

Öffentliche Dialogveranstaltung

der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" des Deutschen Bundestages in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel

11. Dezember 2000

Wie sollte moderne Medizin aussehen?¹

Linus S. Geisler

Niemand, so hoffe ich, wird von mir im Ernst auch nur eine halbwegs erschöpfende Antwort auf die Frage "Wie sollte moderne Medizin aussehen?" erwarten. Dies würde ja einen quasi prophetischen Vorgriff auf die Erkenntnisse und Bewertungen bedeuten, um die unsere Enquête noch heftig ringt, und es wäre zudem kontraproduktiv, was den Wunsch nach einem intensiven Diskurs mit Ihnen betrifft². Was ich also hier vortrage ist ein sehr persönliches Bild, das sich prozesshaft im Lauf einer vierzigjährigen ärztlichen Tätigkeit als Kliniker herausgebildet hat. Ich bin also lediglich Stichwortgeber.

Wie könnten wir vorgehen? Ein denkbarer Weg wäre es, anzusetzen bei den Ängsten und Befürchtungen, die eine hochtechnisierte Medizin hervorruft und auch bei der sich abzeichnenden Instrumentalisierung von Menschen, sprich den potentiellen Verletzungen ihrer Würde. Die gesuchte Antwort wäre dann aus dem Kontrast des Vorgefundenen herzuleiten. Auch müssten wir versuchen zu definieren, was "modern" heißt: zeitgemäß? verantwortlich? visionär? auch moralisch? Oder umfasst "modern" nicht auch den Rückgriff auf Bewährtes und Tradition? Ganz sicher, denn die wissenschaftlich gesicherten Quellen der modernen Medizin sind kleiner, als wir allgemein denken, und der Einfluss von Erfahrungen und Überliefertem keineswegs gering einzuschätzen³. Schließlich, bedeutet "modern" nicht immer auch die Ausrichtung auf Zukünftiges?

Und noch ein Begriff bedarf der Klärung. Was wollen wir unter *Fortschritt* verstehen? Ganz allgemein *jede* von einem niederen auf einen höheren Zustand gerichtete Entwicklung? Das wäre sehr hoch gegriffen. Oder ist schon der Pflegeroboter, der als Care-O-bot in fünf Jahren auf den Markt kommen wird, Fortschritt⁴? Auch wäre die Frage zu stellen, wie viel Fortschritt braucht der Mensch, besser noch wie viel verträgt er⁵? Und muss Fortschritt/-schreiten nicht auch ein Sich-Anhalten-Können beinhalten?

Lassen Sie uns einfach mutig beginnen.

Stunde der Wahrheit jedes medizinischen Systems ist die Begegnung zwischen Patient, Arzt und zunehmend auch Angehörigen. Alle grundlegenden Störungen und Defizite offenbaren sich hier. Die gute alte "Tante-Emma-Praxis", in der Patient und Arzt in langjährigen Beziehungen von einander fast alles wussten, ist tot⁶. Die Vorteile vernetzter medizinischer Versorgungsstrukturen oder einer Telemedizin, in der Ärzte über Computersysteme und Internet verbunden sind, lassen sich

zweifelsohne gut belegen. Kritisch ist vielmehr, dass die *Beziehung zwischen Arzt und Patient* heute vielfach als gestört und verfremdet erlebt wird. Nicht hilfeschuchende Menschen scheinen auf einen, *ihren* einfühlsamen Arzt zu stoßen, sondern Kunden sehen sich mit Leistungserbringern konfrontiert. Festgeschriebene *Budgets* und die Angst vor Regressen verführen zu berechnenden Behandlungsweisen und zu Dauerkonflikten mit den Erwartungen der Patienten.

Der Mensch erscheint nicht mehr "als das Maß aller Dinge"⁷ sondern er kommt nur noch vor in einem System, das sich zunehmend verselbständigt. Der Kranke erlebt sich nicht mehr als Ziel und Mittelpunkt eines medizinischen Systems, sondern nur noch als eine Art Randbedingung. Die *Kommunikationsfähigkeit* von Ärzten, vor allem die Kunst des aktiven Zuhörens, scheint zu verkümmern, auch mangels elementarer Schulung⁸. Verständlich, dass so etwas wie Urvertrauen als Grundlage der Arzt-Patientenbeziehung, mehr und mehr von einer Haltung des Misstrauens abgelöst wird. Kein Wunder, dass eine wachsende Zahl von Patienten medizinische Information, aber auch Rat im *Internet* suchen – in den USA sind es schätzungsweise 52 Mio. Menschen⁹.

Diese Entwicklungen können keineswegs nur der Hochtechnisierung angelastet werden, die im Fall der Not doch gerne fast jeder in Anspruch nimmt. Wesentlich ist auch das veränderte Verständnis von *Krankheit und Gesundheit*, von Behinderung und dem, was Lebensqualität wirklich ausmacht – vielleicht wäre Lebenszufriedenheit der weniger verbrauchte Begriff (Eberhard Aulbert¹⁰). Hier stehen sich fast unvereinbare Begriffsbildungen gegenüber. Ist gesund, wer für sich den Sinn des Lebens gefunden hat? Oder sind Krankheiten nichts als Defekte an Molekülen unseres Erbgutes, so der Nobelpreisträger James Watson¹¹, weshalb wir "die Zukunft des Menschen nicht mehr Gott überlassen" dürften? Was in dieser Sicht vollständig fehlt, ist ein *ganzheitliches Verständnis* des Menschen in seiner Krankheit¹². Die subjektive Seite des Krankseins wird ausgeblendet: Dass Krankheit wesentlich *auch* durch die Selbstausslegung des Patienten bestimmt wird, also eine Konstruktion von Wirklichkeit ist. Dass eine Therapie nur erfolgreich sein kann, wenn Arzt *und* Patient sich aus einer annähernd gleichen Krankheitswirklichkeit dazu entscheiden. Es fehlt die *soziale Dimension*: die Erkenntnis, dass "der Kranke in dem Maß krank ist, in dem ihm die Zuwendung seiner Mitmenschen fehlt" (Elisabeth Pflanz¹³). Wer glaubt, dass Krankheit durch Defektmodelle alleine zu erklären und folgerichtig durch Organsersatz oder Austausch von Genen zu kurieren ist, wird kaum verstehen können, dass Krankheit – und auch Behinderung *Lösungen* sein können, Schlüssel, wie André Gide gesagt hat, "die uns bestimmte Tore öffnen können"¹⁴.

Eine weitere Quelle des Unbehagens wurzelt in bestimmten medizinischen *Versorgungssystemen*, mit wirtschaftlich vorgegebenem Spielraum, standardisierten Behandlungsmethoden und strikten Wirksamkeitskontrollen. *Managed Care* gilt als Zauberwort der Zeit für ein noch bezahlbares Gesundheitssystem¹⁵. Bereits $\frac{3}{4}$ der Versicherten in den USA gehören dieser Versicherungsform an. Die Gefahren sind offensichtlich: Schrumpfung der Medizin zur Checklistenlistenmedizin, vor allem aber die drohende Benachteiligung und Diskriminierung bestimmter Gruppen, wie Ältere, chronisch Kranke oder Behinderte. Für sie steht letztendlich nur noch eine Basisversorgung auf niedrigem Niveau zur Verfügung.

Hier zeichnet sich eines der wahrscheinlich wichtigsten ethischen Probleme der zukünftigen Medizin ab: wie kann eine *gerechte Verteilung* (Allokation) knapper werdender Gütern und Dienstleistungen im medizinischen Versorgungssystem gewährleistet werden? Nach jüngsten Prognosen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 13,5 % bis zum Jahr 2040 auf 23,1 % angestiegen sein¹⁶. Für die Kostenexplosion wird dabei viel mehr der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt als die zunehmende Alterung der Bevölkerung verantwortlich sein. Das sich abzeichnende "Trilemma" der modernen Medizin zwischen Patientenversorgung, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung (Axel W. Bauer¹⁷) dürfte sich als eine der großen Herausforderungen für *Forschungs- und Allokationsethik* erweisen.

Die *prädiktive, d.h. vorhersagende genetische Diagnostik*, befindet sich stark im Aufwind. Für den positiv Getesteten kann sie dramatische Folgen haben:

- tiefgreifende Veränderungen der Lebensperspektive,
- die Verbannung in ein medizinisches Niemandsland zwischen gesund und krank
- Diskriminierung und Belastung durch ein "vergiftetes" Wissen, wenn Behandlungskonsequenzen fehlen.

Viele Patienten stehen diesen Tests skeptisch gegenüber¹⁸. Eine Patientin drückte dies so aus: "Ich möchte unbedingt wissen, dass ich dieses krankhafte Gen *nicht* habe, aber ich möchte unter keinen Umständen wissen, *dass* ich es habe." Die genetische Diagnostik betrifft u.U. nicht nur den Einzelnen, sondern auch Familienmitglieder und sprengt so die individuelle Arzt-Patientenbeziehung. Zur Konkretisierung dieser Gefahren plant die Enquête-Kommission ein *Gutachten* zur Abschätzung der Folgen der genetischen Diagnostik für behinderte Menschen¹⁹. Kernstücke einer dringend erforderlichen *Regelung* könnten sein:

- medizinische Zweckbindung,
- Arztvorbehalt,
- strenge Indikationsstellung,
- schriftliche Einwilligung nach Aufklärung,
- qualifizierte Beratung *vor und* nach dem Test,
- Recht auf Nichtwissen und
- zuverlässiger umfassender Datenschutz²⁰.

Die genaue Festlegung von *Patientenrechten* und die Frage, wie sie garantiert werden können, spielen eine wesentliche ethische Rolle, die immer dringlicher der Regelung bedarf. Wie ist das Spannungsfeld zwischen "Ethik der Fürsorge" und "Ethik der Autonomie" aufzulösen (Ulrich Eibach²¹)? Wie sind Stellvertreterentscheidungen durch Angehörige oder Betreuer, die immer häufiger gefordert werden, zu regeln? Wie hat ein differenzierter Umgang mit Begriffen wie "mutmaßlicher Wille" auszusehen?

Ein Wesensmerkmal vieler moderner wissenschaftlicher Errungenschaften ist das Phänomen, dass sie in einem *ethischen Zwielficht* liegen. Die klassischen Gegensatzpaare von gut oder böse, richtig oder falsch scheinen nicht mehr ohne weiteres anwendbar zu sein. Ein Beispiel hierfür sind bestimmte Methoden der *Fortpflanzungsmedizin*²². Ihre Bewertung steht und fällt mit der Frage: wächst der

Embryo als Mensch oder *zum* Menschen heran (Ulrich Lüke²³)? Ist es zulässig, Menschen in der Retorte in erster Linie als Quelle für Stammzellen zum therapeutischen Einsatz zu erzeugen (Fall Adam Nash) und ungeeignete Embryonen zu verwerfen²⁴? Wie könnte ein künftiges *Fortpflanzungsmedizingesetz* aussehen, das das Schutzniveau des Embryonenschutzgesetzes aufrechterhält und gleichzeitig den neuen Entwicklungen der Fortpflanzungsmedizin Rechnung trägt?

Häufig wird in solchen Fällen der Ruf nach einem *Diskurs zwischen Öffentlichkeit und Wissenschaft* laut, nach einer Demokratisierung der Wissenschaft. Es sind verschiedene Lösungsmodelle entworfen worden, wie zum Beispiel das Aktionsprogramm PUSH (Public understanding of science and humanities), also das öffentliche Verstehen von Natur- und Geisteswissenschaften²⁵. Aber wie sollen Wissenschaftler konkret ihre Übersetzungsarbeit leisten? Und: fördert die Information von Laien das Verständnis für wissenschaftliche Projekte oder stärkt sie eher das Misstrauen?

Die *Möglichkeiten und Zukunftsvisionen* der modernen Medizin erscheinen überwältigend: Überwindung der großen Zeitkrankheiten: Krebs, Herztod, AIDS, Demenz. Verlängerung des Lebens in ungebrochener körperlicher und geistiger Spannkraft, vielleicht sogar die Verwirklichung der Utopie eines Neuen Menschen²⁶. Hier stellt sich freilich die Frage von Hans Jonas, nach wessen Ebenbild der Mensch sich selbst manipulieren darf²⁷. Aber Aufgabe der modernen Medizin ist es nicht, nach einer utopischen Lebensverlängerung zu streben, sondern die Stärkung der *Palliativmedizin*, die ein Sterben in Schmerzlosigkeit und Würde ermöglicht. Sie ist die wirksamste Alternative zur sogenannten aktiven *Sterbehilfe*²⁸.

Zwei Forderungen scheinen mir von besonderer Bedeutung für den Umgang mit den Potentialen der modernen Medizin: eine neue *Achtsamkeit*, die drohende Diskriminierung und Instrumentalisierung des Menschen so früh wie möglich aufdeckt. Und ein gutes Maß an *Bescheidenheit*. Denn der unverblendete Arzt wird auch im Zeitalter des entschlüsselten menschlichen Erbgutes erkennen, dass sich seine Wirkungsmöglichkeiten im Prinzip kaum von jenen unterscheiden, die ein französischer Kliniker schon vor zweihundert Jahren auf die einfache Formel gebracht hat: Heilen - manchmal, Lindern - häufig, Trösten - immer (*guerir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours*)²⁹.

© beim Autor

URL: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0012bethel.html>
Download: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0012bethel.pdf>

¹ Vortrag anlässlich der öffentlichen Dialogveranstaltung der Enquête-Kommission "Recht und Ethik der modernen Medizin" in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel am 11. Dezember 2000.

URL der Enquête-Kommission: <http://www.bundestag.de/gremien/medi/index.html>

URL dieses Vortrags: <http://www.linus-geisler.de/vortraege/0012bethel.html>

² Einsetzungsbeschluss Deutscher Bundestag Drucksache 14/3011

³ Köbberling, J.: Trug der sanften Medizin. Die Zeit, Nr. 18 25.04.1997

-
- ⁴ Richter, E.: Skepsis in Deutschland, Begeisterung in Japan: Der Pflegeroboter kommt! *Ärztezeitung*, Nr. 205, 15.11.2000, S. 28
- ⁵ Geisler, L. S.: Wie viel Fortschritt verträgt der Mensch? Zukunftsaspekte der Medizin. In: Michael Emmrich (Hrsg): *Im Zeitalter der Bio-Macht*, Frankfurt a. Main, 1999, S. 55 - 68
- ⁶ Geisler, L.S.: Die Liebe verkümmert. Interview. *Der Spiegel*, Nr. 16, 17.04.2000, S. 176-179.
URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/0004spiegel_interview.html
- ⁷ Protagoras: Über die Götter.
- ⁸ Geisler, L.S.: Sprachlose Medizin? *Imago Hominis*. Band IV/Nr. 1, 1997.
URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html
- ⁹ Jahnel, C.: Fragen sie Doktor Net: Online-Medizin im Aufwind. *Telepolis*, 01.12.2000.
URL: <http://www.telepolis.de/deutsch/inhalt/co/4373/1.html>
- ¹⁰ Aulbert, E., D. Zech: *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart New York. 1997
- ¹¹ Watson, James D.: Die Ethik des Genoms. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 26.09.2000, Nr. 224, S. 55
- ¹² Schmahl, F. W., C. F. von Weizsäcker: Moderne Physik und Grundfragen der Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 97, Heft 4 vom 28.01.2000, Seite A-165
- ¹³ Pflanz, E.: Krankheit als Störung einer vertrauten Wirklichkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 90, 19, 14.5.1993 B-1023
- ¹⁴ Zit. n. Tanner, K.: Freiheit ist fähig zu Selbstbegrenzung. Reflexionen zum materiellen und ideellen Umgang mit Krankheit. *Nachrichten der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern*. 11/2000. S.334-337
- ¹⁵ Butzlaff, M. E., et al., *Managed Care im Brennpunkt*. Die Organisationsform: Folgen für Patienten und Ärzte. *Gesundheitswesen* 60 /1998, p 279-282
- ¹⁶ Fuhr, C.: Horrorszenario: Droht im Jahr 2040 ein GKV-Beitragssatz von 23,1 Prozent? *Ärzte Zeitung* 20. Juni 2000.
- ¹⁷ Bauer, A. W.: Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Das Trilemma der Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst. *Ethik Med* (2000) 12:194-221
- ¹⁸ Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 6097 im Auftrag des Deutschen Studienpreises/ Körper-Stiftung, Sept./Okt. 2000. URL: http://www.studienpreis.de/dsp/html/presse_index.html
- ¹⁹ Degener, T.: Vorlage zur Vergabe eines Gutachtens zum Thema "Folgen der Anwendung genetischer Diagnostik" für behinderte Menschen.
- ²⁰ Ethik-Beirat beim BMG. Prädiktive Gentests. Eckpunkte für eine ethische und rechtliche Orientierung. November 2000.
URL: <http://www.bmggesundheits.de/themen/gen/human/ethik.pdf>
- ²¹ Eibach, U.: *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens*. Neukirchen-Vluyn. 2000.
- ²² Geisler, L. S.: Ist das ein Mensch? *Frankfurter Rundschau* vom 09.09.2000. S. 9.
URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/0009fr_mensch.html
- ²³ Lüke, U.: Den Teufel wird man nie erwischen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 21.08.2000, Nr. 193, S. 11
- ²⁴ Rose, H.: Aufbau der Genethik von unten. Stellungnahme für die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages "Recht und Ethik der modernen Medizin". Folgen der modernen Gendiagnostik.
URL: http://www.bundestag.de/ftp/zip_arch/rose_pdf.zip
- ²⁵ Simon, D.: Demokratisiert die Wissenschaft! Forscher und Politiker wollen die Wissenschaft besser verkaufen. Doch die PR-Kampagne ist eine Selbsttäuschung. *Die Zeit*. 38/2000
- ²⁶ Geisler, L. S.: Neues vom Neuen Menschen. *Blätter für deutsche und internationale Politik*. Heft 8/2000.
URL: http://www.linus-geisler.de/artikel/0008blaetter_neues.html
- ²⁷ Jonas, H.: *Technik, Medizin und Ethik*. Frankfurt/Main. 1985
- ²⁸ Stein, R.: Todkrank und von der Medizin im Stich gelassen. *Palliativmedizin in Deutschland noch immer unterentwickelt / Keine gesellschaftliche Verantwortung*. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. 29.11.2000, Nr. 278, S. N3
- ²⁹ Zit. n. Dengler, H. J.: Die Medizin im Spiegel der Therapie. Eröffnungsansprache. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin*. 89. Kongress. Wiesbaden. 10.-14. April 1983.