

## Gedanken eines Nichtmediziners über die Zukunft der Medizin\*



Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Jeder, der sich mit der Zukunft der Medizin befaßt, bewegt sich auf sehr unsicherem, ja heiklem Gelände. Denn schon ein Blick auf den aktuellen Zustand der Medizin ist ja durchaus verwirrend und widersprechend. Wir hören von der laufend gestiegenen Lebenserwartung, und gleichzeitig heißt es, daß durch den hohen Anteil älterer Menschen - die natürlich auch häufiger krank sind - der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung gesunken sei. Wir sehen auf der einen Seite eine zunehmend Anzahl arbeitsloser Ärzte und erfahren auf der anderen Seite, daß sich die Klagen mehren, daß der gute alte Hausarzt ausstirbt, was von den Betroffenen, z. B. Familien mit kleinen Kindern, deutlich als eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung empfunden wird. Dann hören wir von den unendlich vielen Bestrebungen, Gesetzen und Verordnungen, mit denen versucht wird, die Kosten des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen, hören die Klagen aller im Gesundheitswesen beschäftigten Ärzte, Pfleger und Schwestern über die unangenehmen Auswirkungen der Maßnahmen und erfahren am Ende: "Die Gesundheitskosten sind nicht gesunken. Sie steigen mindestens so schnell wie das Bruttonozialprodukt".

\* Vortrag anlässlich des 32. Münsteraner Anästhesie-Symposiums am 08.12.2000 in Münster

Nimmt man schließlich hinzu, daß zu keiner Zeit so viele Bücher geschrieben, Vorträge gehalten, Aufsätze veröffentlicht und Symposien veranstaltet wurden zu der Frage "Wie sieht die Medizin der Zukunft aus?", so komplettiert sich das Bild der Verwirrung und Unsicherheit.

Daß dem so ist, ist auch nicht erstaunlich, denn die drei großen Ströme bzw. Impulse der Veränderungen, denen unsere Zeit ausgesetzt ist, wirken sich auch alle auf die Medizin aus. Da ist zunächst die weltweite Veränderung der wirtschaftlichen Wettbewerbsverhältnisse, die zu einer Veränderung der Bedingungen unseres Wohlstandes geführt haben, ein Vorgang, den wir allgemein hin als Globalisierung bezeichnen. Ohne jeden Zweifel hat diese Entwicklung auch ihre Auswirkungen auf die Medizin und auf die Medizin der Zukunft.

Dann haben wir das sogenannte Generationenproblem, d. h. Veränderungen in der Altersstruktur unserer Bevölkerung. Übrigens ein Phänomen, das nicht nur hier in Mitteleuropa zu beobachten ist, sondern in gleicher Weise durchaus noch in schärferer Art auch in Ländern wie in den USA und in Japan. Auch dieses Generationenproblem hat viele Auswirkungen, nicht nur auf die Rentenversicherung, sondern unter anderem auch auf die Medizin.

Und als Drittes haben wir dann den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt allgemein, die ungeheure Beschleunigung der Vermehrung unseres Wissens und Könnens auf allen Gebieten.

Alle diese großen Veränderungsimpulse unserer Zeit wirken auch auf die Medizin. Nicht zuletzt deshalb, weil diese Vermehrung unseres Wissens und Könnens auch und gerade in der Medizin stattfindet, nicht zuletzt in der Anästhesiologie und Intensivmedizin. Wenn ich es richtig sehe, sind gerade hier die Fortschritte in den letzten 20, 10, ja 5 Jahren von einer Geschwindigkeit, die auch in der Geschichte der Anästhesiologie ohne Beispiel ist.

Globalisierung, Generationenproblem, technisch-wissenschaftlicher Fortschritt, alles hat seine Auswirkungen auf die Medizin, und so ist es kein Wunder, daß die Prognos-Studie "Gesundheitswesen 2010" zu dem etwas resignativen Befund kommt, einen Blick in die Zukunft zu werfen sei in diesem Metier eine besondere Herausforderung, denn wie kein anderer Bereich in unserer Gesellschaft, so die Prognos-Studie, unterliegt das Gesundheitssystem komplexen und interdependenten Einflüssen aus Wirtschaft, Politik und Gesellschaft.

An dieser Stelle nun möchte ich eine erste Vermutung äußern, die für alle weiteren Überlegungen die Basis

darstellen wird. Diese These lautet: Das, was wir alle vordergründig heute als Probleme der Medizin empfinden, was sich ausdrückt in immer neuen, in kürzerer Abfolge uns erreichenden Gesetzen und Verlautbarungen zu Kostendämpfungen, die uns in unserer Arbeit täglich widerfahrenden Schwierigkeiten durch Budgetkürzungen, das, was die Krankenhäuser als ihr Hauptproblem empfinden, weil sie unendlich viel damit zu tun haben, das, was gemeinhin als Kostenexplosion im Gesundheitswesen bezeichnet wird - all diese aktuelle, tägliche Problematik legt sich wie ein Schleier, wie ein Vorhang, vor die eigentlichen Probleme der Medizin.

In Wahrheit gibt es gar keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Was so empfunden wird, ist in Wirklichkeit eine Leistungsexplosion der Medizin. Eine Leistungsexplosion - hervorgerufen durch den ungeheuren, immer schneller werdenden Fortschritt des Wissens und des Könnens in der Medizin, eine Leistungsexplosion, die in der Medizin, ähnlich wie in der Physik, mit großer Geschwindigkeit an eine Grenze führt, hinter der wir mit dem uns zur Verfügung stehenden Instrumentarium von Naturwissenschaft und Juristerei die dann auftretenden Fragen, die, wenn wir ehrlich sind, vielfach schon heute auftreten, nicht mehr beantworten können.

Bei diesem Befund kommt es mir vor, als sei die Medizin in der Lage jenes Indianers, von dem viele von uns schon einmal gehört haben, der nach seiner ersten Eisenbahnfahrt aus dem Zug steigt und sich zunächst einmal hinsetzen muß mit den Worten: "Ich bin zwar hier, aber meine Seele ist noch nicht angekommen."

Geht es uns nicht ähnlich? Hat uns die Geschwindigkeit der Entwicklung nicht so fasziniert, daß wir - noch benommen von den uns zugewachsenen Möglichkeiten - uns nur zögerlich mit den daraus erwachsenen Konsequenzen und Fragen konfrontieren lassen möchten? Im Folgenden möchte ich versuchen anzudeuten, welche Art von Fragen das sein werden. Fragen, die deshalb sehr unbequem sind, weil sie nicht durch eine Vermehrung unseres naturwissenschaftlichen Wissens zu beantworten sind. Fragen, die deshalb unbequem sind, weil die Antworten darauf noch unbequemer sind. Fragen, die wir uns deshalb scheuen werden zu stellen und zu beantworten, die aber dann, falls wir diese Scheu nicht überwinden, von der faktischen Entwicklung beantwortet werden, in einer Weise, die uns nicht gefallen wird.

Aus drei Bereichen der Medizin möchte ich im Folgenden Ihnen versuchen zu verdeutlichen, was ich damit meine. An der Medizin am Anfang des Lebens, aus dem Bereich der Mitte und aus dem Bereich der Medizin am Ende des Lebens.

Ein erster Komplex. Medizin am Beginn des Lebens. Ganz eindeutig ein Grenzbereich, auf den ich nur am Rande hinweise. Ich brauche Ihnen auch hier nicht viel vorzutragen. Wir alle sind informiert über die

enormen Fortschritte der Humangenetik und der vorgeburtlichen Diagnostik. Wollen wir eine gezielte Veränderung unseres genetischen Programms? Wollen wir wirklich eine unreflektierte pränatale Euthanasie? Wäre so etwas human? Wo wir genau wissen, daß die moderne Psychologie heute eindringlich belegen kann, daß auch bei fehlendem Intellekt Schwerstbehinderter die emotionale Beziehungsfähigkeit eines Menschen völlig erhalten sein kann.

Man kann nicht umhin, *Alfons Labisch*, dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik, zuzustimmen, der angesichts dieser Situation zu der Meinung kommt: "Wir wissen zu viel! Wir stehen vor Entscheidungen, die wir nicht treffen können." Man kann hinzufügen: die wir nicht treffen können, wenn wir nur das vertraute Arsenal der naturwissenschaftlichen und juristischen Werkzeuge dafür zur Verfügung haben. Mit anderen Worten: wir stehen vor Entscheidungen, die wir nur fällen können, wenn wir den ethischen Charakter der an uns gestellten Fragen akzeptieren, denn wir stoßen an Grenzen. Es mögen fließende, veränderbare Grenzen sein, aber es bleiben Grenzen.

Ich bin überzeugt, es geht nicht ohne Ethik, ohne ethische Maßstäbe, die neben einer gewissen Flexibilität auch eine gewisse Stabilität aufweisen müssen.

Ich meine, daß wir ohne Ethik nicht auskommen werden, ist hier in diesem Bereich am Beginn des Lebens am deutlichsten, sozusagen mit Händen zu greifen.

Wenden wir uns nun einem weiteren Bereich zu, an dem wir erkennen können, daß es auch hier, selbst wenn ganz anderer Natur, nicht ohne Ethik mehr gehen wird. Es ist dies, so erstaunlich es klingen mag, das extrem nüchterne Gebiet unseres Gesundheitswesens. Hier, wo wir organisieren, wie, von wem, an wen und wann medizinische Leistungen erbracht werden. Dieses Thema ist, wie die meisten von Ihnen ahnen, nicht nur abend-, sondern tagesfüllend und hängt mit dem zusammen, was jedem von uns in irgendeiner Weise berührt, nämlich dem ökonomischen Aspekt der Medizin und des Gesundheitswesens.

Es ist evident, daß durch die Leistungsexplosion in der Medizin die Möglichkeit des medizinisch Machbaren sich in den vergangenen 20 Jahren dramatisch erhöht hat und daß, falls es heute noch nicht der Fall ist, es aber mit größter Sicherheit zu erwarten ist, daß binnen kurzem wir einen Zustand erreicht haben, wo wir sagen müssen, daß trotz Ausschöpfung aller noch bestehenden Rationalisierungsreserven im Krankenhaus und auch im Gesundheitswesen es uns unmöglich ist, alles medizinisch Mögliche an jedem Patienten auch zu tun. Ganz einfach aus dem Grunde: unsere Gesellschaft wäre damit finanziell überfordert und andere gesellschaftliche Funktionen, wie z. B. Bildung und Ausbildung, müßten dramatisch eingeschränkt werden.

Hat man an dieser These Zweifel, so werden diese Zweifel, wenn nicht beseitigt, aber wenigsten erschüt-

## Editorial

tert, wenn wir über die Grenzen gucken. In Holland, England, Dänemark oder Norwegen wird über diese Entwicklung schon seit langem diskutiert. Norwegen hat sich bereits Ende der 80er Jahre dafür entschieden, die Kapazitäten der Herzchirurgie einzuschränken, statt dessen flossen Gelder in die ländliche Gesundheitsvorsorge. In England und Dänemark hat man die Operationsplätze begrenzt mit dem Ergebnis langer Wartezeiten.

In diesem Zusammenhang taucht in der internationalen Debatte ein Ausdruck auf, der bis vor kurzem absolut tabuisiert war, nämlich das Wort: Rationierung. Stellenweise wird auch von einem Gespenst der Rationierung gesprochen.

Es ist nun hochinteressant festzustellen, daß auf einem kürzlich von einer norddeutschen Stiftung abgehaltenen internationalen Kongreß unter dem Titel "Health-care Systems at the Crossroads: Balancing Individual Needs with Financial Limitations" zum ersten Mal ein deutscher Politiker, der Gesundheitsminister aus Rheinland-Pfalz, dieses Wort öffentlich aussprach. Es war nun geradezu aufregend zu sehen, wie im Verlauf der Tagung nahezu alle Beiträge der internationalen Experten, teilweise unter Benennung, teilweise ohne Benennung, um dieses Phänomen kreisten, dem Phänomen der Rationierung.

Eine solche gibt es in der Tat durchaus schon. Was anderes als Rationierung, d. h. Zuteilung einer medizinischen Leistung nach bestimmten Kriterien, was anderes als Rationierung sind die langen, teils überlangen Wartezeiten bei Organtransplantationen? Rationierung, hier nicht aus ökonomischen Gründen, sondern aus Gründen der Transplantatverfügbarkeit. Und was anderes als Rationierung ist schließlich im Endeffekt die fiskalische Maßnahme in der Bundesrepublik, die sich "Deckelung des Gesundheitsbudgets" nennt, wo nach Erreichen einer bestimmten Summe der Arzt damit rechnen muß, daß seine Leistung schlichtweg nicht mehr honoriert wird?

Ich fürchte, auch wenn wir nicht gerne von dem Gespenst der Rationierung sprechen möchten, haben wir sie stellenweise schon - vielleicht mehr, als uns allen lieb ist. Es liegt ja auf der Hand, daß dieser Zustand, nämlich, daß wir medizinische Leistungen zuteilen müssen, ein extrem unangenehmer Zustand ist, den wir mit Recht so lange wie möglich hinauschieben wollen. Meine Vermutung ist nur die, daß mit allen Anstrengungen uns dieses nicht gelingen wird. Uns wird es gehen wie Hase und Igel. Jedesmal, wenn wir neue Erfolge erzielen in der Rationalisierung unseres Gesundheitswesens, werden die Fortschritte in der Medizin neue Möglichkeiten eröffnen, bis wir eines Tages erkennen müssen, wenn wir es nicht schon heute tun: ohne Rationierung geht es nicht!

Das Gespenst der Rationierung werden wir also nicht los. Denn wie das bei Gespenstern nun mal so ist, weglaufen nützt nichts. Aber eines nützt bei Gespenstern und so auch hier: man muß ihnen entgegenreten, man muß es anrufen: "Gespenst, ich kenne Dich, ich habe keine Angst vor Dir und bezähme Dich."

Ich habe keinen Zweifel daran, daß die Beantwortung dieser Frage: "Wenn schon Rationierung unumgänglich ist, wie mache ich es denn?" eine eminent politische Frage ist. Auf keinen Fall kann die Politik sich hier heraushalten, indem der Staat, wie das z. Zt. bei uns passiert, diese Entscheidungen vorzugsweise auf die Ebene der Selbstverwaltungen - oder noch schlimmer - in das Sprechzimmer der Ärzte verlagern. Wobei ich überzeugt bin, daß wir diesen letzten Zustand heute bereits vielfach haben, z. B. als Folge der sehr umstrittenen und wohl auch fragwürdigen Deckelungspolitik.

So geht es nun sicher nicht. Der Arzt ist gerne bereit, Verantwortung zu übernehmen, wie es auch das ärztliche Ethos seines Berufes erfordert, wenn es sich aus der genuinen Verantwortung seines ärztlichen Handelns ergibt. Das müssen wir aber unterscheiden von der Verantwortung, die ihm aufgeladen wird, nur weil andere nicht den Mut aufbringen, unbequeme politische Entscheidungen zu fällen. Genau das aber ist bei der fatalen Deckelung des Gesundheitsbudgets der Fall.

Nein, die Politik kann sich hiervon nicht freisprechen. Sie darf und kann es den Ärzten nicht überlassen, denn für den Arzt gilt immer noch das oberste Gesetz: *Salus aegroti suprema lex*, allenfalls ergänzt durch: *Voluntas aegroti suprema lex*. Das Heil und der Wunsch des Patienten ist für den Arzt maßgeblich. Der Arzt entscheidet immer zum Wohle seines Patienten, bleibt immer sein Anwalt. Nochmals: Ich bin überzeugt, daß wir dieser Diskussion nicht ausweichen können. Sie wird aber dadurch semantisch etwas entschärft werden, daß man nicht von Rationierung, sondern von medizinischer Grundversorgung reden wird. In Anlehnung übrigens an die bereits heute heftig diskutierte Grundversorgung in der Sozialversicherung. So neu ist das Thema auch nicht. Schon 1996/97 hat die Deutsche Monopol Kommission diesen Ausdruck "Medizinische Grundversorgung" in die Debatte geworfen. Auch die Frage einer medizinischen Grundversorgung wird eine eminent politische Frage sein, und wiederum wird es ausgeschlossen sein, sie ohne Rücksicht auf ihre ethischen Aspekte zu entscheiden. Um so mehr gilt, daß gerade hier die Mithilfe, der Rat, ja die Mitverantwortung der Ärzte bei der politischen Gestaltung gefordert sind. Wer sonst könnte die Ethik bei dem Gesetzgeber vertreten? Die Kirche, die eigentlich dafür zuständig wäre, hat die dafür nötige Autorität verloren. Leider! Fast möchte man mit einem gewissen Pathos ausrufen: *ethic is the issue - the doctors to the front!*

Und damit, liebe Zuhörer, wenn ich Ihre Geduld noch ein wenig in Anspruch nehmen darf, komme ich zum dritten Bereich unserer Überlegungen, ein Bereich, der Ihnen als Anästhesisten und Intensivmedizinern besonders vertraut ist: das Ende des Lebens.

Ich kann mich hier auf ein paar Skizzen beschränken, denn niemand kennt sich hier besser aus als gerade Sie. Können Sie mir zustimmen, daß gerade hier das eingangs zitierte Bild des Indianers, der auf seine Seele wartet, besonders zutrifft? Gerade in der Intensiv-

medizin ist der Fortschritt in den letzten 20, 10, ja 5 Jahren besonders dramatisch gewesen mit dem Ergebnis, daß wir nun Schwierigkeiten haben, in diesem neuen, dem Tode abgerungenen Gelände uns zu orientieren.

Sie merken schon, verehrte Zuhörer: "Dem Tode abgerungen" - hier ist der Tod nicht ein medizinischer Ausdruck, nicht der Exitus, sondern etwas anderes. Wenn wir so sprechen: "Dem Tode abgerungen", erscheint der Tod als Gegenmacht zum Leben und damit aber auch als Teil der Schöpfung. Erkennen wir das, und gute Ärzte tun das instinktiv, dann sind wir nicht weit davon entfernt, das zu haben, was wir in Anlehnung an *Albert Schweitzers* "Ehrfurcht vor dem Leben" "Ehrfurcht vor dem Tode" nennen können.

Ich sehe zunehmende Anzeichen dafür, daß wir uns dieser Problematik bewußt werden. Eine Problematik, die ich vor Ihnen hier nur anzudeuten brauche. Denken Sie nur an den ganzen Komplex Organtransplantation sowohl auf der Spenderseite wie auch auf der Empfängerseite, denken Sie an die immer kürzer werdenden Abstände, in denen die Sterberichtlinien der Bundesärztekammer geändert werden, oder denken Sie an die Diskrepanz, die sich auftut zwischen den dramatisch gestiegenen Kosten pro Tag und Intensivbett und der sich immer mehr verkürzenden Lebenserwartung der diese Intensivstation verlassenden Patienten.

Wir ahnen es, das alles läßt sich nicht linear fortschreiben. Wir ahnen, hier im Grenzbereich zwischen Tod und Leben stehen wir mit unserem naturwissenschaftlichen und juristischen Wissen ziemlich ratlos da.

Was tun?

Ich glaube nicht, daß es uns gelingen wird, dieser Problematik gerecht zu werden, indem wir darauf vertrauen, daß ein immer dichter werdendes Netz von Vorschriften, Regeln, Kriterien mit immer komplexeren und präziseren Messungen, daß also mit gleichsam harten Maßnahmen der Fortschritt der Medizin wieder einzuholen und handhabbar zu machen ist.

Es ist heute technisch durchaus möglich, den jeweils neuesten Stand der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bzw. die aktuellen Sterberichtlinien der Bundesärztekammer in einen Algorithmus umzusetzen, der in die klinischen EDV-Systeme implementiert wird und letztlich zu einer automatischen Ausschaltung der lebenserhaltenden Geräte führt, sobald die Bedingungen dieser Bestimmungen erfüllt sind. Eine immer häufigere Änderung dieser Richtlinien wäre unproblematisch, da es heute technisch möglich ist, solche Softwareupdates automatisch vorzunehmen, ohne daß der Arzt sich darum zu kümmern hätte und überhaupt Kenntnis von diesen Änderungen zu haben bräuchte. Solche gleichsam automatisierten Entscheidungen hätten natürlich einen Vorteil: es wären Entscheidungen ohne Zweifel - es sei denn Zweifel an der Zuverlässigkeit des technischen Systems. Das ärztliche Gewissen, ja sein medizinischer Sachverstand würde überhaupt nicht in Anspruch genommen werden.

Sie merken schon, verehrte Zuhörer, ich bin überzeugt, und vermute mit Ihnen, daß dies nicht im buchstäblichen Sinne der Weisheit letzter Schluß sein kann. Und es zeichnet sich schon jetzt deutlich die andere, weiche Lösung ab. Es bewegt sich bereits Einiges.

Ich sehe z. B. den wachsenden Einfluß einer Institution, wie das *Mc Gill Centre for Medicine, Ethics and Law* in Montreal, auf die Diskussion dieses Problemkreises drüben in den Vereinigten Staaten und in Kanada. Ich sehe, es gibt die ersten Lehrstühle für Ethik in der Medizin: einen in Tübingen, einen in Mannheim und einen wohl bald auch hier in Münster. Ich sehe, bei der in Diskussion befindlichen neuen Approbationsordnung für Ärzte ist das Fach Ethik und Geschichte der Medizin neu aufgenommen worden. In "Anesthesiology" und ähnlicher Literatur finden wir zunehmend Beiträge, die sich mit ethischen Fragestellungen auseinandersetzen. Renommierte Journalisten an publizistisch hervorragender Stelle, wie *Robert Leicht* in der "Zeit" und *Otfried Höffe* in der "Frankfurter Allgemeinen Zeitung", nehmen sich dieses Themas an. Selbst ein so kleines Krankenhaus wie unsere Diakonissenanstalt in Flensburg hat kürzlich ein "Referat für Ethik in Medizin und Pflege" eingerichtet.

Selbstverständlich kann eine Medizin-Ethik dem verantwortungsvollen Arzt die Entscheidung nicht abnehmen. Aber sie kann - und das wird ihre Aufgabe sein - Modelle für ethisch begründete Entscheidungsfindungen entwickeln und dadurch konsensfähige Lösungen für ethische Probleme im ärztlichen Alltag ermöglichen.

Man ist überzeugt: ohne Ethik geht es nicht. Offensichtlich ist Ethik im wahrsten Sinne des Wortes Notwendig. Auch ich bin überzeugt, es wird uns nicht gelingen, mit den harten Begriffen und Methoden wie Gesetzen, Vorschriften, Messungen und Kontrollen unsere Orientierung in diesem Grenzbereich zwischen Tod und Leben wiederzugewinnen. Ich bin überzeugt davon, es wird nicht gehen, ohne daß wir neben der Ehrfurcht vor dem Leben auch wieder eine Ehrfurcht vor dem Tode haben. Wir müssen dem Tod seine Würde lassen bzw. ihm seine Würde wiedergeben, Ehrfurcht vor der Schöpfung schließt dies mit ein. Die nicht nur in Deutschland zu beobachtende Hospizbewegung scheint mir schon ein erster Ausdruck dieser Einsicht zu sein.

Ehrfurcht vor dem Tode, Würde des Sterbens - hier sind wir schon mittendrin in der Ethik. Wenn wir diese Kategorien wieder zulassen, diese gleichsam weichen Kategorien, dann werden wir ganz von selbst dem Gewissen des Arztes wieder mehr zutrauen dürfen, werden wir ganz von selbst den Ärzten mehr Freiheit geben, und dürfen wieder mehr Vertrauen zu den Ärzten haben.

Dabei kann niemand verlangen, daß die Ärzte gegen ihre eigenen Interessen handeln, d. h. die bestehende medizintechnisch-lastige Gebührenordnung muß konsequenterweise zugunsten der kommunikativen Tätigkeiten der Ärzte geändert werden, denn auch im Zeitalter der Hoch-Medizintechnik bleibt das gutge-



## Editorial

---

führte ärztliche Gespräch das Fundament der ärztlichen Leistungserbringung.

Das Grundvertrauen zwischen dem Arzt, dem Patienten und seinen Angehörigen ist niemals ersetzbar durch Vorschriften, Kontrollen und Messungen. Dieses Grundvertrauen gibt dem Arzt Freiheit: Freiheit der Entscheidung seinem Gewissen nach, ein Gewissen, daß auch wieder den Zweifel zulassen darf. Ein Gewissen, daß sich an eine Ethik bindet und binden muß. Denn das Geheimnis der Freiheit ist die Bindung. Es gibt keine Ethik ohne diese Rückbindung, ohne religio.

Wir können das ganz ohne Häme gegenüber der Aufklärung sagen, denn wir bleiben weiterhin ihre Kinder. Wenn wir nach einem Halt für unser Gewissen suchen, nach einer Rückbindung, nach einer Religion, sind wir doch eins mit dem Vater der Aufklärung, jenem großen Königsberger Philosophen. Wir alle wis-

sen, was seine Rückbindung war: Das Vorhandensein seines Gewissens wie der gestirnte Himmel über ihm, genügte für ihn zu wissen, wer für ihn die letzte Instanz war. Kann es so verkehrt sein, uns heute wieder daran zu erinnern? Ich breche hier ab.

Meine Damen und Herren, Gedanken über die Zukunft der Medizin war unser Thema. Wenn ich die Summe dessen, was ich in den vergangenen Minuten Ihnen hier vortragen durfte, zusammenfassen mag: Die Medizin steht vor der vielleicht größten Herausforderung in ihrer über 2000jährigen Geschichte, nämlich vor der Aufgabe, ihre Grenzen zu erkennen, zu akzeptieren und damit umzugehen. Es mögen flexible Grenzen sein, aber es bleiben Grenzen. Ich danke Ihnen für Ihr geduldiges Zuhören.

*Dr. Christian Dräger, Lübeck*