

Überlegungen zum Fortschritt in der Medizin

Vortrag von Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing vom 1. Februar 2018 auf dem Leopoldina-

Gespräch: „Wie kommt der Patient zum medizinischen Fortschritt?“



© privat

Zur Person

Prof. Urban Wiesing ist seit 2002 Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen. Er ist Mitglied des „Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften“, Universität Tübingen, von 2011 bis 2015

war er Sprecher des Vorstands, derzeit ist er Mitglied des Vorstands. Vor seiner wissenschaftlichen Karriere arbeitete der Mediziner in den 1980er Jahren als Arzt beim Blutspendedienst Münster und als Assistenzarzt in der Anästhesi-

ologischen und in der Inneren Abteilung des St. Christophorus-Krankenhauses, Werne. Im vergangenen Jahr veröffentlichte er unter anderem das Buch „Indikation – Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis“.

Überlegungen zum Fortschritt in der Medizin

Vortrag von Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing vom 1. Februar 2018 auf dem Leopoldina-Gespräch:
„Wie kommt der Patient zum medizinischen Fortschritt?“

Einleitung

Ich möchte meinen Vortrag mit zwei grundverschiedenen Äußerungen zum Fortschritt in der Medizin eröffnen. Zum Thema „Wissenschaft im Jahr 2030“ sagte unlängst Axel Haverich, seines Zeichens Chirurg: „Der medizinische Fortschritt wird in den kommenden Jahren weiter rasch voranschreiten.“ Er forderte insbesondere die pathophysiologische Erforschung von Volkskrankheiten und fügte hinzu: „Aus diesen Erkenntnissen werden sich zwanglos auch neue diagnostische und therapeutische Verfahren ableiten [...]“ (Haverich 2016, S. 1050). Man achte auf das Adverb „zwanglos“!

Dieser Prognose möchte ich eine Äußerung zu jüngster Vergangenheit der Medizin gegenüberstellen, die sich auf ein Renommierprojekt bezieht, die Hirnforschung. Präsident Bush sen. hatte 1990 eine „decade of the brain“ ausgerufen, die EU folgte mit einem umfangreichen Forschungsprogramm „Human Brain Project“. Diese enormen Forschungsanstrengungen haben im Jahre 2014 laut Mathias Berger, damaliger Freiburger Psychiatrie-Ordinarius, keine einzige neue psychiatrische Therapie hervorgebracht. „Hier konnten bislang aus keiner der intensiv betriebenen Disziplinen (Genetik, Epigenetik, Molekularbiologie, Bildgebung und Elektrophysiologie) Erkenntnisse gewonnen werden, mit deren Hilfe im Alltag tatsächlich eine spezifische und effektivere Therapie ausgewählt werden kann.“ (Berger 2014, S. 3) Lediglich bei störungsspezifischen Psychotherapien und der Versorgungsforschung gäbe es „[p]atientenrelevante Fortschritte“ (S. 3), die allerdings allesamt ohne die Erkenntnisse aus den Decades of the brain gemacht wurden.

Die beiden Äußerungen widersprechen sich. Die erste vertritt den Fortschrittsoptimismus moderner Wissenschaften; laut letzter Äußerung

ist der therapeutische Fortschritt wohl nicht zwanglos eingetreten. Grund genug, sich dem Fortschritt zu widmen.

Der Begriff Fortschritt

Dabei fällt sofort auf, dass sich im Begriff ‚Fortschritt‘ mehrere Aspekte bündeln, die es auseinanderzuhalten gilt. Zum einen ist mit dem Begriff stets ein Wandel, eine Veränderung angesprochen. Es bleibt gerade nicht so, wie es ist, sondern, in räumlicher Metaphorik: man bewegt sich. Zum anderen ist der Begriff zuallermeist wertend, „er weckt spontan positive Assoziationen“ (Veranstalter). Man schreitet fort, und zwar nicht irgendwo hin, sondern in die richtige Richtung. Was durch das Voranschreiten kommt, ist besser.

Fortschritt – eine Wertung

Um das aussagen zu können, bräuchte man allerdings einen wertenden Maßstab. Es bedarf stets eines Grundes, warum etwas, das einer Veränderung entsprungen ist, gut oder gar besser sein sollte als das vorherige. Man kann auf ein wertendes Kriterium nur verzichten, wenn durch eine Geschichtstheorie belegt sein sollte, dass die Veränderungen in einer Wissenschaft, in unserem Falle: in der Medizin, stets in eine Richtung gehen und die Resultate immer besser sind. Wenn Neues aufgrund historischer Gesetzmäßigkeiten immer gleich Besseres sein sollte, dann könnte man auf eine Bewertung des jeweils Neuen verzichten. Bei „Deckungsgleichheit von Alt und Neu einerseits und Schlecht und Gut andererseits“ (Lübbe 1997, S. 147) hätte man die Bewertung des Neuen freilich einer nicht menschlichen Instanz überlassen, nämlich einer anonymen Gesetzmäßigkeit. Der Mensch müsste in diesem Fall allenfalls deskriptiv feststellen, ob es ‚weiter‘ gegangen ist, die Bewertung wäre automatisch positiv, sofern es denn tatsächlich ‚weiter‘ gegangen ist.

Dieser naive Fortschrittsoptimismus käme freilich einer Entmündigung des Menschen gleich. Es ein denn, der Mensch hätte die Gesetzmäßigkeit im Wandel der Dinge entdeckt, die mit Sicherheit sagt, dass ‚weiter‘ immer gleich ‚besser‘ ist. Dann hätte sich der Mensch vor der Selbstentmündigung zumindest durch diese geschichtsphilosophische Entdeckungsleistung kurzfristig nobilitiert. Es würde aber bedeuten, dass die wertende Frage, „Ist etwas besser?“, durch die deskriptive Frage, „Ist das ein historischer Wandel“, ersetzt würde. Der einsichtige Mensch kann dann eigentlich nur noch bemüht sein, dem Sinn der Geschichte ergebenst zu dienen und den Wandel zu beschleunigen; alle Anderen wären ignorant, gar renitent.

Die Erfahrungen mit den vermeintlichen wissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten des Geschichtsverlaufs des 19. und 20. Jahrhunderts lassen davor aber zurückschrecken, die Wertung von Veränderungen, also eine ethische Frage, durch eine Geschichtsphilosophie zu ersetzen - auch in den Wissenschaften. Man darf getrost daran zweifeln, dass etwas zwangsläufig besser ist, nur weil einer Veränderung entsprungen ist. Wie resümierte Peter Sloterdijk 1988 so treffend: „Prozess und Progress bilden aufeinander nur einen trügerischen Reim [...]“ (S. 263).

Auf diese Verhältnisse hat auch ein anderer Autor warnend hingewiesen, nämlich Hans Blumenberg: „Das Geschichtssubjekt, dessen Funktion sich in retardierender Störung oder in antreibender Beschleunigung erschöpft, ist ganz durch sein nie zuvor gekanntes Objekt, ‚die Geschichte‘, bestimmt.“ (Blumenberg 1986, S. 247)¹ Kurzum: Die Geschichtsphilosophie als Ersatz für ethische Bewertungen der Veränderungen ist zwar sehr beliebt, aber trügerisch, entmündigend und eben nicht überzeugend; der naive Fortschrittsoptimismus ist als Heteronomie die „völlige[n] Negation des Versprechens der Moderne“ (Rosa 2016, S. 120), das da lautete: Autonomie.

Voranschreiten ist also nicht automatisch Fortschritt in einem gewerteten Sinne, sondern es bedarf stets der Bewertung. Der Verzicht auf die Geschichtsphilosophie als Ersatz für die Ethik zwingt freilich zum Urteil im Einzelfall. Man kann sich nicht auf Gesetzmäßigkeiten verlassen, sondern muss stets fragen: Ist das Neue in einer Wissenschaft ein Fortschritt anhand eines wertenden Kriteriums? Doch woher kommt das wertende Kriterium? In der Medizin ist das Kriterium für Fortschritt vergleichsweise einfach zu bestimmen, sofern man nur auf einem gewissen Niveau der Abstraktion verbleibt. Die Medizin definiert sich als praktische Disziplin seit jeher über ein Ziel: Sie soll kranken Menschen helfen, sei es durch Vorbeugen, Heilen oder Lindern. Oder, wie man es im Ruhrgebiet so treffend zu formulieren weiß: „Hauptsache, ich bin geholfen.“ Das ist ihr normatives Kriterium; es ist übrigens ziemlich stabil, wird im Grunde nicht ernsthaft angezweifelt, man kann es durchaus als eine kulturelle Leistung bezeichnen². Und wenn es der Medizin gelingt, kranken Menschen besser zu helfen, dann ist es auch im gewerteten Sinne ein Fortschritt.

Fortschritt in der Medizin

War es das zum Fortschritt in der Medizin? Nein! Man steht erst am Anfang der Schwierigkeiten. Denn wie gelingt es der Medizin, ihr genuines Ziel, Hilfe für kranke Menschen, zu erreichen? Diese schlichte Frage führt umgehend zu wissenschaftstheoretischen Schwierigkeiten. Denn das wohl alles entscheidende Kriterium, die Hilfe für kranke Menschen, lässt sich nur erreichen, wenn man handelt. Es muss der Medizin primär daran gelegen sein, effektiv, zweckgerichtet zu handeln. Dazu nutzt sie Wissen (im Übrigen höchst erfolgreich!), doch alles Wissen dient ihr nur als Hilfsmittel. Will die Medizin kranken Menschen helfen, kann sich ihr Leitziel schwerlich auf Erkenntnisgewinn begrenzen. Fortschritt bezogen auf das genuine Ziel der Medizin gibt es nur durch Handeln.

Damit gelangt man zu wissenschaftstheoretischen Unterscheidungen, die letztlich auf die antike Unterscheidung zwischen ἐπιστήμη (epistēmē) und τέχνη (technē, lat.: ars) zurückgehen. Einer

¹ Wohl nicht umsonst äußern demgemäß auch Historiker Zweifel an der Eindimensionalität des Fortschritts in der Geschichte der Medizin. So zweifelt auch Roy Porter die Schienenmetaphorik des historischen Wandels in seiner voluminösen „Kunst des Heilens“ an, die Eindimensionalität des Fortschritts: „Im British Medical Journal stellte Lord Thomas Jeeves Horder (1871-1955) 1949 die Frage: „Medizin wohin?“ Er gab auch gleich die Antwort: „Nun, wohin sonst als geradeaus.“ Heute kann kein Mediziner oder Nichtmediziner sagen, wo „geradeaus“ ist.“ (Porter 2000, S. 715).

² Das weiß sie nicht und interessiert sich auch nicht dafür, was Volker Roelke dann zu der „pointierten Formulierung“ verleitet, Medizin sei eine „kulturell desinteressierte Kulturwissenschaft“ (Roelcke 2017, S. 173).

episteme geht es um theoretisches, verallgemeinertes Wissen, einer techne um praktisches Können im Einzelfall. Um als praktische Disziplin, als techne, begründete Handlungen zu realisieren, benötigt die Medizin allerdings wissenschaftliches Wissen, also Produkte einer episteme. Damit trifft man auf zwei Probleme:

1. Das benötigte Wissen ergibt sich nicht von selbst bei medizinischen Handlungen. Es muss durch Forschung eigens und methodisch höchst aufwendig erarbeitet werden³. Dadurch differenziert sich das Gebilde „Medizin“ in unterschiedliche Bereiche: der ärztlichen Praxis auf der einen und der biomedizinischen Forschung auf der anderen Seite. Auch wenn die biomedizinische Forschung nicht der Forderung unterliegt, unmittelbar kranken Menschen zu helfen, so stehen allerdings ihre Produkte zumindest mittelbar unter genau dieser Forderung. Sie sollen mehr oder weniger vermittelt, kurz-, mittel- oder langfristig dazu beitragen, kranken Menschen durch Handlungen effektiver helfen zu können. Die biomedizinische Forschung steht somit in einem Dienstverhältnis zur praktischen Medizin. Sofern es sich nicht um reine Grundlagenforschung handelt, ist die medizinische Forschung kein Selbstzweck, sondern in unterschiedlicher Nähe an die praktische Aufgabe der Medizin gebunden. Man mag – und soll! – der medizinischen Forschung zwar die Freiheit zugestehen, ihre Mittel und Wege selbst zu bestimmen; ihre Ziele stehen ihr nicht zu Gebote. Letztlich soll das Wissen dazu beitragen, kranken Menschen zu helfen, sonst wäre sie nicht medizinische Forschung.
2. Wie kann das Wissen für medizinische Handlung genutzt werden? Eine beliebte Antwort lautet: Die biomedizinischen Wissenschaften produzieren neues Wissen, aus dem dann „zwanglos“ erfolgreiche Handlungen entstehen. Doch genau das ist nicht der Fall. Denn die Umsetzung von wissenschaftlichem Wissen in begründete und erfolgreiche Handlungen ist keineswegs trivial.

Um das zu erläutern sei auf eine Unterscheidung von Mario Bunge zurückgegriffen (Bunge 1985). Er unterscheidet zwischen nomologischen

und nomopragmatischen Aussagen sowie technologischen Regeln. Demnach beinhalten nomologische Aussagen Erkenntnisse über gesetzesartige Zusammenhänge. Beispiel: „Das Hormon Insulin reduziert den Blutzucker.“ Nomologische Aussagen unterliegen dem Kriterium der Wahrheit. Es sind allgemeine Aussagen und sie beziehen sich nicht auf eine konkrete Situation. Sie werden gegenwärtig in der Medizin zumeist im Labor, also unter künstlich hergestellten, idealisierten Bedingungen gewonnen.

Nomopragmatische Aussagen hingegen beziehen sich auf eine Handlung, die etwas beeinflussen, etwas verändern will. Von daher unterscheiden sie sich von einer nomologischen Aussage. Beispiel: „Die Gabe von Insulin sub cutan [s.c., unter die Haut] reduziert den Blutzucker.“ Nomopragmatische Aussagen besitzen eine erweiterte Bedeutung zu nomologischen Sätzen. Denn es sind weitere zusätzliche Informationen zu berücksichtigen. Handlungen, insbesondere in der Medizin, greifen zumeist in einen größeren Zusammenhang ein. So beeinflussen weitere Faktoren die Wirkung einer Insulingabe in einem Organismus, und es muss geklärt werden, wie das Insulin gegeben wird.⁴

Eine technologische Regel ist nicht mehr wie die beiden zuvor erläuterten Aussagen erklärend, sondern anweisend, instruierend. Es soll etwas getan werden. Beispiel: „Wenn erhöhter Blutzucker reduziert werden soll, gebe man Insulin s.c.“ Auch dazu sind weitere Informationen zu berücksichtigen als nur eine nomologische und/oder nomopragmatische Aussage. So sind weitere Umstände der Intervention zu klären, die sich durch die Handlung ergeben. Wie jede Medikation hat die Gabe von Insulin erwünschte und unerwünschte Wirkungen, die es zu berücksichtigen gilt.⁵ Überdies stehen technologische Regeln in der Praxis immer im Verhältnis zu anderen Optionen. Bei erhöhtem Blutzucker wären die zahlreichen anderen Möglichkeiten zu bedenken, ihn zu senken.

4 Nomopragmatische Aussagen haben zudem zumeist nur statistische Gültigkeit, denn eine Handlung in der Medizin erzielt nur selten zu 100 % bestimmte Resultate. Die nomopragmatische Aussage kann daher eine andere Wahrscheinlichkeit besitzen als die nomologische Aussage, auf der sie aufbaut.

5 Insulin wirkt ja nicht nur auf den Blutzuckerspiegel, sondern ist auch mit anderen Reaktionen des Körpers verbunden, so den Auf- und Abbau von Fettgewebe, das Zellwachstum etc...

3 Dieser Bereich lässt sich – bei graduelltem Übergang – noch einmal in klinische Forschung und medizinische Grundlagenforschung unterteilen.

Technologische Regeln unterliegen ganz anderen Kriterien als nomologische und nomopragsmatische Aussagen: Es geht bei ihnen nicht mehr darum, ob sie wahr sind, sondern in wie weit sie tauglich sind, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Sie unterliegen dem Kriterium der Wirksamkeit. Dabei stellen sich ganz praktische Fragen, die weit über die idealisierten Bedingungen eines Labors hinausreichen: Ist die technologische Regel verlässlich, gut realisierbar, in welchem Maße und unter welchen Umständen ist sie in der Praxis umsetzbar?⁶ Oder, um eine Formulierung der Veranstalter aufzunehmen: Ist sie „alltagstauglich, akzeptabel und anwendbar“? Kommt sie vielen Menschen zu Gute oder nur wenigen?

Grundlegend für den Fortschritt in der Medizin - und damit für unsere Veranstaltung - ist folgende, ernüchternde Einsicht: Auch wenn die zugrundeliegenden nomologischen und nomopragsmatischen Aussagen richtig sind und allerbesten wissenschaftlicher Expertise entstammen, bedeutet das keine Erfolgsgarantie für die technologische Regel. Es können aus wahren nomologischen und nomopragsmatischen Aussagen technologische Regeln abgeleitet werden, die sich als ineffektiv erweisen. Und umgekehrt: Eine hocheffektive technologische Regel kann ganz ohne nomologische und nomopragsmatische Aussagen gefunden werden, zum Beispiel durch klinische Überprüfung von Zufällen, durch systematische Evaluation von Handlungen. Insofern sind nomologische Aussagen „weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für die Ableitung technologischer Aussagen“ (Helfrich 2016, S. 45-6).⁷ Das Beispiel der decades of the brain verdeutlicht: Eine enorme Vermehrung von nomologischen Aussagen hat zu keiner einzigen neuen technologischen Regel in der Psychiatrie geführt. Und die Fortschritte in der Psychiatrie kamen aus andern Bereichen: der Versorgungsforschung.

Doch damit nicht genug, es ergeben sich weitere Schwierigkeiten in der ärztlichen Praxis. Mit

einer technologischen Regel, selbst wenn sie sich als effektiv erweisen sollte, ist längst nicht alles in der ärztlichen Handlung entschieden und damit auch nicht die Frage, ob es ein Fortschritt ist. Denn die Anwendung einer technologischen Regel im Einzelfall bei einem konkreten Patienten ist ein weiterer, komplexer Schritt. Es ist die Frage zu beantworten, ob der Patient unter die technologische Regel fällt, was die Regel von sich aus niemals beantworten kann. Dazu bedarf es der Urteilskraft.⁸ Hierzu sollte man sich der Worte Immanuel Kants erinnern, dass „für die Urteilskraft nicht immer wiederum Regeln gegeben werden können, wornach sie sich in der Subsumtion zu richten habe (weil das ins Unendliche gehen würde)“ (Kant 1977, S. 127).

Selbst wenn ein Patient unter eine Regel fällt ist nicht klar, ob sie angewandt werden soll. Denn technologische Regeln beziehen sich zumeist auf einen bestimmten, isolierten Zustand, während die Patienten häufig an mehreren Erkrankungen leiden, die ihrerseits Einfluss auf die Resultate der technologischen Regel nehmen. Es ist zu klären, ob es bei diesem konkreten Patienten Unverträglichkeiten gibt, Kontraindikationen, eine besondere Konstitution und sonstige mögliche Effekte. Für die praktische Umsetzung einer Regel, für wirklichen Fortschritt in der Medizin, sind also zahlreiche Singuläraussagen zum Patienten zu berücksichtigen, die eine technologische Regel von Haus aus nicht enthalten kann. So kann es sein, dass sich wirksame technologische Regeln bei bestimmten Patienten nicht anwenden lassen und damit eben keinen Fortschritt für diesen Patienten darstellen.

Das Beispiel verdeutlicht: Von der nomologischen Aussage, „Insulin reduziert den Blutzuckerspiegel“ bis zur konkreten Therapieempfehlung im einzelnen Fall „Nehmen Sie Insulin“ ist es ein weiter Weg mit vielen Zwischenschritten. Und der Charakter einer ärztlichen Entscheidung ist ein ganz anderer als der Charakter von nomologischen und nomopragsmatischen Aussagen und auch von technologischen Regeln.

Zwischenfazit: 1. Voranschreiten ist nicht automatisch Fortschritt in einem gewerteten Sinne, 2. das beliebte Vorhaben, die jeweilige Wertung

6 Die Unterscheidungen von Bunge haben für die Psychotherapie Perrez 2011, für pädagogische Psychologie Lukesch 1979, für Betriebswirtschaftler Helfrich 2016 untersucht; für die Medizin siehe Sadegh-zadeh 1980.

7 Insofern ist die Aussage von Haverich nicht richtig: „Maßnahmen werden erst möglich sein, wenn die jeweiligen Pathomechanismen bekannt sind.“ (Haverich 2016, S. 1050).

8 Zu den Strukturen und den Schwierigkeiten der Implementierung in den klinischen Alltag siehe u.a. Tutton und Kimberly 2013, S. e184-e185, Wieland 2004.

eines Fortschritts durch eine verkappte Geschichtstheorie zu ersetzen, ist nicht überzeugend, 3. zwischen medizinischer Erkenntniswissenschaft und praktischer Medizin, zwischen episteme und techne, ist zu unterscheiden. Das schlichte Voranschreiten in der episteme ist von weiteren Faktoren abhängig, um ein Fortschritt in der techne zu werden, und Fortschritte in der techne können auch ohne solche in der episteme stattfinden. Das liegt an den Unterschieden zwischen nomologischen, nomopragmatischen Aussagen, technologischen Regeln und Handeln im Einzelfall. Was bedeutet das alles für den medizinischen Fortschritt? Eines ist klar: Er kommt wohl nicht „zwanglos“.

Zur Beschleunigung des Fortschritts

Also muss man sich überlegen, wie er denn dann kommt. Oder, erneut die Veranstalter: „Was ist notwendig, um die Anwendung des Medizinischen Fortschritts zu unterstützen?“ (Ich bin mit der Formulierung nicht glücklich, denn ein nicht angewandter Fortschritt in der Medizin ist keiner, erst durch Anwendung kann man von medizinischem Fortschritt sprechen.) Nun will ich nicht die ganze Konferenz vorwegnehmen, aber einige allgemeine Hinweise zum Fortschritt in der Medizin beisteuern:

1. Ohne eine Analyse der Komplexität des medizinischen Fortschritts soll man gar nicht erst versuchen, ihn zu beschleunigen. Wenn der Weg von wissenschaftlichen Erkenntnissen zur effektiven Handlung ein weiter ist mit vielen Zwischenstationen, dann muss man sich aller Stationen dieses Weges bewusst sein, und auf allen Ebenen reagieren. Man muss sich allen Schritten widmen, eben nicht nur der gezielten Vermehrung von nomologischen Aussagen. Kurzum: Man ist beim Thema translationale Medizin.
2. Überdies droht nicht nur verzögerter Fortschritt, sondern auch das Gegenteil: die voreilige Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in Handlungen, die sich nicht als effektiv erweisen. Denn die moderne Medizin ist nicht vor Modeerscheinungen geschützt. Medikamente nach beschleunigter Zulassung haben sich nicht selten als unwirksam oder kaum wirksam erwiesen, ich denke unter anderem an die zahlreichen neuen Medikamente in der Onko-

logie. Die Umsetzung von nomopragmatischen Aussagen und Regeln geschah, ohne das wirklich der Nutzen in der Praxis überprüft worden wäre. Wir müssen auf unserer Konferenz zum Fortschritt das zu Langsame, aber auch das Voreilige beachten.

3. Ohne ein Bewusstsein für die Probleme und ohne Wertung des Neuen droht die Gefahr eines therapeutischen Nihilismus, den die Medizin seit ihrer Ausrichtung auf die Naturwissenschaften kennt. Man rühmt sich der wachsenden nomologischen Aussagen, ohne die praktischen Konsequenzen in die Bewertung einzubeziehen.
4. Bei der Förderung eines gewichteten Fortschritts muss man an die wichtigsten Eigenschaften der Wissenschaft erinnern, die Skepsis und die Kritik. Bei der Einwerbung von Mitteln verstößt die forschende Medizin regelmäßig gegen ihre Grundtugenden. Stattdessen feiert sie sich unangemessen. Diese Eigenblindheit ist nicht fortschrittsfördernd. Die schlichte Gleichung „Mehr Forschung und es wird den Patienten besser gehen“ ist unterkomplex. Ich möchte daran erinnern, naive Fortschrittsgläubigkeit ist Selbstentmündigung. Der Vollstrecker historischer Gesetzmäßigkeiten schafft sich selbst ab.
5. Das Belohnungssystems muss der Komplexität des Fortschritts angemessen sein, was es nicht ist. Denken Sie an die impact-Faktoren für neurophysiologische oder neurogenetische Publikationen, und an die für Psychotherapie und Versorgungsforschung. Aus letzteren beiden sind aber die erwähnten Fortschritte der Psychiatrie entstanden. Das Belohnungssystem der Publikationen ist für einen gewichteten, praktischen Fortschritt in der Medizin unangemessen. Die Forschungsförderung sollte sich an den Bedürfnissen der Medizin, und nicht an den Bedürfnissen der Forschung orientieren, denn die Forschung steht in einem Dienstverhältnis zur Medizin.

Auf dem langen Weg von nomologischen Aussagen zu praktischem Fortschritt und dessen Verteilung stößt man auf zahlreiche Hindernisse, die man in unvermeidbare und vermeidbare Hindernisse unterteilen kann.

6. Zu den unvermeidbaren gehören die strukturellen Unterschiede zwischen einer episteme und einer techne, und natürlich beim Übergang zwischen beiden: Die Unterschiede zwischen den Aussagen einer Erkenntniswissenschaft und den Handlungen einer Medizin sind gegeben. Sie werden sich nicht ändern, sind also unvermeidbar, und deshalb muss man darauf reagieren. Auch das weitere Voranschreiten der sogenannten „personalisierten Medizin“ wird nicht dazu führen, dass sich dieser Weg erübrigen würde. Soweit die unvermeidbaren Hindernisse.
7. Die ethischen und juristischen, also regulatorischen Auflagen hingegen sind grundsätzlich veränderbar. Sie sind von Menschen gemacht, nur stellt sich die Frage, ob sie auch geändert werden sollen. Hier zeigt sich, dass nicht nur das Ziel der wissenschaftlichen und klinischen Forschung gewertet werden muss, sondern auch der Weg dahin. Schnell ist nicht automatisch moralisch gut, sondern stets ist zu fragen, welche Risiken man den Patienten für Wissensgewinn zumuten darf.

Bei den normativen Auflagen kann man sicher im Detail Kritik äußern und das eine oder andere „schlanker“ machen.⁹ Gleichwohl, die Grundsatzentscheidung der menschenrechtsbasierten Staaten, dass es unverhandelbare Rechte des Einzelnen gibt, die nicht dem Erkenntnisgewinn geopfert werden dürfen, steht nicht ernsthaft zur Debatte. Insofern glaube ich, dass die ethischen und juristischen Hindernisse allenfalls Korrekturen erfahren sollten, aber keine Abschaffung oder Neuausrichtung.

8. Was betreibt diese Konferenz? Wenn der Übergang von nomologischen und nomopragmatischen Aussagen zu technologischen Regeln und zu gelingender Praxis möglichst schnell gehen soll, dann bedarf es dazu Wissen, dass diese Aussagen und Regeln selbst nicht enthalten können. Forschungsförderung ist insofern eine Disziplin, die erfolgreiche Handlungen

ermöglichen soll, eine techne. Die Steuerung von Erkenntniswissenschaften ist eben keine Erkenntniswissenschaft. Es bedarf der Abschätzungen, was erfolgversprechender ist. Solche Entscheidungen, in der Regel Präferenz- und Auswahlentscheidungen, sind immer Entscheidungen unter Unsicherheit, da der Erfolg einer Forschungsstrategie nicht garantiert werden kann. Trotzdem sind sie nicht beliebig. Forschungsförderung bedarf der praktischen Klugheit, der phronesis. Möge diese Veranstaltung dazu beitragen.

Literaturverzeichnis

Berger, Mathias (2014): Zwei „Decades of the Brain“. Hat sich dadurch die psychiatrische Therapie verbessert? In: *InFo Neurologie & Psychiatrie* (16), S. 3.

Blumenberg, Hans (1986): *Lebenszeit und Weltzeit*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bunge, Mario (1985): *Treatise on Basic Philosophy. Epistemology & Methodology III: Philosophy of Science and Technology Part II Life Science, Social Science and Technology*. Dordrecht: Springer.

Haverich, Axel (2016): *Entwicklung und Prävention. Ein Ausblick auf die Medizin im Jahre 2030*. In: *Forschung und Lehre* (12), S. 1050–1051.

Helfrich, Hede (2016): *Wissenschaftstheorie für Betriebswirtschaftler*. Wiesbaden: Springer Gabler.

Kant Immanuel (1977): *Über den Gemeinspruch... Werke in 12 Bänden. Band 11*, Frankfurt am Main 1977, S. 127–130.

Lübbe, Hermann (1997): *Gegenwartsschrumpfung*. In: Klaus Backhaus und Holger Bonus (Hg.): *Die Beschleunigungsfalle oder der Triumph der Schildkröte*. 2. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 129–164.

Lukesch, Helmuth (1979): *Forschungsstrategien zur Begründung einer Technologie erzieherischen Handelns*. In: Jochen Brandtstädter, Günther Reinert und Klaus A. Schneewind (Hg.): *Pädagogische Psychologie. Probleme und Perspektiven*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 329–352.

Perrez, Meinrad (2011): *Wissenschaftstheoretische Grundlagen: Klinisch-psychologische Intervention*. In: Urs Baumann und Meinrad Perrez (Hg.): *Lehrbuch klinische Psychologie-Psychotherapie*. 4. aktualisierte. Bern, Seattle: Verlag Hans Huber, S. 68–88.

9 Es sei als Beispiel der Datenschutz erwähnt. Der ist in Deutschland in einer Weise aufgebläht, verglichen mit skandinavischen Ländern, dass ich es zum Teil für übertrieben halte. Zumal wir alle Ergebnisse der skandinavischen Epidemiologie nur zu gerne für uns übernehmen.

Überlegungen zum Fortschritt in der Medizin

Vortrag von Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing auf dem Leopoldina-Gespräch:
„Wie kommt der Patient zum medizinischen Fortschritt?“



Porter, Roy (2000): Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Roelcke, Volker (2017): Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rosa, Hartmut (2016): Beschleunigung und Entfremdung. Entwurf einer Kritischen Theorie spätmoderner Zeitlichkeit. 5. Aufl. Berlin: Suhrkamp.

Sadegh-zadeh, Kazem (1980): Wissenschaftstheoretische Probleme der Medizin. In: Josef Speck (Hg.): Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe, Bd. 2. Stuttgart: UTB Vandenhoeck, S. 406-411.

Sloterdijk, Peter (1988) Nach der Geschichte. In: Wolfgang Welsch (Hg.) Wege aus der Moderne. Schlüsseltexte der Postmoderne-Diskussion. Weinheim, Acta humaniora, S. 262-273.

Tutton, Richard; Kimberly, Jamie (2013): Personalized medicine in context: social science perspectives. In: Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies 10 (4), S. e183-e187.

Wieland, Wolfgang (2004): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Neuauf. Warendorf: Hoof (Bibliothek des skeptischen Denkens).

Impressum

Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit
Albrechtstraße 11
10117 Berlin
www.pa-gesundheit.de
030 - 318 649 - 0
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Roche Pharma AG
Emil-Barell-Str. 1
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8
10785 Berlin