

## Heilung – Versprechen und Berechtigung

Kinder, die das Glück erfahren, gesund auf unsere westliche Welt gekommen zu sein, erleben Krankheit am häufigsten im Rahmen von Infektionen, zuweilen auch von Verletzungen. Diese ganz überwiegend selbstlimitierend verlaufenden Infektionen der oberen und unteren Atemwege, der Ohren und des Verdauungstrakts 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 Wehmut in der Erinnerung an einige Vorzüge des Krankseins wach, an das, was Psychologen den sekundären Krankheitsgewinn nennen, an außerordentliche Zuwendung. Glücklicherweise die Kinder, die lange Zeit nur diese Krankheitserfahrung kennen und entsprechend immer mit Heilung rechnen. Dennoch ahnen auch kleine Kinder sehr früh, daß Heilung nicht so selbstverständlich ist.

Andere, weniger vom Glück verwöhnte Kinder, die mit Behinderungen auf die Welt kommen, wissen von vornherein, 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 sowie den von verhinderter Heilung durch Elend und Gewalt.

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

Schon die Verletzungen mit ihren möglichen Narben hätten allerdings einen Hinweis geben können, daß nicht alles wieder so wird, wie es vorher war. Erfahrungen mit schwerer Krankheit bleiben überwiegend unbearbeitet. Eine Medizin, die sich als kontinuierlich Fortschritte erzielende Technik der Krankheitsbeherrschung versteht und darstellt, eröffnet die Möglichkeit, sich weiter von der Technik Heilung im Kindheitssinn erhoffen zu können. Tatsächlich lassen sich Beispiele dafür anführen, daß die moderne Medizin bisher unheilbare Krank-



heiten heilen kann. Heilung erscheint somit als selbstevidente Zielbestimmung der Medizin.

### Anfragen an die Heilung als Zielbestimmung der Medizin

In der ethischen Bewertung bestimmter neuer Biotechnologien in der Medizin spielt die Perspektive der Heilung entsprechend 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 zentralen Nervensystems herausgestellt. Die Einführung einer Heilungsperspektive ist jedoch keineswegs selbstverständlich, wenn neue Forschungszweige eingeführt und ethisch bewertet werden. Dies gilt um so mehr, wenn es um Forschung an Krankheiten geht, für die aktuell 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 vornherein als eine palliative Therapie eingeführt und ethisch gerechtfertigt, und eine Heilungsperspektive ist nicht Teil der mit ihr verknüpften Erwartungen. Die Alzheimer-Demenz gehört aber auch in die Reihe der Erkrankungen, bei denen das Potential der embryonalen Stammzellen ein Anwendungsfeld finden könnte. Im Gegensatz zur medikamentösen Therapie wurde für Stammzelltherapie jedoch nicht ihr Potential für die palliative Therapie, sondern vielmehr die mit ihr verbundene Heilungsperspektive hervorgehoben. Ein zusätzlicher Vergleich mit Beiträgen von Forschern auf dem Gebiet der adulten Stammzellen zeigt, daß diese das Potential dieser Technologie überwiegend nüchterner einschätzen. Es wird somit deutlich, daß die embryonale Stammzellforschung ihre ethische Anziehungskraft gerade dadurch zu gewinnen sucht, daß sie einen Durchbruch, ja einen Paradigmenwechsel hin zu einer individuell maßgeschneiderten Therapie mit Heilungsanspruch verheißt, der mit bisherigen Techniken nicht zu erzielen ist. Die embryonale Stammzellforschung fordert demnach die im normalen Wissenschaftsbetrieb ungewöhnliche Frage heraus, welches Heilungspotential eine Therapie hat und welche Veränderungen ethischer Standards notwendig sind, um diese Heilungspotentiale auch zu realisieren.

### Phänomenologie der medizinischen Handlungstypen und der Heilung

Die Spezifität der Heilungsperspektive wird noch deutlicher, wenn man die aktuellen Handlungsfelder der klinischen Medizin betrachtet. Etwas vereinfacht lassen sich fünf Typen der medizinischen Praxis unterscheiden. Diese umfassen Not-



fallversorgung, Symptomlinderung, Krankheitskontrolle, Heilung sowie Prävention.

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 ist aktuell das quantitativ wichtigste Handlungsfeld der klinischen Medizin. Für die meisten akuten und chronischen Erkrankungen sind entsprechende Konzepte der Krankheitskontrolle definiert.

Heilungsansprüche sind demgegenüber eher die Ausnahme als die Regel. Innerhalb der kurativen Ziele lassen sich drei weitere Typen unterscheiden. Die „*Restitutio ad integrum*“ ist wörtlich genommen die Rückkehr zum ursprünglichen heilen Zustand. Sie kann auch ohne medizinische Intervention eintreten, beispielsweise bei Infektionskrankheiten. Medizinische Interventionen können in diesem Fall entsprechende körpereigene Genesungskräfte unterstützen; 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. Solche Heilungen geschehen am häufigsten im Rahmen von Infektionen, gelegentlich bei Immunregulations-Erkrankungen, seltener bei Traumen, in extremen Ausnahmefällen bei manifesten Tumoren.

Heilungen in der Onkologie haften demgegenüber etwas Artifizielles 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 zugleich vernichtet. Diese Therapien gehen daher häufig sogar mit einer relevanten therapie-assoziierten Letalität einher. Ob nach der Erzielung einer kompletten Remission (d.h. dem Verschwinden aller initial nachgewiesenen Tumorherde) eine Heilung erzielt wurde, kann erst der weitere Verlauf zeigen. Ein kurativer Heilungsanspruch in der Tumorthherapie wird entsprechend durch die Wahrscheinlichkeit einer Fünf- (manchmal Zehn-) Jahres-Heilungsrate angegeben. Aber auch nach Ablauf von fünf oder zehn Jahren können Folgeprobleme auftauchen, etwa durch ein erhöhtes Risiko für einen Zweittumor infolge der zytotoxischen Chemo- oder Radiotherapie. Dennoch kann auch in der Onkologie bei den erzielten Heilungen von einer „*Restitutio*“ gesprochen werden, wenn – einmal abgesehen von Operations-



oder Bestrahlungsnarben sowie Psychotraumen – die Aufnahme des Lebens wieder ermöglicht wird.

Beim dritten Heilungstyp, dem Ersatz kranker Organe durch Transplantation, handelt es sich um eine ganz und gar artifizielle Intervention. Die bisherige Krankheitskontrolle wird in diesem Fall durch einen Organersatz abgebrochen. Auch diesen Interventionen kommt eine (je nach Organ unterschiedlich hohe) Transplantations-assoziierte Letalität zu. Artifiziell ist nicht nur die Transplantation körperfremder Zellen oder Organe, das (je nach Organ unterschiedlich hohe) Risiko akuter oder chronischer schwerer Komplikationen nach der Transplantation, sondern auch die Immunsuppression, die über lange Zeit, häufig lebenslang notwendig wird, damit die Zell- oder Organspende erhalten wird. Von einer „restitutio“ kann hier nicht mehr gesprochen werden, vielmehr wird unter grundsätzlich veränderten Bedingungen neu begonnen. Die Heilungsleistung ist nicht mehr „bewahrend“, sondern „neu eröffnend“. Daß Transplantationen solider Organe meist nicht Heilung, sondern die Überführung in einen Zustand der chronischen Überwachungs- und Therapienotwendigkeit bedeuten, macht die Stellung der Transplantation als Intervention zwischen Heilung und Krankheitskontrolle aus. Das Ungenügen an dieser Art Heilung erklärt, warum die Stammzellforschung soviel Attraktivität gewinnt.

### Neue Biotechnologien innerhalb der medizinischen Handlungsfelder

Wie fügen sich nun die neuen Biotechnologien in die genannten medizinischen Handlungsfelder ein? Sie spielen aktuell keine Rolle innerhalb der Notfallversorgung und Symptomlinderung. In den kurativen Handlungsfeldern 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. In der Onkologie haben Medikamente, die eine Redifferenzierung tumorös entdifferenzierter Zellklone bewirken, konventionelle Therapien bereits revolutioniert und Heilungen ermöglicht, die einer „Restitutio ad integrum“ sehr nahekommen. Immunmodulierende Interventionen kommen außerdem bereits in weiterem Umfang zur Krankheitskontrolle zum Einsatz, so zum Beispiel in der Rheumatologie. Biotechnologisch generierte Medikamente greifen hier in bisher nicht gekannte Anwendungen aus und sind somit selbst im Fall sich einstellender Heilungspotentiale nur Spezialfälle innerhalb der genannten klinischen Handlungsfelder.

Konzepte der Gentherapie stehen ihrem Anspruch nach zwischen Krankheitskontrolle und Heilung, da noch durch kein klinisches Beispiel belegt 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 in-



sofern immanent, als sie am Beginn einer Pathogenese ansetzt, wenn diese genetisch beschreibbar ist. Die Heilung durch Gentherapie wäre 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.

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 überwinden sowie diese Art des Organersatzes auf andere Erkrankungen auszuweiten, die durch einen Verlust von bestimmten Zellfunktionen gekennzeichnet sind. Wie im Fall der Gentherapie ist die Heilungsperspektive 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“: Sie zielt 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 an die Stelle von Therapie einer Krankheit die Selektion auf den Plan: die Verwerfung von Embryonen aufgrund einer Krankheitsanlage.

### 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 allgemein 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. Im amerikanischen Raum gibt es Bestrebungen zu einer Neuformulierung eines ärztlichen Leitbildes; außerhalb Amerikas sind diese jedoch noch auf keine nennenswerte Resonanz gestoßen.

Die medizinische Forschung und Praxis vollzieht sich heute im „Mainstream“ weitgehend selbstevident auf dem Boden naturwissenschaftlicher und biometri-



scher Methodik. Selbst die Grundlagen dieser Methodik sind bei klinischen Forschern bzw. Klinikern selten Gegenstand kritischer Reflexion. Übergreifende Aspekte medizinischen Handelns kommen lediglich als spezialisierte Randgebiete etwa in Form 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. Die Fachgesellschaft „American Thoracic Society“ wirbt etwa für eine „world without lung disease“. In dieser Perspektive ist es eine Frage der Ideen, des materiellen Einsatzes und der Zeit, daß alle Lungenerkrankungen verhütbar oder heilbar sind. Diese Überzeugung leitet offenbar vielfach auch die forschende Pharmaindustrie. So kündigte ein Vorsitzender eines „global players“ in der Pharmaindustrie in einem Interview zur Marktstrategie seines Konzerns 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 diesen oder jenen wissenschaftlichen Ansatz begründe: „Despite considerable progress there is still an inacceptably high mortality“). In dieser Diktion kann eine Letalität somit 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 Interventionen. Daran ändert auch nichts, daß die „Lebensqualität“ als zweiter wichtiger Endpunkt medizinischer Interventionen zunehmend in den Blick gekommen ist.

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:

„Der Satz darf letzthin 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.“<sup>1</sup>



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 prinzipielle Todesgrenze 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 werden. In der Perspektive dieses „endgültigen Plans“ ist die rekreative „Restitutio“ dem Endziel einer Abschaffung des Todes am nächsten, weil sie – wieder nach Bloch – mit der dieser Utopie komplementären medizinischen Utopie zusammenhängt, nämlich „dem schließlichen Umbau des Leibes“. Während die bewahrende, neu eröffnende und nachholende „Restitutio“ Gesundheit nur zurückgibt bzw. auf einer neuen Ebene wieder ermöglicht, beherrscht die Re-Kreation 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.

#### Folgen des medizinischen Leitbilds der Abschaffung von Krankheit und Tod

Auch wenn solche Utopien absurd vorkommen, sollte nicht unterschätzt werden, welche Bedeutung diesen Utopien forschungspolitisch und in der medizinischen Ethik zukommt. Heilungsperspektiven haben sich bisher zufällig im Strom wissenschaftlicher Innovationen ergeben, ohne selbst Gegenstand der Reflexion geworden zu sein. Heilungsperspektiven scheinen heute hingegen 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 ein sich kontinuierlich verlängerndes Leben, 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 der Antwort sind zweifach. Zum einen brauchen die älter werdenden Menschen eine noch bessere medizinische Versorgung. Zum anderen sollen die Menschen selbst bestimmen dürfen, wann sie aus dem Leben scheiden, und die Medizin soll ihnen dabei gegebenenfalls 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 Grenzen stößt, neigt sie demnach dazu, Hilfe zur aktiven Beseitigung dieser Grenzen zu leisten. Aus dieser Sicht gibt es einen inneren Zusammenhang der 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 Leben machbar und der Tod eine Grenze, die anzuerkennen noch unumgänglich, die zu erleiden aber bereits heute überflüssig ist.

Wenngleich die Abschaffung der Krankheit weniger anspruchsvoll als die Abschaffung des Todes erscheint und somit ein prinzipiell erreichbares Ziel, hängen diese beiden Ziele eng miteinander zusammen. Die Abschaffung der Krankheit ist zum Teil Abschaffung des Todes. Die Abschaffung der Krankheit in Vollendung gedacht ist die Abschaffung des Todes. Solange dieses Ziel nicht erreicht ist, 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 Fall einer Unheilbarkeit selbst bewirkt bzw. von anderen vollziehen läßt.

### 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 seine nahezu unhinterfragte Gültigkeit. Gesundheit ist demnach die Grundlage für alles, was das Leben lebenswert werden läßt. Die innerweltliche Sinnperspektive der Selbstverwirklichung setzt Arbeits- und Genußfähigkeit voraus, und diese Fähigkeiten werden nur im Stand der höchsten Gesundheit ermöglicht. Krankheit dagegen zerstört den Sinn. Sie schränkt die Entfaltung des Individuums ein und verhindert die Selbstverwirklichung. In einem ausschließlich innerweltlichen Erwartungshorizont stellen insbesondere schwere chronische Erkrankungen eine geradezu dramatische Einschränkung der erzielbaren Sinngewinne dar. Steht mit der Krankheit tatsächlich der Lebenssinn auf dem Spiel, ist es nur noch ein Schritt hin zur Formulierung eines Rechts auf Gesundheit im Sinn eines aktiv einklagbaren Zustands.

Die extreme Aufwertung der Gesundheit geht notwendig einher mit einer entsprechend extremen Abwertung der Krankheit bzw. der Krankheitserfahrung. Das Verdämmern der Hoffnungen auf ein Jenseits bewirkt eine Auslöschung jeglichen Sinns des Erleidens von Krankheit. Somit gilt: Krankheit muß aggressiv bekämpft werden, und wenn das nicht mehr möglich ist, muß verhindert werden, daß die Krankheitsfolgen Macht gewinnen. In dieser Perspektive ist letzteres allerdings oft nur noch durch „euthanasia“, einen sanften Freitod, möglich.



## Anspruch und Wirklichkeit in der Berufung auf Heilungsperspektiven

Der heutige biomedizinische Grundlagenforscher ist ein Spezialist, in der Regel kein Kliniker. Aber auch dann, wenn er einmal Kliniker gewesen ist, hat er keinen direkten Kontakt mehr zu Kranken im Rahmen einer ärztlichen Betreuung. 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. Der Grundlagenforscher spricht von Gesundheit, Krankheit und Heilung nur in einem theoretischen, nicht aber empathischen Sinn. 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 forschungspolitisches Programm (mit ökonomischen Hintergründen) ab, nicht aber das, was er eigentlich suggeriert: eine menschliche Teilnahme, die einen unhinterfragbaren Aufforderungscharakter zur Handlung hat.

Wenn der Heilungsanspruch forschungspolitischer Natur ist, dann muß er sich zwei grundsätzlichen Fragen stellen. Zum einen muß gefragt werden, ob Heilung in diesem Sinn überhaupt ein mögliches, ein erstrebenswertes bzw. ein ethisch begründbares Ziel darstellt. Zum anderen konkurrieren bei Bejahung konkrete Heilungsperspektiven miteinander, etwa das Projekt der Zell-Reprogrammierung mit dem der Ausrottung von bestimmten Infektionskrankheiten. Es wird deutlich, daß außerhalb der selbstevidenten Empathie mit konkreten Kranken die Fragen der Allokation von Forschungsmitteln, der Relation von Prävention, Diagnose und Therapie, mithin der medizinischen Gerechtigkeit beantwortet sein müssen.

Mitunter wird versucht, diesen Begründungsmangel der hohen Kosten einiger neuer Biotechnologien 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 aufzutreten und die erforderliche Empathie für eine unangreifbare Rechtfertigung der Heilungsperspektive herzustellen. Diese Inszenierung verfehlt mutmaßlich ihr Ziel nicht, da die allgemeine Abschottung von Krankheit und Leid einen Schockeffekt ermöglicht<sup>2</sup>.

Auf derselben Linie liegt der Versuch, die Heilungsperspektive zu rechtfertigen, indem „hochrangige Forschungsziele“ definiert werden. In diesem Sinn wäre ein „hochrangiges Forschungsziel“ der Stammzellforschung eine Heilungsperspektive für bisher gar nicht oder nur sehr unzureichend behandelbare Erkrankungen.

So unbefragt dieser Begriff in der Diskussion benutzt wird, so wenig läßt er sich begründen. Warum sollte eine als besonders schwerwiegend qualifizierte Erkranken-



kung mehr Forschungsinvestitionen verdienen als eine als weniger schwerwiegend erachtete? Eine Hierarchie des Leidens aufstellen zu wollen wäre ein abwegiges Unternehmen; es triebe die Trennung von naturwissenschaftlicher Krankheitstheorie und subjektiver Krankheitserfahrung auf eine bisher ungekannte Spitze.

### Medizin in der Zielkrise

Die Berufung auf eine Heilungsperspektive erscheint somit eigentümlich selektiv und von benennbaren Interessen außerhalb der klinischen Praxis geleitet. Die Begründungsdefizite der Heilungsperspektive führen zu einem grundsätzlichen Problem. Es wird offenkundig, daß sich die zeitgenössische, naturwissenschaftlich begründete Medizin in einer Zielkrise 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 gesetzten 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 so lange Nischengebiet, bis sich entsprechende Märkte abzuzeichnen beginnen. Als Grundregel der Innovation 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“). Diese so nüchterne Methodik arbeitet sich asymptotisch an ein methodisch nicht ausdrücklich formuliertes Heilungsziel heran. Für die 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 von Frontlinien 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 Folge-



probleme. Heute stellt sich der ausbleibende Zieldiskurs der Medizin als zunehmend prekär heraus. 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? Sobald sich die Medizin einem solchen Diskurs stellt, steht allerdings bereits das unhinterfragte Leitbild der Abschaffung von Krankheit zur Disposition.

### Aspekte eines zukünftigen Zieldiskurses der Medizin

Das Leitbild der Abschaffung von Krankheit hat dazu geführt, daß Krankheit und somit Kranke weit an die Ränder des Lebens gedrängt werden. Der Schritt zur Praxis der aktiven Elimination „defekten“ 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 Ausführungsorgan eines gesellschaftlichen 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. Mit einigen Andeutungen soll nun aufgezeigt werden, welchen Fragen sich ein Zieldiskurs der Medizin heute zu stellen hat.

Ein neues Leitbild der Medizin muß zunächst Heilung neu bestimmen als relatives Ziel. Dies bedeutet zum einen, daß Heilung zunächst wieder eingebunden wird in die Grundtypen medizinischen Handelns, also Prävention, Linderung und Kontrolle von Krankheiten. Dies bedeutet zum anderen, daß medizinische Forschungsstrategien nicht allein 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 das Anerkennen von Krankheit eröffnet der Palliation den Raum, der ihr immer wird zukommen müssen.

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 präventiven Interventionen prinzipiell zugänglich. Insofern ist eine Verschiebung der Investitionen in die Prävention eine naheliegende Strategie. Aber auch in der Prävention ist vor kurzschlüssigen Folgerungen zu warnen. Zum einen ist eine



Gesellschaft, die ganz überwiegend „vernünftig“ nach medizinischen Kriterien lebt, schlechthin nicht vorstellbar. Zum andern droht hier durch die Hintertür wieder die Vorstellung eines absolut gesunden Lebens einzutreten. Doch selbst wenn die „vernünftige“ gesundheitsbewußte Gesellschaft realisierbar wäre, würde auch sie ihre Krankheiten ausbilden – überwiegend wohl im höheren Lebensalter.

Ein besonderer Aspekt des Zieldiskurses muß das Anerkennen 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 Wachkoma zur Folge hat, so bringen gerade die Erfolge der klinischen Medizin viel Elend in den Pflegeheimen mit sich. Patientenverfügungen und Euthanasiewünsche sind Teil des 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 problemlos möglich gewesen. 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.

### Leben: Verdrängen oder Umgehen mit Krankheit?

Die westliche Medizin gibt sich gern als weltanschaulich neutrale, naturwissenschaftlich begründete Praxis aus. Obwohl ihre naturwissenschaftliche Methodik nur ein Teil der medizinischen Theorie ist und diese auch andere Ansätze integrativ aufgreifen kann, neigt diese Medizin doch dazu, diese Methodik zur Grundlage eines naturalistischen Weltbilds zu machen. In diesem Weltbild gibt es jedoch 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, daß Leben immer Gesundheit



und Krankheit zugleich ist. Die Medizin muß wieder lernen, ihr – überaus erfolgreiches – naturwissenschaftliches Modell in eine komplexere Sichtweise von Gesundheit und Krankheit einzubinden. Hierzu hat das christliche Denken einen reichen Schatz an Erfahrungen anzubieten.

So ist auch die ethische Bewertung von neuen Biotechnologien neu zu eröffnen. Ist Heilung ein relatives Ziel, kann es ein Recht auf Gesundheit nur im Sinn eines Abwehrrechts geben. Niemand darf Gesundheit unter Verwendung von Mitteln einklagen, die ethisch nicht konsensfähig sind. Weiterhin sollte ein erneuertes Leitbild der Medizin gegen jeden Versuch immun sein, „defektes“ ungeborenes Leben prinzipiell zu eliminieren. Das 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.

#### ANMERKUNGEN

<sup>1</sup> E. Bloch, *Das Prinzip Hoffnung* (Frankfurt 1959) 539.

<sup>2</sup> Gegenteilige Botschaften der Würde und des Sinns im Leiden vermögen allerdings auch zu beeindrucken, wie das Beispiel der öffentlich sichtbar gemachten Erkrankung von Papst Johannes Paul II. († 2005) zeigt.