

HEILUNG

Versprechen und Berechtigung

Prof. Dr. med. Santiago Ewig

Beitrag zur interdisziplinären Ringvorlesung
„Der Mensch im Zeichen des therapeutischen Klonens“
Institut für Philosophie der Ruhr-Universität Bochum
2.5.2005

I.

Heilung als Modell der Zielbestimmung der Medizin

Kinder, die das Glück erfahren, gesund auf unsere westliche Welt gekommen zu sein, erleben Krankheit am häufigsten im Rahmen von Infektionen, zuweilen im Rahmen von Verletzungen. Diese ganz überwiegend selbstlimitierend verlaufenden Infektionen der oberen und unteren Atemwege, der Ohren und des Gastrointestinaltrakts sowie die kleineren Verletzungen begründen erste Erfahrungen des Heraustretens aus dem Alltag durch Krankheit, des Schmerzes, der Angst, der Sehnsucht nach Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, nach Heilung. Das Kind wird wieder gesund. Im nachhinein wird – vor allem bei Schulkindern – noch einige Wehmut in der Erinnerung an einige Vorzüge des Krankseins wach, an das, was Psychologen den sekundären Krankheitsgewinn nennen, an außerordentliche Zuwendung eben. Eine kurze Krankheit hat eben auch ihre Vorzüge.

Glücklich die Kinder, die lange Zeit nur diese Krankheitserfahrung kennen und entsprechend immer mit Heilung rechnen. Dennoch entwickeln auch kleine Kinder sehr früh eine Ahnung, dass es mit der Heilung nicht so selbstverständlich sein könnte. Folgende Geschichte mag das illustrieren:

Ein kleines Mädchen besuchte zusammen mit seiner Mutter ihre schwer kranke Tante, die sich seit Monaten in einem Zustand des „Coma vigilé“ befand, in einem Pflegeheim. Ein Gips, den das Mädchen wegen eines Armbruchs angelegt bekommen hatte, war vor wenigen Tagen abgenommen worden. Dieser bunt bemalte Gips hatte ihren Arm gesund gemacht, so dachte das Mädchen, warum sollte er nicht auch meine Tante gesund machen können? Also brachte das Mädchen den Gipsabdruck ihrer Tante mit. Als sie ihre Tante dann sah, legte sie vorsichtig den Gips an ihr Bett und schwieg. Auf dem Nachhauseweg fragte sie die Mutter: „Wird sie denn wirklich wieder gesund werden?“

Andere, weniger vom Glück verwöhnte Kinder, die mit Behinderungen auf die Welt kommen, wissen von vorneherein, dass Krankheit eine Macht ist, die in ihrem Fall ihr Leben bestimmen wird, und dass sie ihre Krankheit anzunehmen lernen müssen. Vermutlich erfahren Kinder aus weniger entwickelten Ländern ebenfalls sehr früh einen anderen Zusammenhang von Krankheit und Heilung, der unseren Kindern lange verborgen bleibt: den von Krankheit durch Elend und Gewalt, und den von verhinderter Heilung durch Elend und Gewalt.

In jedem Fall machen alle Kinder die Erfahrung vom Kranksein und Wiedergesundwerden, und es darf vermutet werden, dass diese Grunderfahrung die Erwartungen an die Medizin sehr weitgehend prägt. Wenn von Heilung gesprochen wird, steht dem Laien mutmaßlich in der Regel das Bild der Heilung von Infektionskrankheiten bzw. von Verletzungen vor Augen. Alles wird wieder, wie es vorher war – das ist das Bild von Heilung, das vorherrschend ist. Möglicherweise ist es genau diese Vorstellung, die sogar ein wichtiges Motiv zur Wahl des Arztberufes darstellt.

Schon die Verletzungen hätten allerdings mit ihren möglichen Narben einen Hinweis geben können, dass natürlich nicht wieder alles so wird, wie es vorher war. Aber wichtiger noch ist die Frage: wo ist die andere Erfahrung geblieben, die z.B. das Kind mit ihrer Tante und dem Heilmittel des Gipsabdrucks gemacht hat? Diese Krankheitserfahrung bleibt überwiegend unbearbeitet, unbeantwortbar, Unbehagen bereitend, ein Begleiter durch das Leben bis zur eigenen schweren Krankheit. Ein Bündnis der Medizin in ihrer vorherrschenden Außendarstellung als kontinuierlich Fortschritte machende Technik der Krankheitsbeherrschung und des Laien in seiner Sprachlosigkeit gegenüber den Erfahrungen schwerer Krankheit um ihn herum bewirkt die Möglichkeit, um diese Fragen einen großen Bogen zu machen und gleichzeitig von der Technik sich Heilung im Kindheitssinne zu erhoffen. Und tatsächlich lassen sich auch einige Beispiele dafür anführen, dass die moderne Medizin bisher unheilbare Krankheiten heilen kann. Sollten diese Erfolge daher nicht Modell für die Zielbestimmung der Medizin sein – Heilung?

II.

Die Ungewöhnlichkeit der Heilungsperspektive

In der gesellschaftlichen und politischen Diskussion um die ethische Bewertung bestimmter neuer Biotechnologien in der Medizin spielt die Perspektive der Heilung jedenfalls eine hervorgehobene Rolle. So wurde in der Debatte um die Forschung an embryonalen Stammzellen von Befürwortern dieser Forschung regelmäßig die Aussicht auf eine Heilung besonders schwerer Erkrankungen des ZNS herausgestellt, darüber hinaus bereits das Konflikt-Szenario entworfen, das entstünde, wenn in Zukunft Heilungsoptionen als Ergebnis einer im eigenen Land ethisch nicht zugelassenen Forschung zur Verfügung stünden. Die Anführung einer Heilungsperspektive ist jedoch – entgegen einem nahe liegenden Vor-Urteil von medizinischen Laien – keineswegs selbstverständlich, wenn neue

Forschungszweige eingeführt und ethisch bewertet werden. Dies gilt umso mehr, wenn es um Forschung an Erkrankungen geht, für die noch gar keine wirksame Therapie zur Verfügung steht. Zieht man das Beispiel der Alzheimer-Demenz heran, so ist zuletzt eine medikamentöse Therapie entwickelt worden, die das Fortschreiten des dementiellen Abbaus um etwa ein Jahr hinauszögert. Diese – ethisch nicht unproblematische – Therapie wurde von vorneherein als eine palliative Therapie eingeführt und ethisch gerechtfertigt, und eine Heilungsperspektive ist nicht Teil der mir ihr verknüpften Erwartungen. Die Alzheimer-Demenz gehört nun aber auch in die Reihe der Erkrankungen, bei denen das Potential der embryonalen Stammzellen ein Anwendungsfeld finden könnte. Dennoch wurde bei der Hinzuziehung dieser Erkrankung als potentielles Anwendungsgebiet ungleich der medikamentösen Therapie weniger das palliative Potential als vielmehr die Heilungsperspektive der embryonalen Stammzellforschung hervorgehoben. Ein zusätzlicher Vergleich mit Beiträgen von Forschern auf dem Gebiet der adulten Stammzellen zeigt, dass diese nüchterner von Chancen dieser Technologie sprechen, überhaupt ein therapeutisch relevantes Ergebnis zu erbringen. Es wird somit deutlich, dass die neue Biotechnologie der embryonalen Stammzellforschung ihre ethische Anziehungskraft gerade dadurch zu gewinnen sucht, dass sie einen Durchbruch, ja einen Wechsel der Ebenen verheißt, der mit bisherigen Techniken nicht zu erzielen ist. Die embryonale Stammzellforschung fordert demnach die im normalen Wissenschaftsbetrieb ungewöhnliche Frage heraus, welches Potential der Heilung eine Therapie hat, und welche Veränderungen ethischer Standards notwendig sind, um diese Heilungspotentiale auch zu realisieren.

III.

Phänomenologie der medizinischen Handlungstypen und der Heilung

Die Besonderheit der Einführung einer Heilungsperspektive wird noch deutlicher, wenn wir eine Übersicht über aktuelle Handlungsfelder der klinischen Medizin gewinnen. Etwas vereinfacht lassen sich sechs Typen aktueller medizinischer Praxis unterscheiden. Diese umfassen die Notfallversorgung, Symptomlinderung, Krankheitskontrolle und Kuration als Teile der klinischen Medizin, die Vorsorge als Teil der präventiven Medizin und die Intensivierung des Lebensgenusses als Teil der „Life-style“-Medizin.

Innerhalb der klinischen Medizin ist die Notfallversorgung sozusagen die medizinische Basisleistung, der Fragen nach den Aussichten einer Behandlung äußerlich bleiben müssen, zumindest solange diese in der Akutsituation nicht eindeutig beantwortet werden können. Eine Symptomlinderung wird in den Fällen zum Ziel medizinischen Handelns, wenn ein Krankheitsstand oder – verlauf nicht beeinflusst werden kann und lediglich eine Minderung des damit verbundenen Leids möglich und sinnvoll erscheint. Die Krankheitskontrolle als Minimierung der Morbidität und Letalität akuter und chronischer Erkrankungen sowie als sekundäre Prävention mit dem Ziel der Minimierung der Folgen überwiegend chronischer Erkrankungen sind aktuell das quantitativ wichtigste Handlungsfeld der klinischen Medizin. Für die meisten akuten und chronischen Erkrankungen sind entsprechende Konzepte der Krankheitskontrolle definiert.

Kurative Ansprüche sind demgegenüber immer noch eher die Ausnahme als die Regel. Innerhalb der kurativen Ziele lassen sich weitere drei Typen unterscheiden. Die „Restitutio ad integrum“ ist wörtlich genommen die Rückkehr zum ursprünglichen heilen Zustand. Sie kann auch ohne medizinische Intervention beobachtet werden, etwa wenn eine Infektionskrankheit nach schwerem Verlauf durch die körpereigene Immunität unter Kontrolle kommt und sich Gesundheit wieder einstellt. Medizinische Interventionen unterstützen in diesem Fall entsprechende körpereigene Genesungskräfte; in unserem Beispiel reduzieren antimikrobielle Substanzen die Keimlast, unterbrechen inflammatorische Prozesse und machen es damit der körpereigenen Immunität leichter, die Infektion zu überwinden. „Restitutio ad integrum“ ist tatsächlich die älteste Form der Heilung, eine Wieder-Herstellung der Gesundheit, somit eine „bewahrende“ Heilungsleistung. Tatsächlich spielen sich solche Heilungen spontan mit Abstand am häufigsten im Rahmen von Infektionen ab, gelegentlich bei Immunregulations-Erkrankungen, seltener bei Traumen, in extremen Ausnahmefällen bei manifesten Tumoren.

Den Heilungen in der Onkologie haftet tatsächlich etwas Artefizielles an. Ohne Therapie bestehen in der Regel keine Heilungschancen, und eine dauerhafte Tumorkontrolle durch Remissionen ist meist ebenfalls nicht möglich. Durch eine zytotoxische Therapie werden Tumorzellen und gesunde Zellen gleichzeitig vernichtet. Diese Therapien gehen daher häufig sogar mit einer relevanten Therapie-assoziierten Letalität einher. Ob nach der Erzielung auch einer kompletten Remission eine Heilung erzielt wurde oder nicht, kann erst der weitere Verlauf zeigen. Der korrekte Sprachgebrauch für einen kurativen Heilungsanspruch entspricht daher der Bezifferung der Wahrscheinlichkeit einer Fünf- (manchmal Zehn) Jahres-Heilungsrate. Aber auch dann können Folgeprobleme auftauchen, etwa durch ein erhöhtes Risiko eines Zweittumors durch die zytotoxische Chemo- oder die Radiotherapie.

Dennoch kann auch in der Onkologie in einem hohen Anteil der erzielbaren Heilungen von einer „Restitutio“ gesprochen werden, wenn – einmal abgesehen von Operations- oder Bestrahlungsnarben sowie Psychotraumen – die Wiederaufnahme des Lebens in bisheriger Gesundheit wieder ermöglicht wird. Welcher Anteil der körpereigenen Immunität im Rahmen der Tumorthherapie zukommt, ist schwer einzuschätzen; er ist kleiner als bei Infektionskrankheiten, aber möglicherweise bedeutsamer als aktuell angenommen.

Beim dritten Heilungstyp, dem Ersatz solider Organe durch Transplantation, handelt es sich um eine ganz und gar artefizielle Intervention. Bisherige Interventionen der Krankheitskontrolle werden abgebrochen und durch einen Organersatz verändert. Auch diesen Interventionen kommt eine (je nach Organ unterschiedlich hohe) Transplantations-assoziierte Letalität zu. Artefiziell ist nicht nur die Transplantation körperfremder Zellen oder Organe, das (erneut je nach Organ unterschiedlich hohe) Risiko akuter oder chronischer schwerer Komplikationen nach der Transplantation, sondern auch die Notwendigkeit, über lange Zeit, häufig lebenslang die Toleranz der Zell- oder Organspende durch Immunsuppression zu erhalten. Von einer „Restitutio“ kann nicht mehr gesprochen werden, hier wird vielmehr ein Neubeginn unter grundsätzlich veränderten Bedingungen eröffnet. Die Heilungsleistung ist nicht mehr „bewahrend“, sondern vielmehr „neu eröffnend“. Die Tatsache, dass Transplantationen solider Organe meist nicht Heilung, sondern die Überführung in einen Zustand der chronischen Überwachungs- und Therapienotwendigkeit bedeuten, also erneut Krankheitskontrolle ausgeübt werden muß, macht die Zwischenstellung der Transplantation solider Organe als Intervention zwischen Heilung und Krankheitskontrolle aus. Insoweit das für z.B. onkologische 5-Jahres-Heilungen gilt, ergibt sich auch für diese eine entsprechende Zwischenstellung. Das Ungenügen an dieser Art Heilung macht deutlich, warum die Stammzell-Forschung soviel Attraktivität als Forschungsperspektive gewinnt.

IV.

Neue Biotechnologien innerhalb der medizinischen Handlungsfelder

Wie fügen sich nun die neuen Biotechnologien innerhalb der genannten medizinischen Handlungsfelder ein? Sie spielen aktuell keine Rolle innerhalb der Notfallversorgung und Symptomlinderung sowie innerhalb der „Life-Style“-Medizin. Innerhalb der kurativen Handlungsfelder bestehen Perspektiven für biotechnologisch generierte Medikamente, so etwa in der Infektiologie durch Modifikation des inflammatorischen Prozesses, durch Identifikation von Risiko-Genotypen als Empfänger bestimmter Immunmodulationen u.a.. In der Onkologie haben Medikamente, die eine Re-Differenzierung tumorös entdifferenzierter Zellklone bewirken, bereits konventionelle Therapien revolutioniert und Heilungen ermöglicht, die einer „Restitutio ad integrum“ sehr nahe kommen. Immunmodulierende Interventionen kommen desweiteren bereits in weiterem Umfang zur Krankheitskontrolle zum Einsatz, so z.B. in der Rheumatologie. Biotechnologisch generierte Medikamente greifen hier nicht in bisher nicht gekannte Anwendungen aus und sind somit selbst im Falle sich einstellender Heilungspotentiale nur Spezialfälle innerhalb bestimmter klinischer Handlungsfelder.

Konzepte der Gentherapie stehen in ihrem Anspruch zwischen Krankheitskontrolle und Heilung, da noch durch kein klinisches Beispiel belegt und somit noch nicht absehbar ist, ob durch eine Gentherapie tatsächlich Heilungen chronischer Erkrankungen bzw. vor Ausbildung chronischer Erkrankungen vollständige Korrekturen bestimmter genetisch bedingter Defekte ermöglicht werden können. Die Heilungsperspektive ist der Gentherapie insofern sachlich immanent, als die Gentherapie am Beginn einer Pathogenese angreift, insofern diese genetisch beschreibbar ist. Die potentielle Heilung durch Gentherapie ist eine nachholende „Restitutio“: die Wiederherstellung der Funktion eines vorhandenen genetisch defekten Organs durch Einbringen einer genetischen Funktionsbedingung, somit die Herstellung eines Gesundheitszustands, den es in dieser Form vorher noch nicht gegeben hat. Eine Parade-Indikation für diese Therapieform ist die Mukoviszidose. Freilich muß sich noch erweisen, ob tatsächlich Heilungen durch die Gentherapie möglich sind, oder ob nicht doch weiterhin Symptomkontrolle zusätzlich erforderlich bleiben wird. Bisherige Erfahrungen mahnen zur Vorsicht, sowohl technisch als auch forschungsethisch. Die Heilungsperspektive der Gentherapie als „re-konstruktive Restitutio“ allemal faszinierend genug, um nicht Versuchungen der Leichtfertigkeit und Hybris zu eröffnen. Immerhin trägt in den Diskussionen um unerwartete unerwünschte Wirkungen der Gentherapie die enttäuschte Heilungsperspektive nicht zur Delegitimierung dieser Technologie bei. Auch limitierte Erfolge im Sinne einer Verringerung der Folgen eines genetischen Defekts würden medizinisch akzeptiert, sofern keine mindestens vergleichbare Alternativen zur Verfügung stehen und die Sicherheit des Verfahrens als erwiesen gelten kann.

Auf dem Gebiet des Zell- oder Gewebersatzes birgt die Stammzelltechnologie das Potential, die Transplantation in ihrer Ambivalenz von Heilung und Krankheitskontrolle zugunsten des

Organersatzes aus eigenen adulten Stammzellen oder aus fremden embryonalen Stammzellen zu verlassen sowie diese Art des Organersatzes auf andere Erkrankungen auszuweiten, die durch einen Verlust von bestimmten Zellfunktionen gekennzeichnet sind (z.B. ZNS-Erkrankungen wie M. Parkinson, amyotrophe Lateralsklerose, M. Alzheimer, Atherosklerose). Wie im Falle der Gentherapie ist die Heilungsperspektive sachlich immanent, da das Ziel der Intervention auch hier sehr grundsätzlich an der Wurzel des Problems angreift, aber nicht notwendigerweise zur Rechtfertigung dieser Intervention erforderlich. Im Unterschied zur Gentherapie ist die potentielle Heilung durch Stammzell-Ersatz jedoch eine „rekreative Restitutio“: während ihr eine „bewahrende“ Heilung nicht möglich ist, zielt sie ab auf eine „Neuherstellung“ einer irreversibel geschädigten und kurzfristig nicht mehr aufrechtzuerhaltenden Organfunktion. Diese rekreative Interventionsweise erinnert an die Träume des Jungbrunnens; der utopische Charakter dieser Intervention ist evident.

Grundsätzlich neue Perspektiven ergeben sich auf dem Gebiet der Vorsorge im Rahmen der primären Prävention durch das Interventionsgebiet der Präimplantationsdiagnostik und –therapie. Solange die Präimplantationsdiagnostik therapeutisch lediglich mit einer Verwerfung eines als „defekt“ identifizierten Embryos antworten kann, tritt anstelle von Therapie einer Krankheit die Selektion einer gesunden Embryos (bzw. Verwerfung anderer Embryonen aufgrund einer Krankheitsanlage) auf den Plan. Der Unterschied zur gewohnten Präventionsintervention wird deutlich durch Vergleich mit der ebenfalls neuen Intervention einer Genkartierung von Krankheitsrisiken von Neugeborenen. Diese hat in Ermangelung einer Therapie zur Zeit noch keine therapeutische Konsequenz; im Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik erscheint die Konsequenz einer Selektion bereits geborenen Lebens undenkbar.

V.

Stellung der Heilung im Leitbild der Medizin

Der phänomenologischen Herausarbeitung unterschiedlicher Handlungsfelder der medizinischen Praxis, speziell unterschiedlicher kurativer Interventionstypen schließt sich die Frage an, in welcher Beziehung diese zum theoretischen Leitbild der Medizin stehen. Hier muß zunächst festgestellt werden, dass ein solches allgemein oder überwiegend anerkanntes ausformuliertes Leitbild nicht zur Verfügung steht. Der „Hippokratische Eid“ war lange Zeit ein solches Leitbild, hat jedoch spätestens mit Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nur noch die symbolische Bedeutung einer allgemeinen Rückbindung der ärztlichen Praxis an ethische Grundsätze gehabt. Im amerikanischen Raum gibt es Bestrebungen zu einer Neuformulierung eines ärztlichen Leitbildes, ohne dass dieses bisher außerhalb Amerikas auf eine nennenswerte Resonanz gestoßen wäre.

Die medizinische Forschung und Praxis vollzieht sich heute im "mainstream" weitgehend selbstevident auf dem Boden naturwissenschaftlicher und biometrischer Methodik. Selbst die Grundlagen dieser Methodik sind bei klinischen Forschern bzw. Klinikern selten Gegenstand kritischer Reflexion. Übergreifende Aspekte medizinischen Handelns kommen meist lediglich als spezialisierte Randgebiete in Form z.B. von Bioethik zur Sprache. Insofern die Bioethik dabei eine weitere weitgehend selbstreferentielle Expertenkultur konstituiert, die keine Einbindung in die Strukturen medizinischer Forschung und Praxis erfährt, kommt ihr lediglich eine kompensatorische Funktion zu. Sie neigt dann dazu, bereits vollzogene medizinische Praxis nachträglich ethisch zu legitimieren.

Dies heißt nun allerdings nicht, dass die zeitgenössische westliche Medizin nicht von bestimmten Vorstellungen von Krankheit und Heilung getragen ist. So wird man allgemein sagen können, dass es für die medizinische Wissenschaft keine Vorstellung über eine mögliche prinzipielle Grenze der Prävention und Therapie von Erkrankungen gibt. In diesem Sinne wirbt etwa die amerikanische Fachgesellschaft „American Thoracic Society“ für eine „world without lung disease“. In dieser Perspektive ist es im Prinzip eine Frage der Ideen, des materiellen Einsatzes und der Zeit, dass Lungenerkrankungen allesamt verhütbar und / oder heilbar sind. Diese Überzeugung leitet offenbar vielfach auch die forschende Pharmaindustrie. So kündigt der Vorsitzende eines global players in der Pharmaindustrie in einem Interview zur Marktstrategie seiner Firma in der Gesundheitsbranche an, in 20 Jahren seien alle onkologischen Erkrankungen heilbar, entsprechend groß seien der zu erwartende Innovations- und Investitionsbedarf, aber auch die Gewinnchancen. In den mitunter recht stereotyp verfassten Einleitungen zu klinisch-wissenschaftlichen Artikeln findet sich nicht selten der Hinweis, dass die Letalität der in Frage stehenden schweren Erkrankungen trotz vieler Fortschritte immer noch inakzeptabel hoch sei, was nun diesen oder jenen wissenschaftlichen Ansatz begründe („Despite considerable progress there is still an inacceptably high mortality ...“). In dieser Diktion kann somit eine Letalität allenfalls akzeptabel sein, wenn sie um ein Vielfaches geringer ist, als das aktuell der Fall ist. Der wichtigste Endpunkt klinischer Studien ist im allgemeinen die Letalität („mortality“). Dies ist nicht nur darin begründet, dass dieser Parameter am einfachsten zu erfassen ist, sondern

vornehmlich darin, dass eine allgemeine Akzeptanz einer neuen Therapie in der medizinischen Gemeinschaft am ehesten gegeben ist, wenn eine Reduktion der Letalität nachgewiesen worden ist. Dies gilt besonders für außergewöhnlich kostenintensive medizinische Interventionen. Daran ändert auch nichts, dass die „Lebensqualität“ als zweiter wichtiger Endpunkt zur Prüfung medizinischer Interventionen zunehmend in den Blick gekommen ist. Schließlich stellen Gesundheit und ein langes Leben offenbar auch für die Gesellschaft ein außerordentlich hohes Gut dar; diese hohe Wertschätzung lässt sich gut daran ablesen, dass Gesundheit als hohes Gut in der Werbung zum Thema gemacht wird. So wirbt ein großer Pharmakonzern heute mit dem Slogan: „Alles für die Gesundheit“.

Diese in die Zukunft vollständig offene Perspektive medizinischen Handelns korrespondiert mit dem Kern medizinischer Utopien, den einst Ernst Bloch in seinem Werk „Das Prinzip Hoffnung“ herausgefiltert hat. Bloch schreibt: „Der Satz darf letztlich gewagt werden: gerade weil der Arzt, auch am einzelnen Krankenbett, einen fast wahnwitzigen utopischen Plan vor sich latent hat, weicht er ihm scheinbar aus. Dieser endgültige Plan, der letzte medizinische Wunschtraum, ist nichts Geringeres als Abschaffung des Tods.“ In utopisch so erschöpften Zeiten wie heute wird niemand einem solchen Projekt ausdrücklich zustimmen. Der Sinn der Aussage sollte auch weniger so verstanden werden, als sei dieser Plan ein realer; vielmehr drückt sich hier die Erkenntnis aus, dass sich die Medizin offenbar weigert, eine Todesgrenze als prinzipielle für ihre Ziele anzuerkennen. Bestechend aktuell an Blochs Formulierung ist, dass er von einem am Krankenbett ausweichenden Arzt spricht, den dennoch ein utopischer Plan leitet. Man kann sagen, dass heute sowohl der Arzt am Krankenbett als auch die medizinische Wissenschaft diesem Plan ausweichen, obwohl sie zumindest methodisch offensichtlich von ihm geleitet sind. In der Perspektive dieses „endgültigen Plans“ ist die rekreative „Restitutio“ dem Endziel einer Abschaffung des Todes am nächsten, weil sie mit der – wieder nach Ernst Bloch – dieser Utopie komplementären medizinischen Utopie zusammenhängt, nämlich „dem schließlichen Umbau des Leibes“. Während die bewahrende, neu eröffnende und nachholende „Restitutio“ allesamt Gesundheit nur zurückgeben bzw. auf einer neuen Ebene wieder ermöglichen, beherbergt die Re-Kreation zweifellos im Kern das Potential einer Sprengung bisheriger Grenzen der *conditio humana*.

Man kann demnach Blochs Diktum so umformulieren, dass der „endgültige Plan“, der letzte medizinische Wunschtraum, nichts Geringeres ist als die Abschaffung der Krankheit.

VI.

Folgen des medizinisches Leitbilds der Abschaffung von Krankheit und Tod

Wem solche Utopien absurd vorkommen, sollte zumindest nicht unterschätzen, welche Bedeutung diesen unausgesprochenen Utopien forschungspolitisch und in der medizinischen Ethik zukommt. Heilungsperspektiven haben sich bisher nahezu natürlwüchsig und zufällig im Strom wissenschaftlicher Innovationen ergeben und ergeben sich ständig neu, ohne selbst Gegenstand der Reflexion zu werden. Heilungsperspektiven scheinen sich heute hingegen mit zunehmenden Erfolgen der Medizin als Programm formulierbar zu werden.

Je erfolgreicher die Medizin jedoch wird, desto mehr stellt sich die Frage nach den Folgen des Erfolgs. Eine wichtige Folge des Erfolgs ist eine sich kontinuierlich verlängernde Lebenserwartung, eine damit korrespondierende Erhöhung der Morbidität im Alter sowie die Frage, wie und woran Menschen in Zukunft denn versterben sollen. Die bisherigen (wieder unausgesprochenen, aber weithin handlungsanleitenden) Tendenzen einer Antwort der Medizin sind zweifach. Zum einen brauchen die älter werdenden Menschen mehr Medizin. Die Selbstverständlichkeit, dass mehr Medizin für Ältere nur durch einen höheren ökonomischen Aufwand ermöglicht wird, den Jüngere zu erwirtschaften haben, hat erst zuletzt angefangen, zum Thema zu werden und prompt einen latenten Konflikt zwischen Jüngeren und Älteren zu Tage gebracht. Zum anderen sollen die Menschen selbst bestimmen dürfen, wann sie aus dem Leben scheiden; die Medizin soll ihnen dabei ggf. aktiv helfen dürfen. Während auf der einen Seite also eine (qualitativ biometrisch bewertete) Lebensverlängerung Ziel medizinischen Handelns ist, zeichnet sich für das hohe Alter das Programm des selbstbestimmten Todes mit Hilfe der Medizin ab.

Wo die Medizin an ihre aktuellen Grenzen kommt, neigt sie demnach dazu, Hilfe zur aktiven Beseitigung dieser Grenzen zu leisten. Aus dieser Sicht gibt es demnach einen inneren Zusammenhang der revitalisierten, bisher unausgesprochen leitenden medizinischen Utopie der Abschaffung der Krankheit mittels Zellersatz, vorgeburtlicher Embryonenselektion und aktiver Sterbehilfe. Dieser Zusammenhang besteht in der Vorstellung, zumindest im Prinzip sei Gesundheit

herstellbar und Krankheit beseitigbar, langes und immer längeres Leben machbar und der Tod eine fremde Grenze, die noch anzuerkennen unumgänglich, die zu erleiden aber überflüssig ist.

Wenngleich somit die Abschaffung der Krankheit weniger anspruchsvoll als die Abschaffung des Todes erscheint und somit in der Perspektive technischen Fortschritts ein prinzipiell erreichbares Ziel, hängen diese beiden Ziele eng miteinander zusammen. Die Abschaffung der Krankheit ist ein Teil Abschaffung des Todes. Mehr noch, sie fordert immanent ihre weitere Steigerung in der Abschaffung des Todes. Schließlich: wo dies nicht gelingt, liegt die Strategie nahe, den Tod dadurch „abzuschaffen“, dass er Teil des Gesundheitsprogramms wird. Gesund bleibt demnach jener, der den Tod dadurch nicht zur Geltung kommen lässt, dass er ihn im Falle einer Unheilbarkeit selbst vollzieht bzw. vollziehen lässt.

VII.

Hintergründe der medizinischen Leitbilder

Es ist ein Kennzeichen fortgeschritten säkularistischer Gesellschaften, dass die Gesundheit zum höchsten Konditionalgut wird. „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ – dieser Satz erweist in diesen seine nahezu unhinterfragte Gültigkeit. Gesundheit ist demnach die Grundlage für alles, was das Leben lebenswert werden lässt. Die ganz überwiegend geltende innerweltliche Sinnperspektive der Selbstverwirklichung setzt Arbeits- und Genussfähigkeit voraus, und diese Fähigkeiten werden nur im Stande der höchsten Gesundheit offen gehalten. Auf der anderen Seite kommt Krankheit eine unmittelbar Sinn verstellende Qualität zu. Sie schränkt die Entfaltung des Individuums ein und verhindert somit einen Teil seiner Selbstverwirklichung. In einem ausschließlich innerweltlichen Erwartungshorizont stellen insbesondere schwere chronische Erkrankungen geradezu eine dramatische Einschränkung der erzielbaren Sinngewinne dar. Auf diesem Hintergrund wird verstehbar, warum in der Diskussion um neue Biotechnologien der Forderung nach Beseitigung von Krankheit mitunter eine Priorität zugeordnet wird, die derjenigen einer längst fälligen Durchsetzung von Menschenrechten ähnelt. Steht mit der Krankheit tatsächlich eine Summe des Lebenssinns auf dem Spiel, ist es nur noch ein Schritt hin zur Formulierung eines Rechts auf Gesundheit im Sinne eines aktiv einklagbaren Zustands.

Die extreme Aufwertung der Gesundheit geht notwendig immer einher mit einer entsprechend extremen Abwertung der Krankheit bzw. der Krankheitserfahrung. Das Verdämmern jenseitiger Hoffnungen bewirkt eine Auslöschung jeglicher Erwartungen von Sinn im Erleiden von Krankheit. Somit gilt: Krankheit muß aggressiv bekämpft werden, und wenn das nicht mehr möglich ist, muß verhindert werden, dass die Krankheitsfolgen Macht gewinnen. Letzteres ist allerdings in dieser Perspektive oft nur noch durch „eutanasia“, einen sanften Freitod möglich.

VIII.

Anspruch und Wirklichkeit in der Berufung auf Heilungsperspektiven

Der biomedizinische Grundlagenforscher heute ist ein Spezialist, in der Regel kein Kliniker, der aber auch dann, wenn er einmal Kliniker gewesen ist, keinen direkten Kontakt mehr zu Kranken im Rahmen einer ärztlichen Betreuung unterhält. Es ist also nicht so, dass ein Grundlagenforscher morgens die Patienten visitiert, die ihm nachmittags auf der Seele liegen, wenn er seine Forschung betreibt. Vielmehr sind heute international konkurrenzfähige Grundlagenforschung und regelmäßige klinische Tätigkeit nicht mehr zusammenzubringen. Diese strukturelle Ausdifferenzierung ist zu beklagen und bringt viele Probleme in der wissenschaftlichen Begründung der Humanmedizin mit sich, denen hier nicht nachgegangen werden kann; sie nimmt jedoch aktuell eher zu als ab. In unserem Zusammenhang ist bedeutsam, dass der Grundlagenforscher von Gesundheit, Krankheit und Heilung nur in einem theoretischen, nicht aber empathischen Sinne spricht. Er ist dem medizinischen Laien lediglich im naturwissenschaftlichen Verständnis einer Krankheit voraus, nicht aber in der Erfahrung des Leidens des Kranken, die allein das Pathos der Heilungsperspektive begründen könnte. Wenn aber keine Einzelschicksale hinter einer Krankheitserfahrung stehen, steckt der allgemeine Anspruch einer Heilungsperspektive lediglich ein politisches Programm ab, nicht aber das, was er eigentlich suggeriert: eine menschliche Teilnahme, die einen unhinterfragbaren Aufforderungscharakter zur Handlung hat.

Dies hat weitreichende Konsequenzen. Wenn der Heilungsanspruch allgemein-politischer Natur ist, dann muß er sich zweierlei grundsätzlichen Fragen stellen. Zum einen muß gefragt werden, ob Heilung in diesem Sinne überhaupt ein mögliches, ein erstrebenswertes bzw. ein ethisch begründbares Ziel darstellt. Zum anderen konkurrieren in diesem Fall konkrete Heilungsperspektiven miteinander, konkret etwa das Projekt der Zell-Reprogrammierung mit dem der Ausrottung von

bestimmten Infektionskrankheiten. Es wird deutlich, daß außerhalb der selbstevidenten Empathie mit konkreten Kranken alle Fragen der Allokation von Forschungsmitteln, der Relation von Prävention, Diagnose und Therapie, mithin der medizinischen Gerechtigkeit beantwortet sein müssen, bevor ein Heilungsanspruch für die Begründung einer Forschungsstrategie zugrundegelegt werden kann.

Mitunter wird versucht, diesen offenkundigen Begründungsmangel der hohen Kosten einiger neuer Biotechnologien im Rahmen eines medizinischen Gerechtigkeitsdiskurses dadurch zuzudecken, dass Kranke (häufig prominente Kranke) dazu gebracht werden, gleichsam als Ersatz für die Glaubwürdigkeitslücke durch fehlende eigene Kontakte und Erfahrungen mit Kranken öffentlich in den Medien auftreten und die erforderliche Empathie einfordern zu lassen, so dass die Heilungsperspektive unangreifbare Rechtfertigung erfahren soll. Diese Botschaft erreicht wahrscheinlich ihre Empfänger, da die allgemeine Abschottung von Krankheit und Leid aus der öffentlichen Wahrnehmung einen Schockeffekt ermöglicht.

Auf derselben Linie liegt der Versuch, die Heilungsperspektive zu rechtfertigen, indem „hochrangige Forschungsziele“ definiert werden. „Hochrangige Forschungsziele“ werden begründet wie Ausnahmetatbestände, die ein besonderes Verhalten begründen können. In diesem Sinne wäre ein „hochrangiges Forschungsziel“ der Stammzellenforschung eine Heilungsperspektive für bisher gar nicht oder nur sehr unzureichend behandelbare neurologische Erkrankungen wie den M. Parkinson, die multiple Sklerose oder die amyotrophe Lateralsklerose. So unbefragt dieser Begriff in der Diskussion benutzt wird, so wenig lässt er sich begründen. Denn wenn Hochrangigkeit einer Forschung sich auf den Schweregrad einer Krankheit beziehen soll, so weiß der Kliniker nicht, mit welcher er beginnen soll. Viel schwerer wiegt, dass er nicht begründen kann, warum eine als besonders schwerwiegend qualifizierte Erkrankung mehr Forschungsinvestitionen verdienen soll als eine als weniger schwerwiegend erachtete. Eine Hierarchie des Leidens an Erkrankungen aufstellen zu wollen wäre ein abwegiges Unternehmen, es trüge die Trennung von naturwissenschaftlicher Krankheitstheorie und subjektiver Krankheitserfahrung auf eine bisher ungekannte Spitze.

Allein die Intention der Hochrangigkeit reaktualisiert wider Willen den nicht geführten medizinischen Gerechtigkeitsdiskurs, der virulent wird, wenn eine Heilungsperspektive politisch aufgestellt werden soll. Die Rede von der Hochrangigkeit der Forschungsziele im Interesse einer Heilung lässt Krankheit wie einen gesellschaftlichen Skandal erscheinen, der nach Maßgabe universalistischer Gerechtigkeitsvorstellungen umgehend beseitigt werden muß. Spätestens an dieser Stelle schlägt der nur scheinbar empathisch, in Wahrheit höchst politisch motivierte Heilungswille in eine mitunter aggressiv vorgetragene Forderung um. Bisher akzeptierte ethische Grenzen müssen allein schon deswegen geschleift werden, weil sie der Beseitigung eines skandalisierten Zustands im Wege stehen. Unter der Hand nämlich ist aus der Heilungsperspektive der Heilungsanspruch geworden, den zurückzuweisen die Verletzung eines Rechtes, ja eines Grundrechtes auf Gesundheit bedeutete.

IX.

Medizin in der Zielkrise

Die Berufung auf eine Heilungsperspektive erscheint somit eigentümlich selektiv, von benennbaren Interessen außerhalb der klinischen Praxis geleitet und allein aus diesen Gründen fragwürdig. Die Wahrnehmung dieser Begründungsdefizite einer Heilungsperspektive führt zu einem grundsätzlichen Problem, das jeder Rede von Heilungsperspektiven immanent ist. Es wird offenkundig, dass die zeitgenössische naturwissenschaftlich begründete Medizin in einer Zielkrise sich befindet. Sie vermag nicht zu begründen, in welche Richtungen sich der von ihr in zunehmendem Tempo generierte Fortschritt entwickeln soll. Das Leitbild der Abschaffung von Krankheit vermag in keiner Weise eine Priorität der Teilziele, eine ökonomische und ethische Balance zwischen verschiedenen medizinischen Handlungsfeldern sowie eine Folgenabschätzung der eigenen Ziele zu leisten. Es neigt außerdem dazu, ethische Standards flexibel entlang den Notwendigkeiten der technischen Entwicklung

auszurichten. Der wesentliche Grund für diese Zielkrise liegt in der Marktlogik, der die naturwissenschaftliche Medizin weitgehend folgt.

Der wissenschaftliche Fortschritt verläuft keineswegs entlang einer erkennbaren Prioritätensetzung. Vielmehr wird Gegenstand klinischer Forschung, was Marktpotentiale für zukünftige Interventionstechniken verspricht; alles andere bleibt Nischengebiet solange, bis sich entsprechende Märkte abzuzeichnen beginnen. Zuweilen werden auch künstlich Märkte geschaffen, indem Therapien für Erkrankungen entwickelt werden, die wesentlich einfacher, risikoloser und kostengünstiger durch Umstellung der Lebensgewohnheiten beeinflusst werden könnten. Wie auch immer: als Grundregel gilt, dass das therapeutisch Neue sich am Verfügbaren zu messen hat; gibt es eine etablierte Therapie, muß die neue in Wirkung oder Toxizität statistisch signifikant besser sein, ist keine verfügbar, gilt die entsprechende Prüfung gegen Placebo. Die endgültige Durchsetzung entscheidet sich zuletzt daran, ob das Ausmaß des statistischen Signifikanzunterschieds als klinisch relevant genug angesehen werden kann, um eine Innovation auch zu bezahlen („cost-effectiveness“). Dieses System arbeitet sich asymptotisch an ein methodisch nicht ausdrücklich formuliertes Heilungsziel heran. Für eine Rechtfertigung eines Forschungsprojekts ist Heilung jedoch kein konstitutiver Begriff, leitend ist vielmehr die potentielle Überlegenheit einer Interventionsoption gegenüber einer bestehenden Praxis sowie die Möglichkeit ihrer Vermarktung. Der Medizin genügt das abstrakte Ziel einer Welt ohne Krankheit und das kontinuierliche Zurückdrängen kleiner Frontabschnitte in der Auseinandersetzung mit den Krankheiten, die anzugreifen sich marktstrategisch als vielversprechend darstellt.

Eine solche Strategie war zu Beginn der Entwicklung der naturwissenschaftlich begründeten Medizin fraglos unproblematisch. Erfolge zeitigten noch keine Folgeprobleme. Heute stellt sich der ausbleibende Zieldiskurs der Medizin als zunehmend prekär heraus. Da ist zum einen der Gerechtigkeitsdiskurs: wenn es der Medizin möglich ist, in weniger entwickelten Ländern mit geringen Mitteln die Sterblichkeit an Infektionserkrankungen drastisch zu senken und somit die Lebenserwartung deutlich zu erhöhen, wie rechtfertigen sich dann Ausgaben in Hochtechnologien, von denen selbst in den entwickelten Ländern nur wenige profitieren? Die Frage nach der Universalisierbarkeit des Niveaus der medizinischen Versorgung ist sicherlich Teil der Frage nach der Universalisierbarkeit des westlichen Lebensstandards. Nehmen wir einmal an, eine solche sei prinzipiell möglich, müssen erst recht Fragen innerhalb eines Diskurses über Ziele der Medizin aufgeworfen werden. Sobald sich die Medizin einem solchen Diskurs stellt, steht allerdings bereits das Leitbild der Abschaffung von Krankheit zur Disposition. Es stellt sich dann heraus, dass dieser Diskurs erst beginnen kann, wenn diese leitende Perspektive aufgegeben wird.

X.

Krankheit und Heilung im christlichen Denken

So selbstverständlich die vollständige Negativität von Krankheit und Leiden sich heute darstellen mag, so wenig selbstverständlich ist eine solche Sicht. Zumindest in der jüdisch-christlichen Tradition ist Krankheit als solche zwar ein negativer gottwidriger, das Durchleiden der Krankheit aber nicht ein sinnloser Zustand. Hier wird somit eine Differenzierung von Krankheit und Krankheitserfahrung wirksam. Während Krankheit zu den Folgen der Sünde gehört und somit Teil dessen ist, was die Erlösung aufheben wird, wird der Krankheitserfahrung zumindest die Möglichkeit eingeräumt, ein Raum der Läuterung und Gottesbegegnung zu sein. Mehr noch, wie sich etwa in der Krankensalbung ausdrückt, wird dem Tragen der Krankheit die Bedeutung zugemessen, Teilhabe an Christi Kreuz zu sein. Es kann somit von Gottes Heilswillen erfasst werden, das Böse durch das Erleiden des Bösen

zum Guten zu verwandeln. In einer solchen Perspektive ist nicht Gesundheit das höchste Gut, sondern der rechte Geist in Gesundheit und Krankheit, also das Vertrauen in Gottes Heilswillen. So sehr zur Erwartung dieses Heils die Achtung und Pflege der Gesundheit und die Bemühung um ihre Erhaltung bzw. die Linderung und Heilung von Krankheit gehören, sowenig kann eine schwere chronische Erkrankung dieser Erwartung den Sinn nehmen. Oder vorsichtiger ausgedrückt: der immer drohende Sinnverlust durch Krankheit beruht nicht auf einem Defizit an verhinderter innerweltlicher Sinnerfüllung, sondern auf der Möglichkeit des Zerbrechens der letzten Sinnerwartung überhaupt angesichts übergroßer Leiden. An dieser Stelle spielen demnach Hoffnungen auf Heilung von Krankheit immer nur eine relative, nicht aber sinn-entscheidende Rolle.

Diese Möglichkeit der Lebens- und Krankheitsdeutung findet sich wunderbar ausgedrückt in vielen Gebeten. So heißt es etwa in einem Gebet im „Gotteslob“:

„Herr, wenn du willst, kannst du mich gesund machen.“ So rufe ich in meiner Krankheit zu dir. Du hast die Kranken geheilt, du hast unsere Krankheiten auf dich genommen und unsere Schmerzen getragen. Durch deine Wunden sind wir geheilt. Ich bitte nicht: laß mich sogleich geheilt werden. Ich bitte nur: gib mir die Kraft, mein Kreuz mit dir zu tragen. Laß mich dein Gebet am Ölberg mitsprechen: „Herr nicht mein, sondern dein Wille geschehe.“ Gib mir Anteil an deiner Geduld. Wecke in mir die Hoffnung auf deine Güte und Macht. Im Vertrauen auf deine Liebe laß mich mit dir gehen durch Kreuz und Leid zur österlichen Freude und zur Herrlichkeit der Auferstehung.“ (Gebet 10,2)“

Dem säkularistischen Verständnis mögen sich Gedanken und Gebete dieser Art als nicht nachvollziehbar und somit nicht diskutierbar darstellen. Nun mag man tatsächlich Zweifel hegen, inwieweit aus der Sicht des „säkulären Wissens“ eine Kommunikation mit dem Glauben überhaupt möglich ist. Jürgen Habermas jedenfalls hat jüngst ausdrücklich die selbstkritische Offenhaltung des Weltwissens für den Kernbestand der religiösen Erfahrung eingefordert. So wie die Religion gezwungen worden sei, ihren Anspruch auf eine ganzheitliche Sicht und Gestaltung der Lebensformen durch die Kritik des Wissens aufzugeben, so sei entsprechend das Wissen gezwungen, den Anspruch auf alleinige Definition der Diskursinhalte zu verlassen. Die Pointe seiner Position liegt allerdings nicht einfach in einem Postulat der Toleranz. Vielmehr sei Differenz von Glauben und Wissen nur dann als vernünftige (und nicht formale und beziehungslose) Komplementarität zu fassen, „wenn religiösen Überzeugungen auch aus der Sicht des säkulären Wissens ein epistemischer Status zugestanden wird, der nicht schlechthin irrational ist“. Diese Position rechnet demnach mit einer Substanz religiöser Erfahrung, die allein rational nicht zugänglich ist, deren Verlust aber die Säkularität sogar bedrohen könnte. Insofern muß sich auch das Wissen um das Entschlüsseln von Glaubensaussagen bemühen.

Diese Position vertreten – das ist in der Stammzeldiskussion sehr deutlich geworden – bei weitem nicht alle Vertreter des „Weltwissens“. Im Gegenteil: zumindest in Deutschland beginnt sich zunehmend die Rechtsauffassung durchzusetzen, dass etwa sich der Anspruch der Menschenwürde erst aus einer wertenden Gesamtbetrachtung ergibt, also der Abwägung unterliegt (so der Staatsrechtler Matthias Herdegen in seinem Beitrag zum Grundgesetzkommentar „Maunz/Dürig“). Dabei wird der – in der Regel etwas spöttisch beschriebenen – religiösen Sicht der Unantastbarkeit der Menschenwürde meist die Folge der Intoleranz unterstellt („... Intoleranz gegenüber allen, denen der rechte Zugang zu den Gewissheiten einer überpositiven Werteordnung versagt ist“). Diese Positionen müssen sich allerdings fragen lassen, ob die Intoleranz der religiösen Erfahrung gegenüber nicht das größere Problem für den Zusammenhalt der Gesellschaft ergeben wird bzw. ob nicht die Marginalisierung des religiösen Geistes die Grundlagen der Toleranz am nachhaltigsten auszehrt.

Immerhin: das Krankheits- und Leidverständnis der christlichen Tradition ist geradezu die Probe aufs Exempel, ob säkularistische Positionen tatsächlich in der Lage und bereit sind dazu beizutragen, „relevante Beiträge aus der religiösen in eine öffentlich zugängliche Sprache zu übersetzen“. Die „Relevanz“ des christlichen Denkens über Heilung und Krankheit für die Zielbestimmung der Medizin besteht mindestens darin, dass Heilungsperspektiven nicht absolut gesetzt werden können, ohne Krankheitserfahrungen vollständig zu entwerten. Je mehr Heilung in den Vordergrund der Erwartungen an medizinische Forschung und Praxis rückt, desto rücksichtsloser wird Krankheit als Teil des menschlichen Lebens eliminiert. Das tiefste Geschenk der christlichen Passionserfahrung an die säkularistischen Zeitgenossen wäre somit die eröffnete Möglichkeit, sich auf die Erfahrung eines Sinns einzulassen, der sich im Erleiden einer Krankheit erschließt. In dieser Erfahrung wäre die Leidenserfahrung geradezu der Schlüssel dafür, die drohende Entzweiung der Welt in Gesunde und Kranke bzw. zum Tode Verurteilte zu überwinden.

XI.

Aspekte eines zukünftigen Zieldiskurses der Medizin

Das Leitbild der Abschaffung von Krankheit hat sich als eine Perspektive erwiesen, die dazu führt, dass Krankheit und somit Kranke weit an die Ränder des Lebens gedrängt werden. Der Schritt zur scheinbar autonom verfügbaren Praxis der aktiven Elimination „defekter“ oder unheilbaren kranken Lebens ist nicht weit. Der Arzt, der ursprünglich dazu angetreten war, Krankheit zu verhüten, zu lindern, zu kontrollieren und manchmal auch zu heilen droht zu einem gesellschaftlichen Ausführungsorgan eines Heilungswillens zu werden, der in letzter Konsequenz die Tötung menschenunwürdigen und sinnlosen, weil kranken Lebens vollzieht. Diese Perversion ärztlicher Praxis muß als Folge einer Hybris angesehen werden, die Krankheit als Grundgegebenheit unseres Daseins nicht anerkennt. In einigen wenigen Andeutungen soll aufgezeigt werden, welchen Fragen sich ein Zieldiskurs der Medizin zu stellen hat.

Ein neues Leitbild der Medizin muß zunächst Heilung als relatives Ziel neu bestimmen. Dies bedeutet zum einen, dass Heilung zunächst wieder eingebunden wird als einer der Grundtypen medizinischen Handelns, also Prävention, Linderung und Kontrolle von Krankheiten. Dies bedeutet zum anderen, dass medizinische Forschungsstrategien nicht mit dem Argument einer Heilungsperspektive oder einer Hochrangigkeit, sondern unter dem Aspekt der Balance von Prävention und Therapie sowie unter Aspekten der Gerechtigkeit begründet werden. Nur die Anerkennung von Krankheit eröffnet der Palliation den Raum, der ihm nach menschlichen Ermessen immer zukommen muß. Diese Aspekte müssen diskutiert werden in einem politisch begründeten, vorgegeben Rahmen, innerhalb dessen bei der Entwicklung der entsprechenden Technologien für die Logik des Marktes immer noch genug Platz bleiben kann.

Heilung als relatives Ziel zu begreifen bedeutet darüber hinaus sich klarzumachen, dass jede Gesellschaft ihre Krankheiten ausbildet. In unseren westlichen Gesellschaften sind die typischen Erkrankungen überwiegend Folgen der Eß- und Bewegungsgewohnheiten, der gesellschaftlich akzeptierten Genuß- und Rauschmittel sowie zu einem geringeren Teil auch der Umwelteinflüsse durch Industrie und Energieverbrauch. Diese Krankheitsursachen sind zu einem großen Teil prinzipiell präventiven Interventionen zugänglich. Insofern ist eine Verschiebung der Ressourcen hin zu Investitionen in die Prävention eine nahe liegende Strategie. Man wird sich jedoch nichts vormachen wollen. Zum einen ist eine Gesellschaft, die ganz überwiegend „vernünftig“ nach medizinischen Kriterien lebt, schlechthin nicht vorstellbar. Zum anderen droht hier durch die Hintertür wieder die Vorstellung eines absolut gesunden Lebens einzuströmen. Doch selbst wenn die „vernünftige“ gesundheitsbewußte Gesellschaft realisierbar wäre, würde doch auch sie ihre Krankheiten ausbilden – wahrscheinlich überwiegend, aber nicht nur im höheren Alter.

Ein besonderer Aspekt des Zieldiskurses muß die ehrliche Anerkennung sein, dass Heilungen mit der Folge verlängerter Lebenserwartung nur um den Preis einer vermehrten Altersmorbidity zu haben sind, die insbesondere die Hirnleistungen betrifft und somit für die Betroffenen und Angehörigen besonders tragisch wird. So wie die Etablierung der Notfallmedizin eine beträchtliche Zahl von Patienten mit „Coma vigile“ zur Folge hat, so bedingen gerade die Erfolge der klinischen Medizin viel Elend in den Pflegeheimen. Patientenverfügungen und Euthanasiewünsche sind Teil des oben beschriebenen Handlungszwangs, den ein verabsolutiertes

Heilungsziel mit sich bringt. Ein erster Schritt zur Bewältigung dieses äußerst komplexen Problemkreises wäre darin zu suchen, ethisch begründete Regeln für die Begrenzung medizinischer Interventionen bei multimorbiden Patienten zu definieren. Eine umfassendere Perspektive wäre im Rahmen der oben angeführten, noch zu definierenden Balance von Prävention und Therapie zu eröffnen.

Heilung als relatives Ziel zu begreifen bedeutet schließlich, dass sowohl das Anstreben einer Heilung als auch das Annehmen von Krankheit ihre Berechtigung haben. Dieses Nebeneinander ist in christlich geprägten Gesellschaften lange Zeit als problemlos gesehen worden. Erst die Verabsolutierung der Heilungsperspektive hat die Bedeutung der Krankheitserfahrung diskreditiert. Es ist demgegenüber wieder erforderlich daran zu erinnern, dass es kein Widerspruch ist, Heilungen im Rahmen der medizinischen Praxis anzustreben und gleichzeitig Krankheit als Gegebenheit des Lebens zu akzeptieren. Der innerste Grund dafür liegt aber nicht in einer Art „Bewältigung der Kontingenzerfahrung“. Dieser führt vielmehr zum Kern des Zieldiskurses.

Die westliche Medizin gibt sich gerne als weltanschaulich neutrale naturwissenschaftlich begründete Praxis aus. Obwohl ihre naturwissenschaftliche Methodik tatsächlich auch als Teil einer medizinischen Theorie verstanden werden kann, die auch andere Ansätze integrativ aufgreift, neigt diese Medizin dazu, diese Methodik zur Grundlage eines naturalistischen Weltbilds zu machen. In diesem Weltbild gibt es eigentlich nur Krankheit, aber keine Kranken. Krankheit erscheint als technisches Problem, das einer Lösung genauso zugänglich ist wie eine defekte Maschine. Aber nicht nur der Kranke wird aus dem Krankheitskonzept verdrängt, sondern auch das Leben als Ganzes; es gibt keine Vorstellung davon, inwiefern Leben immer Gesundheit und Krankheit gleichzeitig sein könnte. Dies aber ist die Erfahrung, die vielfach in der Kunst ihren Ausdruck findet, besonders eindringlich zum Beispiel im Werk von Thomas Mann, natürlich aber auch in den Religionen. Interessanterweise stößt man auch in naturwissenschaftlicher Betrachtungsweise auf komplementäre Beobachtungen, etwa dann, wenn deutlich wird, dass das Leben offenbar einen ganz und gar unwahrscheinlichen Spezialfall im Chaos darstellt. Die Medizin muss wieder lernen, sich in ihrer Praxis Perspektiven zu öffnen, die ihr – überaus erfolgreiches – naturwissenschaftliches Modell in eine komplexere Sichtweise von Gesundheit und Krankheit einbindet. An dieser Stelle hat das christliche Denken einen reichen Schatz an Erfahrungen anzubieten. Die Relativierung von Heilungsperspektiven eröffnet Räume zur Anerkennung von Krankheit als Bestandteil des Lebens, und damit von Leiden als möglichen Raum der Sinnerfahrung.

So neu begründet, eröffnet sich die Diskussion um die ethische Bewertung von neuen Biotechnologien neu. Ist Heilung ein relatives Ziel, kann es selbstverständlich ein Recht auf Gesundheit nur im Sinne eines Abwehrrechts geben. Niemand darf jedoch Gesundheit unter Verwendung von Mitteln einklagen, die in sich ethisch nicht konsensfähig sind. Weiterhin sollte ein erneuertes Leitbild der Medizin jedem Versuch gegenüber immun sein, „defektes“ ungeborenes Leben prinzipiell zu eliminieren.

Am Schluss steht, was eigentlich am Anfang hätte stehen müssen: Demut. Heilen eines Kranken ist eine sehr beglückende Erfahrung innerhalb der ärztlichen Praxis. Diese aber wird ihre Mitte darin suchen müssen, das Leben als Umgang mit Krankheit zu begreifen. In christlicher Perspektive eröffnet sich ein wunderbarer Trost darin, dass alle Krankheitserfahrung Anteil an Christi Kreuz hat und somit Teil seines unbegreiflichen Erlösungshandelns ist.

Tabelle 1.

Übersicht über aktuelle Handlungsfelder der Medizin und die Lokalisation der biotechnologisch basierten Perspektiven innerhalb dieser Handlungsfelder

Therapieanspruch	Medizinischer Handlungstyp	Beispiele Interventionen / Konditionen / Erkrankungen	für / /	Biotechnologisch basierte Perspektiven
Steigerung der Lebensqualität des Gesunden	Intensivierung des Lebensgenusses	Körperschema Sexualität Alter	-	
Primäre Prävention (Potentielle Erkrankungen)	Vorsorge	Impfungen Tumorstherapie	Vorgeburtliche Diagnostik Vorgeburtliche Interventionen Nachgeburtliche Genkartierung der Krankheitsrisiken	
Begleitung natürlicher Körperereignisse		Schwangerschaft	-	
Erste Hilfe	Notfallversorgung	Unfälle Plötzlicher Herztod	-	
Restitutio ad integrum	Kuration	Unfallfolgen Infektionserkrankungen	Biotech-Medikamente	
5-Jahres-Heilung		Onkologische Erkrankungen	Biotech-Medikamente	
Abbruch der Therapie der Organinsuffizienz und Neuansatz durch Organersatz		Transplantation	Zellersatz durch autologe oder embryonale Stammzellen	
Minimierung Morbidität und Letalität akuter Erkrankungen	Krankheitskontrolle	Unfallfolgen Infektionserkrankungen Herz-Kreislaufkrankungen	Biotech-Medikamente	
Minimierung Morbidität und Letalität chronischer Erkrankungen		Asthma Diabetes Rheumatische Erkrankungen Herz-Kreislaufkrankungen	Biotech-Medikamente Gen-Therapie	
Sekundäre Prävention (Potentielle Folgen chronischer Erkrankungen)		Diabetes Herz-Kreislaufkrankungen	Gen-Therapie	
Begleitung schwerer nicht kurzfristig todbringender Behinderungen	Symptomlinderung	Coma vigil	-	
Sterbebegleitung infauster Erkrankungen		Onkologische Erkrankungen Neurologische Erkrankungen	-	