

**MATERIALIEN ZUM GEMEINDEBAU**  
EIN SERVICE DER WERKSTATT FÜR GEMEINDEAUFBAU

**Lukas Sander**

**UNSETTLED CARE:  
CHRISTLICHE IMPULSE FÜR  
DAS ÄRZTLICHE ETHOS  
IN EINER SÄKULAREN WELT**

## Lizenz dieses Dokuments:

### Sie dürfen:

- den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich aufführen

### Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung.** Sie müssen den Namen des Autors/Rechtsinhabers nennen.



**Keine kommerzielle Nutzung.** Dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.



**Keine Bearbeitung.** Der Inhalt darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

- Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter die dieser Inhalt fällt, mitteilen.
- Jede dieser Bedingungen kann nach schriftlicher Einwilligung des Rechtsinhabers aufgehoben werden.

Dies entspricht der Creative Commons Lizenz 2.0 Deutschland. Weitere Informationen zu dieser Lizenz finden Sie unter folgender URL:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/de/>

## Informationen zum Rechtsinhaber dieses Dokuments:

Der Rechtsinhaber dieses Dokuments ist der Verfasser. Dieser trägt die Verantwortung für den Inhalt und stellt Ihnen diesen unter oben genannter Lizenz zur Verfügung.

Sie erreichen den Verfasser unter folgender E-Mail Adresse:

[lukas@5x-sander.de](mailto:lukas@5x-sander.de)

Der Vertrieb dieses Dokuments wird über die Werkstatt für Gemeindeaufbau abgewickelt, die sie unter folgender URL erreichen: <http://leiterschaft.de/>



## Abstract

Modern medicine, propelled by groundbreaking insights in the natural sciences and their technological applications, has achieved remarkable competencies in diagnostics and therapy. Concurrently, the healthcare sector has evolved from a predominantly religiously driven institution to a central realm of societal life. However, the integration of advancing technologies and economic considerations into medical practice presents unprecedented challenges to the ethos of healthcare professions.

The concept of "Unsettled Care" underscores the moral dilemmas arising amidst these advancements. Conflicting decisions at the bedside, diverging patient and familial expectations from medically endorsed interventions, and disparities in healthcare provision highlight the complex landscape healthcare practitioners navigate. Additionally, pressures to optimize performance and commercial influences further complicate the professional identity of physicians.

This paper explores a Christian ethos within contemporary healthcare challenges, emphasizing the role of religion and spirituality, particularly Christianity, in shaping medical ethics. While focusing primarily on physicians, the discussions extend to other healthcare professions. Key medical concepts such as illness, health, and professional identity are elucidated, followed by an examination of ethical frameworks, including traditional medical oaths, in light of contemporary challenges.

Critical analysis of current issues facing healthcare ethics, alongside reflections on future healthcare trends, inform the discussion. Furthermore, the relevance of religious and spiritual dimensions in secular societies, as articulated by sociologists Charles Taylor and Hans Joas, is explored. Subject-centered ethical approaches, such as virtue ethics and ethics of compassion, are considered in shaping a Christian ethos for healthcare professionals.

Drawing insights from Karl Hunstorfer's work and incorporating diverse perspectives, this paper advocates for cultivating virtues like compassion, matter-of-factness, patience and courage within medical practice. It contends that Christianity offers valuable resources for addressing existential questions and restoring the centrality of human dignity within medical ethos. Moreover, engaging with secular discourses and challenging materialistic narratives is deemed essential for the relevance of Christian ethics in contemporary medical contexts.

Practical recommendations include integrating spiritual care research into healthcare settings and fostering supportive Christian communities for professionals. Ultimately, the cultivation of virtues and character within healthcare is seen as an experiential endeavor, with religion serving as a catalyst and guide for ethical reflection and practice.

## Inhaltsverzeichnis

<b><u>1</u></b>	<b><u>EINLEITUNG .....</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b><u>I.</u></b>	<b><u>DIE GEGENWÄRTIGE LAGE DES ÄRZTLICHEN ETHOS.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>GRUNDFRAGEN ZUM SELBSTVERSTÄNDNIS DER MODERNEN MEDIZIN.</u></b>	<b><u>4</u></b>
2.1	MEDIZIN ALS PRAKTISCHE NATURWISSENSCHAFT .....	4
2.2	KRANKHEITS- UND GESUNDHEITSVERSTÄNDNIS .....	7
2.2.1	KRANKHEITSBEGRIFF .....	7
2.2.2	GESUNDHEITSBEGRIFF .....	9
2.3	NATURWISSENSCHAFT, TECHNIK UND ETHIK.....	12
2.4	MENSCHENBILDER IN DER MEDIZIN .....	13
<b><u>3</u></b>	<b><u>ETHIK UND ETHOS.....</u></b>	<b><u>18</u></b>
3.1	DIE FRAGE NACH DEM ETHOS .....	18
3.2	ETHOS UND ETHIK – EINE UNTERSCHIEDUNG .....	19
3.3	ETHOS UND ETHIK IN PLURALISTISCHEN GESELLSCHAFTEN .....	22
<b><u>4</u></b>	<b><u>DIE ÄRZTLICHEN EIDE UND ORDNUNGEN.....</u></b>	<b><u>24</u></b>
4.1	DER HIPPOKRATISCHE EID .....	24
4.2	DAS GENFER ÄRZTEGELÖBNIS.....	26
4.3	KRITISCHE REFLEXION .....	28
<b><u>5</u></b>	<b><u>AKTUELLE PROBLEMBEREICHE IN DER MEDIZIN.....</u></b>	<b><u>31</u></b>
5.1	ÖKONOMISIERUNG .....	31
5.2	BESCHLEUNIGUNG.....	34
5.3	TECHNISIERUNG .....	37
5.4	GESUNDHEIT ALS ERSATZRELIGION? .....	39
5.5	DER HEALTH REPORT: GESUNDHEITSWELT 2049.....	42

**6 EXKURS: WELCHEN BEITRAG LEISTETE DAS CHRISTENTUM ZUR KRANKENFÜRSORGE? .....45**

**II. DIE GEGENWÄRTIGE LAGE VON GLAUBE UND RELIGION ALS AUSGANGSPOSITION FÜR CHRISTLICHE IMPULSE AUF DAS ÄRZTLICHE ETHOS...47**

**7 PERSPEKTIVEN FÜR GLAUBE UND RELIGION IN SÄKULAREN GESELLSCHAFTEN .....47**

7.1	WAS IST SÄKULARISIERUNG? .....	48
7.2	WARUM IST UNGLAUBE ATTRAKTIV? .....	52
7.3	DER IMMANENTE RAHMEN .....	54
7.4	FÜLLE .....	55
7.5	MORAL UND REGELN .....	56
7.5.1	KÖRPERLICHKEIT .....	56
7.5.2	REGELFETISCHISMUS .....	59
7.6	ZUKUNFT DER RELIGION UND DES GLAUBENS.....	60
7.6.1	INTELLEKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN.....	62
7.6.2	GLAUBENSHERMENEUTIK .....	64
7.7	GESELLSCHAFTLICHER BEITRAG UND BEDEUTUNG DER RELIGION.....	67

**III. TUGENDETHISCHE IMPULSE FÜR DAS ÄRZTLICHE ETHOS.....68**

**8 TUGENDETHIK.....70**

8.1	BEGRÜNDUNG DES TUGENDETHISCHEN ANSATZES .....	70
8.2	PHILOSOPHISCHE WURZELN UND ENTWICKLUNG .....	71
8.3	BEDEUTUNG FÜR DAS ÄRZTLICHE ETHOS .....	73

**9 MITLEIDSETHIK.....74**

9.1	MITLEIDSTHEORIEN.....	75
9.2	MITLEID ALS KOGNITION – MARTHA NUSSBAUM .....	78
9.3	MITLEID ALS RESONANZ .....	79

9.4	MITLEID ALS EMOTION UND TUGEND – ROBERT C. ROBERTS .....	80
9.5	MITLEID IN DEN NEUROWISSENSCHAFTEN – TANIA SINGER .....	82
9.6	MITLEID UND BARMHERZIGKEIT .....	84
9.7	MITLEID UND SOLIDARITÄT .....	85
9.8	ABSCHLIEßENDE BEMERKUNG .....	87
<b>10</b>	<b><u>GLAUBE, RELIGION UND CHARAKTERBILDUNG .....</u></b>	<b><u>87</u></b>
10.1	GESELLSCHAFTLICHE SPHÄREN UND NATURRECHT .....	90
10.2	WORSHIP .....	91
10.3	ESCHATOLOGISCHE AMBIVALENZ .....	92
<b>11</b>	<b><u>TUGENDETHISCHE ANREGUNGEN .....</u></b>	<b><u>94</u></b>
11.1	SACHLICHKEIT .....	94
11.2	GEDULD UND GELASSENHEIT .....	96
11.3	BARMHERZIGKEIT .....	98
11.3.1	EXKURS: CHRISTLICHE `EDUCATION FOR COMPASSION´ .....	100
11.4	MUT .....	101
11.4.1	EXKURS: MUT KONKRET – BEI FACHKRÄFTEMANGEL, ÖKONOMISIERUNG UND INTERESSENKONFLIKTEN .....	102
<b>12</b>	<b><u>SCHLUSS .....</u></b>	<b><u>105</u></b>
<b>13</b>	<b><u>ANHÄNGE .....</u></b>	<b><u>107</u></b>
<b>14</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS .....</u></b>	<b><u>110</u></b>



# 1 Einleitung

Die moderne Medizin hat es durch die bahnbrechenden Erkenntnisse in den Naturwissenschaften und deren technische Gewinnung für gesundheitsbezogene Handlungsfelder zu erstaunlichen Kompetenzen in Diagnostik und Therapie gebracht. Parallel dazu hat sich das Gesundheitswesen von einer kirchlich dominierten Fürsorgeinstitution zu einem zentralen Bereich gesellschaftlichen Lebens entwickelt. Der Umgang mit immer neuen technischen Möglichkeiten durch wissenschaftlichen Fortschritt und der zunehmende Einzug ökonomischer Gesichtspunkte in den Alltag der Heilberufe stellt das Ethos der Heilberufe vor bisher ungekannte Herausforderungen:

„Neben den unumstrittenen Vorzügen jener Entwicklung zeichnen sich auch in zunehmendem Maße Handlungskonflikte ab, die oft moralischer Natur sind. Strittige Entscheidungen am Krankenbett nehmen zu und verlangen den Beteiligten Einiges ab. Die Wünsche und Vorstellungen der Patienten und ihrer Angehörigen weichen zum Teil von den Maßnahmen ab, die aus medizinischer Sicht sinnvoll, effizient und wirksam sind. In bestimmten Sektoren des Gesundheitswesens treffen wir auf Überversorgung, in anderen auf Unterversorgung. Darüber hinaus ist das berufliche Selbstbild der Ärzte und Ärztinnen einem erheblichen Druck ausgesetzt: Neben der sogenannten kurativen und palliativen Medizin wird zunehmend nach einer optimierenden Medizin Ausschau gehalten, die das Leistungsvermögen von Gesunden steigern soll. Kommerzielle Gesichtspunkte sickern immer stärker in den medizinischen Leistungskatalog, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitserwägungen, aber auch Gewinnerwartungen werden häufig zu dominierenden Faktoren im `System´.“<sup>1</sup>

*Unsettled Care*<sup>2</sup> lautet die Diagnose des Autors. Zwischen Ökonomisierung, Technisierung und der Objektivität der Naturwissenschaften stellt sich die Frage nach dem Subjektstatus von Arzt und Patient, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung, aber besonders ihrer Beziehung zueinander in den Lebensrealitäten von Krankheit und Gesundheit.<sup>3</sup> Durch zunehmende Zweckrationalisierung, Reglementierung und Funktio-

---

<sup>1</sup>Jean-Pierre Wils und Ruth Baumann-Hölzle, *Eid und Ethos: Auf dem Weg zu einem neuen Gelöbnis für Ärzte und Ärztinnen*, Ethik im Gesundheitswesen 2 (Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2018), 12.

<sup>2</sup>„Unsettled“ bedeutet im Deutschen so viel wie unruhig, unfertig, offen, unsicher, unbeständig. Diese Umschreibung nimmt Bezug auf die Prägung des Wortes in einem Aufsatz von Jennifer A. Herdt, mit dem sich diese Arbeit dezidiert auseinandersetzt.

<sup>3</sup>Vgl. Santiago Ewig, *Arztberuf in der Krise: Vom Suchen und Finden der „guten Medizin“*, Hintergründe (Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2015), 11ff.

nalisation bleiben Ärztin und Arzt in ihrem Berufsethos häufig auf sich selbst zurückgeworfen. Was eine gute Persönlichkeit, einen guten Charakter ausmacht, tritt hinter leichter funktionalisierbare und standardisierbare Bereiche zurück. Dabei gilt heute umso mehr:

„Was unsere Zeit von einem guten Arzt verlangt, ist nicht das Selbstverständnis eines Ingenieurs für den Menschen, der sein Wissen für gute Produkte einsetzt. Sie verlangt das Selbstverständnis einer Persönlichkeit, die hinter die Gesetze der reinen Zweckmäßigkeit zu blicken und über ihr jeweiliges Fachwissen hinaus die Frage nach dem Ganzen zu stellen vermag.“<sup>4</sup>

Diese Arbeit versucht ein christliches Ethos der Heilberufe in den aktuellen Herausforderungen zu beleuchten. Dabei spielen die Bedeutung von Religion und Spiritualität, in Form des christlichen Glaubens, für die aktuelle Medizin und ein Ethos der Heilberufe eine wichtige Rolle. Zwar wird besonders die Berufsgruppe von Ärztinnen und Ärzten in den Blick genommen, dennoch können die Ausführungen ebenso Geltung für andere Heilberufe entwickeln.

Zuerst werden Grundbegriffe der Medizin, wie Krankheit und Gesundheit, als auch Aspekte ihres Selbstverständnisses geklärt und beschrieben. Nachdem die Beziehung und Bedeutung von Ethik und Ethos geklärt wurden, werden die klassischen medizinischen Eide im Hinblick auf ihre Tauglichkeit zur Ethosbildung untersucht. Folgend findet eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Problembereichen im Hinblick auf das Ethos der Heilberufe statt. Dabei werden mehr grundlegende und alltagsprägende Elemente als Grenzsituationen ärztlichen Handelns in den Blick genommen und die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens anhand vom Health Report des Zukunftsinstituts kritisch eingeschätzt und bewertet. Abschließend wird in einem kleinen Exkurs die Frage beantwortet, was die ursprünglichen, einzigartigen Impulse des Christentums zur Gesundheitsversorgung beitragen.

In nächsten Abschnitt werden die Bedingungen von Religion und Spiritualität in heutigen, säkularen Gesellschaften im Gespräch mit den Religionssoziologen Charles Taylor und Hans Joas dargestellt. Dabei wird explizit Bezug auf die jüngste Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung (KMU) genommen. Hier soll herausgearbeitet werden, in welchem gesellschaftlichen Umfeld sich ein religiöses christliches Ethos zu

---

<sup>4</sup>Giovanni Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin ein Lehrbuch* (Stuttgart: Schattauer, 2012), 395.

artikulieren hat und welche Herausforderungen und Chancen an den verschiedenen Fronten entstehen. Auch der aktuelle Beitrag der Religion zum gesellschaftlichen Leben wird hier kurz angerissen.

Anschließend werden subjektzentrierte ethische Ansätze zur Ethosbildung, genauer die Tugend- und die Mitleidsethik, vorgestellt und in Bezug auf ihre Tauglichkeit für ein christliches Ethos der Gesundheitsberufe diskutiert. An dieser Stelle soll auch die Frage beantwortet werden, was christliche Religion und Glaube zur Charakterbildung beitragen können. Abschließend werden, abgeleitet von den gemachten Beobachtungen, eigens ausgewählte essentielle Elemente eines ärztlichen Ethos für heutige Herausforderungen skizziert und die Impulse des christlichen Glaubens einbezogen.

Ziel der Arbeit ist es dabei nicht, ein umfassendes ethisches System zu entwerfen, sondern durch das Zeichnen eines großen Bildes Orientierung für ein christliches Ethos der Gesundheitsberufe zu bieten und einzelne, praxis- und subjektbezogene Vorschläge zu unterbreiten. Maßgeblich beeinflusst wurde diese Arbeit von der Dissertation Karl Hunstorfers von 2007, die die Veränderungen in der Medizin, insbesondere die Technisierung, und deren Bedeutung für das ärztliche Ethos untersucht und philosophische Kritik und Lösungsvorschläge anbietet. Durch den Einbezug jüngerer Literatur, zusätzliche (medizin-)ethische, religionssoziologische und christliche Perspektiven, werden Hunstorfers Ausführungen ins Gespräch gebracht und weitergeführt.

# I. Die gegenwärtige Lage des ärztlichen Ethos

## 2 Grundfragen zum Selbstverständnis der modernen Medizin

### 2.1 Medizin als praktische Naturwissenschaft

Bisweilen wird die Medizin als praktische Naturwissenschaft verstanden. Sie macht sich Erkenntnisse der Grundlagen- und Naturwissenschaften zu Nutze, um diese in der Praxis anzuwenden und ihre Ziele zu erreichen. Damit partizipiert sie maßgeblich an dem Selbstverständnis der Naturwissenschaften, geht jedoch durch die Anwendung ihrer Erkenntnisse am Menschen darüber hinaus. Folglich spielt das zugrunde liegende Naturverständnis eine entscheidende Rolle.

Die jeweiligen Auffassungen darüber, was die Natur sei, unterliegen seit jeher einem Wandel. Einschneidend ist hier die Veränderung des antiken und mittelalterlichen Naturverständnisses zum neuzeitlichen und schließlich von der Aufklärung geprägten Naturbegriffs. Während man in Antike und Mittelalter die Natur als kosmische Ordnung verstand, in der der Mensch seinen Platz finden musste und in die er sich möglichst harmonisch einfinden sollte, veränderte sich dies in der Neuzeit zu einem funktional-mechanistischen Bild von der Natur, die im Experiment ergründet werden muss und keine logisch-deduktiven Schlüsse zulässt.<sup>5</sup> Leitendes Erkenntnisinteresse war nicht mehr die Frage, was ein Naturphänomen sei, sondern wie es funktioniert. Die Naturerkenntnis diente ehemals vor allem der Kontemplation durch die Einordnung in ein religiöses oder philosophisches Gesamtbild. Mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften zielte diese darauf ab, die Natur ohne Religion oder Philosophie zu erklären und für den Menschen handhabbar zu machen.<sup>6</sup> Besonders prägend wurde in dieser Entwicklung die Wissenschaftsauffassung der Aufklärung, wie sie unter anderem bei Immanuel Kant zu finden ist:

---

<sup>5</sup>Karl Hunstorfer, *Ärztliches Ethos: Technikbewältigung in der modernen Medizin?*, Europäische Hochschulschriften Reihe XXIII, Theologie 837 (Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Wien: Lang, 2007), 191ff.

<sup>6</sup>Hunstorfer, a.a.O., 25.

„Die Vernunft muss mit ihren Prinzipien, nach denen allein übereinkommende Erscheinungen für Gesetze gelten können, in einer Hand, und mit dem Experiment, das sie nach jenen ausdachte, in der anderen, an die Natur gehen, zwar um von ihr belehrt zu werden, aber nicht in der Qualität eines Schülers, der sich alles vorsagen lässt, was der Lehrer will, sondern eines bestellten Richters, der die Zeugen nötigt, auf die Fragen zu antworten, die er ihnen vorlegt.“<sup>7</sup>

In der Folge der Entwicklung und Ausdifferenzierung der Naturwissenschaften kam es zur weiteren Einschränkung des Erfahrungsbegriffes. Dieser erklärt sich im Wesentlichen aus den Bedingungen, die für wissenschaftliches Arbeiten gefordert sind: Reproduzierbarkeit bzw. Machbarkeit, Gesetzmäßigkeit bzw. Prognosefähigkeit und Quantifizierbarkeit.<sup>8</sup> Als praktische Naturwissenschaft, die sich im Alltag mit der individuellen und kontingenten Erfahrungsrealität der Menschen auseinandersetzt, führt ein solcher Erfahrungs- und Naturbegriff zu erheblichen Problemen, die insbesondere den Übertrag vom naturwissenschaftlichen Bereich in den der Handlungen und praktischen Entscheidungen betrifft. Genauer, das Treffen medizinischer Entscheidungen auf der Basis naturwissenschaftlicher Erkenntnisse:

„Ein Gegenstand empirisch-einzelwissenschaftlicher Erkenntnis wird nicht dadurch anthropologisch relevant, dass er aussagt, was der Mensch ist; sondern dadurch, dass wir zuvor – als Menschen uns selbst erfahrend und verstehend – wissen, was Menschsein heißt, gewinnen empirische Einzelerkenntnisse erst ihre anthropologische Bedeutsamkeit.“<sup>9</sup>

Das rückt einerseits anthropologische Fragen, also die Frage nach deutender Lebenssinnggebung, und andererseits die Vorbedingungen und Grundannahmen der Naturwissenschaften in den Mittelpunkt. Die Naturwissenschaften erklären das Leben als materielle Selbstorganisation in einem evolutionären Prozess, inklusive einer Determination von Moral (z. B. durch Gene). Dabei sind jedoch stets bestimmte Vorbedingungen getroffen, sodass die erfahrbare Wirklichkeit von einem gewissen Standpunkt aus wahrgenommen wird. Die Verabsolutierung dieses Standpunktes und die Annahme einer Voraussetzungslosigkeit der Naturwissenschaft ist als naturwissenschaftlicher Reduktionismus einzuschätzen.

---

<sup>7</sup>Immanuel Kant, *Kritik der reinen Vernunft*, zitiert in: Hunstorfer, a.a.O., 173.

<sup>8</sup>Hunstorfer, a.a.O., 174.

<sup>9</sup>Emerich Coreth, *Was ist der Mensch?: Grundzüge einer philosophischen Anthropologie* (Wien: Tyrolia, 1986), 13.

Dass sowohl eine voraussetzungslose Wissenschaft als auch interessenlos wissenschaftlich tätige Personen Mythen sind und Wissenschaft immer theoriegeleitet ist, also Voraussetzungen notwendig braucht, führt Hunstorfer in Aufnahme der Gedanken Nietzsches aus:

„F. Nietzsche hat bereits zum Ideal des klassischen Rationalismus, dass in der Wissenschaft Überzeugungen keinen Platz haben, festgestellt, da dieses Ideal selbst wieder eine Überzeugung darstellt, die so gebieterisch und bedingungslos ist, dass sie alle anderen Überzeugungen sich zum Opfer bringt. Man sieht, auch die Wissenschaft ruht auf einem Glauben, und es gibt gar keine, voraussetzungslose Wissenschaft.“<sup>10</sup>

Eine naturwissenschaftliche Ethik, die blind für ihren wissenschaftlichen Reduktionismus bleibt, verdrängt existentielle Fragen und führt zu Funktionalität und Zweckmäßigkeit, also einer Nützlichkeitsethik, die einen klassischen Sein-Sollen-Fehlschluss in sich birgt. Dass eine derartige „naturwissenschaftliche“ Ethik in ihren extremen Auswüchsen bereits zu den Desastern des Nationalsozialismus und zur Ausbeutung der Natur als Ziel menschlichen Schaffens führte, lässt das neuzeitliche Programm, dass die Naturwissenschaften die Rolle von Philosophie und Theologie übernehmen, in einem äußerst fraglichen Licht erscheinen. Vielmehr scheinen wir heute auf die Bewältigung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und die philosophische oder theologische Einordnung dieser angewiesen zu sein.<sup>11</sup> Die fachlich-technische und die sittlich-praktische Dimension der Medizin gehen seit jeher Hand in Hand. Die stete Besinnung auf die Gegebenheit, dass die Naturwissenschaft nur lehrt, was man kann, nicht, was man soll, ist in Anbetracht des enormen technischen und wissenschaftlichen Fortschritts essentiell. Dennoch bleibt das Problem: Die Medizin „stellt eine eigene Art praktischer Wissenschaft dar, für die im modernen Denken der Begriff abhandengekommen ist.“<sup>12</sup> Medizin als praktische Naturwissenschaft hat daher die Ethik immer mit einzubeziehen, sodass die Ethik kein „Add-On“ der Medizin sein kann.

---

<sup>10</sup>Hunstorfer, a.a.O., 170. In Auseinandersetzung mit Friedrich Nietzsche, *Die fröhliche Wissenschaft*. Und: „Es gibt, streng geurteilt, gar keine `voraussetzungslose` Wissenschaft [...], ein `Glaube` muss immer erst da sein, damit aus ihm die Wissenschaft eine Richtung, einen Sinn, eine Grenze, eine Methode, ein Recht auf Dasein gewinnt.“ F. Nietzsche, *Zur Genealogie der Moral*. Zitiert in: Hunstorfer, a.a.O., 179.

<sup>11</sup>Hunstorfer, a.a.O., 195f.

<sup>12</sup>Hans-Georg Gadamer, „Apologie der Heilkunst“ in *Kleine Schriften*, Bd. 1 (Tübingen: Mohr, 1976), 216. Vgl. zur „praktischen Wissenschaft“ auch Dörner, *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*, 2. Aufl. (Stuttgart: Schattauer, 2003), 17ff.

Vom naturwissenschaftlichen Blickwinkel aus ergibt sich die Herausforderung, dass sich praktisches Wissen nicht so gut verobjektivieren lässt wie theoretisches Wissen. Denn ein guter Teil des praktischen Wissens ist nicht gegenständlich sondern dispositionell.<sup>13</sup> Es braucht ethische Kompetenz, die Ärztinnen und Ärzte befähigt, „konkrete Handlungssituationen zu erkennen, sie zu bewerten und auf dieser Grundlage verantwortlich zu entscheiden.“<sup>14</sup> Inhalte praktischen Wissens sind immer an die Person des Arztes gebunden, sodass Grundlagenprobleme der Medizin nicht ohne die personale Instanz des handelnden und verantwortlich entscheidenden Arztes oder der Ärztin als Subjekt diskutiert werden können.

## 2.2 Krankheits- und Gesundheitsverständnis

Neben dem spezifischen naturwissenschaftlichen Selbstverständnis der Medizin bilden die Begriffe von Krankheit und Gesundheit die Grundlage medizinischen Forschens und Handelns. Hier schlägt sich die alte grundlegende Spannung zwischen rational-mechanistischer und geistig-spiritualistischer Deutung von Natur und Leben am deutlichsten nieder.

### 2.2.1 Krankheitsbegriff

Als verbreitet und gängig kann heute ein Verständnis von Krankheit gelten, das Krankheit als Dysfunktionalität auffasst. Dies impliziert, dass Krankheit messbar ist, insofern man sich auf Normalitätsbedingungen einigen kann. Krank ist, wer medizinischer Behandlung bedarf. Gesundsein stellt den Gegenfall dar. Dysfunktionalität wird wissenschaftlich festgelegt. Dieser Ansatz kann am ehesten als „pathogenetisch“ beschrie-

---

<sup>13</sup>Selbst die statistische Berechnung krankheits- und gesundheitsrelevanter Dispositionen steht bei der Betrachtung des individuellen Einzelfalls, der die medizinische Alltagsrealität bestimmt, unter Vorbehalt, da für den Einzelnen vordergründig relevant ist, ob er krank wird oder nicht und nicht mit welcher Wahrscheinlichkeit welches Ereignis eintritt. Siehe zu der Problematik der individuellen Situation in der evidenzbasierten Medizin: Urban Wiesing und Georg Marckmann, *Freiheit und Ethos des Arztes: Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit*, Lebenswissenschaften im Dialog, Bd. 8 (Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2009), 36ff.

<sup>14</sup>Hunstorfer, a.a.O., 214.

ben werden und eignet sich gerade durch seine funktionale Handhabbarkeit und Standardisierbarkeit.<sup>15</sup> Allerdings simplifiziert dieser praktische Krankheitsbegriff ein komplexes Geschehen und wird dem subjektiven Krankheitsaspekt nur teilweise gerecht. Knoepffler weist dabei auch auf die limitierende Tatsache hin, dass der deutsche Wortschatz hier begrenzt und weniger differenziert ist als z. B. der englische. Krankheit kann im Englischen wesentlich differenzierter ausgedrückt werden: disease (z. B. Infekt oder Herzinfarkt, d. h. funktionale Störung); illness (subjektives Empfinden); sickness (Übelkeit); disorder (Taubstummheit, d. h. funktionale Abnormalität); impairment (Beeinträchtigung durch z. B. genetische Veränderungen).<sup>16</sup> Dies macht die Vielschichtigkeit des Krankheitsbegriffes deutlich, sodass ein umfassender, aber eindeutiger und einfach handhabbarer Begriff kaum zu formulieren ist. Gerade deshalb warnt Hunstorfer zu Recht:

„Krankheitsbegriffe können sehr oft eine verführerische Wirkung besitzen, da sie sowohl dem Patienten wie auch dem Arzt Interpretations- und Prognosesicherheiten nur vortäuschen.“<sup>17</sup>

Als komplementärer Begriff zum pathogenetischen Krankheitsverständnis gilt das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Zentral dabei ist der *sense of coherence* (dt.: Kohärenzsinn) als Kern der Frage nach der Entstehung von Gesundheit. Darunter versteht er eine

„globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens [sense of coherence] hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“<sup>18</sup>

Dieser Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff hat in den vergangenen Jahrzehnten breite Aufmerksamkeit und Zustimmung gefunden. Krankheit wird weniger als Dysfunktionalität und damit lästige und zu beseitigende Abnormalität verstanden, sondern

---

<sup>15</sup>Nikolaus Knoepffler, *Den Hippokratischen Eid neu denken: Medizinethik für die Praxis*, Angewandte Ethik Medizin, Bd. 5 (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2021), 283.

<sup>16</sup>Ebd., 278.

<sup>17</sup>Hunstorfer, a.a.O., 29.

<sup>18</sup>Aaron Antonovsky. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Tübingen: dgvt-Verlag, 1997), 36. Vgl. Wolfgang U. Eckart, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, 9. Aufl., Springer Lehrbuch (Berlin, Heidelberg: Springer, 2021), 361.



viel mehr als biographisch zu integrierender Teil des Lebens. Das ermöglicht es, Krankheit und Gesundheit wieder mehr dem existentiellen Spannungsfeld von „Leben und Tod als untrennbar verbundene Einheit, als Lebenswirklichkeit des Menschen“<sup>19</sup> zugänglich zu machen und den Tod nicht als „gewaltsame Negation des Lebens“, sondern als Lebensaufgabe zu begreifen. Dies ist durchaus als Kritik am gängigen pathogenetischen Krankheitsbegriff der Medizin zu verstehen: „sie [die Medizin] lässt keinen anderen Zugang zum Verständnis der eigenen Krankheit zu als den einer pathobiologisch beschreibbaren Fehlsteuerung.“

### 2.2.2 Gesundheitsbegriff

Über die Definition und Vorstellung von Gesundheit wurde in den vergangenen Jahrzehnten vermutlich noch intensiver und kontroverser diskutiert. So kann vorab gesagt werden:

„Gesundheit ist (noch) kein eindeutig definiertes Konstrukt. Sie wird individuell und sozial produziert, konstruiert und organisiert. Allgemeine Ordnungsvorschläge systematisieren Gesundheit als Abgrenzungskonzept, Funktionsaus-sage oder normative, wertorientierte Setzung.“<sup>20</sup>

Gerade die Wertorientierung ist ein kaum zu unterschätzender Aspekt. In der Wahrnehmung der Bevölkerung kann Gesundheit als das wichtigste und höchste Gut im menschlichen Leben aufgefasst werden. Gesundheit wird damit auch zum Gegenstand moralischer Anstrengung, zur aktiven Aufgabe und zum Sehnsuchtsziel. Die Präsenz von Thermen, Wellness und anderen Angeboten zum Erreichen von Gesundheit, Balance und Harmonie deuten auf diesen Aspekt hin: „Gesundheit und ganzheitliche Lebensqualität, körperliche und emotionale Bedürfnisse, somatische und spirituelle Seiten menschlichen Heilseins rücken zusammen.“<sup>21</sup> Die sogenannte WHO-Definition, die ursprünglich eher prinzipiellen als definitorischen Charakter haben wollte, versucht dieser Multidimensionalität Rechnung zu tragen:

---

<sup>19</sup>Dieses und folgende Zitate: Ewig, a.a.O., 149f.

<sup>20</sup>Peter Franzkowiak und Klaus Hurrelmann, „Gesundheit“, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits/>, aufgerufen am 12.10.2023.

<sup>21</sup>Herbert Meyer, *Medizin als Heilsversprechen: Die überforderte Gesundheit als theologisches Problem*, Erfurter Theologische Studien 50 (Würzburg: Echter, 2018), 5.

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“<sup>22</sup>

Diese Definition gilt sicherlich als die populärste. Sie ist jedoch trotz ihrer Wahrung von Multiperspektivität nicht unproblematisch. Besonders die Gleichsetzung von Gesundheit und Wohlergehen sei so utopisch, idealistisch und subjektiv, dass davon ausgehend kaum Rechtsansprüche geltend gemacht werden können, meint Knoepffler. Außerdem setze diese Gleichsetzung zu viele Anreize für Wohlergehensbehandlungen, während soziale Probleme entpolitisiert und medikalisiert werden. Auch eine Einladung zum genetischen Enhancement wird der Definition vorgeworfen.<sup>23</sup> Trotzdem gibt es in der Auseinandersetzung mit Gesundheit kein Vorbeikommen an dieser Definition. Ingo Proft schlägt, wie bereits beim Krankheitsbegriff, eine Differenzierung des Gesundheitsbegriffes in eine funktionale, subjektive, rollentheoretische und gesellschaftliche Ebene vor. Er versteht Gesundheit als ermöglichende Bedingung zur wesenhaften Realisierung vielfältiger Lebensvollzüge und Lebensqualitäten.<sup>24</sup>

Ein theologischer Zugang zur Gesundheit hat sich besonders mit der Beziehung von Heil und Gesundheit auseinanderzusetzen. Zum alttestamentlichen Heilsverständnis gehört Rettung aus Krankheit und Not ebenso wie Befreiung aus der Sklaverei usw. So kann Heil am ehesten mit dem Begriff „shalom“, also umfassendem Frieden, beschrieben werden. Neutestamentlich tritt das Heil in Christus als Person in den Vordergrund. Für beide gilt jedoch, dass der Mensch von sich aus kein Heil bewirken kann: im Kreuz ist Heil, Leben und Hoffnung (vgl. Jes 53). Damit entsteht auch eine Spannung zwischen dem gegenwärtigen und zukünftigen Charakter des Heils. Heil ist theologisch gesehen eine Tat Gottes: er wendet sich Menschen zu und herrscht.<sup>25</sup> Die

---

<sup>22</sup>Franzkowiak, a.a.O. Auf der 37. und 51. Weltgesundheitsversammlung wurde ebenfalls versucht, die spirituelle Dimension von Gesundheit in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Etwaige Vorschläge wurden mit Offenheit wahrgenommen, jedoch wenig weiter verfolgt.

<sup>23</sup>Knoepffler, a.a.O., 277.

<sup>24</sup>Ingo Proft, *Heilung und Heil in Begegnung*, Theologie im Dialog, Bd. 5 (Freiburg, Basel, Wien: Herder, 2010), 28ff.

<sup>25</sup>Meyer, a.a.O., 36ff.

Christian Medical Commission (CMC) hat versucht, diesem Verständnis und insbesondere dem Gottesbezug und der fehlenden Vollkommenheit des Menschen in einer ganzheitlichen Gesundheitsdefinition Rechnung zu tragen:

„Gesundheit ist eine dynamische Seinsart des Individuums und der Gesellschaft, ein Zustand des körperlichen, seelischen, geistigen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Wohlbefindens, der Harmonie mit den anderen, mit der materiellen Umwelt und mit Gott.“<sup>26</sup>

Ein bleibender kritischer Punkt ist, inwiefern das „Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus“ als Grundrecht, so die WHO-Definition, überhaupt möglich oder rechtlich umsetzbar ist. Hier scheint eher Einigkeit zu herrschen, dass es kein Recht auf Gesundheit und kein Recht auf Heilung geben kann. Lediglich ein Abwehrrecht, körperlich und seelisch nicht geschädigt zu werden, sei möglich, ebenso wie ein Recht auf Behandlung im Krankheitsfall.<sup>27</sup> Gesundheit sei schließlich kein Ver- oder Zuteilungsgut:

„Die Verantwortung des Staates für Leben und körperliche Unversehrtheit seiner Bürger kann nicht deren Gesundheit zum Gegenstand oder Ziel haben, sondern nur die bestmögliche Krankheitsabwehr.“<sup>28</sup>

Rückblickend bleibt festzuhalten, dass Krankheit und Gesundheit offene Begriffe bleiben, die im Spannungsfeld von Leben und Tod, Heil und Heilung, Objektivität und Subjektivität grundlegende Bestimmungen und Handlungsziele der Medizin beschreiben:

„In ihrer kosmologisch-anthropologischen Weite erinnern Gesundheit und Krankheit die Humanmedizin an ihre naturwissenschaftlich-geisteswissenschaftliche Doppelnatur. Gesundheit und Krankheit gehören wesentlich zum Leben. Das `Wie´ des Umgangs mit ihnen – und letztlich mit dem Sterben – macht die Qualität des menschlichen Lebens aus. Medizin will Leben erhalten und muss dessen Endlichkeit ebenso hinnehmen, wie alle Menschen die Endlichkeit akzeptieren müssen. Ohne die Mitarbeit des gesunden und des kran-

---

<sup>26</sup>Zitiert in: Meyer, a.a.O., 28. Einen exzellenten Überblick über verschiedene Gesundheitsdefinitionen liefert Beate Jakob, „Auf der Suche nach Heilung und Gesundheit: Annäherungen und Definitionsversuche“ in *Die heilende Dimension des Glaubens: Antworten auf eine wachsende Sehnsucht*, Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V. (Hg.), Difäm Studienheft 5 (Tübingen: Difäm, 2007), 6-14. Zur Ungreifbarkeit der Gesundheit besonders: Hans-Georg Gadamer, *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (Frankfurt: Suhrkamp, 2010), 138ff.

<sup>27</sup>Ewig, a.a.O., 136.

<sup>28</sup>Jan P. Beckmann, *Autonomie: Aktuelle Ethische Herausforderungen der Gesellschaft* (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2020), 315.

ken Menschen und ohne das Engagement einer verständnisvollen und hilfsbereiten Gesellschaft wird sich eine Heilkunst oder noch allgemeiner eine Gesundheitskultur nicht erreichen lassen.“<sup>29</sup>

## 2.3 Naturwissenschaft, Technik und Ethik

In Anbetracht des naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses der Medizin aber auch der jeweiligen Krankheits- und Gesundheitsauffassung, stellt sich die Frage nach dem Verhältnis von Naturwissenschaft, Technik und Ethik. Das entstandene Problem bringen die Medizinthoretiker Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack auf den Punkt:

„Die traditionelle Auffassung, nach der die Entwicklung von Theorien in der Medizin Aufgabe von Grundlagenwissenschaften sei, die sich nur vor einer ethisch neutralen wissenschaftlichen Basis verantworten müssten, ist bereits das Produkt einer Theorie, die den Menschen aus der Realität eliminiert hat; sie mutet dem Arzt die unmögliche Aufgabe zu, aufgrund `unmenschlicher` Theorien menschlich zu verantwortende Entscheidungen zu treffen.“<sup>30</sup>

Rationalisierung und Technisierung sind trotz der ihnen entgegengebrachten Skepsis und Ambivalenz allzu oft Grundlage einer generellen Orientierung in einer komplexen Welt. Das führt u. a. dazu, dass sich auch die ethisch-moralische Verantwortung zunehmend auf die Durchführung von spezialisierten Sachleistungen konzentriert. Dem zugrunde liegenden empirisch-rationalen Denken gelingt es dabei nicht, seine wertvollen Erkenntnisse in einen ganzheitlichen Sinnhorizont zu integrieren.<sup>31</sup>

„Dennoch zeigt sich, dass wir trotz des Reichtums an ethischen und kulturellen Werten in unserer pluralistischen Gesellschaft nicht selten vor Situationen stehen, in denen uns die zur Bewältigung notwendigen Wertorientierungen fehlen. Ausdruck dafür sind die oftmals beklagte Flucht in die Apparatedizin, die mehr an eine defensive Haltung erinnert, an einen Notstand an ethischer Verantwortungskompetenz und Entscheidungswillen beim Arzt und Patienten. Nicht zu entlasten sind ebenso die Institutionen der Krankenversorgung und

---

<sup>29</sup>Hunstorfer, a.a.O., 168 Wie hier zu sehen ist, taucht in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit der Begriff des Lebens immer wieder auf. Eine dezidierte Auseinandersetzung mit der Frage, was das Leben ist und was es ausmacht, drängt sich bereits an dieser Stelle auf. Im Verlauf der Arbeit wird dieses Thema immer wieder gestreift werden. Eine explizite Auseinandersetzung würde den Rahmen der Arbeit jedoch sprengen. Für eine theologische Sicht auf Krankheit, Gesundheit und Heilung siehe: Lukas Sander, *Krankheit und Heilung*, unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau (Ditzingen, 2022).

<sup>30</sup>Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack, *Theorie der Humanmedizin* (München: Urban und Schwarzenberg, 1988, X.

<sup>31</sup>Hunstorfer, a.a.O., 28.

des Gesundheitswesens, des öffentlichen Gesundheitssystems. Krisenmanagement kann niemals Ersatz für eine profunde, zähe und ehrlich sachlich geführte ethische Grundlagenreflexion sein, auch wenn diese mehr Energie, Verständnis, Zeit und Denkanstrengung erfordert.<sup>32</sup>

Damit ist nicht gemeint, dass eine ethische Wertreflexion der Naturwissenschaft und ebenso der Technik und Ökonomie das Wasser abgräbt. Vielmehr braucht es eine Gleichzeitigkeit dieser Bereiche, wobei die Ethik v. a. eine Vergewisserung auf ihre Anthropologie braucht: „Wenn nicht zu einem konsensfähigen Bild vom Menschen zurückgefunden wird, dürfte sich das Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft kaum justieren lassen.“<sup>33</sup> Das Maschinen-Modell des Menschen, das in den Naturwissenschaften zu den heutigen Errungenschaften geführt hat, die niemand wirklich missen möchte und gemäß dem ein Experte ein Organ betrachtet, eine Diagnose stellt und anschließend die entsprechende Intervention durchführt, braucht eine Revision. Ewig sieht die Kritik des Maschinenmodells als Beginn der Erneuerung des Berufsbildes der Ärztinnen und Ärzte. Die Naturwissenschaften müssen, so Ewig, in die therapeutische Beziehung eingeordnet werden.<sup>34</sup> Damit greift er besonders die von von Uexküll und Wesiack aufgeworfene Frage nach dem Subjekt in der Medizin auf, die, bezogen auf die Gesundheitsberufe, gerade die Suche nach deren Ethos impliziert.

## 2.4 Menschenbilder in der Medizin

Hier sollen einige Menschenbilder dargestellt werden, die die medizinische Praxis prägen, um einen Ausgangspunkt für die Frage nach dem Menschen zu schaffen. Denn „ohne eine anthropologische Reflexion würde die Ethik nicht auskommen, verweisen doch die allermeisten medizinethischen Fragen geradezu zwangsläufig auf die Frage nach dem Menschenbild.“<sup>35</sup> Oft entsteht durch eine ungeklärte anthropologische Grundlegung Dissens auf der Handlungsebene, der eigentlich durch verschiedene implizierte Menschenbilder verursacht ist.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup>Hunstorfer, a.a.O., 27.

<sup>33</sup>Beckmann, a.a.O., 81ff.

<sup>34</sup>Ewig, a.a.O., 67ff.

<sup>35</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 3.

<sup>36</sup>Ebd., 375f. Für eine ausführliche anthropologische Grundlegung für die Medizin bzw. Pflege mit besonderer Berücksichtigung des kranken Menschen und seiner biblischen Verankerung sei auf Proft, a.a.O., 85-232 verwiesen. Hier werden einige Stereotype skizziert, um einen Überblick zu geben.

Das sogenannte Maschinen- oder Mechanismus-Modell des Menschen wurde bereits kurz thematisiert. Auf diesem Modell basiert der Erfolg der modernen Medizin, auch wenn dem ein methodischer Reduktionismus zugrunde liegt: „Die heutige Allgegenwart medizinischer Technik bei Verdrängung der Sinnfrage aus dem Alltag der Medizin ist nur vor dem Hintergrund eines mechanistischen Menschenbildes denkbar.“<sup>37</sup> Gleichzeitig hat dieses Menschenbild nicht nur die Wissenschaft, sondern auch die Wirtschaft und das Vergütungssystem im Gesundheitswesen mitgeprägt. Die durch DRGs (diagnosis related groups) standardisierte Vergütung ist auch eine Folge der Vorstellung, dass man nur möglichst effizient Technik auf den Menschen anwenden müsse, um ihn zu reparieren.

Zweitens wird der Mensch in der Medizin zunehmend als souveräner Kunde betrachtet und nicht als Hilfe suchender und auf Vertrauen angewiesener Patient. Der Arzt wird so zum professionellen Dienstleister, der Wissen und Können, nicht aber seine Person zur Verfügung stellt. Die Medizin geht damit vom Dienst am Menschen zur Lieferung eines Produktes über, bei dem es auf Fehlerlosigkeit und reibungsloses Funktionieren ankommt.<sup>38</sup> In der Schönheits-, Wellness-, und Wohlstandmedizin kann dieses Menschbild durchaus als vorherrschend betrachtet werden.

Drittens wird der Mensch in der Medizin als atomistisches Einzelwesen verstanden. Die individualistische Prägung und Dominanz der Autonomie des Menschen, die u. a. auch hinter dem Prinzip des *Informed Consent* steckt, tritt hier besonders zu Tage. Der Einzelne muss alle Entscheidungen treffen, während das soziale Wesen des Menschen wenig Berücksichtigung findet. Die zunehmende Zahl von eigens verantworteten Patientenverfügungen kann ebenfalls als Anzeichen dafür gewertet werden. Dabei findet die Tatsache wenig Berücksichtigung, dass das Sterben lange in einen familiären und gesellschaftlichen Kontext eingebettet war.<sup>39</sup>

Viertens wird der Mensch gewissermaßen als „machbar“ wahrgenommen. Darin zeigt sich der Irrglaube, die Ausgestaltungen des Lebens kontrollieren und steuern zu können. So etwas wie Schicksal, Zufall oder ähnliches hat darin kaum einen Platz. Krankheit wird zum Ergebnis menschlicher Entscheidungen. Der Mensch darf nicht

---

<sup>37</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 377.

<sup>38</sup>Ebd., 379.

<sup>39</sup>Ebd., 380f.

einfach sein, sondern muss gemacht werden. Darin ist der fragliche Versuch zu erkennen, die Kontingenz der Lebenswirklichkeiten abzustreifen.<sup>40</sup>

In Anbetracht dieser vier eher problematisch einzuschätzenden Menschenbilder schlägt Giovanni Maio vor, den Menschen als vulnerabel und auf andere angewiesen zu verstehen. Folge der anderen Menschenbilder sei,

„dass Krankwerden, Schwachwerden, Gebrechlichwerden und Hilfsbedürftigwerden nicht als Manifestationen des Menschseins gesehen werden, sondern lediglich als bedauernswürdige Defiziterscheinungen und befremdliche Schundstufen des `normalen`, des gesunden Menschen.“<sup>41</sup>

Krankheit müsse zum Menschsein gehören, sagt Maio in Anlehnung an Romano Guardini. Angewiesenheit und Hilfsbedürftigkeit dürfen wieder konstitutive Merkmale des Menschseins werden:

„Erst diese Haltung des Stehenlassens und die Vermeidung eines ständigen Abgleichs der in sich schon wertvollen Wirklichkeit mit einem fiktiven Ideal ermöglichen es, dem Sosein einen Sinn abzugewinnen.“

Das biete die wertvolle Möglichkeit, Krankheitserfahrung in das menschliche Leben zu integrieren. Nach Maio „wäre der Mensch gesund, der zu einem guten und akzeptierten Verhältnis zu seinem Kranksein befähigt ist.“

Maios Vorschlag ist mit einer christlichen Perspektive auf den Menschen mehr als kompatibel. Dort zeichnet sich der Mensch durch seine Gottesebenbildlichkeit als besondere Schöpfung Gottes aus. Dabei ist diese Eigenschaft gerade als gegeben und ohne Vorleistung anzuerkennen und muss nicht neu realisiert oder wiederhergestellt werden. Gleichzeitig drückt sich darin auch das Bezogen-Sein des Menschen auf seinen Schöpfer, sein soziales Umfeld und die Natur aus, in die jeder Mensch gestellt ist.<sup>42</sup> Durch die Botschaft des Neuen Testaments und Jesu Verkündigung der Umkehr und der Gottesherrschaft, die u. a. in seinen Heilungswundern Ausdruck findet, wird der Mensch in Krankheit und Gesundheit in einen eschatologischen Kontext gestellt. Die Heilungen sind Zeichen des empfangenen Heils unter der angebrochenen Herrschaft

---

<sup>40</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 381ff. Kürzlich hat Giovanni Maio zu diesem Sachverhalt ein eigenes Buch herausgebracht, das nicht mehr in die Arbeit eingehen konnte: Giovanni Maio, *Ethik der Verletzlichkeit* (Freiburg i. Br.: Herder, 2024).

<sup>41</sup>Dieses und folgende Zitate: Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 384ff.

<sup>42</sup>Proft, a.a.O., 117.

Gottes. Gleichzeitig bleiben Mensch und Welt an ihre Vergänglichkeit als „irdische Gefäße“ gebunden und erwarten die vollendete Erneuerung. Die Umkehr ist keine „sittliche Zerknirschung über die eigenen irdischen Laster, sondern die ganzheitliche Hinwendung zu der in Jesus Christus sichtbar werdenden neuen Wirklichkeit“<sup>43</sup>. Daher ist Ethik im Sinne Jesu keine soteriologische Größe und Heil keine kausale Folge sittlichen Handelns. Die „Radikalität und Bereitschaft, den sündigen Menschen anzunehmen, bilden eine unlösliche Einheit in der Ethik Jesu.“<sup>44</sup> Kreuz und Auferstehung eröffnen schließlich neue Dimensionen des Menschseins: „Das Ausgestrecktsein auf das Mehr des Lebens in Glaube und Liebe, beflügelt von Hoffnung, wird zum Fundament christlicher Anthropologie.“<sup>45</sup> Die Botschaft des Heils nivelliert jedoch nicht die Fragwürdigkeit der Fragilität menschlichen Lebens, sondern integriert sie in das Vertrauen auf die Macht der Liebe Gottes, die auch dort noch Sinn und Identifikation bietet, wo menschliche Weisheit und Macht an ihre Grenze kommen.<sup>46</sup> Vor diesem Hintergrund ist Maios anthropologischer Vorschlag vom christlichen Bild des Menschen her begrüßenswert.

Je nach vorherrschendem Menschenbild ändern sich auch das Selbstverständnis und die Kernaufgabe der Medizin. Wird der Mensch mit Maio als vulnerabel und angewiesen verstanden, kommt der Medizin die Kernaufgabe zu, eine Antwort auf den Zustand des Angewiesenseins zu geben, nämlich die absolute Zusicherung, das medizinische Wissen in den Dienst notleidender Menschen zu stellen. Angelehnt an die responsive Ethik Levinas<sup>47</sup> soll das Antlitz des Kranken reichen, um die Motivation zur Hilfeleistung auszulösen. Hilfe und Annahme von Krankheit müssen wieder als Teil der Heilung begriffen werden. Dementsprechend haben Heilberufe einen Wert in sich, auch wenn sie nicht heilen können, nämlich darin, dass sie den kranken Menschen in seiner Not annehmen. Wider alle Machbarkeit gewinnt der alte Satz *medicus curat, natura sanat* wieder an Bedeutung, der das Unterstützen des Heilungsprozesses betont. So weist Maio darauf hin, dass das Heilsame der Therapie häufig in der dem therapeutischen Gespräch entspringenden Kraft des Patienten entsteht, indem dieser

---

<sup>43</sup>Proft, a.a.O., 136.

<sup>44</sup>Ebd., 140.

<sup>45</sup>Ebd., 146.

<sup>46</sup>Ebd., 185.

<sup>47</sup>Für den medizinischen Kontext aufgearbeitet in Dörner, a.a.O.



die Welt und das Leben anders zu sehen beginnt. Während die drängende Frage nach der Wirksamkeit der Therapie den Blick auf das Messbare richtet, erfahren die Beziehungsqualitäten der Patienten neu eine besondere Aufmerksamkeit.<sup>48</sup> Maio ist in den wesentlichen Punkten absolut zuzustimmen. Allerdings muss die Frage beantwortet werden, wie die technischen und naturwissenschaftlichen Errungenschaften gelungen in diese Art der Medizin integriert werden können, wie ein erfolgreiches medizinbezogenes Erwartungsmanagement in der Arzt-Patienten-Beziehung gestaltet werden kann und welche ökonomischen Herausforderungen sich daraus ergeben.

Die Frage nach dem Menschenbild und folgend nach der Identität der Medizin rückt die Suche nach Ethosformen in den Vordergrund, da gerade das Ethos mit Blick auf das gute und gelingende Leben Orientierung bieten soll.<sup>49</sup> Maio identifiziert hier eine enge Verbindung zwischen der Identität der Medizin und einem tugendethischen Ansatz der Philosophie.

„Im Rahmen eines tugendethischen Ansatzes sind die anderen [Menschen] immer schon impliziert; das gelingende Handeln ist kein Einzelhandeln, sondern immer ein Zusammenhandeln. [...] Tugenden entspringen nicht aus dem Nichts, sie sind auch nicht ‚machbar‘, sondern das Resultat der (habitualisierten) Einsicht, dass das Handeln des Einzelnen von einem Zusammenhang des Ganzen ausgeht. Sofern sich der Mensch nicht als prinzipiell vereinzelt und souverän-machend, sondern immer zugleich als ein in Gemeinschaft geworfenes, verletzliches und angewiesenes Beziehungswesen erfährt, wird er danach streben, diesem Ganzen des Menschseins in seinem Handeln zu entsprechen.“<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup>Steffen Simons, „Einleitung: Die ärztliche Grundhaltung“ in *Der gute Arzt im Alltag: Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis*, Steffen Simons (Hg.) (Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2005), 4f. Vgl. Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 386f. Exemplarisch kann das Problem einer einseitigen Fokussierung auf Messbares an der Arbeitsweise von Qualitätsmanagement (QM) in der Klinik verdeutlicht werden. So können sogenannte „weiche Faktoren“, z. B. Beziehungs- und Gesprächsqualität, kaum quantifizierbar erfasst, geschweige denn standardisiert werden. Das suggeriert, dass erfasste, weil leicht messbare Faktoren die Qualität der Arbeit hinreichend erfassen würden, was weder dem Erleben des Gesundheitspersonals noch der Realität entspricht. Dazu Christiane Stüber, *Berufsethos im Krankenhaus: Zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethischen Orientierungen des medizinischen Personals im Krankenhaus*, Gesundheitspolitik, Günter Feuerstein (Hg.) (Stuttgart: ibidem, 2013), 112.

<sup>49</sup>Dörner, a.a.O., 8. Vgl. Hunstorfer, a.a.O., 20.

<sup>50</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 388.

## 3 Ethik und Ethos

### 3.1 Die Frage nach dem Ethos

Die Frage, warum überhaupt ein spezifisches Berufsethos in der Medizin notwendig ist, mag selbstverständlich erscheinen. Dennoch kann diese Notwendigkeit nicht einfach vorausgesetzt werden. Gelungene Medizin lebt von einem enormen Vertrauensvorschuss, den Patientinnen und Patienten ihren Ärztinnen und Ärzten entgegen bringen. Sie begeben sich in einen vulnerablen und natürliche Grenzen der Scham und Intimität überschreitenden Beziehungsrahmen, der ein höchstes Maß an Verantwortung und Moral erfordert:<sup>51</sup>

„Gesundheit und Leben sind Güter, die sich von anderen durch ihre Überwertigkeit so stark unterscheiden, dass sie mehr als bei anderen Hilfsberufen Sittlichkeit des Handelnden verlangen, die in einer spezifischen Berufsethik ihren Ausdruck findet.“<sup>52</sup>

Zu einer gelungenen Medizin, die der Arzt-Patienten-Situation gerecht wird, gehören nicht nur die Befolgung von Kodizes, Prinzipien, Rollen oder die korrekte Anwendung einer Handlungstheorie, sondern gerade das, was die Handelnden darüber hinaus von sich aus einbringen: die Berufung, die Einstellung, das Engagement usw. Daran fehlt es zwar nicht, aber diese Dinge werden häufig desavouiert: durch strukturelle Unzulänglichkeiten, Karriereinteressen, überfordernde Dienstpläne, Schwierigkeiten, Arbeit und Familie in Einklang zu bringen, Einschränkungen in der Wahl der Mittel durch ökonomische Aspekte, Unzulänglichkeiten und allzu menschliches Verhalten im Umgang miteinander in der Alltagsarbeit.<sup>53</sup>

Die Frage nach dem Ethos stellt sich dabei insofern, dass sich Sittlichkeit und sittliche Erfahrung in einem immer schon normativ ausgelegten Lebens- und Daseinsverständnis ausdrücken. Die Erkenntnis des Rechten und Guten reicht nicht um ihrer selbst willen, sondern erfährt erst in der Praxis die eigentliche Konkretion. Der Mensch

---

<sup>51</sup>Wiesing und Marckmann, a.a.O., 15ff. Vgl. Stüber, a.a.O., 6. Besondere Sensibilität für die vulnerable Ausgesetztheit von Patientinnen und Patienten trotz proklamierter Autonomie und folgende Verantwortung des Arztes zeigt Dörner, a.a.O., 23ff.

<sup>52</sup>Eckart, a.a.O., 375.

<sup>53</sup>Hunstorfer, a.a.O., 32f.

erfährt sich in der Perspektive des praktischen Handelns in einem Beziehungsgeschehen zu sich selbst, zu anderen und zu den Dingen. Darin erfährt er auch einen Anspruch, wie er sich verhalten soll. Selbst wenn die Frage des Menschen, wie es mit der Gesamtheit der Welt und seinem Platz darin steht, ungeklärt bleibt, scheint es kein menschliches Dasein zu geben, das nicht Handlungsregeln und Ansichten darüber besitzt, was gut und böse, was sinnvoll oder sinnlos sei. Die Deutung dieses ethischen Bereichs kommt dem Individuum aus der Gesellschaft zu. Von dort kommen Weltdeutungen und Orientierungshilfen, und in diesem Rahmen erfährt er die Evidenz des Sinnes des Handelns.<sup>54</sup> Ziel der Frage nach dem Ethos ist ein sinnvoll gestaltetes Leben, das den Mensch zum Maß nimmt:

„Die anthropologische Implikation in der Ethosdiskussion führt deshalb nicht zum `Wie´ der Handlungen, sondern zu Orientierungskriterien oder Prinzipien, die dem Handlungsfeld ein Grundmuster oder Vorprojekt der sinnvermittelnden Orientierung zur Verfügung stellen.“<sup>55</sup>

### 3.2 Ethos und Ethik – Eine Unterscheidung

Die Begriffe Ethos und Ethik sind bereits häufig angeklungen, ohne eine genauere Ein- und Abgrenzung vorzunehmen. Hier soll nun dargestellt werden, wie Ethos und Ethik sich unterscheiden, sich zueinander verhalten und worauf sie abzielen.

„Ethik in der Medizin hat es mit den `Lebensproblemen´ zu tun, in dem Sinne, dass sie die letzten Fragen aufwirft, jene Fragen also, die sich stellen, wenn wir alle Fakten gesammelt haben und dann fragen: Was bedeutet das nun für uns und für das menschliche Leben als Ganzes?“<sup>56</sup>

Die Rolle der Ethik ergibt sich aus dem Selbstverständnis der Medizin als praktische Wissenschaft, die eben gelingende Praxis zum Ziel hat:

„Der Horizont oder Rahmen, in dem dieses Ziel verfolgt wird, sind das menschliche Leben und Dasein, Welt- und Naturverbundenheit wie -abhängigkeit. Damit zielt indirekt wie direkt die medizinische Ethik letztendlich durch ihr Bemühen auf die Diskussion und Klärungssuche nicht nach dem Sinn des Wertbegriffes Leben, sondern nach dem `Sinn des Lebens´.“<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup>Hunstorfer, a.a.O., 272.

<sup>55</sup>Ebd., 267.

<sup>56</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 4.

<sup>57</sup>Hunstorfer, a.a.O., 219.

Damit ist der Anspruch der Ethik hoch gesteckt. Eine gelingende Praxis ist jedoch stets auf theoretische Reflexion und Kritik zu ihrer Weiterentwicklung und Verbesserung angewiesen. In diesem Sinn kann über das Verhältnis von Ethik und Ethos gesagt werden:

„Ethische Prinzipien werden in Büchern diskutiert, Ethos lernt man nicht aus Büchern, sondern im Leben. Über Ethik kann man diskutieren und rasonieren, Ethos wird gelebt.“<sup>58</sup>

Hilfreich ist es, ebenfalls das Paar Ethos und Ethik von Moral und Recht abzugrenzen. Ethik „thematisiert die Sprache der Moral, rechtfertigt ethische Normen und entwickelt konsistente ethische Theorien.“<sup>59</sup> Moral meint gesellschaftliche Konventionen bzw. Normen, Werte und Einstellungen. Das Ethos ist dann als Spezialfall der Moral aufzufassen, der Normen und Werte einer bestimmten Gruppe ausdrückt. Ethos und Moral stehen damit in einer gewissen Wechselwirkung:

„Moral kann sich zu keinem Zeitpunkt auf den gerade gültigen Komplex von Normen, Wertmaßstäben usw. beschränken, sondern braucht das sittliche Subjekt mit seinem Ethos, das die geltende Moral bewertet, durch sein Handeln zur Geltung bringt oder sie auch abändert und ergänzt.“<sup>60</sup>

Das Recht als „kodifizierte Moral“ stellt verbindliche Normen auf, die meist als Wert- und Normkompromisse zu Gesetzen werden. Erweitert kann man also zum Ethos sagen:

„Im Unterschied zur Reflexion auf die strukturell-formalen Inhalte ethisch verantwortbaren Handelns geht es hier daher um die Fragen nach Einstellung, Grundhaltungen und Dispositionen, Normen und Prinzipien, die das Arztsein prägen. Person und Sachfeld des Berufes bilden dafür den Ausgangspunkt der Reflexion [...].“<sup>61</sup>

Ethos kann folglich, wie bereits erwähnt, als eine Art Vorprojekt verstanden werden, das jeder ethischen Reflexion voraus geht. Oder etwas einfacher: Ethos meint „das Ensemble der Werte oder Güter, die für diese Gruppe selbstverständlich sind.“<sup>62</sup>

---

<sup>58</sup>Hans-Martin Sass, *Hippokratisches Ethos und nachhippokratische Ethik*, Medizinethische Materialien 92 (Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 1994), 10f.

<sup>59</sup>Knoepffler, a.a.O., 28f.

<sup>60</sup>Elisabeth Göbel, *Unternehmensethik: Grundlagen und praktische Umsetzung*, 6. Aufl. (München: UVK Verlag, 2020), 35.

<sup>61</sup>Hunstorfer, a.a.O., 266f.

<sup>62</sup>Dörner, a.a.O., 7.

Ärztliches Ethos steht damit immer im Gesamtrahmen des gesellschaftlichen Ethos, das sich für Deutschland und wertverwandte Gesellschaften am ehesten mit Freiheit, Toleranz, Solidarität, Menschenwürde und Menschenrechten umreißen lässt.<sup>63</sup> Dabei geht das ärztliche Ethos jedoch nicht einfach im gesamtgesellschaftlichen Ethos auf:

„Das ärztliche Ethos als Berufsethos bezieht sich auf das Handlungsfeld von Gesundheit und Krankheit, sodass es sich in seiner spezifischen Bezugnahme abgrenzt von anderen wie auch dem geltenden gesamtgesellschaftlichen Ethos. Dabei steht es zu Letzterem in einem engeren Verhältnis, sofern Inhalte des gesellschaftsrelevanten Ethos auch in diesem Berufsethos berücksichtigt und verwirklicht werden sollten. [...] Mit dem Berufsethos des Arztes/der Ärztin sind darüber hinaus Grundhaltungen, Prinzipien, Normen und Regeln gemeint, die sich an den Einzelnen richten und von diesem auch angenommen und zu verwirklichen gesucht werden.“<sup>64</sup>

Ärztliches Ethos hat sich dabei stets am berufsspezifischen Heilungsauftrag als Leitmotiv zu orientieren, das den Blick auf die Ganzheit menschlichen Lebens wahrt.<sup>65</sup> Ethos und Ethik als dessen kritische Reflexion, Vertiefung und Verwandlung stehen heute diversen Konfliktfeldern gegenüber:

„*Ethik* als konsensfähiger Inhalt rationaler Güterabwägungen und verbal vermittelbar und diskutierbar und *Ethos* als Vorbild und nicht verbal vermittelbar, sind in der heutigen Welt und Medizin nicht selbstverständlich. Deshalb sind die Sorge um das medizinische Ethos und die konsensorientierte rationale Arbeit an Prinzipien, Methoden und Zielen medizinischer Ethik nicht nur zufällig aktuell, sondern sachbedingt aktuell. Fortschritte in medizinischer Prädiktion, Intervention und Versorgung sowie gesellschaftlicher Wertpluralismus und individuelle Selbstbestimmung verlangen deshalb eine Erneuerung und Bestätigung des Ethos von Helfen, Heilen und Pflegen und der Entwicklung eines individuellen Gesundheitsethos; die Entwicklung einer transdisziplinären Wissenschaft biomedizinischer Ethik in Forschung und Lehre ist deshalb unverzichtbar. Eine Befragung der ethischen Traditionen wird sowohl in der Orientierung des gläubigen Gewissens am Gottesbild oder am Lehramt, oder des säkularen Humanisten an natürlichen und kulturellen Parametern der *conditio humana* und der Tradition erfolgen.“<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup>Hunstorfer, a.a.O., 272f.

<sup>64</sup>Ebd., 266.

<sup>65</sup>Ebd., 74.

<sup>66</sup>Sass, a.a.O., 6f.

### 3.3 Ethos und Ethik in pluralistischen Gesellschaften

Unsere moderne Gesellschaft ist gekennzeichnet von einer Pluralisierung und Differenzierung gesellschaftlicher Strukturen, die ein allgemeines Ethos unmöglich machen. Es entstehen Teilsysteme wie Wirtschaft, Wissenschaft, Kultur, Religion usw., die zweckrational organisiert werden. Daher wird die Verpflichtung auf einen allgemeinen Ethos aufgegeben, um sich auf die Verbindlichkeit von wenigen Grundwerten zu beschränken. Die unvermeidbare Schwierigkeit, gemeinsame Normen und Werte zu finden, führt in der Medizin zum Versuch, unter Beibehaltung fundamentaler Werte eine handlungsorientierte Ethik zu entwerfen, die sich an der konkreten Einzelsituation orientiert. Referenzpunkt ist dabei kein philosophisch-theologisches Wertesystem, sondern eine Werte- und Normenskala, die sich dem Pluralismus verpflichtet fühlt. Der Diskurs um die Begründung von Werten und Normen spielt darin eine sekundäre Rolle. Bei der Suche des Bezugspunktes der Medizin, ist eine gesellschaftliche Mitverantwortung an der Bestimmung des ärztlichen Ethos also unumgänglich.<sup>67</sup>

Das ist jedoch nicht so zu verstehen, dass pluralistische Gesellschaften automatisch relativistisch sein müssten. Dabei sollte zunächst ein allgemeiner von einem moralischen Relativismus unterschieden werden. Ein allgemeiner Relativismus akzeptiert keine allgemeine Wahrheit, kann also auch keine für sich selbst akzeptieren und steht sich im Diskurs selbst im Weg. Ein ethischer oder moralischer Relativismus, verstanden als Theorie von Kulturwerten, wäre zwar möglich, führt auf der Handlungsebene jedoch zu weniger konstruktiven Ergebnissen. Man denke an die Gegebenheit, dass aktive Sterbehilfe in einem Ort an der deutsch-niederländischen Grenze verboten, nur wenige Kilometer weiter jedoch erlaubt ist. Die nötige Toleranz beidem gegenüber lässt sich relativistisch nicht begründen. Beide Ansichten ethisch zu akzeptieren, ist ebenfalls sehr schwierig. Sie könnten maximal für verschiedene Gesellschaften ethisch akzeptabel sein. Normativ-ethische Aussagen sind jedoch keine Geschmacksempfindungen. Sonst könne man sogar eine gemeinsam geteilte Kriegsbegeisterung

---

<sup>67</sup>Hunstorfer, a.a.O., 199ff.

kaum kritisieren.<sup>68</sup> Ein wie auch immer gestalteter Relativismus führt also in pluralistischen Gesellschaften nicht zu verantwortbarem Handeln. Es braucht eine Art von Referenz oder Objektivität.

Objektivität in der Ethik kann daher am besten als „Transparenz auf die Legitimität der Existenz wie Wirkweise der Voraussetzungen hin“<sup>69</sup> verstanden werden. „Geht es um das objektiv sittlich gute Handeln, so sind sittliche Wertvorstellungen mit dieser Sinneinsicht und den anthropologischen Voraussetzungen zu vermitteln.“ Die Aufgabe medizinischer Ethik besteht in der kritisch systematischen Aufarbeitung dieser Wechselbeziehungen. „Objektivität ist hier ein zu realisierendes Programm, ein denkend-reflektierendes Mitgehen und nicht eine für neutral gehaltene Objektanschauung.“ Daher ist eine Ethikauffassung zu kritisieren, die um der Wissenschaftlichkeit willen nur die Sprache der Moral klären soll, ohne normativ zu sein: „diese Tradition [kann] mit ihrem eigenen Ansatz nicht mehr begründen, warum sie Wissenschaft auf die Kenntnis von verifizierbaren Fakten reduziert, denn genau diese Annahme selbst ist nicht mehr veri- oder falsifizierbar.“<sup>70</sup> Darüber hinaus ist der Begriff des Faktums wissenschaftstheoretisch ohnehin umstritten. „Eine universitäre Ethik sollte es darum wagen, wertende Stellungnahmen auszuarbeiten und rational zu rechtfertigen.“ Dabei warnt Knoepffler vor einem Sein-Sollens-Fehlschluss und der Vorstellung von ethischer Objektivität, die absolut ist. Jede Entscheidung ist eben auch eine Selbstdarstellung der Person, die diese Entscheidung trifft, und damit Ausdruck ihrer Persönlichkeit, Lebenswahrheit, Biographie als Interpretationsrahmen und Grundoption für das Leben:

„Wichtig ist für eine möglichst gute Entscheidung, sich diese eigenen Voraussetzungen bewusst zu machen, um in einer gewissen Distanz zur eigenen Geschichte die Entscheidungsfindung möglichst objektiv anzugehen.“

Perspektivität ist dabei zwar eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung für eine Entscheidung:

„Aufgrund der menschlichen Fähigkeit, dem besseren Argument mit guten Gründen zu folgen, soll deshalb davon ausgegangen werden, dass es trotz unterschiedlicher Perspektiven allgemeingültige moralische Prinzipien geben

---

<sup>68</sup>Knoepffler, a.a.O., 32.

<sup>69</sup>Diese und folgende Zitate: Hunstorfer, a.a.O., 221f.

<sup>70</sup>Diese und folgende Zitate: Knoepffler, a.a.O., 30.

kann, die für die meisten Religionen und Weltanschauungen zumindest in gewissen Grenzen anschlussfähig sind.“<sup>71</sup>

## 4 Die ärztlichen Eide und Ordnungen

### 4.1 Der Hippokratische Eid

Der Hippokratische Eid kann durchaus als Institution ärztlicher Berufsethik bezeichnet werden. Seit vielen Jahrhunderten prägt er grundlegend das ärztliche Selbstverständnis, erfasst Handlungsspielräume und -grenzen und bietet eine Orientierung für gute und sittliche Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Dennoch muss gefragt werden, inwiefern er auch heute noch tauglich ist, um in Anbetracht aktueller Entwicklungen und Problemstellungen eine Ethos bildende und Orientierung gebende Funktion zu übernehmen. Dazu soll ein Blick auf seine Entstehung und Entwicklung geworfen werden.

Nicht nur wegen seiner Wirkkraft gilt der Hippokratische Eid als „Zeugnis der hochstehenden griechischen Kultur.“<sup>72</sup> Dabei werden jedoch gerne die religiösen und mythischen Wurzeln übersehen und der Eid anachronistisch humanistisch, beinahe aufgeklärt interpretiert. Mit der eidlichen Verpflichtung ging in der Antike auch die Entscheidung für eine spezifisch religiöse, berufsständische und lebensgeschichtliche Zielvorstellung einher. So sicherte der Eid, der viel mehr als ein bloßes Versprechen galt, die berufliche Identität, aber auch den Lebensunterhalt und die soziale Stabilität. Dabei kann die mythologische Rolle kaum unterschätzt werden, da der Eid gewissermaßen als Kastenbewusstsein der Asklepiaden verstanden werden kann, in dem der Mythos der wesentliche Bestandteil der Erklärung des Daseins ist. In diesem Kontext sind auch die Gebote der Reinheit und Heiligkeit mit der Konsequenz der Ablehnung der Chirurgie zu verstehen.<sup>73</sup> Die Einflüsse auf den Eid und die hippokratische Medizin sind vielfältig und nicht einfach zu rekonstruieren. Gesichert gilt heute jedoch, dass neben gängiger Mythologie, v. a. die des Asklepioskultes, der Harmoniegedanke als Prinzip in Kosmos und Lebenswelt aus der pythagoräischen Schule, die eher sektenhaften Charakter hatte, die zugrunde liegenden Vorstellungen maßgeblich prägte.

---

<sup>71</sup>Knoepffler, a.a.O., 34.

<sup>72</sup>Hunstorfer, a.a.O., 113.

<sup>73</sup>Ebd., 94ff.



Auch ein Einfluss sokratischer Ethik, gekennzeichnet durch das „Nach-besten-Wissen-und-Gewissen“ Handeln, wird angenommen, gilt jedoch nicht als sicher. Letztendlich schlagen sich im Eid die Zielvorstellungen für Beruf und persönliches Leben nieder, insbesondere die Diätetik als Therapieform und Kunst der Lebensführung, sowie das Leben in eins mit der Natur inklusive Gesundheit, Krankheit, Tugend und Erziehung. Der Arzt wird als *Anthroplast*, d. h. Former des Menschen präsentiert.<sup>74</sup>

Der Hippokratische Eid erhält letztendlich erst im fünften Jahrhundert größere Bedeutung und geht unter der Leitidee des *Christus Medicus* in die ärztliche Standesethik ein, vermutlich über die Schrift „De medicinae animae“ von Hugo de Folieto. Das *Christus Medicus* Motiv zielt auf ein Arztverständnis ab, das von der menschlichen Krankheitserfahrung ausgeht und von dort den Auftrag zur Hilfe ableitet:

„So zeichnet sich hier doch ein erweitertes Bild des Arztes ab, der durch sein Bemühen das heilkundliche Wissen und seine Erfahrungen zu erweitern sucht, durch seine Haltungen der Geduld, Hingabe, des Ertragens, des Mitgefühls und Mitfühlens, der Einsicht, des klugen Verhaltens in richtiger Einschätzung der Situation, des selbstlosen Sich-Aussetzens den möglichen Gefahren, der Fürsorge, ohne Unterschiede oder Bevorzugungen in der Behandlung von Kranken zu machen, durch den freiwilligen Besuch ein vorbildhaftes Verhalten zeigt. Umklammert werden diese durch die *philanthropia*, die zugleich die grundlegende Motivation sein soll und, begründet im *soter* Jesus Christus, eine neue Dimension erhält.“<sup>75</sup>

Stellt man die Frage, was vom Inhalt des Hippokratischen Eides über seine historische Bedeutung und Funktion hinaus bis heute relevant ist, bleibt zunächst die Schweigepflicht und die Achtung der Privatsphäre bestehen. Der Gedanke der Würde menschlicher Personalität sowie gesellschaftliche, organisierte ökonomische und wissenschaftliche Rahmenbedingungen, die heute entscheidend sind, werden nicht thematisiert. Ebenso bleibt die berühmte Formel „Salus aegroti et voluntas aegroti“ erhalten. Wohl und Wille des Patienten sollen höchstes Gut und prinzipielle Orientierung des Arztes sein.<sup>76</sup> Die Bedeutung dieser Maxime muss jedoch beim Übertrag in die heutige Zeit insofern kritisch eingeordnet werden, dass es neben dem Grundanliegen des Eides, das Wohl der Patienten schulmedizinisch zu sichern (schulmedizinisches Nichtschaden- und Fürsorgeprinzip), ein zentrales Anliegen ist, das Wohlergehen des

---

<sup>74</sup>Hunstorfer, a.a.O., 98ff.

<sup>75</sup>Ebd., 137f.

<sup>76</sup>Ebd., 28.

Arztes abzusichern (Berücksichtigung des Eigeninteresses). Das Prinzip des Wohlwollens ist patriarchal zu verstehen, dass also der Arzt weiß, was das Beste für den Patienten sei.<sup>77</sup> Diese Aspekte werden besonders im Kontext der anderen hippokratischen Schriften deutlich. Gerade in den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum imponiert eine Nützlichkeitsethik, die darauf abzielt, dass der Ruf der Medizin nicht in Misskredit fallen soll. Ebenso findet sich dort die Empfehlung, Fremde zu behandeln, da der Behandlungserfolg dem ärztlichen Stand zum Ansehen ver helfe.<sup>78</sup> Diese eigennützlichen Aspekte traten erst mit dem christlichen Einfluss in den Hintergrund.

Bleibende Orientierung für heute bietet auch die Ganzheitlichkeit der hippokratischen Medizin. So ist diese „nicht nur auf einen Aspekt des Menschseins orientierte Kunst, sondern sie sucht im Wesentlichen die Gesamtheit des menschlichen Daseins und seiner Existenz einzufangen.“<sup>79</sup> Hier ist jedoch kritisch anzumerken, dass in heutigen Ausbildungscurricula im Erbe des Hippokratischen Eides

„Fragen eines gerechten Gesundheitswesens [...] eine untergeordnete Rolle [spielen] und auch die Patientenselbstbestimmung könnte noch mehr im Fokus stehen. Absolut vorrangig ist die Ausbildung in der evidenzbasierten Medizin und der Fokus auf Nichtschadens- und Fürsorgeprinzip.“<sup>80</sup>

## 4.2 Das Genfer Ärztegelöb nis

Das Genfer Ärztegelöb nis entstand 1948 auf der zweiten Generalversammlung des Weltärztebundes, v. a. in Reaktion auf die Abgründe des Nationalsozialismus und des Zweiten Weltkrieges. Es wurde mehrfach revidiert, zuletzt 2017, und hat als Präambel Einzug in die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte erhalten. Das Gelöb nis lehnt sich an den Hippokratischen Eid an, soll jedoch keine religiösen Implikationen enthalten und für plurale Weltbilder und Religionen zugänglich sein. In der letzten Revision wurde besonders der Respekt vor der Patientenautonomie im Gelöb nis verankert, sowie die gesundheitliche Selbstfürsorge der Ärztinnen und Ärzte betont, da man aus Untersuchungen wisse, „dass übermüdete und

---

<sup>77</sup>Knoepffler, a.a.O., 45.

<sup>78</sup>Hunstorfer, a.a.O., 137.

<sup>79</sup>Ebd., 111.

<sup>80</sup>Knoepffler, a.a.O., 47.

überarbeitete Ärzte Gefahr laufen, schlechtere Medizin zu praktizieren.“<sup>81</sup> Auch der damalige Präsident der Bundesärztekammer und Council of the World Medical Association Frank Ulrich Montgomery bemerkt, dass ärztliches Personal und Pflegende immer ausgebrannter, müder und erschlafte seien als früher und der Berufsstand mehr auf sich selbst achten müsse.<sup>82</sup> Zurecht merkt Knoepffler an dieser Stelle kritisch an, dass hier wie auch im Internationalen Pflegekodex die Gesundheit und das Wohlergehen des Gesundheitspersonals für die Arbeit funktionalisiert werden: Das Gesundheitspersonal solle auf die eigene Gesundheit, *um* die Fähigkeit zur Berufsausübung nicht zu beeinträchtigen.<sup>83</sup>

Anders als im Hippokratischen Eid werden die Eigeninteressen der Anhänger der ärztlichen Profession im Genfer Gelöbnis nicht abgesichert, sondern den Einzelnen die gesellschaftliche Erwartung von Solidarität, Altruismus, einem liebevollen Umgang usw. übertragen. Diese stehen jedoch häufig im Konflikt mit den jeweiligen Eigeninteressen, sodass die Gefahr der Ausbeutung des Altruismus in systemischen Zusammenhängen eher verstärkt wird. Knoepffler fragt daher danach, wie Regeln in einer Gesellschaft so gefunden und implementiert werden können, dass ein menschendienliches Gesundheitswesen entsteht, selbst wenn alle Menschen nur eigeninteressiert wären. Die Schutzfunktion, die der Hippokratische Eid für die Ärzteschaft ausübte, und die systemische Betrachtungsweise kommen im Genfer Gelöbnis sicherlich zu kurz. Ob es Sinn ergibt, geschweige denn realistisch ist, die sittliche Eigenmotivation als Faktor für ein menschendienliches Gesundheitssystem zu relativieren, sei jedoch dahingestellt. Alternativ könnte man fragen, welche Strukturen und Gesetze ein altruistisches Ethos vor Ausbeutung schützen und honorieren. Insbesondere für die Frontstellungen gegenwärtiger Medizin zwischen Technisierung, Ökonomisierung, Gerechtigkeitsfragen usw. scheint das Gelöbnis wenig Hilfestellung zu geben.

---

<sup>81</sup>Ramin Parsa-Parsi und Urban Wiesing, „Revision des ärztlichen Gelöbnisses“, *Deutsches Ärzteblatt* 114/44 (2017): A-2023-A-2024.

<sup>82</sup>Martin Scherer, „Experteninterviews mit Repräsentanten des Gesundheitswesens“ in *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen*, Martin Scherer, Joe Berghold und Helmwart Hierdeis (Hg.) (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020), 313.

<sup>83</sup>Knoepffler, a.a.O., 42f.

### 4.3 Kritische Reflexion

Anschließend an die Auseinandersetzung mit den bekanntesten Kodizes ärztlicher Berufsethik, dem Hippokratischen Eid und dem Genfer Ärztegelöbnis, soll die heutige Relevanz solcher Institutionen kritisch reflektiert werden, um abzuwägen, ob die sich darin niederschlagenden Normen und Regeln ausreichen, um den Problemen in der Praxis gerecht zu werden.<sup>84</sup> Der vordergründigen Frage, ob ein Eid nicht unwirksam sei, kann entgegnet werden, dass sich durch einen Eid erst moralische von unmoralischen Praktiken unterscheiden lassen. Diese sind allerdings als Pflichten auch in den jeweiligen Standesordnungen enthalten, sodass man einen Eid auch für überflüssig halten kann. Da die Standesordnungen aber unbekannt und überladen sind, ist ein Eid brauchbarer. Zusätzlich bietet der Eid ein Ritual der Selbstverpflichtung als feierlicher Akt der Selbstbindung an das Ethos der Medizin.<sup>85</sup> Hierzu ist kritisch anzumerken, dass auch der Inhalt des Genfer Gelöbnis nicht sonderlich bekannt zu sein scheint<sup>86</sup> und auch ein feierlicher Akt als Ritual nicht unbedingt gängig ist, was den Wirksamkeitsoptimismus unter Vorbehalt stellt. Im Vergleich zu Gesetzen sollen Kodizes den Vorteil schnellerer Festlegung und Anpassungsfähigkeit an technische und moralische Entwicklungen haben. Nachteile sind die starke medizinische Ausrichtung und Legitimation, fehlende Rechtssicherheit und rechtliche Wirkungen. Allerdings können sie von Gutachtern als Abgrenzungsmaßstäbe herangezogen werden.<sup>87</sup> In Anbetracht der Tatsache, dass die Respektierung der Patientenautonomie und Selbstbestimmung erst 2017 Eingang in das Genfer Gelöbnis gefunden hat, bleibt jedoch auch kritisch zu hinterfragen, inwieweit ein Kodex schneller auf moralische Entwicklungen reagiert als das Gesetz.

Besonders die Frage nach der ärztlichen Entscheidungsfreiheit in Anbetracht ökonomischer Zwänge ist in der jüngeren Zeit in den Fokus der Betrachtung getreten:

„Gleichwohl hält die Studie [Privatisierung von Krankenhäusern und Folgen für das ärztliche Handeln, Bundesärztekammer, 2007] daran fest, dass die `soziale Rationalität des medizinischen Handelns des Arztes´ und mit ihr das ärztliche Ethos gegen die Dominanz der ökonomischen Rationalität profiliert und

---

<sup>84</sup>Hunstorfer, a.a.O., 12.

<sup>85</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 13f.

<sup>86</sup>Parsa-Parsi, a.a.O., A-2024.

<sup>87</sup>Hunstorfer, a.a.O., 155.

verteidigt werden müssen. Es gelte, `dem akademisch ausformulierten Paradigma des Ökonomischen widerstehen [zu] können´. Wie ein solcher Widerstand auszusehen vermag, wird allerdings kaum angedeutet.“<sup>88</sup>

Wils und Baumann-Hölzle sehen einen Eid hier als ein geeignetes Mittel an, um die Ärzteschaft in ihren freien Entscheidungen vor den politischen und ökonomischen Erwartungen von Interessenverbänden zu schützen:

„Darüber hinaus signalisiert die Berufsgruppe mit einem solchen Ethos, dass weder Markt noch Politik das Profil des Arztberufs ersetzen oder bestimmen dürfen. Ein solches Leitbild, worin das Berufsethos ausformuliert wird und das in einem Eid zu einem verbindlichen Ausdruck kommt, schützt den Berufsstand vor Einflüssen und Interventionen, sobald diese als unvereinbar mit den moralischen Standards des Berufs empfunden werden. Ohne Ethos und Eid jedenfalls wäre der Beruf externen Einflussnahmen weitgehend schutzlos ausgeliefert.“<sup>89</sup>

Die Rolle der Gruppe spielt dabei eine wichtige Rolle. Denn „die Schlacht wird“, so schreibt der britische Politikwissenschaftler Colin Crouch, „auf dem Feld der Moral ausgetragen. [...] Moralische Werte sind schwache Waffen im Kampf gegen Geld und Macht, aber sie sind nicht wirkungslos.“<sup>90</sup> Das gilt insbesondere, wo gewisse Werte von einer ganzen Berufsgruppe geteilt werden. Dieser gemeinsame Wertekonsens ist jedoch nicht unangefochten:

„Die weitgehende Säkularisierung unserer Gesellschaft zeichnet sich in einer Diskussion konkurrierender weltanschaulich abhängiger Argumente und persönlicher Wertesysteme ab, die hinsichtlich der täglichen Praxis und der Lebensgestaltung des Menschen einen gemeinsamen Konsens benötigen.“<sup>91</sup>

Wie auch immer solch ein Konsens aussehen mag, er wird offen für plurale Weltanschauungen sein und viele Kompromisse eingehen müssen. Wie auch beim Genfer Gelöbnis zu beobachten ist, hat eine Kompromissfindung immer auch einen moralischen Profilverlust der jeweiligen Parteien zur Folge. Nun sei an dieser Stelle festzuhalten, dass einem Eid eine gewisse Schutzfunktion der Autonomie der Ärzteschaft durchaus zugetraut werden kann, da ein Konsens hier am ehesten machbar

---

<sup>88</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 9.

<sup>89</sup>Ebd., 44.

<sup>90</sup>Zitiert in: Ebd., 44. Vgl. Wiesing und Marckmann, a.a.O., 17f.

<sup>91</sup>Hunstorfer, a.a.O., 155.

scheint. Ob dies aber auch für einen proaktiven Charakter eines Eides als Kodifizierung des Berufsethos zutrifft, der zu Haltungen verpflichtet, die sowohl Ärztinnen und Ärzte voneinander, als auch Patientinnen und Patienten von der Ärzteschaft erwarten können, wie Wils und Baumann-Hölzle meinen<sup>92</sup>, erscheint in Anbetracht konkurrierender Wertanschauungen ambivalent. Recht behalten sie damit, dass zum Schutz der Autonomie, aber auch zur Ausgestaltung des Berufsethos mehr nötig ist als eine Steigerung der Menge ethischer Regeln. „Auch diese sind nicht in der Lage, die intrinsische Motivation, die den Kern der ärztlichen Tätigkeit ausmacht, zu erhalten oder gar zu ersetzen.“<sup>93</sup> So auch Hunstorfer:

„Es ist durchaus richtig, dass Charakter und Motivation mehr Vertrauen, Rücksicht und Ansehen schaffen als die bloße Beachtung von Kodizes, was uns ja der tägliche Umgang miteinander auch immer wieder vor Augen führt. Man wird sich als einer, der im medizinischen Bereich arbeitet, die Frage stellen müssen, ob der Umgang miteinander überhaupt letztendlich kodifizierbar oder regulierbar ist. Hier kommt dieses persönliche Moment mehr als anderes zum Vorschein, von dem sehr viel abhängt. Wir wagen durchaus zu sagen, wer ein anerkannter und geschätzter Kollege oder Mitmensch sein möchte, hat von sich aus diesen Beitrag zu leisten, den kein anderer für ihn erledigen kann, noch in der Hand hat und der auch nicht geregelt werden kann. Daher besitzt ärztliches Ethos als persönliche Grundhaltung, Einstellung und Verhalten nach wie vor seine genuine Bedeutung.“<sup>94</sup>

Sofern ein Eid zum persönlichen Engagement und zur intrinsischen Motivation beiträgt, kann dieser durchaus einen Beitrag leisten. Dazu wäre eine breitere Verbindlichkeit, die unter anderem durch ein öffentliches, feierliches Ritual gefördert werden könnte, zu begrüßen. Besonders die Sicherung der ärztlichen Autonomie müsste allerdings stärker in solch einem Gelöbnis verankert werden, als es derzeit im Genfer Gelöbnis der Fall ist. Erst dann kann die Verpflichtung der Selbstfürsorge zum Zweck der Arbeit verantwortlich ernst genommen werden. Gleichzeitig lebt ein solches Gelöbnis von seiner Universalität und Tradition, sodass der Vorschlag neue Gelöbnisse zu entwerfen, wie der Schweizer Eid für Ärztinnen und Ärzte<sup>95</sup>, nur als Zwischenschritt

---

<sup>92</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 43.

<sup>93</sup>Ebd., 22.

<sup>94</sup>Hunstorfer, a.a.O., 156. Siehe dazu besonders auch Dörner, a.a.O., 28.

<sup>95</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 60f.

zu einer größeren Reform gewertet werden kann. Die eigenverantwortliche Herausbildung entsprechender Haltungen und Tugenden als Ausdruck ärztlichen Ethos ist, wie beschrieben, nur im Ansatz kodifizierbar.

## 5 Aktuelle Problembereiche in der Medizin

### 5.1 Ökonomisierung

Die Ökonomisierung ist sicherlich eine der am häufigsten kritisierten Entwicklungen der Medizin: Spar- und Rationierungsmaßnahmen in Kliniken, zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern, fehlgeleitete Vergütungssysteme, Fachkräftemangel, IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) usw. sind nur wenige Aspekte, die in diesem Zusammenhang immer wieder diskutiert werden. Gerade mit Blick auf das Bild der Patientinnen und Patienten stehen die DRGs (diagnosis-related-groups) als Basis des Vergütungssystems in Kliniken stark in der Kritik, da diese die Patientinnen und Patienten v. a. als Kostenfaktoren erscheinen lassen.<sup>96</sup> Damit wird offensichtlich, dass die Ökonomisierung auch bezogen auf die Ärztinnen und Ärzte und deren Berufsbild erhebliche Auswirkungen hat. Das betrifft vor allem die impliziten Rationierungen, als Verteilung von Gesundheitsressourcen bei Mittelknappheit durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die so bei der Zuteilung von Maßnahmen zwischen ihren Patienten und Patientinnen entscheiden müssen. Implizite Rationierungen, z. B. Budgetierungen durch DRGs, sind wegen der fehlenden öffentlichen Debatte und Einigung auf Zuteilungsmaßstäbe leichter durchsetzbar als explizite Rationierungen, also solche, die „oberhalb“ der Arzt-Patienten-Interaktion, z. B. durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) vorgegeben werden und konformer mit dem ärztlichen Ethos gehen.<sup>97</sup> So äußert sich Frank Ulrich Montgomery, ehemaliger Chairman der WMA und Präsident der Bundesärztekammer, besorgt:

---

<sup>96</sup>Dazu Beckmann, a.a.O., 313ff. Siehe auch: Lutz Bergemann, „Wie viel Zeit gehört den kranken Menschen? Der Beitrag der Care-Ethik für einen personorientierten Umgang mit Zeit in der Klinik“ in *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*, Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.), JEK 11 (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018), 56ff. Besonders ausführlich widmet sich Stüber den DRGs: Stüber, a.a.O., 66-94.

<sup>97</sup>Wiesing und Marckmann, a.a.O., 61ff.

„Die größte Sorge bereitet mir der zunehmende Konflikt zwischen – ich sag das jetzt mal sehr platt – der Verwaltung auf der einen Seite und den Ärzten auf der anderen Seite. Jeder gibt den ökonomischen Druck mit den für ihn völlig rationalen Methoden weiter.“<sup>98</sup>

Damit meint er ökonomische Vorgaben der Geschäftsführung an die Ärzteschaft einerseits und deren Abwehr für das Individuum Patient von Seiten der Ärztinnen und Ärzte andererseits. Natürlich ist selbstverständlich, dass eine Medizin ohne Ökonomie nicht möglich ist. Zu problematisieren ist vielmehr die Dominanz der Ökonomie über die Medizin, die die Forderung der Nachordnung der Ökonomie hinter die Medizin laut werden lässt. Maio nennt die Ökonomisierung und deren Auswirkungen die „große Transformation“.<sup>99</sup> Diese sei für die Veränderung des ärztlichen Berufsbildes und Ethos von erheblicher Bedeutung:

„Die praktischen Auswirkungen der stattfindenden Transformationen beginnen das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs tiefgreifend zu verändern. Die vor-malige ärztliche Lebensform verschwindet. Aber es handelt sich nicht bloß um eine Veränderung des Berufsbildes. Die Güte und Qualität der ärztlichen Arbeit selber ist betroffen. Unter dem Diktat der Ökonomie schreitet die De-Professionalisierung oder Entkernung der ärztlichen Praxis voran. Hilfe und Heilung weichen einem unternehmerischen Handeln. Die Ökonomisierung ruft stressbedingte Ausfälle hervor. Sie führt häufig zu einem Zynismus, zu einer sogenannten inneren (und immer öfter auch tatsächlichen) Kündigung. Nicht selten breiten sich auch Gefühle von Scham und Schuld aus, weil zu Handlungen veranlasst wird, die in einem Widerspruch zum ärztlichen Ethos und zu den medizinischen Zielvorgaben stehen. Die De-Professionalisierung ist dann zu einer Demoralisierung geworden.“<sup>100</sup>

Dabei ist die angeprangerte De-Professionalisierung gerade als eine paradoxe Folge der Professionalisierung zu verstehen:

„Die vorhin genannte Professionalisierung wurde anfangs als erforderliche Anpassung an das Profil moderner Institutionen und deshalb als Optimierung des ärztlichen Leistungsgefüges propagiert. Inzwischen wird sie aber immer öfter als Verringerung der beruflichen Handlungsfreiheit und als tendenzieller Ausverkauf berufsspezifischer ethischer Standards wahrgenommen. Aus einer Professionalisierung wurde eine Entfremdung oder eine Entkernung.“<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup>Scherer, a.a.O., 316.

<sup>99</sup>Zitiert in: Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 29.

<sup>100</sup>Ebd., 34f. Eine hervorragende, ausführliche Auseinandersetzung mit dieser Entwicklung, der Gestaltung der Medizin nach ökonomischen Gesichtspunkten und insbesondere die Konsequenzen für das Gesundheitspersonal findet sich bei Stüber, a.a.O., 77-94, 107-118, 189-256.

<sup>101</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 38f.



Die Dominanz der Ökonomie über die Medizin führt besonders zu einem Vertrauensverlust, der Patientinnen und Patienten daran zweifeln lässt, ob die Ärzteschaft tatsächlich unabhängig von ökonomischen Gesichtspunkten entscheidet.<sup>102</sup> Zunehmende Klagen von Patientenseite sind eine Auswirkung des Vertrauensverlustes. Dies führt in der Konsequenz jedoch dazu, dass Ärztinnen und Ärzte teurere Versicherungen abschließen und zu Defensivmedizin und Überdiagnostik gedrängt werden, um sich rechtlich nicht anfechtbar zu machen. Dass beides enorme Kostenfaktoren sind, liegt auf der Hand.<sup>103</sup> Die ökonomische Zweckrationalisierung und Juridifizierung ärztlichen Handelns schädigt damit gerade die nichtobjektivierbaren und vorrechtlichen Faktoren ärztlichen Handelns, wie Gewissenhaftigkeit, Sorgfalt, Unbedingtheit des persönlichen Einsatzes, die zwar zentral in der Verantwortung für die Patientinnen und Patienten sind, aber nur in ihren Auswirkungen und nicht im Kern durch rechtliche Regelungen erreicht werden können. Das zunehmende Dichterwerden von rechtlichen Normen schwächt vorrechtliche Normen und führt über die Transformation des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu einer Art Geschäftsbeziehung, in der der Arzt hinter die angebotene Leistung zurücktritt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird mehr quantitativ als qualitativ bestimmt.<sup>104</sup> Das betrifft gerade zentrale ärztliche Handlungsfelder, wie die Aufklärung der Patientinnen und Patienten:

„Mehr und mehr verstärkt sich so der Eindruck, dass die Patientenaufklärung nicht in erster Linie dem *informed consent*, einer informierten Einwilligung des Patienten, sondern dem rechtlichen Schutz von Ärzteschaft, Pflegepersonal und Krankenhäusern dient.“<sup>105</sup>

---

<sup>102</sup>Mit der herausragenden Bedeutung des Vertrauens in der Medizin und dessen Wechselwirkung mit einem heilberuflichen Ethos und der zunehmenden Ökonomisierung hat Christiane Stüber sich in ihrer Dissertation dezidiert auseinandergesetzt. Auf Basis verschiedener Vertrauentheorien reflektiert Stüber das Zueinander von Medizin und Ökonomie, wobei sie gerade die Vertrauenssicherung als Managementaufgabe insofern herausarbeitet, dass von dort Strukturen geschaffen werden müssen, die die Sorgebeziehung zwischen Arzt und Patient stärken und sie vor Interessen dritter schützt. Siehe Stüber, a.a.O., 244ff.

<sup>103</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 47f.

<sup>104</sup>Hunstorfer, a.a.O., 208ff.

<sup>105</sup>Knoepffler, a.a.O., 218.

Es wird schnell offensichtlich, dass weder die Mechanismen des Marktes noch das demokratische Spiel der Kräfte einen Ethos oder eine stabile moralische Grundlage bilden, die aber zur festen Identität der Heilberufe gehören.<sup>106</sup> Vielmehr entstehen immer schwerwiegendere Konflikte. Denn

„das ärztliche Ethos des Helfens ist geprägt von Haltungen – `Tugenden´ – und damit einhergehenden Pflichten, die nicht ohne weiteres mit der genannten Ökonomisierung harmonieren.“<sup>107</sup>

Die ärztliche Handlung als Produkt, dessen Produktionsprozess anhand von Effizienz und Qualitätskriterien optimiert wird, führt schließlich zur Entpersonalisierung der Medizin. Diese attackiert gleichzeitig den Kern der Motivation Studierender zum Arztberuf:<sup>108</sup> die parallele

„Verrechtlichung der medizinischen Praktiken und die Überformung der primären medizinischen Tätigkeiten durch Dokumentationspflichten, Kontrollmechanismen und Wettbewerbsgesichtspunkte erschweren vielen Ärzten zunehmend die Identifikation mit dem Beruf.“<sup>109</sup>

Ökonomisierung und Verrechtlichung betreffen gerade auch das Menschen- oder Patientenbild, sodass die Entwicklung eines Dienstleistungsverhältnisses in der Medizin der Vorstellung Vorschub leistet, dass man Gesundheit kaufen und verkaufen könne:

„Anthropologisch verfehlt ist, dass der heutige Mensch sich immer weniger damit abzufinden weiß, dass er ein von der Natur aus unvollständiges Wesen ist, und statt dessen immer mehr in die Versuchung gerät, seine biologische Existenz für perfektibel zu halten, und dies allen voran mit Hilfe der Medizin.“<sup>110</sup>

## 5.2 Beschleunigung

Beschleunigungsprozesse betreffen nicht nur die Medizin, sondern sind in unzähligen Gesellschaftsbereichen wahrnehmbar. In der Medizin zielen sie besonders auf Effizienzsteigerung ab, also um z. B. durch Digitalisierung, technischen Fortschritt, Pro-

---

<sup>106</sup>Dörner, a.a.O., 19ff. Vgl. Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 45.

<sup>107</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 5.

<sup>108</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 391f.

<sup>109</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 12f.

<sup>110</sup>Beckmann, a.a.O., 356.

zessoptimierungen, ökonomische Maßnahmen usw. mehr in weniger Zeit zu schaffen.<sup>111</sup> Der Medizinethiker Urban Wiesing bemerkt zum Teilaspekt Forschung und Medizin:

„Auf der einen Seite [steht] der massive Zuwachs von wissenschaftlichen Erkenntnissen, der nicht so große Zuwachs von medizinischen Handlungsoptionen, und auf der anderen eine geradezu beschleunigungsresistente Eigenzeitlichkeit.“<sup>112</sup>

Gerade die Arzt-Patienten-Beziehung, und dies kann auch für die therapeutischen Beziehungen anderer Heilberufe angenommen werden, gehört zu diesen beschleunigungsresistenten Feldern. Verbunden mit ökonomischen Zielen, führt Effizienzsteigerung dazu, dass die Zeit für Zuwendung wegrationalisiert werde. Ulrich spricht hier in Anlehnung an die Zeitsoziologie von einer „Wende zur Praxis“<sup>113</sup>. Bereiche, die sich der Geldökonomie, Prozesslogik und technischer Optimierbarkeit entziehen, also beschleunigungsresistent sind, sollen identifiziert werden und in ihrer Eigenzeitlichkeit achtsam wahrgenommen werden. Kein Entschleunigungsprogramm oder besseres Zeitmanagement braucht es, sondern eine andere Zeitökonomie, die achtsam für eben diese beschleunigungsresistenten Bereiche ist. Interessante Beobachtungen ergeben sich dazu auch durch eine internationalere Perspektive. Mit dem Satz „Ihr habt die Uhr, wir haben die Zeit“ fasst Christa M. Bauermeister die Erfahrung von Beziehungsqualität im Rahmen eines Schülerprojektes in einem Krankenhaus in Tansania zusammen. Den Zusammenhang von Zeit und Krankheit für die Beteiligten beschreibt sie dabei so:

„Und diese von den Angehörigen geschenkte Zeit, die oft nur aus stillem Sitzen neben dem Krankenbett bestand, war für alle Betroffenen eine selbstverständliche Voraussetzung des Heilungsprozesses.“<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup>Hans G. Ulrich, „`Alles braucht seine Zeit...´ Stichworte und Leitfragen zum Ethikalltag des Universitätsklinikums“ in *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*, Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.), JEK 11 (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018), 19ff. Vgl. Bergemann, a.a.O., 58.

<sup>112</sup>Scherer, a.a.O., 330.

<sup>113</sup>Ulrich, a.a.O., 30.

<sup>114</sup>Christa M. Bauermeister, „Geld, Zeit und Sinn: Beobachtungen und Erfahrungen im Umgang mit der Verfügbarkeit und dem Sinn von Zeit am Beispiel `Krankenhaus´ in Tansania und in Deutschland“ in *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck*, Scherer, Berghold und Hierdeis (Hg.) (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020), 232ff.

Aber auch Bereiche außerhalb therapeutischer Beziehungen sind maßgeblich davon betroffen. So erzählt Frank Ulrich Montgomery:

„Das Leiden [an der Beschleunigung] drückt sich für mich zum einen darin aus, dass ich in letzter Zeit oft das Gefühl hatte, meine Arbeit nicht mehr zu schaffen. Ich will für mich selbst solche Worte wie `Burn-out´ nicht in Anspruch nehmen, aber man hat einfach das Gefühl, man rennt, hechelt immer hinter irgendeiner zu lösenden Aufgabe her und kommt nie an, so ein Sisyphos-Phänomen.“<sup>115</sup>

Mit dieser Auffassung bleibt er sicherlich nicht allein. Erschöpfungsphänomene betreffen den Großteil der Ärztinnen und Ärzte. So dokumentiert eine Umfrage des Marburger Bundes, dass drei Viertel der Krankenhausärzte, nicht zuletzt aufgrund von Erschöpfung, einen Tätigkeitswechsel in Erwägung ziehen.<sup>116</sup> Derartige Schlagzeilen sind keine Einzelfälle. Besonders der ärztliche Nachwuchs wird durch Ökonomisierung, Verrechtlichung und gleichzeitige Beschleunigung stark belastet.<sup>117</sup> Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe Universität Frankfurt, spricht in diesem Zusammenhang vom „Hyperdynamen Stillstand“ als nur oberflächlicher Prozessbeschleunigung:

„Wir beobachten an manchen Stellen ein Phänomen, das ich als `hyperdynamen Stillstand´ bezeichnen möchte. Es dreht sich ganz viel, es wird beschleunigt, aber die Dinge kommen trotzdem nicht von der Stelle.“<sup>118</sup>

Nicht selten stehen solche Beschleunigungsprozesse im Zusammenhang mit Zukunftsvorstellungen, die sich i. d. R. durch einen Technikoptimismus auszeichnen. Wiesing bemerkt dazu:

„Ich glaube, dass wir im Augenblick in der Medizin in einer Art Futurologie leben, also in Narrativen über die Zukunft, die uns sehr viel versprechen und geradezu Heilserwartungen verkünden. [...] Wir müssen uns jetzt zusammenraufen und alles bündeln, um ganz schnell Grundprobleme der Menschheit loszuwerden. Und das können wir durch die neuen Technologien: Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Molekularisierung, Genetisierung der Medizin.“<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup>Scherer, a.a.O., 313.

<sup>116</sup>Deutsches Ärzteblatt, „Drei Viertel der Krankenhausärzte erwägen Tätigkeitswechsel“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131787/Drei-Viertel-der-Krankenhausaerzte-erwaegen-Taetigkeitswechsel>, aufgerufen am 15.10.2023.

<sup>117</sup>Deutsches Ärzteblatt, „Jeder dritte Assistenzarzt denkt über Jobwechsel nach“, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123457/Jeder-dritte-Assistenzarzt-denkt-ueber-Jobwechsel-nach>, aufgerufen am 15.10.2023.

<sup>118</sup>Scherer, a.a.O., 301.

<sup>119</sup>Ebd., 333f.

### 5.3 Technisierung

Ökonomisierung und Beschleunigungsprozesse gehen häufig einher mit der Frage nach der Bedeutung der Technisierung in der Medizin. Wie die Forderungen nach schnellerer Digitalisierung oder die Zukunftsvisionen für künstliche Intelligenz anschaulich zeigen, wird Technik und deren fortschreitende Entwicklung eine überragende Kompetenz zur Problemlösung zugetraut. Das schlägt sich nicht zuletzt in der Vergütung wieder, denn technische Maßnahmen, also Laboruntersuchungen oder apparative Diagnostik werden wesentlich besser vergütet als das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Nicht selten wird das Maß an Technik, wenn auch unbewusst, als Maß für medizinische Qualität empfunden:

„Die Maschinenparks der Krankenhäuser vermitteln die Botschaft: Krankheit ist unter Kontrolle. Sie sind viel mehr als nur ein Mittel unter vielen in Behandlungskonzepten – sie sind der Mittelpunkt der Behandlung. Jede Praxis und jede Klinik wirbt augenfällig mit ihren Maschinen, das Vertrauen in deren technische Fähigkeiten gehört quasi zum Behandlungsvertrag.“<sup>120</sup>

Für die Rolle der Ärztin oder des Arztes bedeutet das, dass sich aus der klassischen Arzt-Patienten-Beziehung eine Art Dreierkonstellation von Patient-Technik-Arzt entwickelt, die eine gewisse Unmittelbarkeit der Beziehung durchaus beeinträchtigt:

„Offenbar wird der Arzt bzw. die Ärztin nicht mehr als Nächste/r, als verstehende, helfende und gegebenenfalls auch tröstende Person empfunden. Zwischen Arzt und Patient türmen sich Berge von Technik, Daten und Dokumentationen. Sie scheinen sich aus den Augen verloren zu haben.“<sup>121</sup>

Dabei gehört die Medizin möglicherweise gerade zu den Bereichen, die den Technikoptimismus besonders in Frage stellen und die die Entfremdung, die der Mensch, und besonders Patientinnen und Patienten, in der Begegnung mit Technik erfahren, besonders deutlich zu Tage fördern. So sind Geschichten von Patientinnen und Patienten, die sich trotz enormen Technikeinsatz schlecht und unmenschlich be-

---

<sup>120</sup>Ewig, a.a.O., 158f.

<sup>121</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 18.

handelt fühlen, keine Seltenheit. Auch Laienerzählungen von Angehörigen, die sorgenvoll berichten, dass jemand ganz viele „Schläuche und Maschinen“ um sich habe, geben ein eindrückliches Bild davon ab. So schreibt Ewig:

„Die Erkenntnis, dass das technische Weltverhältnis und die Warenförmigkeit aller Wesen und Dinge ein `Gefängnis´ darstellen, zeigt sich vielleicht an keiner Stelle der Gesellschaft so häufig wie in der Medizin. Hier machen Menschen in der Krankheit Erfahrungen, die den Mythos der technischen Herrschaft ins Wanken bringen.“<sup>122</sup>

In der ethischen Diskussion um den Einsatz und die Bedeutung von Technik wird dabei gerne der Wandel in der Technikbedeutung von τεχνη zur Technik thematisiert. Meinte die τεχνη ehemals die kunstfertige oder professionelle Handlung unter der Einbeziehung eines philosophisch-ethischen Horizontes, also das richtige Verhalten dem Patienten, seinem lebensweltlichen Umfeld und seiner Erkrankung gegenüber und das Bemühen, Erkenntnisse und Erfahrungen über die Natur der Erkrankungen zu vertiefen. Im Begriff der τεχνη wurden berufliches Wissen und Können und ethisch-sittliches Verhalten in eins gesehen. Dieser Begriff hat sich parallel zur neuzeitlichen Entwicklung und Ausdifferenzierung der Naturwissenschaften, und dem bereits thematisierten Schwinden der antiken und mittelalterlichen Kosmosvorstellung weitestgehend materialisiert, sodass der Technikbegriff heute maßgeblich darauf abzielt, die Natur durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse für den Menschen zu manipulieren, um sie zu beherrschen. Die Wertfrage wurde dabei weitestgehend ausgeklammert.<sup>123</sup> Gesundheit und Krankheit sind jedoch Lebensdimensionen, die ein empirisch-materialistisches und rational-technisches Verständnis vom Leben nicht einholen kann. Gesundheit und Krankheit zu erfahren, zu erleben und zu durchleben ist etwas anderes als einen organischen Zustand technisch-diagnostisch abzuklären, prognostisch zu evaluieren und zu behandeln.<sup>124</sup> „Die `Hinfälligkeit´ der Natur, nicht die Beherrschbarkeit der Natur, drängt zur Sinnfrage und damit auch zur Frage nach der Würde des Menschen.“<sup>125</sup>

---

<sup>122</sup>Ewig, a.a.O., 160.

<sup>123</sup>Hunstorfer, a.a.O., 286ff.

<sup>124</sup>Ebd., 282.

<sup>125</sup>Ebd., 276.

Letzten Endes stellt die Technisierung, wie auch andere bereits beschriebene Problemstellungen und Konsequenzen des Selbstverständnisses der Medizin, die Frage nach dem Menschen in Krankheit und Gesundheit:

„Nicht ohne Grund wird man heute die ethischen Diskussionen rund um die Medizin und das Gesundheitssystem in der Frage nach dem ‚Menschsein‘ in der modernen High-Tech-Medizin zusammenfassen können. Der Preis der Vorstellung, dass der organisch-menschliche Körper wie eine Maschine funktioniert, ist im Grunde der Verlust des Respekts vor der Würde der menschlichen Person. Auch wenn diese Feststellung als überzeichnet angesehen werden mag, trifft es doch zu, dass die verobjektivierende naturwissenschaftliche und technische Sicht des Menschen, seines Lebens und seiner Lebenswelt tendenziell Defizite bewirkt, die die Sinn- und Wertfragen menschlicher Lebensgestaltung und das Verständnis des Menschen um sich selbst vereinseitigen, reduzieren und damit provozieren.“<sup>126</sup>

## 5.4 Gesundheit als Ersatzreligion?

Dass der sekundäre Gesundheitsmarkt wächst, Wellness und HealthCare Angebote in der Öffentlichkeit überall präsent sind und besonders alternative Heilverfahren einen deutlichen Aufschwung erfahren, ist allseits bekannt. Das hat u. a. damit zu tun, dass der Rückgang existentieller körperlicher, sozialer und seelischer Bedrohungen zu mehr Aufmerksamkeiten auf Befindlichkeitsstörungen führt, die sich im Angebot der alternativen Medizin abbilden.<sup>127</sup> In vielen dieser Angebote drückt sich eine Sehnsucht nach mehr als Gesundheit, vielleicht verstanden als Gefühl von Harmonie und Balance, aus. Besonders in der Theologie wurde daher die Frage gestellt, ob Gesundheit heute zu einer Art Ersatzreligion werde. Immer stärker nimmt die Gesundheit die Rolle eines Endziels ein und wird in Form eines Kults der Körperlichkeit zum aktuellen Kandidaten für das gelungene Leben. Die Ziele der Medizin drohen, sich in Richtung Optimierung, Enhancement, von der Bedarfs- auf die Wunschmedizin zu verschieben. Fitness und Wellness werden zum Selbstzweck. Gesundheit droht, die Stelle des Heils einzunehmen und so zum Gegenstand einer neuen Religion zu werden.<sup>128</sup> Meyer greift diese an Ludger Honnefelder angelehnte These auf und stellt sie ausführlich auf den Prüfstand. Die Resultate sollen hier dargestellt werden.

---

<sup>126</sup>Hunstorfer, a.a.O., 265.

<sup>127</sup>Meyer, a.a.O., 6. Vgl. dazu Proft, a.a.O., 36ff.

<sup>128</sup>Meyer, a.a.O., 10f.

Theologisch ergibt sich in der Auseinandersetzung mit Gesundheit als Ersatzreligion die Frage nach dem Heil. Meyer versucht, den komplexen Begriffen von Gesundheit, Krankheit, Heil und Heilung etwas Profil zu geben. Er kommt zu dem Schluss, dass Heil mehr als Gesundheit zu sein scheint und auch für den Kranken erfahrbar sei:<sup>129</sup>

„Heil steht immer in Verbindung mit einer `Ganzheit`, die somit Gesundheit einschließt, sich jedoch nicht in ihr erschöpft. [...] Eine strikte Trennung von medizinischem und theologischem Heil scheint also nur theoretisch denkbar; für das richtige Verständnis vom Heil ist sie offenbar unvorstellbar.“<sup>130</sup>

Der Verdacht, Gesundheit werde zur Ersatzreligion, impliziert, dass Gesundheit und Heil gleichgesetzt werden, bzw. dass die Erwartungen an Gesundheit sich dem religiösen Heilsverständnis annähern. Mit den bereits gemachten Beobachtungen lässt sich zumindest sagen, dass die Bestrebungen, Ganzheit und Harmonie zu erreichen, die dem Heilsverständnis nahe stehen, heute wesentlich diesseitiger sind, also eine Jenseitserwartung an das Heil deutlich abgenommen hat. Dazu stellt Eugen Biser als Vertreter einer therapeutischen Theologie im geschichtlichen Rückblick fest: Je abstrakter die Systemtheologie wurde, desto mehr hat sie die Sprachfähigkeit zur Heilzusage verloren. Brigitte Fuchs beteuert, dass der Mensch in der Frage, wie Krankheit in einen Glaubens- und Lebensweg zu integrieren sei, allein gelassen werde: „Eine kopflastig gewordene Theologie könne dem leidenden Menschen nicht mehr geben, was ihm eine naturwissenschaftliche Medizin schuldig bleibe.“<sup>131</sup>

Diesen Thesen versucht Meyer empirisch nachzugehen, indem er eine Gruppe von Patientinnen und Patienten in Thüringen zu ihren Erwartungen an die Medizin, an Alternativmedizin und Kirche, sowie zu ihren gesundheitsbezogenen Ängsten befragt hat. Entscheidende Beobachtungen bei der Betrachtung der Befragungsergebnisse sollen hier kurz beschrieben werden.<sup>132</sup> Die Erwartungen aller Befragten, auch was Trost, inneren Frieden, Orientierung, Führung und Hoffnung anbelangt, also klassische Sinnfragen, sind in der Medizin jeweils höher als in der Kirche oder anderen religiösen Gemeinschaften. Heilung, Linderung, Unterstützung und Rat wurden als

---

<sup>129</sup>Meyer, a.a.O., 8.

<sup>130</sup>Ebd., 33f.

<sup>131</sup>Ebd., 16f.

<sup>132</sup>Siehe dazu auch die Abb. 1-5 im Anhang.



Items ebenfalls abgefragt und sind in der Medizin wenig überraschend besonders hoch. Die Erwartungen an die Medizin zwischen Religiösen und Nicht-Religiösen unterscheiden sich interessanterweise kaum:<sup>133</sup>

„Zudem erstaunt besonders, dass selbst religiöse Menschen von der Medizin mehr Führung, Orientierung, Unterstützung und Rat für ihr Leben erwarten als von ihren Kirchen. Allein für ihre Hoffnung, ihren Trost und ihren inneren Frieden erwarten religiöse Menschen mehr von Kirchen als vom medizinischen Personal.“<sup>134</sup>

Die größte Angst der befragten Menschen ist, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Erst danach folgen die Angst vor langer oder schwerer Krankheit, Schmerzen und besonders die Angst, in ein Pflegeheim zu müssen. Wobei letztere sich eben gerade durch das angewiesene Sein auf fremde Hilfe auszeichnet.<sup>135</sup> Für weitere Ergebnisse, die nicht ausführlicher besprochen werden, sei auf die Literatur verwiesen.

Die Erwartungen an die Medizin und das Gesundheitswesen sind also sowohl in den Kernbereichen der Medizin, wie Heilung, Linderung usw. äußerst hoch, aber auch in klassischen Sinnbereichen wird von der Medizin mehr erwartet als von Kirchen und Alternativmedizin. Meyer kommt in der Bewertung der Ergebnisse zu dem Schluss, dass religiöse Werte weniger durch immanente ersetzt werden, sondern die Vermittler bzw. Anbieter sich ändern. Nicht der Inhalt der Sehnsucht ändere sich, sondern der Anbieter.<sup>136</sup> Wobei kritisch angemerkt werden muss, dass das Studiendesign dieser Einschätzung Vorschub leistet und an der Stelle nicht ganz einsichtig ist, warum religiöse und immanente Werte als Gegensätze verstanden werden. Schließlich können religiöse Werte wie Hoffnung, Trost, innerer Friede immanent, wie auch jenseitig mit Erwartungen gefüllt werden.

Festzuhalten bleibt, dass die Medizin offensichtlich mit Erwartungen konfrontiert wird, die sie erstens überfordern und die sie zweitens aufgrund ihres naturwissenschaftlichen Selbstverständnisses gar nicht bieten kann. Gleichzeitig sind diese Erwartungen auch nicht überraschend. Denn

„Krankwerden radikalisiert die Grunderfahrungen des Menschen und wirft letzte Fragen auf. Zu diesen Fragen gehören nicht zuletzt die Fragen nach

---

<sup>133</sup>Meyer, a.a.O., 90ff.

<sup>134</sup>Ebd., 113.

<sup>135</sup>Ebd., 134.

<sup>136</sup>Ebd., 127f.

dem Sinn: Fragen nach dem Sinn des Leidens, nach dem Sinn des Lebens, nach dem Sinn des Ganzen.“<sup>137</sup>

Religion und Spiritualität haben grundsätzlich das Vokabular und das entsprechende Fundament, um diese Fragen zu beantworten. Allerdings scheinen die Kirchen und Glaubensgemeinschaften keine hinreichenden Antworten mehr bieten zu können, wie Biser und Fuchs anprangern. Hier stellt sich die Frage nach der Rolle von Spiritualität im Gesundheitswesen. Santiago Ewig stellt dazu fest, dass Spiritualität maximal eine Rolle im Hintergrund der Praxis des einzelnen Arztes spielen könne. In der Medizin als Betrieb habe sie jedoch ausgedient. Hier sieht er ein großes Potential für Medizin, die Spiritualität zulässt.<sup>138</sup> Auch alternative Heilverfahren können bei mythischen Bedürfnissen der Patienten eine Rolle spielen. Ein reflexiver Mythos könnte Entlastung von falschen Ansprüchen und Erwartungen, z. B. an Technisierung, bedeuten und die Kategorie der Ästhetik wieder in die Medizin einführen.<sup>139</sup>

## 5.5 Der Health Report: Gesundheitswelt 2049

Eine spannende Frage für die Einschätzung von Problemfeldern in der Medizin und etwaigen Lösungsstrategien ist die Richtung, in die sich das Gesundheitswesen entwickelt oder entwickeln soll: Die Frage nach der Zukunft. Corinna Mühlhausen vom Zukunftsinstitut setzt sich seit vielen Jahren mit den aktuellen Gesundheitstrends und der Zukunft des Gesundheitssystems auseinander. Sie entwickelt regelmäßig den Health Report als Kompass für zukünftige Entwicklungen.<sup>140</sup> Hier werden die Trends der Individualisierung, Wissenskultur und Digitalisierung, wie sie im Zukunftsnavigator Gesundheitswelt 2049 angesprochen werden, kritisch reflektiert.

Durch neue technische Möglichkeiten wird neue Wissenskultur erwartet, durch die Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich zu Akteuren im Gesundheitswesen werden. Sie werden zum Teil des Behandlungsteams im Rahmen einer individualisierten Medizin. Mühlhausen spricht von einer Patientendemokratie:

„Im Kern geht es bei der Patientendemokratie um eine Gesundheitswelt, die radikal vom Patienten aus denkt und ihn in alle Entscheidungen rund um seine

---

<sup>137</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 394.

<sup>138</sup>Meyer, a.a.O., 18.

<sup>139</sup>Ewig, a.a.O., 160ff.

<sup>140</sup>Corinna Mühlhausen, „Die wichtigsten Gesundheitstrends 2024“, <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/gesundheits-trends-health-trend-map/>, aufgerufen am 15.10.2023.

Gesundheit integriert. [...] Für die Menschen bedeutet die Patientendemokratie mehr Rechte, aber auch mehr Pflichten – sie müssen Verantwortung für sich und ihre Gesundheit übernehmen, werden dafür aber mit mehr Souveränität und Teilhabe belohnt.“<sup>141</sup>

Da drängt sich die Frage auf, wie Meinungsbildung in Zukunft funktionieren wird und wie Informationen und Fakten zugänglich gemacht und bewertet werden. Denn Information ist noch kein Wissen. Gerade die Corona-Pandemie hat deutlich vor Augen geführt, was durch Informationsselektivität geschieht und dass wissenschaftliche Informationen ausdifferenzierter und spezialisierter Fachbereiche äußerst komplex zu bewerten und einzuordnen sind. Gerade die Vorstellung vom wissenskompetenten Patienten verschleiert und euphemisiert das real existierende Wissens- und Machtgefälle zwischen Arzt und Patient, anstatt dieses transparent zu machen, um zu einem sensibleren Umgang damit zu gelangen. Das Postulieren des aufgeklärten Patienten wider die Realität führt eher zu einem verdeckten Paternalismus durch den ärztlichen Berater als zu partizipativen Entscheidungen.

Es bleibt offen, wie viel medizinische Bildung der Arzt gegenüber den Patienten vermitteln soll, um eine entsprechende Autonomie zu erreichen, wo ein grundlegendes medizinisches Wissen heute häufig nicht vorhanden ist. Und auch hier stellt sich die Frage, was das für Menschen bedeutet, die eine entsprechende Bildung nicht erhalten konnten oder aus verschiedensten Gründen einen erschwerten Zugang dazu haben. Die prophezeite Verantwortung der Patienten für ihre eigene Gesundheit lässt nicht zuletzt moralische Grundfragen auftauchen: inwiefern ist jemand an einer Krankheit Schuld, und was bedeutet das für die zugestandene und zu erbringende medizinische Hilfeleistung, Kostenübernahme usw. Soziale und Gerechtigkeitsfragen stellen sich in diesem Kontext ganz neu:

„Die Verarmung ganzer Bevölkerungsschichten (Kinderarmut, Not alleinerziehender Elternteile und kinderreicher Familien, unzureichende Löhne, Altersarmut), das Auseinanderdriften der Gesellschaft, zunehmende Gerechtigkeitskonflikte etc. werden ausschließlich als soziale Strukturprobleme betrachtet;

---

<sup>141</sup>Corinna Mühlhausen und Daniel Dettling, „Gesundheitswelt 2049: Ein Navigator für die Zukunft“ in *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen: Prognosen - Visionen - Utopien = The future of medicine and health care: forecasts - visions - utopias*, Andreas Frewer, Kerstin Franzò und Elisabeth Langmann (Hg.), Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Bd. 14 (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2021), 400. Hier können nur wenige Aspekte des Reports angesprochen werden. Es werden dort auch andere Megatrends wie Sicherheit, New Work und Gender-Shift und deren Einfluss auf das Gesundheitswesen thematisiert, die hier nicht weiter besprochen werden.

dabei handelt es sich zu nicht geringen Teilen auch um Ausflüsse der Selbstinstitutionalisierung und Selbstprivilegierung des gesunden, starken, begüterten Individuums zu Lasten der Allgemeinheit – bei gleichzeitiger Entfremdung vom Bewusstsein menschlichen *Mit-Seins* mit dem kranken, schwachen und armen Menschen.“<sup>142</sup>

Auch die Arbeitsweise und Rolle von Ärztinnen und Ärzten wird sich verändern:

„Diagnostik und Therapien werden datenbasiert erfolgen. Das hat erhebliche Folgen für die Organisation von Medizin. Ärzte werden sich von der Datenlage steuern lassen. Ganze Arztbereiche werden von maschinellen Systemen ersetzt.“<sup>143</sup>

Der Arzt fungiert folglich eher als Moderator zwischen Daten, Technik und den Patienten. Die Patienten sollen die Assistenzsysteme verstehen, um ihnen zu vertrauen. Ziel dabei sei Stärkung der Autonomie und Freiheit der Bürger, so Alena Buyx, die Vorsitzende des deutschen Ethikrates. Der Arzt werde künftig zum persönlichen Berater und Begleiter, sodass Soft-Skills und Kommunikationskompetenz eine noch höhere Bedeutung im Arztberuf einnehmen werden.<sup>144</sup> Völlig ungeklärt bleibt die Frage, inwiefern Ärztinnen und Ärzte als Personen die Verantwortung für ihre Entscheidungen in Diagnostik und Therapie übernehmen, da diese von Daten technisch gesteuert werden sollen. Ob die Digitalisierung die direkte Arzt-Patienten-Zeit erhöhen kann, bleibt abzuwarten.

Betrachtet man das Beharren auf immer mehr Selbstbestimmung und Gesundheitsverantwortung vor dem Hintergrund der besprochenen empirischen Untersuchungen von Herbert Meyer zu den vorherrschenden, gesundheitsbezogenen Ängsten der Menschen und ihren Erwartungen an die Medizin, fällt ins Auge, dass der Selbstbestimmungsdrang gerade der größten Angst der Menschen, nämlich auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, entspricht. Im Dialog mit den jeweiligen Krankheits- und Gesundheitsverständnissen, wie auch Menschenbildern muss sich diese Bestrebung der kritischen Nachfrage stellen, ob darin nicht eine utopisch-verdrängende Erzählung steckt, die die von Abhängigkeit und Vulnerabilität geprägte Realität von Krankheit mehr über-tüncht, oder an die Grenzen des Lebens zu verbannen sucht, anstatt echte, tragfähige

---

<sup>142</sup>Beckmann, a.a.O., 336.

<sup>143</sup>Mühlhausen und Dettling, a.a.O., 412.

<sup>144</sup>Ebd., 432.

Lösungen anzubieten. Schicksal, böse Zufälle, wie auch soziale Ungleichheit scheinen bei aller präventiven Kontrollierbarkeit von Gesundheit völlig von der Bildfläche verschwunden zu sein.

Abschließend muss ernsthaft in Frage gestellt werden, ob der Health Report sich als geeigneter Kompass für die Zukunft eignet. Viele Vorstellungen und Prognosen wirken viel zu utopisch und haben durchaus das Potential, bei der zeitweisen Ignoranz gegenüber real existierenden Problemen zur Dystopie zu mutieren. Etwaige ethische Problemstellungen, die sich aus den prophezeiten Entwicklungen ergeben, werden gar nicht thematisiert, ebenso wie grundsätzliche Fragen, ob die beschriebenen Transformationen tatsächlich zu einem besseren Gesundheitssystem führen und welche Veränderungen überhaupt erstrebenswert sind. Gleichzeitig scheint die Bodenhaftung zu aktuell existierenden und auf dem Weg in die Zukunft zu lösenden Problemen, wie die Ökonomisierung, Kostensteigerungen, Fachkräftemangel, Technisierung und Entpersonalisierung verlorengegangen zu sein.

## 6 Exkurs: Welchen Beitrag leistete das Christentum zur Krankenfürsorge?

„Die Kirche hat ein festes Institut der Kranken- und Armenpflege in frühester Zeit ausgebildet und viele Generation hindurch in Wirksamkeit gehalten.“<sup>145</sup> Die Krankenfürsorge war Teil eines größeren sozialen Versorgungssystems, für das die ganze christliche Gemeinschaft die Verantwortung übernahm.<sup>146</sup> Besonders das zuwendende Verhalten der Christen während der schrecklichen Seuchen der ersten Jahrhunderte trug

---

<sup>145</sup>Adolf von Harnack, *Die Mission und Ausbreitung des Christentums in den ersten drei Jahrhunderten*, 4. Aufl., Bd. 1 (Leipzig: J.C. Hinrichs'sche Buchhandlung, 1924), 148. Wobei man im frühen Christentum nicht nur von der Herausbildung eines „Instituts“ der Krankenpflege sprechen kann, sondern den Beginn grundlegender Entwicklungen der Krankenpflege, als Pflege über den familiären oder engen sozialen Rahmen hinaus, was sie im Prinzip erst konstituierte. So dargestellt in: Christoph Schweikardt und Christian Schulze, „Facetten antiker Krankenpflege und ihrer Rezeption“ in *Ärztelkunst und Gottvertrauen: Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin*, Christian Schulze und Sybille Ihm (Hg.), Spudasmata, Bd. 86 (Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag, 2002), 117ff.

<sup>146</sup>Das drückte sich u. a. darin aus, dass viele christliche Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig kirchliche Ämter und Funktionen übernahmen. Kirchliche Tätigkeit und Beruf waren keine klar getrennten Bereiche. Dazu: Christian Schulze, *Medizin und Christentum in Spätantike und frühem Mittelalter: Christliche Ärzte und ihr Wirken*, Studien und Texte zu Antike und Christentum, Bd. 27, Christoph Markschies (Hg.) (Tübingen: Mohr Siebeck, 2005), 143.

erheblich zur Erfolgsgeschichte des Christentums bei und hob sich von der heidnischen Umwelt ab.<sup>147</sup> Zum Ende der Antike gründeten kirchliche Amtsträger die ersten Krankenhäuser.

Was die Christenheit beitrug, waren keine wissenschaftlichen Erkenntnisse oder innovative Heilungsmöglichkeiten, sondern die pflegerische Fürsorge. Diese zeichnete sich durch einen moralischen Universalismus aus. Hilfeleistung wurde ohne die Frage nach Schuld, Reinheit, Herkunft, Prestige, Reichtum usw. gewährt.<sup>148</sup> Christliche Nächstenliebe war jedoch primär keine Aufforderung zur Gefühlsgemeinschaft. Nicht das Wohlwollen als Haltung, sondern Wohltun stand im Vordergrund. Dieses Ethos wechselwirkte mit dem Mythos.<sup>149</sup> Der Glaube an die Präsenz Christi in den Kranken (Vgl. Mt 25,36) war eingebettet in die christliche Lehre vom Liebesgebot, der Feindesliebe, der Sendung des Menschensohns zum Dienst, in Jesu Heilungsauftrag an die Jünger und die Identifikation der zuvorkommenden Liebe als Wesenseigenschaft Gottes.<sup>150</sup> Die praktische Krankenfürsorge kann weder vom gemeinschaftlich-sozialen, noch vom spirituell-religiösen Leben der frühen Christenheit getrennt werden.<sup>151</sup>

Heute finden wir uns in einer Situation wieder, in der christlich-gemeindliches Leben und Krankenfürsorge weitestgehend getrennt sind. Gesundheitsberufe stellen eigene säkulare Professionen dar. Medizin und Pflege arbeiten interdisziplinär und institutionalisiert im Rahmen eines Sozialstaats. Damit wurde die Familie als primärer

---

<sup>147</sup>Dazu ausführlich: Rodney Stark, *Der Aufstieg des Christentums: Neue Erkenntnisse aus soziologische Sicht*, übersetzt von Wolfgang Ferdinand Müller (Weinheim: Beltz Athenäum, 1997).

<sup>148</sup>Konrad Hilpert, „Die Verpflichtung zur Solidarität mit dem Kranken – Zur christlichen Ethik des Helfens“, *Caritas* 90/4 (1989): 163. Im vierten Jahrhundert schrieb Gregor von Nazianz eindrücklich: „Und für den Leib des Nächsten sollen wir sorgen wie für unseren eigenen, mag er gesund sein oder ebenfalls an Krankheit dahinsiechen. Denn alle sind eins im Herrn, ob reich oder arm, ein Sklave oder ein Freier, sei er gesund oder krank [...]. Und jeder muss darauf achten, dass diejenigen, die früher in eine allgemeine Schwäche gefallen sind, nicht unbeachtet und auch nicht vernachlässigt werden. Die Freude über unser körperliches Wohlbefinden darf nicht größer sein als der Schmerz über das Elend der Brüder. In der Bruderliebe müssen wir die einzige Voraussetzung für unser leibliches und seelisches Wohl erblicken.“ Gregor von Nazianz, *Orationes*, XIV, 8 [PG 35, 868]. Siehe zum historischen Durchbruch des moralischen Universalismus im Christentum auch Hans Joas, *Die Macht des Heiligen: Eine Alternative zur Geschichte von der Entzauberung* (Berlin: Suhrkamp, 2017).

<sup>149</sup>Dazu ausführlich: Gerd Theißen, *Die Religion der ersten Christen: Eine Theorie des Urchristentums* (Gütersloh: Kaiser, Gütersloher Verlagshaus, 2000), 102ff.

<sup>150</sup>Michael Dörnemann, *Krankheit und Heilung in der Theologie der frühen Kirchenväter*, Studien und Texte zu Antike und Christentum, Bd. 20, Christoph Marksches (Hg.) (Tübingen: Mohr Siebeck, 2003), 245.

<sup>151</sup>Ausführlich zur gesamten Thematik siehe: Lukas Sander, *Medizin und Krankenfürsorge in der Alten Kirche: Christliche Impulse aus dem 2.-4. Jahrhundert*, unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau (Ditzingen, 2023).

Rahmen von Krankenfürsorge vom Gesundheitssystem abgelöst. Das „Agape-Netzwerk“ wurde durch seine Institutionalisierung zum modernen Sozialstaat durch moderne Bürokratie und auf Rationalität und Regeln beruhenden Ordnungs- und Versorgungssystemen weitestgehend ersetzt. Um besser zu verstehen, welche Rolle Kirche und christlicher Glaube heute einnehmen können, muss deren aktuelle Ausgangslage beleuchtet werden.

## **II. Die gegenwärtige Lage von Glaube und Religion als Ausgangsposition für christliche Impulse auf das ärztliche Ethos**

### **7 Perspektiven für Glaube und Religion in säkularen Gesellschaften**

Spricht man heute über Säkularisierung, also über schwindende religiöse Bindungen in sämtlichen Lebens- und Gesellschaftsbereichen, sieht man sich mit der Groß Erzählung der *Entzauberung* der Welt konfrontiert. Das Motiv der *Entzauberung* geht auf Max Weber und seinen epochalen Aufsatz „Wissenschaft als Beruf“ aus dem Jahr 1919 zurück. Er schreibt dort:

„Die zunehmende Intellektualisierung und Rationalisierung bedeutet also nicht eine zunehmende allgemeine Kenntnis der Lebensbedingungen, unter denen man steht. Sondern sie bedeutet etwas anderes: das Wissen davon oder den Glauben daran: daß [sic] man, wenn man nur wollte, es jederzeit erfahren könnte, daß [sic] es also prinzipiell keine geheimnisvollen unberechenbaren Mächte gebe, die da hineinspielen, daß [sic] man vielmehr alle Dinge – im Prinzip – durch Berechnen beherrschen könne. Das aber bedeutet: die Entzauberung der Welt.“<sup>152</sup>

Davon ausgehend wurde die *Entzauberung* häufig als ein Jahrtausende fortschreitender Rationalisierungsprozess der okzidentalen Kulturwelt verstanden, der

---

<sup>152</sup>Max Weber, „Wissenschaft als Beruf“ in *Schriften 1894–1922*, Max Weber, Dirk Kaesler (Hg.) (Stuttgart: Kröner, 2002), 488.

schließlich in der Moderne mündete.<sup>153</sup> Das betrifft insbesondere auch die Religion, die in der *entzauberten* Welt keinen Platz mehr hat:

„Es ist das Schicksal unserer Zeit, mit der ihr eigenen Rationalisierung Intellektualisierung, vor allem: Entzauberung der Welt, daß [sic] gerade die letzten und sublimsten Werte zurückgetreten sind aus der Öffentlichkeit, entweder in das hinterweltliche Reich mystischen Lebens oder in die Brüderlichkeit unmittelbarer Beziehungen der Einzelnen zueinander.“<sup>154</sup>

In der Konsequenz bleibt der Mensch bei seiner Suche nach dem Sinn in der Moderne auf seine individuelle Lebensführung zurückgeworfen, wo er seinen Sinn selbst wählen muss. Die Wissenschaft hilft ihm in Wertfragen nicht weiter.

An der bei Weber implizierten Linearität säkularisierender Prozesse und deren kausaler Verbindung mit Modernisierung und der Auflösung vorgegebener Wertordnungen sind heute erhebliche Zweifel aufgekommen. Hier soll eine Auseinandersetzung mit Charles Taylor und in seinem Gefolge Hans Joas als bedeutenden Impulsgebern in der Frage nach Säkularisierung stattfinden, die den Kontext beleuchtet, in dem sich Glaube und Religion in westlichen Gesellschaften, aber besonders in Deutschland, heute wiederfinden. Dazu wird immer wieder ein Bezug zur jüngsten Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung (KMU6) hergestellt. Dieser Kontext und die Auswirkungen auf Moral, Glaube und Gesellschaft will verstanden sein, um zu überlegen, welchen positiven Beitrag christlicher Glaube in säkularen, pluralistischen Gesellschaften leisten kann und welche förderliche Bedeutung er in der Charakterbildung einnehmen kann. So kann zu einer Einschätzung gefunden werden, was christlicher Glaube zum ärztlichen Ethos und zu einer subjektorientierten Ethik beitragen kann.

## 7.1 Was ist Säkularisierung?

Um zu präzisieren, was Säkularität meint, differenziert Taylor zwischen Säkularität 1, 2 und 3. Säkularität 1 bedeutet, dass Religion sich aus der Öffentlichkeit, also Politik,

---

<sup>153</sup>Dass das Entzauberungsmotiv bei Weber gar nicht so viel Profil hat, wie häufig angenommen wird und zuweilen äußerst uneinheitlich, gar plakativ gebraucht wird, hat zuletzt Hans Joas hervorragend herausgearbeitet. Siehe Joas, *Die Macht des Heiligen*. Er differenziert das, was häufig als Entzauberung verstanden wird, in sich gegenseitig beeinflussende Prozesse der Entmagisierung, Entsakralisierung und Enttranszendentalisierung. Diese Prozesse hängen mit einander zusammen, laufen jedoch nicht parallel ab: z. B. bedeutet Transzendentalisierung als Sakralisierung Gottes Entmagisierung. Ebd., 207f.; 254f.

<sup>154</sup>Weber, a.a.O., 510.



Ökonomie, Wissenschaft usw. zurückzieht. Man begegnet Gott dort nicht mehr. In zweiter Hinsicht meint Säkularität, dass der religiöse Glaube und praktizierte Religion verschwinden. Menschen wenden sich von Gott ab und gehen nicht mehr in die Kirche. Säkularität 3 bezieht sich auf den Glauben als unter Umständen umkämpfte Option neben anderen. Hier stellt sich die Frage nach der Bedingung der Erfahrung des Spirituellen und des Glaubens.<sup>155</sup> Mit letzterer Säkularität beschäftigt sich Taylor hauptsächlich, und es ist auch der relevantere Aspekt für diese Arbeit. Die unterschiedlichen Säkularitäten hängen häufig, aber nicht notwendig miteinander zusammen. Dabei gilt es stets zu bedenken, dass es „die“ Religion ohnehin nicht gibt, sondern es Religion immer nur in konkreten und verschiedenen Ausprägungen gibt.<sup>156</sup>

Wie die Säkularisierung von statten geht, wurde unterschiedlich eingeschätzt. Häufig wurde angenommen, dass Modernisierung notwendig zu Säkularisierung führe. Moderne kann dabei als einzigartige Epoche oder als wissenschaftlich-technischer Fortschritt und wirtschaftliches Wachstum verstanden werden. Zu diesem Verständnis gehört die Auffassung, dass Glaube als Kompensation des Mangels an Wissen zu verstehen sei und gesellschaftliche Homogenität und eine autoritäre Erziehung als Bedingung brauche. Für den okzidentalen, westlichen Raum mag das sogar häufig zutreffen. Der globale Blick spricht in Anbetracht der Entwicklungen des Christentums in Südkorea oder des Islams in der arabischen Welt, um nur zwei Beispiele zu nennen, eine ganz andere Sprache.<sup>157</sup>

Eine andere Theorie prognostiziert eine Privatisierung und Individualisierung der Religion. Thomas Luckmann gilt hier als wichtiger Vertreter. Religion und Transzendenzvorstellungen fänden also zunehmend nicht mehr in einem institutionalisierten Rahmen statt. In dieser Tradition stehen auch die Überlegungen zur Gesundheit als Ersatzreligion in dieser Arbeit.<sup>158</sup> Jedoch ist auch diese These heute so nicht haltbar. Davon legt die KMU6 ein eindrückliches Zeugnis ab. Hier zeigt sich deutlich, dass bei

---

<sup>155</sup>Charles Taylor, *Ein säkulares Zeitalter*, 2. Aufl. (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2020), 11ff. Vgl. Hans Joas, *Glaube als Option: Zukunftsmöglichkeiten des Christentums* (Freiburg i. Br.: Herder, 2012), 26f.

<sup>156</sup>Joas, *Glaube als Option*, 18ff.

<sup>157</sup>Ebd., 28ff. Damit einher geht auch die Skepsis gegenüber der Wirkkraft funktionaler Differenzierung in Anbetracht vieler Prozesse der Entdifferenzierung wie sprachlicher Standardisierung, Massenkonsumgüter usw. Vgl. Joas, *Die Macht des Heiligen*, 361.

<sup>158</sup>Joas, *Glaube als Option*, 27. Meyer, a.a.O., 49ff. in Auseinandersetzung mit Thomas Luckmann, *Die unsichtbare Religion* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1991).

Rückgang kirchlicher Religiosität auch die individuelle Religiosität mitbetroffen ist. Es gibt zwar individuelle Religiosität außerhalb der Kirchen. Sie ist jedoch eher selten und zeigt eine geringe Bedeutung für die Lebensführung.<sup>159</sup> Diese sogenannte Gruppe der „Alternativen“ schrumpft sogar noch stärker als die der „Kirchlich-Religiösen“.<sup>160</sup> Kirchenferne Religiosität scheint besonders ein Phänomen der 30 bis 70-jährigen zu sein, und auch Pantheismus und theistischer Humanismus nehmen mit sinkendem Alter und fortschreitendem zeitlichem Verlauf ab.<sup>161</sup> Von einem „Believing-without-Belonging“ kann also keine Rede sein.<sup>162</sup> Die KMU6 zeigt jedoch auch:

„Das Nicht-Religiöse wird allerdings erst dann zum `Säkularismus´, wenn auch noch eine positive Identität mit hinzukommt, die sich in der Regel über eine Bezugnahme auf `Wissenschaft´ definiert und von dieser Warte aus Religion als überflüssig und überholt ansieht. Dabei handelt es sich dann um eine über bloße Indifferenz hinausgehende szientistisch-naturalistische, religionsablehnende Weltanschauung. Die Ergebnisse der 6. KMU deuten darauf hin, dass solche Orientierungen in der Bevölkerung inzwischen starke Verbreitung gefunden haben. [...] Das bedeutet, dass der Gegenpol des Säkularismus in erster Linie die Kirchen sind, weniger andere Religionsformen.“<sup>163</sup>

Säkularismus als szientistische Ideologie muss also sehr ernst genommen werden. Neuere soziologische Modelle der Säkularisierung hatten bisher keine Entwicklung hin zum Säkularismus angenommen, sondern waren eher von der Zunahme einer bloßen Indifferenz gegenüber religiösen Themen im Sinne einer „Transzendenzschrumpfung“ ausgegangen.<sup>164</sup>

---

<sup>159</sup>Wie hältst du's mit der Kirche? Zur Bedeutung der Kirche in der Gesellschaft: Erste Ergebnisse der 6. Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung, Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2023), 30.

<sup>160</sup>Ebd., 23. Zu den verschiedenen Gruppen sei auf Abb. 6 im Anhang verwiesen. Eine inhaltliche Füllung der jeweiligen Gruppencharakteristika wird hier nicht erneut vorgenommen.

<sup>161</sup>Ebd., 76f.

<sup>162</sup>Ebd., 33. Der Aussage „Ich glaube, dass es einen Gott gibt, der sich in Jesus Christus zu erkennen gegeben hat“ stimmen 4% der Konfessionslosen, 19% der gesamten Bevölkerung zu. Zwei Drittel der Kirchenmitglieder teilen diese Auffassung nicht.

<sup>163</sup>Ebd., 36. Der Aussage „Das moderne wissenschaftliche Weltbild hat Religionen überflüssig gemacht“ stimmten 42% zumindest eher zu, der Aussage „Alles in allem schadet Religion der Menschheit mehr, als sie nützt“ 44%, der Aussage „Mir selbst sind religiöse Fragen bedeutungslos und egal“ 55%, und der Aussage „Es befremdet mich und macht mich misstrauisch, wenn Menschen sehr religiös sind“ 57%.

<sup>164</sup>Ebd., 37. Kritisch anzumerken ist, dass die KMU6 das Phänomen des „naiven“ Atheismus meines Erachtens nicht sauber herausarbeitet. Taylor meint damit die auf den ersten Blick einleuchtender erscheinende Option, wie es bis vor einigen Jahren noch das Christentum gewesen ist. Vgl. Taylor, a.a.O., 31. Die KMU6 differenziert noch einmal zwischen offenen, indifferenten und geschlossenen Säkularen. Indifferente sind eher Gleichgültig gegenüber Religion, Geschlossene entscheiden sich, was Religion angeht, für die höchste Ablehnungskategorie. Es wird jedoch nicht ganz klar, inwiefern diese Haltung bewusst eingenommen, oder „naiv“ ist. Kennzeichnend für Säkular-Geschlossene ist eben

Von religiöser Seite wurde oft der Vorwurf vorgebracht, Säkularisierung führe zu Moralverfall und sei eine Gefahr für die seelische Gesundheit. Auch diese These lässt sich so nicht halten. Säkularisierung ist ein historisches Novum. Es gibt folglich wenig empirische Belege, erst ab den 60er Jahren in Europa, und hier zeigt sich nicht unbedingt ein Moralverfall: Mordrate, Abtreibung, Sterblichkeit von Jugendlichen, Teenageschwangerschaften, Geschlechtskrankheiten sind in sehr glaubensstarken Gesellschaften sogar höher als in weniger glaubensstarken. Dabei muss jedoch einschränkend gesagt sein, dass Säkularismen sich immer aus den Religionen entwickelt haben, sodass es von dort einen Überhang von fundamentalen Werten gibt oder einzelne Werte sich bewusst in Abgrenzung zur Religion gebildet haben. Atheistische Ethik braucht die Abgrenzung bzw. Überbietung der Religion als Motivation. Gerade die religiös-säkular wechselwirkende Geschichte der Menschenrechte hat gezeigt, dass Menschen ohne Religion sich ebenso effektiv an solche Werte binden können.<sup>165</sup>

Es lässt sich also festhalten, dass die KMU6 die Individualisierungsthese zumindest für Deutschland widerlegt hat und die Vorstellung von Religiosität als anthropologische Konstante, wie auch der Vorwurf des Moralverfalls keine empirische Fundierung vorweisen kann. Vielmehr solle Religion als kulturelles Phänomen verstanden werden, das Phasen der Ausbreitung und des Rückgangs erfährt und aus den Leben Einzelner und sogar ganzen Gesellschaften völlig verschwinden könne.<sup>166</sup> Ist auch der Zusammenhang von Säkularisierung und Modernisierung nicht so plausibel nachzuweisen, scheint diese Vorstellung bedeutend zum säkularen Selbstbewusstsein in Deutschland zu gehören. Hier stellt sich die Frage, was den Unglauben eigentlich so attraktiv macht.

---

auch, dass sie in der Kindheit in der Regel kaum Berührungspunkte zu Religion hatten, obwohl sie die höchste Schulbildung von allen im Gesamtmodell enthaltenen Subtypen besitzen. *Wie hältst du's mit der Kirche?*, 21.

<sup>165</sup>Joas, *Glaube als Option*, 49-65.

<sup>166</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 37f. So ähnlich auch schon Joas, *Glaube als Option*, 15f. Was die anthropologische Grundlage der Religion anbelangt, differenziert Joas jedoch zwischen den Begriffen heilig/profan, transzendent/immanent und religiös/säkular: „Der Begriff des `Heiligen´ (oder `Sakralen´) zielt auf ein universales anthropologisches Phänomen, das sich aus den menschlichen Erfahrung der Selbsttranszendenz ergibt. Der Begriff des `Transzendenten´ bezeichnet die Vorstellungen von einer Trennung zwischen dem Reich des Göttlichen und dem des Irdischen, zugleich eine Lokalisierung des Wahren im Reich des Göttlichen; diese Vorstellungen stellen keineswegs ein universales anthropologisches Phänomen dar und sind historisch an identifizierbaren Orten und Zeitpunkten entstanden. Der Begriff des Religiösen schließlich ist nur sinnvoll, wo ihm ein Gegenbegriff gegenübersteht; dies ist vollständig erst seit dem Aufstieg der `säkularen Option´ (Charles Taylor) im Europa des siebzehnten und achtzehnten Jahrhundert der Fall.“ Joas, *Die Macht des Heiligen*, 253f.

## 7.2 Warum ist Unglaube attraktiv?

Taylor widmet sich der Frage, wie es dazu kommt, dass eine abgeschlossene atheistisch-säkulare Weltsicht so leicht eingenommen werden kann. Er arbeitet heraus, dass solche abgeschlossenen Weltstrukturen nicht so sehr wegen ihrer Einzelargumente überzeugen, sondern in viel höherem Maße durch die allgemeine Form der Erzählungen, die darauf hinauslaufen, die Religion habe früher zwar gedeihen können, doch diese Zeit sei nun vorbei. Dazu gehören vier Facetten, die kurz umrissen werden sollen.

Am Anfang steht die These vom Tod Gottes, wonach es nunmehr ausgeschlossen ist, als aufrichtiger, klardenkender und ehrlicher Mensch an Gott zu glauben. Religion ist nur noch das Ergebnis eines kindischen Mangels an Mut. Weber schreibt dies so:

„Wer dies Schicksal der Zeit nicht männlich ertragen kann, dem muß [sic] man sagen: Er kehre lieber, schweigend, ohne die übliche öffentliche Renegatenreklame, sondern schlicht und einfach, in die weit und erbarmend geöffneten Arme der alten Kirchen zurück. Sie machen es ihm ja nicht schwer. Irgendwie hat er dabei – das ist unvermeidlich – das ‚Opfer des Intellektes‘ zu bringen, so oder so. Wir werden ihn darum nicht schelten, wenn er es wirklich vermag. Denn ein solches Opfer des Intellekts zugunsten einer bedingungslosen religiösen Hingabe ist sittlich immerhin doch etwas anderes als jene Umgehung der schlichten intellektuellen Rechtschaffenheitspflicht, die eintritt, wenn man sich selbst nicht klar zu werden den Mut hat über die eigene letzte Stellungnahme, sondern diese Pflicht durch schwächliche Relativierung sich erleichtert. Und mir steht sie auch höher als jene Kathederprophetie, die sich darüber nicht klar ist, daß [sic] innerhalb der Räume des Hörsaals nun einmal keine andere Tugend gilt als eben: schlichte intellektuelle Rechtschaffenheit.“<sup>167</sup>

Aus dieser Einsicht entwickelt sich also eine heroisch-humanistische Mündigkeitserzählung. Man weiß, dass man allein ist, schließt trotzdem niemanden aus und übt heldenhaft Menschenliebe. Das Heldenhafte ergibt sich gerade daraus, dass keine Belohnung im Leben nach dem Tod wartet und man trotz aller Absurdität humanistisch

---

<sup>167</sup>Weber, a.a.O., 510f. Man tut Weber hier jedoch unrecht, wenn man ihm eine Wissenschaftsgläubigkeit unterstellt, wie sie heute im Rahmen dieser Mündigkeitserzählung häufig anzutreffen ist. Diese ist, wie Joas bemerkt, letztlich eine andere Art von Magie im Sinne der Beherrschbarkeit der Welt, die sich nur in der Art des Wissens unterscheidet. Weber warnt ja mit Nachdruck vor einer „Kathederprophetie“ im Sinne „eines Aufdrängens persönlicher Stellungnahme“ durch den Professor, wenn dieser die Grenzen dessen überschreitet, was wissenschaftlich mit guten Gründen behauptet werden darf.“ Dahinter steht die von Weber konsequent verfochtene Einsicht, dass keine wissenschaftliche Beantwortung von Wertfragen möglich sei. Vgl. Joas, *Die Macht des Heiligen*, 235ff.

handelt. Dabei ist es eben gerade nicht so, dass wissenschaftlicher Fortschritt zum Tode Gottes führt, sondern es ist andersherum:

„Es ist nicht so, als wären wir durch die Methoden und Institutionen der Wissenschaft irgendwie dazu gezwungen, eine materielle Erklärung der Erscheinungswelt zu akzeptieren, ganz im Gegenteil: Wir werden durch unsere apriorische Treue zu materiellen Ursachen dazu gezwungen, eine Untersuchungsapparatur und Begriffe zu schaffen, die materialistische Erklärungen produzieren, egal, wie wenig sie einleuchten und wie verwirrend sie dem Uneingeweihten vorkommen. Außerdem gilt dieser Materialismus absolut, denn wir können keinen göttlichen Fuß in der Tür dulden.“<sup>168</sup>

Die Versuchung zu glauben, muss also etikettiert als kindliche Schwäche notwendig zurückgewiesen werden. Daraus ergibt sich die zweite Facette: eine Subtraktionsgeschichte über die Entstehung des modernen Humanismus. Diese Entwicklung wird zur „Entdeckung“ oder zunehmenden „Einsicht“ stilisiert, dass man nicht mehr durch die alten Mythen gebunden sei und diese Stück für Stück abgestriphen habe. Dies sei jedoch nur eine scheinbare Entdeckung, weil sie:

„im Rahmen einer neukonstruierten Auffassung unserer selbst, unserer prekären Situation und unserer Identität ausgeführt wird. [...] Alle diese Darstellungen `naturalisieren´ die Merkmale der modernen, liberalen Identität. Sie sind außerstande, sie als eine unter mehreren Auffassungen des menschlichen Handlungsvermögens zu begreifen, die im Laufe der Geschichte konstruiert worden sind.“<sup>169</sup>

Drittens tritt eine die Subtraktionsgeschichte stützende Vorstellung von den ursprünglichen Gründen für den religiösen Glauben und ihrem Ort im Rahmen der immerwährenden menschlichen Motive hinzu. Dazu gehören klassisch die Bewältigung von Angst, die Notwendigkeit sich die Welt zu erklären usw. Diese drei Facetten münden viertens „in eine Deutung, wonach die moderne Säkularisierung hauptsächlich darin besteht, daß [sic] die Religion angesichts der Wissenschaft, der Technik und der Rationalität zurückweicht.“<sup>170</sup> Hinter der Überzeugungskraft der säkular-abgeschlossenen Weltsicht verbirgt sich also eine Subtraktions- und Überlegenheitserzählung, die trotz mancher Ungereimtheiten vermutlich wirkmächtiger ist, als tatsächlich stichhaltige Argumente.

---

<sup>168</sup>Taylor zitiert hier Richard Lewontin. Taylor, a.a.O., 941.

<sup>169</sup>Taylor, a.a.O., 955.

<sup>170</sup>Ebd., 958.

### 7.3 Der immanente Rahmen

Ein wichtiges Konzept in Taylors Ausführungen ist der sogenannte immanente Rahmen. Er meint damit „den gefühlten Kontext, in dem wir unsere Meinungen überhaupt erst bilden.“<sup>171</sup> Dieser Rahmen ist allen Menschen der westlichen Welt erstmalig gemein, ob sie gläubig sind oder nicht. Er kann jedoch offen für etwas Höheres, Transzendentes sein oder nicht. Die Beschaffenheit des Rahmens, ob offen oder geschlossen, ergibt eine Art Bild, dessen man sich nur zum Teil bewusst ist, obwohl es steuert, wie Menschen denken, argumentieren, folgern und interpretieren. Erkenntnisse als innere Repräsentationen der äußeren Welt ergeben jedoch nur Sinn,

„weil sie im Rahmen der fortwährenden, von uns als körperlichen, sozialen und kulturellen Wesen ausgeübten Tätigkeit des Meisterns der Welt geäußert werden. Dieses Meistern läßt [sic] sich nicht durch Repräsentationen erklären, sondern es bildet den Hintergrund, vor dem unsere Repräsentationen überhaupt erst Sinn ergeben.“<sup>172</sup>

Für Taylor spielt es eine große Rolle, wie Menschen die Welt innerhalb des immanenten Rahmens erleben. Dabei werden verschiedene Deutungen, z. B. materialistisch oder transzendent, zunehmend fragilisiert. Alles ist denkbar.

„Etwas Ähnliches wie Undenkbarkeit einiger dieser Positionen kann man in bestimmten Milieus zwar tatsächlich erleben, doch was ausgeschlossen wird, variiert von Kontext zu Kontext. [...] Natürlich sind die Menschen in jedem dieser Kontexte im Klaren darüber, daß [sic] es die jeweils anderen gibt und daß [sic] die Option, die ihnen unglaublich erscheint, in anderen Bereichen derselben Gesellschaft die Standardeinstellung ist.“<sup>173</sup>

Die Extrempositionen, Transzendenz und ausschließender, materialistischer Humanismus, erzeugen einen gegenläufigen Druck, der zu einer Nova-artigen Ausbreitung pluraler Zwischenpositionen führt.<sup>174</sup> Joas weist darauf hin, dass das Ergebnis dieser Kontingenz nicht unbedingt Relativismus, sondern kontingente Gewissheit sei. Bindungen an Werte seien flexibel, aber nicht weniger intensiv.<sup>175</sup>

---

<sup>171</sup>Taylor, a.a.O., 915.

<sup>172</sup>Ebd., 932.

<sup>173</sup>Ebd., 928.

<sup>174</sup>Ebd., 997.

<sup>175</sup>Joas, *Glaube als Option*, 126ff.

## 7.4 Fülle

Entscheidend bei der Orientierung zwischen pluralen und fragilen Optionen ist der Umgang mit dem, was Taylor „Fülle“ nennt. Diese gehört laut Taylor zur allgemeinen Erfahrung, wird von ihm aber nicht exakt bestimmt. Er meint damit eine Erfahrung, wo das Leben tiefer, reicher, bewunderns- und lohnenswerter ist, aber auch geheimnisvoll, rätselhaft und zugleich tief bewegt und erschütternd. Diese Fülle kann aber auch von der negativen Seite erfahren werden, z. B. durch Distanz, Abwesenheit, Ausgestoßen sein, Ohnmacht, Verwirrung und Überdruß. Auch Verdammnis und Gefangenschaft sind als „verdiente“ Negative möglich. Das Schreckliche an dem Zustand ist, dass man den Sinn dafür verliert, worin die Fülle besteht. Die dritte Möglichkeit ist ein mittlerer Zustand, indem man der Dunkelheit entkommt, aber die Fülle auch nicht erreicht. Die hält Taylor für säkular populär:

„Wir finden uns mit der mittleren Position ab, und das gelingt oft durch eine feste, ja routinemäßige Ordnung des Lebens, in deren Rahmen wir Dinge tun, die eine gewisse Bedeutung für uns haben, die beispielsweise zu unserem normalen Glück beitragen, die in der einen oder anderen Hinsicht befriedigend sind oder zu dem beisteuern, was wir für das Gute halten.“<sup>176</sup>

Dazu gehört z. B. eine glückliche Familie, sinnvolle Arbeit, ein Beitrag zum allgemeinen Wohlergehen. Für viele Nicht-Gläubige sei der mittlere Zustand schon alles. Die „Mitte“ soll erfolgreich geführt und komplett ausgekostet werden, darüber hinaus gibt es nichts. Dazu gehöre die Auffassung, dass das erstens schon viel sei und zweitens, dass ein höheres Streben nach Heiligkeit oder einem Leben nach dem Tod als Weglaufen vor dem Streben nach dem hohen menschlichen Wert, was diesem schade, aufgefasst wird.<sup>177</sup> Taylor stellt in Frage, ob eine transzendenzfreie Erfahrung und Interpretation dieser Fülle, der Kraft kreativen Handelns, ethischer Forderungen oder künstlerischen Erlebens aus der mittleren Position langfristig durchgehalten werden kann, weil sich ein gewisses Unbehagen an der Immanenz und dem materialistischen Menschenbild einstellt.<sup>178</sup> Taylor ist sehr optimistisch, was die Suche nach dem Sinn und die Unzulänglichkeit des Deutungspotentials des ausgrenzenden Humanismus angeht. Auch andere Autoren äußern sich ähnlich:

---

<sup>176</sup>Taylor, a.a.O., 21.

<sup>177</sup>Ebd., 22.

<sup>178</sup>Ebd., 993f.

„Solange sich Menschen in einer Welt zurechtfinden müssen, die sich ihnen nie ganz erschließt, werden sie fragen, ob das, was sie mit ihren Sinnen und ihrem Verstand wahrnehmen, die ganze Wirklichkeit sei.“<sup>179</sup>

In der KMU6 zeichnet sich jedoch ein anderes Bild ab. Einerseits zeigt die Gruppe der Konfessionslosen die größte Bestandserhaltung: „Wer konfessionslos aufgewachsen ist, bleibt also mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit das ganze Leben konfessionslos.“<sup>180</sup> Andererseits zeigen die 14 bis 29-jährigen deutlich weniger religiöse Wirksamkeitserfahrungen.<sup>181</sup> Das bedeutet nicht, dass die junge Generation weniger „Fülle“ erlebt. Es kann aber ein Hinweis darauf sein, dass eine geschlossen-immanente Deutung durchaus nicht so störend sein muss, wie Taylor vermutet.<sup>182</sup> In Anbetracht der Tatsache, dass die Säkularen das niedrigste Durchschnittsalter unter allen Gruppen haben<sup>183</sup>, ist es gut möglich, dass dieser Trend die Zukunft noch stärker prägen wird.

## 7.5 Moral und Regeln

### 7.5.1 Körperlichkeit

Taylor beschreibt ebenfalls, wie sich die beschriebenen Gegebenheiten auf unser Verhältnis zu Moral, Regeln, Gut und Böse ausgewirkt haben. Gegen die Vorherrschaft der berechnenden Vernunft und die Forderungen platonischer oder christlicher Askese richtet sich heute das Streben nach Ganzheit. Dieses ist mit dem Trachten nach der Rettung des Körpers und der Rehabilitation des normalen menschlichen Begehrens verknüpft. Der immanente Rahmen bringe es mit sich, dass es „im Wesen des Guten

---

<sup>179</sup>Ingolf U. Dalferth, *Transzendenz und säkulare Welt: Lebensorientierung an letzter Gegenwart* (Tübingen: Mohr Siebeck, 2015), 281.

<sup>180</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 43. Dass es außerhalb der Kirche kaum religiöses Leben gibt, wurde bereits dargelegt.

<sup>181</sup>Ebd., 77, 81. Darunter fallen: das Spüren von Gottes Nähe, von spirituellen Kräften oder „dunklen Mächten“ sowie das Gefühl bei manchen Naturerlebnissen, eine heilige Macht zu spüren.

<sup>182</sup>„[Es] wird die vorherrschende Darstellung der Säkularisierung mit ihrer Tendenz, unsere religiöse Vergangenheit für viele Probleme der Welt verantwortlich zu machen, im Laufe der Zeit immer weniger einleuchtend wirken. [...] Zugleich wird diese extreme Konzentration der Immanenzatmosphäre bei künftigen Generationen das Gefühl verstärken, man lebe in einem `öden Land`. Daher werden viele junge Menschen wieder beginnen, das Gebiet jenseits der Grenzen zu erkunden. Niemand kann vorhersagen, wohin das führen wird.“ Taylor, a.a.O., 1275. Siehe auch: Philipp F. Bartholomä, „Bedingungen des Glaubens in einer nachchristlichen Gesellschaft: Charles Taylors Analyse des säkularen Zeitalters und ihre Bedeutung für den freikirchlichen Gemeindebau“, *EJT* 25/2 (2016): 162-178.

<sup>183</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 23.



für den Menschen [liege], daß [sic] es sinnlich und irdisch sei. Wer sich ein transzendentes Ziel setze, verrate dieses Gut.“<sup>184</sup> Dazu gehöre auch eine Mentalität, die keinen Sinn für persönliche Schuld, aber einen ätzenden Sinn für Kollektivsünden habe. Das führe dazu, dass bestimmte menschliche Belastungen, Zweifel, Fragen, Schwierigkeiten oder Probleme aus dem moralisch-spirituellen in den therapeutischen Bereich verlagert werden:

„Der Triumph des Therapeutischen hat allerdings folgende peinliche Seite: Ein Grund dafür, die spirituelle Perspektive des Bösen und der Heiligkeit preiszugeben, war der, daß [sic] man die Vorstellung ablehnte, unser normales Dasein im mittleren Bereich sei unvollkommen. So wie wir als `natürliche´ Wesen sind, sind wir vielmehr vollkommen in Ordnung. Dadurch wird die Würde der normalen `natürlichen´ Existenz noch zusätzlich gesteigert. Dieser Schritt hätte uns von allem befreien müssen, was häufig als Frucht der Sünde gegolten hatte: Ohnmacht, Gespaltenheit, Angst, Bedrücktheit, Melancholie, innere Leere, Unvermögen, lähmende Schwerkraft, Acedia und so weiter. Doch in Wirklichkeit wimmelt es von diesen Phänomenen. Allerdings müssen sie jetzt, da es sich um die Beschwerden von Wesen handelt, die für die Normalität des mittleren Bereichs bestimmt sind, als das Resultat einer Krankheit gesehen und somit therapeutisch behandelt werden. Dem Behandelten nähert man sich nun als einer Person, die bloß behindert ist; und diese Person hat *weniger* Würde als der Sünder. Was unsere Würde fördern sollte, hat sie in Wirklichkeit vermindert. Wir sollen lediglich behandelt und durch bestimmte Verfahren zu Gesundheit geführt werden.“<sup>185</sup>

Um zu verhindern, dass der Patient vom zu hohen Sockel der Gesunden aus angesprochen wird, sei der Patient erstens durchs „Heilverfahren als Redekur“ aktiv einbezogen und es werde zweitens betont, dass alle Menschen für so etwas anfällig seien. Es findet insofern eine Annäherung an die alte „Würde des Sünders“ statt.<sup>186</sup> Musste zuvor das Unbehagen genauer begriffen und aufgearbeitet werden, was vielleicht Gebets- und Meditationsübungen einschloss, muss man es heute loswerden oder zumindest so weitgehend abschwächen, dass man damit leben kann. Krankheit geht therapeutisch als moralisch-spiritueller Lernfeld verloren. Taylor wendet dagegen ein, dass die lähmenden Konflikte, die die angeprangerten Forderungen des Glaubens

---

<sup>184</sup>Taylor, a.a.O., 911.

<sup>185</sup>Taylor, a.a.O., 1031. Bleibt dieses Phänomen nicht bei psychischen Phänomenen stehen, sondern dehnt sich auch auf den Körper aus, lässt sich z.B. die Expansion ästhetischer Medizin und Enhancement leicht erklären. Aber auch viele Aspekte, die bei den besprochenen Menschenbildern in der Medizin eine Rolle spielen, hängen damit zusammen.

<sup>186</sup>Ebd., 1031f.

mit sich brächten, kein Reflex ihrer Grundlosigkeit seien, sondern Ausdruck unserer prekären, d. h. sündigen Lage:

„Der therapeutische Ansatz disambiguiert die komplexe, widersprüchliche Natur des Bösen, das zwar tatsächlich eine Verminderung der Fähigkeit mit sich bringt, aber stets auch der Zustand eines verantwortlichen Akteurs ist.“<sup>187</sup>

Die Vorwürfe, dass die Religion zu hohe moralische Ziele habe und das normale Glück verachte, wie auch die damit einhergehende Verharmlosung der aggressiven und konfliktbereiten menschlichen Realität können jedoch ebenso gegen den atheistischen Humanismus vorgebracht werden, wie es philosophiegeschichtlich durch Nietzsche und die ihm Folgenden geschehen ist.<sup>188</sup> Die Kritik an hohen Idealen in Anbetracht der Unverzichtbarkeit unserer normalen körperlichen Erfüllungen ist deshalb so wirkungsvoll, weil die Zentralstellung des Körpers in unserer Kultur generell bejaht werde. Darum lassen wir uns von der Maximalforderung beeindrucken: Ideale können nicht um den Preis der Ausmusterung oder Verunglimpfung normaler Erfüllungen angestrebt werden. Taylor versucht sich aus christlicher Perspektive dieser Maximalforderung zu stellen, dass höchste spirituelle und moralische Bestrebungen definiert werden können und ein Weg zur Transformation aufgezeigt wird, der das Wesentliche des Menschseins weder zerschmettert, noch verstümmelt, noch verleugnet.<sup>189</sup> Dabei arbeitet er die transformative Perspektive des Christentums heraus, die nicht platonisch-dualistisch missverstanden werden darf, sondern:

„Es sind die Begierden selbst, die transformiert werden müssen: das sexuelle Begehren müsse zu einer tieferen, stärker engagierten Liebe werden; Selbstbestätigung müsse sich in Hingabe an geliebte Menschen verwandeln; Mitgefühl müsse stärker auf die wahren Nöte unserer Mitmenschen eingehen, und so weiter. Sobald dieser Prozeß [sic] eingesetzt und wenigstens eine dieser Entwicklungsrichtlinien eingeschlagen hat, ist unsere Realität komplex. Es kann nicht mehr nur darum gehen, etwas auszutreiben oder etwas anderes einzutrichern.“<sup>190</sup>

---

<sup>187</sup>Ebd., 1037.

<sup>188</sup>Taylor arbeitet die Auseinandersetzung im Dreieck Humanismus, Neonietzscheianer und Transzendenzfreunde exzellent heraus und setzt sich dabei intensiv mit Martha Nussbaum auseinander, die dafür plädiert hat, das Menschliche zu akzeptieren und nicht darüber hinaus etwas zu suchen, was nicht menschlich wäre. Ebd., 1039ff.

<sup>189</sup>Ebd., 1064.

<sup>190</sup>Ebd., 1073f. Das Transformative arbeitet er auch für einen christlichen Umgang mit Leid in Auseinandersetzung mit der Opfertheorie, v. a. René Girard, heraus: „Auf der Basis dieser Initiative – der unverständlichen Heilkraft dieses Leidens – wird es möglich, selbst das sinnloseste menschliche Leiden mit der Handlung Christi in Verbindung zu bringen, so daß [sic] es zum Ort des erneuerten

### 7.5.2 Regelfetischismus

Taylor geht ebenfalls auf Konfrontationskurs mit der modernen Ethik. Die aufgeklärte Kultur sei sehr theoretisch orientiert. Als Beispiel führt er die kritischen Stimmen in der Mitleidsdebatte an. Das Christentum und mit ihm der Okzident sei durch eine Exkarnation der Ethik gegangen. Die Öffnung für Körperliches, insbesondere Gefühle, ist etwas, das wir moralisch nicht gelten lassen können:

„Die Regeln des modernen ‚wissenschaftlichen‘ und analytischen Denkens privilegieren den unpersönlichen ‚Blick von nirgendwo‘, den ‚erfahrungsfernen‘ Standpunkt. Daher hat dieses Denken die Tendenz, uns zur systematischen Entwertung intuitiver Einsichten zu veranlassen, von denen die Auffassung der unpersönlichen Ordnung in Frage gestellt werden könnte.“<sup>191</sup>

Taylors Kritik zielt darauf ab, dass man gutes Verhalten nicht nur durch rechtliche Absicherungen kodifizieren könne. Mit Aristoteles weist er darauf hin, dass Ereignisse zu mannigfaltig, die Pluralität der Güter und jeweilige Interessen inklusive der jeweiligen Hintergründe komplex seien, dass Tugend gefragt sei und ausgleichende Gerechtigkeit gegen Versöhnung, Vertrauen und zukünftige Handlungsspielräume abgewogen werden könne.<sup>192</sup> Er bezeichnet die Auffassung der Ethik als Regelwerk in Analogie zum Gesetz in Anlehnung an Kant als „Fetischismus der Regeln und Normen“. Die Vernunft verfehle den Sinn des Daseins, der in erster Linie auf das Erleben ‚epiphanischer‘ Fülle und nicht auf eine formale Übereinkunft der Vernunft mit sich selbst abziele.<sup>193</sup> Damit meint er nicht, dass man keine Regeln oder Gesetze brauche:

„Es ist allerdings nicht so, als könnten wir die Regeln einfach abschaffen. Aber die liberale Zivilisation der Moderne macht aus ihnen einen Fetisch. Wir glauben, wir müßten [sic] das RICHTIGE Regel- und Normensystem finden und es dann ausnahmslos befolgen. Wir erkennen gar nicht mehr, daß [sic] diese Regeln unserer Welt der Menschen aus Fleisch und Blut nicht gut entsprechen, und übersehen die Dilemmata, die unter den Teppich gekehrt werden müssen, beispielsweise: Gerechtigkeit kontra Barmherzigkeit oder Gerechtigkeit kontra ein neues Verhältnis.“<sup>194</sup>

---

Kontakts mit Gott wird. Das ist ein Akt, der die Welt heilt. Das Leiden bekommt, indem es Gott angeboten wird, eine transformative Wirkung.“ Ebd., 1086f.

<sup>191</sup>Ebd., 925.

<sup>192</sup>Ebd., 1169ff. Er versucht dies am Beispiel von Südafrikas Aufarbeitung der Apartheid zu zeigen.

<sup>193</sup>Michael Kühnlein, „Ausblick: Nach der Entzauberung der Entzauberungstheorie – Wo stehen Politik, Ethik und Religion heute?“ in *Charles Taylor: Ein säkulares Zeitalter*, Michael Kühnlein (Hg.), *Klassiker Auslegen*, Ottfried Höffe (Hg.), Bd. 59 (Berlin/Boston: De Gruyter, 2019), 217.

<sup>194</sup>Taylor, a.a.O., 1227f.

In Anschluss an Dostojewskijs „Böse Geister“ rehabilitiert Taylor die Auffassung, dass besser alle schuldig sind und man sich als Gemeinschaft der Sünder versteht. Die therapeutische „Keiner-ist-schuld“-Einstellung berge die Gefahr, eine Ermächtigung zum Handeln zu erhalten, die von der totalen Rechtschaffenheit und der Überlegenheitsvorstellung vom eigenen Kodex herrührt und ein enormes Aggressionspotential gegen einen möglichen Feind in sich birgt. Die Wiederherstellung der Basis der Gemeinschaft der Sünder entschärfe dieses Potential und erschieße eine Grundlage der gemeinsamen Verantwortung:<sup>195</sup>

„Den Mittelpunkt unseres spirituellen Lebens sollten wir jenseits des Kodex auf einer tieferen Ebene finden, nämlich in Netzwerken der lebendigen Anteilnahme, die dem Kodex nicht geopfert werden dürfen, sondern ihn von Zeit zu Zeit sogar untergraben müssen.“<sup>196</sup>

## 7.6 Zukunft der Religion und des Glaubens

Wie haben wir uns die Zukunft des Glaubens in Anbetracht der Gegenwart vorzustellen? Taylor zieht folgendes Fazit:

„Die gebrochene expressivistische Kultur der Gegenwart mit ihrer zunehmend postdurkheimischen Auffassung steht dem Glauben offenbar nicht sonderlich entgegenkommend gegenüber. Unsere Welt ist in ideologischer Hinsicht fragmentiert, und die Bandbreite der möglichen Positionen nimmt zu, während der Nova-Effekt durch den expressiven Individualismus verstärkt wird. Es gibt starke Anreize, die dafür sprechen, innerhalb der Grenzen des menschlichen Bereichs zu bleiben oder sich zumindest nicht um darüber hinausgehende Erkundungen zu kümmern. Die Kenntnis einiger bedeutender Sprachen der Transzendenz nimmt ab. In dieser Hinsicht gerät viel in Vergessenheit. Das individuelle Streben nach Glück im Sinne der Konsumkultur bindet nach wie vor einen großen Teil unserer Zeit und unserer Kraft. Andernfalls aktiviert die Gefahr, durch Armut, Arbeitslosigkeit oder Unfähigkeit von diesem Streben ausgeschlossen zu werden, alle unsere Anstrengungen. Das ist zwar alles richtig, aber dennoch macht sich das Gefühl breit, hier sei noch mehr. Sehr viele Menschen spüren es – wenn sie über ihr Leben nachdenken, wenn sie sich in der Natur entspannen, wenn sie Trauer und Verlust ertragen sowie in ganz unerwarteten und unvorhersehbaren Momenten. Unsere Zeit ist sehr weit davon entfernt, es sich in einem bequemen Unglauben gemütlich zu machen. Viele Einzelpersonen tun das zwar – und eine noch größere Anzahl erweckt nach außen hin den Anschein, es zu tun -, doch die Unruhe kommt immer wieder zum Vorschein. Könnte es je anders sein?“<sup>197</sup>

---

<sup>195</sup>Ebd., 1177.

<sup>196</sup>Ebd., 1229.

<sup>197</sup>Ebd., 1203f.

Schaut man sich die Ergebnisse der KMU6 an, ist Taylor's Optimismus eher mit Skepsis zu begegnen. Hatte Taylor noch postuliert, dass viele Menschen noch glauben, sich jedoch von religiöser Praxis und kirchlicher Autorität distanzieren<sup>198</sup> – er spricht von einem „diffusen Christentum“<sup>199</sup> –, dass sie sich starken religiösen Gemeinschaften anschließen, die ihrem spirituellen Empfinden entsprechen und sie an der Kirche wegen ihrer Übergangsriten und Trostkompetenz als kulturellen Reservoir festhalten,<sup>200</sup> muss mit der KMU6 gesagt werden, dass dieser Trend sich bisher in Deutschland keineswegs abzeichnet. Außerhalb der Kirche bilden sich keine nennenswerten religiösen Gemeinschaften, die Individualisierungsthese bestätigt sich nicht, die große Konsistenz der Konfessionslosigkeit wurde bereits thematisiert und im konfessionslosen Milieu ist das Interesse an einer kirchlichen Bestattung, Kasualien usw. verschwindend gering.<sup>201</sup> Andersherum ist es gerade die kirchennahe Religiosität, die eine höhere lebenspraktische Relevanz besitzt.<sup>202</sup> In der Gesamtbevölkerung messen gerade einmal 12% der Befragten der Religiosität eine Bedeutung in Arbeit und Beruf zu, dafür noch 34% beim Umgang mit schwierigen Situationen im Leben, was für unseren Kontext der Heilberufe interessant ist.<sup>203</sup> Bei weiterhin schrumpfender Religiosität und Kirchlichkeit wird sich eher ein überkonfessionelles christliches Milieu herausbilden, das auch von den globalen Strömungen des Christentums stärker geprägt sein wird. Die Attraktivität einer Religionsgemeinschaft (im Vergleich zu einer anderen, nicht zu säkularen Alternativen) könnte stärker von den politischen und moralischen Affinitäten der Individuen abhängen, als vom Bekenntnis.<sup>204</sup>

Inwiefern Taylor doch Recht haben könnte, hängt heute am stärksten an der Verbreitung des naiven Atheismus, seiner Fragilität und Ansprechbarkeit für andere Optionen. Dafür sollen einerseits mögliche intellektuelle Herausforderungen und andererseits eine Glaubenshermeneutik im immanenten Rahmen thematisiert werden.

---

<sup>198</sup>Ebd., 856ff.

<sup>199</sup>Ebd., 866.

<sup>200</sup>Ebd., 862ff.

<sup>201</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 62, 66.

<sup>202</sup>Ebd., 30.

<sup>203</sup>Ebd., 31f.

<sup>204</sup>Joas, *Glaube als Option*, 190ff.

### 7.6.1 Intellektuelle Herausforderungen

Die Frage nach den intellektuellen Herausforderungen des Glaubens ist insofern relevant, dass sich die „Quest-Religiösität“, bei der das Zweifeln und Hinterfragen bei der Beschäftigung mit religiösen Fragen wesentlich ist, laut KMU6 bei den Religiös-Distanzierten noch auf einem hohen Niveau befindet.<sup>205</sup> In der Auseinandersetzung mit dieser Frage kommt Hans Joas zu dem Schluss, dass seit dem epochalen und man möchte sagen prophetischen Aufsatz von Ernst Troeltsch aus dem Jahr 1910/11 zu diesem Thema wenig Innovatives passiert sei. Troeltsch charakterisierte das zukünftige Christentum durch zwei Merkmale:

„es ersetzt erstlich die kirchlich-autoritative Bindung durch eine aus der Kraft des überlieferten Gemeingeistes sich frei und individuell bildende Innerlichkeit; es verwandelt zweitens die alte christliche Grundidee einer wunderbaren Heilung der durch die Sünde tödlich infizierten Menschheit in den Gedanken einer erlösenden Erhebung und Befreiung der Persönlichkeit durch Gewinnung eines höheren Personlebens aus Gott.“<sup>206</sup>

Er sollte weitestgehend Recht behalten. In der Frage, ob das zukünftige Christentum in sich etwas Mögliches und Lebensfähiges habe oder ob es nur der letzte Nachhall einer sich auflösenden Christlichkeit sei, identifiziert er vier Herausforderungen in Anbetracht wachsender Verständnislosigkeit gegenüber wesentlichen Gehalten der christlichen Botschaft: 1. dem Person-Verständnis, 2. der Konzentration aller Spiritualität auf Jesus Christus, 3. dem Liebesethos, und 4. der Gemeinschaftlichkeit des Kults.<sup>207</sup>

Beim ersten Thema gehe es heute darum, reduktionistisch-naturalistischen Vorstellungen zu begegnen. Troeltsch schreibt selbstbewusst:

„Daß [sic] etwas als wirklich erst unter der Bedingung seiner Rationalisierbarkeit anerkannt werden darf, ist nichts als ein ungeheures Vorurteil, gegen das das Leben selber heute wie immer sich erfolgreich wehrt.“<sup>208</sup>

---

<sup>205</sup>Wie hältst du's mit der Kirche?, 31. Quest-Religiösität unterscheidet sich von intrinsischer und extrinsischer Religiosität. Die Säkular-Geschlossenen befinden sich bei allen drei Religiositätsformen nahe dem Null-Niveau.

<sup>206</sup>Ernst Troeltsch, „Die Zukunftsmöglichkeiten des Christentums“, *Logos* (1910/11): 167.

<sup>207</sup>Ebd., 169. Vgl. Joas, *Glaube als Option*, 202.

<sup>208</sup>Troeltsch, a.a.O., 171. Probleme ergeben sich mit transzendenter Personalität, Trinität, Ebenbildlichkeit des Menschen usw.

In Anbetracht ambivalenter Zusammenhänge zwischen dem Christentum und der „Sakralität der Person“ empfiehlt Joas, selbstkritisch aufzuarbeiten, wo das Christentum menschenrechtsunwürdige Zustände fördere.<sup>209</sup>

Zum zweiten Punkt sagt Troeltsch, dass es keine echte Christumystik gebe, die durch historische Kritik kaputt gemacht werden könne.<sup>210</sup> Das setze jedoch die achsenzeitliche Transzendenzidee, also die radikale Desakralisierung aller Strukturen politischer Herrschaft und sozialer Ungleichheit zu Konzepten wie Inkarnation und Trinität, voraus. In den letzten Jahren wurde stärker als bei Jaspers und Weber das politisch-moralische Potential der Transzendenzidee in der Infragestellung irdischer Ordnung konkret historisch-soziologisch herausgearbeitet.<sup>211</sup>

Drittens dränge auch das Liebesethos auf Transzendenz und Ewigkeit. Herausforderung sei es

„rationalistisch beschränkte Formen des moralischen Universalismus zu kritisieren. In diesem Zusammenhang werden dann Klärungen des Verhältnisses von `Gerechtigkeit` als dem Zentralbegriff des moralischen und rechtlichen Universalismus und `Liebe` als dem Schlüsselbegriff des christlichen Ethos dringend. [...] Christen sind nicht einfach – in Max Webers Worten – Vertreter eines `akosmistischen` Liebesethos. Sie glauben auch an Gerechtigkeit, gehen aber über diesen Glauben hinaus, indem sie sich der Notwendigkeit nicht verschließen, die für soziale und politische Ordnung unverzichtbarer Prinzipien der Gerechtigkeit immer wieder durch das Ethos der Liebe zu relativieren.“<sup>212</sup>

Zu viertens schreibt Troeltsch, dass der moderne Individualismus noch darauf kommen müsse, dass ein individueller Kult keine Lösung sei, sondern es gemeinschaftliche Formen brauche, selbst wenn es kein absolutes, sicheres Höchstes, sondern nur Annäherungen gebe.<sup>213</sup> Es könne nicht um die Ersetzung des historischen Schatzes institutioneller Erfahrung durch selbsterschaffene Weltbilder und Praktiken gehen, sondern nur um die „lebendige persönliche Aneignung und Fortbildung“, die „Durcharbeitung und Verinnerlichung der historischen Mächte“.<sup>214</sup>

Wie sehr Troeltsch hier bereits antizipiert, worum Taylor sich bemüht hat, und was die KMU6 ebenfalls wiedergibt, wird hier nicht explizit ausgeführt werden, sollte

---

<sup>209</sup>Joas, *Glaube als Option*, 207ff.

<sup>210</sup>Troeltsch, a.a.O., 172ff.

<sup>211</sup>Dazu Joas, *Glaube als Option*, 213ff.

<sup>212</sup>Ebd., 206f.

<sup>213</sup>Troeltsch, a.a.O., 181f.

<sup>214</sup>Joas in wörtlicher Anlehnung an Troeltsch. Joas, *Glaube als Option*, 212f.

jedoch bereits mehr als offensichtlich sein. Das Christentum scheint in Anbetracht der aktuellen Entwicklung keine sehr überzeugenden Antworten zu kommunizieren. Intellektuell wird man in Anknüpfung an Troeltsch und Taylor in Erwartung eines naiven Atheismus darum bemüht sein müssen, naturalistische und atheistische Verkürzungen überzeugend zu dekonstruieren. Alle Kirchen mit missionarischen Ambitionen müssen lernen v. a. die säkularen Menschen und nicht verschiedene Spielarten des Christentums oder andere Religionen in ihrer Umgebung als „signifikant Andere“ wahrzunehmen.<sup>215</sup> „Das bedeutet, dass der Gegenpol des Säkularismus in erster Linie die Kirchen sind, weniger andere Religionsformen.“<sup>216</sup>

### 7.6.2 Glaubenshermeneutik

In Anbetracht der intellektuellen Herausforderungen stellt sich die Frage, mit welchen Formen von Glaubenshermeneutik und Glaubenskommunikation diesen begegnet werden kann. Dazu gehört einerseits, wie bereits gesagt, die Dekonstruktion säkularer Subtraktions- und Überlegenheitsnarrative:

„Konkret heißt das beim Thema Religion, dass sich die Ausbildung religiöser Bindungen unter Bedingungen hoher Kontingenz heute unter der Denkvoraussetzung eines Endes der Leitidee abspielt, Säkularisierung sei ein notwendiger Bestandteil von Modernisierung.“<sup>217</sup>

Andererseits müssen entstehende leere Räume religiös gefüllt werden. Wie Troeltsch schon bemerkte, sind eine Auseinandersetzung mit der modernen Lebenswelt und eine Aneignung gewisser Grundrichtungen unabkömmlich. Diese müssen allerdings eng an religiöse Ausgangspunkte und Interessen gebunden bleiben, um ein selbstständiges und eigentümliches religiöses Denken zu entwickeln.<sup>218</sup> Joas schlägt dazu vor, dass Glaube heute vom Phänomen des Vertrauensserwerbs, der Gewissheitserfahrung in Leid und Freude, der Einsicht in Bedingungen und nicht nur als Einschränkung von Autonomie begriffen werden solle.<sup>219</sup> Es geht also mehr um Versuche zur

---

<sup>215</sup>Zum Konzept des „Signifikant anderen“ siehe: Philipp Bartholomä, *Freikirche mit Mission: Perspektiven für den freikirchlichen Gemeindeaufbau im nachchristlichen Kontext* (Leipzig, Evangelische Verlagsanstalt, 2019), 89, 125.

<sup>216</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 36.

<sup>217</sup>Joas, *Glaube als Option*, 126f.

<sup>218</sup>Troeltsch, a.a.O., 183f.

<sup>219</sup>Joas, *Glaube als Option*, 33.



Auslegung menschlicher Erfahrungen, als um Wertsysteme oder quasi-wissenschaftliche Lehrgebäude.<sup>220</sup> Dabei gehe es gerade nicht darum, Glaube als Kontingenzbewältigungstechnik zu verstehen, sondern als Voraussetzung für einen spezifischen Umgang mit Kontingenz. Laut Taylor hängt die Überzeugungskraft dann vor allem daran, inwiefern der christliche Glaube einen plausiblen Umgang damit ermöglicht, was Taylor Fülle nennt. Im Kern handelt es dabei fast ausschließlich um anthropologische Fragestellungen, die nach Antworten des christlichen Glaubens verlangen: Wie sähe der Weg zur Fülle aus? Bis zu welchem Grad kann die Fülle erreicht werden? Wie lassen sich negative Motive auf dem Weg überwinden, bleiben sie weiterhin bestehen? Wenn die negativen Motive nicht außer Acht gelassen werden können, was kostet es, diese Motive auszuschalten und sind dazu gravierende Opfer erforderlich?<sup>221</sup> Ob christliche Antworten eine selbstständige Lebendigkeit ausstrahlen,

„hängt vielmehr ab von den Fähigkeiten derer, die diese Option vertreten und vorleben, und von ihrem Vertrauen, auch unter den heutigen Bedingungen nicht ein schwaches und zu schützendes Pflänzchen nur zu bewahren, sondern eine Option zu vertreten, deren Anziehungskraft sich – wird sie richtig verstanden – kaum einer entziehen kann.“<sup>222</sup>

Die KMU6 hat deutlich gezeigt, dass die Kirchen in Deutschland in ihrer Glaubenskommunikation weit davon entfernt sind. Von der Bevölkerung werden v. a. Aktivitäten im Bereich des sozialen und solidarischen Handelns erwartet. Eine Steigerung ihrer Attraktivität kann die Kirche in der aktuellen Lage nicht über rein religiöse Aktivitäten gewinnen. Vielmehr könne eine solche Fokussierung zur weiteren Distanzierung säkularer und distanzierter Kirchenmitglieder führen:

„Das klassische Dilemma, dass sich Kirchen als Organisationen kaum über ihren Markenkern des Religiösen thematisieren können, dies aber aus einem theologischen Verständnis ihres Auftrags folgt, zeigt sich in der gegenwärtigen Situation sehr zugespitzt.“<sup>223</sup>

Allerdings zeichnet sich nicht ab, dass konfessionslose und säkulare Menschen wegen des sozialen Engagements der Kirchen in eine Kirche eintreten, geschweige denn zum christlichen Glauben finden. Konversionsprozesse haben viel

---

<sup>220</sup>Joas, *Glaube als Option*, 153.

<sup>221</sup>Taylor, a.a.O., 1006f.

<sup>222</sup>Joas, *Glaube als Option*, 148.

<sup>223</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 66.

mehr persönlich-biographischen Charakter und hängen mit Personen im direkten, nahen Umfeld zusammen.<sup>224</sup> Bartholomä hat in Auseinandersetzung mit Taylor bereits darauf hingewiesen:

„Nimmt man Taylors Erzählung ernst, besteht tatsächlich die Gefahr, dass eine übermäßige Betonung auf dem starken Einsatz für soziale Gerechtigkeit und gesellschaftliche Veränderungsprozesse `den Himmel verfinstert´ und sich damit langfristig für die (Transzendenz zwingend einschließende) Glaubensvermittlung eher kontraproduktiv auswirken könnte.“<sup>225</sup>

Soziales Engagement mag die Kirchenaustritte verlangsamen, trägt jedoch wenig zur Bedeutung des Glaubens bei. Christliche Gemeinschaften müssen neue Glaubenssprachen entwickeln und Anknüpfungspunkte, ausgehend von der Glaubenserfahrung, schaffen.<sup>226</sup> Dazu gehört essentiell die Transzendenzfrage, um einen Zugang zu einer Jesus-Christus-Frömmigkeit und dem christlichen Liebesethos zu ermöglichen. Dabei gilt:

„Wer sich in der Immanenz der Welt an der Transzendenz Gottes orientiert, für den ist Gott weder eine Welt hinter noch über der Welt, in der wir leben und die wir erleben, sondern der, ohne den die Welt und wir selbst nicht sein könnten, was wir sein können.“<sup>227</sup>

---

<sup>224</sup>Die KMU6 zeigt, dass kirchliche Partizipation wenig mit der Auseinandersetzung mit Glaubensfragen zu tun hat: „Andererseits schätzt auch die Hälfte derjenigen, die Kontakte zur Kirche haben, diese als nicht oder wenig relevant für das Leben ein. Zudem werfen die Ergebnisse im Blick auf den persönlichen Glauben Fragen auf. Sie scheinen darauf hinzudeuten, dass der eigene Glaube oder die eigene Distanz zum Glauben von der kirchlichen Arbeit häufig kaum berührt wird und wenig Impulse für eine vertiefte Auseinandersetzung, Überprüfung und Veränderung bekommt. Sowohl das Bildungsanliegen, das eine kritische Auseinandersetzung mit Glaubensfragen einschließt, als auch eine missionarische Intention, die Menschen neu eine Bedeutung des Glaubens eröffnen möchte, scheinen in der Breite nur eingeschränkt Wirkung zu entfalten.“ *Wie hältst du's mit der Kirche?*, 88. Auf die die Frage, was Menschen dazu bewegt sich der Kirche zuzuwenden, antwortet Irmgard Conin, Leitung der Katholischen Glaubensinformation FIDES in Köln, im Interview mit dem Domradio am 06.02.2022: „Meistens sind es aber Momente im Leben. Das kann eine Krankheit sein, das kann der Tod eines Angehörigen sein, das können aber auch ganz schöne Momente sein, wie einen Partner zu finden, heiraten zu wollen oder ein Kind wird geboren, wo man spürt, jetzt muss ich mich nochmal neu verorten, ausrichten. Und da spielt Kirche und Glaube eine Rolle.“ Siehe: [https://www.domradio.de/artikel/was-menschen-zum-wiedereintritt-die-kirche-bewegt?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=dyn&gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwwYSwBhDcARIsAOyL0fj60ZGuohSLd-PnBW34k6pj11SBdHuVArUk3qoWkMJFyZTpNJW9G5XYaAqhlEALw\\_wcB](https://www.domradio.de/artikel/was-menschen-zum-wiedereintritt-die-kirche-bewegt?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=dyn&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwwYSwBhDcARIsAOyL0fj60ZGuohSLd-PnBW34k6pj11SBdHuVArUk3qoWkMJFyZTpNJW9G5XYaAqhlEALw_wcB), aufgerufen am 25.03.2024. Herausragend zeichnet folgende Studie die Bedeutung der Personen im nahen Umfeld und die Ambivalenz von biographischen Krisen im Zusammenhang mit Wegen zum Glauben nach: Johannes Zimmermann und Anna-Konstanze Schröder (Hg.), *Wie finden Erwachsene zum Glauben? Einführung und Ergebnisse der Greifswalder Studie* (Neukirchen-Vluyn: Neukirchner Verlag, 2011).

<sup>225</sup>Bartholomä, „Bedingungen des Glaubens in einer nachchristlichen Gesellschaft“, 170.

<sup>226</sup>Obwohl religiöse Selbstwirksamkeitserfahrungen in der KMU6 einen starken Rückgang verzeichnen, besonders in der jüngeren Generation, muss das nicht bedeuten, dass es weniger Sinn für Taylors Fülle gibt. Dies kann durchaus mit naiven-atheistischen Deutungsmustern zusammenhängen.

<sup>227</sup>Dalferth, *Transzendenz und säkulare Welt*, 277f.

Das bedeutet auch, dass es bei der Glaubenskommunikation nicht nur um Innerlichkeit und die Interpretation von Erfahrungen geht. Christlicher Glaube ist nicht als Glaube erkennbar, wenn er sich nicht öffentlich von Nichtglaube, Unglaube, Irrglaube und Aberglaube unterscheidet.<sup>228</sup>

## 7.7 Gesellschaftlicher Beitrag und Bedeutung der Religion

Die KMU6 konnte empirisch nachweisen, dass die Kirchen eine wichtige zivilgesellschaftliche Rolle spielen und die Demokratie stärken. Das Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen und Traditionen, als auch intensive nachbarschaftliche Kontakte sind bei Kirchlich-Religiösen höher als bei anderen Gruppen.<sup>229</sup> Bei der Gruppe der Säkularen ist es genau andersherum.<sup>230</sup> Am deutlichsten zeigt sich dieser Kontrast beim ehrenamtlichen Engagement. 61% der Kirchlich-Religiösen, aber nur 33% der Säkularen sind ehrenamtlich engagiert, egal ob im Rahmen der Kirche oder außerhalb.<sup>231</sup> Dass Kirchenbindung ein so zentraler Faktor für die gesellschaftliche Integration über freiwilliges ehrenamtliches Engagement ist, dürfte allerdings nicht primär an religiösen Überzeugungen liegen. Denn auch für kirchliches Engagement spielen religiöse Motive keine vordergründige Rolle. Entscheidend dürfte sein, dass die Kirchen in vielfältiger Weise Gelegenheitsstrukturen zur Verfügung stellen.<sup>232</sup>

Zu der Frage nach dem gesellschaftlichen Beitrag der Kirche und des Glaubens hat sich zuletzt besonders der Soziologe Hartmut Rosa geäußert. Er kritisiert einen „rasenden Stillstand“<sup>233</sup> in vielen gesellschaftlichen Bereichen. Damit meint er

---

<sup>228</sup>Dalferth, *Transzendenz und säkulare Welt*, 281.

<sup>229</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 19. Zur Rolle des gesellschaftlichen Vertrauens im Zusammenhang mit dem christlichen Glauben hat besonders auch Uwe Heimowski gearbeitet: „Die Obrigkeit – also unsere Bundesregierung – ist von Gott eingesetzt, sie meint es gut mit Deutschland. Wir vertrauen ihr (bis zum Erweis des Gegenteils) und sind bereit, unseren Teil dazu beizutragen, dass Krisen bewältigt werden. Vertrauen ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Vertrauen setzt Mut frei. Gerade in einer Krise. Darum sind Christen angehalten, als verantwortliche Bürger alles zu tun, um das Vertrauen in die Obrigkeit zu stärken. In Zeiten von Politikverdrossenheit gilt es für Christen, wertschätzend und respektvoll mit Verantwortungsträgern umzugehen. [...] Denn es wäre ein Missverständnis, dass Christen dazu berufen wären, angepasste Untertanen zu sein, die blind alles abnicken, was von oben kommt. [...] Vertrauen darf nicht blind machen. Kritik dagegen nicht bitter.“ Uwe Heimowski, *Die Bibel und die Demokratie: Essays, Beobachtungen und Kommentare* (Nürnberg: VTR, 2022), 17f.

<sup>230</sup>*Wie hältst du's mit der Kirche?*, 23, 40f.

<sup>231</sup>Ebd., 87.

<sup>232</sup>Ebd., 91.

<sup>233</sup>Hartmut Rosa, *Demokratie braucht Religion*, 9. Aufl. (München: Köselverlag, 2023), 52. Dies erinnert sehr an den „hyperdynamen Stillstand“ den Ferdinand Gerlach im Kontext des Gesundheitswesens ansprach.

eine Art Zwang, immer schneller sein zu müssen, um den Standard und das gesellschaftliche Gefüge zu erhalten. Das gefährde den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Demokratie, die im „Aggressionsmodus“<sup>234</sup> nicht funktioniere. Rosa meint, wir brauchen ein hörendes Herz, um nicht in Frontenbildung, Polarisierung und Verhärtung hineinzugeraten. Dabei helfen besonders religiöse Einrichtungen, Traditionen, Praktiken, Gedankengebäude, Überzeugungen und Riten, die verdeutlichen, was es heißen kann, ein hörendes Herz zu haben. Kirchen verfügen über ein „kognitives Reservoir“, über Riten und Praktiken, Räume, in denen ein hörendes Herz eingeübt und erfahren werden kann.<sup>235</sup> Er nennt dies ein „Sich-nackt-Machen“<sup>236</sup>, sich berührbar und verletzlich machen, um in lebenswichtige Resonanzbeziehungen eintreten zu können. Das erinnert an die Kritik Taylors am heroischen Humanismus, der zwar heroisch geben, aber nicht sinnvoll empfangen könne, also keine reziproken Beziehungen eingehen könne.<sup>237</sup> Für Rosa ist das Wesen der menschlichen Existenz jedoch eine Resonanzbeziehung.<sup>238</sup>

### **III. Tugendethische Impulse für das ärztliche Ethos**

In Teil I und II der Arbeit tauchte das Thema der Tugendethik immer wieder auf. Kodifizierte Moral reicht nicht aus, um der Vielzahl unterschiedlicher Situation der ärztlichen Berufswelt gerecht zu werden und Vertrauen zu gewinnen. Gleichzeitig wurde eine kognitive Überbetonung, ein erfahrungsferner Standpunkt, der ‚Blick von nirgendwo‘, zulasten von Emotionalität und Körperlichkeit bezogen auf ethisches Handeln kritisiert. Bevor subjektorientierte Ethikkonzeptionen vorgestellt werden, soll kurz ein kurzer Überblick über medizinethische Ansätze gegeben werden.

In der Ethik gibt es eine Vielzahl von Ansätzen und Konzepten. Grundsätzlich lässt sich zwischen deontologischen, also eher pflichtorientierten Ethiken, wie vielen religiösen Ethiken oder der Pflichtethik in Anlehnung an Immanuel Kant, und konse-

---

<sup>234</sup>Rosa, a.a.O., 53.

<sup>235</sup>Ebd., 27f.; 55f.

<sup>236</sup>Ebd., 67.

<sup>237</sup>Kühnlein, a.a.O., 221.

<sup>238</sup>Dazu Rosa, a.a.O., 58ff., 73. In Anlehnung an Hartmut Rosas soziologischen Opus Magnum *Resonanz: Eine Soziologie der Weltbeziehung* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2016).

quentialistischen Ethiken, die von den Handlungsfolgen her argumentieren, unterscheiden. Viele Ethiken nehmen auch verschiedene Aspekte auf, sodass eher von einem Spektrum gesprochen werden kann. In der medizinischen Ethik ist die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress<sup>239</sup> sicherlich die populärste. Gerne wird diese heute um die Menschenwürde als weiteres, ordnendes Prinzip erweitert. Diese Ethik besticht durch die Offenheit für deontologische und konsequentialistische Ethiken, sodass die meisten Ansätze mehr oder weniger diese Prinzipien variieren. Manche Konzepte nehmen eine extrem situative Perspektive ein und arbeiten eher utilitaristisch, andere nehmen weitere Aspekte wie Vertrauen oder Verantwortung als leitende Prinzipien hinzu, wieder andere berücksichtigen ordonomische Aspekte, also die Frage danach, welche rechtlichen Bedingungen für ethische Entscheidungen geschaffen werden sollen. Welche Variante auch immer genommen wird, diese Ethiken bestehen durch ihre Handhabbarkeit in ethischen Grenzsituationen und zur Führung bioethischer Debatten, die gesellschaftlich eine Kompensations-, Symbol- und Erprobungsfunktion darstellen.<sup>240</sup> Da es in der Frage nach dem Ethos jedoch nicht primär, um eine bestimmte Handlungssituation geht, sondern v. a. um das handelnde Subjekt, scheinen diese Ansätze für unseren Kontext wenig geeignet zu sein. Daher sollen hier zwei Ethikkonzeptionen dargestellt werden, die das handelnde Subjekt besonders berücksichtigen: Die Tugendethik und die Mitleids- bzw. Barmherzigkeitsethik.<sup>241</sup> Anschließend wird diskutiert, welchen Beitrag der christliche Glaube heute zur Tugend- und Charakterbildung leisten kann. Abschließend werden einige tugendethischen Anregungen für ein ärztliches Ethos gegeben.

---

<sup>239</sup>Tom L. Beauchamp und James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (New York: Oxford University Press, 1989).

<sup>240</sup>Peter Dabrock, „Bioethik des Menschen“ in *Handbuch der Evangelischen Ethik*, Wolfgang Huber, Torsten Meireis und Hans-Richard Reuter (Hg.) (München: C.H.Beck, 2015), 520ff.

<sup>241</sup>Zu Darstellung und Diskussion der verschiedenen ethischen Ansätze in der Medizin siehe Lukas Sander, *Ethos und Ethik in der Medizin: Welcher medizinethische Ansatz eignet sich zur Ethos-reflexion?*, unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft (Ditzingen, 2023).

## 8 Tugendethik

### 8.1 Begründung des tugendethischen Ansatzes

Der medizinische Alltag ist durch viele individuelle Situationen zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patientinnen und Patienten geprägt. Das durch pluralistische Wertsysteme bedingte Minimum an konsensfähigen Werten, Regeln und Prinzipien reicht jedoch oft nicht aus, um komplexe und unvorhergesehene Situationen zu bewältigen. So werden Forderungen nach einer Neubesinnung auf Tugenden laut, wo Gesetze, Normen und Regeln nicht mehr greifen. Gerade im sensiblen Bereich der Arzt-Patientenbeziehung wird der Bedarf an Tugenden deutlich:

„Es gibt also etwas, das diese Beziehung – die Beziehung zwischen Ärztin und Patientin – von anderen beruflichen Verhältnissen unterscheidet. Zur ärztlichen Profession gehört wesentlich eine humane Komponente, die auf monetäre oder rein fachliche Aspekte nur um den Preis eines schwerwiegenden Verlustes ärztlicher Kompetenz reduziert werden kann. [...] Es braucht deshalb spezifische Haltungen oder Tugenden, die der Situation des Patienten – seiner Angst, seiner zeitweiligen Abhängigkeit, seinem Angewiesen-sein, seinem Trostbedürfnis – Rechnung tragen.“<sup>242</sup>

Erfahrung und Charakter spielen folglich eine große Rolle, wo es keine allgemein gültige Technik für richtiges und gutes Handeln gibt, sondern dieses scheint von den Voraussetzungen im Wesen des Menschen abzuhängen.<sup>243</sup> Maio weist hier zur Anschauung besonders auf die Tugend des Wohlwollens in Kontrast zu rechtlichen Pflichten hin: wenn Wohlwollen da ist, werde nicht nach eigenen Pflichten und rechtlichen Ansprüchen des anderen gefragt.<sup>244</sup> Dies macht bereits deutlich, dass das handelnde Subjekt bei einem tugendethischen Ansatz im Zentrum des Interesses steht:

„Die Tugendethik klassischen Typs geht davon aus, dass sich die gute Handlung dann ergibt, ja sich sogar dadurch definiert, dass sie von einem tugendhaften Menschen vollzogen wird. Es ist nicht das Handeln selbst, das die Tugend konstituiert, sondern gerade umgekehrt: Für die Tugend konstitutiv ist die Grundhaltung, die Disposition, aus der heraus gehandelt wird, und eben nicht das aus der Tugend folgende Verhalten. [...] Tugenden, [...], stellen für sich genommen keine Handlungen, sondern Haltungen, Charaktereigenschaften oder Dispositionen dar, die nicht nur vorübergehend oder zufällig da sind,

---

<sup>242</sup>Wils und Baumann-Hölzle, a.a.O., 49.

<sup>243</sup>Hunstorfer, a.a.O., 300.

<sup>244</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 77.

sondern – weil sie charakterlich verankert sind – von einer bestimmten Kontinuität getragen werden. Tugenden sind die Vollkommenheit eines Vermögens, in einer bestimmten Situation das Gute zu tun, und zwar aus innerster Neigung.“<sup>245</sup>

## 8.2 Philosophische Wurzeln und Entwicklung

Die Wurzeln der Tugendethik werden meist bei Platon lokalisiert. Bemerkenswert ist bei Platon vor allem das Zueinander von Polis und Individuum. So ist die Gerechtigkeit des Einzelnen nur im Zusammenhang der gerechten Polis möglich. Das verweist uns von Beginn an auf die umgebenden Strukturen, in denen der Einzelne tugendhaft handeln soll, sodass Tugenden immer auch über die Ebene des handelnden Subjektes hinausreichen.<sup>246</sup>

Aristoteles nimmt die Tugendlehre von Platon auf, aber gibt ihr eine eigene Prägung, die diese bis heute maßgeblich trägt. Tugend ist bei Aristoteles keine Eigenschaft der Handlung, sondern das, was ihr zugrunde liegt, eine durch Übung erworbene und gefestigte seelische Haltung, die auf ein sinnvoll gelingendes Leben ausgerichtet ist. Eine Entscheidung solle stets einer denkerischen Reflexion und einer festen charakterlichen Grundhaltung entspringen.<sup>247</sup>

Zentral ist für Aristoteles die Verstandestugend der Klugheit. Sie gibt handlungsleitende Antworten auf die Frage nach dem menschlich Guten und meint nicht nur das Denken, sondern auch das Handeln. Klugheit kann erlernt werden. Die Charaktertugenden Gerechtigkeit, Tapferkeit und Besonnenheit, auch Zucht genannt, können hingegen nur eingeübt werden. Sie richten den Menschen auch emotional auf das Gute aus. Tugend meint „putting reason into the emotions“<sup>248</sup>. Tugenden sind immer situationsbezogen und geben einen ungefähren Rahmen für gute Handlungen vor. Konstituierend ist ebenfalls, dass Tugend nicht aus sozialem Druck, sondern nur aus Freiwilligkeit entstehen kann. Tugenden sollen die Leidenschaften in eine gesunde Ordnung bringen. Dabei wird Harmonie zwischen dem Empfinden und dem Denken

---

<sup>245</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 49f.

<sup>246</sup>Ebd., 50ff.

<sup>247</sup>Hunstorfer, a.a.O., 297ff.

<sup>248</sup>William Schweiker, „Should Religion shape character?“ in *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*, Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020), 75.

angestrebt, sodass sich daraus das richtige emotionale Verhalten in bestimmten Situationen ergibt. Man könnte auch sagen, dass es darum geht, das Gute gut zu finden:

„Das Gute ist also nicht einfach das rational Erkannte und durch Willensanstrengung Herbeigeführte, sondern es ist das, was der Tugendhafte mit Leidenschaft sucht und das er mit Freude vollzieht.“<sup>249</sup>

Damit zielt Tugendhaftigkeit nicht nur auf gutes Handeln, sondern im Großen auf erfolgreiches Leben ab: „Virtue is about attaining some integration and excellence in life, finding some peace in balancing our reasoning, desires and conduct.“<sup>250</sup>

Von Aristoteles aus erhält die Tugendethik Einzug ins christliche Abendland und gipfelt schließlich in den Systematisierungen von Thomas von Aquin, der den klassischen aristotelischen Tugenden die christlichen Tugenden Glaube, Liebe und Hoffnung hinzufügt. Heute erhält die Tugendethik ihre Relevanz für die Medizin u. a. dadurch, dass man die Arzt-Patienten-Interaktion bei wertgeschätzter Autonomie nicht schematisieren oder standardisieren kann, wie es bei technischen Prozessen möglich ist. Krankheit bleibt immer etwas Einbrechendes, Unvorhergesehenes im Patienten.

Ein bekannterer tugendethischer Ansatz stammt von Edmund D. Pellegrino<sup>251</sup>, der von Alastair MacIntyre<sup>252</sup> inspiriert ist. Pellegrino zeigt besonderes Interesse für den Begriff der Erfahrung und des Subjektes: Welche Art von Person muss man sein, wie muss man sich verhalten, um gut zu handeln? Verletzlichkeit und Abhängigkeit des kranken Menschen dienen als Grundlage der Reflexion. Das Vertrauen zum Arzt entstehe dabei nicht auf Grundlage des Rechts, sondern aufgrund seiner Person. Ziel der Tugend ist das Wohl des Patienten. Als Tugenden identifiziert Pellegrino die gewissenhafte Beachtung des technischen Wissens und Könnens, das Mitleid bzw. Einfühlen in die Krankheitserfahrung des Patienten und seine Vorstellung, was der Mühe wert sei, die Hilfsbereitschaft und das Wohlwollen, Ehrlichkeit und Treue gegenüber Versprechen, Tapferkeit, und letztendlich der gesamte aristotelischer Tugendkanon. Dabei gilt, dass der Handelnde, in diesem Fall die Ärztin oder der Arzt, sich diese Tugenden zur Gewohnheit macht. Schließlich sollen nicht nur das Wohl des Patienten,

---

<sup>249</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 59ff.

<sup>250</sup>Schweiker, a.a.O., 76.

<sup>251</sup>Edmund D. Pellegrino und David C. Thomasma, *The Virtues in Medical Practice* (Oxford: Oxford University Press, 1994).

<sup>252</sup>Als prägendstes Werk kann hier herangezogen werden: Alastair MacIntyre, *Der Verlust der Tugend: Zur moralischen Krise der Gegenwart* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1995).



sondern auch seine Autonomie und die soziale Nützlichkeit im Zentrum stehen. Der Erziehung zu solchen Tugenden kommt damit eine wichtige Rolle zu.<sup>253</sup>

### 8.3 Bedeutung für das ärztliche Ethos

Es ist nicht so, dass der tugendethische Ansatz andere Ethikkonzepte verdrängen würde oder gar obsolet machen könne. Vielmehr zeigt er durch den starken Einbezug der Handlungsrealität des Subjektes und die bleibende Tauglichkeit in schwer vergleichbaren, individuellen Alltagssituation seine Stärken im Vergleich zu anderen Konzepten:

„Im Hinblick darauf, dass es bei der Behandlung von kranken Menschen primär nicht um Prinzipien geht, sondern um die adäquate Antwort auf einen Menschen in einem ganz speziellen und je nach Gegenüber, Zeit und Ort völlig unterschiedlichen Kontext, erweisen sich Sollensethiken [deontologisch und konsequenzialistisch] zuweilen als unzureichend, um in der konkreten Begegnung von Arzt und Patient eine Handlungsorientierung zu gewähren. Dies hängt damit zusammen, dass es in der Begegnung mit dem kranken Menschen nicht allein um die Frage nach abstrakten Prinzipien, Maximen oder Handlungsregeln gehen kann, sondern vielmehr darum, der jeweils einzigartigen Begegnungssituation gerecht zu werden. Diese Hinwendung zur spezifischen Einzelsituation in ihrer Kontingenz und Nicht-Standardisierbarkeit ist eine besondere Stärke der Tugendethik.“<sup>254</sup>

Der tugendethische Ansatz hat dabei natürlich auch Grenzen. Häufig kritisiert wird die Gefahr eines individuellen Zirkelschlusses: Gutes wird von der Tugend der Person abhängig gemacht und Tugend wiederum vom Guten. Ebenso muss sich eine Tugendethik den Vorwurf des Eklektizismus gefallen lassen. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass eine Tugendethik wenig Konkretes über Handlungen aussagt, wobei das, wie bereits gesagt, zur Stärke der Tugend gehört, nämlich nach dem guten Menschen und dem gelingenden Leben zu fragen, ohne sich auf den Handlungsaspekt zu beschränken, und das größere Gefüge zu sehen.<sup>255</sup> Dazu kommt, dass der Fokus auf das Subjekt, trotz des erweiterten Blickes, die konkrete Beantwortung systemischer und ordonomischer Fragen erschwert. So ist die Tugendethik wohl nicht der geeignetste Ansatz, um Verteilungsfragen und ökonomische Drucksituationen an der Wurzel zu verändern, sondern er gibt dem Einzelnen Hilfe im Umgang mit selbigen. Das fördert bei

---

<sup>253</sup>Dargestellt in: Hunstorfer, a.a.O., 230f.

<sup>254</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 47.

<sup>255</sup>Ebd., 78ff.

einseitigem Gebrauch natürlich das Austragen systemischer Konflikte auf den Schultern Einzelner, sodass es ratsam erscheint, auch andere Ethikkonzeptionen für entsprechende Probleme heranzuziehen.

Dennoch eignet sich gerade die Tugendethik durch den breiten Horizont und den Fokus auf die Erfahrungswirklichkeit der Handelnden für die Auseinandersetzung mit dem berufsspezifischen Ethos:

„So ließe sich grundsätzlich sagen, dass der tugendethische Ansatz dem Befolgen universaler Normen die Auffassung entgegenhält, dass Humanität auf einem Ethos, d. h. auf einem `Zusammenhang von Tugenden´ ruht.“<sup>256</sup>

Eine derart gestaltete Ethik muss per se mehr als nur die Ärztinnen und Ärzte in den Blick nehmen, da auch diese sich immer in einem Beziehungsgefüge befinden, das mitbedacht werden will:

„Einen singulären Adressaten ärztlicher Ethik zu benennen, ist unmöglich. Ärztliche Ethik zielt als Versuch moralischer Handlungsnormierung auf den erduldenen oder in Krankheit agierenden Patienten ebenso wie auf die ihn behandelnden oder pflegenden Personen sowie auf das professionelle und soziale System, in dem sich Krankheitserleben, Heilversuch, Pflege, Betreuung und empathisches Mitleiden vollziehen.“<sup>257</sup>

## 9 Mitleidsethik

Die Mitleidsethik stellt einen Spezialfall der Tugendethik dar. Sie steht als Begriff immer im Spannungsfeld einer innerlich-emotionalen Ebene, die mit Begriffen wie Mitgefühl, Sym- oder Empathie gefüllt werden könnte, und einer äußerlich handlungsbezogenen und sozialen Ebene, die tätige Barmherzigkeit, Solidarität und tatsächliche Hilfeleistung einschließt. Dabei gibt es, wie wir sehen werden, ein sehr uneinheitliches Begriffsverständnis. Dennoch bietet das, was traditionell unter Mitleidsethik diskutiert wird, eine subjektive Ebene in Kontrast zu vielen anderen populären Ethikansätzen:

„In den aktuellen Diskursen zur Medizinethik, die inzwischen fast nur noch um Rechtliches, um Therapie und Forschung in Extremfällen, abnehmend aber um Fragen zum Zusammenhang von Psychologie und Ethik kreisen, wird auf das komplexe Problem von Sympathie und Empathie kaum noch eingegangen. Gleiches gilt für die menschlichen Fähigkeiten des Erbarmens und der Barmherzigkeit, die zu Unrecht nahezu vollkommen denen der angelsächsischen *beneficence* und *non-maleficence* gewichen sind. Barmherzigkeit als

---

<sup>256</sup>Maio, *Mittelpunkt Mensch*, 48.

<sup>257</sup>Eckart, a.a.O., 375.

Lehnübersetzung von lat. *miseriordia* ist eine Eigenschaft des menschlichen Charakters und fußt auf ahd.: *param* (mhd.: *barm*), bedeutet so viel wie 'hebender Busen' oder auch mütterlicher 'Schoß' und signalisiert zusammen mit dem Beiwort Herz innige, fast kindliche Nähe zur Mutter oder Geliebten. Eine *barmherzige* Person öffnet ihr Herz fremder Not und nimmt die Leidenden an ihren Busen. Barmherzigkeit ist ein so warmer und inniger Begriff der praktizierten Nächstenliebe, Humanität und Caritas, dass wir uns nicht von ihm zugunsten und zudem auch anders meinenden Anglizismen des ethischen Diskurses trennen sollten. Barmherzigkeit ist umsorgende Nähe und handelnde Nächstenliebe und damit mehr als 'nur' Wohlwollen oder 'beneficence' (Wohltun).<sup>258</sup>

Die Barmherzigkeit behält in der allgemeinen Begriffswahrnehmung eine religiöse Konnotation der christlichen Nächstenliebe<sup>259</sup>, was ihr einige Kritik eingebracht hat. Häufig wird bemängelt, dass gerade Barmherzigkeit, verstanden als praktisches Mitleid, nicht nüchtern und rational genug sei, um als ethisch brauchbar und akzeptabel zu gelten. Dabei wird jedoch nicht ausreichend zwischen Mitleid und Barmherzigkeit differenziert, geschweige denn genau erklärt, was diese Begriffe bedeuten und wie sie sich zu Mitgefühl, Empathie, Sympathie und Solidarität, also weniger religiös geprägten Begriffen, verhalten. Um die Problematik zu verstehen, gilt es, einen Blick auf die verschiedenen Mitleidstheorien zu werfen.

## 9.1 Mitleidstheorien

Mitleid wurde im Lauf der Zeit sehr unterschiedlich begriffen: als Affekt, schädliche Gemütsregung, Tugend oder als Akt der Vernunft. Besonders verdient um die philosophische Erfassung von Mitleid hat sich Käte Hamburger gemacht. Sie stellt positive wie negative als auch empirische Mitleidstheorien dar und greift auf Philosophen wie auf den Sprachgebrauch von Mitleid in der Literatur zurück.

Grundsätzlich gehen die meisten Mitleidstheorien von Aristoteles aus, der Mitleid durch drei Charakteristika definierte: a) der Anblick des Leidens eines anderen, das b) unverdient sei, c) unter der Voraussetzung, dass das Leiden auch dem Betrachter zustoßen könne. Insbesondere dem letzten Aspekt wurde ab der Aufklärung ein

---

<sup>258</sup>Eckart, a.a.O., 377.

<sup>259</sup>Knoepffler weist bezüglich einer Mitleidsethik auf den biblischen Ursprung bei Amos und dem barmherzigen Samariter hin. Knoepffler, a.a.O., 38.

hohes Gewicht und besondere Bedeutung für die Moralität und Sozialität der Menschen beigemessen. So konnte Lessing formulieren: „der mitleidigste Mensch ist der beste Mensch.“<sup>260</sup> Rousseau und Schopenhauer sahen den Mitleidstrieb in der Gleichheit der Menschen begründet und als Grundlage aller Moral überhaupt. So ist Schopenhauer der Meinung, dass Wohl und Wehe des anderen im Mitleid ganz unmittelbar mitvollzogen werden. Es gehe nicht darum, den anderen zu bedauern oder Erbarmen zu zeigen, sondern den anderen und sich selbst als Gleiche zu betrachten. Man hätte an seiner Stelle sein können. Mitleid wird also nicht *gewährt* sondern *geschuldet*.<sup>261</sup> Hier kommt besonders der solidarische Aspekt des Mitleids zum Vorschein.

Auf der anderen Seite stehen die Vertreter, die dem Mitleid gegenüber eher kritisch eingestellt sind. Spinoza vertrat die Ansicht, dass Mitleid an sich unnütz sei. Es könne höchstens hilfreich sein, wenn Mitleid dazu beitrüge, dass Menschen nach dem Gebot der Vernunft von Leid befreit werden, also wenn Mitleid motivational der Vernunft diene. Kant verstand das Mitleid als Ausdruck von Schwäche. Es sei fehlgeleitet und blind, weil es nicht verallgemeinerbar sei und damit nicht zur Gerechtigkeit beitrage, da man aus Mitleid keine Pflicht ableiten könne<sup>262</sup> – wobei dieses Bewusstsein auch bei Befürwortern des Mitleids vorhanden war. So meinte Rousseau, dass Mitleid verallgemeinert auf Gerechtigkeit zulaufen müsse, um nicht in Schwäche auszuarbeiten.<sup>263</sup> Nietzsche warf dem Mitleid im Kontrast zu seiner Herrenmoral sogar vor, dass es das Leiden in der Welt vermehre und bezeichnete es als „schädlichen Affekt, von dem man krank wird.“<sup>264</sup> Häufig wurde Mitleid auch als Selbstsucht interpretiert, weil der Mitmensch nur Anlass, nicht Grund von Mitleid sei, und dieses letztendlich als Selbstliebe auf einen Selbst bezogen sei. In diesem Gepräge gab es ebenso Mitleidsvorstellungen als Furcht vor eigenem Leiden oder Vergnügen über das eigene Nicht-Leiden.

Durch den Einbezug des Sprachgebrauchs von Mitleid in der Literatur macht Hamburger auf die Ebene der Erfahrung von Mitleid aus der Perspektive der Bemitleideten aufmerksam. An Ausdrücken wie „mitleidig lächeln“ oder „nur noch Mitleid“ wird

---

<sup>260</sup>Zitiert in: Käte Hamburger, *Das Mitleid*, 2. Aufl. (Stuttgart: Klett-Cotta, 1996), 118.

<sup>261</sup>Beckmann, a.a.O., 338ff.

<sup>262</sup>Hamburger, a.a.O., 46ff.

<sup>263</sup>Ebd., 100.

<sup>264</sup>Zitiert in: Ebd., 43.

ersichtlich, dass Mitleid häufig abwertend wahrgenommen wird und abgehoben, sogar entehrend wirkt.<sup>265</sup> Dies veranlasst Hamburger dazu die Kategorie des Anderen im Mitleid herauszuarbeiten. Dabei stellt sie fest, dass Mitleid ein unpersönliches Gefühl ist. So empfinde man nämlich kein Mitleid für sehr nahestehende Personen, sondern dort eher Kummer, Sorge oder Angst. Mitleid zeige ein ausgeprägtes Subjekt-Objekt-Verhältnis, sodass Mitleid nicht zur Wahrnehmung des anderen als Subjekt führe.<sup>266</sup> Angelehnt an Wittgenstein, der Mitleid als Überzeugung, dass ein anderer Schmerzen habe, verstand, läuft Hamburgers Abhandlung auf die Extraktion der Distanzstruktur des Mitleids hinaus.<sup>267</sup> Damit bezieht sie eine ironische Position und entzieht dem eher pathetischen Streit um das Mitleid seine Grundlage,<sup>268</sup> indem sie Mitleid eine ethische Neutralität aufgrund der herausgearbeiteten Distanzstruktur bescheinigt, da aus Mitleid gute, schlechte oder keine Reaktionen folgen können.

Ist Mitleid nun aufgrund dieser Darstellungen ethisch irrelevant? Dazu müssen Hamburgers Schlüsse geprüft werden. Zunächst ist zu fragen, inwiefern die ethische Neutralität des Mitleides eine hilfreiche Beschreibung ist. Zwar ist es richtig zu sagen, dass aus Mitleid Gutes wie Schlechtes entstehen kann, jedoch ist Mitleid i. d. R. nicht folgenlos. Es wäre daher angebrachter von Ambivalenz, anstatt von Neutralität zu sprechen.

Die Distanzstruktur, basierend auf dem starken Subjekt-Objekt-Verhältnis, wie sie in Wittgensteins Beschreibung vorkommt, ist eine sehr hilfreiche Beobachtung und macht auf „entwertendes“ Mitleid aufmerksam. Dieses kann gewissermaßen untätig durch „mitleidiges Lächeln“ erfahren werden, fällt aber wesentlich drastischer aus, wenn Projektionsfehler dadurch entstehen, dass die Trennung zwischen fremden und eigenen Empfindungen nicht gelingt. Eine falsche Interpretation von Mitleidsempfindungen kann zu Fremdbestimmung und unter Umständen zu desaströsen Konsequenzen führen, die das Gegenüber zum Objekt machen. So wurde auch die Hinrichtung behinderter Menschen, bezeichnet als „unwürdiges Leben“, im Nationalsozialismus als Tat des Mitleids gerechtfertigt. Im mitleidsmotivierten Helfen beweist sich eben auch

---

<sup>265</sup>Hamburger, a.a.O., 86f.

<sup>266</sup>Ebd., 103f.

<sup>267</sup>Ebd., 109.

<sup>268</sup>Martin Vöhler. „Die Ambivalenz des Mitleids. Käte Hamburgers Lessing-Kritik“ in *Ethik und Ästhetik des Mitleids*, Nina Gülcher und Irmela von der Lühe (Hg.) (Freiburg/Berlin/Wien: Rombach Verlag, 2007), 45.

die eigene Kraft, was die Überlegenheit verschärft.<sup>269</sup> So lässt sich festhalten, dass eine Distanz zur Unterscheidung eigener und fremder Empfindungen unbedingt beachtet werden muss.

Außerdem ist zu fragen, ob Mitleid notwendig zu einer Distanzierung führt oder darin begründet ist. Landweer macht darauf aufmerksam, dass durchaus mehrere Empfindungen in einer Situation vorliegen können, z. B. Erschrecken über eine Erkrankung eines Bruders, Mitleid mit ihm und Erleichterung, dass man selbst nicht betroffen ist. Welche Empfindungen sich einstellen, hängen vor allem mit der Person zusammen, auf die sich diese richten. Bezieht sich also die Distanzstruktur tatsächlich auf das Mitleid an sich oder nicht vielmehr auf das bessergestellt Sein der mitleidenden Person? Damit liegt das Distanzproblem mehr in der Struktur der Beziehung als im Mitleid an sich. Landweer unterscheidet hier zwischen einer Disposition für Mitleid und dem aktuellen Gefühl. Ersteres macht eine nahe oder freundschaftliche Beziehung, wie Hamburger meint, unmöglich. Letzteres jedoch nicht, insofern der Bemitleidete im Verlauf der Beziehung die Chance hat, etwas „zurück zu zahlen“, sodass Ebenbürtigkeit entsteht und insofern dies von beiden Partnern auch so wahrgenommen wird.<sup>270</sup>

Darüber hinaus zeigt Hamburgers Mitleidsverständnis einen starken kognitiven Charakter. Im Anschluss an ihre Ausführungen sind viele neue Emotionstheorien entstanden, die die kognitiven wie affektiven Komponenten von Emotionen unterschiedlich gewichten und darstellen. Diese bieten verschiedene Zugänge zum Mitleid und können neue Perspektiven für den ethischen Wert einer Mitleidsethik eröffnen.

## 9.2 Mitleid als Kognition – Martha Nussbaum

Nussbaum kann als Vertreterin kognitivistischer Emotionstheorien eingeordnet werden. Sie vertritt die Auffassung, dass Emotionen durch die sie charakterisierenden Kognitionen hinreichend erfasst werden können.<sup>271</sup> Gefühle werden hier durch Analogievorstellungen erkannt, sodass Gefühlsverwechslungen oder -projektionen gut erklärt werden können, weniger jedoch, wie aus der Erkenntnis eines Gefühls wiederum

---

<sup>269</sup>Hilge Landweer, „Resonanz oder Kognition? Zwei Modelle des Mitgefühls. Zu Käte Hamburgers Analyse der Distanzstruktur des Mitleids“ in *Ethik und Ästhetik des Mitleids*, Nina Gülcher und Irmela von der Lühe (Hg.) (Freiburg/Berlin/Wien: Rombach Verlag, 2007), 57.

<sup>270</sup>Landweer, a.a.O., 57ff.

<sup>271</sup>So v. a. in Martha Nussbaum, *Upheavals of Thought: The Intelligence of emotions* (Cambridge, 2001).

ein Gefühl wird, mit dem auf ein Gefühl reagiert wird.<sup>272</sup> Nussbaums Ausführungen zielen darauf ab, wie moralisch schwierige Emotionen verarbeitet und positive Emotionen gestärkt werden können. Das gilt auch für das Mitleid, bzw. „compassion“. Da Nussbaum sich als Neoaristotelikerin versteht, knüpft sie an der Definition an, dass Mitleid ein schmerzhaftes Gefühl in Anbetracht des unverdienten Missgeschicks einer anderen Person ist. Die Analogievorstellung, dass das wahrgenommene Leiden auch einem selbst zustoßen kann, geht bei ihr jedoch nicht in die Definition ein, sondern findet in der von ihr vorgeschlagenen *education for compassion* Anwendung. Man solle gezielt fördern, dass das, was einem anderen zustoßt, auch mir zustoßen kann, um die Wahrnehmung der eigenen Verletzlichkeit und Gefährdung zu schärfen, die enorm wichtig für soziales Verhalten sei. Zweitens brauche es eine *extension of concern*, also ästhetische Erfahrungen, die unsere emotionale Geografie erweitern und Imagination, Staunen, Lust an überraschenden Einsichten und Freude am Verstehen fördern. Dazu diene v. a. die Kunst.<sup>273</sup>

### 9.3 Mitleid als Resonanz

Durch das Resonanzmodell wird Mitleid mehr als leibliches Mitschwingen verstanden. So rücken leibliche, affektive Komponenten in den Fokus, wie auch der Raum zwischen den Personen und um die Personen herum, in dem Emotionen gewissenmaßen schwingen und in dem der Mitleidende zum Resonanzraum wird. Dieses Modell be-  
sticht dadurch, dass Gefühlsübertragungen in ihrer leiblichen Affektion besser erfasst werden können. Allerdings liegen die Schwächen darin, dass Gefühlsverwechslungen und die Trennung eigener und fremder Gefühl nicht so differenziert zum Ausdruck gebracht werden.<sup>274</sup> Eine Trennung von Kognition und Emotion wird hier markanter:

„Situationen aber erschliessen [sic] sich uns primär nicht durch kognitive Konstruktionen, sondern durch emotionale Wahrnehmung. Ehe wir andere kognitiv erkennen und propositional bestimmen, nehmen wir sie wahr, in dem wir sie emotional erleben und affektiv auf sie reagieren.“<sup>275</sup>

---

<sup>272</sup>Landweer, a.a.O., 51.

<sup>273</sup>Simon Peng-Keller, „Christliche Passionsmeditation als Schule der `Compassion`?“ in *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28. (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), 312ff.

<sup>274</sup>Landweer, a.a.O., 49ff.

<sup>275</sup>Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker, *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28. (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), X.

Die Dimension des Erlebens wird hier besser abgebildet, als bei kognitivistischen Modellen, wie bei Nussbaum oder naturalistischen Reduktionen, die später noch zur Sprache kommen werden.<sup>276</sup> Landweer hält daher, ähnlich wie Nussbaum aus der Perspektive der Resonanztheorie, die Kultivierung der Fähigkeit des Sich-hin-ein-Versetzens für die Bedingung, moralisch zu handeln:

„Sympathiegefühle können metaphorisch als eine Art Wahrnehmungsorgan für die Situation und für die Emotionen anderer angesehen werden, sie sind die Basis für Sozialität, insofern sie die Fähigkeit zu einem emotionalen Perspektivwechsel voraussetzen, und dies ist für die Person und ihre moralische Entwicklung und damit auch für die gesamte Kultur von enormer Bedeutung.“<sup>277</sup>

#### 9.4 Mitleid als Emotion und Tugend – Robert C. Roberts

Roberts steht ebenfalls einem kognitiven Zugang zu Emotionen näher. Er versteht Emotionen jedoch dahingehend, dass sie kulturelle, vom Weltbild abhängige und narrative Varianten haben, also durch viele Faktoren mitkonstruiert werden.<sup>278</sup> Er nennt das *concern-based construals*:

„Wenn Emotionen *concern-based construals*, Wahrnehmungen von Realität unter einem bestimmten Aspekt, sind, dann werden sie von Traditionen, Erzählungen und Bildern etc. mitgeformt, und unterschiedliche Traditionen bilden unterschiedliche Verständnisse von Emotionen aus.“<sup>279</sup>

Für unsere Zwecke interessant ist, dass Roberts *christian compassion* von der an Aristoteles angelehnten *tragic compassion* unterscheidet. Christliches Mitgefühl erhält als *concern-based construal* sein spezifisches Gepräge von der Geschichte des Evangeliums her, die selbst „a story of God’s compassionate forgiveness of the human

---

<sup>276</sup>Rebekka A. Klein, „Die Phänomenalität von Mitgefühl im Rahmen der Emotionstechnologie der Sozialen Neurowissenschaften“ in *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28. (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), 24ff.

<sup>277</sup>Landweer, a.a.O., 66.

<sup>278</sup>Robert C. Roberts, „Compassion as an Emotion Virtue“ in *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28, (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), 131.

<sup>279</sup>Christoph Ammann, „Wer sagt, was ‘christliches Mitgefühl’ ist?: Einige Bemerkungen im Gespräch mit Robert C. Roberts‘ Compassion as an Emotion or Virtue“ in *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28 (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), 139.



race and of our deliverance from sin“<sup>280</sup> ist. Dabei arbeitet er heraus, wie sich christliches Mitleid in den drei von Aristoteles beschriebenen Aspekten unterscheidet. Erstens verändert eine christliche Perspektive die Auffassung von Leid, da dieses sich nicht an der Eudämonie orientiert, sondern an der Gottesbeziehung. So kann ein gesunder, fröhlicher Mensch von christlicher Seite bemitleidet werden, wenn er an einer unversöhnten Gottesbeziehung leidet. Zweitens orientiert sich christliches Mitleid nicht an Schuld oder Unschuld der bemitleideten Person. Vielmehr wird Mitleid trotz Schuld empfunden, wie es sich im Gleichnis vom verlorenen Sohn zeigt (Lk 15,20), und dabei in engen Zusammenhang mit Vergebung oder Erbarmen gesetzt. Drittens unterscheidet sich der Aspekt der Analogievorstellung des Leidens. Roberts erklärt das anhand des Gebets *Jesus my patient* von Mutter Teresa, das die Freude und das Privileg, Jesus beim Dienst an den Menschen zu sehen, ausdrückt. Christlich besteht die Gemeinsamkeit des Leidens nicht nur zwischen Menschen sondern gerade auch zwischen Mensch und Christus.<sup>281</sup>

Ammann merkt kritisch an, dass Roberts hier mehr ein normatives Ideal beschreibt, als das, was man gewissermaßen durchschnittlich als Christ fühlt. Es geht um normative Konstruktionen, was als Mitgefühl zu gelten hat, also nicht um das Innenleben, sondern um Begriffsklärung. Dabei gilt das vordergründige Interesse der Art und Weise, wie eine Erfahrung oder Emotion eingeordnet und ausgedrückt wird – für das Beispiel von Mutter Teresa:

„Potentiell geht das Gesamt ihrer christlichen Lebensweise – die Rituale, (Glaubens-)Überzeugungen, Einstellungen etc. – in die Emotion ein; dies alles bildet den stillen Hintergrund, der der Emotion ihre Bedeutung und ihr spezifischen Gepräge verleiht.“<sup>282</sup>

Bemerkenswert ist, dass Roberts davon ausgehend die Frage nach der Tugend stellt:

„Because of the moral and spiritual importance of emotions like compassion, another desideratum in an understanding of emotions is that it suggest an account of how emotions, as episodes, are related to virtues, which are traits of character or dispositions of the personality.“<sup>283</sup>

---

<sup>280</sup>Roberts, a.a.O., 127

<sup>281</sup>Ammann, a.a.O., 140ff.

<sup>282</sup>Ebd., 148.

<sup>283</sup>Roberts, a.a.O., 131.

Die Tugend des Mitleids als *compassion* zeige sich darin, dass das richtige Gefühl in der richtigen Situation gefühlt wird. Da es grundsätzlich möglich sei, die richtige Emotion in der falschen Situation zu fühlen, oder in einer passenden Situation keine oder eine falsche Emotion zu fühlen, versteht Roberts hier die Tugend als *compassion*-Disposition. Diese bleibt stabil, trotz einer anderen umliegenden moralischen Kultur.<sup>284</sup>

## 9.5 Mitleid in den Neurowissenschaften – Tania Singer

Das Mitleidsphänomen wird seit einigen Jahren auch in den Neurowissenschaften erforscht und diskutiert. Ausgangspunkt ist Giacomo Rizzolatti und die Entdeckung der sogenannten Spiegelneurone. 1992 konnte eine Arbeitsgruppe um Rizzolatti in einem Versuch mit Affen nachweisen, dass das Beobachten des Greifvorgangs beim Affen nahezu identische neuronale Aktivitätsmuster zeigt wie das Greifen selbst. Bald konnten Neurone, die sogenannten Spiegelneurone, die maßgeblich an dieser Vernetzung beteiligt sind, auch beim Menschen nachgewiesen werden. Da man ähnliches auch für Schmerz zeigen konnte, wurde postuliert, dass es auch für emotionale Vorgänge, v. a. Mitgefühl, so etwas wie Spiegelneurone gebe. Dies konnte jedoch bisher nicht nachgewiesen werden, wenn auch das Phänomen ähnlicher neuronaler Aktivitätsmuster nachweisbar ist.<sup>285</sup>

Tania Singer hat sich dem Thema Empathie und Mitgefühl von neurowissenschaftlicher Seite gewidmet und untersucht, ob so etwas wie Mitgefühl für Erwachsene lernbar oder trainierbar ist.<sup>286</sup> Aufgrund von unterschiedlichen neuronalen Aktivitätsmustern differenziert sie zwischen Empathie, Mitgefühl und Perspektivübernahme. Empathie beschreibt sie als neutrales Einfühlen oder als Resonanz des Gefühls von jemand anderem. Empathie sei sehr fragil und werde erschwert, wenn Abneigung gegenüber der anderen Person besteht. Darüber hinaus spricht sie von empathischem Stress bei starkem Mitleiden als normale und gesunde Reaktion, die eher zu Schutz-

---

<sup>284</sup>Ebd., 133f.

<sup>285</sup>Vgl. Klein, a.a.O., 36ff.

<sup>286</sup>Hier wird v. a. auf einen Vortrag Bezug genommen: Tania Singer, *Die Neurobiologie von Empathie und Mitgefühl*, <https://www.ardmediathek.de/video/tele-akademie/die-neurobiologie-von-empathie-und-mitgefuehl-tania-singer/swr/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgvczE0OTE0NDE>, aufgerufen am 17.11.2023.

verhalten und nicht-sozialem Verhalten führt. Mitgefühl hingegen hat eine enge Verwandtschaft zur Liebe, Wärme, Zuwendung und Fürsorge. Mitgefühl bezieht sich als *compassion* auf das Leiden und drückt die Motivation zum Helfen Wollen aus. Dabei werden im Vergleich mit der Empathie auch neuronale Belohnungssysteme aktiviert. Die Perspektivübernahme ist dagegen eher ein absichtliches Eindenken in eine andere Person und deren Glaubenssätze und -systeme. Dies ist enorm wichtig für ein globales Mitgefühl, da es nicht so fragil ist, wie die Empathie.<sup>287</sup> Diese Differenzierung bietet nicht nur eine hervorragende Anschlussfähigkeit an das Kognitions- oder Resonanzmodell zur Beschreibung des Mitgefühls, sondern ermöglicht eine Unterscheidung von passivem, empathischen Mitleiden und einem wohlwollenden, auf Helfen abzielendes Mitgefühl.

Singer führt im Anschluss an diese Beobachtungen Trainings durch, um zu prüfen, ob oder wie diese einzelnen Aspekte trainierbar sind und welche positiven Veränderungen möglich sind. Wenige, aber relevant erscheinende Ergebnisse sollen hier kurz dargestellt werden.<sup>288</sup> Insbesondere Achtsamkeitsübungen führten zwar zu einer besseren Konzentrationsfähigkeit, verbesserten jedoch nicht das Mitgefühl. Dieses konnte durch spezifische, soziale Affekt- und Perspektiv-orientierte Trainings, wie spezifisch geleitetes nicht-urteilendes Zuhören, verbessert werden. Des Weiteren konnte für die Stressreaktion durch negative soziale Gefühle, wie z. B. Ablehnung, Langeweile usw., anhand des Cortisol Spiegels gezeigt werden, dass Achtsamkeitsübungen zu keiner Veränderung führen, während die sozialen Module den Cortisol Spiegel in der Testsituation um 50% senken konnten. In den entsprechenden Arealen konnte nach Abschluss des Trainings eine Veränderung der grauen Hirnsubstanz bei im Durchschnitt 43-Jährigen nachgewiesen werden. Diese Blitzlichter sollen hier v. a. erklären, dass Tania Singer aus guten Gründen davon ausgeht, dass Mitgefühl spezifisch gefördert und trainiert werden kann und es Unterschiede zwischen der emotionalen

---

<sup>287</sup>Singer, a.a.O., 15:00 Min bis ca. 33:00 Min.

<sup>288</sup>Siehe dazu auch: T. Singer und V. Engert, "It matters what you practice: differential training effects on subjective experience, behavior, brain and body in the ReSource Project" in *Curr Opin Psychol* (2019 Aug 28), 151-158. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.12.005. P. Favre et al., "Decreased emotional reactivity after 3-month socio-affective but not attention- or meta-cognitive-based mental training: A randomized, controlled, longitudinal fMRI study" in *Neuroimage* (2021 Aug 15). doi: 10.1016/j.neuroimage.2021.118132. L. K. Hildebrandt et al., "Differential Effects of Attention-, Compassion-, and Socio-Cognitively Based Mental Practices on Self-Reports of Mindfulness and Compassion" in *Mindfulness* 8/6 (2017), 1488-1512. doi: 10.1007/s12671-017-0716-z.

Wahrnehmung oder kognitiven Erschließung von Emotionen und *compassion*, also Mitgefühl, gibt, wobei letzteres sich gerade durch die Aktivierung von neuronalen Belohnungszentren auszeichnet.

## 9.6 Mitleid und Barmherzigkeit

Um eine religiöse, biblische Perspektive zu ergänzen, soll hier anhand der Erzählung vom barmherzigen Samariter eine Einschätzung zu Mitleid und Barmherzigkeit gegeben werden. Jesus erzählt sie auf die Frage eines Schriftgelehrten, wer sein Nächster sei. Dabei geht es um die Erfüllung des Doppelgebotes der Liebe zum Ererben des ewigen Lebens. Während Priester und Levit am Verwundeten vorbei gehen, heißt es vom Samariter, er habe Mitleid, bzw. „ἰδὼν ἐσπλαγγίσθη“ (Lk 10,33). Das bedeutet wortnah: als er ihn sah, drehte es ihm die Eingeweide um. Hier drückt sich stark die leibliche Seite des Mitleides aus. Der Samariter kümmert sich um den Verletzten und Jesus fragt den Schriftgelehrten, wer dem Verletzten der Nächste geworden sei. Darauf sagt dieser: „ὁ ποιήσας τὸ ἔλεος μετ’ αὐτοῦ“ (Lk 10,36), d. h. der, der barmherzig mit ihm war.

Daran lässt sich einiges veranschaulichen. Zum Nächsten wurde der, der barmherzig gehandelt hat, nicht wer Mitleid fühlte. Von daher ist Hamburger zuzustimmen, dass Mitleid keinen eigenen ethischen Wert hat, sondern das barmherzige Tun das Entscheidende ist, wobei es unerheblich ist, ob Mitleid gefühlt wurde, wenn auch Mitleid und Barmherzigkeit häufig zusammen auftreten.<sup>289</sup> Außerdem wirft die Charakterisierung ein interessantes Licht auf die Distanzstruktur des Mitleids. Die Identifikationsfigur der zuhörenden Schriftgelehrten ist zunächst der Verletzte, oder die Vorbeigehenden, nicht jedoch der fremde, verachtete Samariter. Es geht in der Frage nach dem Nächsten also nicht darum, wem man sich zum Nächsten macht, sondern der Nächste ist der, der einem zum Nächsten wird, wenn man hilflos und bedürftig ist – ungeachtet aller sozialen Konventionen, Konflikte, Vorbehalte und Grenzen.<sup>290</sup> Diese Aspekte der Erzählung sind durchaus paradigmatisch für ein Verständnis von Mitleid und Barmherzigkeit, wie es in der Bibel begegnet. Dalferth schreibt zusammenfassend:

---

<sup>289</sup>Hamburger, a.a.O., 124.

<sup>290</sup>Dalferth, *Mitleid*, XX.

„Wo dieser Wunsch [dass es dem anderen gut gehen möge] dazu führt, sich aktiv für den anderen einzusetzen und ihm bei der Bewältigung seines Leids und Leidens zur Seite zu stehen, kann von Mitleid gesprochen werden. [...] Wer mitleidet, spürt den Schmerz des anderen auch selber, verwechselt seinen Schmerz aber gerade nicht mit demjenigen des anderen.“<sup>291</sup>

Er betont die zu bewahrende Asymmetrie, um Gefühlsverwechslungen und einer herablassenden Wirkung des Mitleids vorzubeugen, da es bei „echtem“ Mitleid eben nicht um den Helfenden, sondern nur um den anderen geht. Hier wird deutlich, dass Dalferth mit „echtem“ Mitleid ein Distanz-sensibles Mitleid, das zu barmherzigen Handeln führt, meint. Damit steht dieses Verständnis dem sehr nahe, was Singer oder Roberts unter (*christian*) *compassion* verstehen, oder dem, was im medizinethischen Kontext mit Warren T. Reichs „Ethik der Sorge“ assoziiert wird.<sup>292</sup> Es ist also anzunehmen, dass Mitleid und Barmherzigkeit nicht nur häufig miteinander auftreten, sondern Mitleid, verstanden als *compassion*, barmherziges Verhalten fördert und so einen ethischen Wert behält.

## 9.7 Mitleid und Solidarität

Zuletzt sei auf das Verhältnis von Mitleid und Solidarität ein Blick geworfen, da dieses oft kritisch gegen eine Mitleidsethik angeführt wird. Beckmann unterscheidet, anders als z. B. Schopenhauer, scharf zwischen Mitleid und Solidarität, v. a. um eine rationale, einsichtige, von einer emotionalen und eher unverfügbaren Ebene zu trennen: Solidarisch Sein heißt, fest zum Mitmenschen zu stehen, und setzt das Bewusstsein voraus, zu einem größeren Ganzen zu gehören. Es ist ein Unterschied, ob man aus persönlichem Mitleid und Erbarmen dem Hilfsbedürftigen beisteht oder deswegen, weil man sich ihm zugehörig fühlt:

„Mitleid äußert sich in Teilnahme, Solidarität in Gemeinsamkeit [...] Es ist insoweit ein folgenschwerer Unterschied, ob die sozial Starken die Schwachen aus Mitleid stützen oder ob sie dies aus der Überzeugung eigenen möglichen Betroffen-Seins heraus tun. Im ersten Fall besitzt ihr Handeln ein Tugend-, im letzteren ein Einsichtsfundament. Tugend besteht auf persönlicher Freiwilligkeit; Einsicht hingegen unterliegt dem Zwang allgemein gültiger Argumente.

---

<sup>291</sup>Ebd., XVII. Zum Verständnis des Patienten als Fremder und Anderer siehe Dörner, a.a.O., 27ff.

<sup>292</sup>Vgl. dazu die Ausführungen von Dörner in Anlehnung an W. T. Reichs unveröffentlichten Vortrag im Freiburg am 12.10.1997 anlässlich des 50. Jahrestages des Nürnberger Ärzteprozesses in Dörner, a.a.O., 24ff.

[...] Solidarisch handeln heißt, auch dann aus Überzeugung helfen, wenn man vergleichsweise sicher sein kann, eine derartige Hilfe von anderen nie in Anspruch nehmen zu müssen oder zu können.<sup>293</sup>

Beckmann beobachtet heute eine De-Institutionalisierung, einen Rückzug ins Private und großzügige Risikozuweisung an die Anderen bei eigener Risiko-Aversität, wie auch ein Sinngabungsdefizit in Bezug auf das Allgemeinwohl. Diese Phänomene drängen die Solidarität aus dem Selbsterkenntnis- in den Mitleidsbereich, sodass Solidarität als Almosengeben verstanden wird.

In Anbetracht zu dieser Position muss kritisch gefragt werden, inwiefern Rationalität oder kognitive Einsichten von Emotionen überhaupt zu trennen sind. Gerade in Anbetracht der *education for compassion* oder dem Training zum Eindringen und Mitfühlen von Singer wird ausgehend vom Mitleidsempfinden an der Einsicht der Gleichheit gearbeitet. Ob eine Solidarität ohne emotionale Motivation rein aus rationaler Einsicht die von Beckmann intendierte Kraft entwickeln kann, sei an dieser Stelle dahingestellt. Die Unterscheidung von Mitleid und Solidarität macht jedoch noch einmal auf Nah- und Fernstrukturen aufmerksam. Mitleid und Barmherzigkeit beziehen sich immer auf eine konkrete Nahsituation, die durch Wohlwollen bestimmt ist, selbst wenn sie nur durch ein Bild erzeugt wird. Solidarität bezieht sich dagegen eher auf Fernstrukturen, also den Zusammenhalt mit Menschen, deren Leiden mich aufgrund der Fernsituation, die mehr von Gerechtigkeit als von Wohlwollen geleitet ist, nicht zum Schwingen bringt. Solidarität ist also eher abstrakt, Mitleid hingegen konkret. Mitleid kann in dieser Situation jedoch durch Perspektivübernahme zur Förderung von Solidarität beitragen.<sup>294</sup>

---

<sup>293</sup>Beckmann, a.a.O., 341ff. Wie Richard von Weizsäcker schon sagte: „Solidarität beruht auf der Erkenntnis, dass den eigenen Interessen am besten gedient ist, wenn auch die anderen zu ihrem Recht kommen.“ In: Uwe Heimowski, a.a.O., 86.

<sup>294</sup>Uwe Heimowski weist auf das Angewiesensein von Solidarität auf Liebe in Form von Barmherzigkeit für den gesellschaftlichen Zusammenhalt hin. So war der Solidaritätszuschlag beispielsweise ein effektives Finanzinstrument, hat das Volk aber nicht zusammengeführt. Ganz anders wirkte die Flutkatastrophe 2005, die zu außerordentlichen Zuwendungen führte. „Menschen sind dann solidarisch, wenn sie wissen, mit wem und wofür sie ihren Wohlstand teilen. [...] „Solidarität bedarf eines Gefühls der Verbundenheit. Eine Gesellschaft, die sich spaltet, wird unsolidarisch. Und andersherum: Eine unsolidarische Gesellschaft spaltet sich.“ Heimowski, a.a.O., 88.

## 9.8 Abschließende Bemerkung

Welche Konsequenz soll nun nach diesen Betrachtungen zur Mitleidsethik für das ärztliche Ethos gezogen werden? Zunächst einmal wird der Mitleidsbegriff sehr uneinheitlich verwendet und die Verhältnisbestimmungen zu Barmherzigkeit oder Mitgefühl sind höchst unterschiedlich. Dennoch konnte mit Käte Hamburger auf die Distanzstruktur aufmerksam gemacht werden, die vielleicht nicht dem Mitleid selbst, aber mitleidsgeprägten Situationen und Beziehungen inhärent sein kann und zumindest als Disposition für Nahbeziehungen eher schädlich ist. An dieser Stelle ist zu fragen, inwiefern die Distanzstruktur überhaupt nachteilig für die Beziehung zwischen Patienten und Gesundheitspersonal ist, da diese i. d. R. eben keine freundschaftliche Beziehung auf Augenhöhe ist, also eine gewisse Distanz sogar notwendig gegeben ist. Vielmehr könnte eine Mitleids-Disposition als Tugend wie Roberts sie versteht, also das Richtige in der richtigen Situation zu fühlen, durchaus hilfreich sein. Gerade das, was Singer als Empathie-Stress bezeichnet, wahrzunehmen und zu überlegen wie stattdessen Mitgefühl bzw. *compassion* trainiert werden kann, um die Belohnungseffekte als handlungsfördernde und Energie-freisetzende Aspekte nutzbar zu machen, kann durchaus von Wert sein. Dennoch muss im Bewusstsein bleiben, dass Mitleid erstens nur ethisch hilfreich ist, wenn es auf Barmherzigkeit abzielt, und zweitens v. a. Nahsituationen betrifft. Das ist für ein Ethos der Gesundheitsberufe und den gewünschten subjektbezogenen Ansatz durchaus von Vorteil. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass sich durch eine Mitleidsethik – wobei man nach unseren Untersuchungen besser von Barmherzigkeitsethik sprechen sollte – Fernsituationen schlecht erfassen lassen. Gerechtigkeitsfragen, ökonomische Verteilungsfragen, ethische Grenzthemen, z. B. embryonale Stammzellen usw., sollten nicht mittels einer Barmherzigkeitsethik bearbeitet werden. Hier braucht es andere Ansätze.

## 10 Glaube, Religion und Charakterbildung

Nun soll ein Blick darauf geworfen werden, wie Glaube und Religion zur Charakterbildung beitragen. Die ersten Eindrücke sind ernüchternd. Man kann über den zurückgehenden Einfluss der Religion auf den Charakter nicht hinwegsehen:

„Our most broadly shared, least questioned frameworks of meaning are not religious but rather those yielded by technology (even more than science, as the phenomenon of climate-change denial attests) and the market.“<sup>295</sup>

Darüber hinaus dominiert im Westen eine Theologie, an der Michael Welker und Wolfgang Huber zu Recht ihre „cheap devotion“, self-secularization“ und „self-banalization“<sup>296</sup> kritisiert haben. Diese sei zu substanzlos und zu abstrakt im Umgang mit dem Wirken des Heiligen Geistes, um etwas zur Charakterbildung und ethischen Disposition beizutragen:

„this emptied religiosity, unable to bear its own emptiness, seeks relief by sucking up all sorts ostensibly entertaining and distracting content and objects, including every conceivable `personal story`, then also candles, rocks, flowers, scarves, light, water-truly, such symbolic kitsch knows no boundaries.“<sup>297</sup>

Gleichzeitig kritisiert Welker eine Intellektkultivierung und „rational piety“<sup>298</sup>, die durch die Verbindung von Theologie bzw. Religion mit philosophischer und besonders aristotelischer Metaphysik und Moralität entsteht. Sie trägt zwar zu einer höheren Selbst- und Welterkenntnis bei, lässt Gotteserkenntnis jedoch eher schwinden. Religion muss mehr zu bieten haben, als die intellektuelle Katalyse gesellschaftlicher Werte und die zeitweisen, respektvollen Einsprüche in Politik, Gesetz, Medien und Wissenschaft. Dabei will Welker besonders auf den Einfluss von Religion auf Emotion hinaus: „Indeed, religion addresses not merely our understanding but above all our hearts and spirits.“<sup>299</sup> Er verweist auf die paulinische Anthropologie mit ihrer Verwo-

---

<sup>295</sup>Jennifer A. Herdt, „The Dialectic of Religious Formation“ in *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020), 86. Diese Beobachtung spiegelt genau das wieder, was insgesamt für die Lage der Medizin im ersten Teil der Arbeit herausgearbeitet wurde.

<sup>296</sup>Michael Welker, „Comfort, Freedom, Justice and Truth: Christian Religion, the Formation of Character, and the Communication of Values“ in *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020), 30.

<sup>297</sup>Ebd.

<sup>298</sup>Ebd.

<sup>299</sup>Welker, a.a.O., 32.



benheit von Emotion, Kognition und Willen, die hier eine interdisziplinäre Brückenfunktion einnehmen kann.<sup>300</sup> Exemplarisch zeigt er dies an der Kernkompetenz des Heiligen Geistes und tiefen Bedeutung von Trost bzw. „comfort“ im Heidelberger Katechismus. Dieser macht deutlich, dass wir uns nicht aus eigener Kraft in Leben und Tod trösten können:

„The grand purpose of comfort [...] is liberation from the powers of evil and from the myriad open and often concealed feelings of impotence and even aggression that this power sets in motion.“<sup>301</sup>

Nicht selten kommt Trost durch Wort und Geist-erfüllte Menschen. Das lässt auf die herausragende Bedeutung der Körperlichkeit in Spiritualität und Charakterbildung schließen. Dies hat Johannes Eurich für das diakonische Lernen herausgearbeitet. Die Leiblichkeit, der Körper ist das Tor zur Welt und eine besondere Kategorie des Menschen. Davon legen die biblischen Heilungswunder und die biblische Anthropologie ein eindrückliches Zeugnis ab. Die Helfenden sind in diakonische Vorgänge einbezogen und werden selbst verändert, sodass eine andere Erfahrungsqualität entsteht: die Berührung eines kranken Menschen macht die eigene Verwundbarkeit besonders bewusst.<sup>302</sup> Einige Aspekte, offene Fragen und Bedenken werden im Folgenden noch weiter ausgeführt.

---

<sup>300</sup>Zur paulinischen Anthropologie siehe Lukas Sander, *Der Mensch bei Paulus: Grundbegriffe und Römer 7 als Präzedenzfall paulinischer Anthropologie*, unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau (Ditzingen, 2024).

<sup>301</sup>Welker a.a.O., 37. Trost definiert er in Anlehnung an das Wörterbuch der Gebrüder Grimm als Standhaftigkeit, gegeben und empfangen durch spirituelle Kräftigung, Beruhigung und Ermutigung.

<sup>302</sup>Johannes Eurich, „Learning to Care for the Whole Person: The Significance of Body and Soul for Diaconal Work“ in *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020), 246-257. Der Zusammenhang zwischen ärztlichem Handeln und dem Bewusstsein der eigenen Verwundbarkeit bzw. Sterblichkeit wurde auch im palliativmedizinischen Bereich nachgewiesen. So konnte eine Studie zeigen, dass Onkologinnen und Onkologen weniger über Palliation und End-of-Life-Care mit ihren Patientinnen und Patienten reden, wenn sie mehr Angst vor dem Tod haben: „Death anxiety was associated with more avoidant self-reported communication strategies, lower self-efficacy, less confidence in discussing the EoL and less confidence in discussing patients' goals and wishes“ Siehe: Nele Harnischfeger et al., „Association between oncologists' death anxiety and their end-of-life communication with advanced cancer patients“, *Psychooncology* 32/6 (2023): 923-932. doi: 10.1002/pon.6132.

## 10.1 Gesellschaftliche Sphären und Naturrecht

Ob und inwiefern Religion überhaupt den Charakter prägen soll, hat William Schweiker in Anbetracht der Gewalterfahrung durch und zwischen Religionen kritisch in Frage gestellt. Er betont, dass die Frage, wer den Charakter formen darf, eine Frage nach Macht und Herrschaft über das Leben sei. Er versteht Religion als gesellschaftliche Sphäre unter anderen und kommt zu dem Schluss:

„Because of this dangerous possibility [hegemoniale Macht der Religion über andere Sphären der Gesellschaft], religion should form character in order to resist a tyranny of other social institutions, but it cannot do this alone because of its own impulses towards totality.“<sup>303</sup>

Obwohl Schweikers Einwände korrekterweise darauf hinauslaufen, dass Charakterbildung und soziales Leben immer eng verwoben sind und Tugend generell nicht aufgezwungen werden kann, wendet Herdt zurecht dagegen ein, dass erfolgreiches Leben sich durch Einheitlichkeit trotz aller sozialen Sphären auszeichnet:

„As agents, we cannot let our final answer be simply that we were tossed to and fro among the social spheres of economy, politics, religion and so on, formed willy-nilly by whichever gained the upper hand, in a blind power struggle of competing social systems und rationalities.“<sup>304</sup>

Die Frage, wie sich die Religion zu anderen Sphären verhält, versucht Herdt durch die Aufnahme, man möchte sagen, Rehabilitation von Luthers Naturrecht gegen ein isoliertes Naturrecht bei Elert und Althaus bzw. die völlige Ablehnung bei Barth zu lösen.<sup>305</sup> Sie betont mit Luther, dass das Recht der Gnade und das Recht der Natur schon immer zusammenhängen und nicht sauber getrennt werden können. Das Dreiergespann Staat, Kirche und Haushalterschaft ist immer auf Gott bezogen zu verstehen. Die Teilung gesellschaftlicher Sphären ist theologiegeschichtlich also im Naturrecht bereits da gewesen und nicht primär säkular. Auch Theologen jüngerer Zeit, wie Welker oder O'Donnavan, distanzieren sich von der Naturrechtsvorstellung, führen den Gedanken jedoch weiter, indem sie, wie Welker, die Geschichte der Welt oder der Natur als Geschichte des Wirkens des Heiligen Geistes verstehen:

---

<sup>303</sup>Schweiker, a.a.O., 81.

<sup>304</sup>Herdt, a.a.O., 88.

<sup>305</sup>Zu den verschiedenen Positionen und mitunter verheerenden geschichtlichen Konsequenzen siehe: Falk Wagner, „Naturrecht II.: Neuzeitliche und evangelische Interpretationen seit der Reformation“, *TRE*, Bd. 24, 153-185.

„Recourse to the tradition of natural law and the orders of creation are not a way of turning from the gospel and the work of the Spirit, but rather a way of carrying forward a Christian commitment to unfailing critical scrutiny of the social forms in and through which our practical agency is formed.”<sup>306</sup>

Herdt wehrt sich so gegen die Einordnung der Religion als gesellschaftliche Sphäre neben anderen. Als soziale Institution, Praxis, Ritual, Doktrin usw. ist Religion als menschliches Unterfangen zwar nicht alles und integriert nicht alles, aber Religion soll über sich hinaus auf das absolute, finale Gute – Herdt charakterisiert dies als „God made known in Jesus Christ”<sup>307</sup> – weisen, das allen anderen Dingen ihren Platz gibt. Die Gottesbeziehung ordnet die anderen Dinge:

“Religion is what aspires to integrate, to re-tie, *re-ligare* [...] all things together: the self with the collective, nature with culture, life with death, love with power, finite goods with goodness itself, creation with God.”<sup>308</sup>

Damit distanziert sie sich ebenfalls von einem isolierten Naturrecht und betont so die kritische und integrative Rolle der Religion bei der Charakterbildung. Wenn auch nicht explizit genannt, ist implizit nicht zu übersehen, dass Herdt nicht jede konkrete Form von Religion pauschal gutheißt, sondern religiöse Ausdrücke haben sich an Gott zu messen, wie er sich in Jesus Christus bekannt gemacht hat.

## 10.2 Worship

Wie kann Religion diese kritische, integrative Funktion bei der Charakterbildung ausüben? Herdt hält Worship<sup>309</sup> dazu für essentiell: “It is worship that preserves religious communities from becoming mere clubs, mere lifestyle or political enclaves.”<sup>310</sup> Religiöses Leben webt körperliche Bewegung, Geschichten, Lieder, Rituale, Recht, Erinnerung und nach vorne gerichtete Vorstellungskraft zusammen. Herdt betont dabei, dass dies nicht nur in einer Blase stattfinden kann, in die man eintritt und das religiöse Leben

---

<sup>306</sup>Herdt, a.a.O., 94.

<sup>307</sup>Ebd., 95.

<sup>308</sup>Ebd., 94.

<sup>309</sup>Hier wird das englische Original beibehalten. Die deutschen Alternativen Verherrlichung, Anbetung, Verehrung und Gottesdienst geben das Bedeutungsspektrum meines Erachtens nicht adäquat wieder.

<sup>310</sup>Ebd., 97.

damit zur Geleichenheitssprache verkommen lässt. Hier knüpft sie an ihr Religionsverständnis im Kontext sozialer Sphären an.

Was Herdt als Ausrichtung endlicher Güter am letzten Gut ausdrückt, klingt bei Gregor Etzelmüller etwas griffiger:

„My thesis is that religious education has to do with orientational knowledge, which shows human beings their true vocation. Nature does not teach us what the ultimate purpose of human life is.”<sup>311</sup>

Er zeigt, wie Worship im alttestamentlichen Gesetz mit Gerechtigkeit, Gnade und (Tisch-)Gemeinschaft verbunden ist. Religiöse Organisationen seien Trainingsorte für eine pro-soziale Orientierung, die ihrer Aufgabe in der Interessenvertretung für Schwache sehen und eine Kultur des Wohlwollens fördern. Worship hat dabei eine soziale Bedeutung: „What we remember and what we expect make a difference in how we live our lives.”<sup>312</sup> Die Prozesse menschlichen Lernens und religiöser Bildung sind dabei gerade nicht nur kognitiv, sondern verkörpert. Das lässt sich alttestamentlich daran erkennen, dass das Gesetz nicht nur im Worship erlernt wird, sondern gerade auch in der Mahlgemeinschaft und durch Feiern (Dtn 14,23), zu denen alle, unabhängig von Herkunft und sozialem Status, eingeladen sind (Dtn 16,11.14). Gewissermaßen transzendiert die Festgemeinschaft die soziale Ordnung vor dem Hintergrund dessen, was im Worship vergegenwärtigt wird. Die Jesus-Christus-Geschichte radikalisiert diesen Prozess. Am Kreuz wird offenbar, dass Gesetz, Religion, Bildung, öffentliche Meinung sich gegen Gottes gute Absichten für die Schöpfung richten können. Denn Jesus wird vom römischen und vom jüdischen Gesetz verurteilt:

„religious formation seeks to cultivate an attitude of awareness of the high calling of humanity while also confessing that humanity misses the mark, fails to live up to its calling.”<sup>313</sup>

### 10.3 Eschatologische Ambivalenz

Herdt leitet dazu über, Charakterbildung in der eschatologischen Spannung menschlicher Existenz zu begreifen. Die Art und Weise, wie Charakterbildung geschieht, ist

---

<sup>311</sup>Gregor Etzelmüller, „Anthropology and Religious Formation” in *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*, Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.) (Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020), 41.

<sup>312</sup>Ebd., 50.

<sup>313</sup>Ebd., 52.

„unsettled“<sup>314</sup>. Zur Weiterbildung gehört es, sich aus eschatologischer Perspektive zu antizipieren: „We compete and perfect our lives by allowing them to remain incomplete.“<sup>315</sup> Diese Haltung macht die dialektische Gestalt der Charakterbildung aus christlicher Perspektive deutlich: „Religious formation is dialectical, both a forming and unforming.“<sup>316</sup> Es ist notwendig, offen für Veränderung zu bleiben. Hier sieht Herdt eine Chance in der von Taylor beschriebenen Fragilisierung. Die tägliche Begegnung damit, hilft vor der Vergötterung endlicher Güter. Das schafft Veränderungsdruck und hilft uns, unsere Vorstellungen von Gott und dem Guten, Wahren und Schönen zu überdenken. Die „dialectic of religious formation [...] is also an unsettling of the ways in which we have heretofore been formed.“<sup>317</sup> Um diesen Weg erfolgreich zu bestreiten, braucht es Tugenden und Praktiken, die diese Tugenden kultivieren: „Key pathways here involve empathy and admiration, with imagination playing a key role in both.“<sup>318</sup> Gerade Bewunderung zielt auf charakterliche Exzellenz ab, die nicht nur das Verhalten, sondern auch das zugehörige Denken und die Motive nachahmen will. Dabei ist besonders auf die Gefahr der Entstehung von In- und Out-Groups zu achten:

„One of the tasks that falls to religious insiders today is to display their traditions as nonidolatrous, and thus as capable of assisting in the task of ordering finite goods in relation to the final good.“

Hier stellen Worship und der fragilisierende Kontakt zur Umwelt eine exzellente Möglichkeit dar, um einerseits eine kritische Selbstdistanz einzunehmen und andererseits Religion nicht zu einer Sphäre unter anderen zu degradieren.<sup>319</sup>

---

<sup>314</sup>Herdt, a.a.O., 95.

<sup>315</sup>Alasdair MacIntyre, *Ethics in the Conflicts of Modernity: An Essay on Desire, Practical Reasoning, and Narrative* (New York: Cambridge University Press, 2016), 231.

<sup>316</sup>Herdt, a.a.O., 96. Welker spricht hier vom Menschen zwischen Staub und Ebenbildlichkeit, von einer „consciousness of ambivalence“ und fordert dazu auf, die Rolle des Heiligen Geistes wahrzunehmen, um sich weder vor Verantwortung der Charakterbildung, noch vor angebrachter Selbstkritik zu drücken. Welker, a.a.O., 35.

<sup>317</sup>Herdt, a.a.O., 99. Bisweilen scheint die säkulare Option die religiöse mehr zu fragilisieren als andersherum. Das stellt christliche Gemeinschaften vor die Herausforderung, ihre Mitglieder dafür auszubilden.

<sup>318</sup>Ebd., 96.

<sup>319</sup>Nun wäre es von Interesse die Beziehung von Worship und dem Kontakt mit der nicht-christlichen Welt, begriffen als Mission, weiter auszuarbeiten. Dies kann an dieser Stelle nicht mehr geschehen. Einen großartigen Beitrag hat dazu Henning Wrogemann geleistet, der Worship als Quelle der Mission herausarbeitet, die er als Ausbreitung der Herrlichkeit Gottes begriffet. Dabei führt er viele hier bereits angesprochene, und im weiteren noch zu thematisierende Aspekte weiter aus, z. B. die Bedeutung von Festen, lebendiger Spiritualität, authentischer Gelassenheit, Körperlichkeit zwischen Genuss und Verzicht, die kritische Instanz des Worship und dessen Unterscheidbarkeit im Namen Jesu.

## 11 Tugendethische Anregungen

Abschließend sollen hier auf der Basis der gemachten Untersuchungen und Beobachtungen einige tugendethische Anregungen gegeben werden. Sie sollen möglichst brauchbar und handlich für die Praxis sein, um den gegenwärtigen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung mit einem dialogfähigen, christlichen Ethos zu begegnen. Sie stellen keinen ausgewogenen, abgeschlossenen philosophischen Kanon oder Katalog dar, sondern sollen kontextuell dem handelnden Subjekt Orientierung bieten. Objektive und systemische Aspekte sollen bei aller Begrenztheit des Subjekts jedoch nicht in Vergessenheit geraten oder bagatellisiert werden. Die vier Vorschläge, die hier unterbreitet werden, zeigen je eine besondere Nähe zu einer der vier Kardinaltugenden: Sachlichkeit steht der Klugheit nahe, Gelassenheit und Geduld der Zucht oder dem Maßhalten, Barmherzigkeit und Mut weisen eine besondere Nähe zu Gerechtigkeit und Tapferkeit auf.

### 11.1 Sachlichkeit

Hunstorfer hat die Sachlichkeit als ordnendes Prinzip der Kardinaltugenden eingeführt. Es zeigt wegen seiner kognitiven Ausrichtung starke Parallelen mit der klassischen Kardinaltugend der Klugheit, bringt diese jedoch besser mit der vorherrschenden Erkenntnishaltung der Naturwissenschaften ins Gespräch:

„Sachlichkeit meint die Erkenntnishaltung, mit der der Mensch nach objektiver Erkenntnis und Einsicht streben soll, die nicht nur Teilaspekte von Leben, Natur und Welt betrachtet, sondern zu einer objektiven Wahrnehmung der Ganzheitlichkeit des Daseins drängt. Sachlichkeit versteht sich hier nicht als eine Vergegenständlichung der dem [sic] Menschen umgebenden Welt im Sinne des naturwissenschaftlich-positivistischen oder rein empirischen Ansatzes, sondern im Sinne einer philosophischen wie theologischen Reflexion.“<sup>320</sup>

Sachlichkeit soll auf das Wohl des Patienten abzielen und materiell-wissenschaftliche wie auch sittlich-ethische Aspekte, Erkenntnis und praktisches Tun mit ein-

---

Wrogemanns missionstheologischer Ansatz hat daher die Ausführungen dieser Arbeit entscheidend geprägt, auch wenn eine explizite, dezidierte Auseinandersetzung nicht stattfindet. Siehe: Henning Wrogemann, *Den Glanz widerspiegeln: Vom Sinn der christlichen Mission, ihren Kraftquellen und Ausdrucksformen: Interkulturelle Impulse für deutsche Kontexte*, 3. Aufl. (Münster: Lit Verlag, 2022).

<sup>320</sup>Hunstorfer, a.a.O., 326.

beziehen. Sie gilt als Voraussetzung, um Problemsituationen zu bewältigen und Lösungen zu begründen. Als Erkenntnishaltung fordert sie den Verzicht des Subjektes auf die Selektion der Erkenntnisinhalte. Sie kritisiert den `Blick von nirgendwo`:

„Die oft geforderte Neutralität, Unergriffenheit, Unbeteiligtheit des Subjektes oder Beobachters intendiert nicht selten die Auffassung, dass das Objekt des Erkennens an sich wertfrei oder wertneutral ist. Dahinter verbirgt sich wiederum die Frage, ob das Objekt als Objekt in seinem Wesen erkenntnistheoretisch erreichbar ist. Die geforderte Wirklichkeitsbezogenheit der Erkenntnis verlangt aber, will sie den Anspruch der Sachlichkeit ergeben, eine grundsätzliche Öffnung und Offenheit des Subjektes, des Menschen, der Welt und dem Sein, dem er selbst angehört, gegenüber.“<sup>321</sup>

Sachlichkeit kann so auch auf das Verständnis der Natur übertragen werden, die in ihrer Ambivalenz schwer erfassbar ist und dem Menschen immer wieder neu, unerwartet und als „andere“ begegnet und deshalb Reservoir für alle Erfindung und Entwicklung bleibt. So schafft diese Art von Sachlichkeit neue Perspektiven für das Problem des mechanischen Verständnisses des menschlichen Körpers im Umgang mit dem Unerwarteten: „Ihre [die Natur] Engführung auf das technisch Machbare, ausgegeben als das `real` Existente, bedeutet im Grunde eine Blindheit der Realität gegenüber.“<sup>322</sup>

Man könnte also statt von Sachlichkeit auch von einem gewissen Respekt vor der Realität, einer Wertschätzung der Wirklichkeit sprechen. Das bedeutet zusammengefasst, dass naturwissenschaftliche, wie ethische oder spirituelle Dimensionen angemessen berücksichtigt werden, Wissen und Tun in Beziehung gesetzt sind und keine Reduktionen auf technisch Machbares, Messbares, Quantifizierbares usw. vorgenommen werden, ohne als solche transparent gemacht zu werden. Wiesing führt in seiner Auseinandersetzung mit Rationierungen ähnliche Marker ein, die helfen sollen, angemessen mit impliziten Rationierungen umzugehen. Er identifiziert Transparenz, Konsistenz, Begründung, Evidenzbasierung und Widerspruchsmöglichkeiten<sup>323</sup> und konkretisiert damit, was Hunstorfer eher philosophisch als Sachlichkeit beschreibt. Die Beachtung dieser Aspekte solle dabei helfen, trotz schwieriger Umstände Vertrauen zu

---

<sup>321</sup>Hunstorfer, a.a.O., 327.

<sup>322</sup>Ebd., 313.

<sup>323</sup>Wiesing und Marckmann, a.a.O., 79f.

fördern und die Arzt-Patienten-Beziehung vor Manipulation durch Interessen Dritter zu schützen.

Sachlichkeit als Respekt vor der Realität dient ebenfalls dazu, die eigenen Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren, um proaktiv zu handeln, und gleichzeitig das Gesundheitspersonal davor zu schützen, sich bewusst oder unbewusst für Missstände verantwortlich oder schuldig zu fühlen, deren Konsequenzen zwar auf ihren Rücken ausgetragen werden, deren Entstehung sie aber effektiv kaum beeinflussen können.<sup>324</sup> So entsteht ein sachliches und realistisches Erwartungsmanagement, das Transformation anstößt, aber vermeidbaren Enttäuschungen vorbeugt.

## 11.2 Geduld und Gelassenheit

Geduld und Gelassenheit wirken im Zeitalter des rasenden Stillstandes wie ein Protest. Beides zu lernen und zu leben, bedeutet, der Regulation des Selbst Priorität einzuräumen:

„Wer sein sich im Ablauf der Zeit vollziehendes Leben den eigenen Wertgesichtspunkten anpassen will, wird nicht artig über jedes Stöckchen springen, das die Mitwelt ihm erwartungsvoll vor die Füße hält...“<sup>325</sup>

So helfen Geduld und Gelassenheit gerade dabei, für eigene Wertmaßstäbe einzustehen und nicht unabhängig, aber freier von externen Erwartungen zu werden:

„Geduld ist Zeit-Distanz und Gelassenheit ist Welt-Distanz. Was ich für mich als Erfolg meines Tuns und Lassens bewerte, das entscheidet (wenn auch nach reiflicher Überlegung, und vielleicht auch nach der Diskussion mit anderen) niemand anderes als ich selbst, und nicht das 'Da draußen'!“<sup>326</sup>

Das impliziert eine ehrliche und nüchterne Selbstreflexion. Bastian spricht davon „den Klippen und Untiefen im eigenen Seelenleben auf die Spur zu kommen“<sup>327</sup>,

---

<sup>324</sup>Steven Covey prägte hierfür die Begriffe *circle of influence* und *circle of concern*. Steven R. Covey, *Die 7 Wege zur Effektivität: Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg* (Offenbach: Gabal Verlag, 2018).

<sup>325</sup>Till Bastian, „Wie sich der medizinisch tätige Mensch gegen den wachsenden Mobilitätsstress im Gesundheitswesen wehren kann“ in *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck*, Martin Scherer, Joe Berghold und Helmwart Hierdeis (Hg.) (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020), 352.

<sup>326</sup>Bastian, a.a.O., 350.

<sup>327</sup>Ebd., 351.



um sich z. B. Konflikte durch übermäßig starke Wünsche nach Geltung und Anerkennung, ein Helfer-Syndrom oder das eigene Harmoniebedürfnis bewusst zu machen und angemessen darauf reagieren zu können.

Gelassenheit ist dabei gerade kein Aufruf zur Isolation: „Gerade der geduldige, der gelassene Mensch ist nicht einsam – und will es auch gar nicht sein.“<sup>328</sup> Bei der Bewältigung eigener Alltagsherausforderungen, ob äußerlich oder innerlich, sollen Medizinerinnen und Mediziner Möglichkeiten der kollektiven Konfliktbewältigung nutzen.<sup>329</sup>

Ewig sieht Gelassenheit als einen zentralen Schlüssel für einen nicht-technischen Zugang zur Wirklichkeit. Gelassenheit bedeutet Offenheit für das Geheimnis, den „Bann des Maschinentzaubers“ zu durchbrechen und die Maschinen auf ihre tatsächliche Bedeutung als Modell mit begrenzter Reichweite zurückführen.<sup>330</sup> Die Grenzen des Machbaren und der Finanzierbarkeit nicht zu verschwiegen, gehört ebenfalls als Tugend zur Anerkennung der großen medizinischen Leistungen. Der Glaube macht aus einem pragmatischen Kampf gegen die Endlichkeit einen gelassenen Umgang mit den Grenzen:

„Gemeint ist diese Einsicht: Im Umgang mit der modernen Medizin müssen alle, also nicht nur die Ärzte, sondern gerade auch die Patienten vor den Schranken der menschlichen Macht und dem damit zusammenhängenden unveränderbaren Leid Achtung und Geduld bewahren. Eine wirklich menschliche Medizin braucht diese letzte Bescheidenheit.“<sup>331</sup>

Das soll nicht als bagatellisierende Passivität gegenüber menschlichem Leid und Krankheit verstanden werden. Es geht gerade darum, Mut zum Leben zu machen – auch in der Bedrängnis der Krankheit. Das bedeutet, dass Handlungsmöglichkeiten optimistisch ausgeschöpft werden sollen. Dabei bleibt es jedoch für die Menschlichkeit des Lebens unerlässlich, mit den Grenzen bejahend zu leben und Handlungen in ein Gesamtbild menschlichen Lebens einzuordnen:

---

<sup>328</sup>Bastian, a.a.O., 351.

<sup>329</sup>Siehe zum Peer-Mentoring mit Medizinstudierenden und zum Mentoring in der medizinischen Wissenschaft: Lukas Sander, *Gesammelte Aufgaben zum Mentoring Training*, unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau (Ditzingen, 2022).

<sup>330</sup>Ewig, a.a.O., 158.

<sup>331</sup>Josef Römelt, *Christliche Ethik in moderner Gesellschaft*, Lebensbereiche, Bd. 2 (Freiburg im Breisgau: Verlag Herder, 2016), 269.

„Sowohl der Wille zur Stärke und entschlossenen Wahrung seiner Kräfte, als auch die gelassene Annahme unverrückbarer Grenzen und Einschränkungen gehören zu einem wirklich menschlichen Umgang mit der Krankheit.“<sup>332</sup>

Auch auf der Handlungsebene meint Geduld nicht Passivität, geschweige denn das Kaschieren von Einfallslosigkeit oder Faulheit, sondern aktives Zuwarten aus der bewussten Überzeugung, dass dies einem dem anvisierten Ziel näher bringt als die sofortige Handlung. Geduld ist eine „innere Aktivität“<sup>333</sup>, die als Haltung den Gesamtzusammenhang im Blick behält und zwischen wichtig und dringend unterscheiden kann. Denn Geduld meint nicht, Schnelligkeit zu vermeiden, sondern sich gegen pauschale Be- und Entschleunigungsimperative zu wehren und differenziert wie angepasst Schnelligkeit oder Abwarten zu fördern, ohne hastig zu werden.

Schließlich ist Geduld eine Nähe stiftende Kraft in engem Kontakt zu den geistlichen Tugenden: „Ohne die Liebe wäre die Geduld reine Taktik.“<sup>334</sup> Geduld als verlässliche Tugend und dispositionelle Haltung ist ohne Liebe kaum vorstellbar. Die von Liebe geprägte Beziehung zum Anderen unterscheidet Geduld von Gleichgültigkeit, wenn sich auch beides zeitweise in einem ähnlichen Verhalten zeigen kann. Geduld bleibt ganz beim Anderen, ohne sich vorab auf eine Form der Hilfe festzulegen.<sup>335</sup> Damit öffnet sich der Raum für eine Tugend, die Geduld und Gelassenheit integriert, aber diese stringenter auf den hilfebedürftigen Anderen bezieht: die Barmherzigkeit.

### 11.3 Barmherzigkeit

Wie sich aus dem Kapitel zur Mitleidsethik, besser Barmherzigkeitsethik, ergeben hat, kann die Tugend der Barmherzigkeit als Disposition für situationsangemessenes Fühlen beschrieben werden, um daraus Energie für das gute, in diesem Fall barmherzige Handeln zu gewinnen. Richtiges Fühlen war v. a. durch den Gedanken der Analogie oder Gleichheit bestimmt. Christlich beinhaltet dies die Gleichheit vor Gott in seiner

---

<sup>332</sup>Römel, a.a.O., 271.

<sup>333</sup>Giovanni Maio, „Für eine Wiederentdeckung der Geduld als Grundelement der Sorgeidentität der Heilberufe“ in *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*, Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.), JEK 11 (Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018), 38f.

<sup>334</sup>Maio, „Für eine Wiederentdeckung der Geduld als Grundelement der Sorgeidentität der Heilberufe“, 43.

<sup>335</sup>Ebd., 44.

Liebe. Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter ist dabei ein Schlüssel für die Charakterisierung des Nächsten. Wie lässt sich jedoch die Tugend der Barmherzigkeit darüber hinaus christlich füllen?

Durch Jesu Rede vom Weltgericht (Mt 25,31ff.), in der sich der Weltenrichter voller Macht und Herrlichkeit gleichzeitig mit den Hungernden, Durstenden, Nackten, Gefangenen und Kranken identifiziert und sein richtendes Urteil gerade am Verhalten der Menschen gegenüber diesen „Armen“ festmacht, wird aus der Begegnung mit den Leidenden einerseits die Begegnung mit Christus dem Richter, andererseits aber gerade die Begegnung mit dem eigenen Retter. Armen und Kranken zu helfen, soll die Erfahrung möglich machen, dass Christus auch der Heiland und Richter für mich ist. Das ist kein gönnerhaftes Helfen aus rein emotionalem Mitleid oder aus Überlegenheit. Die Krankenfürsorge der jungen Christenheit legt davon ein eindrückliches Zeugnis ab. In der Ehrfurcht vor dem Richter und Retter im Kranken, zeigt sich eine religiös-motivierte, aber gerade darin rationale und weniger emotionale Pflicht zur Solidarität und Hilfeleistung. Santiago Ewig schreibt dazu treffend:

„Christen halten nicht irgendeine Metaphysik für wahr und verteidigen nicht irgendwelche traditionellen Werte. Sie sind vielmehr Menschen, die durch andere Christen erfahren haben, dass in der Begegnung mit den `Geringsten` der Schlüssel zum Verstehen Jesu Christi liegt. Diese `Geringsten`, das sind die Armen, die Einsamen, die Verzweifelten, die Kranken, die Ausgestoßenen – also alle, die keine Teilhabe am Leben mehr haben und die wir in Praxen und Krankenhäusern zuhauf antreffen. Gott will sich in Jesus Christus demjenigen offenbaren, der ihm nachfolgt, d. h. der den Abstieg Gottes zu den Geringsten nachvollzieht, selbst den Kranken und damit auch Jesus Christus begegnet. Christen haben in der Begegnung mit den Geringsten am eigenen Leib erfahren, dass Gott seine Liebe zu uns Menschen durch seinen Abstieg in Jesus Christus zu den Geringsten gezeigt hat. Sie glauben, dass dieses Herabsteigen Gottes nicht nur ein Symbol seiner Liebe ist, sondern hoffen, dass die Lebenskraft seiner Liebe auch den Tod überwindet.“<sup>336</sup>

Dabei lässt sich auch hier wieder die Kritik vorbringen, die bei Roberts schon thematisiert wurde: Gehört dieses Erleben von Christus in kranken Menschen wirklich zur normalen Erfahrung, oder ist es einfach eine idealistische Idee, die normativ beschreibt, wie die Begegnung mit kranken Menschen zu interpretieren sei? Das Interessante an der Erzählung vom Weltgericht in Mt 25 ist, dass die Helfenden Christus eben

---

<sup>336</sup>Ewig, a.a.O., 232f.

nicht erkannt haben – also diese Erfahrung eher nicht unmittelbar ist. Allerdings eröffnet sich ein Deutungshorizont, der mit Roberts gesprochen die Emotion als *concern-based construal* formen kann oder mit Singer und Nussbaum zu neuen Wahrnehmungsmustern oder zu Perspektivübernahme im Sinne einer *education for compassion* anleitet. Gleichzeitig können die Emotion des Mitleids und die folgende Barmherzigkeit zur Glaubenserfahrung werden, wie Mutter Teresa zeigt. Dabei steht wie beim Samariter nicht der Helfende, sondern der Bedürftige im Mittelpunkt. Und es geht nicht um ein Gesetz oder eine Pflicht, sondern eine andere Art der Wahrnehmung:

„Der christliche Arzt sieht sich nicht veranlasst, den Patienten besonders gut zu behandeln, weil er das nach der Lehre Jesu Christi soll – oder noch schlimmer: weil er im gegenteiligen Fall Strafe fürchtet. Er trifft vielmehr im Kranken auf die Liebe Gottes, die ihn selbst trägt und kann aus dieser Liebe heraus handeln. Am Anfang steht demnach die Liebe, aus der sich das Handeln begründet, kein abstraktes Sollen.“<sup>337</sup>

### 11.3.1 Exkurs: Christliche `education for compassion`

Wie könnte ein *concern-based construal* durch christliche Spiritualität, gewissermaßen als Training, gefördert werden? Dabei soll es um eine spirituelle Schulung des Mitleids gehen, noch nicht als eigene Tat oder Barmherzigkeit, sondern als Hineingerissen Werden in das aktive und tätige Mitleiden Gottes – ein echtes Mitleiden aus der befreienden und erlösenden Liebe Christi zu allen Leidenden.<sup>338</sup>

Als traditioneller Bestandteil christlicher Spiritualität eignet sich dafür die Passionsmeditation. Dabei geht es um eine heilsame Gottes- und Selbsterkenntnis unter dem Kreuz. Durchs meditative Sich-Aussetzen gegenüber fremden Leid soll in der Selbsthingabe Jesu die *compassio* Gottes wahrgenommen werden. Darin liegt die konfrontative Erfahrung der schmerzlichen Wahrheit, dass vorbehaltlose Liebe verletzlich macht. Im Kontext der Ostergeschichte jedoch wird diese Liebe auch eine Zusage der leid- und todüberwindenden Heilsmacht. In der Betrachtung des Gekreuzigten verbindet sich Gottes Gegenwart mit dem Anblick des Leidenden. Dabei kann erstens eine heilsame Relativierung des eigenen Leidens auf Gottes gute Gegenwart hin und

---

<sup>337</sup>Ewig, a.a.O., 237.

<sup>338</sup>Andrea Anker, „Am Leiden Gottes teilnehmen? Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Mitleiden in Bonhoeffers Briefen aus der Haft“ in *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*, Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.), Religion in Philosophy and Theology, Bd. 28 (Tübingen: Mohr Siebeck, 2007), 250f.

zweitens die transformierende Konfrontation mit Widerständen, sich auf diese Gegenwart einzulassen, erfahren werden. Bei Ersterem geht es darum, nicht nur sein Leiden zu erkennen, sondern sich selbst im Leiden des anderen und seine Leiden in der Präsenz des anderen, dessen Blick einen nicht loslässt, zu erkennen. Das zweite zielt darauf ab, das Knäuel von widersprüchlichen negativen Emotionen ans Licht zu bringen, die die *compassio* mit dem Gekreuzigten und dem Nächsten blockieren, also der eigenen Dunkelheit zu begegnen. Die Meditation eröffnet so eine Perspektive, die Mitwelt und sich selbst unter dem Kreuz zu erfahren, also gemeinsam mit denen, die leiden, unter dem Kreuz zu stehen und daraus aktuelle Kreuzwege wahrzunehmen und neue Handlungsbereitschaft zu entwickeln. Dabei ist zu bedenken, dass es nicht darum geht, das Christusgeschehen für die eigene Barmherzigkeit zu funktionalisieren, sondern dem Geheimnis des Glaubens zu begegnen.<sup>339</sup> Dies kann durch klassische Anleitungen, wie von Aelred von Rivaulx oder Nikolaus von Flüe, unterstützt werden. Besonders das Rad<sup>340</sup> von Nikolaus von Flüe kann ein traditioneller visueller Impuls sein, aber auch musikalische Darbietungen, wie die Passionen von J. S. Bach bieten Anknüpfungspunkte. Es können auch viele andere unterstützende Formen entwickelt werden, sofern diese dem Kernanliegen der Meditation hilfreich sind. Eine solche Meditation nimmt einige Impulse von Nussbaum, Singer und Roberts innerhalb der christlichen Spiritualität auf und soll hier als Vorschlag zur Barmherzigkeitsschulung dienen. Dennoch gilt: Barmherzigkeit ist eine Sache des Tuns. Oder um mit Bonhoeffer zu sprechen: „Teilnahme am Leiden heißt weltlich leben.“<sup>341</sup> Nicht die Analogie des Leidens, sondern die Analogie der Zuwendung steht im Vordergrund.

## 11.4 Mut

Mut bezieht sich auf die Durchsetzung oder Beibehaltung anderer Tugenden gegen Widerstände. Ökonomisierung, Technisierung, Beschleunigung, problematische Menschenbilder usw. stellen das Ethos der Heilberufe vor Herausforderungen, und es be-

---

<sup>339</sup>Dazu ausführlicher: Peng-Keller, a.a.O., 334ff.

<sup>340</sup>Das Rad, auch Sachsler Meditationstuch genannt, zeigt in sechs Rundbildern Stationen des Lebens Jesu. In jedem Bild ist ebenfalls ein Motiv abgebildet, dass auf ein Werk der Barmherzigkeit hinweist (Krücken, Pilgerstab, Brot, Kette, Gewand und Sarg). So werden die Taten der Barmherzigkeit visuell mit dem Leben und der Bedeutung Jesu verbunden.

<sup>341</sup>Zitiert in: Anker, a.a.O., 256.

darf einigen Mutes, um sachlich, gelassen und barmherzig zu bleiben. Das Gesundheitspersonal findet sich häufig in Situationen wieder, in denen ihm ein Ethos-gemäßes Arbeiten unter dem Fürsorgeaspekt erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht wird. Mut bedeutet, dem eigenen Ethos bestmöglich gerecht zu werden und auch bei unzumutbarer Schädigung legitimer Eigeninteressen Wege zu gehen, das eigene Ethos vor sich selbst, teamintern und in Anbetracht gesellschaftlicher Interessen und Verantwortungsbereiche transparent zu machen, zu diskutieren und bestmöglich zu verteidigen. Der christliche Glaube bietet durch das Angebot bedingungsloser Vergebung und Annahme, durch das machtkritische Potential des Transzendenzbezugs, wie es durch Worship Form gewinnt, durch die besondere Würdigung kranker Menschen und nicht zuletzt durch die tragende Rolle christlicher Gemeinschaft und Spiritualität einen reichen Nährboden, um Mut zu entwickeln und mit Widrigkeiten umzugehen. Dass religiöse Überzeugungen Ethos-bezogenen Schuldgefühlen und überzogener Aufopferung usw. auch Vorschub leisten können, muss dabei kritisch im Hinterkopf behalten werden.

#### ***11.4.1 Exkurs: Mut konkret – bei Fachkräftemangel, Ökonomisierung und Interessenkonflikten***

Der Fachkräftemangel führt zu Unterbesetzung in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, bedroht eine adäquate Patientenversorgung und führt zu Konflikten mit dem eigenen Ethos. Dem Ethos in dieser Situation weiterhin pflichterfüllend treu zu bleiben, führt häufig zu einem Verhalten, das den legitimen Eigeninteressen des Gesundheitspersonals wie der eigenen Gesundheit, moralischen Integrität, Balance verschiedener Lebensbereiche usw. entgegensteht. Selbstinteresse kann jedoch moralisch vertretbar sein, wenn a) es vom Subjekt inhaltlich als richtig bestimmt wird, b) die Interessen anderer als gleichberechtigt gelten gelassen werden und c) der Sittlichkeit Priorität gegenüber dem eigenen Glück eingeräumt wird.<sup>342</sup> Stüber kommt hier zu dem Schluss, dass eine dem Ethos treue Pflichterfüllung bei erheblicher Beeinträchtigung legitimer Eigeninteressen nicht zumutbar sei und Gesundheitspersonal in solchen Fällen das Recht habe, Abstand von diesem Ethos zu nehmen. Dabei gehe es gerade nicht um

---

<sup>342</sup>Göbel, a.a.O., 80.

Nutzenmaximierung, sondern um einen legitimen Interessenschutz bei eigentlich gewünschter Verbindlichkeit zum eigenen Ethos und gleichzeitiger Unzumutbarkeit fortbestehender Ethos-konformer Normbefolgung.

Um eine angemessene Zwischenposition zwischen Pflichterfüllung und Nutzenmaximierung zu finden, führt Stüber den „anständigen“ Mitarbeiter, bzw. „Homo honestus“ ein.<sup>343</sup> Das Ausmaß der Zumutbarkeit ist zwar individuell verschieden, aber nicht rein individuell zu beantworten. Ist nicht gesichert, dass andere Kolleginnen und Kollegen sich wegen äußerer Drucksituationen Ethos-konform verhalten, führt ein pflichterfüllender Alleingang häufig zum schlechten Gewissen derer, die sich von dem Ethos distanzieren, dem sie eigentlich zustimmen möchten. Daraus kann die Ausgrenzung der Pflichtbewussten durch die, die Abstand vom Ethos nehmen, resultieren und es entstehen teaminterne Zwiespälte. Der Teamzusammenhalt ist jedoch als wichtiger Resilienzfaktor unerlässlich, um mit einer schwer zumutbaren Arbeitssituation umzugehen.<sup>344</sup>

Primär ist im Rahmen der Mitarbeiterethik Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber geboten. Es gilt also zunächst dem Arbeitgeber gegenüber ein guter Mitarbeiter zu sein. Allerdings erschöpfen sich die Verantwortungsbeziehungen hier nicht. Mitarbeitende haben gerade im Gesundheitswesen eine Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten und über diese auch gegenüber der Gesellschaft. Sie sollen u. a. „die Kunden [bzw. Patienten] nicht belügen und täuschen hinsichtlich der Qualität der angebotenen Leistungen und der Geschäftsbedingungen.“<sup>345</sup> Daraus ergeben sich unter den beschriebenen Konditionen Loyalitätskonflikte. Diesen kann erstens durch „opportunistisches Mitläufertum“<sup>346</sup> begegnet werden. Zweitens kann man kündigen, was i. d. R. einen persönlichen Nachteil der Mitarbeitenden beinhaltet, das moralische Problem nicht löst und zur Selbstselektion kritischer Mitarbeiter führt. Drittens bleibt die argumentative Auseinandersetzung, die häufig Zivilcourage erfordert, da mit negativen Sanktionen für kritische Meinungsäußerungen zu rechnen ist.

---

<sup>343</sup>Stüber, a.a.O., 12ff.

<sup>344</sup>Ebd., 190ff.

<sup>345</sup>Göbel, a.a.O., 204.

<sup>346</sup>Ebd., 205.

Als anständiger Mitarbeiter ist es also möglich, vielleicht nötig, zumindest auf Verhaltensebene vom Ethos Abstand zu nehmen. Allerdings resultiert daraus eine Hinweispflicht. In der Klinik kann diese als Überlastungsanzeige Vorgesetzten gegenüber kenntlich gemacht werden, die diese weiterzuleiten haben, wenn ihnen die Handlungsermächtigung zur Lösung des Problems fehlt. Werden solche Anzeigen von Führungskräften nicht ernst genommen, möglicherweise sogar ein Ethos-konformes Verhalten gefordert oder das nicht zu haltende Ethos weiterhin als Marketinginstrument für die nicht-wahrheitsgetreue, aber werbende, kommerzielle Selbstdarstellung des Unternehmens instrumentalisiert, ist dem anständigen Mitarbeiter das öffentliche Transparentmachen nahe zu legen, wenn nicht sogar geboten. Da die Gesundheitsversorgung ein elementarer Bestandteil gesellschaftlicher Öffentlichkeit ist, zu der auch ein zu erwartendes Ethos des Gesundheitspersonals gehört, ist es eine öffentliche Angelegenheit, wenn dieses Ethos nicht gewährleistet ist und möglicherweise wider die Realität als Marketinginstrument verwendet wird.<sup>347</sup>

Damit wird die Ethik des Whistle-Blowing angeschnitten. Dafür gilt, dass man nur aufgrund von sicheren Fakten tätig werden und alle Möglichkeiten ausgeschöpft haben sollte, um das Problem unternehmensintern zu regeln, sodass der Gang an die Öffentlichkeit als Ultima ratio übrig bleibt. Whistle-Blower sollten Rechenschaft über ihre Motive ablegen, also nicht aus Rache oder wegen einer Entlassung tätig werden. Ein finanzieller Profit sollte ausgeschlossen sein und die Güterabwägung bezüglich des Schadens des Unternehmens, der Kolleginnen, der Patienten usw. sollte äußerst sorgfältig erfolgen.<sup>348</sup>

Anständige Mitarbeiter brauchen hier den Mut, diese kritische Gegenposition wahrzunehmen, die nicht selten erheblichen Mehraufwand, geschicktes Vorgehen, soziale Intelligenz und vieles mehr benötigt. Gerade hier bedarf es einer Tugendethik als Führungs- und Mitarbeiterethik.<sup>349</sup> Ein Abrücken vom eigenen Ethos soll nicht leichtfertig erfolgen. Eine Gesundheitsversorgung ohne Verwaltung oder Ökonomie ist heute nicht möglich, daher gilt es auch hier, dass Ärztinnen und Ärzte den Mut haben, sich aufgrund ihres Ethos in diese Fragen einzumischen und Verantwortung übernehmen. Stand bisher die Sorge um den einzelnen Patienten im Vordergrund, müssen

---

<sup>347</sup>Stüber, a.a.O., 204.

<sup>348</sup>Göbel, a.a.O., 207.

<sup>349</sup>Ebd., 209ff.



zukünftig Ärztinnen und Ärzte sich um den wirtschaftlichen Einsatz und die gerechte Verteilung knapper Ressourcen kümmern. Hier gilt es, daran mitzuwirken, welche (nicht ob) Maßnahmen rationiert werden, und die eigene medizinische und ethische Expertise einzubringen.<sup>350</sup>

## 12 Schluss

Das ärztliche Ethos ist heute mit einigen Herausforderungen konfrontiert. Was es bedeutet, eine praktische Naturwissenschaft zu sein, bleibt an vielen Stellen offen. Das Miteinander von Medizin, Technik und Ökonomie erscheint wenig reflektiert. Mit Blick auf den essentiellen Fürsorgeaspekt des ärztlichen Ethos stellt sich dabei Unbehagen ein. Die christlichen Wurzeln der Krankenfürsorge sind weitestgehend vertrocknet und in säkulare Professionalisierung aufgegangen. Diese Beobachtungen lassen sich unter der Diagnose *Unsettled Care* bündeln.

In dieser Arbeit wurde der Versuch unternommen, basierend auf einer Untersuchung der aktuellen Lage des ärztlichen Ethos und der christlicher Religion im säkularen Kontext, christliche Impulse für das ärztliche Ethos zu entwickeln. Dabei ergab sich die Einsicht, dass die Naturwissenschaft als primäre Ansprechpartnerin der Medizin keine Richtung für das ärztliche Ethos vorgeben kann und zur Reflexion anthropologischer Fragen der Lebenssinnggebung wenig beisteuert. Die Orientierungslosigkeit in diesen Fragen schlägt sich in divergierenden Menschenbildern wieder, die angetrieben durch Technisierung, Ökonomisierung und die Autonomiebestrebungen säkularer Individuen von der Machbarkeit, atomischen Isoliertheit, der Maschinenvorstellung und Verbesserungsnotwendigkeit des menschlichen Subjektes zeugen. Aufgabe der christlichen Religion ist es, die Fragilität und Vulnerabilität des menschlichen Daseins, christlich gesprochen die eschatologische Ambivalenz der Geschöpflichkeit des Menschen, wertschätzend und würdevoll (wieder) zu gewinnen. Es geht darum, medizinische Möglichkeiten und gesundheitssystemische Kontexte mit dem Sinn und der Bestimmung des Menschseins zu verbinden (*re-ligare*). Die ärztlichen Eide und Ordnungen reichen dazu nicht aus. Auch eine zunehmende Reglementierung und Kodifi-

---

<sup>350</sup>Wiesing und Marckmann, a.a.O., 69ff.

zierung von Moral kann allein keine Abhilfe schaffen, um ein ärztliches Ethos der Fürsorge zu fördern und die Keimzelle des ärztlichen Berufs – die Arzt-Patienten-Beziehung – zu bewahren und mit Vertrauen zu füllen. Dazu bedarf es gewisser Tugenden. Hier wurde der Vorschlag unterbreitet Sachlichkeit, Geduld, Gelassenheit, Mut und besonders Barmherzigkeit zu kultivieren. Dazu kann der christliche Glaube erheblich beitragen. Tugend löst jedoch nicht alle medizinisch-ethischen Probleme und braucht die Ergänzung durch objektivere und ordonomische Ansätze.

Um als plausible Option in einer säkularen Welt diskursfähig zu sein, hat sich der christliche Glaube vor allem mit dem zum Teil naiven materialistischen Atheismus auseinanderzusetzen. Säkularisierungsnarrative müssen dekonstruiert werden. Besonders die Transzendenzvorstellung als Dreh- und Angelpunkt christlichen Glaubens und christlicher Ethik muss aus dem immanenten Rahmen heraus der Umgebungskultur plausibel gemacht werden. Dazu kann eine Verständigung über den tauglichen Umgang mit dem, was Charles Taylor „Fülle“ nennt, helfen. Diese gilt es auch in der Medizin praktisch-wissenschaftlich ins Gespräch zu bringen, z. B. durch Spiritual Care Forschung und deren Etablierung im Klinik- und Praxisalltag. Eine Verständigung über die Fülle und den Sinn des Lebens muss auf der anderen Seite die Körperlichkeit des Menschseins in der Spiritualität und der Glaubenskommunikation abbilden. Dafür braucht es starke christliche Gemeinden und Netzwerke, die Ärztinnen und Ärzten das spirituelle und intellektuelle Handwerkszeug an die Hand geben und zum Nährboden und zur Anlaufstelle für eine gelungene Auseinandersetzung mit der Fülle und den Abgründen des Lebens werden. Mit dem vielfältigen Wirken des Heiligen Geistes, einer auf Jesus Christus fokussierten Spiritualität und dem missionarischen, kritischen und charakterbildenden Potential von Worship haben christliche Gemeinschaften ein nicht zu unterschätzendes Potential, um Ärztinnen und Ärzte in ihrer Tugend- und Charakterbildung zu unterstützen. Am Ende bleibt mit Hans-Martin Sass zu sagen: „Ethos lernt man nicht aus Büchern, sondern im Leben.“<sup>351</sup> Tugend wird v. a. am Patientenbett, in der Praxis und in der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen gelernt. Religion katalysiert, formt, korrigiert und reflektiert das ärztliche Ethos.

---

<sup>351</sup>Sass, a.a.O., 10f.

## 13 Anhänge

Abbildung 1-5:<sup>352</sup>

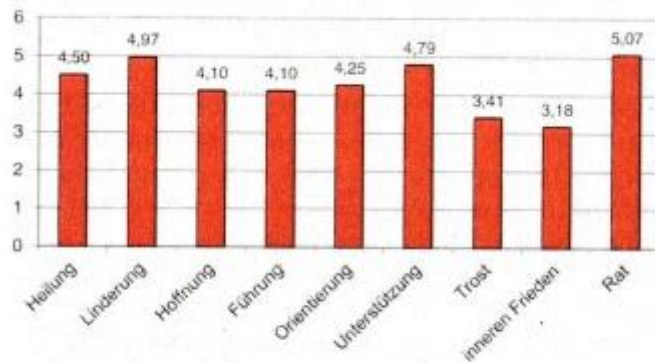


Abb. 1: Erwartungen aller Befragten an das Gesundheitswesen

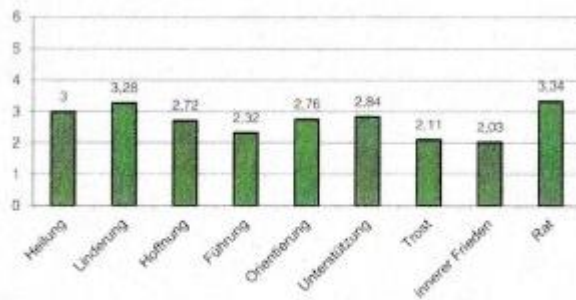


Abb. 2: Erwartungen aller Befragten an die Naturheilverfahren

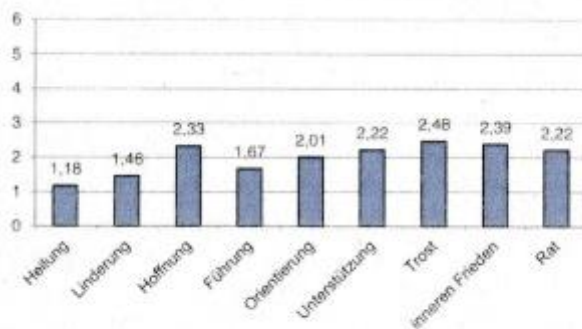


Abb. 3: Erwartungen aller Befragten an die Kirche

<sup>352</sup>Grafiken aus: Meyer, a.a.O., 97ff.

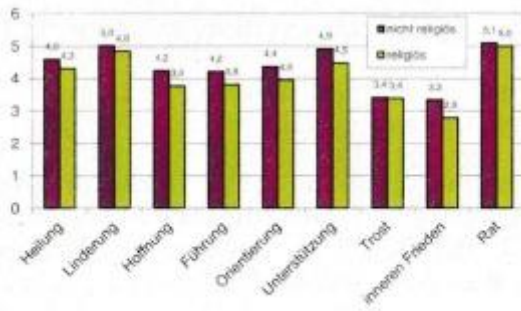
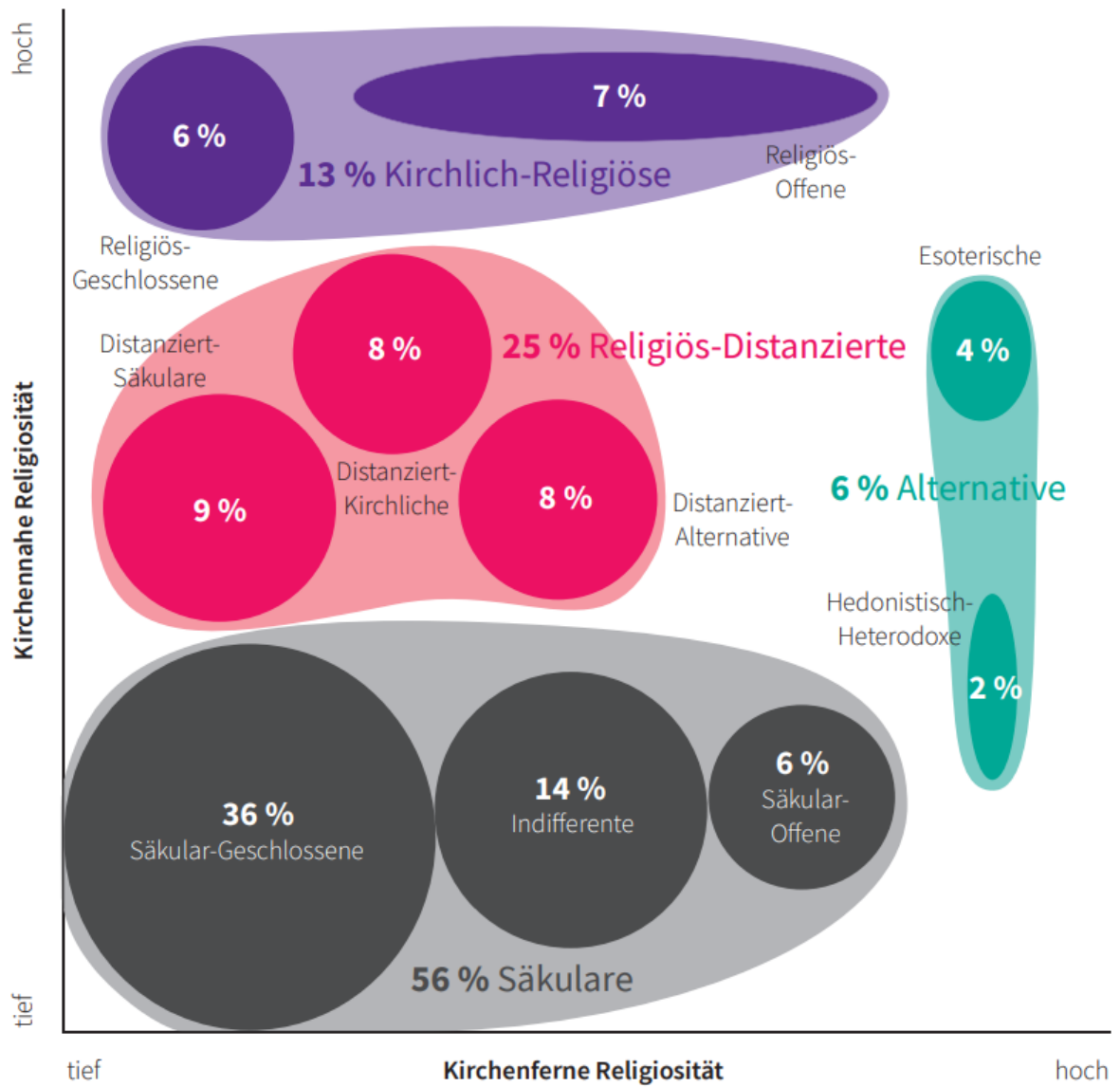


Abb. 4: Erwartungen an das Gesundheitswesen nach Religiosität

Angst vor	alle Befragten	nicht-religiöse Personen	religiöse Personen	Differenz religiös vs. nicht-religiös	p-Wert religiös vs. nichtreligiös
lange Krankheit	4,46 ± 1,8	4,46 ± 1,8	4,48 ± 1,8	0,02	0,942
unheilbare Krankheit	4,88 ± 1,7	4,90 ± 1,7	4,84 ± 1,7	-0,06	0,820
starke Schmerzen	4,54 ± 1,7	4,53 ± 1,8	4,56 ± 1,7	0,03	0,922
Angewiesensein auf ständige Hilfe anderer	4,91 ± 1,7	5,02 ± 1,6	4,66 ± 1,8	-0,37	0,148
Pflegeheim	4,27 ± 2,1	4,48 ± 2,0	3,77 ± 2,2	-1,25	<b>0,025</b>
Alleinsein	4,19 ± 2,0	4,16 ± 2,1	4,26 ± 1,9	0,10	0,738
Tod	3,05 ± 2,2	2,96 ± 2,3	3,28 ± 2,2	0,32	0,351
Gesamt	4,32 ± 1,4	4,36 ± 1,4	4,26 ± 1,4	-0,1	0,653

Tab. 6: Ängste der Menschen hinsichtlich Gesundheit und Krankheit (0 = keine Angst; 6 = große Angst) nach Religiosität

Abbildung 6:<sup>353</sup>



<sup>353</sup>Wie hältst du's mit der Kirche?, 19.

## 14 Literaturverzeichnis

- Ammann, Christoph. „Wer sagt, was `christliches Mitgefühl´ ist?: Einige Bemerkungen im Gespräch mit Robert C. Roberts‘ Compassion as an Emotion or Virtue“. In *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007. 139-159.
- Anker, Andrea. „Am Leiden Gottes teilnehmen? Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Mitleiden in Bonhoeffers Briefen aus der Haft“. In *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007. 239-258.
- Antonovsky, Aaron. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag, 1997.
- Bartholomä, Philipp. „Bedingungen des Glaubens in einer nachchristlichen Gesellschaft: Charles Taylors Analyse des säkularen Zeitalters und ihre Bedeutung für den freikirchlichen Gemeindebau“. *EJT* 25/2 (2016): 162-178.
- Bartholomä, Philipp. *Freikirche mit Mission: Perspektiven für den freikirchlichen Gemeindeaufbau im nachchristlichen Kontext*. Leipzig, Evangelische Verlagsanstalt, 2019.
- Bastian, Till. „Wie sich der medizinisch tätige Mensch gegen den wachsenden Mobilitätsstress im Gesundheitswesen wehren kann“. In *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen*. Martin Scherer, Joe Berghold and Helmwart Hierdeis (Hg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020. 347-64.
- Bauermeister, Christa M. „Geld, Zeit und Sinn: Beobachtungen und Erfahrungen im Umgang mit der Verfügbarkeit und dem Sinn von Zeit am Beispiel `Krankenhaus´ in Tansania und in Deutschland“. In *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen*. Martin Scherer, Joe Berghold and Helmwart Hierdeis (Hg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020. 231-56.
- Beauchamp, Tom L. und James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1989.

- Beckmann, Jan P. *Autonomie: Aktuelle ethische Herausforderungen der Gesellschaft*. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2020.
- Bergemann, Lutz. „Wie viel Zeit gehört den kranken Menschen? Der Beitrag der Care-Ethik für einen personorientierten Umgang mit Zeit in der Klinik“. In: *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*. Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.). JEK 11. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018. 51-71.
- Coreth, Emerich. *Was ist der Mensch?: Grundzüge einer philosophischen Anthropologie*. Wien: Tyrolia, 1986.
- Covey, Steven R. *Die 7 Wege zur Effektivität: Prinzipien für persönlichen und beruflichen Erfolg*. Offenbach: Gabal Verlag, 2018.
- Dabrock, Peter. „Bioethik des Menschen“. In *Handbuch der Evangelischen Ethik*. Wolfgang Huber, Torsten Meireis und Hans-Richard Reuter (Hg.). München: C.H.Beck, 2015. 517-584.
- Dalferth, Ingolf U. und Andreas Hunziker. *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007.
- Dalferth, Ingolf U. *Transzendenz und säkulare Welt: Lebensorientierung an letzter Gegenwart*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2015.
- Deutsches Ärzteblatt. „Drei Viertel der Krankenhausärzte erwägen Tätigkeitswechsel“. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131787/Drei-Viertel-der-Krankenhaus-aerzte-erwaegen-Taetigkeitswechsel>, aufgerufen am 15.10.2023.
- Deutsches Ärzteblatt. „Jeder dritte Assistenzarzt denkt über Jobwechsel nach“ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123457/Jeder-dritte-Assistenzarzt-denkt-ueber-Jobwechsel-nach>, aufgerufen am 15.10.2023.
- Domradio. „Meistens sind es Momente im Leben“. Beitrag vom 06.02.2022. [https://www.domradio.de/artikel/was-menschen-zum-wiedereintritt-die-kirche-bewegt?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=dyn&gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwwYSwBhDcARIsAOyL0fj60ZGuohSLdPnBW34k6pj11SBdHuVArUk3qoW-kMJFyZTpNjW9G5XYaAqhIEALw\\_wcB](https://www.domradio.de/artikel/was-menschen-zum-wiedereintritt-die-kirche-bewegt?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=dyn&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwwYSwBhDcARIsAOyL0fj60ZGuohSLdPnBW34k6pj11SBdHuVArUk3qoW-kMJFyZTpNjW9G5XYaAqhIEALw_wcB). Aufgerufen am 25.03.2024.
- Dörnemann, Michael. *Krankheit und Heilung in der Theologie der frühen Kirchenväter*. Studien und Texte zu Antike und Christentum. Bd. 20. Christoph Marksches (Hg.). Tübingen: Mohr Siebeck, 2003.

- Dörner, Klaus. *Der gute Arzt: Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2003.
- Eckart, Wolfgang U. *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. 9. Aufl. Springer Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer, 2021.
- Etzelmüller, Gregor. „Anthropology and Religious Formation”. In *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020. 41-52.
- Eurich, Johannes. „Learning to Care for the Whole Person: The Significance of Body and Soul for Diaconal Work”. In *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020. 237-260.
- Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) (Hg.). *Wie hältst du's mit der Kirche? Zur Bedeutung der Kirche in der Gesellschaft: Erste Ergebnisse der 6. Kirchenmitgliedschaftsuntersuchung*. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2023.
- Ewig, Santiago. *Arztberuf in der Krise: Vom Suchen und Finden der „guten Medizin“*. Hintergründe. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2015.
- Franzkowiak, Peter und Klaus Hurrelmann. „Gesundheit“. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>. Aufgerufen am 12.10.2023.
- Gadamer, Hans-Georg. „Apologie der Heilkunst“. In *Kleine Schriften*. Bd. 1. Tübingen: Mohr, 1976. 211-219.
- Gadamer, Hans-Georg. *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp 2010.
- Göbel, Elisabeth. *Unternehmensethik: Grundlagen und praktische Umsetzung*. 6. Aufl. München: UVK Verlag, 2020.
- Gregor von Nazianz. *Orationes*. XIV, 8. PG 35, 868.
- Hamburger, Käte. *Das Mitleid*. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996.
- Harnack, Adolf von. *Die Mission und Ausbreitung des Christentums in den ersten drei Jahrhunderten*. 4. Aufl. Bd. I/2. Leipzig: J.C. Hinrichs'sche Buchhandlung, 1924.



- Harnischfeger, Nele, et al. „Association between oncologists' death anxiety and their end-of-life communication with advanced cancer patients". *Psychooncology* 32/6 (2023): 923-932. doi: 10.1002/pon.6132.
- Heimowski, Uwe. *Die Bibel und die Demokratie: Essays, Beobachtungen und Kommentare*. Nürnberg: VTR, 2022.
- Herdt, Jennifer A. „The Dialectic of Religious Formation". In *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020. 85-99.
- Hilpert, Konrad. „Die Verpflichtung zur Solidarität mit dem Kranken – Zur christlichen Ethik des Helfens". *Caritas* 90/4 (1989): 162-176.
- Hunstorfer, Karl. *Ärztliches Ethos: Technikbewältigung in der modernen Medizin?* Europäische Hochschulschriften Reihe XXIII. Theologie 837. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Wien: Lang, 2007.
- Jakob, Beate. „Auf der Suche nach Heilung und Gesundheit: Annäherungen und Definitionsversuche". In *Die heilende Dimension des Glaubens: Antworten auf eine wachsende Sehnsucht*. Deutsches Institut für Ärztliche Mission e.V. (Hg.). Difäm Studienheft 5. Tübingen: Difäm, 2007. 6-14.
- Joas, Hans. *Glaube als Option: Zukunftsmöglichkeiten des Christentums*. Freiburg i. Br.: Herder, 2012.
- Joas, Hans. *Die Macht des Heiligen: Eine Alternative zur Geschichte von der Entzauberung*. Berlin: Suhrkamp, 2017.
- Jörg, Johannes. *Berufsethos kontra Ökonomie: Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik?* Berlin, Heidelberg: Springer, 2015.
- Klein, Rebekka A. „Die Phänomenalität von Mitgefühl im Rahmen der Emotionstechnologie der Sozialen Neurowissenschaften". In *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007. 19-48.
- Knoepffler, Nikolaus. *Den Hippokratischen Eid neu denken: Medizinethik für die Praxis*. Angewandte Ethik Medizin. Bd. 5. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2021.
- Kühnlein, Michael. „Ausblick: Nach der Entzauberung der Entzauberungstheorie – Wo stehen Politik, Ethik und Religion heute?". In *Charles Taylor: Ein säkulares*

- Zeitalter*. Michael Kühnlein (Hg.). *Klassiker Auslegen*. Ottfried Höffe (Hg.). Bd. 59. Berlin/Boston: De Gruyter, 2019. 213-224.
- Landweer, Hilge. „Resonanz oder Kognition? Zwei Modelle des Mitgefühls. Zu Käte Hamburgers Analyse der Distanzstruktur des Mitleids“. In *Ethik und Ästhetik des Mitleids*. Nina Gülcher und Irmela von der Lühe (Hg.). Freiburg/Berlin/Wien: Rombach Verlag, 2007. 47-66.
- MacIntyre, Alasdair. *Ethics in the Conflicts of Modernity: An Essay on Desire, Practical Reasoning, and Narrative*. New York: Cambridge University Press, 2016.
- Maio, Giovanni. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin ein Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- Maio, Giovanni. „Für eine Wiederentdeckung der Geduld als Grundelement der Sorgidentität der Heilberufe“. In *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*. Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.). JEK 11. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018. 37-49.
- Meyer, Herbert. *Medizin als Heilsversprechen: Die überforderte Gesundheit als theologisch-ethisches Problem*. Erfurter Theologische Studien 50. Würzburg: Echter, 2018.
- Mühlhausen, Corinna und Daniel Dettling. „Gesundheitswelt 2049: Ein Navigator für die Zukunft“. In *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen: Prognosen - Visionen - Utopien = The future of medicine and health care: forecasts - visions - utopias*. Andreas Frewer, Kerstin Franzò und Elisabeth Langmann (Hg.). Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK). Bd. 14. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2021. 383-444.
- Mühlhausen, Corinna. „Die wichtigsten Gesundheitstrends 2024“ <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/gesundheits-trends-health-trend-map/>. Aufgerufen am 15.10.2023.
- Parsa-Parsi, Ramin und Urban Wiesing, „Revision des ärztlichen Gelöbnisses“. In *Deutsches Ärzteblatt* 114/44 (2017): A-2023-A-2024.
- Pellegrino, Edmund D. und David C. Thomasma. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Peng-Keller, Simon. „Christliche Passionsmeditation als Schule der ‚Compassion‘?“. In *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007. 307-341.

- Proft, Ingo. *Heilung und Heil in Begegnung*. Theologie im Dialog. Bd. 5. Freiburg, Basel, Wien: Herder, 2010.
- Roberts, C. Robert. „Compassion as an Emotion Virtue”. In *Mitleid: Konkretionen eines strittigen Konzepts*. Ingolf U. Dalferth und Andreas Hunziker (Hg.). Religion in Philosophy and Theology. Bd. 28. Tübingen: Mohr Siebeck, 2007. 119-138.
- Römelt, Josef. *Christliche Ethik in moderner Gesellschaft*. Lebensbereiche. Bd. 2. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder, 2016.
- Rosa, Hartmut. *Demokratie braucht Religion*. 9. Aufl. München: Köselverlag, 2023.
- Sander, Lukas. *Krankheit und Heilung*. Unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau. Ditzingen, 2022.
- Sander, Lukas. *Gesammelte Aufgaben zum Mentoring Training*. Unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau. Ditzingen, 2022.
- Sander, Lukas. *Ethos und Ethik in der Medizin: Welcher medizinethische Ansatz eignet sich zur Ethosreflexion?*. Unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau. Ditzingen, 2023.
- Sander, Lukas. *Medizin und Krankenfürsorge in der Alten Kirche: Christliche Impulse aus dem 2.-4. Jahrhundert*. Unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau. Ditzingen, 2023.
- Sander, Lukas. *Der Mensch bei Paulus: Grundbegriffe und Römer 7 als Präzedenzfall paulinischer Anthropologie*. Unveröffentlichte Seminararbeit an der Akademie für Leiterschaft und Werkstatt für Gemeindeaufbau. Ditzingen, 2024.
- Sass, Hans-Martin. *Hippokratisches Ethos und nachhippokratische Ethik*. Medizinethische Materialien 92. Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 1994.
- Scherer, Martin, Joe Berghold, und Helmwart Hierdeis (Hg.). *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020.
- Scherer, Martin. „Experteninterviews mit Repräsentanten des Gesundheitswesens”. In *Medizinische Versorgung zwischen Fortschritt und Zeitdruck: Auswirkungen gesellschaftlicher Beschleunigungsprozesse auf das Gesundheitswesen*. Martin Scherer, Joe Berghold und Helmwart Hierdeis (Hg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2020. 257-344.
- Schulze, Christian. „Christliche Ärztinnen in der Antike“. In *Ärztelkunst und Gottver-*

- trauen: Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin.* Christian Schulze und Sibylle Ihm (Hg.). Spudasmata. Bd. 86. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag, 2002. 91-116.
- Schulze, Christian. *Medizin und Christentum in Spätantike und frühem Mittelalter: Christliche Ärzte und ihr Wirken.* Studien und Texte zu Antike und Christentum. Bd. 27. Christoph Marksches (Hg.). Tübingen: Mohr Siebeck, 2005.
- Schweikardt, Christoph und Christian Schulze. „Facetten antiker Krankenpflege und ihrer Rezeption“. In *Ärztelkunst und Gottvertrauen: Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin.* Christian Schulze und Sibylle Ihm (Hg.). Spudasmata. Bd. 86. Hildesheim, Zürich, New York: Georg Olms Verlag, 2002. 117-138.
- Schweiker, William. „Should Religion shape character?“. In *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies.* Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020. 73-84.
- Simons, Steffen. „Einleitung: Die ärztliche Grundhaltung“. In: *Der gute Arzt im Alltag: Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis.* Steffen Simons (Hg.). Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2005. 1-8.
- Singer, Tania. Vortrag: Die Neurobiologie von Empathie und Mitgefühl.  
<https://www.ardmediathek.de/video/tele-akademie/die-neurobiologie-von-empathie-und-mitgefuehl-tania-singer/swr/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgvdzE0OTE0NDE>. Aufgerufen am 16.11.2023.
- Stark, Rodney. *Der Aufstieg des Christentums: Neue Erkenntnisse aus soziologischer Sicht.* Übersetzt von Wolfgang Ferdinand Müller. Weinheim: Beltz Athenäum, 1997.
- Stüber, Christiane. *Berufsethos im Krankenhaus: Zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethischen Orientierungen des medizinischen Personals im Krankenhaus.* Gesundheitspolitik. Günter Feuerstein (Hg.). Stuttgart: ibidem, 2013.
- Taylor, Charles. *Ein säkulares Zeitalter.* 2. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2020.
- Theißen, Gerd. *Die Religion der ersten Christen: Eine Theorie des Urchristentums.* Gütersloh: Kaiser, Gütersloher Verlagshaus, 2000.

- Troeltsch, Ernst. „Die Zukunftsmöglichkeiten des Christentums“. *Logos* (1910/11): 165-185.
- Uexküll, Thure v. und Wolfgang Wesiack, *Theorie der Humanmedizin*. München: Urban und Schwarzenberg, 1988.
- Ulrich, Hans G. „‘Alles braucht seine Zeit...’ Stichworte und Leitfragen zum Ethikalltag des Universitätsklinikums“. In: *Entschleunigung als Therapie? Zeit für Achtsamkeit in der Medizin*. Lutz Bergemann, Caroline Hack und Andreas Frewer (Hg.). JEK 11. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2018. 19-33.
- Vöhler, Martin. „Die Ambivalenz des Mitleids. Käte Hamburgers Lessing-Kritik“. In *Ethik und Ästhetik des Mitleids*. Nina Gülcher und Irmela von der Lühe (Hg.). Freiburg/Berlin/Wien: Rombach Verlag, 2007. 33-46.
- Wagner, Falk. „Naturrecht II.: Neuzeitliche und evangelische Interpretationen seit der Reformation“. *TRE*. Bd. 24. 153-185.
- Weber, Max. „Wissenschaft als Beruf“. In *Schriften 1894–1922*. Max Weber. Dirk Kaesler (Hg.). Stuttgart: Kröner, 2002. 474–513.
- Welker, Michael. „Comfort, Freedom, Justice and Truth: Christian Religion, the Formation of Character, and the Communication of Values“. In *The Impact of Religion: On Character Formation, Ethical Education, and the Communication of Values in Late Modern Pluralistic Societies*. Michael Welker, John Witte und Stephan Pickard (Hrsg.). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt, 2020. 29-40.
- Wiesing, Urban und Georg Marckmann. *Freiheit und Ethos des Arztes: Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit*. Lebenswissenschaftler im Dialog. Bd. 8. Freiburg/München: Verlag Karl Alber, 2009.
- Wils, Jean-Pierre und Ruth Baumann-Hölzle. *Eid und Ethos: Auf dem Weg zu einem neuen Gelöbnis für Ärzte und Ärztinnen*. Ethik im Gesundheitswesen. Bd. 2. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2018.
- Wrogemann, Henning. *Den Glanz widerspiegeln: Vom Sinn der christlichen Mission, ihren Kraftquellen und Ausdrucksgestalten: Interkulturelle Impulse für deutsche Kontexte*. 3. Aufl. Münster: Lit Verlag, 2022.
- Zimmermann, Johannes und Anna-Konstanze Schröder (Hg.). *Wie finden Erwachsene zum Glauben? Einführung und Ergebnisse der Greifswalder Studie*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchner Verlag, 2011.

**MATERIALIEN FÜR DEN GEMEINDEBAU**  
EIN SERVICE DER WERKSTATT FÜR GEMEINDEAUFBAU

WERKSTATT FÜR **GEMEINDEAUFBAU**  
SIEMENSSTR. 22  
71254 DITZINGEN

FON: 07156-350115  
FAX: 07156-350116

[HTTP://LEITERSCHAFT.DE](http://leiterschaft.de)  
[INFO@LEITERSCHAFT.DE](mailto:info@leiterschaft.de)