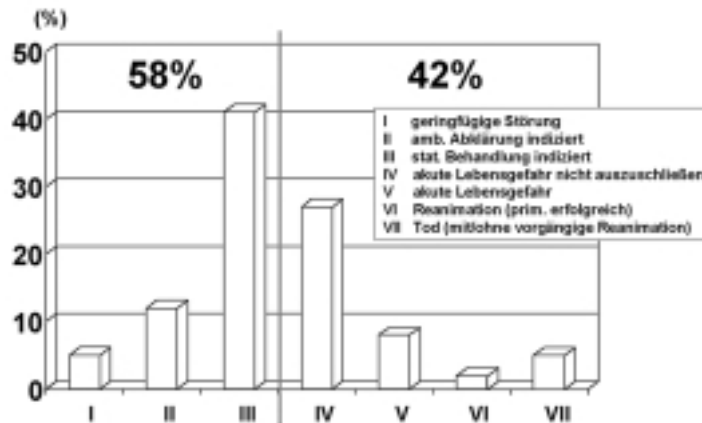


Abb. 6: Patientenverteilung im Notarzteinsatz (Notarzteinsatz der Stadt Aachen 7/2002 – 6/2003, n = 7032 Patienten)



krepanz zwischen Patientenanspruch und medizinischer Notwendigkeit am eindrucklichsten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass wir in Deutschland eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme mit maximalen Ressourcen haben. Leider überbeanspruchen viele Patienten dieses System aufgrund übertriebener Heilungserwartungen, eigenem Fehlverhalten in der Vorsorge, fehlender Gesundheitserziehung, überschießendem Anspruchsdenken und letztlich selbst verschuldeten Erkrankungen. Soll das Gesundheitssystem nicht kollabieren, hat die Gesellschaft die Verpflichtung, dieses Anspruchsdenken auf ein der Realität entsprechendes Maß zurückzuführen.

Gesundheit um jeden Preis? Zur Begründungsproblematik der Genforschung

Martin Honecker

1. Allgemeine Bemerkungen zur Formulierung des Themas

Über den Begriff *Gesundheit* wurde bereits viel gesagt. Es gibt bekanntlich zwar tausend Krankheiten, aber nicht die eine Krankheit schlechthin. Im Blick auf Gesundheit ist es gerade umgekehrt: Man spricht nicht von Gesundheit in der Mehrzahl, sondern nur von der einen Gesundheit. Von einem Mehr oder Weniger an Gesundheit kann man reden, auch von schlechter, von fehlender Gesundheit. Aber die Diskussionen zeigen, dass Gesundheit schwer zu definieren ist, dass es unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit gibt, und dass allenfalls eine pragmatische Definition, eine Verständigung darüber, in welchem Sinne man das Wort Gesundheit gebraucht, möglich ist. Auch wird Gesundheit unterschiedlich gesehen, je nach der Perspektive des Arztes, des Patienten, der Kostenträger, der Krankenkassen, der Öffentlichkeit. Dafür gibt es genug Belege, man denke nur an die jüngste Debatte um künstlich entdeckte und dann scheinbar wissenschaftlich legitimierte neue Krankheitsdiagnosen.

Preis ist von Hause aus ein ökonomischer Begriff. Die Erinnerung daran passt gut in den Zusammenhang der aktuellen Debatte um die Kostenfrage. Welchen Preis sind wir bereit, für eine Leistung zu zahlen? Was darf eine Therapie kosten? Wie viel ist uns die Gesundheit wert? Imma-

nuel Kant unterschied Dinge, die ihren Preis haben, vom Wert des Menschen. Aber auch „Wert“ war im 19. Jahrhundert ein ökonomischer Begriff, ehe er von Philosophen übernommen wurde. Man denke nur an die Werttheorie von Karl Marx und an das Wort *Mehrwert*, der durch Ausbeutung des Arbeiters abgeschöpft wird! Zuerst wurde von materiellen Werten gesprochen, ehe auch immaterielle, ideelle Werte entdeckt und beschrieben wurden. Die Phänomenologie hat Werte intuitiv zu erfassen und beobachtend zu beschreiben versucht, wurde aber wegen ihrer platonisierenden Vorstellung von zeitlosen, „ewigen“ Werten kritisch betrachtet. Die objektive Wertlehre fand erheblichen Widerspruch. Heute fragt man danach, was für jemanden Wert hat, wertvoll ist, und geht von der subjektiven Wertschätzung aus. Dies besagt für unser Thema: Welchen ökonomischen Preis und welchen moralischen Preis sind wir bereit zu zahlen im Blick auf die Medizin und insbesondere für die medizinische Anwendung der Genforschung?

Was aber ist *Genforschung*? Sie umfasst viele Themen und Fragestellungen, von der Entschlüsselung des menschlichen Genoms über ein Genetic Engineering, der genetischen Verbesserung des Menschen bis hin zur Anwendung von pränatalen und postnatalen Gentests beim Menschen. Wir haben es also mit einem ganzen Bündel von Problemen zu tun. Da in der Überschrift von *Forschung* – Genforschung – die Rede war, ist zunächst an die Forschungsfreiheit, die Wissenschaftsfreiheit zu erinnern. Nicht das Forschen, sondern die Einschränkung, die Begrenzung von Forschung bedarf der Begründung. Das Grundgesetz garantiert die Wissenschaftsfreiheit. Dies gilt im Prinzip auch für die Genforschung. Forschungsverbote, etwa in der Parole „Hände weg vom Genom“, sind nicht zu vertreten. Aber es gibt eben auch Grenzen der Forschung und der Anwendung von Wissenschaft, beispielsweise bei Schädigung des Betrof-

fenen, bei Verletzung der Menschenwürde oder bei Nichtbeachtung des Willens des zu Diagnostizierenden und zu Therapierenden. Und selbstverständlich sind die Regelungen und Normen eines ärztlichen Heilversuches, des Experimentes am Menschen gerade und auch in der Genforschung zu beachten. Diese Grenzmarkierungen spielen im Blick auf das reproduktive und therapeutische Klonen sowie auf die Forschung mit embryonalen Stammzellen und auch auf die Präimplantationsdiagnostik eine Rolle. Das Vertrackte bei der Genforschung ist nun freilich, dass aus theoretischen Einsichten unmittelbar praktische Anwendungsmöglichkeiten sich ergeben, dass also die Trennlinie zwischen rein theoretischer Grundlagenforschung und praktischer Anwendung auf den Menschen nicht – nicht mehr – trennscharf zu ziehen ist. Die prädiktive Medizin diagnostiziert bekanntlich Dispositionen von Krankheiten, von genetisch bedingten Krankheiten, für die es keine Therapie gibt. Das Wissen und die Handlungsmöglichkeiten klaffen auseinander. An Fragen der Genforschung kann man daher verschiedene Dilemmata veranschaulichen, etwa das zwischen naturwissenschaftlicher Erkenntnis und ärztlicher Verantwortung und ärztlichem Auftrag. Das ärztliche Handeln setzt zweierlei voraus: Wissen und Handeln. Was aber ergibt sich, wenn aus dem Wissen kein Handeln als Möglichkeit folgt? Muss es dann nicht zu einem therapeutischen Nihilismus kommen? Oder: Wie steht es um die Zulässigkeit von postnatalen Gentests, mit deren Hilfe Arbeitgeber oder Versicherung eine Auswahl aus dem Potenzial der möglichen Bewerber treffen wollen? Die Problematik der Präimplantationsdiagnostik und auch der Pränataldiagnostik und damit der vorgeburtlichen Selektion wird in eigenen Beiträgen erörtert werden. Darum genügt es für mich, diese Fragen als Markposten zu erwähnen.

Schließlich: Was heißt *Begründungsproblematik*? Die Diskussion um die Möglichkeiten und Verfahren ethischer

Begründung sind unendlich, die Bemühungen um eine allgemein anerkannte Letztbegründung haben ergebnislos geendet. Die Begründungsfrage ist ein Grundthema philosophischer und theologischer Ethik. Was heißt denn überhaupt „begründen“? Heißt „begründen“ Argumente, einzelne Gründe für ein bestimmtes Handeln, für die Unterscheidung zwischen zulässig und unzulässig zu nennen? Dabei können ganz unterschiedliche Gründe zur Sprache kommen und gegeneinander abgewogen werden. Oder meint Begründung das Fundament, die Grundlage überhaupt, das hinter einem bestimmten Umgang mit und einer bestimmten Erwartung an Medizin und Wissenschaft stehende Menschen- und Weltbild? In diesem Falle ginge es um die Fundamente, die Fundamente des ärztlichen Auftrags, die Fundamente einer Kultur. Man kann die Begründungsfrage aufschlüsseln in einen Satz: Wer will was wie mit welcher Absicht und mit welchem Ziel begründen? An dieser Formulierung zeigt sich, wie komplex die Begründungsfrage als solche ist.

2. Zur Unterscheidung von drei Fragestellungen

Ich schlage vor, drei Fragestellungen oder drei Perspektiven voneinander zu unterscheiden. Das ist einmal die normative Bewertung konkreter einzelner Handlungen, also vor allem des Einzelfalls. Das ist zum anderen eine Abwägung von Gütern, Werten und Missbrauchsmöglichkeiten; üblicherweise spricht man von Chancen und Risiken, von Nutzen und Schaden im Blick auf Handlungstypen. Und da ist schließlich die Reflexion auf eine Grundsicht, eine Grundeinstellung. Alle drei Perspektiven sind notwendig und zu bedenken. Sie sind somit gleichberechtigt.

Im Blick auf konkretes Handeln ist die Berücksichtigung von Handlungsmöglichkeiten unerlässlich. Die rich-

tige Diagnose ist Vorbedingung jeder Therapie. Empirische Bestandsaufnahme und normative Wertung sind gleichermaßen erforderlich und miteinander zu verbinden. Ich nenne ein Beispiel: Die Bendakommission erarbeitete einen Bericht zu In-Vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie. Dieser Bericht gab sodann den Anstoß zum Embryonenschutzgesetz. In den Beratungen wurde die Keimbahntherapie allgemein abgelehnt, teilweise aus ethischen Gründen, teilweise wegen der Annahme, dass sie nicht möglich, nicht machbar sei. Ein Mitglied meinte, die Keimbahntherapie zu verbieten sei genauso sinnvoll wie ein Verbot, Tomaten auf dem Mond anzupflanzen. Die In-Vitro-Fertilisation war und blieb umstritten. Einhellig empfohlen wurde hingegen die somatische Gentherapie. Man hielt sie für unbedenklich. Nur, bis heute ist von Erfolgen des somatischen Gentransfers nicht die Rede. Man bietet ihn derzeit nicht mehr als Therapieversuch an. Entscheidend ist bei den Bewertungen eines derartigen Handelns zunächst einmal also die Klärung der Sachlage.

Bei der Bewertung von Handlungsmöglichkeiten oder Handlungstypen insgesamt sind ferner nicht nur die empirischen Sachverhalte zu beachten (*Können* begründet noch nicht *Sollen!*), sondern auch Folgen abzuschätzen und Güter oder Übel abzuwägen. Ein Beispiel für eine solche – umstrittene – Abwägung ist derzeit die kontroverse Einschätzung der PID oder auch bestimmter Indikationen für den Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer Pränataldiagnose. Die Debatte um Handlungsoptionen ist öffentlich zu führen, und falls es um die Frage der rechtlichen Zulassung oder eines rechtlichen Verbots geht, rechtspolitisch zu entscheiden.

Schließlich geht es um eine Gesamtsicht, um *cultural patterns*, um Einstellungen, um Mentalitäten, um gesellschaftliches Bewusstsein. Ein Beispiel dafür ist die Einstellung zu Behinderungen oder der Wandel in der Bewertung

von Krankheiten, die mit einem Stigma behaftet sind oder als selbstverschuldet gelten. Ich vertrete das Fach *theologische Ethik*. Als *Ethiker* habe ich Folgenabschätzungen und Abwägungen möglichst überzeugend zu begründen. Als *Theologe* bin ich nach Grundsätzlicherem gefragt. Da geht es etwa um die Einschätzung von Leiden und den Umgang mit nicht therapierbarer Krankheit oder Behinderung. Im Folgenden will ich mich auf diese Perspektive der Grund-sicht beschränken. Dabei erörtere ich Kriterien der Normalität und danach die geistigen Folgen der prädiktiven Medizin.

3. Kriterien menschlicher Normalität

Normalität ist ein unscharfer und unbestimmter Begriff. Dazu sei zitiert: „*Normalität* bedeutet, dass Anlagen, Strukturen, Funktionen, Verhalten einer aufgestellten Norm, d. h. einem definierten Maßstab oder einer Vorschrift für eine geordnet-vereinheitlicht-gleichförmige Beurteilung entsprechen. Anomalie als Gegenbegriff zu Normalität heißt dann entsprechend: Abweichung von einer Norm oder Regel, ungewöhnlich, außergewöhnlich.“¹ Normalität setzt stets eine Norm, einen Maßstab, eine Regel voraus, an der sie gemessen wird. Normal ist daher, was der Norm entspricht, das Normalmaß, die Normalgröße, der Normalarbeitstag, der Normalzustand, das Normalgewicht, kurzum der Normaltypus. Normal besagt also vorschriftsgemäß, regelrecht oder auch gewöhnlich, üblich, normgerecht. Normalität heißt Vorschriftsmäßigkeit oder Durchschnittlichkeit. Abweichungen vom Normalen gibt es nach oben wie nach unten. Enorm ist das Wort für etwas Maßloses, Ungeheures, für außerordentlich, erstaunlich. Enorm steht für das Übermaß. Abnorm hingegen ist etwas Abweichendes, Krankhaftes, Regelwidriges, das Anormale. Abnormität ist eine Bezeichnung für krankhaftes Verhal-

ten, Missbildung, für Monstrositäten, die zur Schau gestellt werden. Friedrich Nietzsche hielt Krankhaftigkeit für das Normale.

Was ist nun die Norm für das Normale? Der Normbegriff ist ein Kernterminus der Handlungswissenschaften. Aber bekanntermaßen besteht bislang kein Einverständnis über den Begriff als solchen und über die Begründung einer Norm, von Normen. Diese Schwierigkeit im Umgang mit dem Normbegriff schlägt durch auf die Auffassung von Normalität. Das Wort Normalität birgt von Hause aus in sich eine Zweideutigkeit, vor allem weil es zwischen Deskriptivem und Normativem changiert, schillert. Der Begriff Norm kann nämlich sowohl deskriptiv, beschreibend als auch präskriptiv-normativ, wertend benutzt werden. Zur Verdeutlichung spricht man deswegen gerne und häufig bei einem präskriptiven Gebrauch in der Ethik von „Normen und Werten“. Normen sind in diesem Fall handlungsbezogene präskriptive Setzungen, Vorschriften in der Lebenswelt. Gilt dies auch für den Sprachgebrauch von Normalität? Der Bezug auf Normalität enthielte dann immer schon implizit eine Wertung. In der Tat liegt diese Vermutung nahe, wenn man normal mit „naturgemäß“ oder mit „gesund“ gleichsetzt. Bestimmt man allerdings Normalität durch Naturgemäßheit, dann steht man vor dem Problem der Debatte um natürlich/unnatürlich, um das von Natur aus Rechte, um die Streitfrage, ob Natur naturalistisch, biologistisch oder kulturell, geschichtlich zu verstehen sei. Ebenso schwierig wird es, wenn man anhand von Normalität Gesundheit und Krankheit voneinander abzugrenzen sucht. Wie sind denn überhaupt *gesund* und *krank*, aber auch *behindert* und *nichtbehindert* gegeneinander trennscharf abzugrenzen?

Somit empfiehlt es sich zunächst einmal zwischen einem deskriptiven, statistischen und einem soziokulturell-präskriptiven Begriff von Normalität zu differenzieren. Als

dritten Gesichtspunkt kann man einen funktionalen Gebrauch von Normalität hinzufügen. Dieser dritte Begriff von Normalität sucht Deskription und Präskription, Beschreibung und Wertung zu verbinden, indem er die empirische Feststellung zur Voraussetzung der Bewertung macht, aber die Wertung selbst nicht aus der Empirie ableitet.

Für die Klärung des Normalitätsbegriffs folgt daraus, dass zwischen unterschiedlichen Kontexten, Zusammenhängen zu unterscheiden ist, in denen man sich an Normalität orientiert. Normalität ist zunächst einmal Bezeichnung für einen statistischen Normbegriff, einen Mittelwert, anhand dessen Struktur-, Funktions- und Verhaltensabweichungen beobachtet und festgestellt werden können, die in quantitativer Hinsicht signifikant von einer definierten Mittelwertstreuung abweichen. Mit der bloßen Feststellung einer Abweichung vom Mittelwert ist aber noch nicht über die Bewertung entschieden. Allerdings ist es schon bei der statistischen Beschreibung und Einordnung keineswegs einfach, Grenzwerte des Normalen anzugeben und festzulegen – beispielsweise bei der Körpergröße. Der menschliche Organismus verfügt nämlich über eine außerordentliche natürliche Variationsbreite. Hinzu kommt, dass normale Funktionsmuster interkulturell unterschiedlich interpretiert werden. Das zeigt sich an der Einschätzung der biologischen Ausstattung eines Individuums als gesund oder krank. Exemplarisch dafür steht die kulturabhängige Einschätzung einer Geisteskrankheit. Zu bedenken ist zudem, dass Krankheit nicht immer genetisch determiniert und bedingt, sondern häufig Folge, Auswirkung eines Zusammenspiels von Anlagen und Umwelt, von genetischer Ausstattung und Lebensbedingungen, Lebensführung ist.

Der statistische, oder auch biologisch-naturwissenschaftliche Begriff von Normalität, wird dann ethisch und kulturell relevant, wenn die Frage gestellt wird, welche Abweichungen noch tolerierbar oder nicht mehr tolerierbar sind.

Die Abgrenzung zwischen tolerierbar und nicht tolerierbar ist aber abhängig von einem wertenden, soziokulturell geprägten Normbegriff, einem Wertmaßstab. Abweichungen sind doch nicht bereits deshalb normal oder anormal, weil sie regelmäßig geschehen. Seit Emile Durkheim diskutieren beispielsweise die Sozialwissenschaften, ob Selbstmord oder anderes abweichendes Verhalten wie Prostitution, Homosexualität, früher auch Ehescheidung Zeichen von Anomie, anormal sind. Die Kulturanthropologie hat die Unterschiedlichkeit und Relativität sozialer Normen, die kulturelle Prägung von Konventionen, Sitten, Wertvorstellungen erkannt. Die jeweils herrschende Vorstellung über menschliche Bedürfnisse, Eigenschaften und Funktionen sagt freilich mehr über die Sinn- und Wertkonzepte einer Gesellschaft aus als über eine ungeschichtlich verstandene, zeitlos gültige „Normalität“, „Natur“ des Menschen. Das gängige kulturelle Normalitätsverständnis kann sogar durch Krisenerfahrungen sowie durch neue Erkenntnisse erschüttert und in Frage gestellt werden. Nonkonforme Minderheiten suchen überdies ihre Normalitätsvorstellung gegen tradierte Normen zur Sprache und zur Geltung zu bringen. In pluralistischen Gesellschaften vollzieht sich daher eine Normalitätsdiffusion. Die Folge ist eine weitgehende Individualisierung von Lebenslagen und Lebensläufen.

Eine Vermittlung zwischen statistischem und kulturellem Normalitätsbegriff strebt der funktionale Begriff von Normalität an. In ihm geht es um eine Integration der beiden Sichtweisen von Norm und Normalität. Naturwissenschaftlich nachweisbare Funktionsstörungen, die Diagnostik von Normabweichungen sollen dabei die Basis, die Grundlage für ethisch begründbare Handlungsvorschläge und Entscheidungen abgeben. Freilich ist auch hier kritisch zu bedenken und einzuwenden, ob nicht ein funktionaler Normalitätsbegriff ebenso zeit-, gruppen- und interessengebundene soziale Wertvorstellungen enthält und

voraussetzt. Alle Erscheinungen menschlichen Lebens, welche als Störungen des Normalen angesehen werden, werden dann – scheinbar objektiv – als funktionswidrig und anthropologisch pathologisch klassifiziert. Individuelle Dispositionen und Eigenarten werden auf diese Weise indirekt als nicht mehr akzeptabel abqualifiziert. Aus der quantitativen Betrachtung wird eine qualitative. An dieser Stelle kommt die Frage nach Kriterien der Normalität ins Spiel, und sie ist brisant.

Normalitätsvorstellungen orientieren sich an einem *Leitbild*. Wer ein Leitbild aufstellt, übt jedoch Verfügungsmacht über diejenigen aus, die nicht diesem Leitbild entsprechen. Vor allem in der psychiatrischen Klassifikation von Menschengruppen wird seit Michel Foucault der Einwand erhoben, mit der Festlegung von Normalität würden bestimmte Menschen und Menschengruppen ausgegrenzt und diskriminiert. Denn die Nicht-Normalen werden damit einem generalisierenden Normalitätsmaßstab unterworfen. Wichtig ist daher zu bestimmen, wer überhaupt befugt ist Normalität zu definieren und Kriterien für Normalität festzulegen. Aber auch der inhaltliche Maßstab von Normalität ist zu reflektieren. Der Philosoph Edmund Husserl meinte einmal, der erwachsene „reife und vernünftige“ Mensch sei der Maßstab für das, was als normal gelten könne. Anomalität – Husserl nennt dafür ausdrücklich Kinder, Kranke und Tiere – kann sich danach nur als Abweichung und Störung des Normalen konstituieren. Merkmale von Normalität sind folglich beim Menschen Vernunft und Selbstbestimmung sowie das Freisein von Krankheiten. Genau an dieser Stelle hat die christliche Sicht des Menschen Probleme. Denn der christliche Glaube enthält nicht nur eine „Option für die Armen“, sondern auch eine „Option für die Schwachen“. Und im Zentrum des christlichen Glaubens steht das Symbol eines leidenden, ohnmächtigen, geschundenen Menschen, steht das Kreuz, das Kreuz Jesu.

Am Ursprung des Christentums steht der Bruch mit der Normalität. Das macht es so schwierig, ja unmöglich, festzulegen, was allgemeine Kriterien von Normalität sind, sofern diese verbindlich sein sollen. Es geht vielmehr um die Wahrnehmung des Einzelfalles. Kriterien, welche gesund und krank abgrenzen, können nur für das Individuum gelten. Es kommt letztlich auf die individuelle Person an. Damit ist nicht die Orientierung an Kriterien des Normalen insgesamt in Frage gestellt; gefordert ist die vorrangige Ausrichtung am ethischen Prinzip der Achtung jedes Menschen unabhängig von Normalität und die Anerkennung der Grundnorm der Menschenwürde, des Lebensrechts, des Lebensschutzes des Einzelnen. *Eugenes*, wohlgeboren – erinnert sei daran, dass Eugen mehrfach Papstname war – ist der Mensch allein aufgrund seines Menschseins. Diskriminierungen und Benachteiligungen sind damit nicht zu vereinbaren. Das hat gerade für die Anwendung der Genforschung Bedeutung, wenn beispielsweise unter Berufung auf die Analyse des Genoms Normalität zum ausschlaggebenden Maßstab erhoben wird und dadurch Selektion legitimiert wird. Die Debatte um Normalität muss gerade im Blick auf die individuelle genetische Disposition des Menschen von Religion, Kultur und Ethik aufgenommen und geführt werden.

4. Prädiktive Medizin –

Vorherwissen und Vorherbestimmung

Es gibt noch einen weiteren Aspekt der Genforschung, der unabhängig von Entscheidungen im Einzelfall zu bedenken ist, nämlich wie sich unser Selbstverständnis als Menschen verändert, wenn genetische Tests sichere Vorhersagen ermöglichen. Das ist das Thema der prädiktiven Medizin. Das Adjektiv „prädiktiv“ ist vom Verb *praedicere*,

voraussagen, vorhersagen abgeleitet. *Praedictio* wird übersetzt mit Vorherverkündigung, Prophezeiung, Vorhersage. Vorhersage erzeugt Vorherwissen, *Pro-gnosis*, *Prae-scientia*. In der Antike waren Vorhersage und Vorherwissen Sache der Intuition, prophetischer Vision und der Mantik. Menschen wollten schon immer die Zukunft, soweit wie irgend möglich, kennen. Prädiktive Medizin beruft sich heute hingegen nicht auf Mutmaßung, Ahnung, intuitive Wahrnehmung, sondern auf naturwissenschaftlich begründete und nachweisbare Erkenntnisse. Zu fragen ist jedoch, ob solch methodisch gewonnenes Vorherwissen für den betroffenen Menschen eine andere Wirkung und einen anderen Sinngehalt hat als eine Vorahnung. Eine Verschiebung und Umbesetzung der traditionellen Thematik des Vorherwissens und der Vorhersage besteht zweifellos darin, dass prädiktive Tests zunächst einmal vornehmlich unter der Perspektive der Ethik und des Rechts diskutiert und betrachtet werden. Der Umgang mit prädiktiven genetischen Tests wird – völlig zu Recht – diskutiert unter dem Gesichtspunkt der Zulässigkeit, der Indikationsstellung und der dabei zu beachtenden Kriterien sowie der vorzunehmenden Abwägungen. So gesehen gehört dieses Thema in das Gebiet einer praktischen Ethik und seine Beantwortung ist eine Aufgabe der praktischen Vernunft. Dabei stellt sich jedoch zugleich stets die Frage, wie sich das individuelle und das gesellschaftliche Bewusstsein verändern, wenn prädiktive Tests sichere Vorhersagen über zukünftiges Geschick ermöglichen. Welche Auswirkungen haben die neugewonnenen Handlungs- und Anwendungsmöglichkeiten prinzipiell auf das Denken und Handeln von Menschen? Was bedeutet das erweiterte und vergrößerte Eingriffsvermögen für das Selbstverständnis des Menschen und seine Einstellung zu Zeit und Welt?

Ein Vergleich mit der klassischen Lehre von der göttlichen Vorsehung liegt nahe. Der christliche und schon

der vorchristliche Vorsehungsgedanke bekannte, „was Gott tut, das ist wohlgetan.“ Er wollte damit ausdrücken, dass das persönliche Lebensschicksal, die Lebenssituation Gott anvertraut ist und wird. Damit sollte das Kontingenzrisiko des Einzelnen bewältigt und gedeutet werden. Wie geht aber die genetische Analyse mit dem Lebensentwurf, mit der Zukunft Betroffener um? Sie erhebt doch nur Befunde und stellt Diagnosen. Aber eine Antwort auf die mit der Eröffnung der Diagnose aufbrechende Sinnfrage hat die Wissenschaft nicht. Es bleibt also die Herausforderung zwischen einer objektiven Ermittlung und Interpretation von Befunden und dem Verstehen von Lebenssituationen zu unterscheiden. Eine Verabsolutierung der Erkenntnisse der Genforschung als unausweichlich wirft also erhebliche Probleme und Folgen für die davon betroffenen Menschen auf. An dieser Stelle wird eine Grenze der Genforschung sichtbar, und an diese Grenze ist wohl gedacht, wenn die Frage nach der „Gesundheit um jeden Preis“ gestellt wird. Was ist der menschliche Preis erweiterter wissenschaftlicher Prognosefähigkeit? Eine wissenschaftliche, eine naturwissenschaftliche Antwort auf die Sinnfrage gibt es gerade nicht. Bei Screening-Verfahren vergrößern sich noch die Probleme, es sei denn, der Betroffene wird vor dem Screening-Verfahren umfassend aufgeklärt und ihm ein Recht der Verweigerung, ein „Recht auf Nichtwissen“ eingeräumt. Werden die kulturellen und menschlichen Folgen und Auswirkungen der Genforschung nicht bedacht und reflektiert, dann kann die genetische Untersuchung zu einem Mittel der Herrschaftsausübung benutzt werden und die Unausweichlichkeit der Vorhersage der Diagnose zu einem Fatalismus und zur Resignation im Blick auf die Lebensgestaltung führen. Die Gefahr in der Medizin wiederum ist ein Pragmazentrismus, das Ausweichen in einen genetischen Determinismus sowie ebenfalls die Flucht in Fatalismus. Gegen solchen Fatalismus, gegen ei-

nen blinden Schicksalsglauben hat der christliche Glaube seit den Anfangszeiten des Christentums die Überzeugung von Gottes Vorsehung, genauer von Gottes Fürsicht, von Gottes Vorherwissen, *providentia* und *praescientia*, gesetzt.

Es ist an dieser Stelle nicht möglich, die Vorsehungslehre zu entfalten. Aber ihr Grundanliegen soll am Schluss in Erinnerung gerufen werden: Der Vorsehungsglaube sollte Menschen dazu helfen, mit Widerfahrnissen, mit Schicksalsschlägen, mit Leiden, die nicht zu beseitigen und zu beheben sind, so umzugehen, dass sie damit gleichwohl human leben können. Wird nun heute prädiktive Medizin zum Vorsehungersatz, oder um es mit einem Wortspiel des Philosophen Odo Marquard zu sagen, wird aus dem Schicksal das „Machsal“, das von Menschen gemachte Geschick? Ist der Preis der Genforschung also am Ende Hoffnungslosigkeit, die den Menschen Zuversicht und Lebensmut nimmt? Die Preisfrage bleibt offen, die Höhe des Preises ist nicht zu ermitteln. Der Preis – so sagte es Otfried Höffe – für erhöhtes und erweitertes Können ist Moral, ist eine größere Verantwortung.

5. Ist Genforschung mit dem Schöpfungsglauben vereinbar?

Die bisherigen Überlegungen gingen davon aus, dass der Umgang mit und der Gebrauch von Genforschung grundsätzlich zulässig ist, aber im Einzelfall auf Folgen hin zu überprüfen und nach Chancen und Risiken abzuwägen ist. Ein prinzipieller Einwand, der gelegentlich erhoben wird, argumentiert freilich theologisch, indem er jeden menschlichen Eingriff in die Schöpfung, insbesondere jeden gentechnischen Eingriff und damit die Genforschung als solche kategorisch ablehnt. Gegen diesen Einwand ist freilich wiederum theologisch zur Geltung zu bringen,

dass die Achtung der Welt als Schöpfung Gottes und das gestaltende Wirken des Menschen keineswegs miteinander unvereinbar sind. In der biblischen Schöpfungsgeschichte wird der Mensch beauftragt, die Erde zu bewahren und zu bebauen. Der Auftrag zum *Dominium terrae* (Gen 1, 26) bestellt den Menschen zum Gestalter der Schöpfung. Zum Schöpfungsauftrag an den Menschen gehört auch der Auftrag Krankheiten zu erkennen und zu heilen. Das gilt auch für das weite Feld der Genforschung. Wie jede andere Erforschung von Mensch und Welt und wie jeder ärztliche Heileingriff ist sie grundsätzlich zulässig, sogar geboten. Denn nach klassischer theologischer Lehre ist der Mensch von Gott beauftragt an der Erhaltung und Gestaltung der Schöpfung mitzuwirken und Übel zu bekämpfen und zu beheben. An diesem Auftrag als solchem ändert auch der Einsatz der Genomanalyse prinzipiell nichts. Allerdings können genetische Eingriffe tiefergehend sein und eine Langzeitwirkung entfalten, etwa auf künftige Generationen. Deshalb ist erhöhte Verantwortung und besondere Sorgfalt geboten. Außerdem sind die Risiken bei der Anwendung von Ergebnissen der Genanalyse genau abzuschätzen und die Grenzen des Machbaren zu bedenken. Eine Formulierung allerdings wie die, der Genforscher könne „Gott spielen“, überschreitet die Grenzen des Menschenmöglichen und Menschendienlichen. Sie ist Ausdruck einer Hybris. Kritisch zu befragen ist darum das hinter solchen Aussagen stehende Menschenbild und der Machbarkeitswahn. Die Genforschung erschließt zwar neue Handlungsmöglichkeiten und betrifft auch die Zukunft. Eine die Grenzen von Erkenntnissen und Eingriffen sorgfältig wahrnehmende und kritisch reflektierende Haltung, ein Ethos der Selbstbegrenzung, wird aber die Missbrauchsmöglichkeiten und Gefahren der Genforschung auch ethisch und kulturell zu bedenken haben. Das ist eine ethische Aufgabe, die nicht einfach ein Appendix des

technisch Möglichen ist und sein darf. Der christliche Glaube kann hier dazu anleiten, das Maß des Menschlichen und die Unverfügbarkeit der Humanität, der Menschenwürde, bewusst zu machen, indem der Glaube zwischen Gott und Mensch, zwischen Schöpfer und Geschöpf unterscheidet. Der Mensch ist und bleibt Geschöpf, er wird nicht zum Schöpfer seiner selbst und anderer, und das verbietet es, einen Menschen zum Produkt, zum Erzeugnis von Menschen zu machen. Daraus ergeben sich wiederum Kriterien für die Zulässigkeit wie für die Ablehnung von Anwendungsmöglichkeiten der Genforschung. Solche Kriterien sind im Diskurs zu ermitteln und zu begründen, aber das ist ein eigenes, neues Thema.

Anmerkung

¹ Marshoff-Fischer, Manfred: Normalität. In: Lexikon der Bioethik. Bd. 2, 1998, S. 779ff; auf diesen Artikel wird im Folgenden verwiesen.

Präimplantationsdiagnostik, Pränataldiagnostik, Abtreibung: Gesundheit durch Selektion?

Klaus Zerres

Am 15. und 16. Februar 2001 haben die führenden Wissenschaftszeitschriften *Nature* und *Science* gemeinsam verkündet, das menschliche Genom sei entschlüsselt. Obwohl Insider wussten, dass dies ein kühner Vorgriff war und die „Feinarbeit“ noch für Jahre die internationale Wissenschaftlergemeinschaft beschäftigen würde, hat diese Mitteilung erneut eine breite Diskussion ausgelöst. Die alte Frage nach dem Ausmaß der genetischen Determiniertheit menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten aber auch seiner Krankheiten wurde wieder diskutiert. Die erstmals denkbare Möglichkeit der genetischen Analyse möglicher Krankheitsrisiken oder sogar der Vorhersagbarkeit von Krankheiten hat bei vielen erneut alte Ängste geweckt, andere sehen darin jedoch erstmals die Chance für eine gezielte individuelle Prävention. Die oft emotionale öffentliche Diskussion schwankte in der Beurteilung der Entwicklung zwischen Apokalypse und Heilserwartung.

Die nicht ganz neutrale und schwierige Vorgabe des Themas „Gesundheit durch Selektion?“ erfordert zunächst die Analyse der Frage, ob die Gesundheit einer Bevölkerung verbessert bzw. der Krankenstand merklich verringert werden könnte, wenn durch eine umfassende Anwendung der Pränatal- oder Präimplantationsdiagnostik Schwangerschaften mit erkenn- oder vorhersagbaren Entwicklungs-