte eine mindestens zehn Jahre andauernde Diskussion (Roelcke 1994). Kern der Debatte bildeten struktur- und prozessorientierte Theorieansätze wie die Sozialgeschichte der Medizin als Gegenpol zu einem klassischen Historismus oder zu einer einseitigen Ideengeschichte (Jütte 1992; Labisch 1996). Hinzu trat Ende der 1990er Jahre eine „Neue Kulturgeschichte“, die eine Anwendung von Theorien ohne Bezug auf eine empirische Grundlage höchst kritisch betrachtete und das Verhältnis von Empirie und Theorie neu diskutierte (Paul 1999; Schnalke & Wiesemann 1998). Zu ihr gesellte sich eine Rückbesinnung auf beispielsweise klassische quellenorientierte Arbeiten, Pathographien und Biographien unter Einbeziehung von Ansätzen der Patientengeschichte und neue Ansätze der Wissenschaftsforschung (Paul & Schlich 1998). Diese thematische Vielfalt verdeutlicht, dass der Streit um alte und neue Medizingeschichte sich um die Jahrtausendwende langsam aufzulösen begann.¹³ In diese Phase der postmodernen Harmonie fiel jedoch die jüngste große Spannung im Fach.

Medizinethik – neue Chancen und Herausforderungen

Seit Mitte der 1980er Jahre hatte sich mit kräftiger Unterstützung medizinhistorisch Forschender und Lehrender eine immer stärker werdende Gruppe an Medizinethik Interessierter konstituiert, die auf eine Professionalisierung auch dieses Themenfeldes innerhalb der Medizinischen Fakultäten Deutschlands drängten. Die intensive Beschäftigung mit der Last der nationalsozialistischen Vergangenheit hatte gezeigt, dass die ethische Reflexion nicht herausgelöst vom historischen Kontext und von den politischen Bedingungen betrachtet, geschweige denn verstanden werden kann. Zentral war hier der Zuruf Richard Toellners 1989 im Rahmen des 92. Deutschen Ärztetages in Berlin, die Verantwortung für die Medizin im Nationalsozialismus kollektiv zu übernehmen und sich an die Bürde, die die Ärzte im „Dritten Reich“ der nachfolgenden Generation hinterlassen hatten, endlich gemeinsam zu erinnern.¹⁴ Die noch nicht aufgearbeitete nationalsozialistische Vergangenheit der Medizin musste zur Aufgabe einer kritischen Medizingeschichte gemacht werden. Deutsche Medizinhistorikerinnen und -historiker haben seitdem zur Aufarbeitung der Medizin im Nationalsozialismus und ihrer Verbrechen entscheidend beigetragen.¹⁵

Die Entscheidung, die Vergangenheit einer in moralisches Vakuum geratenen Medizin konsequent aufzuarbeiten, hat unter anderem auch das Bewusstsein um die Notwendigkeit einer ethischen Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten wesentlich gestärkt. Dieser Bedarf nach Ethik in der Medizin reichte in den 1980ern aber weit über das Bedürfnis hinaus, eine mögliche

Wiederholung des medizinischen Machtmissbrauchs zu vermeiden. Die Erweiterung der medizintechnischen Möglichkeiten, wie etwa durch Intensivmedizin und Transplantationsmedizin, hatte die Grenzen des medizinisch Machbaren inzwischen deutlich erweitert. Entscheidungsrahmen und Verantwortlichkeiten der Beteiligten mussten neu definiert werden. Hinzu trat ein seit Ende der 1970er Jahre zunehmender Wunsch von Patient/-innen und Ärzt/-innen, den moralischen Rahmen ärztlichen Handelns im Hinblick auf die Rechte der Patient/-innen zu definieren und zu schützen.

Hatte die schon einmal als Zentraldokument genannte Approbationsordnung bis in die 1980er Jahre nur implizit auf die ärztliche Berufsethik verwiesen, so wurde sie ab 1987 explizit in § 34c ÄAppO erwähnt. Fast gleichzeitig wurde 1986 die Akademie für Ethik in der Medizin unter maßgeblicher Beteiligung medizinhistorischer Ordinarien gegründet (Schlaudraff 2006).¹⁶ Als im Vorfeld einer neuen Approbationsordnung, die letztendlich 2002 in Kraft trat, deutlich wurde, dass ein interdisziplinärer, transversaler Bereich „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ geschaffen werden sollte, kam es zum offenen Konflikt innerhalb der Medizingeschichte über Positionierung und Selbstbehauptung in diesem Dreigestirn. Eine Frage lautete, ob man die Medizinethik als Teil der Geschichte integrieren, ob man aus strukturpolitischen Erwägungen Ethik und Theorie zur Geschichte hinzunehmen solle oder ob eine klare Abgrenzung von Nöten sei. Eine andere Frage betraf die Kompetenzen: Auf einmal sahen sich die an medizinhistorischen Einrichtungen tätigen Lehrstuhlinhaber/-innen samt Mittelbau mit einem veränderten und erhöhten Lehrauftrag konfrontiert. Ethik und Theorie mussten mit Geschichte der Medizin zunächst unter unveränderten strukturellen Bedingungen gelehrt werden. An den Instituten wurden je nach Forschungsschwerpunkten und Kompetenzen Curricula kreiert. Eine prinzipielle Herausforderung lag in der Verbindung von Forschung und Lehre in einem mehrgliedrigen Querschnittsbereich, in dem sich die meisten Vertreterinnen und Vertreter des Fachs für einen oder vielleicht zwei der Bereiche—höchst selten für alle drei—kompetent oder zuständig fühlten. Das Spektrum der so entstandenen Lehrangebote schwankte zwischen integrativem und spezialisiertem Modell. Auf der einen Seite wurden die Schnittstellen zwischen den historischen, moralphilosophischen und epistemologischen Dimensionen der Medizin herausgestellt und zum Teil mit dem Bezug auf die klinischen Fächer interdisziplinär angelegt; auf der anderen Seite lagen bei dem spezialisierten oder exklusiven Modell die Akzente je nach den Interesse- und Kompetenzsphären der Dozierenden entweder auf der Ethik, auf der Medizingeschichte und seltener auch auf der Theorie der Medizin. Ein angesichts der Stundenzahl und Themenwahl ausdifferenziertes Angebot entstand an den ehemaligen Instituten für Geschichte der Medizin, die sich bereits in Institute für Geschichte, Theorie und Ethik in unterschiedlicher Reihenfolge und mit anderen nominellen Variationen umbenannt hatten.¹⁷ Medizin- bzw.

Bioethik avancierten zu Forschungs- und Lehrbereichen in der Medizin an den medizinhistorischen Einrichtungen.

Die „Schwierigkeiten einer Kooperation“ (Toellner & Wiesing 1997) waren bis dahin hinreichend diskutiert. So hatten Medizinhistorikerinnen und Medizinhistoriker vor der Instrumentalisierung der Geschichte durch die Ethik gewarnt (Schulz 1997). Die Fallstricke ahistorischer Bezugnahmen auf vermeintliche Schlüsselquellen wie den Hippokratischen Eid wurden von medizinhistorischer Seite durch historische Beispiele illustriert (Leven 1997). Gleichzeitig wurde die Bedeutung guter wissenschaftshistorischer Arbeiten für ein kontextsensibles Verständnis der Gegenwart hervorgehoben. Diese Einstellung ermöglichte eine fundierte ethische Debatte (Schlich 1997). Die Potentiale einer Integration von Ethik und Geschichte der Medizin lagen in der reziproken Ergänzung, „in ihrem—notwendigen—Bemühen [...] die Rahmenbedingungen in ihrem Anwendungsbereich im Hinblick auf eine ethische Reflexion menschlicher Handlungen zu klären“ (Paul 1997: 62). Fachvertreter, die der Leistungsfähigkeit der Medizingeschichte kritisch gegenüberstanden, drohten—in Abwandlung eines Wortes von Stephen Toulmin—mit dem Menetekel, dass es zu guter Letzt die Ethik sei, die „das Leben“ der als wenig relevant empfundenen Geschichtswissenschaften quasi Huckepack werde retten müssen (Maio 1997: 107).

Vor dem Hintergrund dieser Diskussion und kurz vor dem in Kraft treten der neuen Approbationsordnung versuchte eine Gruppe von Medizinhistorikerinnen und Medizinhistorikern auf die politische Großwetterlage zu reagieren und schlug auf der Sitzung des Fachverbandes Medizingeschichte 2001 seine namentliche Erweiterung zu einem „Fachverband Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ vor. Dieser Vorschlag scheiterte nach hitziger Diskussion. Die Behandlung des Antrags wurde schon im Vorfeld unterbunden, indem vom Vorstand festgestellt wurde, dass er nicht als formaler Antrag behandelt werden könne, weil er eine Satzungsänderung benötige.¹⁸ Dennoch kam es zur Aussprache. Der Antragssteller verwies darauf, dass es darum gehe, diejenigen, die Ethik forschen und lehren, zu integrieren. Man müsse strukturell umsetzen, was an vielen Fakultäten Wirklichkeit sei. Diese inhaltliche Verzahnung wurde in der folgenden Diskussion von einigen begrüßt und von anderen beklagt. Einigung wurde darüber erzielt, dass zwischen Ethik und Geschichte eine inhaltliche Konvergenz, jedoch berufliche Konkurrenz bestehe. Schlussendlich wurde der Antrag mit 29 Nein-Stimmen, 10 Ja-Stimmen und 2 Enthaltungen abgelehnt. Als Ergebnis stand zunächst eine teilweise bis heute dauernde informelle Spaltung der ehemaligen Vertreterinnen und Vertreter des Fachs Medizingeschichte in „Historiker/-innen“ und „Ethiker/-innen“.

Gegen das Bestreben nach geteilten Kompetenzen und Aufgabenbereichen im gleichen Querschnittsbereich wendet sich die Position, die das Potential eines Querschnittsbereichs, der dank seiner Pluridisziplinarität und

Kulturbezogenheit als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis der Medizin, zwischen Medizin und Philosophie, aber auch zwischen Medizin und Gesellschaft dienen kann, betont (Wiesemann 2006: 337; Schott 2009). Möglichkeiten hierzu werden in der engeren Kooperation zwischen den Vertreterinnen und Vertretern dieser Forschungsschwerpunkte oder in der interdisziplinär betonten Ausrichtung individueller Forschungsprofile gesehen.

War die Medizingeschichte in ihrer traditionellen Ausrichtung als Exotin in der Medizin je nach Standort und Zeit unterschiedlich erwünscht, steht sie heute mit der Aufgabenerweiterung gewichtiger und anschlussfähiger da. Sie ist in der Medizin zu Hause. Sie behält gleichzeitig in professionalisierter Form den Bezug zur Geschichtswissenschaft und kann ebenso in den Dialog mit der Philosophie eintreten. Mit den neuen Herausforderungen geht darüber hinaus die Möglichkeit einher, den Dialog mit der Medizin weiter zu kultivieren. Die Medizingeschichte *mit* Ethik und Theorie ist heute ein Forschungs- und Lehrbereich, der im Wesentlichen den *Janus bifrons* der Medizin im Sinne eines wachsamem Blicks auf die Zeitlichkeit aller Prozesse darstellt. Die Potentiale liegen in der Möglichkeit einer Verflechtung. Obwohl diese nicht zwingend ist, denn Medizinhistoriker/-innen können ohne Ethik, Medizinethiker/-innen ohne Medizingeschichte, Medizinthoretiker/-innen genauso ohne die anderen forschen, lehren und gedeihen, ergibt sich ein Mehrwert aus der Verzahnung der drei Denk- und Vorgehensstile. In der Zeitlichkeit ihres Umfelds und Bezugspunktes, der Medizin, liegt ihre gemeinsame Aufgabe.

Ausblick

Es stellt sich die Frage, warum Medizingeschichte und Medizinethik gelegentlich immer noch empfindlich aufeinander reagieren. Mögliche Antworten finden sich in den Grundspannungen der Medizingeschichte, die das inhaltliche Selbstverständnis des Faches, seinen Aufgabenbereich und seine Qualitätsstandards betreffen. 2004 bezeichneten sich von 24 Professuren 18 als medizinhistorisch ausgerichtet, drei als medizinethisch, zwei als medizinthoretisch und eine als im Sinne der *medical humanities* arbeitend.¹⁹ Mit dieser Ausrichtung geht ein Selbstbekenntnis einher, das aus einem engen Verständnis der Geschichte der Medizin heraus in sechs Fällen eine Abwendung von der Medizingeschichte und eine Aufweichung einmal etablierter Standards suggeriert.

Der Medizingeschichte, die lange im Kampf um die Anerkennung durch Historiker/-innen auf der einen und Mediziner/-innen auf der anderen Seite erprobt war, erschien die von ihr selbst beförderte Medizinethik auf einmal als Störfeuer einer dritten Disziplin. Die sich von der Medizingeschichte

emanzipierende Medizinethik versuchte sich institutionell und inhaltlich von ihrer—zumindest in Deutschland—Mutterdisziplin zu lösen. Statt einer Integration setzte sich ein dialektischer Prozess in Gang. Phasen der Verunsicherung, des Konkurrenzdenkens, der gegenseitigen Skepsis und der Notwendigkeit einer neuen Orientierung und Selbstdefinition wechselten sich mit gegenseitigen Umarmungen ab. Die Teilnehmerlisten der Jahresversammlung des Fachverbandes Medizingeschichte legen nahe, dass sich zumindest auf Fachgesellschaftsebene eine Trennung der Ethiker/innen von den Historiker/-innen zu vollziehen schien, obwohl gleichzeitig viele Mitglieder des Fachverbandes sich auch in Gesellschaften wie der „Akademie für Ethik in der Medizin“ engagierten. Die Reaktion der verbliebenen Medizinhistoriker/-innen lag in einer Diskussion ihrer genuin medizinhistorischen Lernziele und ihrer Qualitätsstandards in Forschung und Lehre.²⁰

Im Querschnittsbereich, als Forschungs- und Lehrfeld der Humanwissenschaften in der Medizin, herrscht heute Polyphonie. Wären Kohäsions- und Kooperationswege nicht der Königsweg zu hochwertiger und nachhaltiger Arbeit, die—um zum Ausgangspunkt dieser Übersicht zurückzukommen—auch Mediziner wie Horton befriedigen könnten? Gerade für die Nachkommen stellt sich umso dringender die Frage, wie man dem Querschnittsbereich gerecht werden kann. Die Antwort liegt nicht auf der Hand, sie muss in Diskussionen gefunden werden. Vielleicht liegt sie sogar in einer noch breiteren Perspektiverweiterung, die interdisziplinär, aber nicht unter Aufgabe des eigenen Profils erfolgen kann. Die Zeit für eine integrierende, kreative Haltung, die sich dem Dialog innerhalb des Querschnittsbereichs und mit der Medizin offen stellt, ist unserer Ansicht nach für beide Seiten reif. Die Geschichte als „undisziplinierteste aller Disziplinen“ (Stocking 1965: 211) hat hier sicherlich am wenigsten Berührungspunkte.

Anmerkungen

- 1 Horton spricht unspezifisch von „our ability“ und meint vermutlich die Leser/-innen von *Lancet*.
- 2 Vgl. für die Standortbestimmung auch Fangerau & Polianski 2012. Als Inspiration, eine solche Standortbestimmung im Sinne einer historischen Kontextualisierung in die bisherige Entwicklung der Medizingeschichte einzuordnen, diente ein im Oktober 2012 von der Bayerischen Akademie der Wissenschaften durchgeführtes Symposium zur „Geschichte der Wissenschaftsgeschichte“, Organisatoren: Paul Ziche und Wilhelm Graf. Eine Kurzfassung des dort gehaltenen Vortrags, der auch in den vorliegenden Beitrag einging, findet sich in Fangerau 2012.
- 3 Zuletzt im Rahmen eines Promotionskandals um einen emeritierten Professor, siehe Przybilla 2011.
- 4 In Stuttgart gibt es keine Medizinische Fakultät, dafür aber das für das Fach wichtige Robert-Bosch-Institut für Geschichte der Medizin.
- 5 Auswertung der Umfrage des Fachverbandes Medizingeschichte zur Stellensituation (Stand 1.6.2004) an den medizinhistorischen Instituten; Katrin Berwanger, Beatrix

- Hoffmann und Judith Stein unter der Projektleitung von Norbert P. Franz: "Abschlussbericht des Projekts Kartierung der sog. Kleinen Fächer". http://www.kleinaefacher.de/files/2013/06/KleineFaecher_Abschlussbericht_2012.pdf; letzter Zugriff 12.06.2015.
- Bettina Wahrig und Julia Saatz: "Geschichte der Naturwissenschaft, der Technik und der Medizin in Deutschland 2009–2012". http://www.uni-regensburg.de/Fakultaeten/phil_Fak_I/Philosophie/Wissenschaftsgeschichte/NK-FoBe13.pdf; letzter Zugriff 12.06.2015.
- 6 Bettina Wahrig und Julia Saatz: "Geschichte der Naturwissenschaft, der Technik und der Medizin in Deutschland 2009–2012". http://www.uni-regensburg.de/Fakultaeten/phil_Fak_I/Philosophie/Wissenschaftsgeschichte/NK-FoBe13.pdf, S. XXII; letzter Zugriff 12.06.2015.
 - 7 Eine tabellarische Übersicht der Institutsgründungen im deutschsprachigen Raum zwischen 1906 und 1985 findet sich bei Bernhard vom Brocke (2001: 191). Siehe ebenso mit zusätzlichen Informationen zu Lehraufträgen, Vereinen, Museen und Publikationsreihen der deutschsprachigen Medizingeschichte die Übersicht Karl Kuhn (1986). Hier finden sich auch Angaben zu Instituten in der DDR. Zur Medizingeschichte in der DDR siehe außerdem Dietrich Tutzke (1981).
 - 8 Stefan Schulz nutzt zur Beschreibung dieser Konstellation, in der vielfältige Autoren von professionalisierten Medizinhistorikern abgegrenzt werden, die rhetorische Figur: „Als Medizinhistoriker in einem engeren Sinne bezeichnet man aber die an den medizinischen Fakultäten tätigen Fachleute“ (Schulz 2006: 46).
 - 9 Im Vorwort zum ersten Band der *Annales* hatten Marc Bloch und Lucien Febvre die Zielsetzung der Historikergruppe erklärt: „C'est contre ces schismes redoutables que nous entendons nous élever. Non pas à coup d'articles de méthode, de dissertations théoriques. Par l'exemple et par le fait. Réunis ici, des travailleurs d'origines et de spécialités différentes, mais tous animés d'un même esprit d'exacte, impartialité, exposeront le résultat de leurs recherches sur des sujets de leur compétence et de leur choix. Il nous paraît impossible que d'un tel contact les intelligences averties ne tirent pas rapidement les leçons nécessaires. Notre entreprise est un acte de foi dans la vertu exemplaire du travail honnête, consciencieux et solidement armé“ (Bloch & Febvre 1929: 2).
 - 10 Als wichtigste Vertreter einer Mentalitätsgeschichte, die insbesondere die Sicht „von unten“ einschließt, seien hier Carlo Ginzburg, Natalie Zemon Davis und Roy Porter, Richard van Dulmen exemplarisch genannt.
 - 11 Langsam nur erfolgte die Rezeption der wissenschaftshistorischen und -theoretischen Ansätze von Autoren wie Gaston Bachelard, George Canguilhem, Michel Serres und Michel Foucault. Über Foucault als „enigmatischer Samurai“ siehe Paul Veyne (2009).
 - 12 Die Gedanken in diesem Abschnitt finden sich auch bei Fangerau und Polianski (2012).
 - 13 Für einen Überblick, der gleichzeitig auch die Perspektiven der Medizingeschichte in Kooperation mit der Medizinethik thematisiert siehe auch Stefan Schulz (2006).
 - 14 Auslöser dieses Aufrufes war wohl die Stellungnahme des Präsidenten der Bundesärztekammer Karsten Vilmer im *Deutschen Ärzteblatt*, der sich gegenüber den um den Kinderarzt Hartmut Hanauske-Abel entstandenen Skandal äußerte. In einem Artikel, 1986 in *Lancet* veröffentlicht, hatte Hanauske-Abel die Involviertheit der deutschen Medizin im NS-Verbrechen offen angesprochen und damit ein Tabu gebrochen. Die berufliche Tätigkeit des „Nestbeschmutzers“ wurde darauf behindert, so dass er Deutschland verlassen und seine Karriere in den USA fortsetzen musste. Er hatte u.a. darauf aufmerksam gemacht, dass von den 422 Publikationen, die über Medizin im Nationalsozialismus zwischen 1966 und 1979 veröffentlicht wurden, nur zwei in der Bundesrepublik Deutschland verfasst worden waren. In seiner Reaktion erklärte Karsten Vilmer, Nachfolger des Dachauer Internisten Hans Joachim Sewering (Mitglied der SS seit 1933 und Parteigenosse der NSDAP seit 1934), dass nur ein kleiner „Clan von Ärzten“ (350 bis 400) sich zwischen 1933 und 1945 verbrecherisch betätigt habe, die große Mehrheit habe sich unter schwersten Bedingungen für ihre Patienten eingesetzt. Unter dem Titel „Ärzte unter Hitler—Mission verraten“ machte 1988 das Magazin *Der Spiegel* die in der Ärzteschaft entfachte Diskussion publik (Anonym 1988a). Das *Deutsche Ärzteblatt* setzte sich mit dem Titel „Fehlschüsse mit Giftpfeilen“ zur Wehr und warnte „die Geschichtsschreiber späterer Generationen für eine wahrhaftige Bewältigung der Vergangenheit ihrer Vorfäter [...] nur diesen ‚Spiegel‘ zu benutzen“ (Anonym 1988b: 282).

- 15 Die Nachhaltigkeit dieses Verständnisses von Medizingeschichte als moralische Instanz zeigte sich erneut zum Anlass des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg, als Horst Seithe in einer Pressekonferenz der IPPNW am 16. Mai 2012 den Kernsatz von Richard Toellners Vortrag im Jahr 1989 zitierte: „Die Ärzte im Dritten Reich haben uns eine schwere Last hinterlassen. Erinnern wir uns dieser Last. Lernen wir sie kennen, wirklich kennen. Anerkennen wir diese Last und lassen sie uns eine Lehre sein. Versuchen wir nicht, diese Last abzuschütteln, denn mit der Last geht die Lehre verloren. Nehmen wir sie auf uns. Die Last ist die Lehre“ (http://www.ippnw-nuernberg.de/pressekonferenz_ippnw_nb.html); letzter Zugriff 1.11.2014).
- 16 Zu den Medizinhistorikern und Gründungsmitglieder gehörten u. a. Eduard Seidler und Dietrich von Engelhardt.
- 17 Anders als in den medizinischen Disziplinen üblich, besteht im Querschnittsbereich ein Bedürfnis zu Diversifizierung, welches sich an den Institutsdenominationen ablesen lässt. Dies könnte allerdings auch als Manifestation von einer andauernden Übergangsphase angesehen werden.
- 18 Hier und im Folgenden siehe das Protokoll des Fachverbandes Medizingeschichte der Sitzung vom 23.6.2001, erstellt am 30.6. 2001, Archiv Volker Hess.
- 19 Protokoll des Fachverbandes von 2004, Archiv Heiner Fangerau.
- 20 Protokolle des Fachverbandes Medizingeschichte 2004–2013, Archiv Heiner Fangerau.

Literatur

- Anonym 1988a. Ärzte unter Hitler – Mission verraten. *Der Spiegel* (Heft 3): 76–89.
- Anonym 1988b. Fehlschüsse mit Giftpfeilen. *Deutsches Ärzteblatt* (85): 281–282.
- Bloch, Marc, Fernand Braudel, Lucien Febvre und Claudia Honegger 1977. *Schrift und Materie der Geschichte, Vorschläge zur systematischen Aneignung historischer Prozesse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bloch, Marc und Lucien Febvre 1929. À nos lecteurs. *Annales d'histoire économique et sociale* (1): 1–2.
- Braatz, Egbert 1901. Der Unterricht in der Geschichte der Medizin und der neue Entwurf zur ärztlichen Examensprüfung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (27): 49–51.
- Brocke, Bernhard vom, 2001. Medizinhistoriographie im Kontext der Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte. In: Andreas Frewer und Volker Roelke (Hg.). *Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner: 187–212.
- Bröer, Ralf (Hg.) 1999. *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Burke, Peter 1991. *Offene Geschichte. Die Schule der „Annales“*. Berlin: Wagenbach.
- D’Orazio, Ugo 1997. Romantische Medizin. Entstehung eines medizinhistorischen Epochenbegriffs. *Medizinhistorisches Journal* (32): 179–217.
- Diepgen, Paul 1928. Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin in der Medizingeschichte. *Klinische Wochenschrift* (7): 855–856.
- Diepgen, Paul 1936. Die ‚zünftige‘ Medizingeschichte und das Gebot der Stunde. *Klinische Wochenschrift* (15): 1609–1611.
- Eulner, Hans Heinz 1970. *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes*. Stuttgart: Enke.
- Fangerau, Heiner 2012. Seitenblick – Spannungen in der Geschichte der Medizingeschichte. *HAUT* (6): 142.
- Fangerau, Heiner und Igor Polianski 2012. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Standortbestimmung. In: dies. (Hg.). *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach*. Stuttgart: Franz Steiner: 7–13.

- Frevert, Ute 1987a. Geteilte Geschichte der Gesundheit. Zum Stand der historischen Erforschung der Medizin in Deutschland, England und Frankreich. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 28.1.1987.
- Frevert, Ute 1987b. Medizingeschichte endlos. Zu Gunter Manns Kritik an der Sozialgeschichte der Medizin. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 8.4.1987.
- Frewer, Andreas und Josef N. Neumann (Hg.) 2001. *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950*. Frankfurt am Main: Campus.
- Frewer, Andreas und Volker Roelke (Hg.) 2001. *Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner.
- Horton, Richard 2014. The Moribund Body of Medical History. *The Lancet* (384): 292.
- Huisman, Frank und John Harley Warner (Hg.) 2006. *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Jobmann, Anke 1998. *Familientreffen versus Professionselite? Vergangenheitsbewältigung und Neustrukturierung in der deutschen Wissenschaftsgeschichte der 60er Jahre*. Berlin: ERS Verlag.
- Jütte, Robert 1992. Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele. *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* (9): 149–164.
- Kuhn, Karl 1986. *80 Jahre Institute für Geschichte der Medizin in Deutschland (BRD und DDR), Österreich und der Schweiz*. Blieskastel: Selbstverlag.
- Kümmel, Werner F. 1994. Im Dienst ‚nationalpolitischer Erziehung‘? Die Medizingeschichte im Dritten Reich. In: Christoph Meinel und Peter Voswinckel (Hg.). *Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten*. Stuttgart: GNT Verlag.
- Kümmel, Werner F. 1997. Vom Nutzen eines ‚nicht notwendigen Faches‘: Karl Sudhoff, Paul Diepgen und Henry E. Siegerist vor der Frage ‚Wozu Medizingeschichte?‘. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer.
- Kümmel, Werner F. 2001. ‚Dem Arzt nötig oder nützlich?‘ Legitimierungsstrategien der Medizingeschichte im 19. Jahrhundert. In: Andreas Frewer und Volker Roelke (Hg.). *Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. ins 20. Jahrhundert*. Stuttgart: Franz Steiner, 75–89.
- Labisch, Alfons 1996. Geschichte, Sozialgeschichte und Soziologie der Medizin: Ein imaginäres Streitgespräch mit Christian Probst. *Sudhoffs Archiv* (80): 1–27.
- Labisch, Alfons 2002. Stand und Perspektiven der Medizingeschichte in Deutschland. Für Ulrich Hadding. *Medizinhistorisches Journal* (37): 351–380.
- Leven, Karl-Heinz 1997. Der Hippokratische Eid im 20. Jahrhundert. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer: 111–129.
- Maio, Giovanni 1997. Der Blick zurück als Zukunft der medizinischen Ethik? Entwicklungen und Grenzen der „Bioethik“ und deren Implikationen für einen Beitrag der Geschichte an einer zeitgenössischen Ethik in der Medizin. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer: 91–110.
- Mann, Gunter 1987a. Beschränktheit im Wissen. Eine Antwort auf Ute Freverts Thesen zur Medizingeschichte. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 11.3.1987.
- Mann, Gunter 1987b. Medizingeschichte endlich. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 15.5.1987.
- Meinel, Christoph und Peter Voswinckel (Hg.) 1994. *Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten*. Stuttgart: GNT Verlag.
- Mörgeli, Christoph und Anke Jobmann 1997. Erwin H. Ackerknecht und die Affäre Berg/Rath von 1964. Zur Vergangenheitsbewältigung deutscher Medizinhistoriker. *Medizin, Geschichte und Gesellschaft* (16): 63–124.
- Paul, Norbert 1997. Von der medizinethischen Reichweite strukturhistorischer Erklärungsmodelle in der Medizingeschichte. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer: 49–65.

- Paul, Norbert 1999. Das Programm einer „Sozialgeschichte der Medizin“ in der jüngeren Medizinhistoriographie. In: Ralf Bröer (Hg.). *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus: 61–71.
- Paul, Norbert und Thomas Schlich (Hg.) 1998. *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus.
- Przybilla, Olaf 2011. Uni Würzburg – eine Doktorfabrik? Die Angst vor dem Déjà-vu. *Süddeutsche Zeitung* vom 31.3.2011.
- Roelcke, Volker 1994. Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945. *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* (NF 2): 193–216.
- Rütten, Thomas und Nadine Metzger (Hg.) 2009. *Geschichte der Medizingeschichtsschreibung: Historiographie unter dem Diktat literarischer Gattungen von der Antike bis zur Aufklärung*. Remscheid: Gardez!-Verlag.
- Schlaudraff, Udo 2006. ‚Nun gründen wir mal‘. Zur Vor- und Frühgeschichte der Akademie für Gründung Ethik in der Medizin. *Ethik in der Medizin* (18): 294–302.
- Schlich, Thomas 1997. Wissenschaftsgeschichte und Ethik in der Medizin. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer: 35–47.
- Schmierer, Klaus 2002. *Medizingeschichte und Politik. Karrieren des Fritz Lejeune in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus*. Husum: Matthiesen.
- Schnalke, Thomas und Claudia Wiesemann (Hg.) 1998. *Die Grenzen des Anderen. Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive*. Köln: Böhlau.
- Schneck, Peter 1999. Zur Situation der Medizinhistoriographie in Preußen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Haesers Denkschrift von 1859 und die Wiederbesetzung der medizinhistorischen Professur in Berlin. In: Ralf Bröer (Hg.). *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne*. Pfaffenweiler: Centaurus: 49–59.
- Schott, Heinz 2009. Die Situation der ‚kleinen Fächer‘ am Beispiel der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. *Bundesgesundheitsblatt* (52): 933–939.
- Schulz, Stefan 1997. Vom Umgang mit der Geschichte in Lehrbüchern der Medizinischen Ethik. In: Richard Toellner und Urban Wiesing (Hg.). *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer: 17–34.
- Schulz, Stefan 2006. Medizingeschichte(n). In: Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau und Norbert Paul (Hg.). *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 46–58.
- Stocking, George W. Jr. 1965. On the Limits of ‚Presentism‘ and ‚Historicism‘ in the Historiography of the Behavioral Sciences. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* (1): 211–218.
- Sturlese, Loris 1996. Nicht nur für Onkel Doktors Feierabend. Mirko Grmek präsentiert eine kulturhistorische Geschichte des medizinischen Denkens seit der Antike. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 7.10.1996.
- Toellner, Richard und Urban Wiesing (Hg.) 1997. *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation*. Stuttgart: Fischer.
- Tutze, Dietrich 1981. *Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte*. Jena: Fischer.
- Veyne, Paul 2009. *Foucault. Der Philosoph als Samurai*. Stuttgart: Philipp Reclam.
- Wiesemann, Claudia 2006. Die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie. *Ethik in der Medizin* (18): 337–341.
- Wissenschaftsrat 1960. *Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. Teil 1: Wissenschaftliche Hochschulen*. Tübingen: Mohr.

Heiner Fangerau
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20
50931 Cologne
Germany
E-Mail: heiner.fangerau@uni-koeln.de

Mariacarla Gadebusch Bondio
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Technische Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 Munich
Germany