



## Für eine Ethik der Sorge in der Medizin

Prof. Dr. med. Giovanni Maio (b.1964) - Philosoph und Arzt

"MEDIZIN - Disziplin der persönlichen Hilfe für in Not geratene Menschen - sinnstiftender Dienst und authentische Sorge um den ganzen Menschen - mit einem genuin moralischen Anspruch des "prudenziell" Guten! (1) - die innere Entschlossenheit, sich für den Patienten zu engagieren um seine "Not zu wenden" (2)."

(1) n. Ernst Tugendhat (b.1930., dtsh.Philosoph) prudenziell: vernünftig, klug überlegt; genuin: echt. (2) Paracelsus (1493-1541); Sollensethik . Tugendethik  
Aus: Giovanni Maio: "Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin - Ein Lehrbuch" Schattauer 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage 2012

„Das Grundproblem der modernen industrialisierten Medizin besteht darin, dass die Ärzte und Pflegenden ihre eigentliche Leistung jeden Tag unter Wert verkaufen und deswegen glauben, sich dem [ökonomisierten und industrialisierten] System beugen und in seiner Ausrichtung agieren zu müssen. Man darf sich aber den Blick auf den Kern der pflegerischen und ärztlichen Leistung, die weithin unbemerkt vollzogen wird, durch unangemessene Vorgaben nicht versperren lassen.“ [S.10]

Nachdem wir die Umwertung der Werte in der modernen Medizin [I] genauer in den Blick genommen haben und nachdem wir den summierten Werten%diejenigen Werte [II] entgegengestellt haben, die der Medizin tatsächlich angemessen sind, sollen die Überlegungen am Ende auf ein Zentrum bezogen werden. Dieses Zentrum lässt sich durch den Begriff der *Sorge* kennzeichnen. Dabei meint **Sorge** selbstverständlich nicht jenes bedrückende Gefühl von Angst und Unruhe, sondern vielmehr . ähnlich wie das englische **care** . **das aktive Engagement für das Wohlergehen von Menschen, die Unterstützung benötigen**. Um die Identität der Heilberufe zu retten, müssen diese ihre eigene Rationalität verteidigen, die man entsprechend als Sorgerationalität beschreiben kann. Die Orientierung am Prinzip der Sorge äußert sich in der Medizin in bestimmten Haltungen und Verhaltensweisen. Diese sollen im Folgenden ihrer Tendenz nach unter Rückgriff auf die bisher entfaltenen Werte charakterisiert werden. Versteht man Medizin als eine Praxis der Sorge, so ergibt sich die Frage nach den Bestimmungen, die diese Sorgerationalität leiten.

„Ärztliches Handeln, ist kein repetitives Handeln, es ist ein Handeln auch aus Routine, aber kein schematisches Handeln, es ist kein Handeln nach Algorithmen, sondern es ist ein reflektiertes, abwägendes und weitsichtiges Handeln nach Prinzipien. Die Kernleistung des Arztes liegt also nicht primär im Vollzug einer Handlung, so wichtig dieser Vollzug auch sein mag, die Kernleistung liegt in dem, was diesem Vollzug vorausgeht, nämlich der geistigen Leistung, zu entscheiden, ob diese Handlung oder eine andere sinnvoll ist, ob diese sonst übliche Handlung auch hier sinnvoll ist oder nicht. Der Beruf des Arztes ist also deswegen ein geistig-intellektueller Beruf, weil in ihm immer eine geistige Leistung zu vollbringen ist, bevor gehandelt wird. Mit dieser intellektuellen Leistung ist ein wichtiges Kriterium freier Berufsausübung erfüllt.“

„Ärztliche Kompetenz hat schon nach altgriechischer Auffassung nicht primär mit Erfolg zu tun, sondern mit einem spezifischen Sachverstand. Ärztliches Können bedeutet also, sich theoriegeleitet auf eine spezifische Sache zu verstehen, einen konkreten Sachverstand zu haben bezogen auf Diagnostik, Therapie und Prognose. Seit der griechischen Antike wurde das ärztliche Können als Fähigkeit der wissenschaftlichen Erklärung begriffen. Mit dieser Konzeption und diesem verinnerlichten Anspruch fungierte die Medizin als Vorbild für andere Wissenschaften in der Antike. *Medizin ist eine praktische Wissenschaft mit eigenen Gesetzmäßigkeiten*. Genau deswegen ist allen Tendenzen einer Schematisierung der ärztlichen Arbeit entgegenzutreten. Jede starre Schematisierung läuft letztlich auf eine Entakademisierung des ärztlichen Berufs hinaus, auf eine Umformung eines freien Berufs zu einer nur ausführenden Tätigkeit. Schon die Antike lehrt uns, dagegen Bedenken zu erheben.“ [S.26f]

### 1. Sorge als responsives [ansprechbares%]Handeln

Das Besondere der *Sorgerationalität* liegt darin, dass sie sich nicht primär über die Initiative definiert, sondern vielmehr darüber, dass sie *reagiert* und *eine Antwort gibt auf die Aufforderung des auf Hilfe angewiesenen Menschen*. Die Sorge um den anderen ist primär responsiv [1] orientiert. Es ist der andere, der sozusagen die Sorge ruft. Somit fordert eine **Ethik der Sorge** auf zum Hinhören, sie fordert auf, von dem Eigenen abzusehen. Die Ethik der Sorge ist daher unweigerlich mit der Haltung und dem Gestus der Hinwendung verknüpft. Die dazugehörige Grundhaltung ist die der Aufnahmebereitschaft, des rezeptiven Eingehens, der tiefen Aufmerksamkeit (siehe Kapitel 8) [2]. Gleichzeitig ist die Ethik der Sorge unweigerlich mit dem Impuls zur Veränderung, mit dem Impuls zur Verwirklichung von Sorge verknüpft, und die

Verwirklichung von Sorge kann man begreifen als Verwirklichung der Antwort, die sich mit der Vergegenwärtigung der bedrängten Lage des anderen aufdrängt. Gerade wegen dieses responsiven [1] Charakters ist die Ethik der Sorge nicht kompatibel mit dem strikten Abarbeiten eines Plans. Nicht über das Abhaken einer Checkliste verwirklicht sich die Sorge, sondern über das Anliegen, eine unmittelbare und passende Antwort auf die Befindlichkeit des Patienten zu finden, auf seine Gemütslage, auf seine Bedürfnisse im Hier und Jetzt. Ein zentrales Charakteristikum der Sorge ist somit deren Responsivität [3].

“Oft wird versucht, die praktischen Belange zu subsumieren unter allgemeine theoretische Gesetze und abstrakte Regeln. Wer etwa vom Arzt verlangt, allein nach „objektiver“ Befundlage und ohne Ansehen der konkreten Situation des Patienten Therapieentscheidungen zu fällen, der hat von Medizin wenig verstanden. Im Zuge der Tendenz, Medizin einem technokratischen Verständnis zu unterziehen, entstehen gegenwärtig oft strukturelle Rahmenbedingungen, die es erleichtern, Ärzte zu stringenter Anwendung abstrakter Regeln umzufunktionieren. Dabei bleibt unbemerkt, dass damit der Kerngehalt einer guten Medizin über Bord geworfen wird, weil der MENSCH, für den die Therapie ausgeführt wird, in einem solchen Verständnis gar nicht mehr vorkommt.

Etwas Grundlegendes wird hier deutlich. Die Weisungsunabhängigkeit [-freiheit] ist für den Arzt deswegen unabdingbar, weil dieser, wenn er ein guter Arzt sein will, notwendig angewiesen ist auf einen Ermessensspielraum. Die Situationen in der Medizin sind in den meisten Fällen Situationen, in denen es keine letztgültige Gewissheit gibt, sondern nur Wahrscheinlichkeiten mit verbleibenden Restunsicherheiten. Deswegen ist hier nach praktischer Urteilskraft zu entscheiden. Um aber diese Urteilskraft auch tatsächlich zur Geltung bringen zu können, muss man weisungsfrei sein und wissen, dass man einen Ermessensspielraum hat. Eine Medizin ohne Ermessensspielraum wäre eine befundorientierte, aber keine patientenorientierte Medizin.“ [S.27]

## 2. Sorge als aufspürendes Situationsverstehen

*Sorge kann nur verwirklicht werden, indem alle Sinne eingesetzt werden*; was zu tun ist, kann man nur wissen, wenn man sich nicht nur die Daten anschaut, die Diagnose kennt, die Patientenakte studiert, sondern wenn man ans Bett tritt und den Patienten in seiner jetzigen Lebenswelt mit allen Sinnen wahrnimmt. Es geht bei der *Verwirklichung der Sorge* darum, zunächst einmal die gesamte atmosphärische Stimmung aufzunehmen; ohne diese Unmittelbarkeitsempfindung und atmosphärische Sinnlichkeit lässt sich dem Patienten nicht das Gefühl vermitteln, als Subjekt geschätzt zu werden. Daher ist ein zentraler Modus der Sorge *das assoziative Gespür, das Gespür dafür, was gerade wichtig und angesagt ist*. Zu diesem Gespür kann man nur fähig werden, wenn man sich traut, den rein verobjektivierenden Zugang zum Patienten zu überwinden und ihn anzureichern um zusätzliche Wahrnehmungsformen. So kann sich eine Sorgerationalität nicht mit dem formalisierbaren Faktenwissen begnügen, sondern sie [knüpft] rekurriert zugleich auf implizite Wissensformen [an]. Die beschriebene zentrale Herausforderung, eine adäquate Antwort auf die Not des Patienten zu finden, macht *implizite Wissensformen wie Erfahrungswissen, Situationswissen, Beziehungswissen und Interaktionswissen* unabdingbar. Eine Ethik der Sorge misst dem Gespür und diesen impliziten Wissensformen, die sich einer formallogischen Herangehensweise entziehen, einen eigenen epistemologischen [erkenntnistheoretischen] Wert zu. Damit stehen die Heilberufe vor der Herausforderung, dieses assoziative Wissen nicht in einen Kontrast zum kognitiven Wissen zu stellen, sondern anzuerkennen, dass beide Wissensformen in eine gesunde Balance zu bringen sind: **Die aufgewerteten, nicht formalisierbaren Wissensformen sind als Ergänzung zum kognitiven Wissen und keineswegs als dessen Ersatz anzusehen.**

*Die Rationalität der Sorge* besteht darin, dass sie ihr Handeln nicht von der Abstraktheit einer Regel ableitet, sondern dass sie *die Unmittelbarkeit der konkreten Situation selbst als Ausgangspunkt für das Handeln nimmt*. Die Sorgerationalität wählt also kein deduktives Modell [s/Vom Allgemeinen auf das Besondere], sondern sie wählt diejenige Reaktion, die für die jeweilige Situation am ehesten angemessen erscheint. Somit wird deutlich, dass es der Ethik der Sorge rein methodisch nicht um das Kriterium der Verallgemeinerbarkeit und nicht um Universalismus geht, sondern vielmehr um die Vergegenwärtigung der Besonderheit und der Unvergleichbarkeit sowohl der Person als auch der Situation. Vor diesem Hintergrund folgen weite Teile der Medizin einer ganz bestimmten Logik, und das ist eben gerade nicht die Logik der bloßen Zweckrationalität, sondern es ist die Logik des Situationsverstehens. Die dazugehörige Leistung ist die Leistung der situativen Kreativität. *Die kreative Erschließung des zur Situation Passenden* ist entscheidend. Zentrales Moment ist somit das Bewusstsein für die Situativität des eigenen Handelns und die Sensibilität für die Notwendigkeit einer offenen Begegnungshaltung und einer damit verbundenen Bereitschaft, sich in doppelter Hinsicht ansprechen zu lassen.

## 3. Sorge als verantwortlicher Umgang mit Uneindeutigkeit

Sofern die Ethik der Sorge die konkrete Situation zum Ausgangspunkt nimmt, wird auch ein ganz anderer Anspruch an das Resultat des ethischen Urteils gestellt. Geht man von einer deduktiven Ethik aus, wird der Anspruch auf Exaktheit und Eindeutigkeit erhoben, nach dem Motto: Ist es nun erlaubt oder nicht erlaubt? Gefordert oder nicht gefordert? Richtig oder falsch? Die Ethik der Sorge denkt nicht in diesen Kategorien; sie zeichnet sich vielmehr durch *Ambiguitätstoleranz* [s/Doppel-/Mehrdeutigkeitstoleranz] aus, denn die Situation kann bis zuletzt ambivalent [zweispältig] bleiben. Ambivalenz ist für die Sorgerationalität kein Zustand, der

mit allen Mitteln aufgehoben werden müsste. Das *Ernstnehmen, Zulassen und Aushalten von Ambivalenz* gehört vielmehr zum methodischen Vorgehen einer Ethik der Sorge. Man kann es auch so sagen: Aus der Epistemologie [Erkenntnistheorie] der Besonderheit resultiert eine Akzeptanz der Uneindeutigkeit. Die der Sorge korrespondierende Kompetenz ließe sich daher als eine *Könnerschaft im Umgang mit Uneindeutigkeit* beschreiben. **Es gibt nicht die eine richtige Lösung, sondern ein Spektrum an Lösungen, es gibt nicht das Richtige, sondern das jeweils Passende, und es gibt auch keine objektive Lösung, mit der sich ein universalistischer Anspruch verbindet.** Die Situation des Patienten und die damit verbundenen Herausforderungen sind nicht objektiv beschreibbar und eindeutig, sondern sie sind mehrdeutig und facettenreich. Sie erfordern gerade nicht binäre Entscheidungen, wie oft suggeriert wird, sondern sie verlangen das Ernstnehmen von Nuancen und Schattierungen. Es geht letzten Endes um das *Aushalten der Mehrdeutigkeit*, weil nur so ein vertieftes Verständnis für den Patienten und seine Situation möglich wird. So spielt für die Ethik der Sorge gerade die *Fähigkeit zur Bewältigung von Vielschichtigkeit* eine konstitutive Rolle.

#### 4. Sorge als vorsichtiges Sich-Herantasten

Sofern eine Ethik der Sorge den Fokus auf die Wahrnehmung von Komplexität legt, wird auch die Reaktion auf das sorgeethisch zu behandelnde Problem nach ganz anderen Kriterien bewertet, als es in einem auf Funktionalität und Effizienz ausgerichteten Denken geschieht. Es zählt hier nicht das schnelle, selbstsichere Agieren, sondern das tentative [4] Herantasten und Rücksichtnehmen. Dies zieht eine andere Definition von guter Handlung nach sich: *Bedachtsamkeit und Umsicht* werden hier zu Leitwerten. Die Haltung des Tentativen, des Herantastens ist innerhalb einer Ethik der Sorge nicht so negativ besetzt, wie es die ubiquitäre Betriebsamkeit der Einrichtungen annehmen lässt. Das Entscheidende der Sorgerationalität ist das interaktiv-dialogische Vorgehen, das bestimmt ist durch die *Haltung des Herantastens*.

Besonders in der Palliativmedizin bekommt die tentative Herangehensweise eine paradigmatische Funktion. Die unverzichtbare *Könnerschaft* liegt hier in der *Kunst des richtigen Abstimmens*, und gerade deswegen gehört *eine Praxeologie [5] der Behutsamkeit* zu den identitätsstiftenden Momenten der Palliativmedizin. Wenn nun aber nicht nur die Palliativmedizin, sondern **die Medizin insgesamt zu verstehen ist als gelebter Ausdruck einer Ethik der Sorge**, dann muss sie auch insgesamt als **Disziplin des behutsamen Herantastens und der feinen Balance** gelten. Das Finden der Balance ergibt sich aus der direkten Wahrnehmung des Patienten. Die unverzichtbare Könnerschaft in der Medizin liegt in der Kunst des richtigen Abstimmens, und gerade deswegen gehört zu den unverzichtbaren Grunddispositionen der *Feinsinn*, die *Umsicht* und das *Taktgefühl*. Man denkt, in einer hochmodernen Welt könne alles formalisiert werden, aber im Umgang mit dem Patienten geht es nicht nur um die Einhaltung einer formalen Vorgabe, sondern es geht immer zugleich um *das Wie*; es geht um *die Art und Weise, in der agiert wird*.

#### 5. Sorge als Gedeihenlassen

Zu einer Ethik der Sorge gehört ferner eine *Atmosphäre der Geduld*, innerhalb derer eine *Grundhaltung des Zuwartenkönnens* Fuß fassen kann. Wie wichtig dies ist, zeigt jedwede pflegerische und ärztliche Erfahrung. In schwierigen und komplexen Situationen können gerade die *sorgfältige Beobachtung* und die *Ruhe im Zuwarten* oft die Lösung des Problems zutage fördern. In einem auf Effizienz und Reibungslosigkeit getrimmten System werden die Heilberufe dazu angehalten, die schnelle Entscheidung als die vorzugswürdige anzusehen. **Auf der Strecke bleibt dabei das ruhige Durchgehen, das ruhige Besprechen mit den anderen, das ausführliche reflexive Abwägen und vor allem das kritische Hinterfragen.** Gerade vor diesem Hintergrund erweist sich eine Ethik der Sorge als subversiv [6]. Die subversive Kraft der Sorgerationalität kann sehr heilsam sein, weil aus ihr die Einsicht entspringen kann, dass *Medizin nicht nur Dinge zu machen, sondern in gleicher Weise auch Dinge gedeihen zu lassen hat*. Die mit der Sorgeethik verbundene Geduld kann sich eben gerade darin ausdrücken, den *Wert der Unterlassung* [7] neu aufscheinen zu sehen. Das Subversive der Sorgerationalität besteht darin, das Gedeihenlassen als eine ausgezeichnete Form des Sorgehandelns neu zu entwickeln, eine Form des Handelns, mit der die in der modernen Medizin latent vorhandene *Tendenz zum Aktionismus* [7] unterbunden werden kann. Kurzum: Im Gegensatz zur Grundorientierung des *Mainstreams* in der modernen Medizin ist der *Bedachtsamkeit*, der *Umsicht*, dem *Aushaltenkönnen* und vor allem dem *Zuwartenkönnen* entscheidende Bedeutung beizumessen.

„Je stärker Medizin nach dem Muster industrieller Fertigung verstanden wird, desto mehr wird eine Kultur der Überregulierung und Überkontrolle gefördert. Wenn die Kontrolle überbordend wird, wirkt sie nicht mehr vertrauensstiftend, sondern sie befördert eine Misstrauenskultur, sie stellt den Arzt an sich schon unter Generalverdacht. Unter einer solchen „Hermeneutik des Verdachts“ kann sich keine gute Medizin entfalten, gerade weil eine solche Überkontrolle zu einer Überbürokratie führt, die die Ärzte nicht nur von ihrer eigentlichen Arbeit abhält, sondern sie Zug um Zug demotiviert und ihre ursprüngliche kostbare intrinsische Motivation systematisch zerstört. Die staatlich verhängten und indirekt durchgesetzten regulativen Eingriffe in die Medizin sind kein Weg zu einer patientengerechten Medizin, sondern sie laufen Gefahr, eine Fließbandmedizin zu fördern, die kein Patient und kein Arzt sich wünschen kann ...“ [S.32]

„Es bedarf einer Kongruenz der Vorstellung von guter Medizin und der Gefahr der Sanktionierung. Wenn etwas mit Sanktionen belegt wird, was eigentlich als gute medizinische Praxis zu gelten hat – also sich auf den Einzelfall einzulassen, sich Zeit zu nehmen und nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu handeln –, wenn dies sanktioniert wird durch drohenden Regress oder Nichtübernahme von Kosten, dann führt das nicht nur zu einer Demotivierung gerade der guten Ärzte, sondern es führt a la longue zu einem sozialen Rückzug der Ärzte. Wenn die Kontrolle auf etwas abhebt, was dem Arzt als Gütekriterium seiner Arbeit nicht plausibel erscheint, dann wird die Kontrolle als Gängelung empfunden. Dann wird spürbar, dass die Kontrolle nicht primär dem Gemeinwohl dient, sondern der Kostenersparnis als Selbstzweck. Je mehr sich die Ärzte darum bemühen, sich auf ihre Patienten einzulassen, desto mehr werden sie ihrem Auftrag, dem Gemeinwohl zu dienen gerecht. Deswegen sollten die sich persönlich engagierenden Ärzte systematisch mit moralischer Anerkennung bedacht werden. Umgekehrt sollte sich Arbeit, die dem Gemeinwohl nicht dient, sondern allein privaten Interessen, auf keinen Fall auszahlen. Daher darf der Arzt im Rahmen des Gesamtsystems nicht primär als Kostenverursacher gesehen werden, sondern er ist anzusehen als Person, die einen kollektiven Wert jeden Tag zur Realität verhilft. Dieser kollektive Wert liegt darin, Patienten nicht im Stich zu lassen, auch die Patienten nicht, die einen hohen Aufwand erfordern, die Gesprächszeit benötigen und die aufgrund ihrer komplexen Erkrankung teure Medikamente brauchen. Die ärztliche Betreuung ist – in rechtem Maß vorgenommen – eine wertvolle Investition in die Humanisierung unserer Gesellschaft, und diese Investition sollte durch eine Kultur der Wertschätzung gewürdigt werden. Stattdessen lässt sich gegenwärtig an vielen Stellen beobachten, dass durch überbordende Kontrolle ein öffentlicher Vertrauensenzug stattfindet und dass das Anliegen beruflicher Freiheit sich eklatant an einer Realität bricht, die diese Freiheit de facto nicht mehr ermöglicht ...“ [S.32f]

## 6. Sorge als multiperspektivische Ausrichtung auf den individuellen Patienten

*Innerhalb einer bürokratischen Logik wird die Wirklichkeit soweit wie möglich simplifiziert.* Dabei werden die Heilberufe dazu angehalten, nicht nur ihre Arbeit, sondern auch die Situation des Patienten auf ein für die Dokumentationsmaske geeignetes Schlagwort zu reduzieren. *Die Lebenswelt wird in lineare Erklärungsmodelle überführt, und alles, was sich dieser Linearisierung widersetzt, wird homogenisiert. Die Situation des kranken Menschen lässt sich aber nicht in linearen Modellen erfassen, sondern sie erfordert ein multiperspektivisches Denken. Sie lässt sich nicht in Schlagworten festzurren, sondern sie verlangt ein tiefergehendes Verstehen, und zwar ein Ganzheitsverstehen.* Um einer spezifischen Situation gerecht zu werden, hilft es nicht weiter, sich in Typisierungen und Kategorisierungen zu flüchten, denn **die aus vielen Perspektiven zu erfassende Wirklichkeit des Patienten lässt sich nicht einfach in ein Modell pressen.** Es geht letzten Endes um ein tieferes Verständnis des Patienten, das zwangsläufig auf die Gesamtsituation ausgerichtet bleiben muss und gerade nicht fokalbewusst auf Einzelkategorien. **Es geht immer um das Erfassen des gesamten Problemzusammenhangs,** und dieser Zusammenhang macht ein integratives Denken notwendig, ein Denken, das die Vielfalt der Aspekte zusammenführen kann. Anzustreben ist ein multiperspektivisches Sehen von Ganzheiten, weil man nur so das Gesamtempfinden des Patienten erfassen kann. Eine Ethik der Sorge macht ein solches Sehen und Verstehen notwendig, und so besteht die Rationalität der Sorge am Ende in einem **Denken in Komplexität,** weil sie von ihrem Anliegen her unweigerlich auf ein **Ganzheitsverstehen** ausgerichtet ist.

„Entscheidend in der Medizin ist das Handeln in der Unmittelbarkeit und das Ernstnehmen der unmittelbaren Erfahrung. Es geht um ein schrittweises, dialogisches und exploratives Handeln, das situationsorientiert und nicht schematisch erfolgt. Wollte man demgegenüber beim Ideal der Planmäßigkeit verharren, hätte man sich notwendig über die Lebendigkeit des Menschen hinweggesetzt. Will man aber dem Menschen in seiner Lebendigkeit und Unverwechselbarkeit tatsächlich gerecht werden, so muss man eine Rationalität verinnerlicht haben, die sich nicht dem Schema, sondern der Singularität verschreibt. Es geht – bei aller notwendigen Kenntnis von überindividuellen Regelmäßigkeiten – immer auch um das Herausfinden des der Situation Gemäßen, um das Erspüren des konkret Erforderlichen, um die immer neue Abstimmung. Nicht starre Regelbefolgung ist also gefragt, sondern Sensibilität, Feinsinn, Fingerspitzengefühl.“ [S.17]

## Schlusswort

*Das Gesundheitssystem befindet sich in einer Schiefelage.* Das hat vor allem folgenden Grund: Auf politischer Seite herrscht der Irrglaube, das soziale System sei langfristig nur zu retten, wenn man die Leitung des Systems den Geschäftsführern überlässt. Diese aber steuern oft in besorgniserregendem Unverständnis für die eigene Logik des Sozialen die Heilberufe in eine Richtung, die für ein produzierendes Gewerbe vernünftig, für den sozialen Bereich jedoch absolut unangemessen erscheint. Insgesamt geschieht so unter dem Deckmantel einer vermeintlichen Effizienzsteigerung nichts anderes als *ein sukzessiver Abbau des Sozialen* und eine *Durchdringung des gesamten sozialen Systems durch reine Gewinnmaximierungslogik.* Am Ende dieser politisch zu verantwortenden *Umpolung der gesamten Medizin* steht eine vollkommen umgewandelte Kultur, in der *die Sorge um den anderen verdrängt ist* und sich *die Verfolgung von Gewinninteressen als Grundorientierung* durchgesetzt hat.

„Die Notwendigkeit, dass Ärzte Einnahmen erzielen müssen, darf nicht einfach zugedeckt werden, weil das ein Überidealismus wäre, der sich an der Realität bricht. Man braucht die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte ja auch gar nicht zu leugnen, aber die Strukturen müssen es dem Patienten erlauben, darauf zu vertrauen, dass er trotz des Erwerbsdrucks der Ärzte gut beraten wird, dass der Rat des Arztes eben primär ihm, dem Patienten, gilt und nicht primär der Erwirtschaftung von Einkommen dient. Die eigenen wirtschaftlichen Interessen dürfen beim freien Beruf nicht entscheidungsleitend sein; sie müssen zugunsten der Gemeinwohlintressen – und das heißt hier zugunsten des Patienten – zurückgestellt werden können. Es ist anzuerkennen, dass auch Ärzte nicht rein altruistisch handeln. Auch sie haben das Interesse, erfolgreich, anerkannt im Beruf zu sein und dadurch ein auskömmliches Einkommen zu erwirtschaften. Entscheidend ist jedoch Folgendes: Dieses legitime Interesse, im Beruf erfolgreich und anerkannt zu sein, kann in der Medizin anders erreicht werden als in der Industrie. Die Wege zum Erfolg sind ganz unterschiedlich. In der Industrie zählt Absatzsteigerung, Gewinnmaximierung als Wert an sich, und das gilt per se als Ausdruck von Erfolg; der Erfolg des Geschäftsmanns bemisst sich vorrangig nach diesen Zahlen. Der Erfolg des Arztes aber bemisst sich primär nach anderen Kriterien, nämlich nach Werten wie SORGFALT, GEDULD, REFLEXIVITÄT, ZUGEWANDTHEIT – alles Qualitäten, die ihn als Vertrauensperson ausmachen. Damit ein Arzt als guter Arzt Anerkennung findet, muss er auf andere Werte und andere Qualifikationsprofile setzen als auf die Fähigkeit zur Gewinnmaximierung. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung, eine Kultur in der Medizin zu ermöglichen, durch die Folgendes deutlich wird: Es ist legitim, wenn ein Arzt anerkannt und erfolgreich sein will, aber für diese Anerkennung muss er ein Qualitätssystem internalisieren, das die Ausrichtung am Wohl des Patienten als Kermerkmal von Qualität festhält. Unter dem Gesichtspunkt der Gemeinwohlorientierung geht es also nicht um eine Überidealisierung des Arztberufs, sondern um die Entwicklung eines Systems,

in dem grundsätzlich gilt: Es liegt im eigenen Interesse der Ärzte, das Wohl des Patienten an die oberste Stelle zu setzen. Je mehr es der Ärzteschaft gelingt, dies als gelebte Praxis zur Geltung zu bringen, desto erfolgreicher wird sie sein. Für die Medizin muss die altruistische Ausrichtung am Wohl des Patienten als Voraussetzung für beruflichen Erfolg gewertet werden. Damit ein solches Credo aber auch tatsächlich überall umgesetzt wird, sind die Kontrollsysteme so auszurichten, dass sie diejenigen fördern, die entsprechend arbeiten, und zugleich auch durch Sanktionen die zurückdämmen, die das private Gewinninteresse als leitend ansehen. Das private Gewinninteresse darf in der Medizin nicht geleugnet werden, aber derjenige, der den Gewinnimpuls vor das Patienteninteresse stellt, darf auf keinen Fall einen Wettbewerbsvorteil haben, sondern sollte dieses Verhalten als erfolgsmindernd erfahren. Oder positiv ausgedrückt: Der verantwortlich handelnde Arzt muss eine Rückenstärkung erfahren durch das System, und er darf auf keinen Fall das Gefühl bekommen, dass er die verdiente Wertschätzung von Seiten seiner Patienten bezahlen muss durch die Inkaufnahme von Einnahmeverlusten. Es darf, so könnte man diesen dritten Punkt („Gemeinwohlorientierung“) zusammenfassen, keine Diskrepanz zwischen guten Ärzten und gut verdienenden Ärzten geben, denn jede Diskrepanzerfahrung dieser Art evokiert eine moralische Dissonanz, die a la longue die ethische Überzeugung und die prosoziale Haltung von Ärzten systematisch untergräbt.

In dieser *Zeit der Ökonomisierung des Sozialen* ist es notwendig, den Kardinalfehler, nämlich den *Ersatz des Prosozialen durch das Egoistische*, klar zu benennen und **die Heilberufe dazu aufzufordern, sich dem Diktat der Gewinnmaximierung nicht zu beugen, sondern aufzubegehren, sich zur Wehr zu setzen, auf die Straße zu gehen, zu protestieren gegen eine unverantwortliche Politik, die nicht verstehen will, dass die Heilberufe nicht eingezwängt werden dürfen in ein reines Privatwirtschaftssystem, indem sie dazu benutzt werden, Erlöse zu maximieren.** Für die Heilberufe gilt es vielmehr, nah beim Patienten zu sein, die Not des Patienten als einzigen Grund ihres Tuns in den Blick zu nehmen und nicht die Generierung de Umsatzes.

Die Notwendigkeit des Vertrauens ist eine logische Schlussfolgerung aus dem Gesagten. Wenn es nämlich so ist, dass der Arztberuf als freier Beruf ein ganz spezielles Sachwissen und eine besonders geschulte Urteilskraft notwendig macht, dann ist die *ärztliche Entscheidung* am Ende nicht in der Weise kontrollierbar, wie es von mancher Seite aus gewünscht wird. Sie bleibt in wesentlichen Punkten unkontrollierbar, weil es die **Spezifität der Situation** ist, die das **Gebotene mitdiktiert**. Diese Unkontrollierbarkeit versetzt den Patienten in eine schwache Position, die, wenn man sie bis zu Ende denkt, ihn eigentlich handlungsunfähig macht. Er braucht Hilfe, weiß aber nicht, ob er dem Arzt trauen kann; bis ins Letzte kontrollieren kann er den Rat des Arztes nicht. Wenn der Patient kein Vertrauen hat, dann gerät er im Moment des Krankwerdens unweigerlich in eine lähmende Situation, in eine Situation der Handlungsunfähigkeit. Er will auf Nummer sicher gehen, Daten können ihm diese Sicherheit aber nicht geben, weil alle Daten, die man erfassen und publizieren kann, letzten Endes nur Surrogate („Ersatz“) sind. Weil man Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, nicht in eine solche geradezu ausweglose Situation hineinschlittern lassen will, setzt das System auf die Etablierung eines Vertrauensrahmens [Hommerich 2009 (1)]. Das System Medizin, in das sich der Patient ungewollt hineinbegibt, muss so strukturiert sein, dass der kranke Mensch ihm antizipierend vertrauen kann. Systematisch ist dafür zu sorgen, dass nur Ärzte mit entsprechendem Qualifikationsnachweis bestimmte Tätigkeiten verrichten und dass diese eine Sozialisierung erfahren, die ihnen ihre besondere Verantwortung für ihre Patienten bewusst hält. Dabei sind Kontrollen notwendig; erst das Wissen um die Kontrollen wird die Patienten beruhigen, weil sie wissen, dass Ärzte es sich nicht leisten können, nicht gut zu sein.

Man kann Vertrauen nicht durch Kontrolle ersetzen, aber man braucht Kontrolle, um damit Vertrauen zu gewinnen. Das Vertrauen führt zur Bereitschaft, auch dann zu handeln, wenn man nicht alles kontrollieren kann. Das ist die Situation des Patienten. Er muss sich in die Hände der Ärzte begeben können, ohne dass er die Güte der Therapie bis ins Letzte kontrollieren und beurteilen kann. Das Vertrauen befähigt den Patienten, die Kluft der Nichtkontrollierbarkeit zu überbrücken, es befähigt ihn letzten Endes dazu, das Hilfsangebot der Ärzte anzunehmen. Das ist der Grund, aus dem auch das [deutsche] Bundesverfassungsgericht den ärztlichen Beruf als einen „staatlich gebundenen Vertrauensberuf“ bezeichnet hat ...“ [S.28-31]

**Die Heilberufe haben es in der Hand, auf einem Systemwechsel zu beharren, indem sie sich weigern, ihr Know-how für Ziele einzusetzen, für die sie nicht angetreten sind.** Kein Arzt, keine Pflegekraft wollte je ein Unternehmen führen, und nie wollten sie für ein Unternehmen tätig sein; deswegen haben sie ja einen sozialen Beruf gewählt. **Wenn ihnen jetzt suggeriert wird, dass sie im sozialen Bereich wie ein Unternehmer zu handeln haben, dann dürfen die Heilberufe das nicht einfach hinnehmen, sondern sie müssen ihre eigene Sache verteidigen Ë bis zuletzt.** Die politischen Entscheidungsträger haben diesen Widerspruch bislang nicht verstanden, weil sie nicht bereit sind, jenseits des Pragmatischen grundlegend zu reflektieren. **Deswegen kann das Soziale der Medizin nur durch die Heilberufe selbst gerettet werden, durch die Manifestation ihrer Treue zu den sozialen Werten, zu den Werten, durch die eine Ethik der Sorge verwirklicht werden kann. Diese Treue zum sozialen Auftrag sind alle Heilberufe ihren Patienten schuldig.**

„Die TREUE, um die es bei den Heilberufen geht, ist die TREUE ZUM SOZIALEN AUFTRAG („Wendung der Not des leidenden Hilfe suchenden Menschen“).

Die Identität der Heilberufe hängt mit der Unerschütterlichkeit zusammen, mit der sie an ihrem sozialen Auftrag festhalten, für den Patienten helfend da zu sein. Diese Kernidentität hat etwas damit zu tun, dass die Heilberufe implizit ein kollektives Versprechen geben, nämlich DAS VERSPRECHEN, DAS WOHL DER PATIENTEN ÜBER ALLES ANDERE ZU STELLEN. Nur solange dieses Versprechen manifest bleibt, kann man überhaupt von einem Heilberuf sprechen ... DER ARZT [gibt] im Unterschied zum Unternehmer [im Bereich der Wirtschaft] das Versprechen [ab], SEIN EIGENES KÖNNEN UND WISSEN IN DEN DIENST DER HILFE FÜR ANDERE ZU STELLEN und somit DEM WOHL DES PATIENTEN DEN ABSOLUTEN VORRANG ZU GEBEN. Das Arztsein definiert sich geradezu über diese Zielsetzung. Würde der Arzt ein solches Versprechen – gewissermaßen im Sinne eines grundlegenden Bekenntnisaktes – nicht leisten, könnte er nicht helfen, weil der Patient sich vor dem Arzt körperlich wie seelisch nur dann entblößt, wenn er ein solches Versprechen voraussetzen kann. Dass ein Patient einem anderen Menschen, den er nie zuvor gesehen hat, nach wenigen Minuten Dinge offenbart, die kein anderer wissen darf, dass er sich in gewisser Weise ausliefert, das ist nur verstehbar, wenn die Identität des Arztseins an ein vorausgehendes Versprechen gebunden ist. Das Versprechen des Arztes ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die ärztliche Expertise vom Patienten überhaupt in Anspruch genommen wird. Man kann es auch so sagen: ERST DIESES VERSPRECHEN ERMÖGLICHT MEDIZIN IN IHRER PRAKTISCHEN VERWIRKLICHUNG. Das auf das Patientenwohl bezogene Versprechen kennzeichnet also die Identität der Medizin. In besonderer Weise ... Bei Beamten wird immer noch am Anfang des Dienstes der Amtseid geschworen.

Auch und gerade im ärztlichen Bereich stand über Jahrhunderte hinweg die Proklamation des Hippokratischen Eides am Anfang einer jeden ärztlichen Berufsausübung, weil mit dem Eid das Versprechen im Sinne einer VERGEWISSERUNG, WER MAN SEIN MÖCHTE, formuliert wurde. Dieses Versprechen ist auch heute noch erhalten geblieben, denn auch heute sieht die ärztliche Berufsordnung vor, dass der ärztliche Arbeitsvertrag eine Präambel enthält, in der [die „Genfer Deklaration des Weltärztebundes“]

das Genfer Gelöbnis [seit 1948] als eine modernisierte Fassung des Hippokratischen Eides integriert ist. " [S.176ff]



**Prof. Dr. med. Giovanni Maio**  
(b.1964), Philosoph und Arzt

Prof. f. Bioethik und Medizinethik an der Albert-Ludwig UNI Freiburg i. Breisgau, Baden-Württemberg, BRD.  
Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin und des Interdisziplinären Ethikzentrums.

Aus seinem Buch: **Werte für die Medizin – Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen!**  
Kapitel 13: Für eine Ethik der Sorge in der Medizin, S.193-201, Kapitel 1: Von der Bestimmung der Werte durch Bürokratie und Ökonomie S.10, Produktionslogische Umwertungen in der Medizin: 2. Linearisierung von Komplexität S.17, Kapitel 2: Der ärztliche Beruf heute . Entakademisierung und Verlust der Freiheit. Elemente der Freiberuflichkeit. 1. Geistig-intellektuelle Leistung S. 26f, 2. Sachliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit S.27f, 3. Gemeinwohlorientierung S.28ff, 4. Vertrauen als Voraussetzung S.30ff, Kapitel 12: Unbeirrbarkeit und Treue zum sozialen Auftrag . Der Heilberuf als Versprechen, S.176f, 1. Das Versprechen als Sich-Zusprechen, S.178KÖSEL 2018

(1) Prof. Dr. Christoph Hommerich (Prof. f. Soziologie, Marketing und Management):  
„Die freien Berufe und das Vertrauen in der Gesellschaft“ Baden-Baden 2009

### [!] **Teil 1: Umwertung der Werte – Die gegenwärtige Lage der Heilberufe**, S.9-86

1. Von der Bestimmung der Werte durch Bürokratie und Ökonomie
  - Herrschaft betrieblicher Rationalität.
  - Produktionslogische Umwertungen in der Medizin:
    1. Negativierung der Zeit
    2. Linearisierung von Komplexität
    3. Desintegration von Ganzheit
    4. Delegitimierung des Nicht-Messbaren
  - Medizin als Komplexitätsbewältigungskompetenz
  - Schlussfolgerungen
2. Der ärztliche Beruf heute . Entakademisierung und Verlust der Freiheit
  - Elemente der Freiberuflichkeit:
    1. Geistig-intellektuelle Leistung
    2. Sachliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit
    3. Gemeinwohlorientierung
    4. Vertrauen als Voraussetzung
  - Zur Bedrohung der Freiberuflichkeit
3. Der ärztliche Beruf heute . Belohnter Aktionismus und abgewertete Sorgfalt
  - Das Tun als Bewältigung von Unsicherheit
  - Das Tun als Ausdruck einer Produktionslogik
  - Das Tun als Strategie der Defensive
  - Das Tun als Folge eines Erfahrungsverlustes
  - Unterbewertung von Anamnese und unmittelbarer Wahrnehmung
  - Das Tun als Folge der Wegrationalisierung der Zeit
  - Konsequenzen
4. Anreize statt Werte . das Beispiel der „Bezahlung nach Leistung“
  - Geld als Qualitätsregulativ?
  - Zur Konkurrenz der externen Anreize untereinander
  - Etablierung einer Misstrauenskultur
  - Überformalisierung
  - Vernachlässigung notwendiger Interaktionsarbeit
  - Etablierung eines Aufmerksamkeitsverzehrers
  - Deprofessionalisierung der Medizin
  - Die Frage nach adäquaten Formen der Wertschätzung ärztlichen Engagements
  - Fazit
5. Die Pflege heute . Bedrohung ihrer Identität im Zeitalter umfassender Ökonomisierung
6. Technik und Werte
  - Technik als Strukturmerkmal moderner Gesellschaft
  - Technik als kontrollierender Weltzugang
  - Technik als Normierung von Verhalten
  - Technik als Entlastung
  - Technik als Sachzwang
  - Technik als Machbarkeitserwartung
  - Technik als Materialisierung der Welt
  - Technik als Veränderung unseres Verhältnisses zur Welt
  - Fazit und Konsequenzen

[II] Teil 2: Wiederzuentdeckende Werte der Heilberufe, S.89-193

7. Sorgfalt und Geduld . Zur Bedeutung des Respekts vor der Zeit

1. Geduld als innere Aktivität
  2. Geduld als Klarsichtigkeit
  3. Geduld als Respekt vor der Zeit
  4. Geduld als Haltung der Nachsicht
  5. Geduld als Liebe zur Sorgfalt
  6. Geduld als Vertrauen in die Zukunft
  7. Geduld als Nähe stiftende Kraft
- Zur Missverständlichkeit von „Geduld“
  - Geduld und die moderne Medizin

8. Offenheit und Feinsinn . Zur Bedeutung des Zuhörens

1. Hören als atmosphärischer Sinn
  2. Hören als Haltung des Zeitgebens
  3. Hören als Zurücktreten
  4. Hören als Vorleistung
  5. Hören als Vollzug
  6. Hören als Erleben
  7. Hören als Feinsinn
  8. Zuhören als Stabilisierungsvorgang
- Die Bedeutung des Hörens in der Medizin

9. Takt und Begegnungsbereitschaft . Zur Ethik des Gesprächs

1. Das Gespräch als Antwort auf ein Angerufensein
  2. Das Gespräch als das Zweckentbundene
  3. Das Gespräch als Ereignis des Neuen
  4. Das Gespräch als das Eigengesetzliche
  5. Das Gespräch als das Gegenseitige
  6. Das Gespräch als Gemeinschaftserleben
  7. Das Gespräch als Stifter eigener Wirklichkeit
  8. Das Gespräch und die Bedeutung des Takts
- Konsequenzen für die Medizin

10. Reflektiertheit und Erfahrungheit . Zur Bedeutung integrativen Denkens

- Medizin als handlungsbezogene Wissenschaft
- Der Dreischritt des ärztlichen Handelns (Diagnostik, Reflexion, Aktion)
- Zur Bedeutung integrativen Denkens in der Medizin
- Zur Bedeutung der Reflektiertheit in der Medizin

11. Behutsamkeit und Demut . Zur Bedeutung der Zurückhaltung

- Zum Begriff „Demut“
  1. Demut und Menschsein
  2. Demut als konsequente Ehrlichkeit vor sich selbst
  3. Demut als Fähigkeit zur Selbstrelativierung
  4. Demut als Vorrang der Sache vor der Außenwirkung
  5. Demut als Vergegenwärtigung der Grenzen allen Wissens und Könnens
  6. Demut als Grundhaltung der Rücksicht
  7. Demut als Denken vom anderen her
  8. Demut als Ermöglichung von Gemeinschaft
- Umstrittene und missverstandene Demut
- Demut und Medizin

12. Unbeirrbarkeit und Treue zum sozialen Auftrag . Der Heilberuf als Versprechen

1. Das Versprechen als Sich -Zusprechen
  2. Das Versprechen als das Strikte
  3. Das Versprechen als das Nicht-Widerrufbare
  4. Das Versprechen als das Verbindende
  5. Versprechen als Vertrauenseinladung
  6. Versprechen als Sich-verletzlich-Machen
  7. Das Versprechen als Antwort auf die Verantwortung
  8. Das Versprechen als implizites Bekenntnis zur Treue
- Treue als Wert und Haltung
  - Treue zum sozialen Auftrag und ihre aktuelle Herausforderung

13. Für eine Ethik der Sorge in der Medizin

1. Sorge als responsives Handeln
  2. Sorge als aufspürendes Situationsverstehen
  3. Sorge als verantwortlicher Umgang mit Uneindeutigkeit
  4. Sorge als vorsichtiges Sich-Herantasten
  5. Sorge als Gedeihenlassen
  6. Sorge als multiperspektivische Ausrichtung auf den individuellen Patienten
- Schlusswort

[Meine Ergänzungen] [www.draloisdengg.at](http://www.draloisdengg.at)

[1] responsiv: zugänglich, ansprechbar, auf etwas eingehend/reagierend, empfänglich reagierend, antwortend.

[2] siehe [II] Teil 2: Kapitel 8. Offenheit und Feinsinn . Zur Bedeutung des Zuhörens S.105-120

[3] Responsivität: Zugänglichkeit, Ansprechbarkeit, Empfänglichkeit, Reaktionsfähigkeit, (Be-)Antwortbarkeit auf Einflüsse/Signale/Reize

[4] tentativ: probeweise, versuchsweise herantasten

[5] Praxeologie/Theorie sozialer Praktiken/Praxistheorie: die Wissenschaft von Praktiken. Praktiken sind Handlungen, die mehrere Personen einer Gesellschaft routiniert vollziehen.

[6] subversiv: umstürzlerisch, unterwandernd, zerstörerisch

[7] Udenotherapie nach Prof. Dr. med. Paul Eugen Bleuler (1857 - 1939 Zürich), Schweizer Psychiater. In seinem Buch: "Das autistisch undisziplinierte (a) Denken in der Medizin und seine Überwindung" Springer Verlag, 5. Neudruck der 5. Auflage 1962 (1919).

Udenotherapie (u) empfiehlt, dass man dem Patienten mit seiner Krankheit oder seinem Leiden nicht sofort mit blindem Aktionismus begegnen soll, sondern den natürlichen Verlauf der Krankheit beobachten und abwartend, wohlwollend begleitend und eventuell symptomatisch behandeln soll, wodurch man oft auch "Selbst-Heilung" erreicht.

(u) Von altgriechisch ouden: nichts und therapeia: Heilen "Das Unterlassen sinnloser Behandlung gegen den fatalistischen therapeutischen Nihilismus", "Das beobachtende und begleitende Nichtstun", "Begleitendes Abwarten und gemeinsames Teetrinken", "Bei bestimmten Störungen nichts tun und auf die Selbstheilungskräfte vertrauen", "Heilen durch Nichtstun"

(a) autistisch undiszipliniert: "Ein psychisches Verhalten, das nur sieht, was man selbst sehen will oder das Befunde so interpretiert, dass sie ins eigene Konzept passen." Bekannt geworden ist Eugen Bleuler durch seine Beschreibung der Schizophrenie (1911), die ihm zu Ehren auch Morbus Bleuler genannt wird. Bleuler prägte 1911 auch den Begriff Autismus.

#### Weitere Literatur:

Prof. Dr. med. Giovanni Maio:

Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin - Ein Lehrbuch Mit einem Geleitwort von Wilhelm Vossenkuhl (b.1945, Prof. f. Philosophie) SCHATTAUER 2012 (2011)

Medizin ohne Maß? - Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit TRIAS 2014

Geschäftsmodell Gesundheit - Wie der Markt die Heilkunst abschafft? medizinHuman Bd 15 Hrsg. Von Dr. Bernd Hontschik SUHRKAMP 2.Auflage 2016 (2014)

Den kranken Menschen verstehen: Für eine Medizin der Zuwendung HERDER 2015

Die Kunst des Hoffens - Kranksein zwischen Erschütterung und Neuorientierung HERDER 2016 (2015)

Abschaffung des Schicksals? - Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit HERDER 2015 (2011)

Auf den Menschen hören: Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin HERDER 2017

Byung-Chul Han: Die Austreibung des Anderen: Gesellschaft, Wahrnehmung und Kommunikation heute FISCHER 2016

Thomas Vogel (Hrg.): Über das Hören . Einem Phänomen auf der Spur ATTEMPTO 1996

Robert Kuhn (Hrsg.), Bernd Kreutz (Hrsg.): Das Buch vom Hören Herder Verlag 1992

Christoph Halbig: Der Begriff der Tugend und die Grenzen der Tugendethik Suhrkamp Verlag 2013

Hans Jürgen Schultz: Was der Mensch braucht . Über die Kunst zu leben dtv 2.Auflage 1990 (Kreuzverlag 1977)

Hans-Rudolf Müller-Schwefe: Die Stunde des Gesprächs Furche Verlag 1956

Ruthard Stäblein: Geduld - Die Kunst des Wartens Zürich Elster Vlg 1997

Reimer Gronemeyer: Die 10 Gebote des 21. Jahrhunderts . Moral und Ethik für ein neues Zeitalter Econ 1999, [Himmel, der] - Sehnsucht nach einem verlorenen Ort Pattloch 2012, Das 4. Lebensalter - Demenz ist keine Krankheit Pattloch 2013, Die Entfernung vom Wolfsrudel - Über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten Fischer 1995 (1989), Altwerden ist das Schönste und Dummste, was einem passieren kann edition Körber-Stiftung 2014

Cornelia Stolze: Vergiss Alzheimer! . Die Wahrheit über eine Krankheit, die keine ist Herder 2013 (2011), Krank durch Medikamente - Wenn Antibiotika depressiv, Schlafmittel dement und Blutdrucksenker impotent machen PIPER 2016 (2014)

Peter J. Whitehouse, Daniel George, Christian Müller-Hergl (Hg., Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD) Universität Witten-Herdecke), Christoph Gerhard: Mythos Alzheimer - Was Sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde (The Myth of Alzheimer's: What You Aren't Being Told About Today's Most Dreaded Diagnosis St.Martin Press 2008) HUBER 1.Auflage 2009