

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 36 (1980)

**Artikel:** Ärztliche Ethik und ärztliche Standespolitik : ein Aspekt der Geschichte der ärztlichen Ethik

**Autor:** Fischer-Homberger, Esther

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-308251>

#### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 16.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## ÄRZTLICHE ETHIK UND ÄRZTLICHE STANDESPOLITIK - EIN ASPEKT DER GESCHICHTE DER ÄRZTLICHEN ETHIK

ESTHER FISCHER-HOMBERGER

### Zusammenfassung

Ärztliche Ethik wird im Zusammenhang mit dem Entstehen einer "Öffentlichkeitsmedizin" im 16./17. Jahrhundert zum selbständigen medizinischen Thema. Sie diente ärztlichen Interessen durch Stärkung der Auto-Nomie des universitären Aerztestandes und durch Unterwerfung von Konkurrenzständen unter dessen Kontrolle. Vom Patienten wird angenommen, er profitiere von dieser Entwicklung.

Auf das 19. Jahrhundert hin kommt es zu einer Ideologisierung der ärztlichen Ethik, welche zu unmenschlichen kollektivethischen Programmen des 20. Jahrhunderts geführt hat und zu manchen Misswüchsen der Individualethik des Westens nach den Weltkriegen. Zusammenhänge zwischen ärztlicher Ethik und ärztlichen Interessen werden dabei vielfach aus dem Bewusstsein verdrängt. Mit der Problematisierung dieser Entwürfe beginnt sich die Frage nach der Beziehung zwischen den Interessen von Ärzten und denen der Patienten zu stellen. Seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts wird aus diesem und anderen Gründen neu über ärztliche Ethik nachgedacht, es interessiert dabei besonders der nicht-normierbare Bereich sittlichen Verhaltens. So entstand die "Situationsethik" und die etwas jüngere "kommunikative Ethik", die sich im Gespräch vollzieht. Beide verlangen vom Arzt weder Verfolgung noch Verleumdung der eigenen Interessen, sondern deren offenes Wahrnehmen und zur Diskussion stellen. Gesellschaftliche Äquivalente der kommunikativen Ethik sind das offene Gespräch des Arztes mit dem Patienten, der nun seine Interessen selbst vertritt, ferner ethische Kommissionen und interdisziplinäre Symposien über ärztliche Ethik. Damit wird die ärztliche Ethik wieder vermehrt ein "öffentlichts-medizinisches" Thema. Auch diese Entwicklung liegt im Interesse des - in seinen Denk- und Handlungsgewohnheiten in jüngerer Zeit ja sehr angefochtenen - Aerztestandes.

## Summary

Medical ethics became a medical topic of its own in the 16th and 17th centuries as a part of what could be called "public medicine". They served the interests of University-trained doctors by strengthening their autonomy and by submitting their rivals to medical control.

The patients' interests are considered more or less identical with the doctor's.

Towards the 19th century an ideologization of medical ethics is observable which has partly been responsible for the inhumane ethical concepts of certain of the 20th century collectivists as well as for certain inhumanities within individualistic ethics of our times and regions.

When these ideologies became problematic the question of the relation between patient's and doctor's interests arose.

For this and other reasons medical ethics have been rethought in the 60s of the present century. Increased attention has been payed to the realm of non-standardizable ethical behaviour. Thus "situation ethics" were conceived - and, more recently, "communication ethics" which arises from social interchange. Where his own interests are concerned, these ethical concepts require the doctor, not to pursue or deny them but simply to be aware of and to discuss them openly. The practical equivalent of communication ethics is the doctor's dialogue with a patient who personally looks after his own interests, as well as ethical commissions and interdisciplinary symposia on medical ethics. Thus medical ethics are again part of a "public medicine". This development is congruent with the interests of the medical profession in so far as this profession and its concepts have been severely criticized in the last twenty years - an open discussion of medical ethics might contribute to medicine's equilibrium.

Es soll hier aus dem weiten Feld der Geschichte der ärztlichen Ethik nur ein Aspekt herausgegriffen und streckenweise etwas beleuchtet werden: die Geschichte nämlich des Zusammenhangs von ärztlicher Ethik und ärztlicher Standes- beziehungsweise Interessepolitik in der Neuzeit und die Bedeutung dieser Verflechtung für den Patienten.

Ärztliche Ethik wird eigentlich erst in der Neuzeit zum mehr oder weniger selbständigen Thema der medizinischen Literatur. In diese Literaturgattung fliessen nun verschiedene Traditionen ein (1): einerseits die Traditionen des hippokratischen Eids, die vor allem seit dem späteren Mittelalter wieder sehr gepflegt wurden - gelegentlich untermischt mit allerhand nicht-hippokratischen Loyalitätsversprechen (2) - christliche Sittenlehre und arabisch-islamische (3) sowie jüdische (4) Besinnung auf die Pflichten des Arztes, andererseits die Traditionen und Regeln ärztlicher Schlaueit und Etikette (5). Man findet nun diese frühen medizinischen Texte zur ärztlichen Ethik vorwiegend im Rahmen einer Medizin angesiedelt,

die im Kontakt und im Austausch mit einer breiteren Öffentlichkeit und deren Verwaltern steht. Stadträzte sind typische, aber nicht die einzigen Vertreter dieser Öffentlichkeitsmedizin (6), einer Medizin, die ihr Wissen und Können in die Dienste einer grösseren Gesellschaft stellt, die die öffentliche Hygiene (etwa in Pestzeiten) und das Medizinalwesen (samt Ausbildung) überwacht, oft organisiert und in Rechtsfällen Expertisen liefert. Es entsteht also in der frühen Neuzeit eine Medizin, welche, im Unterschied zur herkömmlichen reinen Privatmedizin, wesentlich in Organisation und Pflege des Gemeinwesens mitarbeitet, sei dies gesetzgeberisch, sei es gesetzesanwendend – und gerade in diesen Zusammenhang gehört offenbar ursprünglich auch die ärztliche Ethik.

Tatsächlich stammt eine der frühesten Schriften zur ärztlichen Ethik ("De christiana, ac tutu medendi ratione", Über die christliche und sichere Heilkunst, 1591) (7) von einem Arzt, Giovanni Battista Codronchi (1547 – 1628). CODRONCHI hat sich stark für seine Stadt Imola (in Norditalien) engagiert, als Stadtrat, als Mitglied einer speziellen wasserhygienischen Kommission und in anderen städtischen Ämtern; bei Gelegenheit einer Pestgefahr im Jahre 1591 hat er ein hygienisch-prophylaktisches Memorandum zuhanden seiner Behörden verfasst. Er ist auch der Autor einer Schrift über Krankheiten, welche seine Stadt Imola im Jahre 1602 heimgesucht haben und eines Traktats über eine Medizinalquelle auf Imoleser Boden, welchen er, wie sein späteres, berühmtes Buch über Vergiftungen und Verzauberungen (im Kontext der Zeit ein sozialhygienisches Werk), dem Senat von Imola zueignet (8). Vor allem aber ist Codronchi berühmt als Klassiker der gerichtlichen Medizin – er hat einen der frühesten, wenn nicht den frühesten einigemassen systematischen Traktat zu diesem Fach geschrieben (9). Nicht zufällig wohl liegt Codronchis Imola nahe bei Bologna, einer Hochburg der Rechtswissenschaften, wo der Gedanke einer öffentlichen Anwendung medizinischen Wissens lange und besonders früh konzipiert gewesen war (10). Codronchis "christliche Art des Heilens" ist merkwürdigerweise in der autoritativen Bibliographie der medizinischen Klassiker von F.H. GARRISON und LESLIE T. MORTON (11) nicht aufgeführt, hingegen figurieren da zwei spätere Schriften: RODERICO A CASTROS (1546-1627) "Medicus-politicus", Über die medizinisch-politischen bzw. -polizeilichen Pflichten des Arzts (12) von 1614 und LUDWIG VON HOERNIGKS (1600-1667) "Politia medica, oder Beschreibung dessen was die Medici ... zu thun..." von 1638 (13) als früheste Klassiker der ärztlichen Ethik. Roderico a Castros "Medicus-politicus" enthält in typischer Kombination nicht nur ein ärztlich-ethisches Buch, sondern auch ein standespolitisches Über die Beziehung der Medizin zu anderen Wissenschaften und Heilkunden, ferner ein ausbildungstechnisches Buch (was gehört zur ärztlichen Ausbildung?) und ein im engeren Sinne gerichtsmedizinisches. Schon der Titel "Medicus-politicus" stellt übrigens den Zusammenhang dieser ärztlichen Ethik zu gesamtgesellschaftlichen Fragen

her – wie auch Ludwig von Hoernigks Titel "Politia medica". Hoernigk, Dr. med. und Dr. iur., war Stadtarzt in Frankfurt a.M., als er dieses Werk herausgab, und ist berühmt und berüchtigt gewesen als Konkurrentenfresser. Seine Schrift behandelt nicht nur Aerzte, Wundärzte, Apotheker, Krämer, Hebammen und Patienten, sondern auch dem Alphabet nach "allerhand Unbefugte ... , darunter Alte Weiber, Beutelschneider, Crystallseher, Dorffgeistliche, Einsiedler, Fallimentirer, Gauckler, Hampropheten, Iuden...". Er hat sein Stadtarztamt wegen "Streitigkeiten" mit den Apothekern und Materialisten niedergelegt, war ein eminenter Antisemit und hat sich auch später durch Streitigkeiten aller Art profiliert. Er hat es trotzdem – oder deswegen? – weit, bis zum kaiserlichen Rat, Professor und Rektor der Universität Mainz gebracht (14).

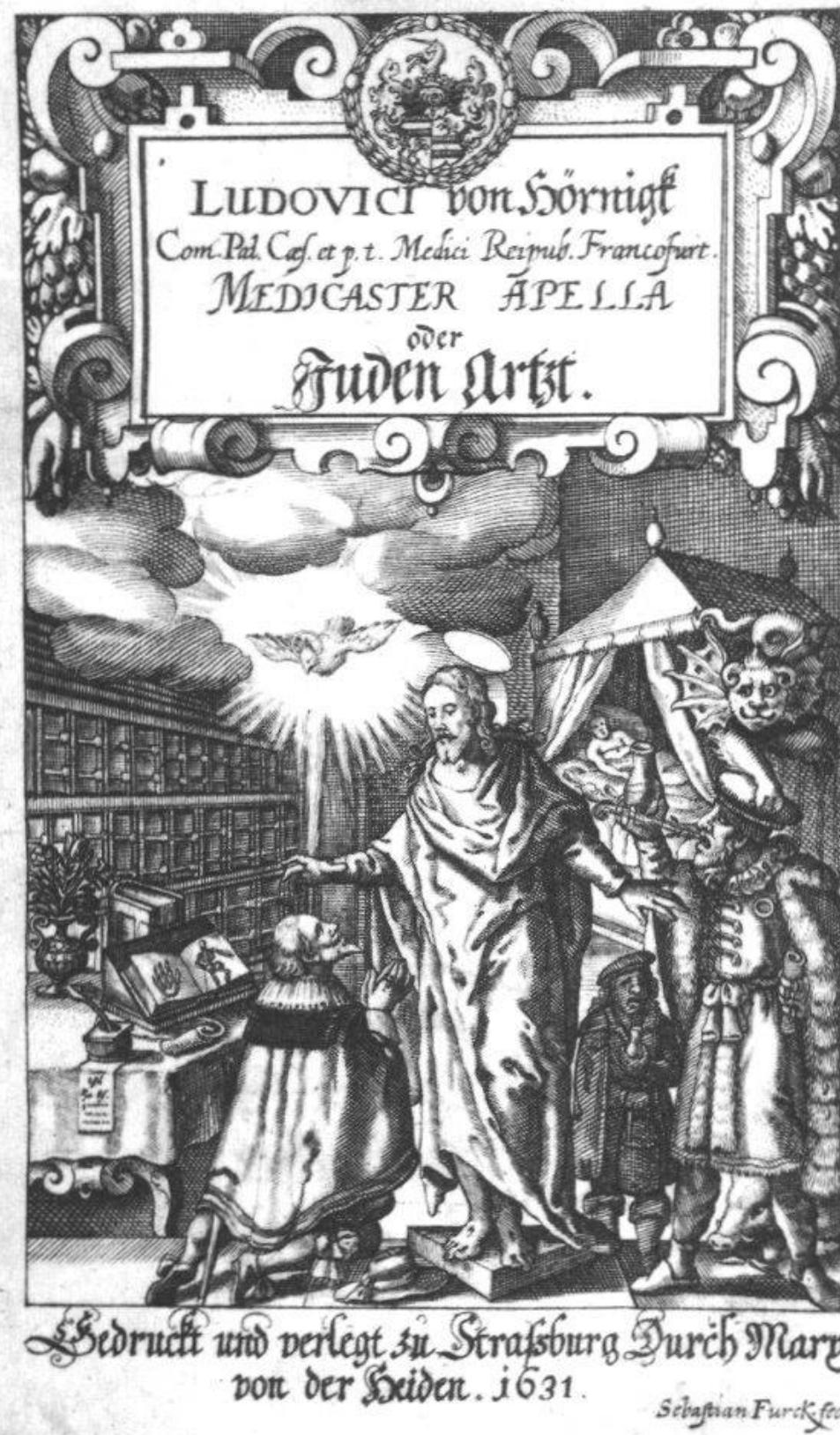
Die nächsten Höhepunkte der ärztlich-ethischen Klassiker, die als Mediziner solcherart in gesamtgesellschaftlichem Zusammenhange stehen, sind JOHANNES BOHN (1640-1718) (15) und 100 Jahre später, an der Wende zum 19. Jahrhundert, THOMAS PERCIVAL (1740-1804) (16). JOHANNES BOHN, ein hervorragender Gelehrter an der Universität Leipzig, einer Hochburg der gerichtlichen Medizin, der in seinem Buch "de officio medici duplici..." (Über die doppelten Pflichten des Arztes) von 1704 Fragen des ärztlichen Verhaltens gegenüber Kranken und als Experten vor Gericht vereinigt. THOMAS PERCIVAL, ein hochgebildeter Arzt an der seinerzeitigen Front der Industrie, in der Stadt Manchester, der bis dahin mit Schriften über die Pockenimpfung, Wasser, Bleivergiftung, Todesstatistik hervorgetreten war und sich für fabrikhygienische Verbesserungen einsetzte, hat seine "Medical Ethics" als Beitrag zur Ordnung gespannter Verhältnisse am Manchester Infirmary, wo er einige Zeit als Arzt gewirkt hat, geschrieben. Er unterteilt sie in Regeln des ärztlichen Verhaltens in Beziehung zum Spital, ferner in der Praxis, gegenüber Apothekern und im Bezug auf forensisch-medizinische Tätigkeiten. Ursprünglich hatte er sein Buch "Medical jurisprudence" genannt (17).

In den Werken dieser Autoren zeigt sich ärztliche Ethik nun in zweierlei Weisen mit ärztlicher Standespolitik verflochten: als Selbst-Gesetzgebung eines im eigentlichen Sinn des Wortes nach Auto-Nomie strebenden Standes einerseits, als Fremd-Gesetzgebung zuhanden von Konkurrenz anderseits. Die Forderungen ärztlicher Ethik, so streng sie sein mögen, sind immer Forderungen eines Standes an sich selbst – PERCIVAL richtet sich mit seinen Regeln an den "Gentleman" (18) – Verletzungen solcher Forderungen können daher nur von Aerzten festgestellt, getadelt und allenfalls geahndet werden. Das ist das selbstdisziplinierend-kritikaus-schaltende Doppelgesicht der klassischen ärztlichen Ethik, welche den Arzt als sittlich und fachlich erhabene Gestalt, aber auch – und unter der modernen Medizinkritik hat dieser

Aspekt besonders aufgeleuchtet – als arroganten Herrn erscheinen lassen kann. Es soll mir niemand Arroganz vorwerfen, weil ich, selbst Arzt, mich über ärztliche Sünden und deren Vermeidung äussere, schreibt CODRONCHI, ich habe angenommen, Aerzte liessen sich derartiges lieber von einem Arzt als von jemand anderem sagen (19). Und in einem mitgedruckten Lobgedicht seines Buchs heisst es: Denn der Arzt schreibt anderen vor, wie sie sich verhalten sollen, und es will der fromme Mann nicht selbst in Schuld befangen sein (20). Der Arzt ist also dank seiner Ethik gerechtfertigt und gerade damit ist er befugt, über andere Personen zu verfügen. Damit zeigt sich schon die andere Doppelfunktion der ärztlichen Ethik: die pflichtenüberehmend-konkurrenzaußschaltende nämlich, welche weniger der Stärkung der ärztlichen Unabhängigkeit als der Expansion des ärztlichen Autonomiegebietes dient. In dieser Funktion umschreibt die ärztliche Ethik den wahren Arzt entsprechend den Idealen der Universitätsmedizin und impliziert damit, dass ärztliche Tätigkeit ausserhalb der Schulmedizin sündig und nicht fachgerecht sei, ausser insoweit sie unter schulmedizinischer Kontrolle stehe.

So gilt CODRONCHIS erstes Kapitel der Klage über die unkundigen Aerzte. Selbst wenn sie nicht schaden, sündigen sie tödlich, wenn sie ärztlich tätig sind, weil sie ihren Kompetenzbereich überschreiten. Niemand kann und darf Krankheiten heilen, der deren Ursachen nicht genau kennt. Es sündigt, wer versucht, Krankheiten lokal zu behandeln, die doch immer wesentlich in den verschiedensten Störungen des Säftegleichgewichts (im Sinne der auf den Universitäten gelehrt Humoralpathologie) bestehen, jene Praktiker etwa, welche die Krätze mit Salben, und jene Empiriker, welche Zahnweh behandeln, ohne zwischen heissem und kaltem Zahnweh zu unterscheiden. Zweifellos richten sich diese Klagen gegen jene nichtstudierten Salbenverkäufer und Zahnbrecher, die seinerzeit billig und nicht immer erfolglos von Markt zu Markt ihre ärztlichen Dienste feilboten. Ein anderes Opfer ärztlicher Ethik sind in CODRONCHIS "Christlicher Heilart" die jüdischen Aerzte – der Arzt, der mit Juden zusammenarbeitet, sündigt.

Ein grosser Judenhasser ist auch LUDWIG VON HOERNIGK, er hat neben seinem Klassiker der ärztlichen Ethik auch speziell den "Medicaster Apellia oder Juden Arzt" (1631) geschrieben (21), welcher ein Klassiker des Antisemitismus genannt zu werden verdient. Du sollst Dich keinem jüdischen Arzt anvertrauen, redet er da seine "lieben MitChristen" an. "Da du doch wol weist, dass er ausstrücklich in dess Teuffels Banden ligt, dess Teuffels Werckzeug ist, unnd nechstes Tages, wann er stirbt, zu allen Teuffeln in Abgrund der Höllen, als ein ungläubiger, ungetaufter, heylloser Lästerer, Verleugner und Verlacher der H.Dreyfaltigkeit, gestürtzet wird, so ist es ohngezweifelt eben so viel, als wann du dich dem Teuffel selbst vertrawest..." (22). Zur antisemitischen Tradition der ärztlichen Ethik muss erläuternd gesagt werden, dass die jüdischen Aerzte tatsächlich eine sehr ernsthafte Konkurrenz



Gedruckt und verlegt zu Straßburg Durch Marx  
von der Heiden. 1631.

Sebastian Furck fecit

der christlichen waren. Mit ihrer traditionellen Gelehrtheit und besonderen Beziehung zur Medizin sind sie von jeher, soweit sie frei wirken konnten, als gute Aerzte bekannt und gesucht gewesen, und auch die christlichen Füsten und Päpste haben sie gerne als Berater oder Leibärzte zugezogen (23).

Bei RODERICO A CASTRO, Spross einer jüdischen Familie, findet man keine antisemitische Tendenz der Ethik. Hingegen findet man bei ihm wie fast 1 Jahrhundert später bei JOHANNES BOHN (auch in der zwischendrin liegenden gerichtsmedizinischen Literatur) die Tendenz, Chirurgie, Gynäkologie-Geburtshilfe und Pharmazie in den Kreis des medizinischen Pflichtwissens einzubeziehen und entsprechend die bisherigen Träger dieser Künste, Apotheker, Hebammen und möglichst auch Chirurgen, der Kontrolle der Mediziner zu unterwerfen (24).

Der Patient verkörpert im Rahmen all dieser frühneuzeitlichen ärztlichen Ethik die Daseinsberechtigung und den höheren Zweck der Medizin. Ob ihm damit optimal gedient war, ob er damit nicht vor therapeutischen Anstalten geschützt worden ist, die ihm mehr genutzt hätten als die Humoraltherapie seiner Universitäten, ist eine andere Frage. Sicher ist, dass von den ärztlichen Ethikern der früheren Neuzeit mit aller Selbstverständlichkeit angenommen wird, dass das Wohl des Patienten mit dem Florieren der von ihnen vertretenen Medizin zusammenfalle. Und zwar sowohl der Privatmedizin, die den Patienten als Vertragspartner umhegt, als auch der Öffentlichkeitsmedizin, die ihn als Bestandteil eines gesunden Volkes, des eigentlichen Reichtums eines Staates pflegt, selbst der ärztlichen Standespolitik, denn die sozio-ökonomische Zufriedenheit des Arztes ist nach jenen Denkern ein Garant guter ärztlicher Qualität. Im 18. Jahrhundert fallen in ihrem Sinne, entsprechend dem liberalen Gedanken, Interessen der Patienten, der Aerzte und der ganzen Gesellschaft zusammen. Im Rahmen des Liberalismus wird das Tauschgeschäft, welches im Interesse aller Beteiligten liegt, zum Element einer gut funktionierenden Gesellschaft: es liegt liberalem Denken zufolge im höheren Interesse der gesamten Gesellschaft, dass jeder seine eigenen Interessen so weit als möglich verfolge und realisiere. Interessepolitik wurde damit geradezu zur sozialethischen Pflicht des Arztes. In der berühmten Bienenfabel "The fable of the bees: or, private vices, publick benefits" hat BERNARD DE MANDEVILLE (1670-1733), nicht zufällig Arzt, diese Grundthesen klassisch liberaler Nationalökonomie und Ethik einschlägig umrissen (25).

Nun, die Verkoppelung von ärztlicher Ehtik und ärztlicher Standespolitik hat gut funktioniert: Das 18. Jahrhundert wurde zur Blütezeit des Aerztestandes, und zum Jahrhundert der massiven Expansion der Medizin: Expansion in Richtung neuer Fachbereiche (Geburtshilfe-Gynäkologie, Kinderheilkunde, auch Psychiatrie, Seelenheilkunde), in Richtung neuer Verantwortlichkeiten am einzelnen Patienten (bedingungslose Betreuung des Sterbenden zum

Beispiel, sexualhygienische Beratung), schliesslich in Richtung gesellschaftlicher Verantwortlichkeiten (Prophylaxe, Hygiene – Paradigma ist hier die Pockenimpfung). Im 19. Jahrhundert wird zu alledem noch die ärztliche Verantwortung für die Zukunft der Gesellschaft treten – der ärztliche Rassenhygieniker wird sich für das Wohl aller künftigen Generationen verantwortlich fühlen (26).

Zu dieser erheblichen Expansion tritt im späteren 18. und im 19. Jahrhundert nun aber auch eine gewisse Loslösung der ärztlichen Ethik aus ihrem alten öffentlichkeits-medizinischen (hygienisch-gerichtsmedizinisch-sanitätspolitischen) Zusammenhang, eine gewisse Abhebung der ärztlichen Ethik vom gesellschaftlichen Zusammenhang, in den sie ursprünglich eingebunden gewesen war. Man kann auch von einer Ideologisierung sprechen.

Diese Entwicklung zeichnet sich schon in JOHN GREGORYS (1725-1773) klassischen "Vorlesungen über die Pflichten und Eigenschaften eines Arztes" (27) aus dem späteren 18. Jahrhundert ab: ärztliche Ethik ist hier im Grunde die Beschreibung von ärztlichen Idealen; Abweichungen werden gegeisselt. GREGORYS Arzt hat "die Pflicht der Menschenliebe, Geduld, Aufmerksamkeit, Behutsamkeit, Verschwiegenheit, und Ehrlichkeit" (28).

Die Frage, ob der Arzt seine Feinde behandeln solle, wird bei GREGORY nicht mehr gestellt. Der Vorläufer RODERICO hatte in diesem Zusammenhang noch abgewägt: einerseits vermeidet man, wenn man seine Feinde nicht behandelt, im Falle eines ungünstigen Verlaufes alle Verdächtigungen, andererseits werden Feinde, wenn man sie behandelt, gelegentlich zur Milde umgestimmt. Zudem hat man ja immer mehr als nur einen Feind (29). BOHN hatte es noch in aller Nüchternheit akzeptiert, dass der Arzt gewisse Leute, auch ihm Nahestehende, intensiver betreue als ihm Fernstehende (30).

GREGORYS Arzt flösst seinem Kranken durch seine Menschenliebe "natürlicher Weise die Zuneigung und das Vertrauen ein, die zu seiner Genesung so oft von der äussersten Wichtigkeit sind" (31). RODERICOS Arzt hatte sich 200 Jahre früher viel nüchterner für die speziellen Verhaltensweisen interessiert, welche geeignet sind, beim Patienten Bewunderung und Vertrauen in ihn künstlich herzustellen. Denn der Arzt ist der beste, heisst es im "Medicus-politicus", der die meisten Leute heilt, derjenige aber heilt die meisten, in den die meisten vertrauen, denn Vertrauen in den Arzt taugt oft mehr als alle Medikamente und mehr als der Arzt selbst (32). BOHN hatte das Vertrauen in den Arzt zudem als Absicherung und Garantie gepriesen – Absicherung dagegen, dass ein allfälliger ungünstiger Krankheitsverlauf dem Arzt angelastet werde, Garantie, dass günstige Verläufe den ärztlichen Bemühungen verdankt würden (33).

GREGORYS Arzt betreut seine Patienten, "wo er ... als Arzt keine weiteren Dienste leisten kann, ... als Freund ..." bis zum Tod, Kosten - des Patienten - offenbar nicht mehr scheuend (34).

Mit der Ideologisierung der ärztlichen Ethik - nicht nur der ärztlichen Übrigens - ihrer teilweise Herauslösung aus einem unmittelbaren sozialen und zwischenmenschlichen Zusammenhang, wird sie - und da zeigen sich ihre funktionellen Nachteile - absolut, hart, letztlich unerfüllbar und gerade damit unaufmerksam gegenüber der ganz konkreten Situation, in der sie drinsteht (35). Es erscheint ihr diese auch unwichtig gegenüber den Idealen, denen sie nachstrebt. Die Verdrängung der Tatsache, dass alle Ethik in komplexer Weise mit den Interessen ihrer Träger und Repräsentanten - mit den eigenen auch - verflochten ist, ermöglichte die Aufrechterhaltung der Hoffnung, "den" Menschen durch ethische Gebote über sich selbst hinaus verbessern zu können.

Ethisch-standespolitische Verflechtungen verlieren damit etwas von ihrer früheren Unbefangenheit, sie treten einem im 19. Jahrhundert manchmal als ein fast gespenstisches, befremdendes Nebeneinander von Selbstvernichtung und Größenideen entgegen. Wenn man Aerzte vom idealisierten Typus des 19. Jahrhunderts so als Inkarnation von Selbstüberwindung, Güte, Wissen und Weisheit auftreten sieht (36), als fleischgewordene Hingabe und Weitsicht, kann man sich vorstellen, dass der Patient da gelegentlich zum recht hilflosen Instrument ärztlicher Selbstdarstellung wurde. Vielleicht wäre es ohne solche Idealisierung und Verabsolutierung ethischer Werte weniger zu einer ärztlichen Rassenethik gekommen, im Rahmen derer Aerzte schliesslich im Namen einer höheren Sittlichkeit aufhörten, Kranke und Schwache zu behandeln, solche vielmehr als kranke Teile des Gesellschaftskörpers erbarmungslos zu entfernen empfohlen - analog dem guten Chirurgen, der um des Wohls des Ganzen willen einzelne Teile wegoperiert (es wurde in diesem Zusammenhang sogar von Liebe gesprochen (37)).

Vielleicht wäre es ohne Idealisierung und Verabsolutierung der ärztlichen Verpflichtung gegenüber dem einzelnen Patienten auch zu manchen Misswüchsen unserer Individualmedizin nicht gekommen. Und vielleicht hätten sich ohne sie ärztliche Kollektiv- und ärztliche Individualethik nicht zu so schroffen, unkontrolliert interessegespeisten Gegensätzen organisieren können, wie dies - allen klarenden und differenzierenden Bemühungen etwa eines ALBERT MOLL (1862-1939) (38) zum Trotz - passiert ist. "Humanität und Entwicklungslehre treten sich feindlich gegenüber ...", schreibt ALEXANDER TILLE (1866-1912) in seinem "Buch (der) Entwicklungsethik" von 1895 (39). "Ja", fasst der Mediziner FRIEDRICH MARTIUS (1850-1923) um 1900 zusammen, "es lässt sich nicht verkennen, dass hier plötzlich ein klaffender Spalt sich öffnet, ein unheimlicher Widerspruch zwischen den Zielen der Individualhygiene des Arztes, dem jedes Menschenleben ... gleich heilig ist, ... und den Zielen der Rassenhygiene ... Die Lösung dieses Widerspruchs ist das hygienische Problem der Zukunft" (40).

Lösung kann man nun den Umstand freilich nicht nennen, dass die Sowjetunion und das um dieselbe Zeit entstandene Dritte Reich die Kollektivethik für jedermann einschliesslich der Aerzte verbindlich erklärt haben (41), während man sich im Westen spätestens nach dem Zusammenbruch des 1000-jährigen Reichs gewissermassen reaktiv einer ähnlich dogmatischen Individualethik verschrieben hat. Zusammenhänge zwischen Ethik und Interessen waren und sind in den beiden Systemen offensichtlich; die speziell ärztlichen Interessen kommen im Rahmen der rigorosen Individualethik ungleich mehr zum Zug (man denke an unsere idealisierten Honorare), der Patient allerdings führt damit insgesamt gewiss ebenfalls besser. Aber im einzelnen eben nicht. Bis in die 60er Jahre hinein haben die Problemfälle der Individualethik als Grenzfälle der Medizin gegolten. Dann plötzlich sind sie zu zentralem, paradigmatischem Interesse aufgerückt – man denke an die Diskussionen um die Schwangerschaftsunterbrechung, die Sterbehilfe und um das Verhältnis zwischen Machbarem und Wunschenwertem etc.

Damit hat in den 60er und 70er Jahren wieder ein neues Nachdenken über ärztliche – und andere – Ethik stattgefunden. Es wurden damit ähnliche Ansätze aus der Zwischenkriegszeit wieder aufgenommen, welche infolge des Zweiten Weltkriegs und unter der Faszination der nachfolgenden enormen Fortschritte der Therapie, die von den sich ebenfalls rasch entwickelnden Versicherungen problemlos gedeckt wurden, verschüttet und vergessen worden waren (42). Im Klima der 60er und 70er Jahre, ihrer Ideologiekritik, dem, was man Aufstieg der Sozialwissenschaften nennen könnte, ihrer Problematisierung der Oekonomie und ihren effektiven ökonomischen Problemen ist es dann aber zu einer neuen breitangelegten Ueberprüfung auch der ärztlichen Ethik gekommen (43). Und diese hat im ganzen von der Alternative Individualethik – Kollektivethik etwas weggeführt. Nicht mehr entweder Selbst-Gesetzgebung oder Fremd-Gesetzgebung, nicht mehr auf den Einzelnen oder auf die Gesellschaft gerichtetes Ethos erschienen nun als die weiterführenden Alternativen, sondern eher das Spannungsfeld von sittlichem Verhalten zwischen dem gesetzlich-normativ geregelten Bereich und dem Bereich des Anormativen und grundsätzlich nicht Regel- und Kontrollierbaren. Man bediente sich in diesem Zusammenhang des Begriffes der "Situationsethik" (44). Die Situationsethik lehrt, dass innerhalb gewisser Grenzen und unter gewissen Gesichtspunkten sittliches Verhalten sich nicht nach bestimmten Normen richten könne und dürfe, sondern nur nach der gegebenen Situation, so wie sie vom Handelnden in möglichster Offenheit – es ist von Phantasie gesprochen worden (45) – wahrgenommen und erlebt werde. Ethik tritt damit dort in Funktion, wo gesetzliche Regelungen nicht hinreichen oder in höchstpersönlichem Urteil des Handelnden nicht genügen. Ärztliche Interessen gehören im Rahmen der Situations-

ethik mit zur Entscheidungssituation des Arztes; nicht sie zu verfolgen, nicht sie zu überwinden ist dabei Auftrag des Arztes, sondern ihnen gegenüber offen zu sein und sie in dieser Offenheit nach seinem Gut-Dünken gegen andere abzuwägen. Ebenso gehört natürlich der Patient mit zu dieser Situation, mit seiner speziellen Persönlichkeit, seinen speziellen Bedürfnissen und seinen Interessen - die von denen des Arzts verschieden sein können.

Die Situationsethik hat sich in der Folge in Richtung einer Ethik geöffnet, die sich aus lebendigem Austausch und Gespräch ergibt. (Das "Gespräch" hat ja in jüngeren Zeiten überhaupt eine enorme Aufwertung erfahren. Gegenregulationen sind allerdings auch bereits im Gange - es wird sich zeigen, wie sich diese auf die ärztliche Ethik auswirken.) Die Offenheit des situationsethischen Gesprächs mit sich selbst ist damit zur Offenheit des Gesprächs mit anderen geworden - HERMANN RINGELING und andere sprechen hier von "kommunikativer Ethik" (46). Normen treten damit als Entscheidungsgrundlagen wieder ins Gesichtsfeld, ohne aber letztlich bestimmd sein zu können. Im Rahmen der kommunikativen Ethik wird der Arzt zum Gesprächspartner - zu einem Partner nur unter zweien oder mehreren. Seinen Interessen gegenüber werden diejenigen anderer nun ebenfalls persönlich vertreten, der Patient ist nicht mehr ein Teil der Situation des Arztes, sondern er vertritt sich - im idealen Falle - selbst als ein Mündiger (weniger ideal für den Arzt, wenn er sich in Patientenkollektiven und Selbsthilfegruppen vom Arzte unabhängig macht). Das ist neu und medizinhistorisch noch nie systematisch dagewesen.

Für die ärztliche Ethik ergibt sich aus dieser Öffnung zum Gespräch im Grunde ein Wieder-eingebundenwerden in ihren ursprünglichen konkret-gesellschaftlichen Zusammenhang, jetzt allerdings unter Einbegreifung der ganz persönlichen Ebene. Es gehört in diesem Sinn heute die persönliche Sittlichkeit des Arztes essentiell mit zur ärztlichen Ethik. Ethische Kommissionen, die nur zum Teil aus Ärzten bestehen, in denen aber charakteristischerweise Gerichtsmediziner und Juristen wieder eine grösere Rolle spielen (47), sind die gesellschaftlichen Aequivalente dieser Situation. Ebenso interdisziplinäre Gespräche über Ethik und Medizin (48), auch dieses hier. Was die Beziehung einer solchen Ethik des Arztes zur ärztlichen Standespolitik betrifft, so ist diese gewiss wie eh und je vorhanden. Nicht ohne Gewalt von aussen hat der Arzt ja sein Gewand des Gottes in Weiss abgelegt bzw. doch wenigstens zugegeben, dass es sich dabei auch nur um ein gewöhnliches Kleidungsstück handelt.

Der Aerztestand hat über die Wirkungen seiner Autonomie, seiner Expansivität, und seiner Ideologien in den letzten Jahren so viel Böses und oft auch Richtiges (49) zu hören bekommen, dass es ihm wohl auch heute als ein Gebot nicht nur der Güte, sondern auch der Klugheit erscheinen muss, die eigene Ethik freier zur Diskussion zu stellen als bisher. Dass diejenigen, die des Arztes bedürfen, dabei etwas gewinnen, steht zu hoffen - voraussetzen dürfen wir es nicht.

Ich habe versucht, einige Stationen der Geschichte der ärztlichen Ethik der Neuzeit in ihrer Bedeutung für Aerzte und Patienten zu umreissen – allerdings nur unter dem einen Aspekt des Zusammenhangs zwischen ärztlicher Ethik und ärztlicher Standespolitik. Ich glaube, dass keiner der geschilderten Entwürfe überlebt ist, jedenfalls nicht in dem Sinne, dass er nicht weiterlebte. Wenn man nun aber weiss (dies eine Bemerkung zur Frage nach der Nützlichkeit der Geschichte), unter welchen Umständen solche Entwürfe entstanden sind, infolge welcher Kräfte und wie sie funktioniert haben, kann das vielleicht helfen, sie zu handhaben. Zudem kann die Geschichte, so scheint mir, indem sie auf die Gewordenheit auch der Gegenwart hinweist, einem konstruktiven Nachdenken über die Zukunft den Boden bereiten helfen.

Ich danke Prof. Dr. H. Ringeling, Bern, für die kritische Durchsicht dieses Referats und manche Hinweise.

1. Vgl. LEGACIES IN ETHICS AND MEDICINE. Hrsg.v. CHESTER R. BURNS. New York: Science History Publications 1977.
2. Vgl. DEICHGRÄBER KARL: Die ärztliche Standesethik des hippokratischen Eides. In: FLASHAR HELLMUT (Hrsg.): Antike Medizin (Wege der Forschung 221), Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1971, S. 94-120 (erstmals 1933: Quellen und Studien zur Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin 3, S. 79-99 (29-49)); BACHMANN MARGOT: Die Nachwirkungen des hippokratischen Eides. Ein Beitrag zur Geschichte der ärztlichen Ethik. Diss. Mainz, Würzburg: K. Triltsch 1952; ROTH GOTTFRIED: Der "Antimonstreit" und die Wiener medizinische Fakultät. Statuten und Eidesformeln. *Gesnerus* 20 (1963) 165-169.  
ETZIONY M.B.: The physician's creed, an anthology of medical prayers, oaths and codes of ethics written and recited by medical practitioners through the ages. Springfield, Ill.: Thomas 1973, 32-34.
3. Vgl. LEVEY MARTIN: Medical deontology in ninth century Islam. In: LEGACIES (Anm. 1) S. 129-144;  
HAU FRIEDRUN R.: Die Bildung des Arztes im Islamischen Mittelalter. *Clio Medica* 13 (1978) 95-123, (1979) 175-200, 14 (1979) 7-33, speziell 7-16, 21-25 ("Ärztliche Ethik"); BUERGEL JOHANN CHRISTOPH: Anthropologische Aspekte des Heilwesens im islamischen Mittelalter. In Vorbereitung bei Hans Huber Verlag, Bern.
4. Vgl. FRIEDENWALD HARRY: The Jews and medicine. Essays. 2 Bde, Baltimore: Johns Hopkins Press 1944, Bd 1, S. 18-30 (The ethics of the practice of medicine from the Jewish point of view, erstmals in Johns Hopk. Hosp. Bull. 28 Nr. 318, August 1917); JAKOBOWITS IMMANUEL: Jewish medical ethics, a comparative and historical study of the Jewish religious attitude to medicine and its practice. New York: Philosophical Library 1959;  
ROSNER FRED: Medicine in the Bible and the Talmud. The library of Jewish law and ethics, vol. 5, New York: Ktav Publ. House/Yeshiva University Press 1977, S.99-148 (4. Teil: "Ethics and prayers for the Jewish physician").
5. Vgl. ACKERKNECHT ERWIN H.: Zur Geschichte der medizinischen Ethik. *Praxis* 53 (1964) 578-581, S.579;  
Vgl. auch ETHICS IN MEDICINE. Historical perspectives and contemporary concerns. Hrsg. v. STANLEY JOEL REISER, ARTHUR J. DYCK, WILLIAM J. CURRAN, Cambridge, Mass. – London: MIT Press 1977, S.15-16 ("Henry de Mondeville on the morals and etiquette of surgeons").

6. KOELBING HULDRYCH M.: Der europäische Stadtarzt: Internationales Seminar über Stadt- und Staatsärzte vor 1800 (17.-19. September 1979 in Wolfenbüttel). *Gesnerus* 36 (1979) 312-314. Ein ausführlicher Verhandlungsbericht ist im Druck.
7. CODRONCHIUS BAPTISTA: *De christiana, ac tuta medendi ratione*. Ferrara: Benedictus Mammarellus 1591.
8. MAZZINI GIUSEPPE: *Di Battista Codronchi, medico e filosofo Imolese 1547-1628*. Terni 1924.
9. CODRONCHIUS BAPTISTA: *Methodus testificandi, in quibusvis casibus medicis oblati*. In: *De vitiis vocis, libri duo*, Frankfurt: A. Wechelius 1597, S. 148-232; nach GARRISON AND MORTON'S MEDICAL BIBLIOGRAPHY, an annotated check-list of texts illustrating the history of medicine by LESLIE T. MORTON, 2. Aufl. London: Grafton 1954 "First important work on forensic medicine". Ebenso in der 3. Aufl. von 1970.
10. Vgl. FISCHER-HOMBERGER ESTHER: Bemerkungen zur Geschichte der Gerichtsmedizin. *Chem. Rdsch.* 28 (1975) Nr. 36, 7; NUTTON VIVIAN im Seminar über Stadt- und Staatsärzte vor 1800 - vgl. KOELBING (Anm. 6), S. 312; RODEGRA HEINRICH: Das Gesundheitswesen der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Medizinalgesetzgebung (1586-1818-1900). *Sudhoffs Arch.*, Beiheft 21, Wiesbaden: Franz Steiner Verlag 1979, S. 5-10.
11. GARRISON AND MORTON (Anm. 9).
12. CASTRO RODERICUS A.: *Medicus-politicus: sive de officiis medico-politicis tractatus, quatuor distinctus libris: in quibus non solum bonorum medicorum mores ac virtutes exprimuntur, malorum vero fraudes et imposturae deteguntur: verum etiam pleraque alia circa novum hoc argumentum utilia atque jucunda exactissime proponuntur*. Hamburg: Frobinius 1614.
13. HOERNIGK LUDWIG VON: *Politia medica*. Oder Beschreibung dessen, was die Medici, so wohl ins gemein als auch verordnete Hof- Statt- Feldt- Hospital- und Pest-Medici, Apothecker, Materialisten, Wundärzt, Barbierer, Feldscherer, Oculisten, Bruch- und Steinschneider, Zuckerbecker, Krdmer und Bader, Dessgleichen Die obriste geschwohrne Frawen, Hebammen, UnterFrawen und Kranckenpflegere, Wie nicht weniger Allerhandt unbefugte, betriegliche und angemaste Aerzte, darunter Alte Weiber, Beutelschneider, Crystallenseher, Dorffgeistliche, Einsiedler, Fallimentirer, Gauckler, Hampropheten, Iuden, Kälberärzt, Landstreicher, Marcktschreyer, Nachrichter, Ofenschwärmer, Pseudo-Paracelsisten, Quacksalber, Rattenfänger, Segensprecher, Teuffelsbander, Unholden, Waltheintzen, Zigeuner etc. So dann endlichen: Die Patienten oder Krancke selbsten zu thun, und was, auch wie sie in Obacht zu nehmen, Allen Herrn-Höfen, Republicken, und Gemeinden zu sonderbahrem Nutzen und guten. Auss. H. Schriftt, Geist- und Weltlichen Rechten, Policey-Ordnungen und vielen bewhrten Schrifften zusammen getragen. Frankfurt a.M.: Schleichen 1638.
14. BIOGRAPHISCHES LEXIKON DER HERVORRAGENDEN AERZTE ALLER ZEITEN UND VOELKER. Hrsg. v. AUGUST HIRSCH, 3. Aufl. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1962; MATHY HELMUT: Archivalien, Instrumente und Kapitalien der Mainzer medizinischen Fakultät im 17. und 18. Jahrhundert. In: MEDIZIN IM ALten MAINZ, hrsg.v. GUNTER MANN, W.F. KUEMMEL, GISELA KUHNERT und VOLKER ROEDEL. Hildesheim-New York: Olms 1977, 135-149, Spez. S. 135-137. MAEDER MARKUS: Ludwig von Hoernigk und sein Werk. Berner Dissertation in Vorbereitung.

15. BOHNUS JOHANNES: *De officio medici dupli, clinici nimirum ac forensis, hoc est, qua ratione ille se gerere debeat penes infimos pariter, ac in foro, ut medici eruditi, prudentis ac ingenui nomen utrinque tueatur.* Leipzig: Gleditsch 1704.
16. PERCIVAL THOMAS: *Medical Ethics; or, a code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons; I. In hospital practice. II. In private, or general practice. III. In relation to apothecaries. IV. In cases which may require a knowledge of law.* To which is added an Appendix; containing a discourse on hospital duties; also notes and illustrations. Manchester: S. Russell 1803. Neudruck in: PERCIVAL'S MEDICAL ETHICS, hrsg. v. CHAUNCEY D. LEAKE, erweiterter Nachdr.d.Ausg. von 1927. Huntington, New York: Krieger 1975, S.59-205.
17. BURNS CHESTER R.: Historical introduction to 1975 reprint Thomas Percival: *Medical ethics or medical jurisprudence?* In: PERCIVAL'S MEDICAL ETHICS (Anm. 16), S. XIII-XXVIII;  
LEAKE CHAUNCEY: Introductory essay. Ibid., S.1-57; PERCIVAL, ibid., S.69 (Preface).
18. Vgl. KOELBING HULDRYCH M.: "Der Arzt als Gentleman". Bemerkungen eines Medizinhistorikers. Schweiz.Aerzteztg. 53 (1972) 459-461.
19. CODRONCHIUS 1591 (Anm. 7), *Epistola nuncupatoria.*
20. Ibid., *In laudem operis...*
21. HOERNIGK LUDOVICUS VON: *Medicaster Apella oder Juden-Arzt.* Strassburg: von der Heiden 1631.
22. Ibid., S. 377, 381.
23. Vgl. etwa FRIEDENWALD (Anm. 4), spez. Bd 2, S.5-17 (The relation of the Jews and of judaism to the medical art, erstmals in Amer.Med., September 1917); S.31-68 (Apologetic works of Jewish physicians, erstmals in: Jew.Quart.Rev., New Series, Vol. 32, Nos. 3 und 4); S. 221-240 (The Jews and the old universities); Bd.2, S.551-612 (Jewish physicians in Italy: their relation to the papal and Italian states, erstmals in: Publ.Amer.Jew.Hist.Soc. Nr. 28, 1922).
24. CASTRO RODERICUS A. (Anm. 12);  
BOHN (Anm. 15).  
FISCHER-HOMBERGER ESTHER: *Medizinische Wissenschaft in ihrem Zusammenhang mit ärztlicher Standespolitik.* Aus der Geschichte der Chirurgie, der Hebammenkunst und der Apothekerwissenschaft. Schweiz.Aerzteztg. 57 (1976) 1351-1357.
25. (MANDEVILLE BERNARD DE): *The fable of the bees: or, private vices, publick benefits. ...And a search into the nature of society.* 4.Aufl. London: Tonson 1725 (erstmals 1714, acht Jahre vorher unter dem Titel "The grumbling hive; or, knaves turn'd honest"); CLARK GEORGE: *Bernard Mandeville, M.D., and eighteenth-century ethics.* Bull. Hist.Med. 45 (1971) 430-443.
26. Vgl. FISCHER-HOMBERGER ESTHER: *Von dem Fischer und syner Fru. Zur Geschichte der ärztlichen Verantwortlichkeit.* Schweiz.Aerzteztg. 56 (1975), 2-5, 37-43.
27. GREGORY JOHN: *Vorlesungen über die Pflichten und Eigenschaften eines Arztes.* Aus dem Englischen nach der neuen und verb.Ausg. Übers., Leipzig: Fritsch 1778 (Englische Originalausgaben: *Observations on the duties and offices of a physician, and on the method of prosecuting enquiries in philosophy*, London 1770; *Lectures on the duties and qualifications of a physician*, a new ed. London 1772).
28. Ibid., S. 14.
29. CASTRO RODERICO A. (Anm. 12), S.165-167.
30. Bohn (Anm. 15), S.62-63.
31. GREGORY (Anm. 27), S.24-25.
32. CASTRO RODERICO A (Anm. 12), S.129-130, 156.
33. Bohn (Anm. 15), S.48.
34. GREGORY (Anm. 27), S.44.

35. Vgl. KÖNNEKER MARIE-LUISE: Dr. Heinrich Hoffmanns "Struwwelpeter". Untersuchungen zur Entstehungs- und Funktionsgeschichte eines bürgerlichen Bilderbuches. Stuttgart: Metzler 1977.

PAUL TILLICH hat in diesem Zusammenhang von "gnadenlosem Moralismus" gesprochen. Theoretisch ist, worauf H. Ringeling mich aufmerksam machte, ein solcher Moralismus im Lauf des 19. Jahrhunderts bereits überwunden worden. Umsomehr Breitenwirkung scheint er jedoch entfaltet zu haben und umso rigoroser scheint er in seinen Rückzugsgebieten wie Familie und Arzt-Patientenbeziehung gelegentlich geherrscht zu haben. Vgl. KÖNNEKER, S.13.

36. Vgl. ETHICS IN MEDICINE (Anm. 5), S.26-34 ("American Medical Association. First code of medical ethics"); für eine detailliertere Analyse der Verhältnisse im deutschen Sprachbereich s. BRAND ULRICH: Aerztliche Ethik im 19. Jahrhundert. Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, N.F. Bd.5., Freiburg i.Br.: Schulz Verlag 1977.

37. Vgl. BINDING KARL und HOCHÉ ALFRED: Die Freigabe der Vernichtung lebenswerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form. Leipzig: Meiner 1920, S.56-57 (A. HOCHÉ: "Aerztliche Bemerkungen") und S.1 ("Karl Binding +" von HOCHÉ, der attestiert, "dass die Fragen, mit denen unsere Abhandlung sich beschäftigt, dem Verstorbenen Gegenstand eines von lebhaftestem Verantwortungsgefühl und tiefer Menschenliebe getragenen Nachdenkens gewesen sind"); BIOLOGISMUS IM 19. JAHRHUNDERT, Vorträge eines Symposiums vom 30. bis 31. Oktober 1970 in Frankfurt am Main. Hrsg.v. GUNTER MANN. Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd.5. Stuttgart: Enke 1973.

38. MOLL ALBERT: Aerztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Tätigkeit. Stuttgart: Enke 1902. Bemerkenswerterweise kritisiert MOLL gleich auf der ersten Seite und im Vorwort die Tendenz seiner Zeit, ethische Pflichten und Standespflichten des Arzts zu identifizieren.

39. TILLE ALEXANDER: Von Darwin bis Nietzsche. Ein Buch Entwicklungsethik. Leipzig: Naumann 1895, S.182.

40. MARTIUS FRIEDRICH: Allgemeine Prophylaxe. In: Handbuch der Prophylaxe. Hrsg.v. A. NOBILING und L. JANKAU. München: Seitz & Schauer 1900, 717-730, S.721.

41. Vgl. FISCHER-HOMBERGER ESTHER: Dem Einzelnen oder der Gesamtheit verpflichtet? Zwei Arten ärztlicher Ethik. Schweiz. Aerzteztg 54 (1973) 681-685, 723-729.

42. Vgl. FISCHER-HOMBERGER 1975, von ... (Anm. 26), S.41.

43. Vgl. SIEFERT HELMUT: Der hippokratische Eid – und wir? Plädoyer für eine zeitgemässen ärztliche Ethik: ein Auftrag an den Medizinhistoriker. Frankfurt am Main 1973 (im Buchhandel bei Kohlhauer, Feuchtwangen).  
Der Schlagwortkatalog der Zürcher Zentralbibliothek verzeichnet seit 1973 alljährlich eine Zunahme der Monographien zum Thema ärztliche Ethik, bis zu 14 im Jahre 1977.

44. Vgl. LEAKE CHAUNCEY D.: Preface to second edition. In: PERCIVAL'S MEDICAL ETHICS (Anm. 16), XXIX-LI, S.XXXX; SIEFERT (Anm. 43), S. 26-29, Anm. 105. Beide beziehen sich auf FLETCHER JOSEPH: Situation Ethics. The new morality. Philadelphia: Westminster Press 1966.

45. SÖLLE DOROTHEE: Phantasie und Gehorsam. Ueberlegungen zu einer künftigen christlichen Ethik. Stuttgart-Berlin: Kreuz-Verlag 1968. Das Buch ist "Meinen Kindern... die selten gehorchen" gewidmet.

46. RINGELING HERMANN: Der Gesundheitsbegriff in ethischer Sicht. Schweiz. Aerzteztg 60 (1979) 1866-1873.

47. Vgl. MACH R. und GSSELL O.: Medizinisch-ethische Komitees und ihre Funktion. Schweiz. Aerzteztg 60 (1979) 101-102. Vgl. Auch Schweiz. Aerzteztg 60 (1979) 1345-1350 und 61 (1980) 254-255.

48. Vgl. SPICKER STUART F. und ENGELHARDT H. TRISTRAM (Hrsg.): *Philosophical medical ethics: its nature and significance. Proceedings of the third trans-disciplinary symposium on philosophy and medicine, held at Farmington, Conn., December 11-13, 1975.* Dordrecht-Boston: Reidel 1977;
49. AERZTLICHE ETHIK. Symposium, Köln, 1.19.1977. Hrsg.v. R. GROSS, H.H. HILGER u.a., Stuttgart-New York: Schattauer 1978.
49. Mit Vorbehalt: die moderne Medizinkritik wurde und wird über weite Strecken von gesunden jungen Leuten getragen, die mit Krankheit und Medizin vorwiegend studienhalber und als Versicherungszahler in Berührung kommen. Oekonomische Fragwürdigkeiten beurteilt diese Gruppe wohl sachlicher als Patienten; in anderen Fragen, welche die ärztliche Ethik mit-berühren, fügt eine Wortmeldung der Betroffenen not. Insgesamt wünschte man sich eine Intensivierung der Kommunikation zwischen Gesunden und Medizin-Abhängigen sowohl auf sozialer als auch auf (inter- und intra-) persönlicher Ebene. Ein Teil der Orientierungsschwierigkeiten der Ärzte in der heutigen Situation ist von dem Umstand abzuleiten, dass die Patienten im Zustand der Abhängigkeit von Arzt und Medizin sich wenig medizinkritisch verhalten.

Adresse des Autors: Prof. Dr. Esther Fischer-Homberger, Medizinhistorische Bibliothek, Bühlstrasse 26, CH-3012 Bern (Schweiz)