

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Vom Schauen, Zeigen und Sehen in der Klinik.

Ein Beitrag zur Archäologie des ärztlichen Blickes am Beispiel der
Charité 1908 – 1932

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Alexander Friedland

aus Berlin

Datum der Promotion: 09.12.2016

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abstract – deutsch | 1 |
| Abstract – englisch | 2 |
| 1. Einführung..... | 3 |
| Fragestellung | 4 |
| Quellen für die Rekonstruktion psychiatrischer Alltagspraxis..... | 4 |
| Methodischer Ansatz | 5 |
| Gang der Darstellung..... | 5 |
| 2. Material und Methoden | 7 |
| 3. Ergebnisse | 10 |
| a) Die Entwicklung eines lokalen Schizophrenie-Konzeptes..... | 10 |
| b) Normative ärztliche Werthaltungen und Schizophrenie-Diagnostik | 10 |
| c) Die Praxis Klinischer Demonstrationen | 12 |
| d) Klinische Demonstrationen und medizinischer Film | 14 |
| 4. Zusammenfassung | 15 |
| a) Qualitative Methoden und historische Krankenakten | 15 |
| b) Lokale Einbettung medizinischen Wissens..... | 15 |
| c) Klinische Praxis und medizinisches Wissen | 16 |
| d) Visuelle Medien und medizinische Diagnostik..... | 17 |
| 5. Quellenverzeichnis | 18 |
| Literatur (alphabetisch)..... | 18 |
| Archivalien | 20 |
| Eidesstattliche Versicherung | 21 |
| Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen..... | 22 |
| Ausgewählte Publikationen..... | 23 |
| Lebenslauf | 172 |
| Publikationsverzeichnis..... | 174 |
| Danksagung..... | 175 |

Abstract – deutsch

Ab 1917 ist „Schizophrenie“ eine Diagnose, die an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Berliner Charité verwendet wird. Die vorliegende Arbeit geht ihrem Einführungsprozess in vier sich konsekutiv ergebenden Schritten nach. Erst war die lokale Begriffsverwendung zu klären. Daraus folgte die Frage nach der Methodik der Vermittlung klinischen Wissens und des ärztlichen Blicks. Hierbei zeigte sich, wie wichtig Patientenvorstellungen im Unterricht (klinische Demonstrationen) waren. Schließlich wurde untersucht, wie sich diese Unterrichtsmethode zum neuen Medium Film verhält, dessen Einsatz an der Charité durch das Medizinisch-kinematographische Institut für Unterricht und Forschung vorangetrieben wurde. Jeder dieser Arbeits- und Analyseschritte wurde in einer eigenen Publikation dokumentiert. Grundlage der Untersuchung sind psychiatrische Krankenakten der Charité aus dem späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, die mit der Grounded Theory, einem aus der qualitativen Sozialforschung stammendem Untersuchungsverfahren, analysiert wurden. Hinzu kamen Archivalien verschiedener Provenienz. Die Protokolle der klinischen Demonstrationen wurden in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet.

Wie die Arbeit zeigt, standen nicht wie in Zürich, wo die Diagnose Schizophrenie durch den Psychiater Eugen Bleuler begründet wurde, Assoziationsstörungen im Zentrum des Schizophrenie-Konzeptes, sondern Affektstörungen. Das „Berliner Schizophrenie-Konzept“ wurde außerdem auf mehreren Ebenen durch normative Wertvorstellungen der Ärzte geprägt. Das zeigt besonders die Diagnostik der Affektstörung. Sie wurde als ein Auseinanderklaffen der verbalen Äußerungen der Patienten und ihrem Ausdrucksverhalten begriffen. Die Ärzte der Charité nutzten weniger objektivierende apparative oder psychologische Testverfahren, sondern ihr professionelles Erfahrungswissen, um zwischen angemessenem respektive unangemessenem Verhalten zu unterscheiden. Dieses Erfahrungswissen wurde in der klinischen Demonstration vermittelt. Diese war jedoch keine bloße Präsentation von Wissen. Jene Symptomatik die hier gezeigt werden sollte, musste vielmehr erst performativ auf die „Bühne“ gebracht werden. Im Gegensatz zum medizinischen Film, der bis zur Einführung des Tonfilms lediglich das Auge ansprach, adressierte die klinische Demonstration alle Sinne. Obwohl der zeitgenössische Diskurs zum medizinischen Film dem neuen Medium großes Potential zusprach, löste es die Demonstration nicht als Lehrpraxis ab. Tatsächlich fand der Film in der Lehre nur wenig Anklang, was, wie meine Arbeit zeigt, unter anderem ein entscheidender Grund für die Schließung des Charité-Filminstituts war.

Abstract – englisch

This dissertation traces the introduction of the new diagnosis “schizophrenia” at the Psychiatric Clinic of the Charité in Berlin. The first step of research was to explore how the term was used in this local context. Later questions arose concerning the methods which were used for teaching clinical knowledge and medical perception. So called clinical demonstrations proved to be of special importance here. Thus this practice was investigated in detail. Finally, focusing the history of a Medical-cinematographic Institute for Education and Research at the Charité, the use and the possibilities of clinical demonstrations in clinical instruction were compared with those of contemporary medical film. The research was carried out mainly on historical psychiatric medical records of the Charité. These were analyzed using Grounded Theory, a qualitative social science research method, developed in the late 1960s. Administrative files from other archives were also consulted. Protocols of clinical demonstrations in the psychiatric records were analyzed using Qualitative Content Analysis.

The research showed, that the diagnostic concept of schizophrenia used in the Berlin psychiatry centered on emotional disturbance rather than, as in Zurich, where the Swiss psychiatrist Eugen Bleuler developed the concept between 1908 and 1911, associational disturbance. The schizophrenia concept of Charité Psychiatry was furthermore shown to be heavily influenced by the normative values of the Charité physicians. This is particularly evident in how emotional disturbance was detected. At the Charité, this was understood as a contradiction between the verbal statements of patients and their behavior. In assessing behavior, the physicians did not use objectifying methods based on apparatus or psychological testing. They used their subjective experience to identify appropriate and inappropriate behavior instead. This experience was learned especially in clinical demonstrations, which were more than a simple presentation of knowledge. Pathologies were not simply shown here, but rather generated in this performative practice. In contrast to medical film, which addressed the sense of sight alone, the demonstrations addressed all of the senses. Although contemporary discourse on medical film saw great promise in the new medium, it did not replace the demonstration as teaching practice. In fact, there was little demand for film in medical teaching. It is argued that this was, among other reasons, an important cause of the closure of the Charité Film Institute.

1. Einführung

Anfang 1917 erhielt die 18 jährige Maria Krahl als erste Patientin der Psychiatrischen und Nervenkl. der Berliner Charité die Diagnose Schizophrenie.¹ Diesen Begriff hatte der Züricher Psychiater Eugen Bleuler knapp neun Jahre zuvor, auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie von 1908 in Berlin, geprägt.² Bleulers Schizophrenie-Konzept, das er wenig später in einer Monographie ausführlich darstellte,³ richtete sich u. a. gegen die Annahme einer ‚fortschreitenden Verblödung‘. Diesen Begriff hatte der Heidelberger Psychiater Emil Kraepelin geprägt, der unter dem Namen Dementia praecox die Krankheitsbilder der Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides zusammenfasste.⁴ Schizophrenie war für Bleuler „eine spezifisch geartete, [...] Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt.“⁵ Als entscheidendes Kriterium betrachtete er die Störung der „Assoziationstätigkeit“ und – in unterschiedlichem Ausmaß – eine Störung der „Gefühlsäußerungen“, also der Affekte.

Solche Debatten waren für die sich um 1900 als wissenschaftliche Disziplin etablierende Psychiatrie von großer Bedeutung.⁶ Sie beschäftigen aber auch heute noch das Fach selbst – und die medizinhistorische Forschung.⁷ Neuere Arbeiten konnten die Zeitabhängigkeit psychiatrischer Krankheitsbegriffe, insbesondere aus dem neurotischen Formenkreis belegen. Dabei werden Entstehung, Verbreitung und Gebrauch dieser Begriffe in den jeweiligen sozialen, kulturellen, institutionellen und wissenschaftlichen Kontext eingebettet.⁸ Erst seit kurzem wird eine solche Kontextualisierung auch für diagnostische Kategorien aus dem psychotischen Formenkreis vorgenommen. Brigitta Bernet etwa re-situier. Bleulers Schizophrenie-Begriff im Züricher Handlungsrahmen.⁹ Sie versteht die Kliniker um Bleuler, in Anlehnung an den Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck als ein Denkkollektiv,¹⁰ das mit dem neuen Krankheitsbegriff auf Krisen der damaligen psychiatrischen Praxis (Überfüllung der Anstalten, therapeutischer Nihilismus, Niedergang des Hirnparadigmas, öffentliche Kritik an der Anstaltspsychiatrie) reagierte und mit dessen

¹ Zum Schutz der Identität der Patientin verwende ich hier ein Pseudonym. Die Akte findet sich im Historischen Psychiatriearchiv der Charité unter der Signatur: HPAC F 41/1917.

² Bleuler 1908.

³ Bleuler 1911.

⁴ Kraepelin 1899.

⁵ Bleuler 1911, hier S. 6. Zu Bleulers Schizophrenie-Konzept z. B. Scharfetter 2001. Zum Einfluss der Arbeiten Sigmund Freuds und Pierre Janets auf Bleulers Konzept vgl. Dalzell 2007 und Moskowitz/Heim 2011.

⁶ Dazu vgl. z. B. Roelcke 2002, Engstrom 2003. Für die Berliner Charité vgl. Schmiedebach 1995.

⁷ Vgl. PubMed: Search MESH terms History of medicine 19th century OR history of medicine 20th century AND schizophrenia.

⁸ Z. B. Neurasthenie und Hysterie. Vgl.: Killen 2006 und Nolte 2003.

⁹ Bernet 2013.

¹⁰ Dazu vgl. Fleck 1980.

Fokus auf die gestörten Assoziationen gleichzeitig ein wirkmächtiges kulturelles Deutungsmuster etablierte.¹¹

Fragestellung

Einen ähnlichen Ansatz verfolgte auch mein Dissertationsvorhaben, das in das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Forschungsprojekt „Kulturen des Wahnsinns“, eingebunden war.¹² Mit Blick auf die schwierige Abgrenzung zwischen gesund und krank, bzw. normal und unnormal hat dieses Forschungsprojekt für die Jahrzehnte um die Jahrhundertwende (1870 bis 1930) die Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Akteuren (z. B. Wissenschaftler¹³, Ärzte, Patienten, Politiker, Literaten, Künstler, Boheme) verfolgt. Untersucht wurden dabei insbesondere die Grenzbereiche und Wechselwirkungen zwischen Wissenschaft, Kultur und Gesellschaft bei der Konstituierung eines zunehmend medizinischen Begriffs des Wahnsinns. In meiner Arbeit geht es deshalb nicht um eine Genealogie psychopathologischer Begriffe oder um die Rekonstruktion psychiatrischer Fachdebatten. Vielmehr soll am Beispiel der Schizophrenie gezeigt werden, wie eine neue Diagnose in eine lokale Wissenskultur eingeführt und in der täglichen Verwendung stabilisiert wurde: Wie konstituierte sich der ärztliche Blick des modernen Psychiaters? Wie wurden die Zeichen des Wahnsinns identifiziert, bewertet und der Behandlung zugeführt?

Quellen für die Rekonstruktion psychiatrischer Alltagspraxis

Zeitgenössische Lehrbücher oder Veröffentlichungen in Fachzeitschriften eignen sich für eine solche Fragestellung nur bedingt. Wenn überhaupt, so geben sie nur einen vermittelten Einblick in die klinische Praxis. Daher basiert meine Untersuchung auf der Analyse historischer Krankenakten. Solche klinikinternen, patientenbezogenen Aufzeichnungen werden zwar seit längerem als medizinhistorische Quelle genutzt. Doch auch Krankenakten bieten keinen unverstellten Blick auf den klinischen Alltag. Sie sind vielmehr Ausdruck komplexer Aushandlungsprozesse zwischen Patienten, Ärzten, Verwaltung und weiteren Akteuren (z. B. Justiz, Polizei, Angehörige) und selbst Gegenstand und Material des täglichen Handelns. Sie sind von den Ordnungsinteressen der Institution Krankenhaus geprägt und dokumentieren vor allem Nichtalltägliches, bzw. das, was in Bezug auf diese Interessen als relevant erachtet wurde. Auch zeichnet sich diese Quelle, allen Bemühungen um eine ordentliche Aktenführung zum Trotz, durch ihre unvoll-

¹¹ Bernet 2013, besonders S. 277-334.

¹² DFG FOR 1120.

¹³ Aus sprachlichen Gründen verwende ich, insofern es nicht um individuelle Akteure geht, das generische Maskulinum zur Bezeichnung beider Geschlechter.

ständige Überlieferung und uneinheitliche Dokumentation aus, was qualitative genauso wie quantitative Studien erschwert.¹⁴

Methodischer Ansatz

Tägliche Handlungsweisen, Routinen und Praktiken lassen sich am besten in einer qualitativen Analyse untersuchen. Allerdings sind die Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung qualitativer Verfahren auf historische Krankenakten noch immer Gegenstand intensiver fachwissenschaftlicher Debatten. So fruchtbar diese Verfahren für die Erkenntnisinteressen der neueren medizinhistorischen Forschung sind, so umstritten sind die Repräsentativität und Vergleichbarkeit entsprechender Ergebnisse sowie die Transparenz des Forschungsprozesses.¹⁵ Darum war es ein wesentliches Ziel meiner Arbeit, die Anwendbarkeit einer qualitativen Methode auf diese Quellengattung zu prüfen, nämlich der aus der qualitativen Sozialforschung stammenden *Grounded Theory*.¹⁶ Material und Methoden werden in einem eigenen Abschnitt behandelt.

Wie der praxeologische Ansatz meiner Arbeit einerseits eine Ausweitung der Quellenbasis erforderte, so zog er andererseits eine zeitliche und örtliche Eingrenzung nach sich. Aus drei Gründen wurde die Untersuchung einer historischen lokalen Wissenskultur am Beispiel der Psychiatrischen und Nervenlinik der Berliner Charité durchgeführt. Erstens liegt mit den im Historischen Psychiatrie Archiv der Charité (HPAC) überlieferten Krankenakten ein nahezu geschlossener Aktenbestand vor, der es erlaubt, die klinische Praxis über einen langen Zeitraum zu verfolgen.¹⁷ Zweitens war die Berliner Nervenlinik eine der ersten und größten psychiatrischen Universitätskliniken des deutschsprachigen Raums. Drittens lag diese Klinik mitten im Zentrum Berlins und damit im Brennpunkt des sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Lebens. Zwischen 1870 und 1930 entwickelte sich Berlin zu einer Metropole. Die Stadt prägte mit ihren „Orten der Moderne“ die Erfahrungswelten ihrer Zeitgenossen entscheidend.¹⁸

Gang der Darstellung

Die übergeordnete Fragestellung nach der Einführung und Stabilisierung der Schizophrenie an der Charité-Psychiatrie wurde in mehreren sich konsekutiv ergebenden Teilfragestellungen bearbeitet, die separat zur Publikation kamen:

¹⁴ Zur Problematik der Krankenakte als Quelle vgl. z. B. Beddies 2010 und Meier et al. 2007, S. 89-92. Zur Entwicklung der Krankenakte als institutionalisierte ärztliche Dokumentationspraxis vgl. Hess 2010.

¹⁵ Vgl. die Tagungsberichte in H-Soz-Kult zu zwei Workshops am Berliner Institut für Geschichte der Medizin: Dietrich-Daum/Taddei 2006 und Ralser 2007.

¹⁶ Glaser/Strauss 2008.

¹⁷ Zu diesem Archiv vgl. Klöppel 2009.

¹⁸ Zur Großstadt als Erfahrungsraum der Moderne vgl. Geisthövel/Knoch 2005.

a) *Die Einführung der Schizophrenie in der Berliner Nervenlinik:* Ausgehend von den ersten Schizophrenie-Diagnosen der Charité, untersuchte ich zusammen mit Rainer Herrn, wann dieser Begriff in der klinischen Praxis auftauchte, wie er verwendet wurde und welche spezifische Bedeutung er erhielt. Dabei zeigte sich, dass die von den Psychiatern der Charité – die wir ebenfalls in Anschluss an Fleck als Denkkollektiv verstanden – verwendete Konzeption deutlich von der Bleulers abwich. Die in Zürich zentralen Assoziationsstörungen spielten in Berlin keine nachweisbare Rolle für die Vergabe der neuen Diagnose. Stattdessen war hier die Feststellung eines gestörten Affekts erstrangend. Bei der Arbeit mit den Krankenakten stießen wir auf Protokolle klinischer Demonstrationen. So gerieten die Methoden des klinischen Unterrichts in den Blick der Untersuchung, die in einem weiteren Arbeitsschritt tiefergehend analysiert wurden (siehe Abschnitt „Klinischen Demonstrationen“).¹⁹

b) *Normativität und Schizophrenie (zugleich Reflexion des methodischen Vorgehens):* Ausgehend von der Frage, wie die Charité-Psychiater die Affektstörung praktisch feststellten, setzten wir die systematische Auswertung der Aufzeichnungen in den Krankenakten fort. Wir fragten: Gab es an der Charité Einflüsse sozialer oder moralischer Werturteile auf das psychiatrische Aufmerksamkeitsraster bei der Diagnostik der Schizophrenie? Wie sahen diese aus? Dabei war mit Blick auf die oben angeführte Methodendebatte die Eignung der ursprünglich für Interviewauswertungen entwickelten *Grounded Theory* für die Analyse historischer Texte zu prüfen, das heißt es galt das eigene methodische Vorgehen detailliert darzulegen und kritisch zu reflektieren.²⁰

c) *Klinische Demonstrationen:* Michel Foucault hat die Bedeutung der Klinik für die „Geburt“ der modernen Medizin hervorgehoben. Allerdings sind Untersuchungen zu ihren konkreten Praktiken zur Verbreitung und Stabilisierung medizinischer Wissensinhalte nach wie vor rar. Besonders die so genannte klinische Demonstration war bisher kaum Gegenstand medizinhistorischer Betrachtung. Was waren die Ziele und materiellen Bedingungen dieser Methode? Wie wurde sie umgesetzt? Was trug sie zur Konstitution des ärztlichen Blicks bei? Welche Effekte hatte sie auf die Beteiligten (Ärzte und Patienten)?²¹

d) *Medienwechsel? Zum Verhältnis von klinischer Demonstration und medizinischem Film:* Einige der Patienten, die man in den klinischen Demonstrationen präsentierte, wurden in einem 1923 für die Herstellung medizinisch-wissenschaftlicher Filme eingerichtetem Institut aufge-

¹⁹ Friedland/Herrn 2012.

²⁰ Herrn/Friedland 2012.

²¹ Herrn/Friedland 2014.

nommen.²² Mit der Einführung des neuen Mediums Film in die Medizin, verbanden sich große Hoffnungen. Der Film versprach die vollständige und authentische Abbildung des ärztlichen Blickes.²³ Bereits 1931 aber schloss dieses Institut. Was waren die Gründe für diese Schließung? Welche Möglichkeiten bot der Film im klinischen Unterricht im Vergleich zu den herkömmlichen Methoden der Vermittlung des ärztlichen Blicks, besonders zu den klinischen Demonstrationen?²⁴

2. Material und Methoden

Grundlage der Untersuchung waren zunächst im HPAC überlieferte psychiatrische Krankenakten, die für die Jahre 1911 bis 1921 systematisch ausgewertet wurden. Da eine methodisch abgesicherte, qualitative Auswertung dieser Quellengattung nach wie vor nicht selbstverständlich ist, sollen im Folgenden zunächst Quellenbestand und methodisches Vorgehen ausführlicher vorgestellt werden: Angelegt wurden diese Akten unter dem Direktorat Karl Bonhoeffers (1911-1937). Überliefert sind für jedes Jahr etwa 1200 Krankenakten (das entspricht etwa 60 Prozent des ursprünglichen Bestandes), so dass für die Jahre 1911-1921 circa 12.000 Akten vorliegen. In einem ersten Schritt wurden mit den (ebenfalls überlieferten) Diagnosebüchern die ersten dort dokumentierten Schizophrenie-Diagnosen identifiziert und gemeinsam mit Krankenakten von Patienten anderer, aber vergleichbarer Diagnosen (z.B. psychopathische Konstitution) in das Untersuchungssample aufgenommen. Hinzu kamen Krankenakten, die Charité-Psychiater als Kasuistiken in Fachzeitschriften veröffentlicht hatten. Bei der kursorischen Durchsicht der Akten zeigte sich, dass der Begriff *Schizophrenie* zwischen 1912 und 1919, also vor der ersten offiziellen Vergabe dieser Diagnose, meist im Rahmen klinischer Demonstrationen verwendet wurde. Solche Akten wurden ebenfalls einbezogen. Vergleichend wurden Akten aus der Ära Theodor Ziehens (1904-1911) hinzugezogen, um Unterschiede in den Aufschreibesystemen und dem diagnostischen Vorgehen zu identifizieren oder längere Krankheitsverläufe zu verfolgen. Insgesamt umfasst das Sample rund 300 Krankenakten. Es wurde in einer Datenbank (Filemaker) erfasst. Die *Grounded Theory* geht nicht vorab formulierten Hypothesen nach, die dann am Material verifiziert oder falsifiziert werden. Stattdessen werden Hypothesen und konkrete Forschungsfragen am Material selbst in einem mehrschrittigen, rekursiven Forschungsprozess, entwickelt. Da hierfür mindestens zwei Bearbeitende gefordert sind, habe ich diese Arbeitsschritte mit Rainer Herrn gemeinsam durchgeführt. Die Theoriebildung erfolgt ebenfalls in einem mehrschrittigen

²² HPAC F 270/1922.

²³ Zu den Erwartungen an das Medium z. B. Rall 2014, S. 385 und Laukötter 2011. Grundlegend zur Geschichte des medizinischen Films Bonah/Laukötter 2009.

²⁴ Friedland [accepted].

Prozess. Datenerhebung und Datenanalyse wechseln sich ab. Ziel ist hierbei keine statistische Repräsentativität der Ergebnisse, sondern deren theoretische Sättigung.²⁵ Neue Daten werden nur solange erhoben, bis sich keine weiteren Auswertungsdimensionen im Hinblick auf die Fragestellung ergeben.

Die zeitaufwändige Arbeitsweise der Grounded Theory verlangt eine Reduktion des auszuwertenden Textkorpus. Vollständig transkribiert wurden die Krankengeschichten aus zwölf Akten. Teile dieser Transkripte wurden in ein für die Auswertung qualitativer Daten entwickeltes Computerprogramm (Atlas.ti, Programmversion 6.0) übernommen. Einzelne Abschnitte (Wörter, Sätze, Absätze) dieser Texte versahen wir zunächst assoziativ mit frei wählbaren Codes. Dabei wurden inhaltlich gleiche Textstellen identisch kodiert. Dieses sogenannte *offene Kodieren* erschloss detailliert und textnah verschiedene Inhaltsebenen der Quelle. Beobachtungen, vorläufige Hypothesen oder Teilfragestellungen hielten wir in so genannten *Memos* fest.

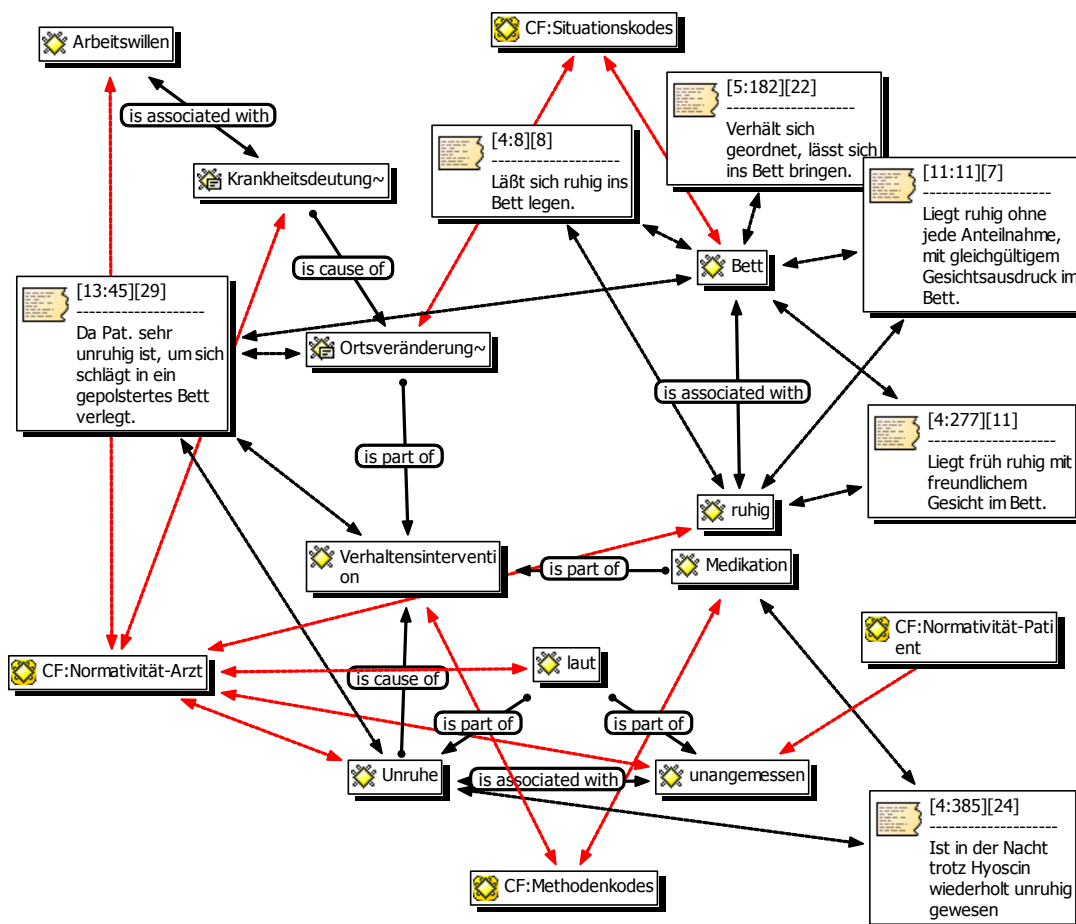


Abbildung 1: Beispiel eines mit Atlas.ti generierten Netzwerkes. Dargestellt sind den Kodefamilien Normativität-Arzt, Normativität-Patient, Methodencodes, Situationscodes zugeordnete Kodierungen und damit verknüpfte Textstellen (zur Interpretation vgl. S. 11).

²⁵ Zum Begriff der theoretischen Sättigung in der Grounded Theory vgl. Strübing 2008, S. 30-34.

Die frei vergebenen Codes kategorisierten wir später anhand so genannter *Axialcodes* nach ihren möglichen Bedeutungsebenen. Beim *selektiven Kodieren* wurden danach die verschiedenen Interpretationsebenen (freie Codes, Axialcodes, Memos), hinsichtlich ihrer Bedeutung für die übergeordnete Fragestellung zueinander in Beziehung gesetzt. Als *Kernkategorie* für die Identifikation und Rekonstruktion des Einflusses normativer ärztlicher Werturteile bei der Vergabe der Diagnose Schizophrenie erwiesen sich die von uns deshalb so bezeichneten „Krankheitskonstruktionscodes“. Sie bildeten das methodische Vorgehen bei der Diagnosestellung, explizite wie implizite Werturteile der Ärzte und Patienten sowie situative Elemente ab. Abschließend wurden die Ergebnisse an den restlichen Akten des Samples empirisch überprüft und gegebenenfalls in einer rekursiven Schleife erneut kodiert.²⁶

Bei der Durchsicht der Akten sind wir, weil sich hier die Erstverwendungen des Begriffs Schizophrenie fanden, auf knapp 150 Protokolle klinischer Demonstrationen gestoßen. Als klinische Demonstration erfassten wir die Abschnitte innerhalb der Krankengeschichten oder Verlaufsberichte, die mit „Klinische Demonstration“, „Klinische Vorstellung“, „Klinische Visite“ oder ähnlich überschrieben waren. Dieser Bestand wurde, um die Abhängigkeit von räumlichen Gegebenheiten (Einweihung des Klinikneubaus 1904) und den jeweiligen Lehrstuhlinhabern (Carl Westphal, Friedrich Jolly, Theodor Ziehen, Karl Bonhoeffer) zu identifizieren, um weitere Protokolle aus der Zeit zwischen 1881 und 1927 ergänzt. In der methodisch an die *qualitative Inhaltsanalyse*²⁷ angelehnten Untersuchung wurden etwa 200 klinische Demonstrationen und die zugehörigen Krankenakten untersucht.

Der Quellenbestand wurde durch systematische Recherchen im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin ergänzt.²⁸ Hierbei stieß ich auf Akten zu einem Medizinisch-kinematographischen Institut, das zwischen 1923 und 1931 an der Charité existierte. Dieser Fund bildete den Ausgangspunkt für eine weitergehende Untersuchung zur Geschichte dieser Einrichtung und zum Status der klinischen Demonstration im Zeitalter des aufkommenden Films. Hinzugezogen wurden ferner Akten aus den Beständen des Bundesarchivs, des Berliner Landesarchivs und des Geheimen Staatsarchivs. Außerdem wurden Veröffentlichungen aus zeitgenössischen Fachzeitschriften sowie thematisch-relevante Monographien und Lehrbücher oder Biographien wichtiger Protagonisten hinzugezogen. Bei der Einordnung und historischen Kontextu-

²⁶ Detailliert zum eigenen Vorgehen, mit Angaben zu weiterführender Literatur zur Grounded Theory vgl. Herrn/Friedland 2012, S. 259-272.

²⁷ Vgl. Mayring (2015).

²⁸ Die systematischen Recherchen im Universitätsarchiv wurden gemeinsam mit Rainer Herrn, Volker Hess und Sophie Ledebur im Rahmen des DFG-Projekts „Kulturen des Wahnsinns“ durchgeführt.

alisierung der Forschungsergebnisse halfen einschlägige Studien zur Geschichte der Psych-iatrie und ihrer Konzepte sowie Sekundärarbeiten zur Geschichte des medizinischen Films und der medizinischen Photographie.

3. Ergebnisse

a) Die Entwicklung eines lokalen Schizophrenie-Konzeptes

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde von Karl Bonhoeffer, dem Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité, bereits 1912 in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet.²⁹ Ab 1913 findet sich der Begriff auch in Krankengeschichten. Hier wurde er vor allem im Rahmen klinischer Demonstrationen gebraucht, allerdings nicht als Diagnose, sondern als adjektivische Beschreibung („schizophren“) von verbalen und non-verbalen Patientenäußerungen sowie zur Charakterisierung ihres Krankheitszustandes. 1917 wurde die Diagnose „Schizophrenie“ erstmals offiziell vergeben, d.h. auf einem Aktendeckel und im Aufnahmebuch der Klinik eingetragen. In diesem Diagnosebuch lässt sich die Schizophrenie 1917 nur einmal nachweisen. 1919 findet sie sich dort bereits 46mal. Innerhalb weniger Jahre avancierte die Schizophrenie zu einer der am häufigsten vergebenen Diagnosen der Berliner Nervenlinik.³⁰

In den klinischen Demonstrationen wurde die neue diagnostische Kategorie vor 1917 überwiegend zur Abgrenzung gegenüber anderen Diagnosen verwendet. An dieser Begriffsarbeit ließ sich die sukzessive Ausformung eines lokalen Schizophrenie-Konzepts verfolgen. Nicht wie bei Bleuler die Assoziationsstörung, sondern die Affektstörung war an der Charité entscheidend bei der Vergabe der neuen Diagnose.³¹ Gleichzeitig lassen sich psychoanalytische Anleihen, die Bleulers Konzept beeinflusst hatten, in den Berliner Akten nicht nachweisen. Zwar beschäftigten sich einzelne Psychiater der Charité mit der von Sigmund Freud begründeten und in Berlin insbesondere von Karl Abraham verbreiteten Psychoanalyse. Sie sahen aber, wie die große Mehrheit der zeitgenössischen Psychiater, keine Möglichkeit der Anwendung in der psychiatrischen Ursachenlehre, Diagnose und Therapie.³²

b) Normative ärztliche Werthaltungen und Schizophrenie-Diagnostik

Bei der qualitativen Auswertung historischer Krankenakten der Charité-Psychiatrie ließen sich auf drei Ebenen normative ärztliche Wertvorstellungen identifizieren, die bei der Verwendung dieses lokalen Schizophrenie-Konzeptes wirksam wurden.

²⁹ Friedland/Herrn 2012, S. 214.

³⁰ Friedland/Herrn 2012, S. 217-219.

³¹ Friedland/Herrn 2012, S. 222-228.

³² Friedland/Herrn 2012, S. 236-243.

Eine erste Ebene betraf die ärztliche Deutung der Rede und des Verhaltens von Patienten als normal bzw. abnorm in Bezug auf deren Anpassung an den Klinikalltag (siehe Abb. 1). Eine nach Ansicht der Ärzte mangelhafte Anpassung wurde in den Krankengeschichten häufig mit Begriffen wie „laut“, „unruhig“ oder nach ungeschriebenen bürgerlichen und institutionellen Regeln unangemessenes Verhalten (z.B. duzen der Ärzte oder unaufgefordertes Lesen in den Krankengeschichten anderer Patienten) indizierenden Begriffen belegt, was in der Regel spezifische ärztliche Maßnahmen nach sich zog (Abb. 1: Kode Verhaltensintervention). Dies konnten klinikinterne Verlegungen, Medikamentengaben oder andere symptomorientierte Interventionen sein (Abb. 1: Kodes Medikation, Ortsveränderung). Trotz ihres offenkundigen disziplinaren Bezugs, betrachteten die Psychiater solche Maßnahmen nicht als Zwangsmaßnahmen, die seit der Einführung des non-restraint verpönt waren. Sie galten vielmehr als symptomatisch-therapeutische Mittel der Wahl.³³ Eine besondere Stellung nahm die Bewertung der Arbeitsfähigkeit bzw. -willigkeit der Patienten ein (Abb. 1: Kodes Arbeitswillen). Sie wurden auch außerhalb der Klinik zunehmend als Kennzeichen einer allgemein gesellschaftlichen Nützlichkeit betrachtet. Im Rahmen der diagnostischen Verwendung der Schizophrenie entwickelten sich daraus Kriterien zur Beurteilung von Verlauf und Prognose schizophrener Erkrankungen, anhand derer man entschied, ob Patienten nach Hause entlassen oder in eine Landesanstalt verlegt wurden.³⁴ Eine zweite Ebene betraf die Ausweitung der psychiatrischen Diagnostik auf den Lebenslauf der Patienten. Mit Hilfe der Anamnese identifizierten die Psychiater teilweise weit vor der Hospitalisierung liegende Episoden, in denen die Patienten durch soziale oder moralische Normverletzungen auffällig geworden waren. Diese auffälligen Verhaltensweisen wurden nicht inhaltlich in Bezug zur individuellen Biographie gesetzt oder daraus erklärt. Stattdessen wurden die anamnestisch erhobenen Verhaltensweisen als Material eines pathographischen Narrativs verwendet. Entscheidend war für die Psychiater der Zeitpunkt des Auftretens von Auffälligkeiten. Traten sie während oder kurz nach der Pubertät auf, so kam ihnen Bedeutung als Prodrome der Schizophrenie zu. Bestanden sie schon vorher, deutete man dies als Zeichen einer psychopathischen Konstitution.³⁵

Die konkreten Inhalte der Patientenrede spielten bei der Diagnose einer Schizophrenie somit nur eine untergeordnete Rolle. Sie kamen aber trotzdem auf einer dritten Ebene zum Tragen. Auch hierbei ging es jedoch nicht um eine inhaltliche Interpretation. Vielmehr wurden die Wahn-

³³ Herrn/Friedland 2012, S. 273-277.

³⁴ Herrn/Friedland 2012, S. 277-279.

³⁵ Herrn/Friedland 2012, S. 279-282.

inhalte formal auf das Vorliegen einer Affektstörung, dem an der Charité entscheidenden Symptom einer Schizophrenie, hin beurteilt und mit dem körpersprachlichen Verhalten abgeglichen. Letzteres galt als somatischer Ausdruck der Affekte. War das Verhalten dem Geäußerten gegenüber unangemessen, entsprachen sich also Inhalt und Form nicht, so wurde eine Affektstörung diagnostiziert. Bei der Beurteilung dessen, was als angemessen oder unangemessen zu gelten hatte, kamen demnach keine apparativen oder psychologischen Methoden zur Objektivierung und Vermessung der Affekte zum Einsatz, obwohl solche Techniken zeitgenössisch diskutiert und erprobt wurden. Das Verhältnis von Vorstellungsinhalten und Ausdrucksverhalten wurde vielmehr anhand der ausführlichen Beobachtung, Dokumentation und Bewertung von Mimik, Gestik und Sprache fest gemacht. Eine Affektstörung wurde, das hat die Tiefenanalyse der Werthaltungen gezeigt, mit einem, an die individuellen Fähigkeiten der Psychiater gebundenen, professionellen Erfahrungswissen erkannt und beschrieben. Dieses Wissen wurde in der Ausbildung und in der täglichen klinischen Praxis erworben.³⁶

c) Die Praxis Klinischer Demonstrationen

Entscheidende Bedeutung für die Vermittlung dieses Erfahrungswissens hatte die klinische Demonstration. Darunter ist, sehr verkürzt, eine Vorlesung zu verstehen, in der dem studentischen oder Fachpublikum Patienten als typische, außergewöhnliche oder differentialdiagnostisch schwierige Fälle präsentiert wurden. An der Charité lässt sich die Geschichte dieser Unterrichtsform bis in die 1830er Jahre zurückverfolgen. Mit dem Amtsantritt Wilhelm Griesingers 1866 wurde die klinische Demonstration ein fester Bestandteil der psychiatrischen Lehrmethodik. Sie erlaubte dem Lehrenden in verhältnismäßig kurzer Zeit den Studenten anschaulich vorzuführen, was für das Erkennen und den Nachweis bestimmter Symptome erforderlich war und wie die Befunde im Kontext der jeweiligen Krankheit zu deuten waren. Als klinikinternes Kolleg diente die Patientenvorstellung auch der Klärung schwieriger Fälle. Im Rahmen diskursiver Auseinandersetzungen, beispielsweise um die Gültigkeit und Anwendbarkeit diagnostischer Begriffe, war die Demonstration ein wichtiges Element.³⁷

Der Erfolg einer klinischen Demonstration hing von vielen Variablen ab: der Verfügbarkeit geeigneter Räume, der Auswahl passender Patienten und den individuellen Fähigkeiten der Vortragenden. Die lehrenden Ärzte entwickelten spezifische performative Techniken, da der konkrete Verlauf der Patientenvorstellung nicht vollständig plan- und beherrschbar war.

³⁶ Herr/Friedland 2012, S. 282-288.

³⁷ Friedland/Herr 2012, S. 219-222.

Raum: Aufgrund der Lehrbedürfnisse war der Hörsaal im 1904 eröffneten Neubau der Psychiatrischen Klinik über Verbindungsgänge und einen Fahrstuhl mit den Abteilungen verbunden. Zum Hörsaal gehörte ein eigenes Wartezimmer zur Vorbereitung der Patienten. Es gab auch ein Lager zur Aufbewahrung von Lehrmaterialien. Mit seiner umfangreichen technischen Ausstattung war der Hörsaal zum damaligen Zeitpunkt „ein moderner, nach den Bedürfnissen der wissenschaftlichen Lehre gestalteter Unterrichtsraum“.³⁸

Patientenauswahl: Für die Ärzte der Charité war nicht entscheidend, ob ein Patient mit seiner Vorstellung einverstanden war. Solche ethischen Erwägungen traten, obgleich sie zeitgenössisch diskutiert wurden, hinter die Bedürfnisse der Lehre zurück. Wichtiger war, dass die Patienten im Hörsaal verlässlich das reproduzierten, was an ihnen gezeigt werden sollte. In diesem Sinne besonders ‚talentierte‘ Patienten wurden häufiger vorgestellt. Eine Patientin, die man erstmals 1917 in die Nervenklinik aufnahm und die mit Unterbrechungen sieben Jahre dort blieb, wurde z. B. insgesamt 14 Mal demonstriert.³⁹ Die Protokolle ihrer sukzessiven Demonstrationen zeigen, dass ihre verbalen und körperlichen Äußerungen hier jeweils neu vor einem psychopathologischen Raster gelesen und anschließend differentialdiagnostisch bewertet wurden. In der Analyse ließ sich nachweisen, wie die Vorführungssituation auf die teilweise expressiven Verhaltensweisen der Patientin zurückwirkte, was wiederum die ärztliche Interpretation, die Patientin sei „manisch-depressiv“ unterstützte. Manche Patienten blieben jahrelang in der Klinik, möglicherweise weil sie sich immer wieder gut demonstrieren ließen. Andere Patienten, die sich im Hörsaal als unzuverlässig erwiesen, wurden hingegen meist nicht noch einmal gezeigt.⁴⁰

Performative Techniken: Zu den Fertigkeiten, die es brauchte, um klinische Demonstrationen durchführen zu können, gehörte nicht nur rhetorische Begabung.⁴¹ Um den Ablauf der Vorführung zu kontrollieren, bedurfte es spezifischer Techniken, die Patienten dazu zu bringen, genau im richtigen Moment das zu zeigen, worauf es ankam. Zu diesen blicklenkenden Techniken gehörten besondere Fragetechniken. Ebenso wichtig waren die Kontrolle über den Aktionsraum des Patienten und die Vorgabe bestimmter Tätigkeiten durch Aufforderungen und Handlungsanweisungen sowie konkrete Manipulationen an den Körpern der Patienten.⁴² Einige Patienten

³⁸ Herr/Friedland 2014, hier S. 313.

³⁹ HPAC F 283/1917.

⁴⁰ Herr/Friedland 2014, S. 314-317.

⁴¹ Zur Bedeutung der rhetorischen Fähigkeiten: Herr/Friedland 2014, S. 318.

⁴² Herr/Friedland 2014, S. 319-322.

fühlten sich hierdurch besonders motiviert, andere empfanden die Vorführungen hingegen als Bloßstellung, manche sogar als unzulässigen Übergriff.⁴³

d) Klinische Demonstrationen und medizinischer Film

Viele Ärzte begriffen das neue Medium des Films als Chance, den Unwägbarkeiten der klinischen Demonstration zu begegnen. 1923 eröffnete an der Charité auf Initiative des Berliner Chirurgen Alexander von Rothe das Medizinisch-kinematographische Institut für Unterricht und Forschung. Dieses Institut war für nahezu jede damals diskutierte Anwendung des medizinischen Lehr- und Forschungsfilms eingerichtet.⁴⁴ Bereits zwei Jahre zuvor hatte von Rothe eine Vertriebsgesellschaft gegründet, welche die Kooperationen des Filminstituts mit einer Vielzahl klinischer Institutionen im In- und Ausland koordinierte und sich um die Vermarktung der Filme bemühte. Bis 1931 entstanden über 350 Filme, die nahezu alle medizinischen Disziplinen abdeckten sowie einige wenige populärwissenschaftliche Produktionen. Besonders zahlreich waren Filme zu chirurgischen Themen sowie zur Neurologie und Psychiatrie.⁴⁵

Bereits 1931 schloss das Institut jedoch, der Konkurs der Vertriebsgesellschaft folgte kurz darauf. Sicherlich war die Finanz- und Wirtschaftskrise ein wichtiger Grund. Aber auch andere Faktoren standen dem Erfolg im Wege, insbesondere technische Probleme und Konflikte, die sich aus der Lage des Instituts in einem Krankenhaus ergaben.⁴⁶ Ein weiterer gewichtiger, vielleicht auch entscheidender Grund war das wirtschaftliche Modell einer „Public-Private-Partnership“. Der durch das Wissenschaftsministerium vertretene Staat war zwar an den Produktionen des Instituts durchaus interessiert und sicherte sich den Zugriff für Universtitäten und Institute. Doch beschränkte sich die staatliche Unterstützung letztlich auf die Bereitstellung der Räume. Das finanzielle Risiko trug das Institut bzw. die Vertriebsgesellschaft allein. Man war deshalb darauf angewiesen, Käufer für die Produktionen zu finden. Nach der anfänglichen Euphorie blieb die Nachfrage nach dem neuen Medium jedoch nur gering, besonders für Lehr- und Unterrichtsfilme. Wie sich rekonstruieren ließ, hing die geringe Nachfrage von Seiten der Kliniker auch mit den Grenzen des Mediums Film zusammen. Mit den damaligen Mitteln war der ärztliche Blick nicht zu reproduzieren. So zeigen die Beispiele eines anatomischen Lehrfilms aus der Charité sowie einer Patientin aus der Psychiatrischen Klinik der Charité, dass trotz der Verfil-

⁴³ Herrn/Friedland 2014, S. 322-324.

⁴⁴ Friedland [accepted], S. 8-10.

⁴⁵ Zur Vertriebsgesellschaft und dem Produktionsspektrum vgl. Friedland [accepted], S. 10-12.

⁴⁶ Friedland [accepted], S. 12-18.

mung medizinischer Phänomene, diese weiterhin an ‚echten‘ Patienten im Hörsaal vorgeführt wurden. In der Klinik fand demnach kein Medienwechsel statt.⁴⁷

4. Zusammenfassung

Schauen (klinische Beobachtung und Dokumentation in Krankenakten), zeigen (Rekurs auf die Krankenakten und klinische Demonstration) und sehen (anwenden von „Erfahrungswissen“ und ordnen der Symptome zu einer Diagnose) verlieh der Schizophrenie ihre spezifische Gestalt an der Charité. Aus meiner Arbeit ergeben sich für die weitere Forschung vier wesentliche Anknüpfungspunkte, die im Folgenden zusammenfassend diskutiert werden. Dies sind: a) die Verwendung qualitativer Methoden bei der Analyse historischer Krankenakten, b) die lokale Einbettung medizinischen Wissens, c) die Bedeutung klinischer Praktiken für die Genese, Etablierung und Stabilisierung medizinischer Wissensbestände und d) die Rolle des neuen Mediums Film für die Vermittlung des ärztlichen Blickes.

a) Qualitative Methoden und historische Krankenakten

Methodisch basiert meine Arbeit wesentlich auf der *Grounded Theory*. Der Prüfung der Möglichkeiten für Transfer, Adaptation und Anwendung dieser Methode auf historische Krankenakten leistet einen Beitrag zur Methodendiskussion innerhalb der medizinhistorischen Forschung. Festzustellen ist, dass die *Grounded Theory* bei Beachtung der quellenspezifischen Besonderheiten⁴⁸ eine für die Analyse historischer Krankenakten durchaus geeignete Methode ist. Allerdings ist der in der qualitativen Sozialforschung umstrittene Einbezug ergänzender Quellen bei einer historischen Anwendung unverzichtbar.⁴⁹ Kritisch zu betrachten ist die Reichweite der mit dieser Methode erzielten Ergebnisse. Diese sind nicht im statistischen Sinne repräsentativ, was die Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Kliniken oder Zeiträumen einschränkt. Der Prozess der Einführung *eines* diagnostischen Begriffes an *einer* psychiatrischen Klinik konnte hingegen umfassend und mit bemerkenswerten Ergebnissen rekonstruiert werden.

b) Lokale Einbettung medizinischen Wissens

Entscheidend für den Gebrauch des Begriffs „Schizophrenie“ war nicht die Störung der Assoziationsfähigkeit, sondern der Affekte. Als Affektstörung galt die Unangemessenheit des körperlichen Verhaltens der Patienten im Verhältnis zu ihren verbalen Mitteilungen. Und was unangemessen war, legten die Ärzte anhand ihres subjektiven professionellen Erfahrungswissens

⁴⁷ Friedland [accepted], S. 18-30.

⁴⁸ Dazu und generell zur Spezifik qualitativer Analysen von Akten und ähnlichen Dokumenten vgl. Wolff 2008.

⁴⁹ Herrn/Friedland 2012, S. 289-291. Die Einbeziehung von zusätzlichen Quellen wird kontrovers diskutiert. Vgl. die Positionen von Wolff 2008 und Müller 2007.

fest. Dabei erwies sich der ärztliche Blick auf die Erkrankten als hochgradig normativ – allerdings nicht in Bezug auf biologische oder medizinische, sondern auf soziale und gesellschaftliche Normen. Angepasstheit bzw. Widerständigkeit gegenüber den institutionellen Ordnungsinteressen gaben Anlass für medizinische Interventionen. Eine biographische Ausweitung der Diagnostik auf Auffälligkeiten vor der Hospitalisierung ging einher mit zeitgenössischen bürgerlichen Wertvorstellungen.⁵⁰ Der Befund eines lokalspezifischen Gebrauchs des Begriffs Schizophrenie eröffnet eine neue Perspektive. Denn im Anschluss an vornehmlich sozialkonstruktivistisch orientierte Forschungen⁵¹ gilt inzwischen als unstrittig, dass psychiatrische Konzepte und Praktiken nur vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen historisch kontingenten sozialen, kulturellen, institutionellen und wissenschaftlichen Einbettung zu verstehen sind.⁵² Meine Arbeit zeigt, wie soziale Kategorien über konkrete Praktiken in den Wissensbestand eines Denkkollektivs eingehen.⁵³ Zugleich zeigt die Analyse der Praktiken die Grenzen der sozialen Konstruktion auf, da sie den Gegenstand der ärztlichen Bemühungen ernst nimmt und dessen alltagshistorische Relevanz rekonstruiert. Damit kann meine Arbeit einen Beitrag für die Debatte liefern, welche sozialen oder psychischen Auffälligkeiten aus welchen Gründen von Gesellschaften als krankhaft betrachtet werden und wie sie ihren Weg in die Klassifikationssysteme der Psychiatrie finden.⁵⁴

c) Klinische Praxis und medizinisches Wissen

Die Bedeutung des Anlegens, Schreibens und Führens von Krankenakten für die Ausbildung von Ärzten wird seit geraumer Zeit diskutiert.⁵⁵ Meine Arbeit liefert einen Beitrag zur Geschichte einer weiteren Institution der klinischen Ausbildung: Der Demonstration. In Vorlesungen mit Patientenvorstellungen erlernten die Studierenden und Ärzte, wie Befunde zu erheben waren und welche Bedeutung ihnen bei der Differentialdiagnose zukam. Klinische Demonstrationen sind nicht einfach nur bloße Präsentationen von Wissen. Sie stellen vielmehr performative Praktiken dar, die in der Interaktion von Arzt und Patient, durch die exemplarische Anamnese, Untersuchung und Differentialdiagnose vor Publikum die Sichtbarkeit jener psychopathologischen Befunde erst herstellten, die es zu zeigen galt.⁵⁶ Die Patienten waren das Medium dieser Lektion. Die Konstruktion psychopathologischer Befunde in den klinischen Demonstrationen ist jedoch nicht zu verwechseln mit einer willkürlichen psychiatrischen ‚Etikettierung‘. Viele Patienten, das

⁵⁰ Meier 2007.

⁵¹ Grundlegend für diese Perspektive sind z. B. Foucault 1969; Dörner 1984; Blasius 1980.

⁵² Die Möglichkeiten einer differenzierteren historischen Perspektivierung stellt dar: Engstrom 2006. Zu den sich wandelnden Perspektiven psychiatriehistorischer Forschungen vgl. z. B.: Engstrom/Roelcke 2003.

⁵³ Als ein zentrales Ziel medizinhistorischer Forschung benennt dies: Kaufmann 1990, hier S. 187.

⁵⁴ Vgl. Hess/Herrn 2015, hier S. 15.

⁵⁵ Vgl. z. B. Hess 2010 und Ledebur 2011, hier besonders S. 103-105.

⁵⁶ Herrn/Friedland 2014, S. 324.

zeigen die Krankengeschichten, litten an ihrem Erleben und suchten die Klinik aus eigenem Antrieb auf. Doch erst die Aufführung der Patienten und ihrer Symptomaten im Hörsaal und die Einordnung der Zeichen in ein psychopathologisches Raster lenkte die Aufmerksamkeit des psychiatrischen Blicks und verlieh den Zeichen der Krankheit Evidenz.

d) Visuelle Medien und medizinische Diagnostik

In der Lehre löste der medizinische Film die Demonstrationen nicht ab. Daher ist es fraglich, ob der medizinische Film wirklich für die vor allem von Seiten der Medienwissenschaften konstatierte „Wende zum Primat des Visuellen in der medizinischen Methodik“ steht.⁵⁷ Vielmehr besteht die Gefahr, von der gegenwärtigen Rolle bildgebender Verfahren für die medizinische Diagnostik auf deren Bedeutung in einer Zeit zu schließen, als solche Verfahren gerade erst entwickelt wurden. Diese retrospektive Bedeutungszuschreibung wird durch den in dieser Zeit euphorischen Diskurs um das neue Medium scheinbar gestützt. Aber der Blick in die Praxis zeigt, dass der Film, insbesondere in der medizinischen Ausbildung, die von dem neuen Medium privilegiert profitieren sollte, nicht so wichtig war, wie seine Befürworter glauben lassen wollten. Zwar ließen sich die mit bloßem Auge sichtbaren, und in der Mikrokinematographie auch für das Auge sonst unsichtbare Krankheitszeichen, im Film zur Anschauung bringen. Ein wesentlicher Bereich der ärztlichen Diagnostik war jedoch nicht darstellbar. Das betraf zum einen akustische Phänomene bis zur Einführung des Tonfilms Anfang der 1930er Jahre. Zum anderen waren alle Befunde, die mit anderen Sinnen (z. B. Haptik) oder lediglich durch das professionelle Erfahrungswissen wahrnehmbar waren, im Film nicht zu zeigen. In ganz besonderem Maße betraf dieses Problem aber die Psychiatrie. Gerade die Diagnose der Schizophrenie, so zeigt die vorliegende Untersuchung, rekurierte stark auf das Erfahrungswissen der Psychiater, das zu großen Teilen implizite Wissensbestände enthielt.⁵⁸ Erworben wurde es in der klinischen Praxis.

Dieser Befund ist natürlich sowohl zeitlich wie örtlich gebunden. Ob er sich auf andere klinische Kontexte und Zeitphasen übertragen lässt, ist eine Frage, die der weiteren Erforschung vorbehalten bleibt. Mehr noch als bisher wären dabei die Entstehungsbedingungen der Filme und die mit

⁵⁷ Stellvertretend für diese medienwissenschaftliche Lesart medizinischer Filme vgl. Holl 2006, hier S. 218.

⁵⁸ Einen Ansatz dieses Erfahrungswissen zu fassen, bieten möglicherweise die von Foucault benannten „nie reduzierbaren Bewußtseinsformen“ des Wahnsinns. Diese sich gegenseitig bedingenden Bewusstseinsformen sind: 1. *kritisch*, sich im Gefühl des Abweichens des eigenen ‚vernünftigen‘ Erlebens und Erfahrens vom als ‚wahnsinnig‘ verstandenen Gegenüber artikulierend, 2. *praktisch*, sich an den Normen einer Gruppe formierend, 3. *enunziativ*, ohne Rückgriff auf ordnende Begriffe allein aus dem Bewusstsein entspringend, selbst nicht wahnsinnig zu sein, 4. *analytisch*, sich um die Erfassung der Formen, Phänomene und Erscheinungsweisen des Wahnsinns bemühend und das objektive Wissen vom Wahnsinn begründend. Vgl. Foucault 1969, hier S. 157-163. Der Begriff „Implizites Wissen“ – oder „tacit knowing“ – bezeichnet Wissensbestände, die nur unvollständig zu verbalisieren oder operationalisieren sind. Er geht zurück auf Michael Polanyi. Vgl. Polanyi 1985.

ihrer Herstellung verbundenen Interessen zu untersuchen. Auch sollte die Konjunktur des medizinischen Films stärker mit Bezug zu anderen Wissenspraktiken befragt werden, wie dies in meiner Arbeit für die klinischen Demonstrationen geleistet wurde. Das würde ein differenziertes Bild von der Bedeutung dieses Mediums für die Vermittlung des ärztlichen Blickes zu entwickeln helfen. In der Forschung bisher weitgehend ausgeblendet blieb die Patientenperspektive, also die Frage, wie die Objekte des Films selbst die Aufnahmen erlebten. Hierfür finden sich, bei aller Vorsicht, einige Spuren in den Krankenakten wie der Bericht über eine Patientin, die 1923 zu Filmaufnahmen ins kinematographische Institut gebracht wurde. Zumindest sie erlebte ihre filmische Instrumentalisierung als totale Auslieferung.

„Erzählt (von den Filmaufnahmen), dass helles Licht gewesen sei, wo sie verbrannt werden sollte. Die Menschen, die dabei gewesen, hätte sie nicht gesehen, nur gehört; vor ihren Augen hätte es geflimmert. Dann hätte sie von einer Höhle (Fahrstuhl) geträumt, in die sie versunken sei. Die Leute hätten ihr [unleserlich] auf den Kopf geschlagen, Herr Dr. Petermann hätte das Gesicht dabei verzogen, ohne ihr zu helfen. Zuletzt sei sie durch Gartenlocale gefahren.“⁵⁹

5. Quellenverzeichnis

Literatur (alphabetisch)

- Beddies T. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: Rotzoll M, Hohendorf G, Fuchs P, Richter P, Mundt C, Eckart WU (Hgg.): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn: Schöningh, 2010:223-231.
- Bernet B. Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Zürich: Chronos Verlag, 2013.
- Blasius D. Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1980.
- Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1908;65:436-464.
- Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig/Wien: Franz Deuticke, 1911.
- Bonah C, Laukötter A. Moving Pictures and Medicine in the First Half of the 20th Century. Some Notes on International Historical Developments and the Potential of Medical Film Research. Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences 2009;66/1:121-146.
- Dalzell TG. Eugen Bleuler 150: Bleuler`s reception of Freud. History of Psychiatry 2007;18:471-482.
- Dietrich-Daum E, Taddei E. Werkstattgespräch: Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten. Tagungsbericht 2006 (Letzter Zugriff am 25.09.2015, <http://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-1144>).

⁵⁹ HPAC F 270/1922, Eintrag vom 4.4.1923.

- Dörner K. Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt, 1984.
- Engstrom EJ, Roelcke V. Die ‚alte Psychiatrie‘? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Engstrom EJ, Roelcke V (Hgg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Basel: Schwabe Verlag 2003:9-25.
- Engstrom EJ. Clinical psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice. Ithaca [u. a.]: Cornell Univ. Press, 2003.
- Engstrom EJ. Beyond dogma and discipline: new directions in the history of psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* 2006;19:595-599.
- Fleck L. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1980.
- Foucault M. Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969.
- Friedland A, Herr R. Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Hess V, Schmiedebach HP (Hgg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien (u.a.): Böhlau 2012:207-258.
- Friedland A. „...doch erscheint in seiner Denkschrift die Bedeutung des klinischen Films für den Unterricht allzustark betont.“ Zur Geschichte des Medizinisch-kinematographischen Instituts der Charité 1923–1931. [accepted, erscheint in *Medizinhistorisches Journal*].
- Geisthövel A, Knoch H. Einleitung. In: Geisthövel A, Knoch H. (Hgg.): Orte der Moderne. Erfahrungswelten des 19. und 20. Jahrhunderts. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag 2005:9-14.
- Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick [u.a.]: Aldine, 2008.
- Herr R, Friedland A. Ärztliche Normativität in der Schizophrenie-Diagnostik an der Charité um 1920. Eine Anwendung der Grounded Theory auf historische Krankenakten. *Medizinhistorisches Journal* 2012;47:257–295.
- Herr R, Friedland A. Der demonstrierte Wahnsinn – Die Klinik als Bühne. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2014;37:309-331.
- Hess V. Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830). *Medizinhistorisches Journal* 2010;45:293-240.
- Hess V, Herr R. Die Funktion eines allgemeinen Krankheitsbegriffs aus historischer Perspektive. *Der Nervenarzt* 2015;86:9-15.
- Holl U. Neuropathologie als filmische Inszenierung. In: Heßler M (Hg.): Konstruierte Sichtbarkeiten. Wissenschafts- und Technikbilder seit der Frühen Neuzeit. München: Wilhelm Fink Verlag, 2006:217–240.
- Kaufmann D. „Irre und Wahnsinnige“. Zum Problem der sozialen Ausgrenzung von Geisteskranken in der ländlichen Gesellschaft des frühen 19. Jahrhunderts. In: Dülmen R (Hg.): Verbrechen, Strafen und soziale Kontrolle. Studien zur historischen Kulturforschung III. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag 1990:178-214.
- Killan A. Berlin electropolis: Shock, Nerves, and German Modernity. Los Angeles/London: University of California Press, 2006.
- Klöppel U. Das historische Krankenakten-Archiv der Nervenlinik der Charité. In: Liess HC (Hg.): Universität und die Grenzen der Rationalität. *Jahrbuch für Universitätsgeschichte* Bd. 12. Stuttgart: Steiner, 2009:267-270.
- Kraepelin E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. 6. Aufl. Leipzig: Barth, 1899.

- Laukötter A. (Film-)Bilder und medizinische Aufklärung im beginnenden 20. Jahrhundert. *AugenBlick. Marburger Hefte zur Medienwissenschaft* 2011;50:24-38.
- Ledebur S. Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2011;34:102-124.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag 2015.
- Meier M, Bernet B, Dubach R, Germann U. *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970*. Zürich: Chronos Verlag, 2007.
- Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37:471-479.
- Müller U. Metamorphosen. Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: Fuchs P, Rotzoll M, Müller U, Richter P, Hohendorf G (Hgg.): „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. Göttingen: Wallstein, 2007:80-96.
- Nolte K. *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag, 2003.
- Polanyi M. *Implizites Wissen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1985.
- Rall V. Wahnsinnige Bilder – Zu einer medialen Wissensgeschichte des Psychischen um 1900. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2014;37:379–394.
- Ralser M. Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. *Methodisches Vorgehen am Einzelfall. Tagungsbericht 2007* (Letzter Zugriff am 25.09.2015, <http://www.hsozkult.de/conferencereport/id/tagungsberichte-1602>).
- Roelcke V. Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Bruch R, Kaderas B (Hgg.): *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts*. Wiesbaden: Franz Steiner Verlag 2002:109-124.
- Scharfetter C. Eugen Bleuler – seine Psychopathologie und Schizophrenielehre. In: Hell D, Scharfetter C, Möller A (Hgg.): *Eugen Bleuler – Leben und Werk*. Bern: Verlag Hans Huber, 2001:31-36.
- Schmiedebach HP. Die Psychiatrie auf dem Weg zur Disziplin – zwischen Erziehung und Therapie. In: Schneck P, Lammel HU (Hgg.): *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850*. Husum: Matthiesen Verlag 1995:111-123.
- Strübing J. *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008.
- Wolff S. Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hgg.): *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. 6. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag 2008:502-513.

Archivalien

- Krankenakte HPAC F 41/1917, Historisches Psychiatrie Archiv der Charité.
- Krankenakte HPAC F 283/1917, Historisches Psychiatrie Archiv der Charité.
- Krankenakte HPAC F 270/1922, Historisches Psychiatrie Archiv der Charité.

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Alexander Friedland, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Vom Schauen, Zeigen und Sehen in der Klinik. Ein Beitrag zur Archäologie des ärztlichen Blickes am Beispiel der Charité 1908 – 1932“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Hinweis: Die deutschsprachigen Zeitschriften aus dem Gebiet der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, in denen die Zeitschriftenbeiträge publiziert wurden sind nicht im Science Citation Index aufgelistet. Eine Angabe von Impact-Faktoren der Publikationen erfolgt deshalb nicht.

Alexander Friedland hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1

Friedland A, Herr R. Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Hess V, Schmiedebach HP (Hgg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien (u.a.): Böhlau 2012:207-258.

Beitrag im Einzelnen: Konzeption des Beitrages 50 %; Recherche von Primär- und Sekundärliteratur 50 %; Auswahl, Analyse und Interpretation der Archivalien 50 %; Verfassung und Revision des Manuskriptes 50 %; Überarbeitung nach Review-Prozess 50 %

Publikation 2

Herr R, Friedland A. Ärztliche Normativität in der Schizophrenie-Diagnostik an der Charité um 1920. Eine Anwendung der Grounded Theory auf historische Krankenakten. Medizinhistorisches Journal 2012;47:257–295.

Beitrag im Einzelnen: Konzeption des Beitrages 40 %; Recherche von Primär- und Sekundärliteratur 40 %; Auswahl, Analyse und Interpretation der Archivalien 50 %; Verfassung und Revision des Manuskriptes 50 %; Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess 50 %

Publikation 3

Herr R, Friedland A. Der demonstrierte Wahnsinn – Die Klinik als Bühne. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 2014;37:309-331.

Beitrag im Einzelnen: Konzeption des Beitrages 40 %; Recherche von Primär- und Sekundärliteratur sowie Archivalien zur klinischen Unterrichtspraxis 50 %; qualitative Auswertung der Protokolle klinischer Demonstrationen 50 %; Verfassung und Revision des Manuskriptes 50 %; Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess 50%

Publikation 4

Friedland A. "...doch erscheint in seiner Denkschrift die Bedeutung des klinischen Films für den Unterricht allzustark betont." Zur Geschichte des Medizinisch-kinematographischen Instituts der Charité 1923–1931. [accepted: erscheint in Medizinhistorisches Journal].

Beitrag im Einzelnen zu 100 %: Konzeption des Beitrages; Recherche relevanter Primär- und Sekundärliteratur sowie von Archivalien zur Geschichte des medizinischen Films und des Medizinisch-kinematographischen Instituts der Charité; Analyse und Interpretation des Forschungsmaterials; Verfassung und Revision des Manuskriptes; Überarbeitung und Freigabe nach Review-Prozess

Unterschrift, Datum und Stempel des
betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift des Doktoranden/der
Doktorandin

Ausgewählte Publikationen

Hinweis: Aus urheberrechtlichen Gründen wird in der elektronischen Fassung dieser Arbeit auf die Originalpublikationen verwiesen.

Publikation 1

Friedland A, Herr R. Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Hess V, Schmiedebach HP (Hgg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien (u.a.): Böhlau 2012:207-258.

<http://www.boehlau-verlag.com/978-3-205-78794-5.html> [aktuell kein Volltext-Zugriff durch den Verlag online]

Publikation 2

Herr R, Friedland A. Ärztliche Normativität in der Schizophrenie-Diagnostik an der Charité um 1920. Eine Anwendung der Grounded Theory auf historische Krankenakten. *Medizinhistorisches Journal* 2012;47:257–295.

<http://www.jstor.org/stable/24573311>

Publikation 3

Herr R, Friedland A. Der demonstrierte Wahnsinn – Die Klinik als Bühne. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2014;37:309-331.

<http://dx.doi.org/10.1002/bewi.201401695>

Publikation 4

Friedland A. "...doch erscheint in seiner Denkschrift die Bedeutung des klinischen Films für den Unterricht allzustark betont." Zur Geschichte des Medizinisch-kinematographischen Instituts der Charité 1923–1931. [accepted: erscheint in *Medizinhistorisches Journal*].

<http://www.steiner-verlag.de/programm/zeitschriften/medizinhistorisches-journal>

[aktuell kein Volltext-Zugriff durch den Verlag online]

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsverzeichnis

1. Friedland A, Herr R. Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Hess V, Schmiedebach HP (Hgg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien (u.a.): Böhlau 2012:207-258.
2. Herr R, Friedland A. Ärztliche Normativität in der Schizophrenie-Diagnostik an der Charité um 1920. Eine Anwendung der Grounded Theory auf historische Krankenakten. *Medizinhistorisches Journal* 2012;47:257–295.
3. Friedland A. Die Lehraktivitäten des Instituts. Ein Überblick. In: Bruns F (Hg.): *Medizingeschichte in Berlin. Institutionen Personen Perspektiven*. Berlin: be.bra Wissenschaft Verlag 2014,135-142.
4. Herr R, Friedland A. Der demonstrierte Wahnsinn – Die Klinik als Bühne. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2014;37:309-331.
5. Friedland A, Herr R, Kassar J, Ledebur S. Einleitung: Bühnen des Wahnsinns. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2014;37:303-308.
6. Friedland A. "...doch erscheint in seiner Denkschrift die Bedeutung des klinischen Films für den Unterricht allzustark betont." Zur Geschichte des Medizinisch-kinematographischen Instituts der Charité 1923–1931. [accepted: erscheint in *Medizinhistorisches Journal*].

Danksagung

Ich danke Prof. Volker Hess sehr herzlich für die Betreuung meiner Arbeit und dafür, dass er es mir ermöglichte, am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin zu arbeiten und hier im Rahmen des DFG-Forschungsprojektes „Kulturen des Wahnsinns“ mein Thema zu entwickeln. Sein Fachwissen und seine beharrliche Aufforderung schon abgeschlossen geglaubte Gedankengänge „noch einmal um[zu]drehen“, hat entscheidend zu deren Weiterentwicklung beigetragen. Besonderer Dank gilt auch Dr. Rainer Herrn, von dem ich bei der Erstellung unserer gemeinsamen Publikationen das Schreiben lernen durfte, der meine eigenen Arbeiten stets kritisch und dabei sehr konstruktiv begleitete und mich auch im Rahmen gemeinsamer Lehrtätigkeiten an seinem reichen Wissens- und Erfahrungsschatz teilhaben ließ. Den Kolleginnen und Kollegen aus den „Kulturen des Wahnsinns“, allen voran Prof. Volker Hess und Dr. Rainer Herrn, besonders Dr. Sophie Ledebur und Johannes Kassar, danke ich für die Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren und den stets inspirierenden Austausch, der es mir erlaubte, mein Thema zu vertiefen. Ich danke auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für das kollegiale Klima und die vielfältigen Anregungen, die zur Fertigstellung dieser Arbeit beigetragen haben. Mein besonderer Dank gilt Prof. Thomas Beddies, der mich freundlich ermahnte, meine wissenschaftliche Arbeit neben der Lehre nicht aus dem Blickfeld zu verlieren und Stefanie Voth, deren steter Einsatz mir bei der Erfüllung meiner Lehrverpflichtungen sehr geholfen hat. Nicht zuletzt danke ich Melanie Scholz, die als Leiterin der Bibliothek Medical Humanities auch bei seltenen Literaturwünschen stets zu helfen wusste. Meinen Eltern danke ich dafür, dass sie mir Schul- und Hochschulausbildung ermöglicht haben, für ihre Liebe und für die andauernde Unterstützung im Alltag. Schließlich danke ich meiner Lebensgefährtin Birgit Masekowitz für ihre Motivation und für das große Verständnis – nicht nur – in den Jahren, die es zur Fertigstellung dieses Promotionsvorhabens gebraucht hat.