

Prof. Dr. Klaus Tanner
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Theologische Fakultät

Ethik in der Medizin

Ändern sich ethisch moralische Vorstellungen zum Menschenbild angesichts biomedizinischer Innovation

Die Begriffe, mit denen wir versuchen, uns auf dem Feld der Bio- und Medizinethik zu verständigen, haben zwei Dimensionen. Einerseits gibt es die mit naturwissenschaftlichen Methoden erhebbaren „harten“ Fakten. Andererseits haben diese Begriffe eine Bedeutungsdimension, in denen Überzeugungen, Einstellungen, Wertungen eine Rolle spielen, die sich nicht mit dem Instrumentarium naturwissenschaftlicher Analyse einfach „verobjektivieren“ lassen. Zu diesem Feld der „weichen“ Faktoren gehört auch der Begriff „Menschenbild“. Wer wollte bestreiten, dass solche Menschenbilder bis in einzelne Therapieentscheidungen hinein handlungsprägend sein können? Wer kann aber sein „Menschenbild“ in ein paar kurzen Sätzen, im Stil der Nennung von Laborwerten formulieren?

Weil diese Weltbildfaktoren, diese Hintergrundüberzeugungen so schwer zu fassen sind, macht man gerne in den Wissenschaften einen großen Bogen um sie, konzentriert sich auf das „Verobjektivierbare“ und intersubjektiv „Überprüfbar“. Im Lichte der langen philosophischen und theologischen Diskussionen um das, was „Wissen“ ist, erscheint die Konzentration allein auf diese Dimension der „harten Fakten“ als reduktionistisch. Es ist eine tief in den religiösen und philosophischen Traditionen verwurzelte Einsicht, dass wir zum Gestalten unseres Lebens verschiedene Wissensformen brauchen.

In unserer Alltagssprache klingt die Unterscheidung solcher Wissensformen an, etwa wenn wir davon sprechen, dass ein Mensch klug oder weise ist. Jemand der klug oder weise ist, muss nicht unbedingt ein Universitätsstudium absolviert haben. Mancher Studiertere ist weniger lebensklug als derjenige, der nie eine Schule besucht hat. Wer über viel theoretisches Prinzipienwissen verfügt, weiß noch nicht automatisch, wie solches Wissen im speziellen Fall auch klug angewendet werden kann. Derjenige, der technisches Sachwissen gut beherrscht, braucht nicht immer viel über die Prinzipien zu wissen, die dem Funktionieren zu Grunde liegen. Solche verschiedenen Formen des Wissens (wissendes Können, wissenschaftliche Erkenntnis, praktisches Wissen, Weisheit, Einsicht in die höchsten Prin-

zipien) wurden schon in der griechischen Philosophie unterschieden. Diese Differenzierung war geleitet von der Einsicht, dass wir nicht nur einen, sondern diese verschiedenen Wissenstypen brauchen, wenn wir uns in der Welt orientieren und unser Leben führen und gestalten wollen.

Wir alle sind Kinder einer Zeit, in der ein bestimmter Wissenstypus privilegiert wurde, der des sog. naturwissenschaftlichen Wissens. Es ist verobjektivierbar, kann an jedem Ort zu jeder Zeit immer gleich reproduziert werden. Als solides Wissen gilt in unseren Breiten eigentlich nur dieser Wissenstypus. Bei allen medizinischen Problemen spielt natürlich das Faktenwissen, die „harten“ Daten eine zentrale Rolle. Mit Hilfe dieses Wissens hat die moderne Medizin auch ihre großen Erfolge errungen. Aber in der ärztlichen Praxis, bei den alltäglichen Diagnose- und Therapieentscheidungen kommen die anderen Wissensformen mit ins Spiel: Klugheit, Einsicht in übergreifende Zusammenhänge, Sensibilität für individuelle Lebensgeschichten, Erfahrung – all das, was über Lehrbücher nicht einfach weitergegeben werden kann.

Der Ausdruck „Menschenbild“ ist ein Abbrüviatur für dieses andere Wissen, dass nötig ist, um sich in der einzelnen Handlungssituation zu orientieren. Dieses Orientierungswissen hat charakteristische Merkmale. Es hat eine andere Struktur als das Faktenwissen. Der Bildbegriff signalisiert ein komplexeres Verhältnis zwischen einzelner Teil und Ganzem als bei isolierbarem Faktenwissen. Wer ein Bild wahrnimmt, analysiert nicht sukzessive je für sich Bildpunkt nach Bildpunkt, sondern er hat einen Gesamteindruck. Jeder einzelne Punkt steht in wechselseitiger Korrespondenz mit allen anderen, die hellen Partien mit den dunklen, die linke mit der rechten Bildhälfte, das Untere und das Obere. Ein „ganzer“ Eindruck bildet sich, nicht unabhängig von den Einzelheiten, aber ist doch auch nicht aus ihnen einfach ableitbar. Solche Anschauungsformen ermöglichen einen eigenen Typus holistischen Wissens, das wir brauchen, um der Mehrdimensionalität menschlichen Lebens gerecht zu werden.

Wir Menschen sind äußerst komplizierte Wesen. Wir haben eine naturhafte Seite, die sich mit den Daten relativ gut beschreiben lässt. Jeder weiß aber auch, dass damit nur

ein wichtiger Teilaspekt, aber nicht das Ganze eines menschlichen Lebens erfasst werden kann. Dieses Orientierungswissen lässt sich nicht in gleicher Weise vergegenständlichen und verobjektivieren, weil dabei das jeweilige Individuum mit seiner Wahrnehmung, seinem Erleben, seiner Geschichte, seinen Befürchtungen und Hoffnungen eine Rolle spielt. Mit dem Orientierungswissen gebe ich zugleich mir einen Standpunkt. Ich verorte mich im Gesamtzusammenhang meines Erlebens. In meine eigene Lebensgeschichte bin ich immer schon „verwickelt“. Zu mir kann ich nicht in gleicher Weise auf Distanz gehen, mich objektiv und neutral „von außen“ beobachten wie anderes in der Welt. Das merken wir z.B. dann, wenn uns jemand attackiert: „Sie haben aber ein komisches Argument entfaltet“. Da geht es schnell um mehr als um Argumente, es geht immer auch um mich. Gerade ethische Kontroversen sind oft so schwierig, weil sich die „Betroffenen“ in ihrer Moral, d.h. in einem Verhalten, das mit dem Personkern zu tun hat, getroffen fühlen.

Das sogenannte „objektive Wissen“ ist immer auch ein Stück von uns. Aber in noch höherer Masse ist das Orientierungswissen rückgebunden an die eigene Individualität. Deswegen lässt sich auch über Menschenbilder schwieriger streiten als über andere Wissenstypen.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal solchen Orientierungswissens ist es, dass mit zu thematisieren, was nicht so funktioniert wie es sollte. Wenn das Ganze des Handlungszusammenhanges und der Lebensführung in den Blick genommen wird, dann erscheint auch das, was nicht aufgeht, was schief gelaufen ist. Das Wissen um die eigenen Fehler, das eigene Versagen gehört mit zum Wissen über uns selbst. In der orientierenden Reflexion über uns selbst wird uns unsere Endlichkeit bewusst. Theoretisch betrachtet ist unsere Lebensführung immer suboptimal und partiell auch disfunktional. Wir könnten „theoretisch“ immer sehr viel besser leben und wir haben ja viele gute Vorsätze. Es macht einen Unterschied in den Menschenbildern, ob ich diese Endlichkeit realistisch anerkenne oder ob ich versuche, das zu ignorieren. Solche Weichenstellungen in den Welt- und Menschenbildern wirken sich aus bis in die einzelnen Handlungsvollzüge hinein. Es gibt also ganz handfeste, pragmatische Gründe, sich nicht nur mit den „harten“, sondern auch mit den „wei-

Ethik in der Medizin

chen“ Faktoren, dem Orientierungswissen, den Menschenbildern zu beschäftigen.

Solches Orientierungswissen wird beeinflusst durch technische Innovationen. Formen des Zusammenlebens, Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster werden mitgeprägt durch neue Techniken. Die Eisenbahn oder das Telefon haben zum Beispiel unsere Kommunikationsformen, Lebensformen und Verhaltensweisen entscheidend verändert.

Im Zeitalter des Telefons und der schnellen Reisemöglichkeiten lässt sich eine Beziehung auch über räumliche Distanzen hinweg ganz anders aufrechterhalten als in der Zeit des Brieftransportes mit der Postkutsche. Pendlerbeziehungen sind heute ein Normalfall geworden. Auch die medizinischen Innovationen haben unsere Wahrnehmungsstrukturen und Bewertungsmuster verändert. Das Mikroskop, das Röntgengerät, der Ultraschall, die DNA-Analyse haben das Verständnis von Lebensvorgängen verändert. Auch der einzelne Handlungsvollzug im Alltag der Medizin wird mitgeprägt von der Veränderung von Wahrnehmungsmustern.

Die Einführung von Kostenrechnungssystemen wie etwa den DRGs gehen einher mit einer Veränderung der Wahrnehmung von Krankheit. Der Schwerpunkt verlagert sich weg von einem individuellen Patienten hin zu einem „objektiven“ System von Diagnosen und Nebendiagnosen, über 600 an der Zahl. Hier wird ein neues Einteilungsschema für Probleme etabliert und das verändert langfristig auch die Wahrnehmung. Es macht einen Unterschied, ob man in seinem Orientierungswissen die Welt aufteilt, in Christen und Nichtchristen, in Klassenfeinde und Proletarier, in Gebildete oder Ungebildete. Solche grundlegenden Klassifizierungssysteme verändern langfristig dann auch das Handeln. Nicht nur solche mit den Möglichkeiten der Computertechnologie eng verknüpften Verwaltungstechnologien verändern unsere Kommunikationsformen- und Bewertungsmuster. Ein anderes Beispiel ist die In-vitro-Fertilisation, die die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Geburt massiv verändert hat.

Die Historikerin und Soziologin Barbara Duden hat in diesem Jahr gemeinsam mit anderen Wissenschaftshistorikern ein faszinierendes Buch über die „Geschichte des Ungeborenen“ (Göttingen 2002) veröffentlicht. Analysiert

wird, wie sich die Wahrnehmung des ungeborenen Lebens durch die modernen Techniken verändert hat. Herausgearbeitet wird, wie erst im 19. Jahrhundert der Embryo zu einem biologisch „objektiven“ Faktum geworden ist. Früher ist Schwangerschaft wahrgenommen worden als der individuelle Prozess einer Frau, mit persönlichen Hoffnungen und Ängsten verbunden, eingebunden in die „eigene“ Lebensgeschichte. Zunehmend wurde der Prozess der Schwangerschaft verobjektiviert und psychologisch definiert. Das Kommen eines Kindes wurde an den Stadien der Embryonalentwicklung abgelesen. Eine biologisierte Sicht der Schwangerschaft ist entstanden. Die „Sichtbarmachung, Standardisierung und medizinische Überwachung“ haben zunehmend die anderen Formen der Wahrnehmung überlagert. Über die Pränatal- und die besonders kontrovers diskutierte Präimplantationsdiagnostik wird eine neue Form des Wissens etabliert, die Selbstwahrnehmung von Frauen und das ärztliche Handeln schon massiv verändert hat. Unsere Wahrnehmung des Embryos als einer naturwissenschaftlich beschreibbaren Größe ist selbst das Produkt bestimmter kultureller Praktiken. Die „harten“ und die „weichen“ Faktoren spielen dabei gleichermaßen eine Rolle.

Wie stark Techniken Wahrnehmungs- und Orientierungsmuster verändern, lässt sich auch an der Einführung des Ultraschalls studieren. Als es die ersten Bilder vom werdenden menschlichen Leben im Mutterleib gab, fachte das die ganze Diskussion um die Abtreibung wieder an. In anderen Ländern lässt sich der Zusammenhang noch drastischer beobachten. In China und Indien wurden Untersuchungen über die durch Ultraschall möglich gewordene „sex-selection“ gemacht. Vermutlich sind nach der Einführung dieser Technik zwischen 1981 und 1991 eine Million Mädchen abgetrieben worden. Das Zusammenspiel von „harten“ und „weichen“ Faktoren, von verfügbarer Technologie und kulturell verwurzelten Hintergrundüberzeugungen (Menschenbildern) führte zu dieser neuen Stufe der Selektion.

Auch in der deutschen Diskussion um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik spielt diese Verknüpfung von technischer Innovation und der Befürchtung, dass durch sie sich langfristig unsere gesamte Wahrnehmung menschlichen Lebens verändern könnte, eine

zentrale Rolle. Wird nicht in neuer Weise die Unterscheidung von lebenswertem und lebensunwertem Leben handlungsrelevant, fragen die Kritiker vor dem Hintergrund der historischen Erfahrungen in der nationalsozialistischen Zeit. Diese mögliche Veränderung von Wahrnehmungsmustern löst auch deswegen besonders Angst aus, weil meistens niemand benannt werden kann, der als Handlungssubjekt für solche Folgen verantwortlich gemacht werden kann. Keiner will solche Veränderungen und gleichwohl können sie sich einstellen. Deswegen erscheint es als die „einfachste“ Gegenstrategie, gleich den Anfängen zu wehren. Technische Innovationen zwingen uns heute wieder verstärkt, über die kulturellen Fragen nachzudenken. Die „hard facts-Ausrichtung“ der Naturwissenschaften stößt, wie sich an den hitzigen Bioethik- und Biopolitikdebatten der Gegenwart studieren lässt, ein neues intensives Suchen nach Orientierungswissen an. Über die Ziele, für die wir die technischen Mittel einsetzen wollen, sagen uns diese Mittel selbst nichts.

Alte Grundfragen der Ethik als der Form der Reflexion über die Probleme unserer Handlungsorientierung brechen neu auf: Was ist der Mensch? Welche Rechte und Pflichten hat er? Wie wollen wir leben? Wie können wir mit knappen Gütern gerecht umgehen? Das sind Fragen, die sich „rein“ naturwissenschaftlich nicht beantworten lassen. Wer durchs Mikroskop schaut, sieht nichts direkt von der „Würde“ und der „individuellen Lebensgeschichte“. Wir können einen biologischen Vorgang beobachten, der im Wesentlichen immer wieder nach den gleichen Mustern abläuft und deswegen naturwissenschaftlich – in Ansätzen – erklärbar ist. Aber wie wir mit dem umgehen sollen, was wir da beobachten, darüber sagen uns Lichtdiagnostik und DNA-Analyse nichts. Wir müssen selbst eine Kultur des Umgangs damit entwickeln, in der die verschiedenen Interessen zu einem „sinnvollen“ Ausgleich gebracht werden können. Was dabei als „sinnvoll“ und langfristig als „gut“ gelten kann, ist im einzelnen heftig umstritten.

Die moderne Molekulargenetik befördert den Trend zur Fixierung auf „objektive“ Daten. Für viele erscheint sie so faszinierend, weil sie uns angeblich erlaubt, mit ihrer Hilfe endlich mathematisierbares, „objektiv“ darstellbares Wissen zu gewinnen über Lebensvor-

gänge. James Watson, einer der Pioniere in der Genforschung hat beim Start des Human Genom Project verkündet: „Früher haben wir geglaubt, dass unser Schicksal in den Sternen steht. Nun wissen wir, es steht im großen und ganzen in unserer DNA geschrieben“. Naturwissenschaftliche Erkenntnisse werden hier zur Triebkraft für weitreichende weltanschaulich aufgeladene Aussagen. Unter Rückgriff auf eine moderne Technologie wird ein Wandel von Orientierungsmustern angestoßen, ein neues Glaubensbekenntnis ausgerufen und dem alten Traum neue Nahrung gegeben, der Mensch könne endlich sein „Schicksal“ ganz selbst in die Hand nehmen. Worin ist die breitenwirksame Faszination dieser Form von Evolutionsbiologie und Molekulargenetik begründet? Sie liegt in der Präzision und Berechenbarkeit, mit der der Eindruck erzeugt werden kann, der Unruheherd lebensgeschichtlicher Kontingenz lasse sich stilllegen. Exakte Prognostik reduziert Unsicherheit und schafft Sicherheit. Das ist immer attraktiv vor dem Hintergrund der notorischen Ungewissheit, die dem menschlichen Leben eingeschrieben ist. Die Sehnsucht nach Gewissheit ist ein zentrales und zugleich ein gefährliches Thema. Bis in die bildliche Darstellung der Genetik hinein zeigt sich die Faszination solcher technischen, d.h. ja „immer“ funktionierenden Modelle. Da werden die Gene mit Power-Point-Programmen dargestellt. Der Wissenschaftler kann, glaubt man diesen Bildern, die DNA wie mit einer Schere präzise zerschneiden, „Teile“ modifizieren wie er es braucht, neue Teile einsetzen, wie in einem Baukasten ein Stein durch einen anderen ersetzt werden kann. Ein „Gen“ erscheint als eine klar materiell und räumlich abgrenzbare Einheit.

Die moderne Genetik hat sich selbst über das „Watson-Crick-Dogma“ hinaus entwickelt. Vom Gen wird heute nicht mehr als einer substantiellen Einheit gesprochen, das man als chemisches Substrat definieren kann. Entscheidend sind die Informationen, die „in mit und unter“ dem Stoff codiert sind. Der Schwerpunkt der Definition verlagerte sich weg von einer substanzhaften hin zu einer funktionalen Definition. Breitenwirksam ist immer noch die Faszination der Berechenbarkeit, der Kalkulierbarkeit, der Exaktheit. Mit der Einführung molekulargenetischer Methoden in der Medizin änderten sich auch die Beschreibungen und Typisierungsmuster von Krankheiten. Die alte Pathologie, die

Schnitte beurteilt und optisch vorgeht, wird zunehmend ersetzt durch molekular-genetische Diagnosen. In den Kliniken greift eine neue Begehrlichkeit Platz. „Material“, das bei Operationen übrig bleibt und früher weggeworfen wurde, wird nun zum begehrten „Rohstoff“ für molekulargenetische Analysen. In großem Stil werden mit Gewebeproben neue Datenbanken aufgebaut.

Das molekulargenetische Modell, das seinerseits selbst permanent weiterentwickelt wird, hat schon handlungsrelevante Folgen, etwa wenn aufgrund von neuen Diagnosetechniken eine „Veranlagung“ für eine Brustkrebskrankung festgestellt wird und Frauen mit diesem belastenden Wissen überlegen, ob sie sich prophylaktisch operieren lassen. Dieses Modell von Krankheit hat eine starke Tendenz zu reduktionistischen und einfachen kausalen Erklärungen. Einfache Wenn-Dann-Relationen zwischen den Genen und dem Auftreten einer Krankheit lassen sich bei den wenigsten Krankheiten feststellen. Die Genetiker wissen, dass eine genetische Diagnose immer nur zu einem statistischen Wahrscheinlichkeitsurteil führt und keine präzise Zurechnung ermöglicht ob und wann denn eine Krankheit genau auftritt. Krankheiten, ihre „Ursachen“ und Therapien sind nur in einem mehrdimensionalen Beschreibungsprozess erfassbar. Etabliert sind Beschreibungssprachen, die stark dominiert sind von den naturwissenschaftlichen Modellen. Daneben haben wir die Sprache der Juristen, wenn es um das Arzthaftungsrecht und Patientenrecht geht. Die Sprache der Ökonomie wird zunehmend wichtiger, in der der Patient entweder als „Kunde“ oder als „Kostenfaktor“ oder als Bündelungspunkt abrechenbarer Diagnosen und Therapien erscheint. Solche Sprachmuster sind die Oberfläche unterschiedlicher Einteilungs- und Bewertungssysteme. Mit ihnen wird eine bestimmte Orientierung für das Handeln angebahnt. Die genannten Sprach- und mit ihnen verknüpften Wahrnehmungsmuster haben eine starke Tendenz zur Objektivierung und Entindividualisierung. Etwas Entscheidendes, die individuelle Dimension, die jeder spätestens dann erlebt, wenn er selbst krank wird, kann nur schwer im Rahmen dieser Sprach- und Bildwelten artikuliert werden. Wir brauchen auch Sprach- und Wahrnehmungsformen für diese persönliche Dimension des Krankseins. Dieselbe Diagnose, dasselbe Krankheitsbild, kann in der einen Lebensgeschichte

so und in einer anderen ganz anders wahrgenommen werden. Auch wenn der naturwissenschaftliche Befund und die ökonomische Kalkulation nahezu gleich sind, kann eine Person verzweifeln darüber, jemand anders nimmt die Krankheit als Impuls, über sein Leben noch einmal neu nachzudenken, sagt vielleicht, die zwei Jahre die ich noch habe, sind nicht zum Verzweifeln da sondern sind noch einmal geschenkte Jahre. Diese individuelle Wahrnehmung beeinflusst den Umgang mit der Krankheit für alle Beteiligten. Immerhin ist die compliance zu einem eigenen Thema geworden. Welche Beschreibungssprache haben wir für diese Dimension des Krankseins? Wird sie nur unter „subjektives Empfinden“ abgehakt? Die naturwissenschaftlich-medizinische Sprache tendiert dazu, dieses Individuelle abzublenden. Das ist in der ganzen medizinethischen Diskussion der Moderne immer wieder kritisch vermerkt worden. Es klingt banal, aber unter den Bedingungen der naturwissenschaftlichen Medizin musste immer wieder neu die Bedeutung der alten Wissens ins Bewusstsein gehoben werden, dass der Arzt nicht Krankheiten heilt sondern Patienten. „Der Patient als Person“ so lautet der Titel eines Schlüsseltextes, der am Beginn der neueren medizinethischen Debatte in den USA stand. Paul Ramsey veröffentlichte unter diesem Titel seine Vorlesungen zu Problemen der Medizinethik (vgl. Albert R. Jonson, *The Birth of Bioethics*, 1998). Krankheit ist immer ein mehrdimensionales Geschehen, das mehr umfasst als die „hard facts“. Wer die Geschichte der Diskussion um das Krankheitsverständnis studiert, sieht schnell, wie die Paradigmen und Beschreibungsmuster in der Geschichte der Medizin gewechselt haben. Hintergrundüberzeugungen spielten dabei neben den naturwissenschaftlichen Fortschritten eine wichtige Rolle. Werden Krankheiten z.B. verstanden als eine Erkrankung von einzelnen Organen, dann erscheint es sinnvoll, diese zu operieren oder sie zu ersetzen. „Krankheit“ lässt sich in diesem Modell an der Struktur des Gewebes ablesen. Mit einem anderen Interpretationsmodell, das z.B. mehr systemisch ansetzt, verschieben sich die Schwerpunkte. Herz-Kreislauf-Erkrankungen lassen sich, auch wenn sie an lokalisierbaren Symptomen ablesbar sind, schwerer als solche genau abgrenzbaren Strukturen erfassen. Dementsprechend können sie auch nicht einfach entfernt werden. Sie stehen im Zusammenhang mit der ganzen

Ethik in der Medizin

Lebensführung, den Ess-, Trink-, Rauch-, Arbeitsgewohnheiten. Eine eindeutige kausale Zurechnung, was nun genau den Herzinfarkt ausgelöst hat, ist sehr viel schwieriger. In einem anderen Modell wurden die auslösenden Faktoren für Krankheiten in Viren, Bakterien, Pilzen gesehen. Die Beispiele sollen nur verdeutlichen, wie Handlungsstrategien rückgebunden bleiben an theoretische Grundannahmen, in deren Rahmen dann einzelne „empirische“ Befunde interpretiert werden. Molekulare Medizin und Genetik bilden solch einen neuen Rahmen, in dem Bekanntes, etwa onkologische Erkrankungen neu gedeutet und schließlich auch mit anderen Mitteln therapiert werden. Therapieentscheidungen hängen eng mit solchen Modellen zusammen. Wenn Krankheit vor allem ein strukturverändertes Gewebe ist, macht es Sinn, das Gewebe zu entfernen. Wenn der Lebensstil eine große Rolle spielt, ist Prävention sinnvoll. Wenn die entscheidenden Weichen schon über eine genetische Disposition gestellt sind, kann entweder der Schluss gezogen werden, dass Prävention besonders wichtig ist, oder dass durch eigenes Handeln sowieso nichts mehr geändert werden kann.

Zusammenfassend will ich fünf Dimensionen des Krankheitsverständnisses nochmals nennen. Die harten und die weichen Faktoren, die verobjektivierbaren Daten und die Menschen- bzw. Naturbilder sind dabei eng verzahnt. Der Begriff der Dimension soll dabei zum Ausdruck bringen, dass keine einfach ohne die andere eine Rolle spielt, keine einfach an die Stelle der anderen treten kann, sie vielmehr ein Gesamtes bilden, das in der Suche nach Handlungsorientierung beim Arzt wie beim Kranken von Bedeutung ist. Krankheit hat eine universale Dimension. Das erklärt die enorme Mobilisierungskraft, die krankheitsbezogene Themen in der Öffentlichkeit haben. Frei zu sein von Krankheit ist ein Ziel, das immer als erstrebenswert angesehen wurde und doch bleiben die wenigsten von Krankheiten verschont. Krankheit gilt als das zu Vermeidende, Gesundheit als das Erstrebenswerte. Für viele Menschen steht in der Gegenwart Gesundheit an der ersten Stelle in der Hierarchie der Güter. Ein „gutes Leben“ ist nahezu identisch geworden mit „Gesundheit“. Mit der Verschiebung des Schwerpunktes von „Krankheit“ auf „Gesundheit“ ist eine expansive Tendenz verbunden, die sich an der Definition der WHO ab-

lesen lässt: „Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“. Ein Gesundheitswesen, das auf diesem Verständnis aufbaut, wird auf das ganze Leben der Menschen ausgreifen, um zum Beispiel durch Prävention, Aufklärung, Erziehung zur Erreichung des umfassenden „Wohlbefindens“ anzuleiten. Der Ansatz beim Heilen von Krankheiten ist demgegenüber begrenzter aber auch realistischer, weil er nicht mit solchen weitgreifenden Glücksversprechen verbunden ist. Der Mediziner und Theologe Dietrich Rössler bezeichnete Gesundheit nicht als die Abwesenheit von Störungen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.

Krankheit hat eine naturwissenschaftliche Dimension. Die Erfolge der Medizin in den letzten 150 Jahren beruhen vor allem auf ihrer Entwicklung zur Naturwissenschaft. So leistungsfähig dieser Zugriff ist, so reduktionistisch ist er. Jeder Arzt weiß, dass „dieselbe“ Krankheit bei verschiedenen Patienten einen unterschiedlichen Verlauf nimmt, Therapien verschieden anschlagen und „dieselbe“ Krankheit individuell verschieden erlebt und erlitten wird. Mit der alten Bezeichnung der Medizin als „Heil-Kunst“ wurde auf diese Dimension des Individuellen verwiesen. Im naturwissenschaftlichen Zugriff spielt diese Dimension keine Rolle. Mit ihr wird die Krankheit herausgelöst aus dem individuellen Lebenszusammenhang, wird das Beziehungsgeflecht, in dem Krankheit eine Rolle spielt auf verobjektivierbare Daten reduziert. Es wäre Unsinn, die Bedeutung der naturwissenschaftlichen Dimension von Krankheit in Abrede zu stellen. Aber mit ihr werden andere wichtige Dimensionen nicht erfasst.

Krankheit hat eine soziale Dimension. Sie verändert das Zusammenleben von Menschen. Krankheit wie Gesundheit sind soziale Sachverhalte, weil die Erfüllung oder Nichterfüllung sozialer Rollen eng verknüpft ist mit der Art und Weise, wie Krankheit und Gesundheit in einer Gesellschaft verstanden werden. Krankheit verändert das gesamte Rollengefüge und Beziehungsgeflecht, in dem eine Person lebt.

Krankheit hat eine individuelle und personale Dimension. Sie berührt jeden tief in seinem Selbsterleben. Mit der individuellen Dimension ist eine spezifische Schwierigkeit verbunden. Aus Aussagen auf einer allgemeinen

Ebene, wie sie etwa auch in der Darlegung eines allgemein formulierten Menschenbildes entfaltet werden, lassen sich nicht unmittelbar Kriterien ableiten, die den Einzelfall klären. Aus dem Wissen, dass menschliches Leben immer endlich, begrenzt, nie vollkommen gelungen ist und Leiden zum Leben gehört, lässt sich nicht ableiten, dass der drohende Tod eines Menschen hingenommen werden muss, wenn durch eine Operation, etwa einer Herztransplantation, das Leben erhalten werden kann. Es geht immer um einen Patienten, ein Individuum. Vorgehensweisen, die vor allem prinzipienorientiert sind, werden deshalb immer wichtige Aspekte der Realität des Krankseins und Leidens verfehlen. Eine Person ist immer mehr als die naturwissenschaftlich fassbaren Daten ihrer Existenz. Sie hat eine Lebensgeschichte, die sich aufbaut aus einem Verhältnis zu sich selbst, zur körperlichen wie zur geistigen Dimension der Existenz, wie aus den Beziehungen zu den Mitmenschen und der Umwelt. Zur Person gehört die Vergangenheit wie ihre Zukunft, die Hoffnungen wie die Ängste, die damit verbunden sind. Die Person braucht noch andere Wege des Ausdrucks und der Darstellung als die objektive „wissenschaftliche“ Analyse und medizinische Daten. Das Erzählen, Darstellen in Bildern, Verdichten in exemplarischen Erlebnissen ist wichtig. Wer die „Person“ betrachtet, stößt auf eine Vielzahl von Beziehungen, in denen sie ihr Leben lebt. Das Ganze dieser Beziehungen, die Lebensgeschichte ist mehr als die bloße Summe ihrer Teile. Im Kontext solch einer persönlichen Lebensgeschichte wird Krankheit erlebt und werden Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten getroffen. Die Selbst- und Weltbilder sind – ob bewusst oder unbewusst – ein integraler Bestandteil medizinischer Beurteilungs- und Handlungsmuster.

Krankheit bedroht die eigene Identität in allen Dimensionen des Personseins. Sie führt an die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten und provoziert Fragen nach dem Sinn des Geschehens und der eigenen Lebensgeschichte. Diese umfassende Sinn dimension ist traditionell als religiöse Dimension bezeichnet worden. Die Fragen nach dem „Woher“ und „Warum“ des Leidens sind religiöse Grundfragen.

Die heftigen Kontroversen der medizin- und bioethischen Debatten erklären sich zum Teil daraus, dass wir keinen Konsens darüber ha-

ben, mit welchen Beschreibungssprachen wir Phänomene wie das „werdende Leben“ oder das Leiden und Sterben erfassen und artikulieren können. Hier prallen unterschiedliche Hintergrundüberzeugungen aufeinander, die sich nicht einfach durch den Verweis auf „Fakten“ zu einem Ausgleich bringen lassen. Die verobjektivierenden Sprachen der Naturwissenschaften, der Jurisprudenz, der Ökonomie erfassen entscheidende Aspekte aber offensichtlich nicht alles. Doch die Fragen, ab wann ein Embryo geschützt werden soll, wann der Tod nun wirklich eingetreten ist, welche Handlungen erlaubt und welche verboten sein sollen, führen über das mit diesem Instrumentarium Erfassbare hinaus. Es bedarf dann immer der individuellen Wahrnehmung auf der Seite der Ärztin, des Arztes und auch des Patienten. Diese Sensibilität fürs Individuelle ist unverzichtbar für eine humane Medizin. Zugleich haben wir unter den Bedingungen eines modernen Pluralismus der Welt- und Menschenbilder keinen Konsens mehr darüber, in welcher Sprache wir dieser Dimension Ausdruck verleihen und sie damit kommunizierbar machen. Die einen reden vom humanistischem Menschenbild, führen es auf eine bestimmte, geschichtliche Tradition zurück, andere von einem christlichen Menschenbild. Um philosophische Häupter sammeln sich Schulen, von denen jede gerne beansprucht, nur auf ihrem Weg seien die Probleme lösbar. Andere sagen, das alles sei Unsinn, letztlich werden die Geisteswissenschaftler, Kulturwissenschaftler, Philosophen und Juristen die Probleme nie lösen, nur die exakten Naturwissenschaftler werden das schaffen.

Weil wir in dieser Dimension der „weichen“ Faktoren, des Orientierungswissens und der Hintergrundüberzeugungen keinen Konsens haben, ist dann auch der politische Streit so intensiv. Die sog. „ethischen“ Probleme gehen nicht erst los bei der Frage „Wie sollen wir handeln“? Sie beginnen schon bei Streit um die Zulässigkeit und Leistungskraft unterschiedlicher Beschreibungssprachen. Wenn wir die individuelle Freiheit im Hinblick auf solche Hintergrundüberzeugungen als etwas ethisch Wertvolles erachten, dann macht es keinen Sinn mehr, unbedingt eine Philosophie, ein Menschenbild, eine Religion allen vorschreiben zu wollen. Wir werden mit dem Pluralismus auf der Ebene des Orientierungswissens leben müssen. Faktisch führt das dann bei politischen Entscheidungen zu Kom-

promissen. Jüngstes Beispiel ist das Stammzellgesetz mit dem eine Einfuhr von Stammzelllinien, die aus sog. überzähligen Embryonen gewonnen wurden, unter strengen Auflagen ermöglicht wurde. Weil die Kompromissbildung, das Aushalten von unterschiedlichen Hintergrundüberzeugungen so mühsam ist, wird immer wieder versucht werden, doch noch eine vermeintlich „objektive“ Lösung zu finden.

Skepsis ist hier durchaus angebracht. Immanuel Kant, der Philosoph der in der Gegenwart in Deutschland häufig zitiert wird, wenn es um Begründung für die Anerkennung der Menschenwürde geht, war fasziniert von der Leistungskraft der auf Mathematik beruhenden modernen experimentellen Naturwissenschaften. Kant setzte sich intensiv auseinander mit dem englischen Empirismus, wie er etwa von David Hume vertreten wurde. Der deutsche Philosoph reflektierte aber auch die Grenzen der Erklärungsversuche durch den „Naturmechanismen“ und beschäftigte sich mit der Frage, ob denn zu erwarten sei, dass mit diesen kausal-mechanischen Beschreibungsmustern eines Tages auch die Entstehung von Leben umfassend erklärt werden könne. Freiheit, als das Fundament unserer Würde und der Ermöglichungsgrund all unseres wissenschaftlichen Weltumganges galt ihm als etwas „Über-sinnliches“, eine „unbegreifliche Eigenschaft“ die mit dem Instrumentarium der naturwissenschaftlichen Erklärung nicht zu erfassen ist. In der „Kritik der Urteilskraft“ formuliert Kant dieses Wissen um die der naturwissenschaftlichen Erkenntnismethoden immanenten Grenzen so: „Es ist nämlich ganz gewiss, dass wir die organisierten Wesen und deren innere Möglichkeit nach bloß mechanischen Prinzipien nicht einmal zureichend kennen lernen, viel weniger uns erklären können; und zwar so gewiss, dass man dreist sagen kann, es ist für den Menschen ungereimt zu hoffen, dass noch etwa dereinst ein Newton aufstehen könne, der auch nur die Erzeugung eines Grashalms nach Naturgesetzen begreiflich machen werde“ (§75). Hier zeigt sich bei diesem von der Leistungskraft der modernen Naturwissenschaften faszinierten Denker zugleich ein Wissen um die Grenzen bestimmter Beschreibungssprachen.

Eine praktische Urteilskraft, die den individuellen Fall richtig einordnen und sich in ihrem Urteil nur begrenzt auf allgemeingülti-

ge Gesetze stützen kann, ist dort, wo es um individuelle Herausforderungen geht unverzichtbar. Kein allgemeines Prinzip, auch nicht der Rekurs auf die Menschenwürde nimmt uns im Einzelfall eine Entscheidung ab. Es bleibt immer ein Spielraum des Ermessens und Urteilens der mit Hilfe des eigenen Orientierungswissens gestaltet werden muss. „Gewissensurteil“ wurde das früher genannt; heute wird mehr der Begriff der „Verantwortung“ verwendet. Solch eine verantwortliches Entscheiden lässt sich nicht abschieben an eine „objektive“ Diagnose, an juristische Rahmenbedingungen oder ökonomische Zwänge. Wer entscheidet, weiß immer, dass er – bei allen Zwängen – unvertretbar dabei mit einer Rolle spielt. Die alte Frage nach der Gewissensbildung, nach der Fähigkeit zu einem verantwortlichen Entscheiden ist unter modernen Bedingungen keineswegs obsolet geworden. Im Gegenteil: Je mehr Handlungsoptionen bestehen, desto mehr muss Tun oder Lassen von uns verantwortet werden. Die neuen technologischen Möglichkeiten haben diesen Raum des von uns zu verantwortenden Handelns enorm erweitert. Sie haben damit die Anforderungen an die handelnden Individuen gesteigert, nicht nur auf der Seite des instrumentellen Wissens, sondern auch auf der Seite der Sensibilität für die Entscheidungssituationen.

Diesen gestiegenen Anforderungen wird die Mediziner Ausbildung zur Zeit nur bedingt gerecht. Die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Patienten, die Sensibilität fürs Individuelle wird als vorhanden vorausgesetzt oder durchs Werfen ins kalte Wasser des Klinikalltags ausgebildet. Von einer gezielten Ausbildung im Hinblick auf diese Dimension des Erwerbs einer kommunikativen Kompetenz kann in Deutschland kaum die Rede sein. Der jahrelange Streit um die Änderung der Ausbildungswege dokumentiert das. Es gibt auch andere Modelle, in denen von Anbeginn des Studiums eine mehrdimensionale Wahrnehmungsfähigkeit im Umgang mit dem kranken Menschen eingeübt wird, etwa an der Havard Medical School (vgl. etwa Byron J. Good, *Medicine, rationality and experience*, Cambridge UP 1994).

Lassen sie mich schließen mit einer kleinen Anekdote, die auf ihre Weise nochmals die Frage danach aufwirft, welches Wissen, welche Beschreibungssprachen wir für eine ge-

Ethik in der Medizin

lingende Lebensführung brauchen. In der Zeit in der David Hume, der schon genannte englische Aufklärungsphilosoph lebte, ist in England heftig über den Stellenwert und die Berechtigung unterschiedlicher Formen der Weltbeschreibung, unterschiedlicher Formen des Orientierungswissens gestritten worden. Hat neben der „vernünftigen“, d.h. naturwissenschaftlichen Erkenntnis überhaupt noch anderes Wissen einen Platz? Hume, der Verfechter der aufgeklärten Vernunft, des „natürlichen Lichts“, war bei einem Abendessen eingeladen, bei dem nun diese Fragen wieder

einmal diskutiert worden war. Es war dunkel geworden und der Gastgeber fragte Hume, ob ihn nicht ein Diener mit einer Lampe die Treppe vor der Haustür hinab begleiten und den Heimweg noch etwas erleuchten solle. Vornehm zurückhaltend wie Hume war, lehnte er dankend ab. Kaum war er aus der Tür gegangen, stürzte er die Treppe hinab. Der Gastgeber eilte hinterher, half David Hume wieder auf die Beine. Als klar war, dass nichts Schlimmes passiert war, kommentierte er Humes Zurückhaltung: „David, I always tell you, the natural light is not enough“.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Klaus Tanner
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Theologische Fakultät
Franckeplatz 1
06099 Halle/Saale

Vortrag gehalten anlässlich
des 12. Sächsischen Ärztetages
am 15. Juni 2002
in Dresden