

ÄRZTETAG 2010



**Ärztliches
Selbstverständnis
zwischen
Dienstleistung
und Nächstenliebe**

- Anspruch und Wirklichkeit

Dokumentation


Erzbistum
Paderborn

Inhaltsverzeichnis

Erzbischof Hans-Josef Becker

Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und
Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit 4

Prof. Dr. Giovanni Maio

Der gute Arzt im Zeitalter der Ökonomie
– Plädoyer für eine neue Kultur der Sorge in der Medizin 7

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff

Medizin zwischen Wunscherfüllung und Heilungsauftrag
– Zur Debatte um die Ziele des ärztlichen Handelns 21

Biographische Hinweise zu den Referenten 34

Dokumentationen der Ärztetage 35

Hrsg.: Erzbischöfliches Generalvikariat
Hauptabteilung Pastorale Dienste
Redaktion: Dr. Werner Sosna
Domplatz 3
33098 Paderborn

Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe

- Anspruch und Wirklichkeit

Eröffnungsworte

von Erzbischof Hans-Josef Becker

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitbrüder!

Ihnen allen ein herzliches Willkommen zu unserem diesjährigen Ärztetag hier in Paderborn! Ihr großes Interesse an diesem interdisziplinären Forum signalisiert von Jahr zu Jahr neu, dass Sie als Ärztinnen und Ärzte diesen Dialog der Medizin mit der vom christlichen Menschenbild her motivierten Ethik im kirchlichen Rahmen in besonderer Weise wertschätzen. Und es entspricht zugleich der sozialen und ethischen Verantwortung der Kirche, sich den Fragen und Herausforderungen der konkreten gesellschaftlichen Situation zu stellen. Einer solchen Situation, die alles andere als statisch zu verstehen ist und deshalb wohl eher mit den Begriffen der Veränderung, des Umbruchs und mancherorts auch der Loslösung zu beschreiben ist, begegnen wir in den unterschiedlichsten Lebensdimensionen. Dazu gehören auch unsere beruflichen Kontexte, die – jedoch nicht plötzlich und wie aus heiterem Himmel kommend – mit zunehmend gravierenden Veränderungen zu tun haben. In Ihrer Berufsgruppe nehmen wir schon seit längerem Entwicklungen wahr, die tatsächlich den Kernbereich des ärztlichen Ethos betreffen: das Selbstverständnis des ärztlichen Handelns!

In den vergangenen Jahren hatten wir das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie die Frage nach einer dem ärztlichen Dienst gemäßen Spiritualität thematisiert. Im letzten Jahr konnten wir dann die Verantwortung des Arztes unter dem Stichwort des aufrichtigen Umgangs mit medizinischen Behandlungsfehlern in den Blick nehmen. Heute gehen wir nochmals einen Schritt weiter, indem wir uns mit der Frage nach der inneren Dimension des ärztlichen Handelns auseinandersetzen. Darauf gibt es, wie Sie alle

wissen, recht unterschiedliche Antworten und dem entsprechend viele Vorschläge und Impulse. In meiner Einladung zum heutigen Tag hatte ich deshalb formuliert, „dass der Wunsch zu heilen und zu helfen für Sie als Ärztinnen und Ärzte als Grunddimension des ärztlichen Dienstes anzusprechen ist“ und damit eine entsprechende Berufsentscheidung vorbereitet hat. Natürlich gibt es daneben auch eine Vielzahl weiterer Faktoren, die Sie im Lauf Ihres Studiums, Ihrer Prüfungen, Ihrer weiteren fachärztlichen Ausbildung und schließlich in der ärztlichen Praxis auf dem eingeschlagenen Weg bestätigen. Und selbstverständlich spielt in diesem Zusammenhang auch die Faszination von den heutigen medizinischen und technischen Möglichkeiten eine nicht unwichtige Rolle – und übrigens auch das nach wie vor weithin ungeschmälerte Ansehen Ihres Berufsstandes in der Gesellschaft sowie das Vertrauen, dass Ihnen Patienten im Gespräch und im Blick auf die damit verbundenen ärztlichen Maßnahmen entgegenbringen. Dennoch würden wir an dieser Stelle zu kurz greifen, wenn wir nur eine solch idealtypische Beschreibung des Ärzteberufs gelten ließen. Sie selbst wissen nur zu gut, dass jeden von uns auch andere Erfahrungen prägen, die das Leben mit sich bringt. Ich denke hierbei an Konfliktsituationen in beruflichen Fragen, Stress-Situationen und manchmal auch eine zwangsläufige Überforderung angesichts extremer Belastungen, immer wieder neue Herausforderungen durch administrative Vorgaben, die auf Erfüllung drängen, die vielfältigen ökonomischen Probleme im Gesundheitswesen, die sich im Krankenhaus wie in der selbständig geführten Arztpraxis unweigerlich bemerkbar machen, und nicht zuletzt auch die Auseinandersetzung mit einer immer größer werdenden Informationsmenge und dem Einsatz neuer Technologien in der Patientenverwaltung.

Die Beschäftigung mit all diesen Faktoren bleibt nicht ohne Auswirkungen auf das Selbstverständnis, mit dem Sie Ärztin und Arzt geworden sind. Schlagworte wie ‚Ökonomisierung der Medizin‘, ‚der Patient als Kunde‘, ‚Wettbewerb‘ und ‚Konkurrenzfähigkeit‘ oder die Vorstellung der ‚Medizin als eine technokratische Handhabung bestimmter Sachleistungen‘ lassen uns doch aufhorchen! Über eines müssen wir uns hierbei im Klaren sein: Was immer in der Blickrichtung auf den Patienten gedacht, gesagt und getan wird, bleibt in der Regel nicht ohne Rückwirkung auf denjenigen, der dies denkt, sagt und tut. Was bleibt, wenn es für die Ärztin oder den Arzt

selber nur noch um's bloße Funktionieren geht, um den reibungslosen Betrieb, die Zahlen in der Statistik – und wenn er sich dabei als Mensch bzw. Person selber verliert. Vielleicht kann man sich gegen die extremen Folgen der beschriebenen Entwicklung in irgendeiner Weise immunisieren, indem man die von außen gesetzten Zielvorgaben zu seinen eigenen zu machen versucht. Aber: Ohne es zu wollen, wird dadurch das Ideal des ärztlichen Handelns, das aus der Sorge um und aus der Solidarität mit dem leidenden Menschen entspringt, in Mitleidenschaft gezogen, nivelliert und vielleicht aufgegeben! Deshalb plädiere ich für eine neue Achtsamkeit für das, was in unserer Mitte als Gestalt gebende Idee lebendig gehalten werden muss, um ein solches berufliches Ethos des Arztes zu bilden und zu prägen: die Nächstenliebe. Ohne ein solches Fundament in der Person des Arztes würde die Medizin letztlich ihre authentische Grundhaltung verlieren, ja würde sie ihre Seele verkaufen!

Mit einer solch grundsätzlichen Überlegung stehen wir im Zentrum des ärztlichen Ethos und der Gewichtung der hier wirksamen Faktoren. Ich freue mich daher sehr, dass die Planungsgruppe des Ärztetages dieses wichtige Themenfeld in diesem Jahr aufgegriffen hat und wir heute zwei herausragende Referenten zu dieser Thematik unter uns begrüßen dürfen: Herrn Prof. Dr. Giovanni Maio als Mediziner und Herrn Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff als Theologen! Es ist übrigens ein Novum, dass wir zu dieser Tagung zwei Referenten von derselben Universität einladen konnten, nämlich von der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Ihnen beiden gilt ein herzliches Willkommen hier in Paderborn!

Der gute Arzt im Zeitalter der Ökonomie – Plädoyer für eine neue Kultur der Sorge in der Medizin

von Giovanni Maio

Wir leben in einer Zeit, in der alle Bereiche des öffentlichen Lebens nach den Kategorien des Marktes organisiert und durchdrungen werden. Universitäten werden zu Bildungsanbietern, Schulen zu Ausbildungsindustrien und Krankenhäuser zu Gesundheitszentren, die Dienstleistungen nach Wunsch und gegen Geld anbieten. Die heutige Denkströmung setzt ganz auf die Kategorien des Marktes und stülpt die Konzepte, die eigentlich nur für die Industrie gedacht waren, zunehmend auch über die Bereiche, die sich bislang als genuin soziale Bereiche verstanden hatten. Wie viel von dem eigentlichen sozialen Gedanken kann aber bewahrt werden, wenn im Zeitalter des homo oeconomicus alle Organisationsstrukturen nur noch nach den Regeln des Marktes aufgebaut werden? Wie viel Soziales ist noch wiederzufinden in den Einheiten, die das Soziale gar nicht mehr in ihrem Namen führen und statt des engagierten Dienstes am Menschen zunehmend einen perfekt organisierten Kundendienst anbieten? Die Ökonomisierung der Medizin bedeutet einen Wandel vom Dienst am Menschen zum Kundendienst. Sie bedeutet einen Wandel von der Identität der Hilfe für in Not Geratene zum unverbindlichen Angebot von frei wählbaren Dienstleistungen. Aufgabe der Ethik muss es sein, die tiefer liegenden Denkmuster zu analysieren, die mit dem Marktgedanken meist unmerklich eingeschleust werden. Es ist von zentraler ethischer Bedeutung, darüber nachzudenken, wie sich die Medizin durch die ökonomische Infiltrierung nicht nur von außen, sondern vor allem von innen her verändert. Es geht um die Frage, was denn noch von Medizin übrig bleibt, wenn die Medizin sich als Gesundheitsinvestor versteht und nicht mehr als helfender Dienst am Menschen. In einem ersten Teil werden die marktökonomisch bedingten inneren Veränderungen der modernen

Medizin beschrieben, um in einem zweiten Teil Vorschläge für einen Bewusstseinswandel zu unterbreiten.

1. Die inneren Veränderungen der Medizin durch das Paradigma der Ökonomie

1.1. Prozesse sind wichtiger als Inhalte

Unter dem Diktat des Marktes werden die Abläufe in den Kliniken zunehmend so verstanden, wie sie in der Industrie verstanden werden, nämlich als Produktionsprozesse, die in ihren Abläufen nach Effizienzgesichtspunkten optimiert werden können. Die Leitgedanken, nach denen solche Prozesse optimiert werden können, setzen voraus, dass das, was da im Zuge eines nach betriebswirtschaftlichen Kriterien bewerteten Prozesses hergestellt wird, nichts anderes ist als ein Produkt, das auf seine Qualitätskriterien abgeklopft werden muss und das in diesen äußerlich bestimmbar Qualitätskriterien aufgeht. Nach dieser ökonomisch vermittelten Vorstellung ist das, was in der Medizin geleistet wird, das Herstellen, es ist ein Herstellungsprozess, eine *poiesis*, wie Aristoteles es definiert und eben nicht das was Aristoteles als Praxis beschrieben hat. Wenn nach diesem marktwirtschaftlichen Denken die Medizin nicht mehr Praxis, sondern nur noch *poiesis*, also eine herstellende Tätigkeit ist, dann bleibt dies nicht ohne Folgen für die Bewertung dessen, was da hergestellt wird. Denn – und so lernen wir es im Zeitalter des Qualitätsmanagementsystems – das Herzustellende ist nicht etwas Einzigartiges, was nur von einem persönlichen Arzt hergestellt werden kann, sondern es muss etwas Austauschbares sein, etwas was vom einzelnen Arzt unabhängig sein muss, etwas beliebig Wiederholbares, etwas Kontrollierbares, etwas Garantierbares, weil man eben nur die Produkte kauft, bei denen ein Garantiestempel mitgeliefert wird. Und so wird im Zuge der Industrialisierung der Medizin auch die Handlung eines Arztes zu einem beliebig austauschbaren, nur noch objektiv beurteilbaren und abprüfaren technischen Werkzeug, hinter dem nicht der einzelne persönliche Arzt steht, sondern ein Prozessmanagement, das sich nach festgelegten Regeln orientiert. Das Resultat ist, wie in der Industrie, die Modularisierung und Standardisierung.

Wir werden sofort erkennen, dass die ökonomisch motivierten Standardisierungstendenzen, die zunehmend Eingang in die Kliniken finden, sich nur schlecht vertragen werden mit der Vorstellung, die Studierende noch haben, wenn sie sich für das Arztwerden entscheiden, nämlich dass das Krankwerden immer ein Geschehen, ja ein Geschick ist, das irreversible Spuren in das Bewusstsein des Menschen hinterlässt und nicht einer standardisierten Behandlung unterzogen werden kann. Genauso werden wir sofort erkennen, dass das handelnde Subjekt nicht austauschbar ist und dass das Handeln am Menschen nicht wiederholbar sein wird und dass das Gelingen dieses Handelns nicht garantiert werden kann wie in einem Produktionsprozess. Die Situationen, in die der Patient gerät, sind immer einzigartige Situationen, die sich einer Standardisierung weitgehend entziehen. Sie sind Bestandteile eines Lebensvollzugs, so dass die jeweils einzigartige Behandlung des kranken Menschen gerade nicht in marktgängigen Termini ausgedrückt werden kann (Woopon 2009). Zwar lassen sich bestimmte ärztliche Tätigkeiten überprüfen, vergleichen, manchmal gar messen, aber es wird vergessen, dass das Behandeln von Menschen und die Heilung dieser Menschen sich immer innerhalb einer Begegnung vollzieht und nicht nur als Produkt einer Anwendung von Techniken betrachtet werden kann. Je mehr die Medizin den Kategorien der Betriebswirtschaft folgt, desto mehr wird sie ihr Augenmerk vor allem auf die Anwendung der nachprüfbaren Techniken richten und vergessen, dass es zur Heilung mehr bedarf.

1.2. Abschaffung der persönlichen Zuwendung

Die Ökonomie und mit ihr die Bestrebungen der Effizienzsteigerung zwingen unaufhaltsam zur Beschleunigung. Das Diktat des Marktes ist ein Diktat der Zeitökonomie; das heißt nichts anderes als dass alle Abläufe in den Kliniken so beschleunigt werden, dass am Ende das wegrationalisiert wird, worauf es bei der Gesundung von Menschen zentral ankommt, nämlich die Zeit, die Zeit für die Zuwendung. Die Ökonomisierung der Medizin ist ein Zug in Richtung der Abschaffung der Zeit in der Klinik, ein Zug in Richtung der Wegrationalisierung der persönlichen Zuwendung zum Kranken, ein Zug in Richtung einer industriellen Betätigung, bei der die persönliche Zuwendung immer mehr als idealistisches Beiwerk betrachtet wird, auf das man in unseren Zeiten auch verzichten kann, weil es

Wesentlicheres gibt, nämlich die Einhaltung von Qualitätsstandards, zu denen eben nicht die persönliche Zuwendung zählt, weil diese schlecht gemessen werden kann. Unter dem politisch verordneten Zeitdiktat verkümmert eine Kultur des Heilens, weil eine Grundhaltung Platz greift, von der aus die Behandlung von kranken Menschen als reine Handlung begriffen wird, und nicht mehr als eine authentische Sorge. Unter dem Marktsystem wird dem Handlungsaspekt ein enormer Wert beigemessen und damit zugleich die Grundhaltung, mit der die Handlung vollzogen wird, für irrelevant erklärt. Und doch geht die ärztliche Behandlung gerade nicht darin auf, was getan wird, sondern die Güte einer ärztlichen Handlung bemisst sich auch und gerade danach, mit welcher persönlichen Einstellung und Motivation heraus, mit welchem Geist sie vollzogen wird. Dies gilt allen voran im Umgang mit schwerkranken und besonders vulnerablen Patienten. Gerade bei diesen Patienten ist es nicht ausreichend, die richtige Prozedur auszuführen oder das richtige Medikament zu verordnen. Hier kommt es allen voran darauf an, in welchem Beziehungsgeschehen solche Therapien erfolgen. Hier ist es eben nicht die Technik, nicht die Applikation per se, die ihre Wirkung entfaltet, sondern die Wirkung wird davon abhängen, in welche Beziehung zum Patienten diese Maßnahme eingebettet ist. Das ökonomisierte System suggeriert in problematischer Weise, dass mit der Applikation des Richtigen die Behandlung erschöpft sei. Verschiedene Studien zeigen aber, dass die Behandler sich zunehmend unwohl dabei fühlen, auf die reine Applikation reduziert zu werden. Dieser zunehmende Identitätsverlust der Medizin könnte auch mitverantwortlich sein für die Entwicklung, dass immer weniger Absolventen des Medizinstudiums tatsächlich ärztlich tätig werden. Viele Ärzte beklagen, dass unter dem Marktsystem ihnen, den Behandlern selbst, die genommene Zeit für die Zuwendung als Verlust dessen vorkommt, was aus ihrer Perspektive das Eigentliche wäre. Die ökonomisch verhängte Marginalisierung der Zeit führt dazu, dass genau das unterbewertet wird, was für viele Menschen der eigentliche Grund war, sich für den Helferberuf Arzt zu entscheiden, nämlich die persönliche Sorge um den Kranken. Mit dem ökonomisch durchgetrimmten System wird damit zunehmend aus dem sinnstiftenden Dienst am Menschen nicht mehr als eine „personennahe Dienstleistung“ gemacht, nach ökonomisch-verwaltungstechnischen Vorgaben und nach Vorschrift. Dass aber schwer-

krankte Menschen durch einen Dienst nach Vorschrift sicher schlechter betreut sein werden als durch einen persönlichen Dienst des Helfens wird viel zu wenig bedacht.

1.3. Vertragsbeziehung statt Vertrauensbeziehung

Im Zuge dieser übergeordneten Transformationen wird nicht zuletzt auch der professionelle Hilfe Suchende, der Patient zunehmend umdefiniert, indem er letzten Endes immer weniger als Patient im Sinne eines notleidenden Mitmenschen gesehen wird. Stattdessen wird im Patienten immer mehr der mögliche Verbraucher von Dienstleistungen entdeckt. Der notleidende Mensch, der sich hilfesuchend an seinen Arzt gewendet hat, wird immer mehr ersetzt durch den begehrenden und fordernden Konsumenten, der nicht nach Hilfe sucht, sondern der als wohlinformierter Bürger seine Ansprüche einlösen zu müssen glaubt. Was heute zwischen Arzt und Patient verhandelt wird, ist in dieser neuen Partnerbeziehung kein wertvolles, unverzichtbares und einzigartiges Hilfsangebot des einen speziellen Arztes, sondern es ist eine beliebig austauschbare und von jedwedem Dienstleister-Arzt in gleicher Weise anzubietende Dienstleistung geworden. An die Stelle einer personalen Beziehung zwischen einem Notleidenden und einem Helfer ist eine rein sachliche Vertragsbeziehung zwischen einem Dienstleistungsanbieter und einem Konsumenten getreten. Dieser Transformationsprozess kann nur funktionieren, weil nicht nur der Patient, sondern auch der moderne Arzt einen gegenwärtigen Identitätswandel vollzieht.

Dem modernen Patienten als Konsumenten steht der moderne Arzt als Dienstleistender gegenüber. Auch der moderne Arzt richtet sich darauf ein, nicht mehr nur Leiden zu lindern und in Not geratene Menschen mit einer anteilnehmenden Hilfe zu begegnen. Stattdessen verwandelt sich der moderne Arzt zunehmend zu einem Anbieter von Gesundheitsleistungen, der mit seinem Wissen und Können nicht mehr zugleich auch seine Person in den Dienst der Hilfe für in Not geratene Menschen stellt, sondern der nunmehr lediglich sein Wissen und seine Fertigkeiten in den Dienst einer Gesundheitsindustrie stellt. An die Stelle einer personalen Fürsorgebeziehung tritt eine zweckrationale Dienstleistungsbeziehung, bei der es vor allen Dingen um die Einhaltung von Standards geht.

Der Dienstleister-Arzt soll innerhalb eines Industriekomplexes Gesundheitswesen nicht mehr anbieten als eine Sachleistung, die im Rahmen eines Vertrages „abgewickelt“ wird. Durch die Übernahme ökonomischer Leitgedanken haben wir es zunehmend mit einer Versachlichung, Verrechtlichung und Entpersonalisierung der modernen Medizin zu tun.

1.4. Eine ökonomisierte Medizin kennt keine Grenzen

Im Zuge der Ökonomisierung sucht die Medizin immer mehr nach Absatzmärkten für ihre Produkte. Ihr geht es also nicht um das Ziel, dass Menschen zufrieden werden mit sich und ihrem Sein, sondern genau im Gegenteil; eine ökonomisierte Medizin scheut nichts mehr als den restlos zufriedenen Patienten, weil ja der Patient in der Ökonomie-Medizin zum Kunden geworden ist. Ein zufriedener Kunde, der nichts mehr begehrt, weil er mit sich im Reinen und vollkommen zufrieden ist, ist ein schlechter Kunde. Nur der Kunde ist gut, der etwas begehrt, und wenn er von sich aus nichts begehrt, so muss man seine Begehrlichkeiten über geschicktes Marketing eben wecken. So funktionieren ja wesentliche Dienstleistungsbereiche der modernen Medizin. Es ist kein Zufall, dass das Werbeverbot für Ärzte, das über Jahrhunderte galt, vor wenigen Jahren relativiert, ja geradezu aufgehoben worden ist. Wenn Medizin eben keine soziale Praxis, sondern ein Unternehmen ist, dann muss dieses Unternehmen eben auch Werbung betreiben dürfen. Doch die Werbung im Medizinsektor ist fatal. Der Werbende macht es sich mit der Werbung zum Ziel, etwas zu verkaufen. Gibt er sich als Werbender zu erkennen, so macht er deutlich, dass für ihn das Verkaufen und nicht das Heilen im Vordergrund steht. Wie aber soll man nun einem Verkäufer vertrauen, wenn dieser Verkäufer zugleich mein Arzt ist, dem ich mich zwangsläufig in meiner Not anvertrauen müsste? Mehr noch. Es ist nicht nur die Erschütterung des Vertrauensverhältnisses, sondern zugleich die Weckung unnötiger Begehrlichkeiten, ja manchmal falscher Begehrlichkeiten, die durch eine marktorientierte Medizin erfolgt: Beispiele dafür sind Anti-Aging-Produkte, also Produkte gegen das Altsein; Ästhetik-Produkte aller Art, angefangen von der Zahnheilkunde bis hin zur Genitalchirurgie; Enhancement-Produkte wie stimmungsaufhellende Medikamente für nicht kranke Menschen, Pillen zur Beruhigung von unruhigen aber nicht kranken Kindern, damit sie besser in das System passen, Pillen zur Steigerung der geistigen

Fähigkeiten; Doping-Mittel aller Art. Nun könnte man sagen, wenn doch die Menschen diese Produkte wünschen, warum soll eine Medizin sie nicht verkaufen? Man muss aber fragen: was ist das für eine Medizin, die den Menschen suggeriert, dass sie nur mit Pillen glücklich werden können? Was ist das für eine Medizin, die den Menschen glaubhaft macht, dass sie nicht so wie sie sind gut sind, sondern erst dann gut werden, wenn sie Produkte gekauft haben? Die Medizin, die solche wunscherfüllenden Produkte verkauft, macht sich an vielen Stellen selbst zum Opfer eines ökonomischen Denkens, nicht nur weil sie verkauft statt zu sprechen, sondern weil sie die Denkmuster der Ökonomie so verinnerlicht hat, dass sie dies gar nicht mehr merkt. Die Verbindung von Markt und Technik kennt nicht einen Punkt, an dem man sagen könnte, dass es gut so sei; der Markt und die Technik bzw. die Menschen, die in einem Marktsystem mit technischen Produkten arbeiten, versuchen immer, das Seiende zu überbieten durch ein Noch-Schneller, Noch-Weiter, Noch-Größer, Noch-Mehr. Dieses Immer-Noch-Mehr beruht auf einer fehlenden Vorstellung vom idealen Zustand und auf einer Glorifizierung der Effizienz. Je schneller, desto besser ist das Credo; je mehr, desto besser usw. Mag dieses Credo im Umgang mit bestimmten Utensilien hilfreich sein, im Kontext der Medizin ist das Credo nicht in jedem Fall verallgemeinerbar. Gerade bei der Diskussion um das Enhancement zeigt sich doch, dass die Hochschätzung des Immer-Mehr gerade dort an Grenzen stößt, wo das Nicht-Mehr Sinn macht. Der Mensch ist eben keine Maschine, die umso besser ist je schneller sie arbeitet, sondern der Mensch braucht Effizienz genauso wie Muße, er braucht schnelles Erreichen von Zielen, er braucht aber auch die Wendungen des Lebens, er braucht den Widerstand, um überhaupt zu reifen. Alles – bis hin zum Menschen selbst – einfach schneller zu machen, bedeutet nicht automatisch, damit dem Menschen selbst einen Dienst zu erweisen. Bezogen auf das Menschsein ist ein Weniger, ein Entschleunigen, ein Innehalten häufig der Weg zum Ziel, sofern man das Ziel eben als das erfüllte Menschsein versteht und nicht das schnelle Produzieren.

2. Vorschläge für einen Bewusstseinswandel

Ärztliches Handeln kann nicht in den ökonomischen Paradigmen aufgehen – zu unterschiedlich sind die Ziele der Medizin und die Ziele der Ökonomie. Daher ist es in einer Zeit des ökonomischen Paradigmas umso notwendiger, darin zu investieren, dass das Bewusstsein der modernen Kliniken so verändert wird, dass diese Kliniken und Praxen sich nach wie vor als Teil einer Medizin verstehen und nicht als Teil einer Gesundheitsindustrie.

2.1. Ethik und Ökonomie sind keine Gegensätze

Trotz dieser Gefahren der Ökonomisierung lässt sich zunächst nicht sagen, dass eine gute Medizin eine Medizin ohne Ökonomie sein müsste. Ganz im Gegenteil. Medizin und Ökonomie sind gerade keine Antipoden; ökonomisches Effizienzdenken kann für die Medizin sehr nützlich sein, wenn es um die Frage geht, wie sich ein medizinisches Ziel ohne Verschwendung, günstig und mit minimalem Einsatz erreichen lässt. Wer den Markt aus der Medizin draußen haben möchte, wird einer Verschwendung von Ressourcen Vorschub leisten, und Verschwendung ist mit einer guten Medizin nicht vereinbar. Da medizinische Güter grundsätzlich knapp sind, ist das ökonomische Denken nicht nur ein notwendiges Übel, sondern sogar Voraussetzung dafür, dass möglichst vielen geholfen werden kann. Daher gehört das ökonomische Denken zu einer guten Medizin unabdingbar dazu. Aber eine sinnvolle Rangfolge der Ziele der Medizin und der Ökonomie kann doch nur so aussehen, dass die Ziele der Ökonomie in den Dienst der Ziele der Medizin gestellt werden müssen. Die Ökonomie hätte demnach eine der Medizin dienende Funktion. Nur diese lediglich dienende Funktion der Ökonomie würde es der Medizin ermöglichen, ihre eigenen Ziele zu bewahren. In der Realität aber ist es gerade umgekehrt. In der Realität dient der Markt nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr dient die Medizin immer mehr dem Markt. Das heißt dann nichts anderes, als dass der Markt zunehmend zum Selbstzweck der Medizin deklariert wird. Innerhalb der Medizin gelten somit nicht mehr die Ziele der Medizin selbst. Stattdessen werden Zug um Zug die Ziele des Marktes zum eigentlichen Ziel der Medizin gemacht. Diese Totalisierung des Marktgedankens ist das Problem, nicht der Markt per se.

2.2. Der Patient ist kein Kunde

Das marktgeleitete nüchterne Tauschverhältnis zwischen Anbieter und Kunden mag für Patienten funktionieren, die sich nicht in einer existentiellen Krise befinden. Patienten in Not hingegen sind Menschen in einer schwachen Position, Menschen, die sich gerade nicht auf die Suche nach Gesundheitsdienstleistungen machen können, weil sie auf die Gesundheitsleistung, also auf die ärztliche Hilfe, gar nicht verzichten können. Krankgewordene Menschen sind existentiell bedürftige Menschen. Schon deswegen sind sie nicht geeignet als Konsumenten oder gar als Kunden wahrgenommen zu werden, weil sie als kranke Menschen nicht – wie souveräne Kunden – die Möglichkeit haben, die einzelnen Produkte erst zu prüfen und miteinander zu vergleichen, bevor sie sie in Anspruch nehmen (Deppe 2002). Patienten sind angewiesene Menschen; sie sind angewiesen auf jemanden, der ihnen hilft, sie sind aber auch oft auf medizinische Produkte existentiell angewiesen, ohne die sie oft gar nicht weiterleben könnten. Von Kundensouveränität kann hier somit keine Rede sein. Die Marktbeziehung erweist sich gerade dort als für die Medizin ungeeignet, wo die Medizin es mit dem schwachen Patienten zu tun hat.

2.3. Medizin braucht eine Kultur der sinnstiftenden Sorge

Das Krankwerden stürzt den Menschen in die Krise. Die Selbstverständlichkeit, mit der man bis dahin in Gesundheit lebte, wird gebrochen, alle bisherigen Perspektiven radikal in Frage gestellt. Krankwerden kommt nicht nur zum Sein hinzu, es verändert das gesamte Sein; es radikalisiert die Grunderfahrungen des Menschen und wirft letzte Fragen auf. Zu diesen Fragen gehören nicht zuletzt die Frage nach dem Sinn. Fragen nach dem Sinn des Leidens, nach dem Sinn des Lebens, nach dem Sinn des Ganzen. Gerät dieser krank gewordene Mensch nun in die Hände der Medizin, wird er sich unweigerlich einem Prozess der Verobjektivierung unterziehen müssen. Er wird gemessen, durchleuchtet, gerastert. Krisen lassen sich nicht per se durch Raster und nicht durch Objektivierungen lösen. Die Krisen des Menschen stellen Fragen, auf die man eben nicht mit Rezepten, sondern nur mit Antworten reagieren kann. Solange man die Lebenskrise mit der rein ökonomisch-technischen Lösung zu behandeln

glaubt, sitzt man genau dem auf, was ich in Anlehnung an Heidegger als die ökonomische Verstelltheit des technisch-ökonomischen Zeitalters bezeichnen würde. Durch die Orientierung an der Ökonomie und die einseitige Aufwartung der Technik wird der Blick verstellt auf die viel grundlegendere Problematik, die das Kranksein aufwirft, nämlich die Existenzfrage schlechthin. In dieser Situation des Fragens und Suchens reagiert der medizinische Behandler nicht mit Antworten, sondern mit Verordnungen, mit Schemata, mit evidenzbasierter Medizin, mit Qualitätsstandards – und lässt den Patienten letzten Endes in seiner Not alleine. In einer so verstandenen Medizin kann die Krise nicht bewältigt und können die innersten Probleme des Menschen nicht gelöst werden. Und genau das empfindet der moderne Mensch als Ausgeliefertsein, als Entmachtung, als Alleinsein in der modernen Medizin.

Unter dieser Perspektive sind Linderung von Leiden und Behandlung von Krankheiten nicht nur als Leistungsgegenstände zu betrachten, sondern sie sind ein totaler Dienst am Menschen. Das ist es auch, was wir meinen, wenn wir vom Arztsein als Profession sprechen. Arztsein ist nicht nur ein Beruf, sondern eine Profession. Das heißt nichts anderes, als dass der Arzt ein Versprechen gibt. Wer sich Arzt nennt, bekennt sich automatisch dazu, ein Helfer zu sein und sich nur im Interesse des Hilfsbedürftigen einzusetzen. Die Kernkompetenz, auf die sich die Medizin stützen sollte, ist die Unerschütterlichkeit, mit der sich der Arzt ausschließlich auf das Wohl des Kranken ausrichtet. Der Patient vertraut dem Arzt, nicht etwa weil er ihn persönlich kennt, sondern allein deswegen, weil der Arzt Angehöriger einer Profession ist, die als Profession ein solches Versprechen gibt. Die Arzt-Patient-Beziehung ist von daher konstitutiv auf ein Vertrauenkönnen ausgerichtet. Zerstört man diese Vertrauensbasis und ersetzt sie durch eine Vertragsbasis, hat man ihr die zentrale Grundlage geraubt, und es stellt sich die Frage, ob hier überhaupt noch von einem Arzt-Patient-Verhältnis gesprochen werden kann. Die Arzt-Patient-Beziehung kann also nicht als vertragliche Dienstleistungsbeziehung, sondern nur als Vertrauensbeziehung und damit als eine Beziehung der Sorge gelingen.

Damit dieses Gelingen sich auch einstellt, muss die moderne Medizin nicht nur in die Technik, sondern vor allen Dingen in die Grundhaltungen investieren. Denn die Krise der Medizin ist keine Krise der Ressourcen,

sondern eine Krise der Grundhaltungen. Eine Krise der Grundhaltungen bei den Patienten, die die Gesundheitsleistungen als Konsumgüter betrachten, die man ohne Rücksicht auf die Kränkeren konsumiert. Eine Krise der egozentrischen Entsolidarisierung vieler moderner - als Patienten getarnter - Konsumenten, die vergessen haben, dass das Solidarsystem Medizin nur funktionieren kann, wenn man die Medizin nur dann auf Kosten der Solidargemeinschaft in Anspruch nimmt, wenn man Hilfe braucht, nicht aber, um seine Krankenkassenbeiträge schnellstmöglich wieder zurückzuholen, denn durch ein solches Denken fehlt das Geld am Ende dort, wo es dann am meisten gebraucht wird, in den Zeiten der ersten Krankheit und der Hilflosigkeit.

Aber es ist auch eine Krise der Grundhaltungen der Ärzte, die wieder lernen müssen, nicht nur über die Machbarkeit zu sprechen, sondern auch die Frage nach den Grenzen neu zu stellen.

2.4. Die Medizin muss sich vom Machbarkeitsglauben lösen

Das zentrale Element des Arztberufs ist nicht etwa das Machen von Gesundheit oder die Produktion der Heilung. Wäre dieses Machenkönnen das Eigentliche der Heilberufe, so wären sie dort und dann sinnlos, wenn sie die Heilung nicht mehr herbeibringen könnten. Wir erahnen aber, dass die Heilberufe auch dort und dann, wenn sie nicht heilen können, in sich einen Wert haben. Der Wert und der Kern der Heilberufe liegt eben nicht in dem Heilenkönnen, sondern vor allen Dingen darin, dass sich ein Mensch eines anderen Menschen in seiner Not annimmt. Diese Sorge um den Anderen ist der Kern dessen, was die Heilberufe ausmacht. Wenn sich aus dieser Sorge heraus – oder vielmehr innerhalb dieser Sorge - die Heilung einstellt, so ist dies umso erfreulicher, aber dieses Heilen ist letztlich dem Menschen entzogen. Das Heilen hat etwas Unverfügbares, es ist ein Heilungsgeschehen und damit in gewissem Sinne Geschick. Der Heilungsprozess wird eben nicht erzeugt und allein durch das Wollen herbeigeführt. Der Heilungsprozess stellt sich zwar durch das menschliche Handeln unterstützt aber eben doch aus tieferen Quellen ein. Das Heilsame der Therapie wäre gerade nicht die sich in veränderten objektiven Funktionen sich niederschlagende Wirksamkeit, sondern vor allem die Kraft, die aus der akzeptierenden Grundhaltung erwächst. Echte

Therapie wäre somit vor allen Dingen eine Hilfe zur Annahme der eigenen Begrenztheit, zur Annahme der Welt in ihrem Sosein, zur Annahme seiner selbst.

Wenn man nur von Medizin als Markt spricht und diesen Markt in eine Allianz mit der Naturwissenschaft und Technik bringt, dann macht man sich zum Opfer eines Machbarkeitsglaubens, zum Opfer einer Grundhaltung, nach der jede Krankheit und Krise grundsätzlich steuerbar, behandelbar, behebbar ist, vorausgesetzt, man wendet die richtigen Mittel ein. Nimmt man jede Therapie zunächst als Ansatz der Sorge um den Nächsten, wie er sich über das Gespräch realisieren ließe, und nimmt man die Einzigartigkeit einer jeden Person ernst, wie sie sich eben nur in einer einzigartigen Narration einer Lebensgeschichte sich verstehen lässt, so wird man zu allererst diesen Machbarkeitsglauben und vor allem den Standardisierungsglauben ablegen müssen, um sich überhaupt zu öffnen für die Tiefenschichten der Sinnkrise des Menschen.

Eine echte Therapie, die den Anderen in seiner existentiellen Notlage ernst nimmt wird sich von jedem heilungsmaterialistisch Ansatz befreien müssen, weil die Bewältigung von Krisen nicht durch objektivierbare Mittel „hergestellt“ werden kann, sondern weil sich diese Bewältigung doch nur ereignen kann als ein Geschehen, das sich nicht in eine Prozessmanagementsystem einzwängen lässt. Die Bewältigung von Krisen wird doch erst dann wirklich möglich, wenn ein globalerer Blick auf Krankheit und Gesundung eröffnet und ermöglicht wird. Die Chance dieses globaleren Blicks besteht vor allen Dingen in dem Durchsichtigwerden für die Grenze, die Grenze des Machbaren, die Grenze des Wissbaren, die Grenze des Verfügbaren. Die Medizin als Hilfe zur Bewältigung hätte in einer so verstandenen Weise die Aufgabe, den Mensch am Ende zu öffnen für das Grundgefühl der Dankbarkeit für das Leben schlechthin und zugleich auch die Ansprüche an die Heilberufe und an das Leben zu minimieren. Hier zeigt sich, wie wenig geeignet das Leitmotiv des Kunden ist, der eben nur König sein will und von Grenze und von Dankbarkeit erst recht nichts erfahren möchte.

Ein guter Arzt wird dem Patienten helfen, sich in ein gutes Verhältnis zu seinem Kranksein zu setzen; er wird ihm helfen, die Krankheit nicht nur wegmachen zu lassen, sondern sie selbst zu überwinden (Maio 2010). Die

Hilfe zur Annahme seiner Krankheit, die Hilfe zur Annahme seiner selbst ist wohl die am meisten unterschätzte Hilfe, die die Medizin als Heilkunde anbieten kann, sofern sie sich dieser ihrer Aufgabe bewusst bleibt und sich vom ökonomischen Paradigma befreit.

3. Schlussfolgerung: Medizin muss wieder eine Beziehungsmedizin werden

Die moderne Medizin muss eine sprechende Medizin werden, eine Medizin des authentischen Mitfühlens, die nicht nur über Apparate spricht, sondern die nicht zuletzt auch den Sinnfragen einen Raum gibt. Die ökonomische Orientierung und technische Überversorgung geht vieler Orten mit einer Ausklammerung der Sinnfragen einher; und das ist wohl das größte Defizit. Die moderne Medizin hat schon in der Grundausbildung der Ärzte das bis ins 19. Jahrhundert hinein verpflichtende Philosophikum ersetzt durch das Physikum, und genauso hat sich die gesamte Medizin entwickelt. Sie hat technische Hochburgen gebaut und die Menschen dabei in ihren Ängsten und in ihren existentiellen Krisen allein gelassen. Statt diese Sinnkrise der kranken Menschen aufzugreifen und neue Wege zur Sinnfindung in Krankheit aufzuzeigen, hat die moderne Medizin in der Konzentrierung auf die technisch-naturwissenschaftliche Aufrüstung das Übergeordnete zunehmend aus dem Blick verloren.

Eine Medizin, die ihren Auftrag als Dienst am Menschen versteht, wird dem Kranken nicht nur Dienstleistungen anbieten, sondern sie wird ihm dabei helfen, sich für die Einsicht zu öffnen, dass es kein sinnloses Sein gibt, und erst recht nicht, solange auch der kränkste Mensch auf ein verstehendes Gegenüber hoffen kann. Und manchmal ist das letzte Gegenüber eines Menschen ein guter Arzt. Allein dies wäre Grund genug, alles dafür zu tun, dass auch in Zukunft jeder auf einen solch guten Arzt hoffen kann. Ein guter Arzt, der in seinem Arztsein immer zugleich Mitmensch ist.

Literatur:

Deppe U.: Zur Kommerzialisierung des Menschenrechts. In: Kolb, Stephan u. Seithe, Horst (Hrsg.): Medizin und Gewissen. Frankfurt: Mabuse-Verlag, 2002, S. 210-221

Maio G.: Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin. Zeitschrift für Medizinische Ethik 53 (2007) 229-254

Maio G.: Und wo bleibt die Zuwendung? Zur Entpersonalisierung der Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Der Onkologe 15 (2009) 10: 972-979

Maio G.: Zur Hilflosigkeit der modernen Medizin im Hinblick auf die Frage nach dem Sinn. Ethica (2010) 18, 1: 3-9

Maio, G.: Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin – eine Einführung. Stuttgart: Schattauer, 2011

Maio, G.: Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. Freiburg: Herder, 2011

Woopen, C.: Der Arzt als Heiler und Manager. In: Katzenmeier, Christian u. Bergdolt, Klaus (Hrsg.): Das Arztbild im 21. Jahrhundert. Berlin: Springer, 2009, S. 181-190

Medizin zwischen Wunscherfüllung und Heilungsauftrag

Zur Debatte um die Ziele des ärztlichen Handelns

von Eberhard Schockenhoff

Was zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Regionen der Welt jeweils unter Gesundheit und Krankheit verstanden wird, hängt zwar von mannigfaltigen kulturellen, historisch-sozialen und religiösen Voraussetzungen ab, doch lassen sich weder Gesundheit noch Krankheit auf *rein* soziokulturelle Wertbegriffe reduzieren. Vielmehr ist innerhalb ihrer polaren Zuordnung eine biologische Grundschicht anzunehmen, die auf unhintergehbare naturale Voraussetzungen des Menschseins verweist, die als anthropologische Konstanten allen kulturellen Variationsformen des Erlebens von Gesundheit und Krankheit vorausliegen. Auch wenn die Hochschätzung der Gesundheit, die in dieser ein quasi-religiöses Heilgut sieht, ein spezifisch neuzeitliches Phänomen ist, das seine historischen Wurzeln im europäischen Kulturkreis hat, besitzen Gesundheit und Krankheit für alle Menschen, gleich wo und wann sie auf dieser Erde leben, eine elementare, in ihrem ursprünglichen phänomenalen Erleben vergleichbare Bedeutung. Als endliche, leibliche und verletzbare Wesen wissen wir, was Krankheit und Schmerz, körperliche Beeinträchtigung und seelisches Leid, was Sterben und Tod bedeuten.

Auf der Feststellung zu insistieren, dass Gesundheit und Krankheit zunächst in der menschlichen Natur verankerte anthropologische Grundmodalitäten des Menschseins bezeichnen, die entweder einen innerhalb einer bestimmten Bandbreite unauffälligen Normalverlauf oder eine biologische Dysfunktionalität dieser Elementarschicht menschlichen Lebens anzeigen, ist keineswegs trivial. Aus dieser Feststellung ergibt sich vielmehr für die Zielsetzung der Medizin und des ärztlichen Handelns eine unmittelbare Konsequenz: Es muss auch in Zukunft die Hauptaufgabe medizinischer Forschung und der ärztlichen Heilkunde bleiben, Krankheiten mit klar definiertem Krankheitswert zu heilen und abwendbares

körperliches und seelisches Leiden zu lindern. Da die manifesten körperlichen und psychischen Symptome der meisten Krankheiten einen biographischen Hintergrund und eine individuelle Vor- und Nachgeschichte haben, gehören auch Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und gesundheitlichen Nachsorge zum Heilauftrag der Medizin. Alle weiteren Aufgabenzuschreibungen im Sinne medizinischer Dienstleistungen, die der Verbesserung von Lebensqualität, der Gewährleistung eines umfassenden Wohlergehens, der individuellen Wunscherfüllung jenseits der Behebung von Krankheiten oder der Meliorisierung des Menschen durch „Anthropotechnik“ und Enhancement-Strategien dienen, stehen dagegen unter dem Vorbehalt der vorrangigen Sicherung des Grundauftrags der Medizin. Deren Fortentwicklung und eine mögliche Differenzierung in hochambitiose Angebotssegmente mit individuell definierten Optimierungszielen im Rahmen eines anthropologischen Projektes der Selbstvervollkommnung des Menschen dürfen die Bedingung der Möglichkeit des Gesamtsystems der Gesundheitsfürsorge und des ärztlichen Handelns nicht gefährden. Dies ist keineswegs nur im finanziellen Sinn, sondern auch so zu verstehen, dass der Grundauftrag ärztlichen Handelns und medizinischer Forschung klar erkennbar bleiben sollte. Als normative Konsequenz für das ethische Selbstverständnis der Medizin und der ärztlichen Heilberufe folgt aus diesem Postulat: Im Mittelpunkt der ärztlichen Kunst muss auch in Zukunft die Zuwendung zu kranken Menschen und die Aufrechterhaltung einer an den jeweiligen Behandlungsstandards orientierten Basisversorgung für alle stehen.

Jeder Mensch weiß aus eigener Erfahrung, was Kranksein bedeutet. Wer einmal ernsthaft erkrankt war und die Gesundheit erst nach einem langwierigen Heilungsprozess wiedererlangte, machte darin die Erfahrung, wie ungesichert und gefährdet das menschliche Dasein auch im Zeitalter der Medikalisierung unserer Lebenswelt sein kann. Aber auch eine schnell überwundene Krankheit, die nur eine kurzfristige Einbuße an Vitalität und Lebensfreude mit sich bringt, wirkt wie ein Vorbote, der den Menschen an seine konstitutive Begrenztheit, Fehlerhaftigkeit und Sterblichkeit erinnert.

Erst recht nötig ist das Wissen, an einer trotz aller medizinischen Fortschritte noch unheilbaren Krankheit zu leiden, zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Strebenmüssen. Wie der zurückliegende Panoramawechsel im

Krankheitsspektrum zeigt, ist die Hoffnung unrealistisch, die Medizin könnte durch ihre künftigen Erfolge nicht nur einzelne Krankheiten besiegen, sondern Krankheit und Leid als anthropologische Grundphänomene überhaupt aufheben. Die Utopie einer solchen leidfreien Zukunft und die suggestive Erwartung, die Medizin könne durch die Erprobung umfassender Verbesserungstechniken der Zielvorstellung eines perfekten Menschen immer näher kommen, werden durch das persönliche Krankheitserleben existentiell widerlegt. In unterschiedlicher Intensität bedeutet jede Form der Krankheit einen Einbruch in die selbstverständliche Sicherheit unserer alltäglichen Existenz. Zwar erlebt jeder die Situation des Krankseins anders, zum einen, weil sich die körperlichen und seelischen Symptome auch der häufigeren Krankheitsbilder nur annäherungsweise vergleichen lassen, zum anderen, weil das subjektive Erleben nicht nur durch objektiv messbare Abweichungen von einem Normalzustand, sondern auch von der persönlichen Reaktion darauf abhängt.

Dennoch steht jedes Mal mehr als nur eine kurzfristige Verunsicherung auf dem Spiel, die alsbald erneut einer oberflächlichen Lebenseinstellung weichen dürfte, ohne dass dies die Gefahr der Wiederholung ähnlicher Gesundheitskrisen heraufbeschwört. Wo sie wirklich zugelassen und angenommen wird, kann die Krankheit nicht nur Bedrohung und Gefahr, sondern auch eine Herausforderung und Chance signalisieren: Sie zeigt uns in existentieller Ernsthaftigkeit, wie wenig wir uns auf die eingespielten Sicherheiten des Alltags verlassen können. Sie durchbricht die Illusion ungetrübter Lebensfreude und ermöglicht das Heranreifen einer nüchternrealistischen Einstellung zu allen Aspekten des Lebens. Sowohl das Selbsterleben der eigenen wie das Miterleben einer fremden Krankheit schärfen das Bewusstsein dafür, wie rasch Freude und Schmerz, Unbeschwertheit und Mühsal, Sorglosigkeit und Beschwernis aufeinander folgen, ja wie eng sie im Leben vieler Menschen miteinander verbunden sein können. Schon diese Erfahrung zeigt, wie unangemessen es bleibt, Gesundheit als bloßen Gegenbegriff zu Krankheit zu verstehen. Anders als die Differenz von Gut und Böse, die einen kontradiktorischen Gegensatz bezeichnet, ist das polare Gegenüber von Gesundheit und Krankheit von dialektischer Natur: Gesundheit meint nicht allein die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch die Fähigkeit, Phasen des Krankseins in die eigene Lebensführung zu integrieren, bzw. diese unter den gewandelten

Bedingungen schwerer Krankheit fortzusetzen. In diesem umfassenden Sinn kann Gesundheit nicht durch den Ausschluss von körperlichen oder seelischen Störungen verstanden werden; sie benennt vielmehr die Fähigkeit, die eigenen Lebensaufgaben als Mutter und Vater, als Ehepartner oder als allein lebender Mensch auch unter Belastungen und Einschränkungen erfüllen zu können. Im äußersten Grenzfall, wenn keine Aussicht mehr auf eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit besteht, kann sogar die Stabilisierung eines chronisch gewordenen Krankheitszustandes von dem Betroffenen noch als Mindestmaß an Gesundheit erlebt werden. Der Arzt und Philosoph *Karl Jaspers* beschreibt in seiner Autobiographie „Schicksal und Wille“, wie er durch die Anleitung seines Arztes zu einer derartigen Einstellung gegenüber seinem eigenen langjährigen Krankheitsschicksal fand. Am Ende gelang es ihm, seine Krankheit nicht mehr nur als Einschränkung, sondern als eine Art von Weiterleben unter veränderten Bedingungen zu sehen, als eine Grenzsituation, in der er sein Leben nur noch unter einem radikal veränderten Vorzeichen führen konnte.

Wenn Gesundheit die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, seine Lebensaufgaben auch unter Belastungen und Einschränkungen zu erfüllen, dann ist der Medizin eine zugleich bescheidenere und anspruchsvollere Aufgabe gestellt, als dies bei ihrer einseitigen Orientierung an den Optimierungszielen von Enhancement-Techniken der Fall wäre. Bescheidener bleibt die Medizin, weil ihr bewusst ist, dass sie vollständige Gesundheit nicht wie der Hersteller einer Ware garantieren kann, der für die einwandfreie Qualität seines Produktes haftet. (Selbst im Bereich des Herstellens technischer Produkte wird dieses Ziel nicht durch die Vermeidung von Produktionsfehlern, sondern durch die Aussortierung der Mängelware erreicht.) Anspruchsvoller ist die Medizin dagegen, weil sie mehr als eine Reparaturwerkstätte für vorübergehende Defekte sein soll. Ihre Aufgabe liegt nicht einfach in der Wiederherstellung der verlorenen Gesundheit oder der Neuschaffung eines noch besseren Zustandes, der bisweilen als „zweite Gesundheit“ bezeichnet wird; was der Arzt mit Hilfe seiner medizinischen Kunst leisten möchte ist vielmehr eine Hilfestellung, die dem kranken Menschen hilft, seinen weiteren Lebensweg selbständig zu gehen. Der Arzt bewirkt nicht anstelle des Kranken die Heilung, sondern er begleitet ihn durch den Krankheitsprozess hindurch. Er unterstützt ihn mit

allen medizinischen Maßnahmen, bis dieser Prozess entweder zur Wiedererlangung der Gesundheit oder zum Ende seiner irdischen Lebenszeit im Tod führt.

Die anthropologische Bedeutung der Gesundheit wird daher noch nicht genügend erfasst, solange Leiden, Krankheit und Not nur als mit ihr unvereinbare Gegensätze, als momentane Kontrastphänomene zu einer als „gesund“ bezeichneten, durch Leistungsfähigkeit, Aktivität und ungehindertes Funktionieren-Können charakterisierten Grundrichtung des Lebens gelten. Vielmehr bleibt das menschliche Dasein aufgrund seiner Endlichkeit, Begrenztheit und Fehlerhaftigkeit in konstitutiver Weise zugleich durch das Widerfahrnis von Not, Entzug und Mangel geprägt, so dass sich Gesundheit und Krankheit, Freude und Leid, Glück und Not komplementär verhalten. Ist dem so, bedarf auch die Rede von der Gesundheit als dem transzendentalen Gut oder einem fundamentalen Primärgut der Präzisierung. Die Gesundheit ist nämlich nicht in der gleichen Weise eine unhintergehbare Voraussetzung für die Erlangung aller anderen Güter, die dem Leben Sinn verleihen, wie dies von dem physischen Dasein, der leiblichen Existenz des Menschen als solcher gilt. Ohne sein körperliches Dasein kann der Mensch kein einziges seiner Lebensziele verwirklichen; daher ist das Leben das schlechthin fundamentale Gut, das es überhaupt erst erlaubt, andere Güter zu besitzen.

Wenn Gesundheit das Vermögen bezeichnet, die eigenen Lebensziele auch unter Beeinträchtigungen zu erreichen und die eigene Lebensführung auch unter der Last von Krankheit und Not aufrecht zu erhalten, erscheint Gesundheit als ein komplexeres, höherstufiges transzendentales Gut, das von anderer Struktur als das einfache Basisgut „Leben“ ist. Trotz der natürlichen Hochschätzung der Gesundheit, die sich im Lebensgefühl des neuzeitlichen Menschen durch den Verlust einer transzendenten Lebensperspektive nochmals verstärkte, rückt die Gesundheit auf der Rangskala möglicher Güter daher nicht zum höchsten Lebensgut auf. Sie bleibt vielmehr ein transzendentales Gut, dessen Sinn nicht schon im ungestörten Selbsterleben des als „gesund“ bezeichneten Zustandes, sondern darin liegt, umfassendes menschliches Wohlergehen durch den Besitz grundlegender, erfüllender Güter wie Freundschaft und Liebe,

Wissenschaft und Kunst, Kommunikation und Teilhabe am öffentlichen Leben zu ermöglichen.

Vielleicht lässt sich die Differenz zwischen dem Leben an sich und einem Leben in Gesundheit durch die Unterscheidung zwischen dem bloßen Besitzen-Können grundlegender Güter und ihrem erfüllenden Genießen-Können angemessener erfassen: Während die physische Existenz die unhintergehbare Voraussetzung dafür ist, die materiellen, persönlichen und sozialen Güter zu besitzen, die ein sinnerfülltes Leben tragen, ermöglicht es die Gesundheit, den Besitz dieser Güter zugleich als erfüllende, unbeschwerte Weise eines glücklichen Daseins zu genießen. Dies dürfte auch der Grund sein, warum die Gesundheit vielen Menschen als das unter allen Lebensgütern zu höchst erstrebenswerte Gut erscheint. Geht die Gesundheit verloren, so erscheint dem Menschen alles verloren, so wie umgekehrt Gesundheit und unbeschwerte Lebensfreude zu den unverzichtbaren Voraussetzungen eines glücklichen Lebens gerechnet werden. Erst wenn die Gesundheit tatsächlich gefährdet ist oder verloren geht, wird dem Menschen bewusst, dass mit ihr nicht „alles“ verloren ist, sondern die eigentliche Lebensaufgabe in der durch ihren Verlust gekennzeichneten, nunmehr radikal gewandelten Situation bestehen bleibt. Da die Aufgabe, Lebensmut und Hoffnung auch angesichts drohender Krankheit und ihrer körperlichen und seelischen Symptome zu bewahren, in solchen Grenzsituationen zur großen existentiellen Herausforderung des Lebens wird, ist es zumindest missverständlich, wenn die Gesundheit als Voraussetzung für das sittliche Subjektsein des Menschen bezeichnet wird. Dieses bleibt auch im Nachlassen körperlichen Kräfte und im Verlust der Gesundheit erhalten; selbst eine schwere Krankheit, deren Verlauf mit spürbaren Persönlichkeitsveränderungen einhergeht, führt nicht zur Aufhebung des moralischen Subjektstatus. Wenn ihre Integration in das eigene Leben gelingt, kann die Annahme einer Krankheit sogar zu einem tieferen existentiellen Vertrautsein mit der Wahrheit des eigenen Daseins führen und von einer oberflächlichen Einstellung zu sich selbst befreien.

Ein anthropologisches Gesundheitsverständnis, das die Kontrastphänomene von Krankheiten und vielfältigen Beeinträchtigungen nicht aus der Wahrnehmung des Lebens verdrängt, steht den gegenwärtig zu beobachtenden Tendenzen einer Ausweitung des Gesundheitsverständnisses

kritisch gegenüber. Die Vorbehalte richten sich weniger auf einen am umfassenden menschlichen Wohlbefinden orientierten Gesundheitsbegriff an sich, als auf die praktischen Schlussfolgerungen, die daraus für die künftige Entwicklung der Medizin und ihres Aufgabenspektrums gezogen werden. Allerdings muss auch die Kritik an einer überzogenen Aufgabenzuweisung an die Medizin, die davor warnt, die Grenzen zwischen der Therapie von Krankheiten im engeren Sinn und einer Verbesserung des Menschen durch die tendenziell grenzenlose Steigerung seines Wohlbefindens aufzuheben, den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext berücksichtigen, in dem diese Debatte geführt wird. Dies lässt sich gut an der viel zitierten Gesundheitsdefinition der WHO illustrieren, deren Rolle im Zusammenhang von Entwicklungsförderung und Armutsbekämpfung in der Dritten Welt anders zu beurteilen ist als in den Wohlstandsgesellschaften der westlichen und fernöstlichen Industrienationen. Es gilt weithin als sicher – auch einige Beiträge des vorliegenden Bandes stützen diese Einschätzung –, dass ein weites Gesundheitsverständnis, das Gesundheit entsprechend der WHO-Definition als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ansieht, säkularisierte Hoffnungsinhalte in sich aufgenommen hat, die ehemals in der religiösen Heilssehnsucht des Menschen beheimatet waren. Eine derartig umfassende Gesundheitskonzeption dient heute als wichtiger Bezugspunkt menschenrechtlicher Grundforderungen in den Ländern der Dritten Welt, da die WHO-Definition als Referenzpunkt für die gesamte Weltgemeinschaft gilt, auf den sich entwicklungspolitische Zielsetzungen berufen können, die eine Gleichberechtigung aller Menschen im Blick auf das vitale Interesse der Gesundheitsförderung einklagen.

Losgelöst aus diesem ursprünglichen Kontext, der auch die Frage nach einer gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen im Weltmaßstab aufwirft, kann ein umfassender Gesundheitsbegriff jedoch utopische Züge annehmen. Ein derartiges hypertrophes Gesundheitsverständnis führt dazu, dass Krankheit und Leiden, überhaupt jede Einschränkung des körperlich-seelischen Wohlergehens, als sinnwidrige Lebensseinbußen bewertet werden, die im Widerspruch zur Menschenwürde stehen. Zudem schwindet die Fähigkeit zur Integration anthropologischer Kontrastphänomene wie Schmerz und Behinderung, Krankheit und Tod, da Gesundheit nur noch als Freisein von Störungen und Beeinträchtigungen, aber nicht

mehr als habituelles Vermögen angesehen wird, den eigenen Lebensaufgaben auch in unvermeidlichen Begrenzungen und Einschränkungen nachzukommen. Es ist ein Dilemma der modernen Medizin, dass sie aufgrund ihrer grandiosen Erfolge, die sie in der Bekämpfung zahlreicher Krankheitsbilder in den vergangenen Jahrzehnten erringen konnte, zugleich die Fähigkeit der Menschen schwächt, die in der Endlichkeit seiner Natur verankerten Begrenzungen anzunehmen. Die wachsende Anspruchshaltung, in der sich die Sehnsucht nach Ganzheit und Heil-Sein in ein vermeintliches Recht auf Gesundheit und umfassendes psychophysisches Wohlbefinden verwandelt, ist von der modernen Medizin zwar nicht hervorgerufen, aber doch verstärkt worden.

In ersten Schritten wird die versuchte Erweiterung des menschlichen Leistungsvermögens über die Grenzen seiner bisherigen Natur vor allem auf den Gebieten der Plastischen Chirurgie, der Sportmedizin (Doping) und der Gerontologie erprobt. Enhancement-Strategien im letztgenannten Bereich werden häufig unter dem Stichwort „Anti-aging-Medizin“ zusammengefasst. Diese Bezeichnung deutet auf einen radikalen Wandel in der Bewertung des Alterns, das nun nicht mehr als die natürliche Endphase des Lebens, sondern als ein pathologischer Prozess angesehen wird, den aufzuhalten oder gar umzukehren ein vorrangiges Ziel medizinischer Interventionen sein soll.

Die Aufgabenstellung der Medizin umfasst nach Ansicht der Anti-aging-Bewegung nicht nur die Linderung alterstypischer Beschwerden und die Therapie von Krankheiten, die altersspezifisch gehäuft auftreten. Vielmehr wird das Altern selbst als eine behandlungsbedürftige Krankheit verstanden, die es zu bekämpfen gilt. Ein derart erweitertes, auf die Aufhebung der Grenzen der menschlichen Natur zielendes Projekt wirft neben medizintheoretischen und medizinethischen Fragen im engeren Sinn grundlegende, das Selbstverständnis des Menschen betreffende anthropologische Fragen auf; schließlich sind damit folgenreiche sozialetische Probleme verbunden.

Die unterschiedlichen Zielsetzungen der Anti-aging-Medizin führen schon auf einer ersten medizintheoretischen und medizinethischen Ebene zu Einwänden, die sich auch durch notwendige Differenzierungen nur teilweise entkräften lassen. Die verschiedenen Strategien, die gegenwärtig

vor allem im angelsächsischen Raum innerhalb einer neuen Forschungsrichtung der Biogerontologie erörtert werden, lassen sich auf vier Ansätze zurückführen: Das Modell der verlängerten Seneszenz („prolonged senescence“), das Modell der unterdrückten Sterblichkeit („compressed morbidity“), das Modell des verlangsamten Alterns („decelerated aging“), und das Modell des angehaltenen Alterungsprozesses („arrested aging“). Wird der Auftrag der Anti-aging-Medizin nur als medizinische Kontrolle des Alterungsprozesses verstanden, der als solcher akzeptiert wird, können derartige Zielsetzungen im Rahmen des bisher gültigen Selbstverständnisses der Gerontologie als Teil des medizinischen Heilauftrages interpretiert werden. Erst die drei letztgenannten Ansätze vollziehen den Schritt zu einer gezielten Verbesserung der menschlichen Natur, die auf die Aufhebung ihrer konstitutiven Begrenzungen gerichtet ist. Dadurch geraten diese Forschungsrichtungen in eine problematische Nähe zur Weltanschauung des Transhumanismus, die in nietzscheanischer Manier eine Selbstvervollkommnung der Menschheit durch biomedizinische Anthropotechniken lehrt; nach Ausweis ihrer eigen Selbstdefinition sind die Einzelstrategien der Anti-aging-Medizin als Teilschritte auf dem Weg zu einer Verbesserung des Menschen – ganz offen wird diese Aufgabe *engineering better humans* genannt – anzusehen. Liegt hier nicht schon auf der medizintheoretischen Begründungsebene ein logischer Zirkel vor, da dem Altern, das bislang als eine natürliche Lebensphase innerhalb des biographischen Gesamtrhythmus der Lebenszeit eines Menschen angesehen wurde, erst durch die Aufgabenzuschreibung der Enhancement-Medizin ein behandlungs-relevanter Krankheitszustand zugesprochen werden soll. Diese zirkuläre Scheinbegründung illustriert daher nur, dass die Erwartungshaltung, die ein utopisches Gesundheitsverständnis gegenüber der Medizin nähren kann, nach oben unbegrenzt offen ist: Es kann dem Menschen, wenn er sich erst einmal daran gewöhnt hat, sämtliche seiner Wünsche in Bezug auf das körperliche und seelische Wohlbefinden als erfüllbar anzusehen, niemals so gut gehen, dass er sich nicht auch einen noch besseren Zustand vorstellen könnte.

Zu den medizinethischen Problemen im engeren Sinne gehört die Frage, inwiefern die Wirksamkeit der propagierten Anti-aging-Strategien wissenschaftlich nachweisbar ist. Gesicherte Aussagen über den Erfolg der Angebote der Anti-aging-Medizin sind aus methodischen Gründen kaum zu

erwarten, da ein Vergleich zweier Therapiearme unter Doppelblind-Bedingungen und streng randomisierten Zuteilungskriterien unmöglich ist; zudem bleibt unklar, welche Zeiträume (5 Jahre, 10 Jahre, 15 Jahre oder mehr) bei der Wirksamkeitskontrolle angesetzt werden sollen. Auch sind in der Experimentierphase und erst recht bei der regulären Anwendung von Produkten der Anti-aging-Medizin strengere Anforderungen an eine Nutzen-Risiko-Abwägung als im Bereich kurativer Therapieziele anzulegen, da mögliche Risiken nicht zur Behebung einer schwerwiegenden Beeinträchtigung durch manifeste Krankheitsursachen, sondern zur Verbesserung einer natürlichen Mangelsituation eingegangen werden (wenn der Rückgang der Kräfte im Alter überhaupt als solche bezeichnet werden darf). Legt man die Sicherheitsstandards des Arzneimittelgesetzes an, so kann eine Überprüfung kaum mehr als den sicheren Nachweis der Unschädlichkeit von Medikamenten der Anti-aging-Medizin erbringen; alles andere wird dem suggestiven Versprechen, das Altern aufzuhalten, zugesprochen werden müssen, zumal der unbehandelte Verlauf des Altersprozesses im Einzelfall nicht mehr ermittelt werden kann und daher als individueller Vergleichsmaßstab unbekannt bleibt.

Im Blick auf die anthropologischen Probleme eines Enhancement der menschlichen Natur ist zu fragen, inwieweit die Verbesserungsstrategien der Anti-aging-Medizin mit dem Selbstverständnis des Menschen als einem endlichen, fehlerhaften Wesen vereinbar sind. Aufgrund des Doppelcharakters der Natur, die dem Menschen als Kulturwesen nicht nur vorgegeben, sondern auch zur Gestaltung durch Wissenschaft, Forschung und Technik aufgegeben ist, kann die menschliche Natur nicht als eine unverrückbare Grenze gelten, die jede Art von Eingriffen mit dem Ziel der Optimierung des ursprünglichen Naturzustandes als illegitime Manipulation erweist. Wollte man den Aspekt einer dem Menschen vorgegebenen Natur als normativen Richtwert betrachten, so wäre die Grenze längst überschritten, da auch die Implantation von Herzschrittmachern und Gelenk- oder Knieprothesen Versuche der technischen Verbesserung des Menschen (wenn auch nur in einem Teilbereich seiner Körperfunktionen) darstellen. Der Begriff der menschlichen Natur bezeichnet in der philosophischen Anthropologie allerdings nicht nur den biologischen Anfangszustand des menschlichen Organismus, wie er sich ohne medizintechnische Eingriffe des Menschen erhalten würde, sondern auch

das Ensemble grundlegender Existenzbestimmungen (Endlichkeit, Zeitlichkeit, Fehlerhaftigkeit, Sprachfähigkeit, Vermögen zu Werkzeuggebrauch und Technik, Erkenntnisvermögen, Freiheit und Moralfähigkeit, Sterblichkeit und Todeswissen), die essentiell zum menschlichen Leben gehören. Geht man von einem solchen anthropologischen Verständnis der menschlichen Natur aus, erscheinen die genannten Phänomene, die den Doppelcharakter des Menschen als aktiv-gestaltendes und endlich-kontingentes Wesen widerspiegeln, als normativ bedeutsame Bezugsgrößen, anhand derer sich begründete Ziele der Medizin von problematischen unterscheiden lassen. Die Verwirklichung der von den Wunschbildern der Anti-aging-Medizin entworfenen Zukunftsszenarien hätte jedoch unabsehbare Rückwirkungen auf das menschliche Selbstverständnis, die das Diktum von *Hans Jonas* in Erinnerung rufen, wir hätten nicht das gelegentliche Misslingen derartiger Versuche, sondern im Gegenteil ihr mögliches Gelingen zu fürchten.

Die Zeitlichkeit des menschlichen Daseins bezeichnet ein Existential, d.h. sie gründet in der anthropologischen Verfassung des Menschen. Die Bedeutung ihres linearen Verlaufs auf das Ende des Todes zu liegt darin, dass erst die zeitliche Gerichtetheit des endlichen Daseins die Rede von natürlichen Lebenszyklen und die Unterscheidung einzelner Lebensphasen (Kindheit, Adoleszenz, Erwachsenenalter, Seneszenz und Greisenalter) ermöglicht. Welche Veränderungen des menschlichen Selbstverständnisses mit der Umkehr der gerichteten Zeitstruktur und der linearen Zeitgestalt des menschlichen Daseins einhergingen, lässt sich nur in groben Umrissen erahnen. Die Bedeutung der einzelnen Lebensphasen für Kompetenzerwerb und Identitätsgewinn, den beiden grundlegenden Fähigkeiten autonomer Lebensgestaltung, hängt nämlich wesentlich an ihrer Unwiederholbarkeit. Werden die einzelnen Lebensphasen durch die Illusion ihrer beliebigen Dehnbarkeit oder Wiederholbarkeit entwertet, bleibt dies nicht ohne Rückwirkungen auf den Prozess der biographischen Identitätsvergewisserung des Menschen. Aus dem Umfeld der Anti-aging-Medizin werden zudem spekulative Zahlenangaben über die in Zukunft mögliche Steigerung der individuellen Lebenszeit des Menschen genannt (die einzelnen Zahlenangaben reichen von 120 bis zu 500 Jahren), die die Zielsetzungen des Anti-aging als schrittweise Verwirklichung des alten Menschheitstraumes von der individuellen Unsterblichkeit des Menschen

erscheinen lassen, der sich mit seiner allmählichen Realisierung zunehmend in einen schrecklichen Alptraum verwandeln könnte. Unabhängig von Realitätsgehalt solcher phantastisch anmutenden Zukunftsprojektionen sind die Rückwirkungen durchaus vorstellbar, die eine tendenziell ins Unvorstellbare verlängerte Lebenszeit für die moralische Grundaufgabe jedes Menschen hätte, ein langes Leben sinnvoll zu planen.

Wie fragwürdig die Voraussetzungen der Anti-aging-Medizin in anthropologischer Hinsicht sind, zeigt sich näherhin, wenn man diese mit den jüngeren Ansätzen der gegenwärtigen Gerontologie vergleicht. In dieser wurde das traditionelle Defizitmodell, das Altern als einen fortschreitenden Verfallsprozess deutet, weitgehend durch ein lebensphasenspezifisches Kompetenzmodell abgelöst, das im Altern nicht nur einen Verfallsprozess, sondern auch die Chance zum Erwerb altersgerechter Kompetenzen sieht. Wird hingegen der Alterungsprozess bereits als solcher pathologisiert, wie es in den Definitionsstrategien der Anti-aging-Medizin geschieht, gerät die durch das Kompetenzmodell erschlossene Sichtweise wieder in Gefahr, die das Altern neben seinen Verlusterfahrungen zugleich als Zugewinn neuer menschlicher Grundfähigkeiten (der Erinnerungskultur, der Lebensweisheit, der Einübung von Geduld und Abschiedlichkeit) würdig. Vor dem Hintergrund rivalisierender gerontologischer Deutungskonzepte des Alterns erscheint es auch aus kulturgeschichtlicher Sicht fragwürdig, ob eine Verstärkung der Zielsetzungen von Jugendlichkeit, Langlebigkeit und ewiger Gesundheit tatsächlich zu den erstrebenswerten Zielen der Medizin gerechnet werden darf.

Schließlich sind die weitreichenden Auswirkungen zu bedenken, die eine Verwirklichung der utopisch wirkenden Zielsetzungen der Anti-aging-Medizin für den Altersaufbau zukünftiger Gesellschaft mit sich bringen würde. Das kritische Reflexionsvermögen der Ethik erfordert nicht nur die forschungsbegleitende Überprüfung einzelner Ansätze, sondern auch eine prospektive Imagination, die moralische Folgeprobleme antizipiert, die sich aus gegenwärtigen Handlungserwägungen ergeben können. Neben der Frage, ob ein Aufschub des Alterns nicht nur für die wenigen Begünstigten einer ambitionierten Hochleistungsmedizin, sondern auch dann wünschenswert wäre, wenn breite Gesellschaftsschichten davon erfasst

würden, erscheinen vor allem die exponentiell wachsenden Probleme der Generationengerechtigkeit als nahezu unlösbar. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge tatsächlich von der Anti-aging-Medizin profitieren sollten, müssten sich die Probleme des Altersaufbau der Gesellschaft durch das hinausgezögerte und tendenziell immer weiter verlangsamte Altern der Baby-Boom-Generation quantitativ in voller Stärke bemerkbar machen. Der Gedanke der Generationensolidarität setzt aber voraus, dass der Generationenkreislauf tatsächlich funktioniert. Wird dieser aber durch den Erfolg der Anti-aging-Medizin aufgehoben, weil die nachrückenden Generationen immer nur auf besetzte Plätze stoßen und das zyklische Freiwerden von Lebensräumen und Lebensressourcen suspendiert wird, hätte der Generationenvertrag keine Grundlage mehr. Das sind bislang fiktive Szenarien, die jedoch umrisshaft verdeutlichen können, worin die sozialetische Problematik der Anti-aging-Medizin besteht.

Die Referenten:

Erzbischof Hans-Josef Becker

geboren 1948 in Belecke/Möhne; Studium der Pädagogik, Erste und Zweite Staatsprüfung für das Lehramt an der Grund- und Hauptschule; Studium der Philosophie und Theologie in Paderborn und München; Priesterweihe 1977. Nach Tätigkeit in der Gemeindeseelsorge 1995 Leiter der Zentralabteilung Pastorales Personal im Erzbischöflichen Generalvikariat Paderborn; 2000 Bischofsweihe zum Weihbischof in Paderborn. Bischofsvikar für Priesterfortbildung und Mitglied der Kommission IV (Geistliche Berufe und Kirchliche Dienste) und der Kommission IX (Publizistische Fragen) der Deutschen Bischofskonferenz. Am 31.07.2002 Wahl zum Diözesanadministrator und am 3. Juli 2003 Ernennung zum Erzbischof von Paderborn.

Giovanni Maio, Prof. Dr. med., M.A. (phil.)

Studium der Philosophie und Medizin in Freiburg i.Br., Strassburg und Hagen. Nach fünfjähriger klinisch-internistischer Tätigkeit und sechsjähriger wissenschaftlicher Assistentenzeit in Aachen und Lübeck 2000 Habilitation für Ethik in der Medizin an der Universität zu Lübeck. 2002 Berufung in die Zentrale Ethik-Kommission für Stammzellforschung durch die Bundesregierung. Seit 2005 Professor für Bioethik und Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Direktor des Interdisziplinären Ethik-Zentrums Freiburg und des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin. Mitglied im Ethik-Beirat der Malteser Träger Gesellschaft; Mitglied im Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer.

Eberhard Schockenhoff, Prof. Dr. theol.

geboren 1953 in Stuttgart, von 1972 bis 1979 Studium der katholischen Theologie in Tübingen und Rom. 1978 Priesterweihe in Rom. 1986 Promotion und 1989 Habilitation in Moralthologie an der Universität Tübingen. Von 1990 bis 1994 Professor für Moralthologie an der Universität in Regensburg, seit 1994 an der Universität der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Von 1992 bis 2004 Geistlicher Assistent der Katholischen Ärzteschaft Deutschlands. Seit 2001 geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift für medizinische Ethik und Mitglied im Nationalen Ethikrat, seit 2008 stellvertretender Vorsitzender im Deutschen Ethikrat. Mitglied der Heidelberger Akademie der Wissenschaften.

Bisher erschienen:

- 1985 **Freiheit und Lebensengagement**
Beiträge von: Prof. Dr. J. Splett, Frankfurt am Main
 Prof. Dr. H.-B. Wuermeling, Erlangen
- 1986 **Technik und Humanität im ärztlichen Dienst**
Beiträge von: Prof. DDr. H. Schipperges, Heidelberg
 Prof. Dr. A. Auer, Tübingen
- 1987 **Heil und Heilung in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. E. Seidler, Freiburg
 Prof. DDr. E. Biser, München
- 1988 **Sucht – ein Alarmsignal**
Beiträge von: Dr. med. F. Böcker, Erlangen
 Prof. Dr. J. Gründel, München
- 1989 **Pränatale Diagnostik und Schutz des Lebens**
Beiträge von: Prof. Dr. R. A. Pfeiffer, Erlangen
 Prof. Dr. G. Hunold, Tübingen
- 1990 **Wahrheit am Krankenbett**
Beiträge von: Prof. Dr. J. van de Loo, Münster
 Prof. Dr. H. Kramer, Bochum
- 1991 **Medizinische Altersversorgung**
Beiträge von: PD Dr. A. Kruse, Heidelberg
 Prof. Dr. J. Müller, Freiburg
- 1992 **„Mens sana in corpore sano“ – Pastorale und medizinische Fragen zur Zunahme psychosomatischer Erkrankungen**
Beiträge von: Prof. DDr. A Görres, München
 Prof. Dr. E. Schockenhoff, Regensburg
- 1993 **Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht**
Beiträge von: Dr. med. T. Kruse, Marburg
 Dr. med. G. Markus, Paderborn
 Prof. Dr. F. Furger, Münster
 Prof. Dr. H. L. Schreiber, Göttingen
- 1994 **Hat dein Glaube dich gesund gemacht? – Konventionelle und nicht-konventionelle Methoden in der Medizin**
Beiträge von: Prof. Dr. I. Oepen, Marburg
 P. Dr. U. Niemann SJ, Frankfurt am Main
- 1995 **Angst als Grund von Krankheit**
Beiträge von: Prof. Dr. W. Fiegenbaum, Münster
 Prof. Dr. R. Haskamp OFM, Münster

- 1996 **Von der Not der Sprachlosigkeit – Schwierigkeiten und Wege des ärztlichen Gesprächs mit dem Patienten**
 Beiträge von: Prof. Dr. Hannes Friedrichs, Göttingen
 Prof. Dr. Josef Kopperschmidt, Erkelenz
 Sr. Ursula Bittner, Paderborn
- 1997 **Öffentliches Image und Selbstverständnis. Auf dem Weg zu einem neuen Arztbild**
 Beiträge von: Günter Haaf
 Prof. Dr. Dietmar Mieth, Tübingen
- 1998 **Sterben als Prozeß. Medizinische und theologische Überlegungen angesichts des „Hirntod-Kriteriums“**
 Beiträge von: Prof. Dr. Heinz Angstwurm, München
 Prof. Dr. Bernhard Fraling, Würzburg
- 1999 **Was ist uns der Mensch wert? Probleme und Perspektiven künftiger Gesundheitspolitik**
 Beiträge von: Prof. Dr. Josef Römelt, Erfurt
 Dr. Dr. Ulla Pruss-Kaddatz, Bielefeld
- 2000 **Das Leben schützen! Medizinische Praxis im Spannungsfeld von staatlichem Recht und christlicher Ethik**
 Beiträge von: Erzbischof. Dr. Degenhardt, Paderborn
 Bernward Büchner, Freiburg
 Prof. Dr. Hansjakob Müller, Basel
 Prof. Dr. Hans Gleixner, Paderborn
- 2001 **Als Mensch beginnen - als Organ enden? Vom Wandel des Menschenbildes in Bioethik und moderner Medizin**
 Beiträge von: Kardinal Johannes Joachim Degenhardt
 Prof. Dr. Hans-Bernhard Wuermeling, Erlangen
 Christa Nickels MdB, Berlin
 Prof. Dr. Ulrich Lücke, Aachen
- 2002 **Wi(e)der die Illusion vom perfekten Menschen! Medizinische und ethische Argumente zur Fragmentalität des Lebens**
 Beiträge von: Diözesanadministrator Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Gerd Fasselt, Münster
 Dr. Gerd Lütz, Köln
- 2003 **Gesundheit im Abseits? Vom Einfluss der Ökonomie auf den ärztlichen Heilungsauftrag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eggert Beleites, Jena
 Prof. Dr. Stephan Ernst, Würzburg
 Hildegard Müller MdB, Berlin

- 2004 **Eu thanatos – Medizin und Ethik an der Grenze des Lebens**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Hermann-Josef Pielken, Dortmund
 Prof. Dr. Klaus Arntz, Augsburg
 Dr. Peter Liese, MdEP
- 2005 **Wie alt werden in unserer Gesellschaft - Lebensqualität nur durch Medizin?**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Dr. Michael Pries, Hamburg
 Prof. Dr. Peter Schallenberg, Fulda
 Prof. DDr. Paul Michael Zulehner, Wien
- 2006 **(K)ein Platz für die Seele – Neurobiologie und Transzendenz im Widerspruch?**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Dieter Hattrup, Paderborn
 Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze, Magdeburg
- 2007 **Arzt und Patient – wider den Vertrauensverlust**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Dr. Klaus Bergdolt, Köln
 Prof. Dr. Volker Eid, Bamberg
- 2008 **Leben bis zuletzt – Palliativmedizin in Sorge um den ganzen Menschen**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Bonn
 Dr. Erhard Weiher, Mainz
- 2009 **Vom Umgang mit der Verantwortung – Behandlungsfehler im ärztlichen Alltag**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Johannes Köbberling, Wuppertal
 Prof. Dr. Thomas Schwartz, Augsburg
- 2010 **Ärztliches Selbstverständnis zwischen Dienstleistung und Nächstenliebe – Anspruch und Wirklichkeit**
 Beiträge von: Erzbischof Hans-Josef Becker
 Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg
 Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Freiburg

