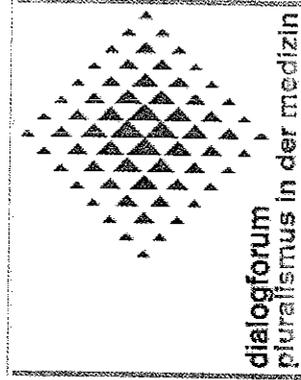


Peter F. Matthiessen (Hrsg.)

# Patientenorientierung und Professionalität

*Festschrift*





Prof. Dr. phil. Robert Jütte

## Der lange Weg zum Pluralismus in der Medizin

Am Ende der 1920er Jahre fand sich eine Gruppe von Ärzten zusammen, die von der Notwendigkeit überzeugt war, die verschiedenen therapeutischen Richtungen „im Sinne einer naturwissenschaftlich begründeten und zur Kunst entwickelten Heilkunde“ (Hippokrates 1929, 1) zu vereinigen. Ihr Motto war: „Ars una, species mille“ (Eine Kunst, tausend Unterarten). Das Sprachrohr bzw. die publizistische Plattform dieser Bewegung war die Zeitschrift Hippokrates, die 1929 begründet wurde. Ihr programmatischer Untertitel lautete: „Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin.“ Der Herausgeber, Georg Honigmann, macht in der ersten Nummer dieser Zeitschrift die Zielsetzung deutlich: „Die Medizin darf in ihrer Entwicklung nicht an das letzten Endes zufällige, *ih*r *durchaus nicht adäquate* Neben- und Nacheinander naturwissenschaftlicher Entdeckungen allein gebunden sein, wenn sie auch der Befruchtung durch sie keineswegs entraten soll. Sie muss von einer *einheitlichen Entwicklungs*idee geleitet und durchwaltet werden, in deren Aufbau sie dazu gelangt, den Sinn der menschlichen Krankheitserscheinungen zu verstehen.“ (Honigmann, 1929, 9). Diese Reformbestrebungen der 1920er Jahre müssen vor dem Hintergrund einer Debatte gesehen werden, die damals mit dem Schlagwort „Kurierfreiheit“ geführt wurde. Heute würden wir in diesem Zusammenhang vom „Medizinischen Pluralismus“ sprechen.

### Begrifflichkeiten

Der Begriff ‚medizinischer Pluralismus‘ ist jüngeren Datums. Er stammt aus der Medizinischen Anthropologie bzw. Medizinsoziologie (Pfleiderer/

Bichmann, 1985, Ernst, 2002, Bruchhausen, 2006). Es gibt unterschiedliche theoretische Ansätze. So hebt z. B. Charles Leslie auf die kulturelle und soziale Dimension unterschiedlicher Medizinformen ab (Leslie, 1976). Medizinsysteme können demnach sowohl aus biologischer, kultureller und sozialer Perspektive betrachtet werden. In jedem Medizinsystem lassen sich seiner Ansicht nach pluralistische Strukturen unterschiedlicher Typen von Praktikern und institutionellen Normen feststellen. Von einem pluralistischen Medizinsystem mit Interaktionen zwischen medizinischen Subsystemen geht dagegen der amerikanische Medizinethnologe Arthur Kleinman aus. Statt ‚Medizinsystem‘ bevorzugt er jedoch den Begriff ‚Health care system‘. Nach seiner Auffassung schließt dieser Terminus sowohl Prävention als auch die Heilfunktion ein (Kleinman, 1978). Kleinman unterscheidet bei den Faktoren, die den Medizinbereich beeinflussen, äußere und innere. Beide üben Einfluss auf das Medizinsystem aus. Für strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem sind z. B. Politik, Wirtschaft, soziale Schichtung und technische Entwicklungen verantwortlich. Die Innenstruktur des jeweiligen Gesundheitssystem besteht nach Kleinman aus folgenden drei Sektoren: 1) der professionellen Medizin, 2) der populären Medizin, die von Laienheilern angeboten wird, und 3) der Volksmedizin, die vor allem von Familienangehörigen praktiziert wird (Stichwort „Hausmittel“) (Kleinman, 1980). Keiner dieser drei Sektoren existiert unabhängig von den anderen. Sie überlappen sich, wenn der Kranke – was nicht selten vorkommt – entweder nacheinander oder gleichzeitig medizinische Hilfe seitens seiner Familie, eines Arztes oder Wunderheilers in Anspruch nimmt. Dabei kann er entweder in die Rolle des kranken Familienangehörigen, Patienten oder Klienten schlüpfen.

Die „Wiederentstehung“ (re-emergence) und zunehmende Legitimierung der Alternativen Medizin, die seit den 1980er Jahren in den USA und in Westeuropa zu beobachten ist (Jütte, 1996) hat zwei englische Forscherinnen, Sarah Cant und Ursula Sharma, dazu geführt, von einem „neuen medizinischen Pluralismus“ zu sprechen. Die Anwendung alternativer therapeutischer Systeme wird von ihnen als eine Herausforderung für die biomedizinische Autozität gesehen. Verschiedene Faktoren sollen eine inzwischen positivere Haltung des Staates zur Alternativen Medizin begünstigt haben, darunter nicht zuletzt gesundheitsökonomische

Überlegungen. Gleichzeitig sei eine Neugestaltung des Expertenwissens („refiguring of expertise“) zu beobachten. Der moderne Staat sei nämlich auf die Sachkenntnis der verschiedenen Professionen angewiesen. Die Anwender alternativer Therapien hätten vor allem von Verschiebungen in den sozialen Beziehungen zwischen Biomedizin, Regierung und Verbraucher profitiert. Da sich diese Form des Pluralismus, wie er sich im späten 20. Jahrhundert entwickelte, von dem der „vormodernen“ Zeit angeblich erheblich unterscheidet, haben Cant und Sharma ihn als „neuen“ medizinischen Pluralismus bezeichnet (Cant/Sharma, 1999). Der neue medizinische Pluralismus lässt sich nach Cheng folgendermaßen charakterisieren:

1. Die Verschiedenartigkeit, auf die er sich bezieht, ist hochstrukturiert, wobei er nicht allein durch Marktbedingungen bestimmt wird. Es ist ein Pluralismus, bei dem die Biomedizin noch immer eine dominante Position besetzt und immer noch eine Hauptrolle in einem Prozess spielt, bei dem verschiedenen Therapiearten ein unterschiedliches Maß an Legitimität und Prestige zugeschrieben wird.
2. Außerhalb der Biomedizin konkurrieren die alternativen Medizinformen gegeneinander und mit den Diensten der Biomediziner um ein immer stärker anspruchsvoller werdendes und konsumorientiertes Publikum [...].
3. Der neue medizinische Pluralismus wird geprägt durch die sich entwickelnde Gestaltung der Beziehungen zwischen Biomedizin, Staat und Verbraucher/Bürger [...].“ (Cheng, 2003, 28f.).

## „Alter“ und „neuer“ Medizinischer Pluralismus

Von einem medizinischen Pluralismus im heutigen Sinne des Wortes kann vor Ende des 19. Jahrhunderts keine Rede sein, da es noch keine „Schulmedizin“ oder – wie es heute im Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland heißt – einen „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ (§ 2, Abs. 1) gab (Jütte, 2008). Ganz im Gegenteil: Das Lager der gelehrten Ärzte war heillos zerstritten (Stenzel, 2005). So hielt man in der Krankheitslehre weitgehend an der seit der Antike wirkmächtigen Lehre von den vier Körpersäften fest, zwängte aber Erschei-

nungen, die man am gesunden oder kranken Menschen beobachtete, in verschiedene Systeme, die wie Moden auftraten und wieder in der Versenkung verschwanden. Noch um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert waren die medizinischen Lehrbücher so buntscheckig wie die Landkarte des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation. Entsprechend vielfältig war das Therapieangebot der gelehrten Ärzte. Neben dem therapeutischen Dreigestirn (Aderlass, Brech- und Abführmittel), das die sogenannte „heroische Medizin“ dieser Zeit kennzeichnete, gab es, wie ein Blick in ein Standardwerk der Medizin um 1800 zeigt, noch „spezifische“, „resolvierende“, „antimiasmatische“, „excitierende“ und andere Methoden, mit denen Ärzte ihre duldsamen Patienten zu kurieren versuchten (Hufeland, 1800, 301f.).

Der Erfolg galt keinesfalls als das einzige und allgemeingültige Beurteilungskriterium für ärztliches Handeln. War es in jener Zeit noch die „ars medicina“, die Heilkunst, die als Rechtfertigung für die eigene Überlegenheit diente, so übernahm im 19. Jahrhundert die Wissenschaft, genauer gesagt die Naturwissenschaft, diese Rolle. Dennoch blieb die handwerklich-zünftige Tradition des offiziellen Medizinalwesens, insbesondere im Umgang mit den sogenannten „Kurpfuschern“ (Teichler, 2002; Winnick, 2001), auch im 19. Jahrhundert „unter veränderten sozialpolitischen Bedingungen für die Organisation, Artikulation und Durchsetzung berufsständischer Interessen der Ärzte und der sich professionalisierenden Schulmedizin von Bedeutung.“ (Braun, 1985, 334). Inwiefern diese Beobachtung auch noch für die Gegenwart gilt (z. B. Numerus Clausus und Niederlassungssperre als Fortsetzung des mittelalterlich-frühneuzeitlichen Bestrebens um „sichere Nahrung“), soll dahingestellt bleiben.

Seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war die Homöopathie, der ein Leipziger Gericht 1830 bescheinigt hatte, ein medizinisches System wie jedes andere zu sein und damit staatlicherseits nicht verboten werde könne, längst nicht mehr der Hauptgegner der sich hinter dem Banner der „wissenschaftlichen Medizin“ versammelnden Ärzteschaft. Man fürchtete sich sehr viel stärker von den „Naturärzten“ bedroht, die oft keine approbierten Mediziner, sondern heilkundige Laien waren. Es kam hinzu, dass seit 1873 reichsweit die Gewerbeordnung des Norddeut-

Der lange Weg zur zum Pluralismus in der Medizin

Prof. Dr. phil. Robert Jütte

schen Bundesgalt, welche die Kurierfreiheit, d. h. die fast uneingeschränkte Ausübung der Heilkunde durch praktisch jedermann, gesetzlich verankert hatte. Während im Regierungsentwurf von 1869 noch vorgesehen war, dass die Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde an einen Befähigungsausweis (Approbation) gebunden war, plädierte die einflussreiche Berliner Medizinische Gesellschaft, der solche Ärzte-Persönlichkeiten wie Rudolf Virchow und August Hirsch angehörten, für die Gewerbe- und damit für die Kurierfreiheit. Nach einer heftigen Aussprache billigte der Reichstag des Norddeutschen Bundes am 25. Mai 1869 die Neufassung des Paragraphen 29 der Gewerbeordnung. Die Kurierfreiheit wurde damit zunächst im Bundesgebiet eingeführt und die alten medizinialgesetzlichen Bestimmungen außer Kraft gesetzt. Bis 1873 hatten alle Bundesstaaten des Deutschen Reiches die Gewerbeordnung übernommen. Damit war es jedermann gestattet, die Heilkunde in allen ihren Sparten auszuüben. Nur durfte sich niemand als „Arzt“ bezeichnen oder sich ähnlich lautende Titel zulegen, der nicht approbiert war oder eine entsprechende staatliche Erlaubnis besaß. Diese Liberalisierung des Gesundheitsmarktes, die vor mehr als 130 Jahren eingeleitet wurde, prägt trotz aller Versuche der Einschränkung bis heute den medizinischen Pluralismus und erklärt, dass es in keinem anderen Land der Welt den Berufsstand der Heilpraktiker gibt (Faltin, 2005).

Zwar gelang es der organisierten Ärzteschaft im Kaiserreich nicht, die Gewerbeordnung durch eine Ärzteordnung in ihrem Sinne zu ersetzen, doch erreichte man immerhin einige kleine Abänderungen. So durften seit 1883 Heilkundige ihr Gewerbe nicht mehr im Umherziehen ausüben. Bereits einige Jahre zuvor hatte man den Betrieb von Privatkrankenanstalten und Badeanstalten von einer Konzession abhängig gemacht. Ansonsten blieb den Ärzten immer noch die Möglichkeit, strikt auf die vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen für die Ausübung des Heilgewerbes zu achten und das Tätigkeitsfeld der lästigen Konkurrenten durch entsprechende Erlasse und rechtsbildende Entscheidungen einzuzerren. Vor allem verfolgte man seitens der ärztlichen Standesorganisationen mit Hilfe des bestehenden Strafrechts diejenigen Heiler, die sich einen ärztähnlichen Titel („Homöopath“, „Magnetopath“, „Naturarzt“ oder „geprüfter Naturheilkundiger“) zuleigten.

Noch um 1905 durften sich selbst approbierte Mediziner nicht „Arzt für Naturheilverfahren“ nennen, wenn sie nicht mit der Standesgerichtsbarkeit in Konflikt kommen wollten (40 Jahre Naturheilbewegung, 1929). Außerdem berief man sich von ärztlicher Seite häufig auf die einschlägigen Bestimmungen des „Reichsgesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs“ von 1896.

Neben der organisierten Ärzteschaft war es vor allem die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Kurpfuscherei“, die gegen angebliche Missstände im Heilgewerbe ankämpfte und eine Vielfalt von Aktivitäten entfaltete. In der von ihr herausgegebenen Zeitschrift „Der Gesundheitslehrer“ erschien 1932 ein Artikel mit dem Titel „Moral und Recht im Kurpfuschertum“. Darin wurde gefordert, jedem, der wirklich Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Heilkunde besitzt, zu ermöglichen, eine staatliche Genehmigung zur Ausübung dieser Heilkunde zu erlangen. Die hier geforderte „kleine Approbation“ (Lang, 1932, 200) sollte die Gewähr dafür bieten, dass jeder Heilkundige „eine moralisch einwandfreie Persönlichkeit“ und „kein Pfuscher“ sei. Hier deutet sich bereits die Lösungsmöglichkeit an, die schließlich unter geänderten politischen Bedingungen 1939 Eingang in das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)“ fand. Der sich in der Endphase der Weimarer Republik anbahnende Kompromiss trug zweifellos mit dazu bei, dass die Kurpfuscher-Debatte, die über viele Jahrzehnte die Gemüter bewegt hatte, allmählich abebbte und nur noch gelegentlich wieder aufflackerte.

## Medizinischer Pluralismus – damals und heute

Fassen wir die Unterschiede zwischen dem medizinischen Pluralismus, wie er in der Zeit vor 1850 existierte, und seine heutigen Erscheinungsformen zusammen. Auf die Vergangenheit trifft zu, was die Historikerin Barbara Duden einmal wie folgt formulierte: „Der realen und symbolischen Vielgestaltigkeit des physischen Körpers entspricht die Vielgestaltigkeit des sozialen Körpers der Heilpersonen oder derer, die helfend Hand an ihn legen“ (Duden, 1987, 40). Dieser medizinische Pluralismus ist in den vormodernen Quellen allgegenwärtig. Wie Studien zur Profes-

sionalisierung des ärztlichen Standes belegen, hat sich erst seit dem späten 18. und frühen 19. Jahrhundert der Übergang vom beruflichen Pluralismus zur Expertenheerrschaft allmählich vollzogen (Eckart/Jütte, 2007). Die weitreichenden Kompetenzen des modernen Arztes im Bereich der wissenschaftlichen Diagnose und Therapie werden durch den erfolgreichen Besuch einer medizinischen Fakultät ausreichend legitimiert und gesellschaftlich abgesichert. Leitbild für die vielen Spezialfächer der technisch-naturwissenschaftlichen Medizin ist die Vorstellung vom Körper als biochemischem Organismus. Krankheit ist in diesem Denkmodell eine räumlich lokalisierbare Störung, eine Art Betriebschaden, der sich meist mit gezielten chirurgischen und medikamentösen Eingriffen beheben lässt. Die Rolle des Arztes ist somit die eines technischen Experten, dem der Patient als ahnungsloser Laie seinen Organismus zur „Reparatur“ anvertraut – ganz konform mit der Ideologie des medizinisch-industriellen Komplexes.

Während das heutige Spezialistentum auf disziplinimmanente Entwicklungen rekurriert und sich auf wissenschaftliche Fortschritte und Erkenntnisse beruft, kannte die spätmittelalterliche und frühneuzeitliche Gesellschaft eine andere Form von Spezialistentum, das nicht auf dem Nachweis einer formalen Ausbildung oder gar dem eines universitären Abschlusses beruhte. Es ging damals – anders als heute – nicht darum, sich mit der Hilfe des gelehrten Mediziners in der verzweigten medizinischen Hierarchie zurechtzufinden und Heilung zu erlangen, sondern selbstständig und mit Hilfe des Laiensystems den Spezialisten für eine bestimmte Krankheitsursache zu finden. Jenseits des Establishments der autorisierten Heiler (Medici, Wundärzte, Apotheker) gab es Dutzende von Lieferanten unkonventioneller, aber durchaus spezifizierter Gesundheitsleistungen: Vom Scharfrichter und Kräuterverweib bis hin zum Wunderheiler, der sich auf Segenssprüche oder Handauflegen spezialisiert hatte.

Wenn jemand in der Frühen Neuzeit krank wurde, konnte er auf eine beträchtliche Auswahl von Heilkundigen zurückgreifen, auch wenn er nicht zu den Wohlhabenden zählte. Für bestimmte, mehr oder weniger klar umgrenzte Leiden gab es einen nicht- oder halboffiziellen Spezialisten: Für Hernien den Bruchschneider, für Zahnweh den Zahnbrecher, für Luxationen den Knocheinrenker (meist der Henker im Nebenberuf),

für den Hexenschuss oder „Nachtgriff“ den Besprecher oder eine „Weise Frau“. Eine Studie zum Krankheitsverhalten im frühneuzeitlichen Bologna hat beispielsweise gezeigt, dass die Wahl des Heilers horizontal oder vertikal je nach Gesichtspunkten der Reziprozität oder der Schutzsuche getroffen wird, das heißt nach einer sozialen Logik, die vom Kranken selbst bestimmt wird (Pomata, 1983; Wolff, 2003).

Die medikale Kultur, die in der Medizingeschichte meist als eine Hierarchie von Wissensformen interpretiert wird, basiert also auf der „kulturellen Interpretation des Leibes“ (Duden, 1987, 41). Doch ist in diesem Zusammenhang der Ausdruck ‚medizinischer Pluralismus‘ mit der nötigen Einschränkung zu versehen. Das Heilersystem war vor 1800 weder homogen noch harmonisch, sondern von Konflikten gekennzeichnet. Doch sollte man sich davor hüten, unsere modernen Unterscheidungen zwischen rational und irrational, natürlich und übernatürlich, religiös und abergläubisch der Beschreibung dieser konkurrierenden Systeme zugrunde zu legen, schon gar nicht für die Zeit vor 1850, die einer solchen dichotomischen Weltsticht noch weitgehend fremd gegenüberstand.

Heute ist die Abgrenzung zwischen professionellen Heilern und anderen Heilkundigen nicht nur eindeutig vollzogen, ihre Einhaltung wird vom Gesetzgeber zum „Wohle“ des Patienten ebenfalls streng kontrolliert. Zum Beruf des Heilpraktikers gehört inzwischen eine geregelte Ausbildung und eine Zulassung durch die zuständigen Behörden. Auch die traditionellen Heilrituale, die vom Gesundbeten bis zum Warzenbesprechen reichen, haben gleichwohl überlebt, sind aber an den Rand gedrängt worden (Bühning, 1993; Chmielewski-Hajius, 1996).

Der Professionalisierungsprozess, von dem das Gesundheitssystem spätestens seit dem 18. Jahrhundert erfasst wurde, hatte auch Konsequenzen für die medikale Alltagskultur. Mit Ausnahme der Pflege- und Versorgungsaufgaben werden seitdem alle anderen Leistungen dem Laiensystem abgesprochen. Gesundheitsaufklärer ermahnten die Untertanen, bei Krankheiten nichts ohne Anweisung eines Arztes zu unternehmen. Die Folge war, dass sich große Teile der Bevölkerung durchaus „professionskonform“ verhielten und medizinische Experten – wenn auch nicht immer ausgebildete Ärzte, sondern oft halbprofessionelle Heiler – im Erkrankungsfall heranzogen. Die sozialen Gründe für dieses Verhal-

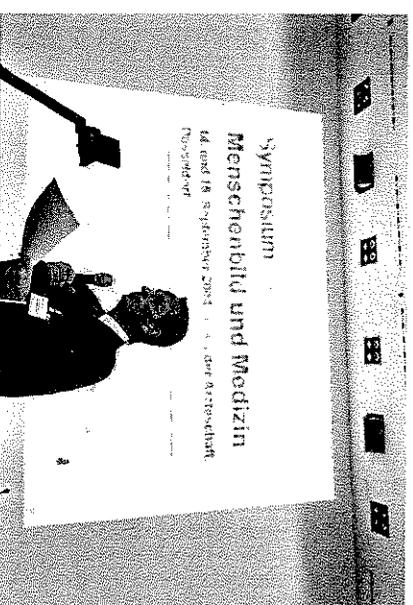
ten liegen auf der Hand. Außerdem spielte der Medikalisierungsgrad oder (genauer gesprochen) die Arztdichte dabei eine wichtige Rolle. Diese Veränderung vollzog sich, wie Jutta Dornheim nachgewiesen hat, im Zusammenhang mit dem gesamtgesellschaftlichen Modernisierungsprozess (Dornheim, 1987).

Im 20. Jahrhundert haben sich die medikale Alltagskultur und das professionelle Gesundheitswesen sowohl einander angenähert als auch voneinander entfernt. Erweiterte Bildungsmöglichkeiten und Massenkommunikation haben mit dazu beigetragen, dass gesundheitsbezogenes Alltagswissen stark vom Expertenwissen durchsetzt wurde. Andererseits hat diese Orientierung des Laien an der professionellen Medizin zu bestimmten „Defiziten“ in der Gesundheitsversorgung geführt, wie z. B. Überbetonung der kurativen Medizin und die Vernachlässigung des Präventionsprinzips, die Konzentration auf Krankheit statt auf Kranksein, mangelhafte gemeindenahe Versorgung, fehlende Partizipationsmöglichkeiten für Patienten, der Kommunikationsmangel in der medizinischen Versorgung sowie die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung“ (Dornheim, 1997, 22). Diese Mängel des medizinischen Versorgungssystems sind bekannt und häufig kritisiert worden.

Bereits seit nunmehr zehn Jahren ist es Ziel des Dialogforum Pluralismus in der Medizin, durch einen offenen Dialog innerhalb der Ärzteschaft einen wesentlichen Beitrag zu einem konstruktiven Diskurs zwischen Vertretern der konventionellen Medizin und der Komplementärmedizin im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung zu leisten (Willich u. a., 2004; Girke u. a., 2006; Jütte, 2009). Das Verhältnis von Schulmedizin und Komplementärmedizin (hiernit sind zusammenfassend alternative medizinische Systeme bezeichnet) ist nämlich im deutschen Gesundheitssystem nach wie vor von gegenseitigem Misstrauen und von Abgrenzungstendenzen geprägt. Eine systematische Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Grundkonzepte ist derzeit nicht zu verzeichnen. Allenfalls existiert eine „asymmetrische Koexistenz“, bei der an Medizinischen Fakultäten fast ausschließlich Schulmedizin vermittelt und angewandt wird, in weiten Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung dagegen die zusätzliche Nutzung von Komplementärmedizin verbreitet ist. Das unter Mitwirkung des Präsidenten der Bundes-

ärztekammer, Professor Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, im Herbst 2000 ins Leben gerufene Dialogforum Pluralismus in der Medizin hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, innerhalb der Ärzteschaft einen kritischen Dialog zwischen den unterschiedlichen Richtungen in der Medizin zu verfolgen.

Mit einer professionsinternen Klärung des Verhältnisses verschiedener medizinischer Richtungen möchte das Dialogforum zur Integration von Schulmedizin und Komplementärmedizin beitragen. Anliegen ist es, die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen medizinischen Ansätze und Konzeptionen offenzulegen und nach ihren wechselseitigen Ergänzungspotenzialen zu fragen, mit dem Ziel, im Interesse einer bestmöglichen wirkungsvollen Patientenversorgung die Weiterentwicklung des derzeit intransparent erscheinenden Pluralismus voranzutreiben hin zu einer nachvollziehbaren Pluralität unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze innerhalb der Medizin als einem sinnvollen Ganzen.



Symposium:  
Menschenbild und  
Medizin, 2004

Der lange Weg zum Pluralismus in der Medizin

## Literatur

- 40 Jahre Naturheilbewegung. Festschrift zum 40jährigen Bestehen des Deutschen Bundes für natürem. Lebens- und Heilweise (Naturheilkunde) e.V. Berlin 1929.
- Braun R: Zur Professionalisierung des Ärztestandes in der Schweiz. In: Conze W, Kocka J (Hg.): Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert. Teil 1: Bildungssystem und Professionalisierung im internationalen Vergleich. Stuttgart, Klett-Cotta, 1985.
- Bruchhausen W: Medizin zwischen den Welten. Geschichte und Gegenwart des medizinischen Pluralismus im südöstlichen Tansania. Bonn, Bonner Univ. Presse, 2006.
- Bühring M: Heiler und Heilen: Eine medizinhistorische und methodologische Studie über Handauflegen und Besprechen in Berlin. Berlin, Reimer, 1993
- Cant S, Sharma U: A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state. London, Routledge, 1999.
- Cheng H: Medizinischer Pluralismus und Professionalisierung – Entwicklung der Chinesischen Medizin in Taiwan. Sozialwiss. Diss. Bielefeld 2003 (<http://deposit.dnb.de/cgi-bin/dokserv?idn=966622065>)
- Chmielewski-Hagius A: „Was ich greif, das weich ...“: Heilwesen in Oberschwaben. Münster, Waxmann, 1996.
- Dornhain J: Selbsthilfegruppen und Gruppenselbsthilfe – Aspekte der Veränderung medialer Alltagskultur. In: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 5 (1987), 7-33.
- Duden B: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart, Klett-Cotta, 1987.
- Eckart WJ, Jütte R: Einführung in die Medizingeschichte. Köln, Weimar, Böhlau, 2007.
- Ernst W(Hg.): Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000. London, Routledge, 2002.
- Faltn T. „Heilpraktiker“. In: Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W (Hg.): Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin, New York, de Gruyter, 2005, 554-555.
- Girke M, Hoppe JD, Matthiessen PF, Willich SN (Hg.): Medizin und Menschenbild. Das Verständnis des Menschen in Schul- und Komplementärmedizin. Dargestellt vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2006.
- Hartwig R: Der verkaufte Patient. Wie Ärzte und Patienten von der Gesundheitspolitik betroffen werden. München, Pattloch Verlag, 2008.
- Herbert S: Diagnose: Unbezahlbar. Aus der Praxis der Zweiklassenmedizin. Köln, Kiepenheuer & Witsch, 2006.
- Honigmann G: Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmedizin. Zur Einführung. In: Hippokraties 1 (1929), 3-15.
- Hufeland CW: System der praktischen Heilkunde, 2 Bde. Jena, Frommann, 1800/1802.
- Jütte R: Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute. München, C.H. Beck, 1996.
- Jütte R: Pluralismus in der Medizin aus historischer Perspektive. In: Michl M, Potthast T, Wiesing U (Hg.): Pluralität in der Medizin. Werte – Methoden – Theorien. Freiburg/Brsq., München, Alber, 2008, 381-394.
- Jütte R (Hg.): Zukunft der IndividualMedizin. Autonomie des Arztes und Methodenpluralismus. Köln, Deutscher Ärzte Verlag, 2009.
- Kleinman A: Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology Medicine and Psychiatry, Berkeley, Univ. of California Press, 1980.
- Kleinman A: Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: Social Science and Medicine 12 (1978), 85-93,
- Lang [Dr.]: Moral und Recht im Kurpfuschertum. In: Der Gesundheitslehrer 35 (1932), 199-200.
- Leslie C (Hg.): Asian Medical Systems: A Comparative. Berkeley, Univ. of California Press, 1976.
- Pfleiderer B, Bichmann W: Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin. Berlin, Reimer, 1985.
- Pomata G: Un tribunale dei malati. Il protomedicato bolognese 1570-1770. Bologna 1983.
- Schweninger E: Der Arzt. Frankfurt/M., Literarische Anstalt Rütten & Loening, 1906.
- Stenzel O: Medikale Differenzierung: der Konflikt zwischen akademischer Medizin und Laienheilkunde im 18. Jahrhundert. Heidelberg, Auer, 2005,
- Teichler JU: „Der Scharlatan strebt nicht nach Wahrheit, er verlangt nur nach Geld“: zur Auseinandersetzung zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und Laienmedizin im deutschen Kaiserreich am Beispiel von Hypnotismus und Heilmagnetismus. Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 2002.
- Willich SN, Girke G, Hoppe JD, Kiene H, Kitzsch W, Matthiessen PF, Meister M, Ollenschläger G, Heimpel H: Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. In: Deutsches Ärzteblatt 101 (2004), A1314-1318.
- Winnick TA: From quackery to 'complementary' medicine: the integration of alternative therapies in the American medical profession, Diss. Indiana University, Ann Arbor/MI 2001.
- Wolff E: Medikalisierung von unten? Das Beispiel der jüdischen Krankenbesuchsgesellschaften. In: Wahrig-Schmidt B, Sohn W (Hg.): Aufklärung. Policy, Verwaltung. Zur Genese des Medizinallwesens 1750-1850. Wiesbaden, Harrassowitz, 2003, 179-190.

Prof. Dr. phil. Robert Jütte