

Ausgabe 1|2026

+ + + + + + +

# acm<sub>+</sub>journal

+ +  
+ +

LEBEN. GLAUBEN. MEDIZIN.



## MENSCHENWÜRDIGE MEDIZIN

\_Ethik des Lebens

**acm**  
+ arbeitsgemeinschaft  
christlicher mediziner

Eine Fachgruppe der akademiker\_smd

# EDITORIAL

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der ACM,



Was macht Medizin eigentlich menschenwürdig? Diese Frage begleitet viele von uns im Alltag – oft unausgesprochen, manchmal ganz konkret in schwierigen Entscheidungen. Die Beiträge dieses Heftes zeigen, wie aktuell und zugleich grundlegend diese Frage ist. Deutlich wird: Medizin trägt nur dann, wenn sie von einem gelebten ärztlichen Ethos geprägt ist. Regeln, Leitlinien und Ethikkommissionen sind wichtig, aber sie können nicht ersetzen, was im Innersten trägt – die auf einem christlichen Menschenbild basierende Ausrichtung am Wohl des Patienten. Wo diese innere Haltung schwindet, wächst der Ruf nach immer mehr formaler Ethik. Ein lebendiges Ethos dagegen schafft Orientierung, auch dort, wo keine einfachen Antworten bereitliegen. Dazu gehört die Bereitschaft, Macht zu begrenzen: die eigene, die institutionelle – und manchmal auch die Erwartungen, die Patienten an sich selbst oder an andere stellen.

Besonders eindrücklich ist der Blick an die Grenzen des Lebens. Die Auseinandersetzung mit dem Lebensanfang macht deutlich, dass es hier nicht nur um abstrakte Argumente geht, sondern um persönliche Betroffenheit, Verantwortung und um die Frage, was wir unter Menschenwürde verstehen. Die Beiträge erinnern daran, dass Würde nicht verliehen oder verdient wird, sondern dem Menschsein schlicht innewohnt.

Auch der Blick auf Prävention und Kindergesundheit ist ein Weckruf. Viele Verletzungen von Würde entstehen leise – durch Unwissen, durch gesellschaftliche Routinen, durch politisches Zögern. Menschenwürdige Medizin erschöpft sich nicht im Reparieren von Schäden, sondern setzt früh an – durch Begleitung, Schutz und politische Mitverantwortung. Hier sind wir als Ärztinnen und Ärzte ebenso gefragt wie als Gesellschaft.

Schließlich weitet die missionsmedizinische Perspektive den Horizont: Würde bewahrt sich nicht durch Helfertätigkeit, sondern durch Demut, Professionalität und partnerschaftliches Handeln. So verbindet sich ärztliche Berufung mit globaler Verantwortung.

Dieses Heft lädt dazu ein, neu darüber nachzudenken, wie Medizin dem Leben dienen kann – aufmerksam, verantwortungsvoll und menschenwürdig.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht

*Debora Langenberg*

Dr. med. Debora Langenberg



## INHALT

	<b>ÄRZTLICHES ETHOS HEUTE</b>	<b>4</b>
	<i>_Überlegungen zum Schutz einer bedrohten Art</i>	
	<i>von Bernd Wannewetsch</i>	
	<b>WÜRDE AM LEBENSANFANG?</b>	<b>7</b>
	<i>_Eine ethische und persönliche Auseinandersetzung</i>	
	<i>von Judith Khoury</i>	
	<b>PRÄVENTION WÜRDE WÜRDE WAHREN</b>	<b>10</b>
	<i>_Ein Appell aus der Praxis</i>	
	<i>von Eckhard Piegsa</i>	
	<b>DEN AUFTRAG ERNST NEHMEN</b>	<b>13</b>
	<i>_Würde im missionsmedizinischen Kontext</i>	
	<i>von Carsten Krüger</i>	
	<b>MIT GOTT ERLEBT</b>	<b>17</b>
	<i>_Wo Schatten ist, ist auch Licht</i>	
	<i>von Lauren Idahosa</i>	



Die nachfolgenden Überlegungen möchten einen Beitrag zur Erhaltung der Artenvielfalt im Bereich des Medizinbetriebs leisten, indem sie den Blick auf eine bedrohte Art richten: das medizinische Berufsethos, wie es sich im Abendland (als Synthese von Antike und Christentum) entwickelt hat. Ethos ist etwas anderes als Ethik. Das eine ist zwar sprachlich eng mit dem anderen verwandt, steht aber sachlich in einem gewissen Spannungsfeld dazu. Zielperspektive meiner Überlegungen: mehr Ethos, weniger Ethik! Wir benötigen eine praktische Renaissance des klassischen ärztlichen Ethos, damit wir nicht so viel medizinische Ethik, Ethikkommissionen und Ethikpapiere brauchen, wenn es einigermaßen verantwortlich zugehen soll im Medizinbetrieb.

von Bernd Wannewetsch

# ÄRZTLICHES ETHOS HEUTE

\_Überlegungen zum Schutz  
einer bedrohten Art

## Ethos und Ethik

Was meinen wir nun aber genauer, wenn wir von Ethos sprechen? Der griechische Begriff meint „Sitte“ oder „Wohnstatt“. Es geht um einen Verbund von Überzeugungen und Praktiken, die für eine Gemeinschaft identitätsstiftend sind – in denen sie sozusagen „zu Hause“ ist.

Ein Ethos ist demnach nichts, was man als Einzelner haben könnte – wie eine Moral. Vielmehr haben wir als Glieder einer geschichtlich gewordenen Gemeinschaft Teil an dem Ethos, das die Identität jener Gemeinschaft repräsentiert und aufrechterhält.

Zwar gibt es auch Kodifizierungen eines Ethos. Für Ärztinnen und Ärzte gibt es die Gelöbnisse in der Tradition des Hippokratischen Eids; wesentlicher als Kodifizierungen ist für ein Ethos jedoch, dass es tatsächlich gelebt wird: ob eine Ärztin mit Herz, Hand und Mund für das ärztliche Ethos einsteht und nicht nur eine Verpflichtungserklärung unterschreibt. Eine Community, die ein Ethos lebendig erhält, ist etwas anderes als eine „Berufsgruppe“, die sehr wohl denkbar ist ohne gemeinsames Ethos. Auch „best practice codes“, die sich Berufsverbände geben, sind meist eher Surrogate – wenn die Notwendigkeit der Formulierung von Normen, Regeln und Sanktionierungskatalogen anzeigt, dass es an einem lebendigen Ethos mangelt. Tatsächlich lässt sich sagen, dass der Bedarf an „Ethik“ immer dort anwächst, wo ein Ethos im Abschmelzen begriffen ist. Je weniger die Repräsentanten eines Standes verinnerlicht haben, was zum Kernbestand ihres Berufes gehört, was dessen „Güter“ sind, desto mehr brauchen sie Regeln und Ethik.

Ethik kann ein Ethos aber nicht ersetzen. Um einem Ethos zu entsprechen, reicht es nicht, sich an bestimmte Spielregeln zu halten. Vielmehr braucht es bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Charaktereigenschaften.

Regeln werden oft nur dann befolgt, wenn die Furcht vor Sanktionen größer ist als das Vorteilsversprechen ihrer Übertretung. Charaktereigenschaften hingegen beruhen auf Überzeugungen, die tiefer liegen und tiefer loten. Ein Überzeugungs-basiertes Ethos kennzeichnet bestimmte Professionen (lateinisch für „Berufung“) von Hause aus: Wir denken hier insbesondere an Richter, Geistliche, Lehrer, Polizisten, und eben auch Mediziner. Dies ist der Fall, weil diese Berufe jeweils mit elementaren Bedürfnissen der Menschen umgehen, die ihre Verletzlichkeit in besonderer Weise widerspiegeln: Sicherheit, Gerechtigkeit, Gesundheit, Wahrheit. Darum ist nichts schlimmer als eine korrupte Richterin, ein bestechlicher Polizist oder ein Geistlicher, der sein Amt missbraucht. Eine Ärztin, die nicht heilt und hilft, sondern ihren Patienten vorsätzlich schadet, ist buchstäblich eine Horrorfiktion.

Zum ärztlichen Ethos gehört eben jene Erwartungssicherheit, mit der Patientinnen und Patienten einem Vertreter dieser Zunft begegnen dürfen: dass er unter allen Umständen primär ihr Wohl im Auge hat.

Wir können die Betonung hier jeweils variieren, um zu sehen, wie weitreichend diese Erwartung ist: Ihr Wohl im Auge – und nicht ihren Schaden wie etwa bei Vertretern der Heilkunst, die ihre Kenntnisse zu Folterzwecken im Dienst totalitärer Regime einsetzen. Ihr Wohl im Auge – und nicht das anderer, ob das eigene, vielleicht das finanzielle Wohl oder das des Betriebs, wenn dies zu Verabreichung unnötiger Medikamentierung oder invasiver diagnostischer Mittel führen würde. Stets ihr Wohl – als nicht einmal so, einmal anders, wie in der Welt der Schamanen, die neben Heilungsriten auch Fluchzauber in ihrem Repertoire haben konnten.

Zum abendländischen Verständnis des ärztlichen Ethos gehört nun eben genau jene Eindeutigkeit: stets das Wohl des Patienten im Auge, nicht einmal so, einmal anders, beim einen so, beim anderen anders.

## Ärztliches Ethos: Heilen, nicht schaden

Was gehört nun aber zum spezifischen Ethos der medizinischen Berufe? Ein erster Hinweis ist in der Tradition des hippokratischen Eids zu finden – der frühesten Formulierung eines Berufsethos aus dem 4. vorchristlichen Jahrhundert. Hier gelobt der der Arzt unter Anrufung der Götter u. a. folgendes:

*„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht. Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich nie einer Frau ein Abtreibungsmittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.“*

Über die inhaltlichen Aspekte hinaus ist auch die Form der Selbstverpflichtung hier erhellend. Ein Eid ist kein Vertrag, der einen Kontraktor im Hinblick auf bestimmte Vereinbarungen bindet; in einem Eid verpflichtet sich die Person als Ganze zu einer Allianz, für deren Werte, Grundüberzeugungen und konstitutiven Praktiken sie einsteht. Nicht zufällig gehört der Eid zum Kulturzusammenhang der Sozialfigur des „Bundes“ – in der sich diejenigen, die ihn ablegen, als Personen einer Institution oder einem anderen Menschen

verpflichten, oft auf Gedeih und Verderb. Denken wir an das Ehegelöbnis oder die Bundesschlüsse Israels mit seinem Gott.

Der hippokratische Eid belegt, dass es so etwas wie ein medizinisches Ethos schon in der Antike gab. Diese von Vertretern der philosophischen Gruppe der Pythagoräer eingebrachte Selbstverpflichtung der medizinisch Tätigen war zu dieser Zeit keineswegs selbstverständlich, sondern ein gezielter Reformimpuls in der damaligen medizinischen Praxis, in der vieles von dem, was der Eid untersagt, offenbar gängig war.<sup>1</sup>

Dass man im Christentum an diesen Impuls anknüpfen konnte, zeigt wiederum, dass ein solches Berufsethos sich zu einem gewissen Grad aus der Sache selbst ergibt – aus den Sach- und Beziehungsaspekten eines Berufsfeldes. Gleichwohl hat der christliche Glaube dieses Ethos in spezieller Weise weiterentwickelt und transformiert. Was sind nun die wesentlichen Überzeugungen, die hier wirksam wurden?

## Beitrag des Christentums: Die Würde aller und die Begrenzung von Macht

Aus dem Schöpfungsglauben folgt die Anerkennung der Würde der Menschen als Geschöpfe Gottes, die allen unterschiedslos zukommt. Mit der Perspektive von Geschöpflichkeit und Menschenwürde sind einige wesentliche Aspekte verbunden, die wir unter das Stichwort der „heilsamen Begrenzung von Macht“ fassen können – ein Motiv, das im Christentum in besonderer Klarheit hervortritt.

<sup>1</sup> Zum Umfang ärztlicher Tätigkeit gehörte häufig nicht nur die Abtreibung, sondern auch die Verabreichung todbringender Substanzen, wenn die Therapieversuche erfolglos blieben.

Vgl. dazu: Allen Verhey, *The Doctor's Oath – and a Christian Swearing It*, in: *On Moral Medicine. Theological Perspectives in Medical Ethics*, hg. v. S. E. Lammers u. A. Verhey, 2. Aufl. 1998, 109ff.



Prof. Dr. Dr. habil.  
Bernd Wannewetsch

ist evangelischer Theologe und lehrt u.a.  
als Honorarprofessor für Systematische Theologie  
und Ethik an der FTH Gießen.

Dabei ist die Grenzziehung im Bereich des medizinischen Ethos gegenüber dreierlei Mächten wirksam:

- Erstens gegenüber den Vertretern der Heilkunst: Angesichts des Bekenntnisses zu einem Gott, der von sich sagt: „ich bin der Herr, dein Arzt“ (Ex 15,26), können sich Medizinerinnen und Mediziner, die in dieser Tradition stehen, schlecht als „Halbgötter in Weiß“ verstehen und gebärden. Sie werden es hier vielmehr mit dem apokryphen biblischen Buch Sirach (38,13f) halten, das einen Arzt vor Augen stellt, der eingedenk seiner begrenzten Handlungsmacht zu Gott für das Gelingen von Diagnose und Therapie betet.
- Die Begrenzung von Macht aus dem Geist des christlichen Verständnisses von Gott und Mensch ergibt sich zweitens auch gegenüber den Vertretern institutioneller Macht, die im Medizinbetrieb zugange sind: gegen die Übergriffigkeit staatlicher Akteure, wenn bestimmte gesundheitspolitische Maßnahmen oder Gesetzesinitiativen drohen, die Würde des Menschen antasten, wie dies insbesondere bei den sensiblen Zonen des Beginns (Reproduktionsmedizin, Abtreibung) und Endes (assistierter Suizid) menschlichen Lebens aktuell wurde und wird; die notwendige Begrenzung von Macht wird heute aber auch gegenüber privatwirtschaftlichen Akteuren im Gesundheitswesen geltend zu machen sein, sofern diese Profitorientierung vor Patientenorientierung setzen.<sup>2</sup>
- Schließlich enthält ein durch den christlichen Glauben geprägtes Ethos der Medizin drittens auch Impulse zur Machtbegrenzung von Patientinnen und Patienten. Hier geht es darum, dass auch diese ihren Teil an der Aufrechterhaltung des medizinischen Ethos beitragen, indem sie sich eben dezidiert als „Patienten“<sup>3</sup> verstehen und verhalten, und nicht etwa als „König Kunde“, der sein vermeintliches Recht auf Gesundheit als Anspruch an das medizinische Personal heranträgt. Innerhalb eines medizinischen Ethos, das alle Beteiligten zusammenbindet, geht es auch um Grenzziehungen zu modisch gewordenen Formeln wie derjenigen von der „Patientenautonomie“, die faktisch oft eher für eine Isolierung von überforderten Patienten steht, welche die anderen Beteiligten entlasten soll.

<sup>2</sup> Vgl. die Fallberichte in einer aktuellen Ausgabe der ZS des Kassenärztlichen Verbands Bayern (KVB-Forum 9/10 2025) mit dem Titel „Kasse machen für Private Equity? Investorenbetrieene MVZ auf dem Prüfstand“.

<sup>3</sup> Vgl. die Fallberichte in einer aktuellen Ausgabe der ZS des Kassenärztlichen Verbands Bayern (KVB-Forum 9/10 2025) mit dem Titel „Kasse machen für Private Equity? Investorenbetrieene MVZ auf dem Prüfstand“.



# WÜRDE AM LEBENSANFANG?

„Eine ethische und persönliche

Auseinandersetzung

von Judith Khoury

„Was denkst du über Abtreibung?“ – diese Frage traf mich als 18-jährige Medizinstudentin prompt auf meiner Ersti-Party, irgendwo zwischen Vorglühen und Tanzfläche. Ich musste schlucken. Natürlich hatte ich damit gerechnet, dass das Thema irgendwann aufkommt, doch so unvermittelt erwischte es mich dann doch. Ich weiß nicht mehr, was ich damals gestammelt habe. Aber der Wunsch, dass sich der Boden unter mir auftut, ist mir bis heute lebhaft in Erinnerung geblieben.

Kein Wunder! Denn hinter dieser scheinbar simplen Frage verbirgt sich eine der tiefsten und emotionalsten ethischen Auseinandersetzungen unserer Gesellschaft. Rückblickend zeigt mir diese Erinnerung, wie schwer eine Antwort damals fiel – und wie sehr mir die folgenden Überlegungen heute helfen würden, meine Sicht verständlich zu machen.

## Drei Sichtweisen

Im Kern geht es um die entscheidende Frage: Ab wann verdient menschliches Leben den Schutz, der auf der Würde der Person beruht? In der ethischen Debatte gibt es drei Grundpositionen: Manche knüpfen Würde an bestimmte Fähigkeiten oder Entwicklungsstadien (Schwellenwert-Modelle). Andere sehen eine abgestufte Schutzwürdigkeit, die mit der Reifung wächst (Gradualismus). Und schließlich gibt es die Sicht, dass menschliches Leben von Beginn an volle Würde und denselben Schutz verdient. Zu dieser letzten Sichtweise neige auch ich.

## Die SKIP-Argumente

Diese Position wird im Wesentlichen durch vier Argumente getragen, die unter dem Kürzel SKIP bekannt sind: Spezies, Kontinuität, Individualität und Potenzial.

### 1. Spezies

Das erste Argument setzt an der Zugehörigkeit zur menschlichen Spezies an. Eine befruchtete Eizelle enthält bereits den menschlichen Chromosomensatz und kann keiner anderen Art als der des Menschen zugerechnet werden. Aus Solidarität mit den Mitgliedern unserer Spezies – und weil auch wir selbst einmal auf diese Zuwendung angewiesen

waren – garantieren wir den vollen Lebensschutz. Kritiker halten dem entgegen, es sei spezieistisch, allein die Zugehörigkeit zum Homo sapiens als Grundlage für Menschenwürde anzuführen. Moralischer Status müsse vielmehr an Fähigkeiten wie Empfindungsvermögen oder Bewusstsein gebunden sein. Doch dieser Einwand hat schwerwiegende Konsequenzen:

Würde, die an aktuelle Eigenschaften geknüpft ist, könnte auch Neugeborenen, Menschen mit schwerer Demenz oder Komapatienten abgesprochen werden. Genau das aber soll die Idee der Menschenwürde verhindern – sie gilt jedem Menschen qua Menschsein.

### 2. Kontinuität

Das zweite Argument betrifft die Kontinuität menschlichen Lebens. Ein Mensch entwickelt sich in einem lückenlosen Prozess von der Befruchtung bis zum Tod. Ein festgelegter Zeitpunkt, an dem „Personsein“ beginnt, wäre biologisch nicht zu bestimmen und damit willkürlich gesetzt.

Manche schlagen dennoch Schwellenwerte wie Einnistung, Hirnaktivität oder Lebensfähigkeit vor. Doch warum gerade diese und nicht andere Merkmale wie Herzschlag oder Schmerzempfindung? Jede Grenze erweist sich bei näherem Hinsehen als willkürlich. Deshalb liegt es nahe, den Schutz am sichersten Anfangspunkt festzumachen: an der Befruchtung.

### 3. Individualität

Ein weiteres Argument ist das der Individualität. Es besagt, dass es sich beim Embryo bereits um ein und dieselbe Person handelt wie beim späteren erwachsenen Menschen. Aussagen wie „Ich wurde gezeugt“ oder „Ich war im Leib meiner Mutter“ drücken diese Kontinuität persönlicher Identität aus.

Oft wird eingewandt, ein Embryo könne sich in den ersten zwei Wochen noch in Zwillinge aufspalten. Doch diese Möglichkeit der Teilung bedeutet nicht, dass keine Individualität vorliegt, sondern lediglich, dass sie sich in seltenen Fällen vervielfältigen kann. Ein Pflanzenspross, der sich teilt, war ebenfalls bereits ein Individuum, auch wenn daraus später zwei entstehen. Die Phase der nicht eindeutigen Individualität ist kurz, und es wäre unverhältnismäßig, den Lebensschutz deshalb grundsätzlich infrage zu stellen.

### 4. Potenzial

Schließlich das Argument des Potenzials. Schon ab der Kernverschmelzung besitzt der Embryo das inhärente Potenzial, alle Fähigkeiten zu entwickeln, die menschliche Personalität ausmachen. Dieses Entwicklungspotenzial ist die Grundlage seiner Schutzwürdigkeit.

Manchmal wird entgegnet, auch Hautzellen hätten das Potenzial, zu einem Menschen zu werden – dennoch behandelt sie niemand wie Personen. Der Vergleich hinkt jedoch: Eine Hautzelle trägt nicht aus sich selbst heraus das Ziel in

sich, ein Mensch zu werden, sondern müsste durch massive künstliche Eingriffe umprogrammiert werden. Ein Embryo hingegen ist von Beginn an auf die volle Entfaltung als Mensch angelegt. Potenzial meint hier also nicht eine bloße theoretische Möglichkeit, sondern die innere Entwicklungsdynamik, die dem Embryo von Anfang an eigen ist.

## Gott würdigt das ungeborene Leben

Die SKIP-Argumente sind nicht theologischer Natur und somit auch für Menschen ohne christlichen Bezug zugänglich. Gleichzeitig lassen sie sich leicht auf theologische Wahrheiten übertragen: So entspricht etwa das Spezies-Argument der Gottesebenbildlichkeit des Menschen, die ihm bei seiner Erschaffung von Gott verliehen wurde und nicht verlorengeht. Sie hängt nicht von bestimmten Fähigkeiten oder äußerer Anerkennung ab, sondern ist untrennbar mit dem Menschsein selbst verbunden.

In Psalm 139 formuliert der Beter: „Deine Augen sahen mich schon als ungeformten Keim“ (Psalm 139,16) und bringt damit das Identitätsargument zum Ausdruck: Ich bin derselbe, der von Anfang an im Leib meiner Mutter existierte. Diese Einsicht findet ihre Entsprechung in Gottes Zusage an den Propheten Jeremia: „Ehe ich dich im Mutterleib bildete, habe ich dich erkannt; ehe du aus dem Mutterschoß hervorkamst, habe ich dich geheiligt“ (Jeremia 1,5). Beide Texte verdeutlichen: Schon vor der Geburt ist das menschliche Leben von Gott gesehen, erkannt und gewürdigt.

Diese biblische Grundüberzeugung erhält ihr stärkstes Gewicht darin, dass Gott selbst Mensch wurde, und zwar nicht erst als Kind, sondern – wie auch immer das geschehen ist – als befruchtete Eizelle. Bereits in der Frühschwangerschaft bekräftigt Elisabeth, Marias Verwandte, die Identität der Leibesfrucht mit den Worten: „Wer bin ich, dass die Mutter meines Herrn zu mir kommt?“ (Lukas 1,43). Damit wird deutlich: Das Leben jedes menschlichen Embryos trägt Würde, weil Gott selbst ein Embryo war.

## Die Würde aller Beteiligten

Doch die Weihnachtsgeschichte zeigt noch mehr: Die schwangere Maria befand sich in einer Situation, die wir heute vielleicht als Konfliktschwangerschaft beschreiben würden. Vieles stand auf dem Spiel: die geplante Hochzeit, ihre Ehre als Frau, ihre Lebensgrundlage.

Dreimal schickte Gott einen Engel: zuerst zu Maria selbst, dann zu ihrem Mann Josef, der sich daraufhin entschied, bei ihr zu bleiben, und vorher zu ihren Verwandten Zacharias und Elisabeth, die sie in dieser besonderen Situation begleiteten.

**Gott sah und liebte nicht nur das ungeborene Kind, sondern auch seine Mutter!**

Eine ungeplante Schwangerschaft kann massive Gefühle von Unsicherheit, Scham, Angst oder Verzweiflung auslösen. Auch die werdenden Väter erleben diese Belastung oft mit. Manche Außenstehende sehen vielleicht viele Optionen oder denken im Rückblick: „War doch gar nicht so schlimm“ – aber in der Situation selbst ist die emotionale Belastung real.

**Wer in dieser Ausnahmesituation steht, braucht vor allem Zeit, Verständnis und verlässliche Begleitung – keinen Vorwurf. Christliche Ärzte können dabei einen wichtigen Beitrag leisten.**

Wäre ich heute wieder als Ersti auf dieser Medizinerparty und jemand fragt mich plötzlich nach meiner Meinung zur Abtreibung, würde ich wohl sagen:

„Puh, das ist ein wirklich komplexes Thema. Ich denke an die Frau, an das Kind und an alle, die in so einer Situation stecken. Für mich geht es immer darum, die Würde aller Beteiligten zu wahren. Wenn du willst, erzähle ich dir gerne mehr über meine Sicht auf Menschenwürde im Schwangerschaftskonflikt – aber vielleicht nicht auf der Tanzfläche, sondern in Ruhe bei einer Tasse Kaffee.“

Dann müsste sich der Boden unter mir wahrscheinlich gar nicht erst auf-tun.



**Judith Khoury**

ist Referentin für Medizinethik und Public Policy in der ACM.



# PRÄVENTION WÜRDE

# WÜRDE WAHREN

## \_Ein Appell aus der Praxis

freepik.com © topntp26

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland beginnt mit dem Satz:  
„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist  
Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Art. 1(1) GG)

Diese Verpflichtung umfasst nach Art 2 GG auch „das Recht auf die freie Entfaltung  
seiner Persönlichkeit“ und „das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“.

Leider aber wird genau diese Unversehrtheit und Persönlichkeitsentfaltung  
oft unwissentlich von wohlmeinenden Eltern verletzt.

Dazu einige Beispiele aus dem Alltag einer Kinderarztpraxis.

Ein ca. 16 Monate alter Junge wird wegen einer Bagatelle in der Praxis vorgestellt. Dabei fallen seine Umtriebigkeit, mangelnder Blickkontakt und fehlende Interaktion auf. Bei der letzten Vorsorge mit rund zwölf Monaten war dies noch nicht so zu sehen. Gezielte Nachfrage ergibt, dass er mindestens 1 ½ Stunden am Tag vor dem Bildschirm verbringt. Ich nutze die Gelegenheit, mit den Eltern über die schädlichen Folgen des Medienkonsums zu sprechen und wir vereinbaren eine Verlaufskontrolle einige Monate später. Wenn es den Eltern gelingt, den eindringlichen Rat auf völligen Bildschirmverzicht umzusetzen, werden sie selbst zu diesem Zeitpunkt einen deutlichen Entwicklungsschub bei ihrem Sohn sehen und in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt sein.

Es ist gut zehn Jahre her, dass mir in der neuropädiatrischen Ambulanz zunehmend zwei bis drei Jahre alte Kinder vorgestellt wurden, die einen autistischen Eindruck machten und bereits in den ersten Lebensjahren mehrere Stunden am Tag vor dem Bildschirm verbrachten. Mit meiner Frage, ob es einen „medieninduzierten Autismus“ gibt, wandte ich mich an Prof. Manfred Spitzer, der mir bestätigte, dass einige Studien in diese Richtung wiesen.

Inzwischen kann dieser Zusammenhang – zumindest für einen Teil des dramatischen Anstiegs der Autismus-Prävalenz – als gesichert gelten und hat den Namen „virtueller Autismus“.<sup>1</sup>

Für unsere nichtärztlichen Mitarbeiterinnen in der Praxis ist dies mittlerweile beinahe eine Blickdiagnose, die sie bereits beim Eintreffen der Kinder in der Praxis stellen können.

<sup>1</sup> Spitzer M.: Babys und Bildschirme: Realer oder virtueller Autismus? Editorial Nervenheilkunde 2023; 42: 332–341; DOI 10.1055/a-2022-0301.

Wenn es früh gelingt, die Eltern dazu zu bewegen, Bildschirme konsequent auszuschalten und mit den Kindern in intensiven Kontakt zu gehen, evtl. unterstützt durch Krippe/Kindergarten und Frühförderung, holen viele der Kinder den Rückstand auf.

Bereits einige Jahre zuvor hatten Untersuchungen ergeben, dass Kinder, die im Alter von zwei bis 48 Monaten bei laufendem Fernsehgerät aufwachsen, einen deutlichen Rückstand in der Sprachentwicklung zeigen – nicht nur, weil die Fernsehbilder Wörter überflüssig machen, sondern weil die Erwachsenen bei laufendem Fernsehgerät um rund 7% weniger sprechen als ohne.<sup>2</sup> Ähnlich zeigt eine neuere Studie, dass bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern Bildschirmmedien zu einer Einbuße des aktiven Wortschatzes führen, Hörmedien diesen dagegen fördern.<sup>3</sup>

Dies ist nur ein Bereich, der sehr deutlich die Rolle vermeidbarer schädlicher Einflüsse auf die Entwicklung von Kindern zeigt.

Nach wie vor nehmen wir mehr oder weniger tatenlos hin, dass in Deutschland 1-2 % der Neugeborenen eine fetale Alkoholspektrumstörung haben, welche Defizite in Intellekt, Sprache, Motorik, Koordination, Wahrnehmung, Lern- und Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, sozialen Fertigkeiten und Verhalten mit sich bringt, die zu einer gravierenden Benachteiligung dieser Kinder (und Belastung des Umfeldes) führen.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Christakis DA, Gilkerson J, Richards JA, et al. Audible Television and Decreased Adult Words, Infant Vocalizations, and Conversational Turns: A Population-Based Study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163(6):554–558. doi:10.1001/archpediatrics.2009.61.

<sup>3</sup> Ronninger P, Melzer J, Petermann F, Rennecke L: Medienkonsum mehrsprachig aufwachsender Kinder; Monatsschrift Kinderheilkunde 6/2020; doi.org/10.1007/s00112-019-0666-8

<sup>4</sup> S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen - Diagnostik & Intervention - Living Guideline; <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.

Dieses seit langem beschriebene Störungsbild ist in der Bevölkerung aber noch wenig bekannt. Dennoch fehlen in Deutschland explizit deutliche Warnhinweise für Schwangere auf alkoholhaltigen Getränken. Und immer noch wird für Alkohol geworben.

Auch wird seit Jahren eine Zunahme von Übergewicht und Adipositas beobachtet, die zusammen in Deutschland rund 15 % der Kinder und Jugendlichen betreffen.<sup>5</sup>

Damit einher geht das Auftreten des metabolischen Syndroms. Etwa 30-40 % der adipösen Kinder zwischen fünf und acht Jahren haben bereits erhöhte Insulinwerte und die Inzidenz von Diabetes Typ 2 bei Minderjährigen hat sich in den USA zwischen 2002 und 2018 nahezu verdoppelt. Auch haben Kinder zwischen fünf und fünfzehn Jahren mit Adipositas ein signifikant erhöhtes kardiovaskuläres Risikoprofil im Vergleich zu normgewichtigen Altersgenossen.<sup>6</sup>

Nötig wäre hier ein umfassender Public-Health-Ansatz, der neben vermehrter Bewegung, verringerter Sitzzeit, Begrenzung des Medienkonsums, Veränderung des Essverhaltens und der Ernährungsqualität durch individuelle Schulung auch institutionelle Maßnahmen (in Kindergarten und Schule) und politische Regeln (Zuckersteuer, Werbeverbot) umfassen müsste, um nachhaltig wirksam zu sein.<sup>7</sup> Auf der politischen Ebene aber kann man hier bislang nur systemisches Regierungsversagen konstatieren.

<sup>5</sup> Robert Koch-Institut (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. RKI-Bib1. Robert Koch-Institut

<sup>6</sup> Wenzel E, Stein R, Körner A: Kinder und Jugendliche mit Adipositas: warum wir wen wie behandeln müssen; Monatsschr Kinderheilkd 2025 173:368–376; <https://doi.org/10.1007/s00112-025-02160-6>

<sup>7</sup> Joisten C, Philipsborn P, Starke D, Woll A, Wulff H: Adipositas im Kindes- und Jugendalter – von individueller Prävention bis zu einem Health-in-All-Policies-Ansatz; Monatsschr Kinderheilkd 2025 173:403–411; <https://doi.org/10.1007/s00112-025-02145-5>

Die Liste ließe sich verlängern. Bereits diese wenigen Beispiele aber lassen die Kluft erkennen zwischen dem Bekenntnis des Grundgesetzes zur Würde des Menschen und den Alltagsbedingungen, in denen viele Kinder und Jugendliche aufwachsen. Elterngespräche in der Praxis zeigen dabei immer wieder, dass nicht primär Böswilligkeit, Nachlässigkeit oder Fahrlässigkeit der Eltern dies verursachen, sondern oft Unkenntnis, Hilflosigkeit, eingefahrene Wege und gesellschaftliche Umstände.

Wenn wir es ernst meinen mit der Würde dieser Schutzbedürftigen, mit der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und Wahrung ihrer körperlichen (und seelischen) Unversehrtheit, müssen wir die Eltern in positivem Erziehungs- und Gesundheitsverhalten stärken. Dabei spielt sicher das ärztliche Elterngespräch in der Praxis eine wichtige Rolle. Darüber hinaus aber würden schon kleine Schritte helfen – Werbeverbot, Zuckersteuer, Warnhinweise, Aufklärung –, um wichtige Weichen zur Verbesserung der Situation zu stellen.

Derzeit scheinen die Interessen der Industrie und die Bequemlichkeit der Erwachsenen wichtiger als die Gesundheit und Entwicklung unserer Kinder. Dabei ist unser Verhalten auch unter ökonomischen Gesichtspunkten extrem kurzsichtig.

Denn frühe Intervention zahlt sich aus: Fundierte Analysen aus dem angloamerikanischen Raum zeigen eindrucksvoll, dass viele Bildungs- und Betreuungsangebote in der frühen Kindheit sehr große Nutzen-Kosten-Verhältnisse von bis zu 16 US-Dollar pro investiertem US-Dollar aufweisen.<sup>8</sup>

Wann beginnen wir, einzeln und als Gesellschaft, diese Zusammenhänge wahr- und ernstzunehmen? Und was können wir als Einzelne und auch als ACM tun, um an dieser Stelle Veränderung anzustoßen oder zu fördern?

<sup>8</sup> Schmitz S, Kröger A: Effizienzanalysen frühkindlicher Bildungs- und Betreuungsangebote: Mehr differenzierte Analysen für Deutschland erforderlich; DIW Roundup 112, 2017



**Dr. Eckhard Piegsa**

ist Kinder- und Jugendarzt und Neuropädiater. Er arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in einem Brennpunktstadtteil in Bremen.



**DEN AUFTRAG**

**ERNST NEHMEN**

**\_Würde im missionsmedizinischen Kontext**

von Carsten Krüger



‘Es ist dir gesagt, Mensch,  
was gut ist und was der Herr  
bei dir sucht:  
Nichts anderes als Recht  
[Gerechtigkeit] üben,  
Gemeinschaftssinn lieben  
und aufmerksam mitgehen  
mit deinem Gott.’

(Micha 6,8: Übersetzung nach  
Hans Walter Wolff, Heidelberg (1911-1993))’

Wenn wir über missionsmedizinische Tätigkeit nachdenken, kommen vielen als erste Reaktion Jesu Krankenheilungen (z. B. Matthäus 8 und 9) oder das Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Lukas 10,25-37) in den Sinn. Wir sehen die Not und das Leid unseres Nächsten, wollen helfen und bestenfalls heilen. Wir hoffen, dass wir den leidenden Mitmenschen nicht nur ihre Gesundheit, sondern auch ihre Würde erhalten können. Das Wort vom ‘Christus Medicus’, der Heilung und Heil schenkt, scheint hier auf (1).

Doch was bedeutet Würde in diesem Kontext? Und was haben die Worte des Propheten Micha, gerichtet an das Volk Israel vor mehr als 2500 Jahren, damit zu tun?<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ‘He has showed you, O man, what is good. And what does the Lord require of you? To act justly, to love mercy and to walk humbly with your God.’ (Micha 6,8: Holy Bible, NIV 1984).

<sup>2</sup> Diesen Artikel schreibe ich zu Ende, während ich erneut in Tansania bei einem Weiterbildungseinsatz an einer Universität bin und die aktuellen Nöte und Sorgen der Menschen vor Augen habe.

## Gott verleiht dem Menschen seine Würde

Nach christlichem Verständnis ist die Würde des Menschen uneingeschränkt gültig, von seiner Zeugung bis zum und über den Tod hinaus, zeitlos, unantastbar, universell, inklusiv, allumfassend. Gott hat jeden einzelnen von uns ins Leben gerufen, hat uns mit der Gottesebenenbildlichkeit des Menschen diese Würde auf Dauer verliehen (Genesis 1). Wir müssen uns die Würde nicht verdienen, wir müssen nicht in sie hineinwachsen, wir können sie nicht verlieren. Niemand kann sie zu irgendeinem Zeitpunkt aberkennen, wie dies behauptet wird (2). Der säkulare Bezug auf die Menschenrechte ist ebenso weder aus- noch hinreichend, um die Würde des Menschen umfassend und allgemeingültig zu begründen. Vielmehr ist die UN-Menschenrechtskonvention stark an die christliche Ethik angelehnt (3).

## Praktische Konsequenzen für den missionsärztlichen Einsatz

Wenn wir die obige Einführung zur Würde ernst nehmen, ergeben sich daraus praktische, manchmal schmerzhaft Konsequenzen:

**1.** Grundlegend sollte die Erkenntnis sein, dass wir nicht als die allwissenden Helferinnen und Helfer kommen, sondern Gäste in einem uns meist fremden Land und einer uns eher fremden Kultur sind. Partnerschaftliches, vom christlichen Glauben getragenes Handeln im Beruf und im Privaten anerkennt die Würde jeder einzelnen Person, der wir begegnen (4, 5). Dazu gehört auch, sich mit der Kultur und der Sprache des Gastlandes intensiv auseinanderzusetzen (5, 6). So tragen wir dazu bei, die Ungleichheiten, die stets bei unseren Einsätzen mitschwingen, zu minimieren. Wir zeigen einerseits, dass wir die Menschen ernst nehmen und würdigen, andererseits sind wir besser auf interkulturelle Konflikte vorbereitet.

**2.** Die Würde der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und unserer nationalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfordert ein Höchstmaß an Professionalität und Können in unserer täglichen Arbeit. So wie wir in unserem europäischen Kontext allein schon aufgrund unseres ärztlichen Berufsethos dazu verpflichtet sind, innerhalb des jeweiligen Gesundheitssystems nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu arbeiten, sind wir dies am jeweiligen Missionsort mindestens im gleichen Umfang.

Aus meiner persönlichen Sicht (siehe auch 6, 7) sollten wir nur mit fundiertem theoretischem Wissen, sehr guten klinischen Fertigkeiten und viel Erfahrung als Fachärztinnen und Fachärzte in die Einsätze gehen. Die meist eingeschränkten Möglichkeiten diagnostischer und thera-

peutischer Art vor Ort erfordern ein so hohes Maß an ärztlicher Kunst, dass wir fachlich umfassend vorbereitet sein müssen. Dies bedeutet ebenso, dass wir, wenn irgend möglich, nicht über unsere Fachgrenzen hinaus tätig werden sollten.

**Wir müssen uns bewusst sein, dass wir in der Spannung leben, bestmöglich helfen zu wollen, aber aufgrund mangelnder eigener Möglichkeiten oder widriger Umstände (mangelnde Ressourcen usw.) dies nicht immer können.**

Wir dürfen dann auf Gottes Gnade vertrauen, der uns trägt und neue Perspektiven vermittelt. Diese Sichtweise ist nicht als fromme Ausflucht, sondern Ermutigung zu verstehen: Wir müssen nicht über unsere Kräfte gehen, Gott selbst wirkt durch und in uns.

**3.** Kurzeinsätze christlicher Organisationen, sog. Medical Missions, die u. a. im angloamerikanischen Umfeld durchgeführt werden, sind eher problematisch. Besonders in chirurgischen Fächern erscheint es verlockend, innerhalb kurzer Zeit viele Patientinnen und Patienten zu operieren und ihnen damit neue Chancen im Leben zu eröffnen. Ohne Aus- bzw. Weiterbildungskomponente erweisen sich diese Einsätze als nicht nachhaltig für das nationale Gesundheitspersonal und manchmal auch nicht für die Patienten, denn nicht jede Operation verläuft komplikationslos. Zudem können derartige Einsätze die lokalen Kräfte und die strukturellen Gegebenheiten so sehr belasten, dass die Versorgung der anderen Kranken Schaden nimmt (8, 9). Letztendlich müssen sich die Einsatzkräfte fragen, aus welcher Motivation heraus sie diese Kurzeinsätze durchführen: Geht es ihnen zuvorderst um die kranken Menschen, können sie sich auf deren Not einlassen? Oder stehen eigene Interessen wie Selbstbestätigung/-verwirklichung im Vordergrund?

**4.** In diesem Zusammenhang sind die nach wie vor beliebten Auslandsfamulaturen und PJ-Tertiale in Ländern des Südens nur unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte können in der Regel kaum oder gar nicht fachlich qualifiziert eingesetzt werden, sie benötigen die Unterstützung des Personals vor Ort, um sich zu verständigen, und hoffen oft, Neues zu lernen, was ihnen in der gleichen Form in Deutschland nicht möglich wäre. Dadurch beanspruchen sie die meist spärlichen Ressourcen des Gastlandes jedoch mehr, als dass sie unterstützen können, und sie missachten u. U. die Würde ihres Gegenübers, seien es Personal oder Patienten. Kritisch wird es zudem, wenn ihnen Aufgaben übertragen werden, denen sie nicht gewachsen sind. Dann können Patientinnen und Studierende bleibenden Schaden nehmen. Daher sind diese Einsätze nur zu empfehlen, wenn sie in einem Umfeld stattfinden, in dem Ressourcen für ihre Weiterbildung vorhanden sind (10).

Doch warum nun die Worte des Propheten Micha in diesem Zusammenhang?

## Von der ärztlichen Tätigkeit für die einzelnen Patienten hin zu globaler Verantwortung für Gottes Schöpfung

Der Prophet Micha redet den Herrschern Israels im 8. Jahrhundert v. Chr. ins Gewissen. Die Mächtigen unterdrücken die Untergebenen, nutzen ihre Schwäche aus, nehmen ihnen ihr Recht, missachten ihre Würde, bereichern sich persönlich und führen ein Leben ohne Gott. Er warnt vor den Folgen für die Mächtigen und das ganze Volk Israel, indem er die Wegführung ins Exil prophezeit, was mit der babylonischen Gefangenschaft Wirklichkeit wird.

Auch im 21. Jahrhundert behalten Michas Worte ihre Gültigkeit. Sozioökonomische<sup>3</sup> Ungleichheit und Ungerechtigkeit herrschen unverändert und in eklatantem Ausmaß in der Welt, globale Machtstrukturen verfestigen diese (3, 11). Der rasant fortschreitende Klimawandel trägt zur weiteren Verschlechterung bei (12). Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können, sind die Unterschiede im Bereich der Gesundheitsversorgung nach wie vor enorm. Weniger als die Hälfte der Weltbevölkerung kann auf eine Krankenversicherung zurückgreifen. Die Lebenserwartung in den „Ländern des Südens“ ist deutlich geringer als in den Industriestaaten, der Grad an Unterernährung ungleich höher. Mehr als 95% der Neugeborenen- und Kleinkindersterblichkeit ereignet sich in den „Ländern des Südens“, gleiches gilt für die Müttersterblichkeit (13).

Wenn wir jedoch unseren Glauben wirklich ernstnehmen, können und dürfen wir nicht zu dieser Ungleichheit und Ungerechtigkeit schweigen. Wir sind aufgerufen, aus einer privilegierten Lebenssituation heraus Anwalt für unsere Mitmenschen zu sein und Veränderungen anzustoßen, immer in dem Wissen, dass wir Gott in unserem Gegenüber antreffen und dass Gott durch uns handeln will.

**Natürlich können wir nicht alle Ungerechtigkeit beenden, aber wir können darauf hinwirken. Sei es, dass wir daran mitarbeiten, die Gesundheitssysteme in den Einsatzländern zu stärken, mit Fokus auf wichtige klinische Bereiche wie Kinder- und Frauengesundheit, chronische Erkrankungen, Menschen mit Behinderung; sei es die Stärkung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall oder des Primary-Healthcare-Ansatzes.**

<sup>3</sup> Dieser Ausdruck ist allumfassend gemeint für alle Bereiche des menschlichen Lebens.

Kirchliche Gesundheitsdienste bedürfen aufgrund ihrer Relevanz für die Gesundheitsversorgung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen dabei einer gezielten Unterstützung.

## Konsequenzen für die Mission

Ein letztes Wort zur Würde im missionsmedizinischen Kontext: Wenn wir Gottes Auftrag zur Mission (Matthäus 28,18-20) ernstnehmen, dürfen wir gerne und mit Liebe für den christlichen Glauben werben, nicht nur durch unsere Worte, sondern auch durch unser Handeln. So heißt es in 1. Johannes 2,3-6 sinngemäß: „An ihren Taten sollt ihr sie erkennen!“. Aber wir laden nur ein, Gott selbst wirkt durch uns in der Mission, daher das Wort von der 'Missio Dei'. Im Jahr 2011 haben der Ökumenische Rat der Kirchen (ÖRK), der Päpstliche Rat für den interreligiösen Dialog (PCID) und die Weltweite Evangelische Allianz (WEA) gemeinsam das Dokument „Christliches Zeugnis in einer multireligiösen Welt“ (14) herausgegeben, welches theologisch fundiert praktische Hinweise für Mission im 21. Jahrhundert aufführt. Es lohnt sich besonders für die missionsmedizinische Arbeit, dieses zu lesen.



**PD Dr. med. Carsten Krüger**

ist Privatdozent für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität Witten/Herdecke, Neonatologe, Kindergastroenterologe, hat einen Master of International Health erworben und ist Chefarzt einer Kinderklinik in Westfalen. Seit über 30 Jahren beschäftigt er sich aus wissenschaftlicher, medizinischer und christlicher Sicht mit missionsmedizinischer Tätigkeit und war von 1997 bis 2000 Leiter einer Kinderklinik mit großer Neonatologieabteilung an einem kirchlichen Krankenhaus in Tansania. Er verantwortet bis heute verschiedene Kooperationsprojekte zur Weiterbildung von Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzten in Tansania und Malawi.

## Literaturverzeichnis

1. Jakob B. „Ein Arzt ist uns gegeben...“. Christus Medicus – damals und heute. In: Gesundheit und Heilung. Eine Arbeitshilfe für Gemeinden. Arbeitsheft 4. Hamburg: EMW, 2010; 6-10.
2. Singer P. Practical Ethics. 3rd edition. Cambridge University Press, 2011.
3. Holman SR. Beholden. Religion, Global Health, and Human Rights. Oxford University Press, 2015.
4. Jakob B. Partizipation. Prinzip Jesu und Merkmal christlicher Gesundheitsarbeit. In: Gesundheit und Heilung. Eine Arbeitshilfe für Gemeinden. Arbeitsheft 4. Hamburg: EMW, 2010; 47.
5. Ellis D. Humble thyself: the imitation of Christ in medical missions. Christian Journal for Global Health 2019; 6(2): 44-49.
6. Strand MA, Chen AI, Pinkston LM. Developing cross-cultural healthcare workers: content, process and mentoring. Christian Journal for Global Health 2016; 3(1): 57-72.
7. Smith JD, Holland RP, Phillips JD, Falkenheimer SA. Mobilizing and training academic faculty for medical mission: current status and future directions. Christian Journal for Global Health 2016; 3(2): 168-175.
8. Swanson RC, Thacker BJ. Systems thinking in short-term health missions: a conceptual introduction and consideration of implications for practice. Christian Journal for Global Health 2015; 2(1): 7-22.
9. Andrews S. Identification of current best practices for short-term medical mission trips and adherence to current common principles and guidelines. Christian Journal for Global Health 2020; 7(2): 67-82.
10. Crump JA, Sugarman J; Working Group on Ethics Guidelines for Global Health Training (WEIGHT). Ethics and best practice guidelines for training experiences in global health. Am J Trop Med Hyg 2010; 83(6): 1178-82.
11. OXFAM International. Takers, not makers. The unjust poverty and unearned wealth of colonialism. Oxfam International, 2025.
12. Romanello M et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change. Lancet 2025; S0140-6736(25)01919-1.
13. Amouzou A et al. The 2025 report of the Lancet Countdown to 2030 for women's, children's, and adolescents' health: tracking progress on health and nutrition. Lancet. 2025; 405(10488): 1505-1554.
14. World Council of Churches (WCC), Pontifical Council for Interreligious Dialogue (PCID), World Evangelical Alliance (WEA). Christian Witness in a Multi-Religious World. Recommendations for Conduct. Geneva: WCC, 2011.



MIT GOTT ERLEBT

# LICHT IM SCHATTEN

## \_Aus einem Praktikum in der Psychiatrie

Als Studentin hatte ich ein Wochenpraktikum in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nach dem ersten Tag habe ich mich gefragt, wie ich die Woche packen sollte, da mir die Atmosphäre gedrückt, schwer und dunkel vorkam. Es gab viele Kinder, die den Lebenssinn für sich nicht sehen konnten. Es tat mir in der Seele weh, so viele junge Menschen so hoffnungslos zu sehen.

Ich fragte mich, wie Gott in dieser Situation sichtbar werden könnte. Ich wünschte mir, dass ich ihnen sagen könnte, wie wertvoll, geliebt und kostbar sie sind und welche gute Pläne Gott für jedes einzelne Leben hat (Jeremia 29,11). Es fiel mir schwer, während der Visiten die Kinder innerlich zu segnen und jedes im Gebet vor Gott zu bringen. Durch das Nutzen eines Fehlertages wollte ich die Praktikumswoche sogar verkürzen ...

An dem besagten Tag, an dem ich eigentlich nicht kommen wollte, verspürte ich jedoch einen starken Drang hinzugehen. Der Tag begann wie die anderen. Bei der Visite eines Kindes war anfangs noch die Zimmernachbarin da, die vertieft am Schreibtisch etwas las. Als das Mädchen wegen der Visite rausgeschickt wurde, sah ich, wie sie sich das Buch

unter den Arm klemmte und es ganz dicht an sich hielt. Ich konnte leider nicht sehen, was es war. Nach der Visite fiel mir auf, dass das Mädchen das Buch den ganzen Tag überall mit hinnahm – beispielsweise auch beim Spielen mit den anderen Kindern. Meine Neugier war nun geweckt, und ich erhaschte im Vorbeigehen einen Blick auf den Buchrücken. Es war eine Bibel. In meinem Kopf waren viele Fragen: „Wie kann ein Kind, das unter Depression leidet und hoffnungslos scheint, gleichzeitig in der Bibel lesen?“

Bevor der Tag zu Ende ging, fasste ich Mut und ging auf das Mädchen zu. Mir kam der Impuls, ihr zu sagen, dass ich es schön finde, dass sie die Bibel liest. „Ich tue das auch“, fügte ich hinzu. Es gab keine Antwort, aber plötzlich wandte sich ihr Blick mit einem Strahlen mir zu. So lernte ich, dass auch wir eine Gemeinsamkeit hatten.

Mir hat Gott durch dieses Erlebnis gezeigt, dass er da ist. Immer. In jeder Situation. Auch in Leid, in Krankheit, in Schmerz, in Dunkelheit. Jesus selbst war Leid nicht unbekannt. Er litt am Kreuz für uns – für die Welt. Es fällt uns vielleicht schwer, das zu begreifen, aber sein Versprechen gilt: Er lässt seine Kinder niemals allein.

„Das Licht leuchtet in der Finsternis, und die Finsternis hat es nicht auslöschen können.“ Johannes 1,5



**Lauren Idahosa**

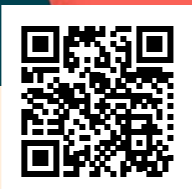
ist Studentin im PJ in Bonn.



# CHRISTLICHE

# VORSORGEPLANUNG

\_Ein Kurs für Gemeinden



„Lehre uns bedenken,  
dass wir sterben müssen,  
auf dass wir klug werden“  
(Ps 90,12)

Mit diesem Kursmaterial laden wir alle ACMLer herzlich ein, gehaltvolle Seminare zum Thema Vorsorgeplanung in euren Kirchengemeinden zu gestalten. Alles, was ihr dazu braucht, findet ihr auf der Homepage: Den Text für die Referierenden, die Beamerfolien sowie einen einführenden Film als Werbetrailer. Nutzt das Material gerne so flexibel, wie ihr es braucht.

- + Krankheit oder Unfall können dazu führen, dass Menschen nicht mehr selbst über ihre Behandlung entscheiden können. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind hilfreich, reichen aber oft nicht aus.
- + Das Konzept des **Advance Care Planning (ACP)** geht weiter: Es hilft, sich bewusst mit Fragen zu Lebensqualität und Behandlungswünschen auseinanderzusetzen und darüber mit einer Vertrauensperson im Gespräch zu bleiben.
- + Unser Kurs **Christliche Vorsorgeplanung am Ende des Lebens** erweitert ACP um eine christliche Perspektive: Das Leben als Geschenk sehen und Entscheidungen im Vertrauen auf Gott treffen.
- + Das Material ist frei zum Download verfügbar und kann in verschiedenen Gemeindekontexten als Kurs eingesetzt werden. Als Referenten eignen sich besonders Menschen in medizinischen, sozialen oder theologischen Berufen.

Material zum Download unter:  
[www.christliche-vorsorgeplanung.de](http://www.christliche-vorsorgeplanung.de)

## TERMINE

8.–10.  
MAI  
2026

Zwischen Gnade und Anspruch –  
Was gibt mir Wert?

24. Tagung für Berufseinsteiger  
Marburg ▶ [acm-deutschland.de](http://acm-deutschland.de)

22.–25.  
MAI  
2026

Soli deo gloria

Akademikon  
Schwäbisch Gmünd ▶ [akademikon.de](http://akademikon.de)

9.–11.  
OKT  
2026

Mission 360° – Von überall nach überall  
und wir mittendrin

SMD Herbstkonferenz  
Marburg ▶ [smd.org](http://smd.org)

4.–6.  
DEZ  
2026

A Heart Like His – von Gott erfüllt  
Medizin gestalten

30. ACM-Studierendentagung  
Bad Homburg ▶ [acm-deutschland.de](http://acm-deutschland.de)



Du willst das Heft in Zukunft  
nur noch digital erhalten?  
Kurz scannen und ummelden.

## IMPRESSUM

Das *acm* Journal wird herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft christlicher Mediziner,  
einer Fachgruppe der Akademiker-SMD.

Redaktion:  
Dr. Debora Langenberg,  
Dr. Constantin Goldmann,  
Michael Fritz, Dr. Andreas Rost,  
Dr. Nadine Sprodowski

Gestaltung:  
Claudia Holmer | [www.holmer-design.de](http://www.holmer-design.de)

Auflage:  
1.000

Bildnachweis:  
freepik.com © New Africa (Titel)  
Alle weiteren, wenn nicht anders angegeben, privat/ACM-Archiv.



Eine Fachgruppe der akademiker\_smd

**ACM**

Vorstandsvorsitzender:

**Prof. Dr. Adrian Pilatz** (V. i. S. d. P.)

**ACM-Sekretariat**

Schützenstraße 39 | 35039 Marburg

Fon 01556 8274907

Mail [info@acm-deutschland.de](mailto:info@acm-deutschland.de)

[www.acm-deutschland.de](http://www.acm-deutschland.de)

**Spendenkonto:**

SMD e. V. | Ev. Bank Kassel

IBAN: DE75 5206 0410 0000 8004 57

BIC: GENODEF1EK1

Verwendungszweck: ACM



Banking-App öffnen  
und spenden!

