

## GESCHICHTE, THEORIE UND ETHIK DER MEDIZIN: EINE STANDORTBESTIMMUNG

*Heiner Fangerau, Igor J. Polianski*

Seit dem ersten großen auf den Seiten der Frankfurter Allgemeinen Zeitung öffentlich ausgetragenen „Medizinhistorikerstreit“ vor knapp fünfundzwanzig Jahren (Frevert 1987; Frevert 1987a; Mann 1987) – nur kurz nachdem der Konsolidierungsprozess der institutionalisierten Medizingeschichte in Deutschland einen Höhepunkt erreicht hatte (Roelcke 1994: 197; Brocke 2001: 191) – hat es für die an deutschen medizinischen Fakultäten tätigen Medizinhistoriker immer wieder Anlass gegeben, die damals angeregten Grundsatzfragen nach dem Sinn, dem Zweck und der Perspektive ihres Faches neu aufzunehmen. Nicht von ungefähr fiel diese Debatte in eine Zeit, in der die Medizinethik auch in der Bundesrepublik einen Professionalisierungsschub erfuhr, der neben der Gründung der Akademie für Ethik in der Medizin 1986 auch die Frage mit sich brachte, ob der Aufgabenbereich der Medizinethik sich nicht mit der Identitätsfindung der Medizingeschichte überschneide. Die ursprünglich primär theoretische Disziplin der Ethik hatte in der Medizin damals auch schon international eine praktische Aufgabe übernommen und an Relevanz gewonnen. Stephen Toulmin kommentierte diese Volte der Ethik pointiert in seinem Beitrag: „How Medicine Saved the Life of Ethics“ (Toulmin 1982). Die in der Folge unter Medizinhistorikern immer wieder diskutierte Frage lautete, ob das Überlebensrezept, sich durch einen engen Bezug auf aktuelle ärztliche Praxis zu legitimieren, auch für die Medizingeschichte Gültigkeit beanspruchen könne?

Die curriculare Etablierung der Medizinethik im Studium der Medizin zusammen mit der Medizingeschichte und der Medizintheorie in einem Querschnittsfach durch die Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung von 2002 hat diese Diskussion erneut aufflammen lassen. Darüber hinaus entwickelte sich zum Beispiel im Fachverband Medizingeschichte ein fachinterner Diskurs über das Verhältnis dieser drei Fachrichtungen innerhalb der geistes- und kulturwissenschaftlich ausgerichteten Institute für Geschichte und/oder Ethik der Medizin.

Blickt man nun aus dem Jahr 2012 auf diese unablässige Reflexionsarbeit zurück, so darf man vielleicht feststellen, dass sich mittlerweile – teilweise als Ergebnis der Diskussionen und teilweise aufgrund externer Kontingenzen – mit dem „Dreigestirn“ von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) im Querschnittsfach 2 der ÄAppO ein Fachzuschnitt und eine Fachkultur formiert hat, wie es sie zu Beginn der Debatte so noch nicht gegeben hatte.<sup>1</sup>

1 Eine Besonderheit des Querschnittsfachs Q2 liegt darin, dass hier jeweils eine Institution (nämlich die Institute für Geschichte und/oder Ethik der Medizin) den Anspruch auf die Vertretung des ganzen Querschnittsfachs erhob und „Querschnitt“ im Sinne einer Synergie der drei Fächer

Der geplante Band möchte vor diesem Hintergrund an die bisherigen Selbstthematisierungen anschließen und zur aktuellen Standortbestimmung von „GTE“ und zur Erhellung der Perspektiven dieses Querschnittsfaches beitragen. Die hier zusammengestellten Aufsätze fassen die Ergebnisse einer Tagung zusammen, die bewusst offen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ein Forum geben sollte, Forschungsergebnisse und –perspektiven aus den Teilgebieten der Geschichte, der Theorie und der Ethik der Medizin zu präsentieren, die über einen sich allmählich entwickelnden „Kanon“ der Themen von „GTE“ hinaus gehen (vgl. Schulz, Steigleder, Fangerau, Paul 2006; Riha 2008; Bruchhausen & Schott 2008; Steger 2011). Anlass war die Neugründung des Institutes für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm. Dabei sollte in der Diskussion der Versuch unternommen werden, aktuelle Forschungsergebnisse immer auch im Hinblick auf ihre Wirkmächtigkeit und integrativen Elemente für das Querschnittsfach GTE hin zu prüfen. Diese Diskussion soll mit dem vorliegenden Band nicht nur dokumentiert, sondern fortgesetzt werden. Hilfreich erscheint es, zu diesem Zweck die wichtigsten Problemdiagnosen und Programmatiken, die den Konsolidierungsprozess von „GTE“ begleitet, inspiriert oder mitgetragen haben, kurz zu rekapitulieren. Insbesondere vier Spannungslinien treten in diesem Prozess deutlich hervor:

Erstens ist hier die theoretisch-methodische Urkontroverse zwischen einer ereignis- und personenzentrierten Medizingeschichte sowie einer theoriegeleiteten Historiographie der Medizin zu nennen, die sich anschickte den „hermetischen Raum einer engen Disziplingeschichte“ (Frevert 1987) zu sprengen. Zweitens handelt es sich auf struktureller Ebene um die problembehaftete Grenzziehung zwischen allgemeiner *Geschichte der Medizin*, deren Daseinsrecht unbestritten ist, und einer stets in Frage gestellten *Geschichte in der Medizin* (Labisch 2002; Vögele, Fangerau, Noack 2006). Das dritte Dual, an dem sich die Fachdebatten aus der jüngsten Zeit immer häufiger orientierten, bezieht sich auf das bekannte Phänomen des „erinnerungskulturellen Booms“, bei dem sich gerade im Zusammenhang mit (medizinischen) Jubiläen immer schärfer ein Konflikt zwischen medizinhistorischer Expertise und einem zur Mythenbildung und Vergangenheitsverklärung neigenden kommunikativen Gedächtnis (Heritage, „Disney history“) abzeichnet. Viertens kam in den eingangs erwähnten Grundsatzdebatten dem Komplementär- und Konkurrenzverhältnis zwischen Geschichte und Ethik der Medizin eine besondere Aufmerksamkeit zu, wobei diese Debatte die Rolle der Theorie der Medizin bisher eher am Rande behandelte.

Entlang dieser vier Achsen haben sich – zumindest aus unserer Perspektive – in den letzten zwei Jahrzehnten wesentliche Verschiebungen vollzogen. Noch zu Beginn der 1990er Jahre glaubte man mit der Programmatik eines seit Mitte der 1970er für die Medizingeschichte profilierten struktur- und prozessorientierten Theorieansatzes und seinen gesellschaftskritischen Leitkategorien der Professionalisierung und der Medikalisierung über eine schlagkräftige Alternative zu einem klassischen Historismus zu verfügen. Daher war der Diskurs jener Zeit durch Bemühungen

Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin verstanden wissen wollte, während die anderen Querschnittsfächer eher multidisziplinär durch mehrere selbständige Institute gemeinsam gestaltet werden.

gekennzeichnet, die Sozialgeschichte der Medizin als „Gesamtgeschichte der medialen Kultur“ (Jütte 1992) auf dem schmalen Grat zwischen Quantifizierungsphobien und Aversionen gegen großspuriges „Theoriegetöse“ zu etablieren (Jütte 1992; Roelcke 1994; Labisch 1996).

Kaum ein Jahrzehnt danach übernahm aber die „Neue Kulturgeschichte“ auch im Bereich der Medizingeschichte die Führung, um zusammen mit der Historiographie „alten“ Formats die zaghaft aufblühende Sozialgeschichte nicht gerade zu überrollen, aber doch in ihrer Bedeutung zu überholen. Ihre „treffende Kritik in Bezug auf die Reichweite sozialwissenschaftlicher Modelle“ (Paul 1999) konnte viele Fachvertreter überzeugen.<sup>2</sup> Wieder wenige Jahre später gingen von der internationalen Ebene schon Impulse für die nächste Richtungswende aus. Zum einen wurde eine produktive Re-lecture von pauschal als „traditionell“ stigmatisierten Arbeiten angeregt, um wieder quellenbasiert auf empirisches Material und strukturelle Fakten zurückgreifen zu können (Huisman & Warner 2006: 3ff). Zum anderen hat man unterstellt, dass das geschärfte Bewusstsein für den Konstruktionscharakter von kausalen und linearen Geschichtsmodellen mit einer abnehmenden Sensibilität für die machtpolitischen Dimensionen des Gesundheitswesens erkauft wurde. Akteurszentrierte Gesellschaftskritik war angeblich eingetauscht worden gegen eine gesellschaftlich belanglose und gezähmte Analyse von anonymen Diskursmächten. Die These lautete, dass sich eine Rückbesinnung auf das „Soziale“ anbahnen würde, nachdem eine zur Absorption und Auflösung der medizinischen Sozialgeschichte führende „Flucht“ in die selbstreferentiellen „cultural studies“ die Medizingeschichte ihres gesellschaftskritischen Potentials beraubt hätte: „the ‚civil war‘ between discursivity and historicity, or more broadly between ‚the cultural‘ and ‚the social‘, has entered a more accommodating phase, less privileging of the cultural.“ (Cooter 2006: 325).

Diese Syntheseleistung spiegelt sich auch auf weiteren Konfliktachsen wieder: Weder hat sich die fachpolitische Befürchtung bewahrheitet, dass die pragmatisch fachimmanent orientierte *Geschichte in der Medizin* ihre innovativsten Themen an ihre „große Schwester“, die allgemeine *Geschichte der Medizin* verlieren würde (Labisch 2002: 361ff) noch hat die Geschichtsschreibung der Medizin unter dem Druck einer spätmodern boomenden Erinnerungs- und Festschriftenkultur des Faches ihre kritische Funktion eingebüßt. Sie ist nicht wie befürchtet zu einem märchenhaften Beiwerk der Medizin verkommen (Bröer 1999: 5). Dies hat sich zum Beispiel zuletzt an der Auseinandersetzung um den Nachruf für H.J. Sewering deutlich gezeigt (Wolff 2010).

Obwohl wie von Alfons Labisch beschrieben „der Wunsch nach unmittelbarer Entscheidungsentlastung in der täglichen Praxis zur klinischen Ethik statt zur historisch reflektierten Eigenverantwortung [drängt]“ (Labisch 2002: 361), hat das gesellschaftliche Bedürfnis nach einer historisch distanzierteren Analyse sein Eigengewicht behalten. Zwar ist die Frage, „wie medizinische Ethik in die ärztliche Ausbildung eingefügt werden kann“, noch nicht wirklich „eine genuine Aufgabe der Me-

2 Vgl. stellvertretend hierzu Beiträge in dem von Thomas Schnalke und Claudia Wiesemann herausgegebenen Band *Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive* (Schnalke & Wiesemann 1998).

dizingeschichte“ (Labisch 1996: 17) geworden. Auch ließen sich Beispiele für einen seit den 1990er Jahren institutionell verfestigten „Dualismus“ von Ethik und Geschichte geben. Aber statt einer Gewichtsverlagerung von der Geschichte auf die Ethik der Medizin und statt einer Instrumentalisierung der Geschichte durch die Ethik zeichnet sich doch zunehmend eine produktive Interpenetranz beider Bereiche ab. (Wiesing 1995: 136ff; Wiesemann 1997: 85; Schulz 1997: 31; Frewer & Neumann 2001: 11).

Das Gemeinsame Grundsatzpapier des Fachverbandes Medizingeschichte und der Akademie für Ethik in der Medizin von 2009, das diese Entwicklung markiert, zeigt, dass ausgerechnet die Medizintheorie zu jenem Feld wird, auf dem sich dieser Austausch vorwiegend vollzieht. Dies wiederum könnte bedeuten, dass der innerhalb der Medizinethik seit einiger Zeit tobende Streit zwischen eher an den Methoden der empirischen Sozialforschung orientierten Vertretern und den sich an die Traditionen der analytischen und angewandten Philosophie anlehrenden Wissenschaftlern sich im Querschnittsbereich „GTE“ fruchtbar und in kooperativer Weise als verschiedene Seiten der Theorie auflösen könnte. Wenn die Beobachtung stimmt, dass innerhalb der medizinischen Ethik die Philosophie als Mutterdisziplin „starke Rückzugstendenzen“ aufweist oder durch andere Ansätze medizinethischer Reflexion verdrängt wird (Steigleder 2006: 314), dann ist dies für die philosophische Ethik und die Qualität ethischer Analysen ein alarmierendes Signal. Wenn aber dieser Rückzug aufgehalten werden kann und die Philosophie im Bereich der Medizinethik systematisch mit Reflexionsebenen der Sozial-, Wissenschafts- und Kulturtheorie sowie der Geschichte vernetzt wird, können alle Bereiche gewinnen.

Im Vergleich zum angelsächsischen Sprachraum hat dieser Prozess in Deutschland erst begonnen. Es ist aber zu erwarten, dass mit dem Brückenschlag zwischen Historizität und Diskursivität sich der Blick für das Ineinandergreifen der kognitiven und normativen Dimension ärztlicher Praxis in diachroner Perspektive schärfen und sich die neuerdings geäußerte Forderung nach einer „soziologisch aufgeklärten Medizinethik“ (Graumann & Lindemann 2009) um eine sozialhistorische Aufklärung erweitern wird. Das Querschnittsfach „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ scheint vor diesem Hintergrund im Begriff zu sein, sich aus einem *terminus technicus* für ein schwer zu verortendes Lehrfach in eine wichtige Instanz zu verwandeln, die gerade für das Gesundheitssystem lange vermisst wurde (Luhmann 1983: 173): Es wird allmählich zu einer Reflexionstheorie der Medizin.

Natürlich ist der Weg dahin noch weit und es macht deshalb Sinn, wieder eine Bestandaufnahme zu machen. Vor einer solchen darf allerdings nicht verschwiegen werden, dass die Integration von eigentlich drei Disziplinen in ein so genanntes Querschnittsfach nicht unproblematisch ist. Zum einen besteht die Frage, ob und wie man jeder einzelnen Subdisziplin in ihrer methodischen und theoretischen Eigenheit noch gerecht werden kann. Dies gilt sowohl für Lehrinhalte als auch für Forschungsvorhaben. Zum anderen besteht die Gefahr der Nivellierung des gesamten Themenfeldes durch einen engen durch Ressourcenknappheit gekennzeichneten institutionellen Rahmen, der es nicht erlaubt, jede der drei Subdisziplinen mit gleicher Intensität zu bearbeiten. Statt jeweils einer Professur für Geschichte der Medizin, Medizinethik und Theorie der Medizin haben sich viele Fakultäten dazu

entschlossen, das breite Spektrum von GTE durch eine Professur vertreten zu lassen. Inhaltlich besteht darum die Tendenz, zumindest auf dem Gebiet der Forschung Schwerpunkte zu setzen, die nicht in jedem Fall die erwünschte Integration von Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin widerspiegeln, sondern dezidiert einer der Subdisziplinen zugeordnet werden können.

Dieser Symposiumsband möchte die Einrichtung des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin sowie eines Zentrums Medizin und Gesellschaft an der Universität Ulm als Gelegenheit nutzen, um die oben umrissene Reflexionsarbeit weiter zu vertiefen, hat doch die Ulmer Medizinische Fakultät mit der Gründung gerade auf die eben umrissenen Zeichen der Zeit reagiert. Anders als beim hundertjährigen Geburtstag Walter Pagels oder beim hundertsten Jubiläum der DGGMNT und mehr zum „Frontier Spirit“ einer Neugründung passend, wurde hier für diesen Band allerdings ein maximal breit angelegter, explorativer Fokus gewählt. Ziel ist weniger ein bilanzierender Rückblick, sondern vielmehr eine „Auskundenschaftung“ und Erschließung eines bisher nur notdürftig definierten Terrains.

Im ersten Abschnitt, in dem zu diesem Zweck Synergien und Wahlverwandtschaften der Herkunftsfächer von „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ in den Blick genommen werden sollen, untersucht Claudia Wiesemann die Beziehung der Medizinethik zur Medizingeschichte und Medizintheorie. Igor Polianski und Heiner Fangerau betrachten den Legitimationsdruck und Theoretisierungszwang in der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und betten ihre Analyse in die Darstellung eines hieraus gefolgerten Lehrkonzeptes ein.

Der zweite Abschnitt wiederum schildert fünf zentrale Achsenthemen des Querschnittsfaches. Volker Roelcke fokussiert ausgehend von der Frage nach den aktuellen Implikationen historischer Kenntnisse die Medizin im Nationalsozialismus und ergründet an diesem Beispiel die radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften. Walter Bruchhausen wendet sich einer Globalisierungsgeschichte der Medizin am Beispiel der deutschen Entwicklungshilfe zu und beschreibt den Export und Import von Medizinerinnen und Gesundheitspolitik als deutsch-deutschen Systemstreit. Irmgard Müller fragt nach der Macht und Evidenz der Bilder für die naturwissenschaftlich orientierte Medizin, indem sie Johannes Zahns „Oculus artificialis“ einer Evidenzstrategien fokussierenden Analyse unterzieht. Heinz Schott untersucht in seinem Beitrag die Bedeutung des historischen Studiums der „natürlichen Magie“ für die Medizingeschichte und Gisela Badura-Lotter stellt Überlegungen zu Metaphorik und Ethik der Medizin am Beispiel von sexuell übertragbaren Erkrankungen an.

Damit öffnen sich die Achsenthemen dem dritten Abschnitt, der nun die Medizin zwischen Wohlfahrt und Biomacht in den Blick nimmt. Nachdem Eva Brinkshulte die „Gehörlosenproblematik“ seit dem 18. Jahrhundert als Beispiel für den medizinischen Umgang mit Behinderung dargestellt hat, prüft Sebastian Kessler in seinem Beitrag die diskursive Konstruktion von sozialer Ungleichheit und Krankheit in Deutschland, bevor Debora Frommeld den Body-Mass-Index als biopolitisches Instrument charakterisiert. In seinem Beitrag zu Säuglingsfürsorge und Säuglingsernährung im 20. Jahrhundert schildert Jörg Vögele das Verhältnis von Staat und Medizin im Kontext der Fokussierung auf die Kindheit, ein Verhältnis, das

Maria Griemert in ihrer Lokalstudie zum Ulmer Funden- und Waisenhaus auf die Stadt und die Frühe Neuzeit überträgt. Heinz-Peter Schmiedebach zuletzt wendet sich den kulturgeschichtlichen Implikationen von Seuchen zu, indem er ihre Spuren in Gesellschaft, Kultur und Politik ins Zentrum der Betrachtung rückt.

Durch diese Sammlung von Beiträgen einschlägiger Vertreter des Faches sowie von Nachwuchswissenschaftlern soll aufgezeigt werden, was und wie in der Medizingeschichte aktuell gesucht, geforscht und gefragt wird. Auch wenn in diesem Band fachprogrammatische oder methodisch-theoretische Selbstverortungen explizit nicht im Vordergrund stehen, gibt er so die Gelegenheit diese an konkreten Einzelfragen zu erproben.

Wir danken allen Beitragenden und wünschen den Leserinnen und Lesern eine angenehme und gewinnbringende Lektüre.

*Prof. Dr. Heiner Fangerau  
Dr. Igor J. Polianski  
Ulm, den 26. September 2012*

## LITERATURVERZEICHNIS

- Brocke, Bernhard vom (2001) ‚Medizinhistoriographie im Kontext der Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte‘, in Andreas Frewer und Volker Roelcke (Hrsg.): Die Institutionalisierung der Medizinhistoriographie. Entwicklungslinien vom 19. Ins 20. Jahrhundert. Stuttgart: 187–212.
- Bröer, Ralf (1999) Einleitung, in Ralf Bröer (Hg.) Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. Pfaffenweiler: 5
- Bruchhausen, Walter; Schott, Heinz (2008) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen.
- Cooter, Roger (2006) ‚„Framing“ the End of the Social History of Medicine‘, in Frank Huisman, John Harley Warner (Ed.): Locating Medical History. The Stories and Their Meanings. Baltimore, London: 309–337.
- Frevert, Ute (1987) ‚Geteilte Geschichte der Gesundheit. Zum Stand der historischen Erforschung der Medizin in Deutschland, England und Frankreich‘, in FAZ vom 28.01.1987.
- Frevert, Ute (1987) ‚Medizingeschichte endlos. Zu Gunter Manns Kritik an der Sozialgeschichte der Medizin‘, in FAZ vom 08.04.1987.
- Frewer, Andreas & Neumann, Josef F. (2001) ‚Medizingeschichte und Moral: Medizinethik 1900–1950 in historischer Analyse‘, in Andreas Frewer, Josef N. Neumann (Hg.): Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950. Frankfurt am Main, New York: 11–19.
- Graumann, Sigrid & Lindemann, Gesa (2009) ‚Medizin als gesellschaftliche Praxis, sozialwissenschaftliche Empirie und ethische Reflexion: ein Vorschlag für eine soziologisch aufgeklärte Medizinethik‘, Ethik in der Medizin 21: 235–245.
- Huisman, Frank & Warner, John Harley (2006) ‚Medical Histories‘, in: Frank Huisman, John Harley Warner (Ed.): Locating Medical History. The Stories and Their Meanings. Baltimore, London: 1–30.
- Jütte, Robert (1992) ‚Sozialgeschichte der Medizin: Inhalte – Methoden – Ziele‘, Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9: 149–164.
- Labisch, Alfons (1996) ‚Geschichte, Sozialgeschichte und Soziologie der Medizin: Ein imaginäres Streitgespräch mit Christian Probst‘, Sudhoffs Archiv, Bd. 80, Heft 1: 1–27.

- Labisch, Alfons (2002) ‚Stand und Perspektiven der Medizingeschichte in Deutschland. Für Ulrich Hadding‘, *Medizinhistorisches Journal* 37: 351–380.
- Luhmann, Niklas (1983) ‚Medizin und Gesellschaftstheorie‘, *Medizin, Mensch und Gesellschaft* 8: 168–175.
- Mann, Gunter (1987) ‚Beschränktheit im Wissen. Eine Antwort auf Ute Freverts Thesen zur Medizingeschichte‘, *FAZ* vom 11.03.1987.
- Riha, Ortrun (2008) *Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Querschnittsbereich 2*. Bern
- Roelcke, Volker (1994) ‚Die Entwicklung der Medizingeschichte seit 1945‘, *NTM NS* 2: 193–216.
- Schnalke, Thomas & Wiesemann Claudia (Hg.) (1998) *Medizingeschichte aus postmoderner Perspektive*. Köln, Weimar, Wien.
- Schulz, Stefan (1997) ‚Der Umgang mit Geschichte in aktuellen Lehrbüchern der Ethik in der Medizin‘, in Richard Toelner, Urban Wiesing: *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: 17–34.
- Schulz, Stefan; Steigleder, Klaus; Fangerau, Heiner & Paul, Norbert (Hg.) (2006) *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.
- Steger, Florian (2011) *GTE Medizin*. Göttingen.
- Steigleder, Klaus (2006) ‚Medizinethik und Philosophie‘, *Ethik in der Medizin* 4: 310–314.
- Toulmin, Stephen (1982) ‚How Medicine saved the Life of Ethics‘, *Perspect Biol Med.* 25(4): 736–50.
- Wiesemann, Claudia (1997) ‚Das Recht auf Selbstbestimmung und das Arzt-Patienten-Verhältnis aus sozialgeschichtlicher Perspektive‘, in Richard Toelner, Urban Wiesing: *Geschichte und Ethik in der Medizin. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Dokumentation der Jahresversammlung des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: 67–90.
- Wiesing, Urban (1995) ‚Zum Verhältnis von Geschichte und Ethik in der Medizin‘, *Internationale Zeitschrift für Geschichte und Ethik der Naturwissenschaften, Technik und Medizin* 3: 129–144.
- Wolff, Eberhard (2010) ‚Ein Nachruf wird zum Krimi. Proteste gegen einen Nachruf auf den umstrittenen deutschen Ärztefunktionär Hans Joachim Sewering‘, *Schweizerische Ärztezeitung* 91: 1402–1403.