



Soziale und ethische Aspekte der personalisierten Medizin

Vorüberlegungen

Öffentlich organisierte Gesundheitssysteme, wie sie die Moderne und insbesondere der moderne Sozialstaat kennen, verbinden in aller Regel eine Ethik der Solidarität und Gleichheit mit der Ökonomie des Wettbewerbs und der Ungleichheit. Das schafft ein geradezu chronisches Spannungsverhältnis: Das grundsätzlich nur technisch-medizinisch begrenzte öffentliche Gut der Gesundheit – öffentliches Gut verstanden als sozialstaatlich organisiertes Bürgerrecht – wird ökonomisch-künstlich verknüpft. Jedoch nach welchen Kriterien? Schuf einst die medizinische Technik eine natürliche Grenze knapper öffentlicher Gesundheit, so hat sich diese Grenze postmodern schier unendlich geweitet: Wer bestimmt nun wie und für wen über die wünschenswerten, da solidarisch zu bezahlende Effektivität und Effizienz? Wer definiert den Inhalt von „sozial“ hinsichtlich des gleichen und gerechten Zuganges zur Gesundheit bzw. hinsichtlich der solidarischen Versicherung gegen Krankheiten? Ist sozial die solidarische Sicherstellung einer zu definierenden Grundgesundheit, oder meint sozial vielmehr die möglichst gleiche Zugangsberechtigung zur optimalen Gesundheitsfürsorge? Und daraus ergibt sich schließlich auch die fundamentalere Frage: Wer definiert den Umgang von Gesundheit und Krankheit? Und dies zudem vor dem Hintergrund einer entschieden säkularen Gesellschaft, die Tod und Krankheit als zutiefst ärgerliche, ja dysfunktionale Grundstörung erlebt, sodass hier der Grundsatz der prinzipiellen Gleichheit im Angesicht von Krankheiten geradezu dogmatisch-säkularen Charakter annimmt. Denn wenn die bis zur

Schwelle der Moderne sichere Realität des Jenseits diffus verschwimmt, erhält das Diesseits und dessen sozialstaatliche Garantie in Form von Lebensquantität und Lebensqualität eine nicht hintergehbare und der politischen Diskussion scheinbar grundsätzlich entzogene Basisfunktion. Gesundheit erscheint geradezu als einklagbares Recht, zumindest die gleichgerechte optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsfürsorge!

Schon vor Jahren analysierte Hans Jonas mit wünschenswerter Präzision: „Die moderne Medizin leidet nicht an ihren Mängeln. Sie kann nicht zu wenig, sondern zu viel. Sie krankt nicht an ihrem Versagen, sondern am Übermaß ihrer Macht. Ihre Krise ist kein Zeichen von Schwäche, sondern allein das Fieber eines nie da gewesenen technischen Erfolges. [...] Der moderne Arzt muss sich heute fühlen, wenn nicht wie Gott selbst, dann zumindest wie ein Erzengel.“¹ Wer aber kennt sich aus im Denken von Erzengeln? Und vor allem und weniger abstrakt: Wer bezahlt eigentlich Erzengel? Und noch wichtiger: Nach welchen Kriterien teilen Erzengel das kostbare Gut der Gesundheit zu?

Ethik ist typisch menschlich: Das „nicht festgestellte Thier“ (F. Nietzsche) braucht reflektierte Feststellungen der Haltung und des Verhaltens. Es geht also um Begründungen und Anwendungen normativer Einsichten. Die theologische Ethik reflektiert vor dem Hintergrund des biblisch-christlichen Gottesbegriffs auf das Nichtnotwendige, mithin auf die Strukturen und Konditionen menschlicher Freiheit. Es braucht demnach im eigentlichen Sinn keine Ethik der Nah-

rungsaufnahme, wohl aber eine Ethik der Technik und der Medizin. Dies gilt verschärft für eine sozialetisch interessiert theologische Ethik, die Bedingungen und Institutionen eines sozialen Rechtsstaates reflektiert: Wo liegen stillschweigende Voraussetzungen, wie z. B. das Tötungsverbot für menschliche Personen? Wo stehen Grundwerte und Grundrechte an der Basis des menschlichen Zusammenlebens? Wie werden Grundrechte anerkannt oder zugeteilt? Ohne Zweifel bildet das Leben zwar nicht den höchsten, wohl aber den fundamentalsten menschlichen Wert als Prämisse jeglichen möglichen Verhaltens. Das gute Leben ist seit Aristoteles stillschweigend – und mit gutem Recht – zur nicht hinterfragten ethischen Grundnorm aufgestiegen. Mithin gehört auch der Wert der Gesundheit zu den fundamentalen Grundrechten, denn physische und psychische Gesundheit bilden eine Möglichkeitsbedingung des guten Lebens. Es gehört zu den Grundforderungen der Gerechtigkeit, jedem das Seine zu geben, und das heißt zunächst: jedem die Möglichkeit zu geben, in Gesundheit ein gutes Leben zu führen. Die Medizin erkennt das traditionell an mit dem klassischen Formalprinzip: *Salus et voluntas aegroti suprema lex* – Das Heil und der Wille des Kranken ist oberstes Gesetz. Dies findet ein Echo selbst noch in den modernen Prinzipien der Bioethik mit dem Grundsatz, den Kranken nicht zu schädigen und sein umfassendes Wohlergehen zu befördern. Wohlgemerkt: Ursprünglich ist hier vom umfassenden Heil, nicht von einem Gesundheitsstatus die Rede! Dieser war in Zeiten der vortechnischen Medizin ohnehin eine Chimäre. Seit der rasanten Entwicklung der Medizintechnik aber verwandelt sich der Arzt zunehmend in

¹ Jonas(1985),S.47.

das bloß ausführende Organ der technisch möglichen optimalen Medizin. In postmoderner Fassung findet sich das klassische Axiom wieder in der Erklärung der WHO zum Grundrecht der größtmöglichen Gesundheit. Damit aber ist nicht nur der ursprünglich weit gefasste Begriff „salus“ endgültig auf Gesundheit zurückgeschrumpft, sondern hinzu kommt das quantifizierende Adjektiv „größtmöglich“. Bereits hier stellt sich die Frage nach der Lebensqualität, die sich aus Lebenslänge und Lebensstandard zusammensetzt und nicht einfach auf Quantität reduziert werden kann. Geschieht dies aber, so scheint endgültig der Medizintechnik alle Definitionshoheit über optimale Gesundheit zuzukommen. Die Medizinethik wird in den Hintergrund gedrängt, das ärztliche Ethos sieht sich zunehmend kapitalisiert und evaluiert und in die Rolle der Erfüllung von Kundenwünschen gezwängt,² und der Sozialstaat sieht sich in die Rolle des bloßen Erfüllungsgehilfen gedrängt, ohne indes zugleich über genügend finanzielle Souveränität zu verfügen. Demgegenüber ist in der Tat zu unterstreichen, dass moralische Notwendigkeit und ökonomische Vertretbarkeit sozialetisch kongruent gehen in der Frage nach Kriterien der Güterabwägung – immer freilich den fundamentalen und unverfügbaren Wert menschlichen Lebens vorausgesetzt. Medizin ist in dieser Sicht der kostspielige Versuch, das menschliche Leben zu verlängern, krankheitsbedingtes Leid zu mindern und die „salus aegroti“ zu fördern. Geschieht dies in Form einer Solidarversicherung, so ist ethisch und ökonomisch ein effizientes Verfahren geboten. Gerechtigkeit und Effizienz verschränken sich. Prioritäten werden gesetzt, Einsparpotenziale genutzt. Dabei sind grundsätzliche endogene Strategien der Rationalisierung von exogenen Strategien der Rationierung zu unterscheiden: „Rationierung ist das Vorenthalten wirksamer, von den betroffenen Patienten prinzipiell gewünschter medizinischer Maßnahmen. Rationalisierung beschreibt die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeits-

reserven, das Sparen am Unnützen.“³ Theologisch-ethisch steht insbesondere die Rationierung zur Debatte: Nach welchen Kriterien wird von wem verweigert, was prinzipiell gewünscht wird? Es geht demnach um Marktlenkung nach bestimmten, im demokratischen Diskurs festzulegenden, transparenten Kriterien ethischer Reflexion. Das aber heißt auch: Rationierung ist ein Mittel der Güterabwägung, individualethisch also der Abwägung von finanziellen Solidaraufwendungen und individuellen Eigeninteressen und Präferenzen. Um jeder Illusion vorzubeugen, gilt es allerdings auch festzuhalten: „Rationiert wurde im deutschen Gesundheitswesen schon immer. Die Rationierung betraf anfangs allerdings relativ unbedeutende, konsumnahe und preiswerte Leistungen. Das Gewicht verschiebt sich allerdings immer mehr in Richtung lebensnotwendiger und ausgabenintensiver medizinischer Leistungen.“⁴ Je mehr der fundamentale Wert des Lebens berührt wird, desto stärker ist der ethische Rechtfertigungsdruck für rationierte Leistungen, desto fragiler auch wird die sozialstaatliche Balance zwischen Gleichheit und Gerechtigkeit. „Für das Leben ist jeder Kaufpreis zu hoch“ heißt es in Psalm 49 – seit dem Alten Testament ist diese bittere Erkenntnis nicht zustimmungspflichtig. Für den nachfolgenden Wert der Gesundheit jedoch darf kein solidarisch verbürgter und individuell beanspruchter Preis zu hoch sein. Wer dies bezweifelt, gerät automatisch in Erklärungsnotstand.

Prämissen zukünftiger Gesundheitsfürsorge

Die Morbiditätsentwicklung der Zukunft wird entscheidend von der Altersentwicklung und Altersstruktur der Bevölkerung geprägt. Die anfallenden Kosten der Pflege und der Intensivmedizin steigen rasant.⁵ Der medizinisch-technische Fortschritt zielt auf Vermeidung, Heilung und Linderung von Krankheiten, auf die

Wiederherstellung physischer und psychischer Funktionsfähigkeit und somit auf die Verminderung des vermeidbaren Todes. Daraus folgt – als „Januskopf“ des medizinischen Fortschritts⁶ – ein grundsätzlich ungedeckter immenser Bedarf an Gesundheitsleistungen, denn der ständig beschleunigte technische Fortschritt der Medizin schafft Bedarf, der zunächst nach Deckung verlangt. Zugleich wird Versorgungsgerechtigkeit erwartet! Dieser Bedarf schafft sich – anders als in der Planwirtschaft – in einer marktwirtschaftlich strukturierter Gesellschaft ein parallel unendlich anwachsendes Angebot. Wird nun diese marktwirtschaftliche Komponente von Angebot und Nachfrage mit planwirtschaftlichen Elementen verknüpft – allgemeines Recht auf Gesundheit als Recht auf optimale Angebotsnutzung –, so kann das System finanziell implodieren. Insbesondere die Verknüpfung von medizinischem Fortschritt und Altersanstieg lässt den Gesundheitsbedarf ansteigen. Daraus entsteht die ethische Frage nach gleicher und gerechter Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen einer liberalen Gesellschaft.⁷ Es steht zu vermuten, dass diese Frage entweder marktwirtschaftlich (mit subsidiären Solidarleistungen) oder planwirtschaftlich gelöst werden kann, nicht aber in einem gemischten System. Hinzu kommt verschärfend in der postmodernen westlichen Gesellschaft ein soziologischer Strukturwandel, der unbemerkt einen Paradigmenwechsel nach sich zieht: Eine wachsende Singularisierung⁸ geht mit einer Vergesellschaftung der Ansprüche im Gewand des Solidarismus einher. Man könnte auch anders formulieren: Aus der christlichen Ethik der Nächstenliebe wird die säkulare Pflicht der Fernstensolidarität! Oder noch schärfer und in Erinnerung an das biblische Gleichnis vom barmherzigen Samariter ausgedrückt: Wenn jeder das Recht hat, sich in den Straßengraben solidarischer Ansprüche zu legen, gerät der institutionalisierte Sozialstaats-samariter an die

² Vgl. Merkl (2016), S. 203–218.

³ Kopetsch (2001), S. 23.

⁴ Ebd., S. 25.

⁵ Vgl. Salomon (1991).

⁶ Vgl. Arnold (1998), S. 308–318.

⁷ Vgl. Charlesworth (1997), S. 131–197.

⁸ Vgl. Hradil (1995).

Grenzen der finanziellen Belastbarkeit! Singlehaushalte haben im Krankheitsfall keine Familienunterstützung und fordern einen massiven Ausbau professioneller Hilfen, die wiederum höhere Kosten verursachen. Zugleich wächst die strukturelle Ungerechtigkeit zwischen Familien und Singlehaushalten. Hier ist aus der Sicht der theologischen Ethik zwar nicht ein Werteverfall zu beklagen, wohl aber ein Wertewandel zu unterstreichen: Dieser Wandel setzt in der Postmoderne unter dem Signum des Wohlfahrtsstaates klassischer Tradition ein, sodass die Vorteile des Individualismus genutzt, die Nachteile hingegen stillschweigend solidarisiert werden. Riskante Lebensweisen werden zunehmend auf die Solidarsysteme abgewälzt. Eine strukturell wachsende Ungleichheit und Segmentierung der Lebensentwürfe wird durch solidarsystemische Gleichheit kaschiert. Dem voraus geht die Verwandlung des barmherzigen Samariters zum bezahlten Krankenpfleger im Zuge der Industrialisierung: Konnte diese Verwandlung zunächst noch infolge der Gründung christlich inspirierter – und christlich unterbezahlter! – Ordensgemeinschaften verborgen bleiben, so zeigt sie wiederum in säkularen, nationalen und arbeitsteilig komplexen Gesellschaften ihr kostenexplosives Gesicht. Das Recht auf Gesundheit korrespondiert mit der Pflicht zur Arbeit: Statt Haftung, wie noch in den Anfängen einer Krankheitsversicherung im 18. Jahrhundert, gilt nun die schrankenlose Solidarität des 19. Jahrhunderts mit der Ausweitung der Sicherung auf Individualität und Rentenalter: „Ursprung und Grundlagen der Verantwortung verlagern sich vom Individuum auf die Gesellschaft!“⁹ Zudem expandiert in entwickelten Volkswirtschaften der Bedarf an Gesundheitsfürsorge weitaus schneller als das Bruttoinlandprodukt wächst.¹⁰ Hinzu kommt infolge der Ablösung einer klassischen Industriegesellschaft: Die Sozialversicherungen, und damit auch die gesetzliche Krankenversicherung, werden kontinentaleuropäisch nahezu ganz

aus dem zunehmend schwächer werdenden Arbeitseinkommen finanziert, näherhin aus den klassischen Arbeitslöhnen. Dadurch entstehen erhebliche finanzielle und standortökonomische Nachteile, insbesondere in Zeiten globalisierten Wettbewerbs! Insgesamt kann zusammenfassend von vier Schockwellen im Feld der öffentlichen Gesundheit gesprochen werden: demographisch, ökonomisch, technologisch, ökologisch.¹¹

Ethische Organisation des sozialstaatlichen Gesundheitswesens

Jede Sozialpolitik gilt zunächst – und parallel zur Forderung einer ethischen Reflexion – als eine vernünftige Investition und zwar sowohl politisch wie auch ökonomisch. Ein solidarisches Gesundheitswesen wird auch in postmodernen und postindustriellen Gesellschaften als notwendig angesehen, soll eine Gesellschaft nicht in unverbundene und sozial höchst ungleiche Segmente zerfallen. Sozialer Friede und leistungsfähige Menschen sind unerlässliche Voraussetzungen jeder komplexen Wirtschaft; der Sozialstaat bildet in dieser Sicht ein unerlässliches „Sicherheitsnetz“ für individuelle Wagnisse: „Politisch gesehen hängt die Unterzeichnung des demokratischen Gesellschaftsvertrages davon ab, dass mit der Etablierung einer Marktwirtschaft auch die Einrichtung eines Sozialstaates vorgesehen wird.“¹² Ein Umbau des Gesundheitssystems ist, dessen ungeachtet, notwendig, und zwar zur Korrektur systemimmanenter Mängel. Es geht mithin um eine optimale Verbindung von Sozialcharakter. Auf der Seite der Nachfrage heißt dies: Zur Abwehr der latenten Gefahr einer „Vollkaskotalität“ braucht es eine stärkere Differenzierung des Leistungskataloges in solidarsystematische Regel- oder Grundleistungen und wettbewerbliche Wahlleistungen mit Kriterien der Lebensquantität, Lebensqualität und Freiheit der Kunden. Nichterwerbstätige Ehepartner, die weder Kinder noch

medgen 2016 · 28:460–465
DOI 10.1007/s11825-016-0114-2
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

P. Schallenberg

Soziale und ethische Aspekte der personalisierten Medizin

Zusammenfassung

Zur aristotelischen Grundnorm des guten Lebens gehört heute ohne Zweifel auch der Aspekt der physischen und psychischen Gesundheit. Das Recht auf angemessene gesundheitliche Versorgung steht jedoch nicht selten in Konflikt mit den marktwirtschaftlichen Strukturen der Postmoderne. Dazu kommt, dass die moderne Medizin mehr kann, als derzeit vorstellbar ist und als sich der Sozialstaat in Zukunft leisten können. So läuft scheinbar alles auf eine optimierte Lebensquantität hinaus. Demgegenüber steht die Option, wieder zu lernen, mit einer bedingten Gesundheit zu leben, da zur Lebensqualität einer Person immer auch der Umgang mit und die Bewältigung von Krankheit und Tod gehören.

Schlüsselwörter

Neudefinition des Gesundheitsbegriffs · Ethik der Medizin · Ressourcenverteilung · Medizinische Grundversorgung · Versorgungsgerechtigkeit

Social and ethical aspects of personalized medicine

Abstract

Physical and mental health are doubtlessly components of the Aristotelian basic standard of good life. The right to receive appropriate healthcare is sometimes in conflict with market-based structures of the postmodern era. Furthermore, the capacities of modern medicine will be higher than we can imagine today and at the same time not affordable for the welfare state. Thus the goal seems to be an optimised quantity of life. In contrast to this stands the option to relearn living with contingent health conditions – for a person's quality of life also depends on his or her ability to deal with illness and death.

Keywords

Redefinition of the concept of health · Medical ethics · Distribution of resources · Basic medical services · Care affordability

⁹ Ewald (1998), S. 9.

¹⁰ Vgl. Neubauer (1993), S. 111–128.

¹¹ Vgl. Halbfas (2000), S. 162.

¹² Schramm (1997), S. 234.

Pflegebedürftige betreuen, sollten ab einem gewissen Einkommen eigene Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Dadurch gelänge eine Schärfung des individuellen Kostenbewusstseins und zugleich eine individuelle Wahl unterschiedlicher Optionen im Feld der Gesundheit. Dazu sollte zur besseren Transparenz der tatsächlichen Kosten ein Aufschlag der Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung auf die Bruttolöhne der Arbeitnehmer erfolgen. Auf der Seite des Angebots hingegen stellt sich grundlegend das „Moral-hazard-Problem“ – die Gefahr der Verschwendung knapper Ressourcen. Eine Reduzierung des kassenärztlichen Monopols auf Rahmenleistungen, ein ethisch abgefedertes Krankenhausmanagement und bessere Vernetzung von Patientendaten scheinen erste Lösungsansätze zu bieten. Ein solcher Lösungsansatz wird in der Tat den Rahmen solidarischer Zuteilung mit wettbewerblicher Rationierung verbinden. Dazu braucht es freilich eine explizite Definition der medizinischen Grundversorgung von Seiten der Politik und nicht einfach von Seiten des freien Marktes, und dies als Antwort auf das Grundrecht der Gesundheit, das jedoch nicht länger als Maximalrecht optimaler Form definiert werden kann. Eine sozialstaatliche Rationierung im Gesundheitswesen kann es weder im monetären Klassensystem noch im sozialen Wertesystem oder im utilitaristischen Kosten-Nutzen-Kalkül geben, sondern ethisch gerecht nur von der Planungsebene absteigend. Die einzige Möglichkeit, komplexe soziale Gerechtigkeit zu erhalten, ist die „statistische statt individuelle Rationierung“¹³. Damit muss dann allerdings auch, wie bei der Reform des schwedischen Gesundheitssystems,¹⁴ die Unterscheidung zwischen ethischer, politischer und klinischer Verantwortung und auf dieser Grundlage die Verteilung knapper Ressourcen, also die Verteilung in Gerechtigkeit, einhergehen. Die eigentliche Schwierigkeit freilich dürfte in der Ausgestaltung eines Kataloges der Ausgrenzung pflichtversicherter Leis-

tungsbereiche liegen und hier nochmals im Feld der gentechnischen und prädiktiven Medizin. Die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer hat auf die Notwendigkeit transparenter Verfahren und die Einrichtung kompetenter Institutionen hingewiesen, zugleich aber auch die Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips in der Krankenversicherung als Hilfe zur Selbsthilfe gefordert.¹⁵ In der Tat scheint das gerühmte Prinzip der Subsidiarität im Bereich der Solidarversicherungen bislang noch ein Schattendasein zu fristen.

Ethische Herausforderung: personalisierte Medizin als Präzisionsmedizin?

Die moderne Medizin kann nicht nur mehr, als sich ein funktionierender Sozialstaat in Zukunft in Form solidarischer Pflichtversicherung leisten können. Sie kann auch mehr, als derzeit vorstellbar ist. Insbesondere kommt es im Bereich der gentechnischen Medizin derzeit zu einem Paradigmenwechsel: Nicht nur für die Präimplantationsdiagnostik und die pränatale Diagnostik entsprechen der Analyse kaum Therapiemöglichkeiten – außer der Abtreibung! –, sondern auch die prädiktive Diagnostik führt zur unbemerkten Neufassung des Begriffs von Gesundheit: Gesund im Sinn der neuen Technologie könnte „genetisch ohne Befund“ heißen. Demnach wäre gesund, wer in den genetisch festgelegten Eigenschaften der Norm entspricht oder sie überbietet. Wie verhält es sich bei genetisch Nichtgesunden mit der gesetzlichen Pflichtversicherung? Es steht zu befürchten, dass als Folge von pränatalen Diagnostikprogrammen Eltern zunehmend unter Druck geraten, eine optimale genetische Gesundheit des Kindes zu gewährleisten. Die Medizin geriete gänzlich in den Sog einer umfassenden Gesundheitsversicherung. Dem ist aus theologisch-ethischer Sicht entschieden zu widersprechen: Es braucht eine neue gesamtgesellschaftliche De-

finition des Gesundheitsbegriffs, der spätestens im Zeitalter der Gentechnik und des Human-Genom-Projektes bisher ungekannte Horizonte berührt. Aus christlicher Sicht gilt es festzuhalten: „Gegen den Optimierungswahn müssen die Menschen mehr lernen, mit einer bedingten Gesundheit zu leben.“¹⁶ Eine Krankenversicherung und jeder Arzt rechnet immer mit der Krankheit einer lebenden menschlichen Person. Eine Vermeidung jedweder Krankheit um den Preis des Lebens einer Person, einen Zwang zur optimalen Gesundheit durch Abtreibung, therapeutisches Klonen oder Keimbahntherapie darf um der Würde der menschliche Person willen nicht zum leitenden Paradigma werden. Oder schärfer ausgedrückt: Medizin und Krankenversicherung kurieren am Symptom „Mängelwesen Mensch“ – die Ursache zu beheben, nämlich das Mängelwesen vorgängig zu vermeiden oder auf Kosten von menschlichen Individuen zu verbessern, ist ihnen verwehrt. Der Mensch darf nicht zur technischen Verfügungseinheit einer genetischen Verbesserung der Menschheit werden. Die Unverfügbarkeit menschlicher Existenz und ihrer Personwürde ist daher der nicht hintergehbare Referenzpunkt für den demokratischen Rechtsstaat.¹⁷

In der neueren Bioethik und Medizinethik tritt allerdings zunehmend der Begriff der Person in den Hintergrund und damit auch die Rede von einer „personalisierten Medizin“. Vielmehr wird, auch in Folge angelsächsischer Zuspitzungen, nicht zuletzt in den USA, zunehmend von „precision medicine“ gesprochen. Dabei geht es im Kontext der Onkologie darum, jedem Patienten die speziell für ihn geeignete und seiner Tumorerkrankung adäquate Therapie zukommen zu lassen, was zunächst kein ethisches Problem darstellt. Ethische Überlegungen setzen vielmehr bei zwei Konsequenzen einer solchen Präzisionsmedizin an: Erstens sollen zwecks einer präzisen Therapie zunächst die für die Tumorentstehung relevanten molekularen Veränderungen identifiziert werden,

¹³ Krämer (1996), S. 656.

¹⁴ Vgl. Bischofberger (1995), S. 242–246.

¹⁵ Dokumentation der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (2000). In: Sozialer Fortschritt 49, S. 143–146.

¹⁶ Arntz (2000), S. 295.

¹⁷ Vgl. Rauprich (2005).

auch mittels genetischer Analysen, so dass dementsprechend nach Wirkstoffen gesucht werden kann, die präzise in die gestörten zellulären Prozesse eingreifen können. Handelt es sich hierbei um somatische Zelltherapie und nicht um Keimbahnzelltherapie, so ist dieser Eingriff bei vorheriger (zumindest beglaubigt schriftlicher) Patienteneinwilligung ethisch unbedenklich. Anders im Fall der nachhaltigen Veränderung durch Keimbahntherapie, da hier eben nicht nur eine Person betroffen ist, sondern das Erbgut kommender, noch ungeborener Personen tangiert wird, auch mit zunächst unabsehbaren Folgen und möglicherweise Nebenwirkungen. Daher sollte aus Sicht einer strikt personalistisch orientierten Medizinethik auf solche Theorien verzichtet werden. Etwas ähnlich zeigen sich die ethischen Bedenken im zweiten Fall: Wird Präzisionsmedizin ausgeweitet zu einer prädiktiven Medizin mit dem Ziel, durch gezielte Voraussagen möglicher künftiger Tumorerkrankungen das noch ungeborene Leben frühzeitig zu beenden, so liegt wiederum aus Sicht einer personalistischen Ethik ein Verstoß gegen das unbedingte Lebensrecht gerade auch der ungeborenen Personen vor. Analog sieht die Beurteilung für die genetisch präzise Diagnostik in Verbindung mit der Präimplantationsdiagnostik aus: Auch hier ist in jedem Fall der Instrumentalisierung einer zukünftigen Person zugunsten des Zieles einer in jedem Fall gesunden Person zu wehren, insbesondere wenn dies mit verbrauchender Embryonenerzeugung einherginge; es gibt kein unbedingtes Recht auf ein Kind oder auf ein unbedingtes gesundes Kind. Freilich gibt es auch keine Pflicht zu präzise vorhersehbarer Krankheit. Gewehrt werden soll nur einer Verzwecklichung von Embryonen zugunsten weiterer, möglicherweise zunächst sehr verständlicher Interessen. Immer steht im Hintergrund der kantianische Rechtsgrundsatz vom Selbstzweck und der Würde der menschlichen Person.

Theologisch-ethische Nachüberlegung

Eindeutig verschiebt sich in säkularen Gesellschaften der Wert der Gesundheit

deutlich hin zum Ideal der Leidfreiheit, ja bis hin zur weitgehenden Verdrängung des öffentlichen Todes. Die moderne Hospizbewegung ist auch eine Antwort auf diese Entwicklung. Ethisch inspirierte Politik, die mehr sein will als billige Tagespragmatik, darf ein öffentliches Gesundheitssystem nicht in den Ruch endloser Lebenserhaltung um den Preis ständiger Todesverdrängung bringen.¹⁸ Jenseits gleicher Grundrechte gilt es auch hier den weitsichtigen Gedanken Odo Marquards vom heilenden Charakter des „kompensatorischen Glück“ in den öffentlichen Diskurs zu bringen; freilich gilt auch: „Zuweilen verdecken Kompensation, statt zu heilen, nur, dass geheilt werden müsste: das ist dann selber ein Unglück.“¹⁹ Jedoch bleibt stets zu fragen nach den ökonomischen und ethischen Kosten des Heilens und dies nicht zuletzt im Blick auf die Möglichkeiten moderner Gentechnik! Vor der ökonomischen Frage steht das ethische Problem der Bewältigung von Endlichkeit, mithin das fundamentale ethische Problem von absoluter Gesundheit und absolutem Glück: „Es ist nötig, die Medizin von solch pseudokritischem Absolutheitsdruck zu entlasten, und es ist – auch dafür – wichtig, dass die Menschen auf absolute Ansprüche verzichten und – wieder – endlichkeitsfähig werden.“²⁰ Diese vorgängige Entlastung von Medizin und Ökonomie von falschen Erwartungen ist auch eine Frage der Gerechtigkeit²¹ und nicht zuletzt eine Aufgabe kirchlich-theologischer Ethik. Völlig zu Recht warnt der kanadische Philosoph Charles Taylor in diesem Zusammenhang vor einem „Triumph des Therapeutischen“ als einem „Abdanken der Autonomie“ des eigenverantwortlichen Menschen mit je unterschiedlichen Prioritäten und Lebensentwürfen, „wobei der Verfall überlieferter Maßstäbe in Verbindung mit dem Vertrauen in die Technik dazu führt, daß die Menschen aufhören, sich im Hinblick auf das Glück, die Erfüllung und die Art der Kindererziehung auf die eigenen In-

stunkte zu verlassen. Dann nehmen die „Fürsorgeberufe“ das Leben dieser Menschen in die Hand“.²² Vorsorge wird unbemerkt zur Fürsorge mit höchst säkularen Parametern von Leidfreiheit und Lebensverlängerung. Weit davon entfernt, einem unseligen Dolorismus im Namen des Kreuzes das Wort reden zu wollen, gilt es doch daran zu erinnern, dass Gesundheit vom lateinischen Begriff „salus“ hergeleitet ist, und somit zu verstehen „nicht als das Fehlen von Krankheiten, sondern vielmehr als die Kraft und Fähigkeit, mit Krankheiten und Behinderungen zu leben.“²³ Erst infolge solcher Lebensfähigkeit gewinnt ein Leben seine innere unverwechselbare Qualität, die weit mehr umgreift als eine bloße Quantität des Überlebens.²⁴ Es ist eine zentrale Aufgabe der theologischen Ethik, auf der Grundlage des christlichen Gottesbegriffs auf eine umfassende Sicht menschlichen Lebens aufmerksam zu machen und damit einer schleichenden Immanentisierung von Bedürfnisansprüchen zu wehren. Auf Dauer wird kein Finanzierungssystem und keine Medizin ein prinzipiell unbegrenztes Bedürfnis nach umfassender Gesundheit befriedigen können. Dies ist kein ethisch verantwortbarer Begriff von Versorgungsgerechtigkeit! Vielmehr hat jeder Bürger Anspruch auf eine gleiche und gerechte Zuteilung der medizinischen Grundversorgung – freilich ist er auch verantwortlich für seine Gesundheit und eine entsprechende Vorsorge. Nicht jeder Anspruch des Individuums ist solidarsystemisch abzuschern – das gute Leben ist nicht identisch mit der möglichst schmerz- und leidfreien Lebenslänge. Wo dieses Bewusstsein dauerhaft schwindet, zerfällt ein wesentlicher Grundkonsens der Gesellschaft – lange bevor eine wesentliche Grundfinanzierung zerfällt.²⁵ Zu diesem Grundkonsens gehört die Überzeugung von der Verantwortung des gesunden Kranken auch und gerade im Kontext ei-

¹⁸ Vgl. Salomon (1996), S. 315–327.

¹⁹ Marquard (1995), S. 36.

²⁰ Marquard (1994), S. 108.

²¹ Vgl. Marckmann (2006).

²² Taylor (1999), S. 878, mit dem Hinweis auf Rieff P (1966) *The Triumph of the Therapeutic*. Harper & Row, New York und auf Lasch C (1980) *Das Zeitalter des Narzißmus*. Steinhausen, München.

²³ Giertler (1998), S. 31.

²⁴ Vgl. Arntz (1996).

²⁵ Vgl. auch Wallner (2004).

ner individualisierten und personalisierten Medizin. „In Anbetracht höchst unterschiedlicher Risikotypen und individueller psychischer und physischer Konstellationen wird ein starres normatives System dem einzelnen gesunden Kranken kaum problemadäquate Handlungsräume eröffnen.“²⁶ Dies gilt auch und gerade im Feld einer personalisierten onkologischen Medizin. Aus Sicht der theologischen medizinischen Ethik ist jeder Form des Utilitarismus zu wehren und unbedingt am Prinzip der nichtzwecklichen Personalität festzuhalten. Zugleich darf die Person des Patienten nicht überfordert werden mit Güterabwägungen: Der Arzt hat traditionell und mit guten Gründen eine starke Stellung im deutschen Gesundheitswesen, wie überhaupt im kontinentaleuropäischen Verständnis des Arztes; das gehört zur klassischen europäischen Professionalität ärztlicher Berufung und Berufskunst.²⁷ Er sieht sich keineswegs einfach nur, wie zumal im angelsächsischen Kontext häufig, als beseehtes Werkzeug in den Händen des Patienten. Die Höherbewertung von Lebensqualität im Vergleich zur bloßen Lebensquantität findet in ihm einen selbstbewussten Anwalt, ohne dass endgültige Urteile über mangelnde Lebensqualität erlaubt seien. Dem Patienten muss ein eigenständiges Urteil über die erwartbare Lebensqualität und ihre Zumutbarkeit zugetraut werden. Dem Arzt obliegt die beratende Information und zugleich ein medizinisches Urteil über Schwere und Dauer einer Erkrankung, zumal im Feld der Onkologie und einer schweren Tumordiagnose. Niemand wird freilich ein leichtfertiges Versprechen zur biomedizinischen Verbesserung des Menschen machen.²⁸ Und einer Abschaffung des Individuums, um einer mittelfristigen infausten Prognose irreversibler Krankheit willen vonseiten der prädiktiven Medizin, ist entschieden zu widersprechen: Aus Sicht der theologischen Ethik gehört zur Lebensqualität einer Person immer auch der Umgang mit und die Bewältigung von Krankheit und Tod.

²⁶ Klöcker (2016), S. 269.

²⁷ Vgl. Roelcke (2016), S. 183–201.

²⁸ Vgl. Breitsameter (2016), S. 25–33.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Schallenberg

Lehrstuhl für Moraltheologie, Theologische Fakultät Paderborn
Kamp 6, 33098 Paderborn, Deutschland
p.schallenberg@thf-paderborn.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Schallenberg gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Arnold M (1998) Die Janusköpfigkeit des medizinischen Fortschritts. *Universitas (Stuttg)* 53:308–318
- Arntz K (1996) Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moraltheologie. LIT, Münster
- Arntz K (2000) „Jetzt wächst zusammen, was zusammengehört!“ Ethische Fragen im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie. *Z Med Ethik* 46:287–298
- Bischofberger E (1995) Prioritätensetzung im schwedischen Gesundheitssystem. *Z Med Ethik* 41:242–246
- Breitsameter C (2016) Das Körperbild der Neuzeit als ethisches Dispositiv. Überlegungen zur biomedizinischen Verbesserbarkeit des Menschen. *Amosinternational* 10(3):25–33
- Charlesworth M (1997) Leben und Sterben lassen. Bioethik in der liberalen Gesellschaft. Rotbuch, Hamburg
- Ewald F (1998) Die Rückkehr des genius malignus: Entwurf zu einer Philosophie der Vorbeugung. *Soz Welt* 49:5–24
- Giertler R (1998) Medizin im Umbruch der Sozialstruktur. *Renovatio* 1–2:30–31
- Halbfas M (2000) Die Zukunft der Medizin – Anlaß zur Hoffnung? *Orientierung* 64:162–168
- Hradil S (1995) Die „Single-Gesellschaft“. C.H. Beck, München
- Jonas H (1985) Technik, Medizin und Ethik. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Klöcker K (2016) Schuld an Krankheit? Herausforderungen der prädiktiven Medizin in theologisch-ethischer Reflexion. *Z Evang Ethik* 60:262–271
- Kopetsch T (2001) Zur Rationierung medizinischer Leistungen: Ein Modell für die Gesetzliche Krankenversicherung. *Soz Fortschr* 50:20–29
- Krämer W (1996) Leben um jeden Preis? Rationierung im Gesundheitswesen. *Universitas (Stuttg)* 51:647–657
- Marckmann G (2006) Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schulz S (Hrsg) *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S 183–208
- Marquard O (1994) Medizinerfolg und Medizinkritik. In: Marquard O (Hrsg) *Skepsis und Zustimmung*. Reclam, Stuttgart, S 99–109
- Marquard O (1995) Glück und Unglück. Zur Theorie des indirekten Glücks zwischen Theodizee und

- Geschichtsphilosophie. In: Marquard O (Hrsg) *Glück im Unglück*. Fink, München, S 11–38
- Merkel A (2016) Ärztliches Ethos – gegenwärtige Herausforderungen ärztlichen Handelns. *Z Med Ethik* 62:203–218
- Neubauer G (1993) Wie krank ist das Gesundheitswesen? In: Rauscher A (Hrsg) *Probleme der sozialen Sicherungssysteme*. Bachem, Köln, S 111–128
- Rauprich O (2005) Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Mentis, Paderborn
- Roelcke V (2016) Profession und Professionalität in der Medizin: Aktualität, historische Dimension und normatives Potenzial eines zentralen Begriffspaares für ärztliches Handeln. *Z Med Ethik* 62:183–201
- Salomon F (1991) Leben und Sterben in der Intensivmedizin. Eine Herausforderung an die ärztliche Ethik. Pabst Science Publishers, Lengerich
- Salomon F (1996) Dem Tod keinen Raum geben? Ärztliches Handeln zwischen Lebenserhaltung und Todesverdrängung. *Stimmen Zeit* 214:315–327
- Schramm M (1997) Umbau des sozialstaatlichen Gesundheitssystems. *Z Med Ethik* 43:233–244
- Taylor C (1999) Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Wallner J (2004) Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung. Facultas, Wien
- Zentrale Ethikkommission (2000) Dokumentation der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zu Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Soz Fortschr* 49:143–146