

## Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin

■ **Direktor: Prof. Dr. Brigitte Lohff**

Tel.: 0511 / 532-4277 • E-Mail: [lohff.britte@mh-hannover.de](mailto:lohff.britte@mh-hannover.de) • [www.mh-hannover.de/medizingeschichte.html](http://www.mh-hannover.de/medizingeschichte.html)

### Forschungsprofil

Geschichte und Philosophie der Medizin: Der Forschungsschwerpunkt Geschichte fokussiert auf die historische Rekonstruktion von aktuellen medizinischen Forschungsfragen, -konzepten und -problemen. Die Abteilung kooperiert und berät im Rahmen von Dissertationsprojekten Abteilungen und Kliniken der MHH hinsichtlich biographischer, ideen- und institutionengeschichtlicher Bezüge. Der spezielle Forschungsschwerpunkt Vorgeschichte und Geschichte der Medizin in der Zeit des Nationalsozialismus wird im Bereich der Universitätsmedizin, der Publikationsgeschichte sowie des theoretischen und praktischen Einflusses des öffentlichen Gesundheitswesens in unterschiedlichen Facetten thematisiert. Philosophische Einflüsse auf die Medizin werden auf ihre Bedeutung für eine erkenntnistheoretische Begründung der gegenwärtigen wie auch der vergangenen Medizinkonzepte und speziell in der Grundlagenforschung hin untersucht. Die Geschichte der Medizinhistoriographie und die Mentalitätsgeschichte im Spiegel medizinischer Zeitschriften sind neue Schwerpunkte der Abteilung.

Ethik in der Medizin: Der Forschungsschwerpunkt Medizinethik widmet sich der Moralvermittlung, -begründung und -rekonstruktion für die Medizin. Methoden und Inhalte der Moralphilosophie werden auf Fragen der Patientenversorgung, der medizinischen Forschung und übergeordneter Probleme des Gesundheitswesens angewendet. Die praktische Anwendbarkeit von Medizinethik wird im Kontext der Lehrtätigkeit und von Ethikberatung untersucht.

Gender Medicine: Die politisch geforderte Umsetzung des Gender Mainstreaming ist bisher auf der Seite der wissenschaftlichen Bearbeitung von Genderaspekten in der Medizin generell sowie für Lehrmodule in der Aus-, Fort- und Weiterbildung weitgehend unerforscht. Basierend auf der Einsicht der mangelnden Kenntnisse über Gender Medicine soll in Folgeprojekten diesbezügliches Basiswissen für unterschiedliche Disziplinen aus der rekonstruktiven Analyse vorhandener Datenmaterialien erforscht werden. Diese Kenntnisse sind unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung entsprechender Lehrmodule, die vor allem in Kooperation mit den Wiener und Berliner Zentren für Gender-Studies stattfinden.

### Forschungsprojekte

#### **Kosten-Nutzen Bewertung als Weg von der Rationierung zur Rationalisierung? Chancen und Risiken für den Patienten**

Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen, dem demografischen Wandel und einem kostenintensiven medizinischen Fortschritt sieht sich Deutschland, wie alle anderen vergleichbaren

internationalen Gesundheitssysteme auch, mit einer in Zukunft eher noch zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen konfrontiert. Aus ethischer, wie auch aus ökonomischer und medizinischer Perspektive erscheint es geboten, diesem Problem primär mit Rationalisierungen und Effizienzsteigerungen entgegenzutreten [1]. Mit der Evidenz-basierten Medizin sind erste Schritte in diese Richtung durch in Systematik und Transparenz optimierte Nutzenbewertungen und höherwertige klinische Leitlinien unternommen worden. Diese Ansätze können und sollten weiter verbessert werden, hin zu patientenorientierten, die Versorgungswirklichkeit berücksichtigenden Instrumenten einer Rationalisierung. Neben der Evidenz-basierten Medizin werden weitere Rationalisierungspotentiale diskutiert in der Optimierung der integrierten Versorgung, einer verbesserten Kooperation der Gesundheitsberufe oder der Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems [2]. Jedoch: Trotz aller Effizienzpotentiale der genannten Rationalisierungsansätze steht das deutsche Gesundheitswesen heute und in Zukunft weiter einer Mittelknappheit gegenüber, die auch aufgrund guter ethischer Argumente nicht durch eine stete Erhöhung der sozialstaatlichen Mittel im Gesundheitssektor kompensiert werden kann und sollte [3]. Gegenwärtig haben wir in Deutschland die Situation, dass Rationierungen bzw. Leistungsbegrenzungen auf implizite, verdeckte Art und Weise von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, deren Entscheidungs- und Handlungsspielraum durch Budgets und DRGs begrenzt wurde. Diese Maßnahmen zur Kostenkontrolle, wie Budgets und DRGs waren notwendig geworden, um die Gesundheitsausgaben effektiv zu begrenzen bzw. den gegenüberstehenden Einnahme anzupassen. Diese Form der Kostenkontrolle ist einerseits sehr effektiv, ignoriert andererseits aber deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die Gerechtigkeit der Ressourcenallokation. Deutsche und internationale empirische Untersuchungen zeigen, dass sich Ärztinnen und Ärzte darin unterscheiden, welchen Kriterien zur Priorisierung von Patienten sie mehr oder weniger Beachtung schenken [4-6]. Für die einen spielen die absoluten Kosten einer Maßnahme oder das Patientenalter eine wesentliche Rolle, andere verweisen auf die praktische Relevanz des Informationsgrades beim Patienten oder der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient und wieder andere orientieren sich primär an der Schwere der Erkrankung oder der Bedürftigkeit des Patienten. Schlussendlich ergibt sich somit durch die gegenwärtig vorliegende implizite Rationierung auf der einen Seite eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine teilweise ungerechte Bevorzugung bzw. Benachteiligung bestimmter Patientengruppen. Auf der anderen Seite ergeben sich unklare Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Gefordert wird deshalb aus ethischer und medizinischer Sicht eine bestmögliche Umwandlung der impliziten in eine explizite Rationierung, welche die bei Leistungsbegrenzungen angewendeten Kriterien offen und transparent kommuniziert [7, 8]. Aus ethischer Sicht sind u.a. die Kosteneffektivität einer medizinischen Maßnahme, der Schweregrad der Erkrankung und die Bedürftigkeit des Patienten akzeptable Kriterien für eine explizite Leistungsbegrenzung. Soweit generalisierbar sollte die relative Gewichtung entsprechender Kriterien von demokratisch legitimierten Institutionen unter Einbeziehung der Betroffenen und weiterer Interessensgruppen in möglichst transparenter Form stattfinden. Eine valide und praxisorientierte Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) bildet zusammen mit den anderen genannten Kriterien die Grundlage für eine angemessene explizite Leistungsbegrenzung, welche eine gerechtere Mittelverteilung und eine gezielte Schwerpunktsetzung in der Versorgung (Qualitätssicherung) intendiert. In diesem Sinne kann man davon sprechen, dass eine an sich notwendige Rationierung durch explizite KNB

rationaler wird. Die in einer expliziten Rationierung berücksichtigten Aspekte der Gerechtigkeit, der Qualitätssicherung und der Rationalität sind die Chancen für die Patienten hinsichtlich der KNB. Zugleich kann das Arzt-Patienten-Verhältnis entlastet und das Vertrauen der Patienten in ihre Ärztinnen und Ärzte bewahrt werden, wenn die Entscheidungshoheit über die Verteilung knapper Ressourcen nicht länger in der Hand der Ärztin oder des Arztes liegt. Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass eine KNB auch einen edukativen Effekt hin zu Rationalisierungen bei Ärztinnen und Ärzten haben kann. Wird eine deutlich schlechtere Kosteneffektivität für eine im Nutzen für die Patienten gleichwertige Maßnahme nachgewiesen, kann dies die Bereitschaft zur Rationalisierung und effizienteren Verordnung bei Ärztinnen und Ärzten verstärken.

Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass sich die genannten Chancen für die Patienten nicht von allein ergeben. Sie müssen in der Praxis erst realisiert werden. Eine explizite Rationierung birgt auch Risiken für die Patienten. Daten zur Kosteneffektivität können ebenso wie reine Effektivitätsdaten durch verschiedene Einflüsse verzerrt sein (Bias) [9], was eine rationale explizite Rationierung erschwert. Auch unabhängig von Verzerrungseinflüssen auf der Datenseite müssen Entscheidungen auf der Basis von KNB nicht zwangsläufig den Prinzipien der Rationalität und Konsistenz folgen. Potentiell können unterschiedliche Fremdinteressen in die Entscheidungsfindung einfließen. Diese Fremdinteressen, wie auch andere für die Öffentlichkeit relevante Aspekte der KNB, gilt es, bestmöglich transparent zu machen. Dabei ist darauf zu achten, dass bereits die initiale Planung, primäre Ausarbeitung und spätere Modifikation einer deutschen KNB ausreichend transparent gemacht wird. Nicht nur die fertigen Methodenvorschläge zur deutschen KNB oder die Erläuterungen der Verfasser sollten öffentlich zugänglich gemacht werden (siehe [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)), sondern auch die Diskurse zu möglichen Modifikationen, wie sie gegenwärtig in zahlreichen Symposien zur KNB in Deutschland stattfinden. Erst eine solche umfassende Transparenz ermöglicht Patienten bzw. Versicherten, nachzuvollziehen, was die strittigen Elemente der KNB sind und mit welchen Begründungen (und Werturteilen!) für oder gegen bestimmte Elemente einer deutschen KNB argumentiert wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine KNB nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus medizinischer und ethischer Perspektive ein für die Patienten und Versicherten praxisrelevantes Potential (a) zur Rationalisierung im Sinne einer Effizienzsteigerung und (b) zur Rationalisierung der wahrscheinlich unvermeidbaren Rationierungen hat. Die gegenwärtig durch implizite Rationierungen geprägte Situation in Deutschland bedarf der KNB als Grundbedingung zur Ermöglichung einer expliziten Rationierung, welche das ernstzunehmende Potential für eine qualitätsorientierte und gerechtere Ressourcenallokation in sich trägt. Ob dieses Potential in der Praxis tatsächlich angemessen umgesetzt wird, bedarf der anhaltenden, prozessbegleitenden und kritischen Evaluation, deren Ermöglichung grundlegend von einer umfassenden Transparenz in den verschiedenen Schritten der KNB abhängt.

### Referenzen

Marckmann G: Zwischen Skylla und Charybdis: Reformoptionen im Gesundheitswesen aus ethischer Perspektive. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2007, 12:96-100.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. <http://www.>

svr-gesundheit.de; 2007.

Huster S: „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“. Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health, vol. Heft 178. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik; 2008.

Strech D, Synofzik M, Marckmann G: How physicians allocate scarce resources at the bedside. A systematic review of qualitative studies. *Journal of Medicine and Philosophy* 2008, 33:80-99.

Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M: Physicians' responses to resource constraints. *Arch Intern Med* 2005, 165(6):639-644.

Strech D, Börchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G: Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Ethik in der Medizin* 2008, 20(2).

Daniels N, Sabin JE: *Setting limits fairly*. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: *Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*. Deutsches Ärzteblatt 2007.

Bell CM, Urbach DR, Ray JG, Bayoumi A, Rosen AB, Greenberg D, Neumann PJ: Bias in published cost effectiveness studies: systematic review. *BMJ* 2006, 332(7543):699-703.

■ Projektleitung: Daniel Strech (Prof. Dr. med. Dr. phil.)

### Weitere Forschungsprojekte

#### Erkenntnistheoretische Grundlagen der Medizin

■ Projektleitung: Lohff, Brigitte (Prof. Dr.)

#### Biographien deutsch-jüdischer Wissenschaftler

■ Projektleitung: Lohff, Brigitte (Prof. Dr.)

#### Gender aspects in medicine

■ Projektleitung: Lohff, Brigitte (Prof. Dr.)

#### Geschichte von Public Health

■ Projektleitung: Lohff, Brigitte (Prof. Dr.); Kooperationspartner: Stöckel, Sigrid (Dr.phil. M.P.H.)  
Hirschberg Irene (Dr. med.)

#### Medizin im Nationalsozialismus

■ Projektleitung: Lohff, Brigitte (Prof. Dr.); Kooperationspartner: Wolters, Christine (des.Dr.phil.)  
Stöckel, Sigrid (Dr.phil. M.P.H.)

#### Klinische Ethikberatung und Ethik-Komitees

■ Projektleitung: Neitzke, Gerald (Dr. med.)

### **Lehr- und Lernbarkeit von Ethik im Medizinstudium**

■ Projektleitung: Neitzke, Gerald (Dr. med.)

### **Problemfelder der „Klinischen Ethik“ (u.a.Genetik, Tansplantation, Lebensende)**

■ Projektleitung: Neitzke, Gerald (Dr. med.); Kooperationspartner: Hirschberg, Irene (Dr.med.) Jordan, Isabella (Dr.phil.)

### **Zeitgeschichte der Medizin- und Bioethik; Endlichkeit, (Un-)Sterblichkeit und die Sterbehilfe-Debatte (1970-2000)**

■ Projektleitung: Jordan, Isabella (Dr. phil.) MHH; Kooperationspartner: Schäfer, D. (PD Dr.Dr.) Köln, Schockenhoff, E. (Prof.Dr.) Freiburg, Frewer, Andreas (Prof. Dr.) Erlangen; Förderung: Gerda Henkel Stiftung

### **Ethische Fragen genetischer Beratung**

■ Projektleitung: Hirschberg, Irene (Dr.med.); Kooperationspartner: Institut for Advanced Studies, Wien, Frewer, Andreas (Prof.Dr) Erlangen; Förderung: „Gen-Au“, Österreiches Ministerium für Wissenschaft

### **„Politik“ in deutschen und britischen medizinischen Fachjournalen im 20. Jahrhundert**

■ Projektleitung: Stöckel , Sigrid (Dr.phil. M.P.H.); Kooperationspartner: Lisner, Wiebke (Dr.phil) Pollmeier, Heiko (Dr.des.phil.) Rüge, Gerlind (Dr.phil.) Lohff, Brigitte (Prof.Dr.); Förderung: DFG

### **Ethik und Werturteile in der Evidenz-basierten Medizin, Technology Assessment (HTA) und Public Health**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof. Dr.med. Dr.phil.); Kooperationspartner: Hirschberg, Irene (Dr. med.)

### **Status quo und Binnenstruktur ärztlicher Rationierung in deutschen Kliniken**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.); Kooperationspartner: Marckmann, G. (Prof. Dr.med.M.P.H.) Tübingen

### **Klinische Ethikberatung zu Rationierungsfragen**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.)

### **Qualitätskriterien für ethische Leitlinien**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.); Kooperationspartner: Schildmann, Jan (Dr. med.) Bochum

### **Qualität der Ergebniskommunikation in Fachzeitschriften der Psychiatrie seit 1998**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.); Kooperationspartner: Pfennig A. (Dr.med.) Weikert, B., Soldmann, B. Dresden

### **Konzeptionelle Grundlagen einer empirischen Ethik und Evidenz-basierten Ethik**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.)

### **Methodenentwicklung für systematische Übersichtsarbeiten in der Medizinethik**

■ Projektleitung: Strech, Daniel (Prof.Dr.med.,Dr.phil.)

### **Originalpublikationen**

Kurz C, Lohff B. So fing alles an : die Etablierung der Zahnheilkunde an der Medizinischen Hochschule Hannover. ZKN-Mitteilungen 2008;8(8):434-437

Neitzke G. Ethik in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2008;51(8):872-879

Neitzke G, Wottrich Sabine. Ethik und Recht im Studium der Zahnmedizin: Vorschläge zu einer bedarfsgerechten Implementierung. GMS Z Med Ausbild 2008;25(1):Doc04 (20080215)

Pfennig A, Weikert B, Falkai P, Gotz T, Kopp I, Sasse J, Scherk H, Strech D, Bauer M. Entwicklung der evidenz-basierten S3- Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. Nervenarzt 2008;79(4):500-504

Strech D. Evidenz-basierte Ethik : zwischen impliziter Normativität und unzureichender Praktikabilität. Ethik in der Medizin 2008;20(4):18-28

Strech D. Evidence-based ethics-what it should be and what it shouldn't. BMC Med.Ethics 2008;9:16

Strech D. Kosten-Nutzen Bewertung als Weg von der Rationierung zur Rationalisierung? Chancen und Risiken für den Patienten. GPK / Sonderausgabe 2008;49(3):32-34

Strech D. Zu den Herausforderungen an eine verantwortungsvolle empirische Ethik. Z Med Ethik 2008;54:261-274

Strech D, Borchers K, Freyer D, Neumann A, Wasem J, Marckmann G. Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ethik in der Medizin 2008;20(2):94-109

Strech D, Borovecki A, Kovacs L. Report on the conference „clinical ethics consultation: theories and methods-implementation-evaluation,“ February 11-15, 2008, Bochum, Germany. Med.Health Care Philos. 2009;12(1):109-110

Strech D, Persad G, Marckmann G, Danis M. Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. Health Policy 2008;DOI: 10.1016/j.healthpol.2008.10.013

Strech D, Synofzik M, Marckmann G. Systematic reviews of empirical bioethics. J.Med.Ethics 2008;34(6):472-477

Strech D, Synofzik M, Marckmann G. How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies. J.Med. Philos. 2008;33(1):80-99

Strech D, Tilburt J. Value judgments in the analysis and synthesis of evidence. J.Clin.Epidemiol. 2008;61(6):521-524

### **Buchbeiträge, Monografien**

Lisner W. „Mütter der Mütter - Mütter des Volkes“ Hebammen im Nationalsozialismus. In:Krauss Marita, Dachauer Symposium zur Zeitgeschichte. [Hrsg.]:Sie waren dabei : Mitläuferinnen, Nutz-

- nießerinnen, Täterinnen im Nationalsozialismus.-Göttingen:Wallstein, 2008.-S.42-61-(Dachauer Symposium zur Zeitgeschichte; 8)
- Lohff B. Nach-Denkliches zur Gender-Medicine. In:Rieder A, Lohff B. [Hrsg.]:Gender Medizin : geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.-2., überarb. u. erw. Aufl.-Wien u.a.:Springer Wien, 2008.-S.533-542
- Lohff B. Einleitung: Gender Medizin - eine neue Disziplin? In:Rieder A, Lohff B. [Hrsg.]:Gender Medizin : geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis.-2., überarb. u. erw. Aufl.-Wien u.a.:Springer Wien, 2008.-S.1-12
- Lohff B. Macht und Verführbarkeit von Medizin. In:Arbeitskreis jüdische Ärzte in Hannover. [Hrsg.]: Erinnerung und Gedenken : jüdische Ärzte in Hannover.-Hannover:, 2008.-S.5-7
- Neitzke G. Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation : eine ethische Analyse der Indikationsstellung. In:Charbonnier R, Dörner K, Simon S. [Hrsg.]:Medizinische Indikation und Patientenwille : Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende.-Stuttgart:Schattauer, 2008.-S.53-66
- Neitzke G. Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In:Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J. [Hrsg.]:Klinische Ethikberatung: ein Praxisbuch.-1. Aufl.-Stuttgart:Kohlhammer, 2008.-S.58-75
- Neitzke G. Beispiel einer ethischen Falldiskussion: „Transkription“ mit Kommentaren. In:Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J. [Hrsg.]:Klinische Ethikberatung : ein Praxisbuch.-1. Aufl.-Stuttgart: Kohlhammer, 2008.-S.102-110
- Neitzke G. Beispiel einer Implementierung (Universitätsklinikum). In:Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J. [Hrsg.]:Klinische Ethikberatung: ein Praxisbuch.-1. Aufl.-Stuttgart:Kohlhammer, 2008.-S.137-144
- Neitzke G, Sander K. Aufgabe und Funktion von Patientenvertretern in der klinischen Ethikberatung. In:Groß D, May AT, Simon A. [Hrsg.]:Beiträge zur klinischen Ethikberatung an Universitätskliniken.-Berlin:Lit.-Verl., 2008.-S.121-133-(Ethik in der Praxis : Materialien; 12)
- Rüve G. Scheintod : zur kulturellen Bedeutung der Schwelle zwischen Leben und Tod um 1800:-Bielefeld:Transcript-Verl., 2008.- 338 S. Science studies
- Simon A, Neitzke G. Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In:Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J. [Hrsg.]:Klinische Ethikberatung : ein Praxisbuch.-1. Aufl.-Stuttgart: Kohlhammer, 2008.-S.24-40
- Strech D. Evidenz und Ethik : kritische Analysen zur Evidenz-basierten Medizin und empirischen Ethik: 2.-Berlin:Lit, 2008.- 166 S.: graph. Darst; Literaturverz. S.157 - 166 Ethik im Gesundheitswesen = Health Care Ethics
- Strech D. Verdeckter Pluralismus der Werturteile in der medizinischen Nutzenevaluation. In:Michl S. [Hrsg.]:Pluralität in der Medizin : Werte - Methoden - Theorien.-Orig.-Ausg.-Freiburg, Br.; München:Alber, 2008.-S.421-432-(Lebenswissenschaften im Dialog; 6)

### Herausgeberschaften

Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J. [Hrsg.]: Klinische Ethikberatung : ein Praxisbuch.1. Aufl.-Stuttgart:Kohlhammer,2008.-226 S.

Rieder A, Lohff B. [Hrsg.]:Gender Medizin : geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische

Praxis.2., überarb. u. erw. Aufl.-Wien u.a.:Springer Wien,2008.-XXI, 542 S.

### **Abstracts**

2008 wurden 29 Abstracts publiziert.

### **Habilitationen**

Schleiermacher, Sabine (Dr.rer.medic.): Erziehung zur Demokratie – Die zeithistorische Einordnung der Leitideen zur Universitätsmedizin und zum Gesundheitswesen in Ost- und Westdeutschland nach 1945. (Medizingeschichte, Schwerpunkt Geschichte von Public Health).

### **Promotionen**

Krümpelmann, Kerstin (Dr.med.dent.): Georg-Wilhelm Rodewald (1921 - 1991) - Biographie eines Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgen.

Blank, Martin (Dr.med.): Cholesterin als kardiovaskulärer Risikofaktor - Medizinische Erkenntnis und Umsetzung in Ernährungsempfehlungen zwischen 1945 und 1980.