

Daniela Ringkamp
Héctor Wittwer (Hg.)

Was ist Medizin?

VERLAG KARL ALBER 

Daniela Ringkamp
Héctor Wittwer (Hg.)

Was ist Medizin?

Der Begriff der Medizin und
seine ethischen Implikationen

Verlag Karl Alber Freiburg/München

Daniela Ringkamp, Héctor Wittwer (Eds.)

What is medicine?

The concept of medicine and its ethical implications

Medicine today is characterised by a series of tendencies that lead to a change in the traditional understanding of medicine which no longer understands itself as a mere art of healing. These include, for example, the often-lamented economisation of medicine or the trend toward »wish-fulfilling medicine«. In view of these changes, the theoretical question of the nature of medicine gains practical significance. This volume finds answers to this question from various perspectives. Contributions from the history of medicine inform about constants and changes in the understanding of medicine. Medical and scientific theoretical discussions examine the question, what kind of science medicine is. These discussions lay their focus, among other things, on the tension between scientific research and clinical practice. In addition, from the point of view of ethics, heavily debated questions are discussed as to whether medicine has an inherent ethos in which it could exist and whether it can contribute to clarifying medical ethical problems. Finally, the volume makes use of case studies to question where limits of modern medicine.

The publishers:

Daniela Ringkamp is Research Associate at the Department of Practical Philosophy at the Otto von Guericke University in Magdeburg. After her PhD dissertation on the moral justification and political realisation of human rights, she is currently working on her postdoctoral lecturing qualification project (»Habilitation«) on dementia, personality and ethics.

Héctor Wittwer is Professor of Practical Philosophy at the Otto von Guericke University Magdeburg. His research domains are normative ethics, metaethics and legal philosophy. Moreover, he has long been addressing the philosophical problems that arise from human mortality.

Daniela Ringkamp, Héctor Wittwer (Hg.)

Was ist Medizin?

Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen

Die Medizin der Gegenwart ist durch eine Reihe von Tendenzen charakterisiert, die dazu führen, dass sich das traditionelle Verständnis der Medizin als bloßer Heilkunde nicht mehr von selbst versteht. Zu nennen sind hier etwa die oft beklagte Ökonomisierung der Medizin oder der Trend zur »wunscherfüllenden Medizin«. Angesichts dieser Veränderungen gewinnt die theoretische Frage nach dem Wesen der Medizin an praktischer Bedeutung. Dieser Band beantwortet die Frage aus verschiedenen Perspektiven. Beiträge aus der Geschichte der Medizin informieren über Konstanten und Wandlungen im Verständnis der Medizin. Medizin- und wissenschaftstheoretische Auseinandersetzungen beschäftigen sich mit der Frage, was für eine Art von Wissenschaft die Medizin ist. Dabei gilt ihr Augenmerk u. a. der Spannung zwischen der wissenschaftlichen Forschung und der klinischen Praxis. Außerdem werden aus der Sicht der Ethik die viel diskutierten Fragen erörtert, ob die Medizin ein inhärentes Ethos aufweist, worin dieses bestehen könnte und ob es einen Beitrag zur Klärung medizinethischer Probleme leisten kann. Schließlich wird anhand von Anwendungsfällen nach den Grenzen der gegenwärtigen Medizin gefragt.

Die Herausgeber:

Daniela Ringkamp ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Praktische Philosophie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Nach ihrer Dissertation zur moralischen Begründung und Verwirklichung von Menschenrechten arbeitet sie derzeit an einem Habilitationsprojekt über Demenz, Persönlichkeit und Ethik.

Héctor Wittwer ist Professor für Praktische Philosophie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Seine Forschungsgebiete liegen in der Normativen Ethik, der Metaethik sowie der Rechtsphilosophie. Außerdem beschäftigt er sich seit Langem mit den philosophischen Problemen, die sich aus der menschlichen Sterblichkeit ergeben.



MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C083411

Originalausgabe

© VERLAG KARL ALBER
in der Verlag Herder GmbH, Freiburg / München 2018
Alle Rechte vorbehalten
www.verlag-alber.de

Umschlagmotiv: Replik des Reliefs »Asklepios heilt eine kranke Frau«
4. Jh. v. Chr. (nach dem Weihrelief an Asklepios, Piräus,
Archäologisches Museum)
Satz: SatzWeise GmbH, Trier
Herstellung: CPI books GmbH, Leck

Printed in Germany

ISBN 978-3-495-48963-5

Inhalt

Einleitung der Herausgeber	11
--------------------------------------	----

I. Der Wandel der Medizin in der Gegenwart

Matthias Kettner

Einheit und Differenz von kurativer und wunscherfüllender Medizin	19
--	----

Tobias Eichinger

Instrument oder Profession? Zur ethischen Dimension einer Wesensbestimmung der Medizin	42
---	----

Cornelius Borck

Schiffbruch auf dem Datenozean medizinischer Information. Die Präzisionsmedizin der Zukunft, die Effizienz der modernen Medizin und das vergessene Können Heilkundiger	57
--	----

II. Der Begriff der Medizin aus historischer Sicht

Daniel Schäfer

Grenzen der Medizin? Kontinuität und Wandel der Heilkunde am Beispiel des historischen Umgangs mit Unheilbarkeit und Tod	81
--	----

Fritz Dross

„allerley jrthumb vnnd mengk – Medizinisches Gutachten im examen leprosum im 16. Jahrhundert	95
---	----

III. Der Begriff der Medizin aus Sicht der theoretischen Medizin und der Wissenschaftstheorie

Peter Hucklenbroich

Was ist Medizin – heute? Die Antwort der Medizintheorie 117

Holger Lyre

Medizin als Wissenschaft – eine wissenschaftstheoretische
Analyse 143

Heiner Raspe

Die klinische Humanmedizin ist eine Handlungswissenschaft
eigenen Rechts – ein Versuch 167

Jörg Frommer

Der unklare Methodenbegriff in der ärztlichen Fallarbeit 196

IV. Die Frage nach dem Ethos der Medizin aus systematischer Perspektive

Dieter Birnbacher

Das ärztliche Ethos im Spannungsfeld von ärztlichem Urteil,
Recht und Erwartungen der Öffentlichkeit 215

Thomas Schramme

Die Bedeutung der Medizintheorie für ein angemessenes
Verständnis der ethischen Implikationen der Medizin:
Überlegungen in Anlehnung an Karl Eduard Rothschuh 238

Héctor Wittwer

Die Frage nach dem internen Ethos der Medizin und ihre
Bedeutung für die Medizinethik 256

V. Wo liegen die Grenzen der Medizin? –
Anwendungsfragen

Kerrin A. Jacobs

Sozialdiagnostik und Lebensrat –
Ärztliche Praxis als medizinischer Grenzgang 283

Daniela Ringkamp

Die Medikalisierung der Schwangerschaft und die Grenzen
medizininhärenter Normierungen 305

Über die Autorinnen und Autoren 329

Einleitung der Herausgeber

Was ist Medizin? – Auf den ersten Blick scheint sich diese Frage leicht beantworten zu lassen. Medizin ist das, was Ärztinnen und Ärzte tun. Versuchsweise könnte man folgendermaßen definieren: Humanmedizin ist die menschliche Tätigkeit, die (i) darauf abzielt, menschliche Krankheiten zu verhindern oder zu heilen und krankheitsbedingtes Leid zu mildern, die (ii) auf wissenschaftlichen Kenntnissen über den Aufbau und die Funktionsweise des menschlichen Körpers beruht und die (iii) von dazu ausgebildeten Spezialisten ausgeführt wird. Diese zugegebenermaßen noch grobe Begriffsbestimmung beruht auf den Erfahrungen, die Menschen alltäglich im klinischen Kontext, d. h. beim Umgang von Ärztinnen mit Patienten¹ machen. Die Medizin wird hier als eine *kurative* Praxis aufgefasst, weil sie darauf abzielt, Krankheiten und deren Auswirkungen zu bekämpfen.

Dieses Verständnis der Medizin erscheint plausibel. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch bald, dass es etliche Bereiche und Maßnahmen gibt, die einerseits in der Gegenwart allgemein als Teile der Medizin anerkannt sind, die sich aber andererseits nicht unter die vorgeschlagene kurative Definition der Medizin subsumieren lassen. Beispiele dafür sind leicht zu finden. Sofern etwa die Rechtsmedizin der Aufklärung von Verbrechen dient, fehlt ihr jeder Bezug auf die Bekämpfung von Krankheiten. Operative Geschlechtsumwandlungen dienen dem Wohl der Betroffenen, es handelt sich bei ihnen aber zweifellos nicht um kurative Maßnahmen. Wenn eine Frauenärztin einer ihrer Patientinnen ein Verhütungsmittel verschreibt, dann tut sie das in aller Regel nicht, um die Patientin vor einer Krankheit zu schützen, sondern damit diese sich ihren Wunsch erfüllen kann, Geschlechtsverkehr haben zu können, ohne schwanger zu werden. Das heutzutage routinemäßig angebotene Bleichen der Zähne (*bleaching*)

¹ Wenn nur die weibliche oder männliche Form genannt wird, ist die jeweils andere mitgemeint.

dient ebenso wenig der Gesundheit wie Schönheitsoperationen. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid, die in einigen Bundesstaaten der USA erlaubt ist, ist zwar insofern krankheitsbezogen, als sie nur Menschen gewährt werden darf, die an einer unheilbaren und schmerzhaften Krankheit leiden; auch sie wird man aber kaum als kurative Maßnahme bezeichnen dürfen.

Wie diese Beispiele, denen man weitere hinzufügen könnte, veranschaulichen, ist es – zumindest unter den Bedingungen der Gegenwart – nicht so einfach, zu einem angemessenen Verständnis des Begriffs der Medizin zu gelangen, wie es scheint. Die Schwierigkeiten, die einer einfachen, kurativen Begriffsbestimmung im Wege stehen, lassen sich folgendermaßen systematisieren.

Erstens ist die klinische Praxis gegenwärtig durch eine Tendenz charakterisiert, die man im Anschluss an Matthias Kettner als Erweiterung der *kurativen* durch die *wunscherfüllende* Medizin bezeichnen kann.² Kennzeichnend für Letztere ist, dass Mediziner die Kenntnisse und Fertigkeiten, die sie erworben haben, um Krankheiten heilen zu können, anwenden, um Wünsche ihrer Patientinnen und Patienten zu erfüllen, die über die Heilung oder Gesunderhaltung hinausgehen. Diese Tendenz wirft die Frage auf, ob es sich bei Maßnahmen dieser Art überhaupt noch um medizinische Tätigkeiten handelt oder ob in diesen Fällen nicht vielmehr medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten zum Erreichen *nicht medizinischer Zwecke* eingesetzt werden. Je nachdem, wie man diese Frage beantwortet, wird man entweder am kurativen Verständnis der Medizin festhalten können oder dieses durch den Aspekt der Wunscherfüllung erweitern müssen. Falls man der Auffassung ist, dass wunscherfüllende Eingriffe keine medizinischen Maßnahmen sind, stellt sich die moralische Frage, ob Ärztinnen und Ärzte diese Eingriffe dennoch vornehmen dürfen.

Der zweite Grund dafür, dass es unter den Bedingungen der Gegenwart schwieriger geworden ist, den Begriff der Medizin so zu bestimmen, dass er seinem Bezugsgegenstand angemessen und darüber hinaus konsensfähig ist, besteht darin, dass keine Einigkeit darüber herrscht, ob einige der Maßnahmen, die von Ärztinnen und Ärzten

² Vgl. Matthias Kettner: »Assistenz zum guten Leben. Der Trend zur wunscherfüllenden Medizin«, *Ethik in der Medizin* 18 (2006), S. 5–9; ders. (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt/New York 2009.

im klinischen Alltag vorgenommen werden, mit den *berufsspezifischen moralischen Anforderungen* vereinbar sind, denen die ärztliche Tätigkeit unterliegt. Einschlägige Beispiele sind in diesem Zusammenhang die Abtreibung, die selektive Präimplantationsdiagnostik (PID), die Unterstützung bei der Empfängnisverhütung, die direkte aktive Sterbehilfe und die ärztliche Beihilfe zum Suizid. Seit den 1970er Jahren ist von einer Reihe von Autoren die These vertreten worden, dass die Medizin – im Unterschied zu anderen Berufen – keine Menge von moralisch neutralen Kenntnissen und Fertigkeiten sei, die man zur Erreichung beliebiger Zwecke einsetzen dürfe. Stattdessen weise die Medizin ein sogenanntes »internes Ethos« auf. In der gegenwärtigen Debatte ist nicht nur umstritten, ob es ein solches internes Ethos der Medizin überhaupt gibt,³ sondern auch, welchen Inhalt dieses Berufsethos, wenn es denn existiert, aufweist und ob die genannten ärztlichen Eingriffe mit ihm vereinbar sind oder nicht. Falls, wie Leon Kass behauptet hat,⁴ das *einzig*e Ziel der Medizin die Verhinderung und Heilung von Krankheiten wäre, würde es sich bei der Abtreibung und den anderen genannten Handlungsweisen gar nicht um medizinische Maßnahmen handeln. Wie diese Ausführungen zeigen, besteht ein enger Zusammenhang zwischen der *begrifflichen* Frage nach dem Wesen der Medizin und der *medizinethischen* Frage, ob die ärztliche Tätigkeit über ein ihr eigenes, internes Ethos verfügt und wie dieses gegebenenfalls beschaffen ist. Solange über die Beantwortung dieser ethischen Fragen kein Konsens erzielt worden ist, muss auch der Begriff der Medizin umstritten bleiben.

Eine dritte und letzte Schwierigkeit, welche einer allgemeingültigen Begriffsbestimmung der Medizin gegenwärtig im Wege steht, bildet die Tatsache, dass die Medizin sich seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zunehmend aufgespalten hat in die klinische Praxis einerseits und die wissenschaftliche Forschung andererseits. Dieses Auseinandertreten von Medizin als klinischer Praxis und Medizin als wissenschaftlicher Forschung stellt vor allem für die *Wissenschaftstheorie* eine ernstzunehmende Herausforderung dar. Zu klären ist beispielsweise, ob es möglich und sinnvoll ist, eine Definition

³ Vgl. zur Kritik an der These vom internen Ethos der Medizin z. B. Robert Veatch: »The Impossibility of a Morality Internal to Medicine«, *Journal of Medicine and Philosophy* 26 (2001), S. 621–642.

⁴ Vgl. Leon Kass: »Regarding the end of medicine and the pursuit of health«, *The Public Interest* 40 (1975), S. 11–42

der Medizin zu finden, unter die sich beide Zweige subsumieren lassen, oder ob es zweckmäßiger ist, die Medizin als klinische Praxis auch begrifflich klar von der Medizin als Naturwissenschaft zu unterscheiden. Wie diese Frage zu beantworten ist, hängt wiederum davon ab, ob für die beiden Bereiche der medizinischen Tätigkeit die gleichen Erfolgskriterien gelten. Gibt der Erfolg einer Therapie den behandelnden Ärzten Recht,⁵ oder hängt auch im klinischen Kontext die Wahrheit einer Aussage von den Methoden ihrer Überprüfbarkeit ab? – In diesem Zusammenhang wird gegenwärtig u. a. diskutiert, ob die sogenannte Evidenzbasierte Medizin (EBM), die heute in der medizinischen Forschung als »Goldstandard« der Wissenschaftlichkeit gilt, auch ein angemessenes Kriterium für die Qualität klinischer Maßnahmen darstellen kann.

Obwohl Menschen und ihre Krankheiten zweifellos natürliche Gegenstände sind, ist darüber hinaus zweifelhaft, ob die Medizin im gleichen Sinne eine *Naturwissenschaft* sein kann wie die Biologie oder die Physik. Im klinischen Alltag begegnen sich Ärztinnen und Patienten als Menschen, d. h. als denkende, handelnde und miteinander kommunizierende Wesen. Anders als Moleküle, mechanische Körper oder Pflanzen begegnen Patienten den behandelnden Ärzten nicht einfach als Gegenstände; vielmehr möchten sie mit ihren Leiden und Krankheiten von den Medizinern *verstanden* werden. Dass die Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin ein unverzichtbarer Aspekt der Therapie ist, wird heutzutage kaum bestritten. Die wissenschaftstheoretische Frage, die sich aus dieser Feststellung ergibt, lautet, ob der hermeutisch-kommunikative Aspekt mit dem rein naturwissenschaftlichen Verständnis der Medizin vereinbar ist.

Die genannten drei Gründe haben dazu geführt, dass zunehmend unklar geworden ist, was Medizin ist, genauer gesagt: wo die *Grenzen der Medizin* verlaufen. Unstrittig war immer, dass die Verhinderung und Heilung von Krankheiten den Kern der ärztlichen Tätigkeit bildet. Dies wird auch in der gegenwärtigen Debatte über den Begriff der Medizin von niemandem bestritten. Da allerdings sowohl der Anteil der nicht kurativen Maßnahmen als auch der rein wissenschaftlichen Forschung an der Gesamtheit der medizinischen Tätigkeiten zunimmt, stellt der Konsens über den semantischen Kern des

⁵ Vgl. dazu etwa Urban Wiesing: *Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin*, Stuttgart 2004.

Begriffs der Medizin in immer geringerem Maße eine geeignete Grundlage für ein angemessenes Verständnis der Medizin dar.

Die Verunsicherung im Hinblick darauf, was Medizin ist und wo ihre Grenzen verlaufen (sollten), wird durch Tendenzen verstärkt, die in den öffentlichen Debatten der letzten Jahrzehnte häufig konstatiert und beklagt worden sind. Die Rede ist u. a. von der *Ökonomisierung*, der *Kommerzialisierung*, der *Entindividualisierung* und *Anonymisierung* sowie von der *Technisierung* der Medizin. Wie immer man die entsprechenden Behauptungen im Einzelnen beurteilen mag – kaum zu bezweifeln ist sicherlich, dass sich die Medizin der Gegenwart in einem *Wandel* befindet. Wohin dieser Prozess führen wird, ist noch keineswegs ausgemacht. Während die einen befürchten, dass die Medizin oder das, was in Zukunft so genannt werden wird, sich von ihrem Wesen und ihrer eigentlichen Aufgabe entfremden könnte, setzen andere große Hoffnungen in den Wandel der Medizin.

In ihrem Zusammenspiel haben die genannten Faktoren dazu geführt, dass heutzutage weniger als je zuvor außer Frage steht, was Medizin ist und sein sollte und wo ihre Zuständigkeit endet oder enden sollte. In der Gegenwart ist »Medizin«, wie Christopher McKnight treffend formuliert hat, ein »wesentlich umstrittener Begriff«⁶. In der Debatte über dieses Thema hängen medizininterne, wissenschaftstheoretische, moralische, politische und religiöse Annahmen auf nicht immer überschaubare Weise miteinander zusammen.

Die Herausgeber des vorliegenden Sammelbandes gehen von der Überzeugung aus, dass sich die Fragen nach dem Wesen und dem Ethos der Medizin nur dann überzeugend beantworten lassen, wenn die Einsichten mehrerer wissenschaftlicher Disziplinen, die sich aus verschiedenen Perspektiven mit dem Begriff der Medizin beschäftigen, einbezogen werden. Zu nennen sind hier in erster Linie die Theoretische Medizin, die Wissenschaftstheorie, die Geschichte der Medizin, die Philosophie der Medizin sowie die Medizinethik. Wir haben uns darum bemüht, nicht nur Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Disziplinen zu Wort kommen zu lassen, sondern auch gegensätzliche Auffassungen gegenüberzustellen, sodass dieser Band hoffentlich repräsentativ für die kontroversen Debatten der Gegenwart ist. Da jedem Text ein Abstract vorangestellt ist, kann hier da-

⁶ Vgl. Christopher McKnight: »Medicine as an essentially contested concept«, *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), S. 261–262.

Einleitung der Herausgeber

rauf verzichtet werden, den Inhalt der einzelnen Beiträge zusammenzufassen.

Die meisten der hier versammelten Aufsätze beruhen auf Vorträgen, die im Februar 2017 in Magdeburg auf einer von uns ausgerichteten, interdisziplinären Tagung zum Thema dieses Bandes gehalten wurden. Unser Dank gilt der Leitung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für die finanzielle Förderung der Tagung zum Begriff der Medizin und dem Verlag Karl Alber, insbesondere Herrn Lukas Trabert für die Aufnahme des Tagungsbandes in sein Programm. Unser besonderer Dank gilt Anne-Sophie Gaillard, die als studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Praktische Philosophie der OVGU entscheidend dazu beigetragen hat, dass dieser Band so bald nach der Tagung erscheinen kann.

Magdeburg im Januar 2018

I. Der Wandel der Medizin in der Gegenwart

Einheit und Differenz von kurativer und wunscherfüllender Medizin

Matthias Kettner

Abstract: Die Kultur der Medizin ist vielfältig und erlaubt unterschiedliche Einteilungen. Im vorliegenden Aufsatz wird zunächst der 2005 vom Autor eingeführte Begriff der »wunscherfüllenden Medizin« durch eine Reihe von Kontrastierungen mit unserem Grundverständnis »kurativer Medizin« erläutert. Der Bereich von aktuellen Phänomenen wird veranschaulicht, die mit diesem Begriff kulturell flexibel beobachtet werden können und seine zeitdiagnostische Aufschlusskraft belegen. Wunscherfüllende Medizin ist die von Ärzten und anderen medizinischen Experten verantwortete Bereitstellung oder Anwendung medizinischen Wissens und Könnens zur absichtsvollen Einwirkung auf Eigenschaften von Personen, aufgrund und nach Maßgabe von Wünschen, auf deren Erfüllung sie selber Wert legen, nicht aber aufgrund der allgemein anerkannten ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit von Kranken. Im letzten Teil des Aufsatzes wird der Begriff gegen zwar verwandte, aber anders gelagerte Begriffe wie »Enhancement«, »Optimierung«, »Medikalisierung« abgegrenzt und gegen kurzschlüssige Konfundierungen verteidigt.

1. Wie begreifen wir Diversität innerhalb der Kultur der Medizin?

Das Menschenbild der Medizin bezieht sich seit ihren historisch bekannten Anfängen wesentlich auf den kranken Menschen. Heute jedoch beginnt sich in vielen Praxisbereichen der Kultur der Medizin ein neues Bild abzuzeichnen. In den reichen Ländern mit ausgebauten Gesundheitssystemen und technisch hochentwickelter medizinischer Versorgung möchten immer mehr Menschen das verfügbare medizinische Können und Wissen auch unabhängig davon nutzen, ob sie krank sind. Sie möchten ihre eigene körperliche Verfassung und das Leben, wie sie es zu führen wünschen, mithilfe des medizinisch Machbaren besser aufeinander abstimmen.

Das schafft Bedarf für neue Transferprozesse von medizinischem Wissen und Können in die Lebenspraxis, Transferprozesse, die die etablierte Praxis der organisierten Krankenbehandlung umgehen. Besserung oder Heilung von Krankheitszuständen und krankheitsbedingtem Leiden ist nicht mehr der Leitzweck, der das System der ärztlichen Heilkunst und aller ihm zuarbeitenden Aktivitäten integriert, sondern die Verbesserung von Weisen der Lebensführung mit medizinischen Mitteln. Die medizinisch assistierte Optimierung der individuellen Lebensführung bildet sich als ein zweites mächtiges Telos heraus, das Telos der wunscherfüllenden Medizin.¹

»Die Pointe der wunscherfüllenden Medizin«, so meinte und meine ich,

lässt sich am besten in Abgrenzung zur kurativen Medizin erklären. Deren Kerngeschäft ist die Krankenversorgung unter der regulativen Idee der Heilung. Wunscherfüllende Medizin hingegen setzt medizinisches Wissen und Können für individualisierte Zwecke ein – diesseits und jenseits des gesellschaftlich approbierten Zwecks der Krankenversorgung. Sie konzentriert sich auf die Gesundheit von Gesunden und erzeugt neben der Patientenrolle, wie wir sie kennen, Klienten- und Kundenrollen für ihre Rezipienten. Sie öffnet das medizinische Wissen und Können aus der Sicht der Rezipienten für diverse Zwecke der Lebensplanung, Selbstverwirklichung und Selbstverbesserung.²

Wie sozialwissenschaftliche Umfragen zeigen, finden bereits mehr als ein Drittel der Deutschen die Erwartung, Ärzte sollten nicht mehr nur als Helfer in gesundheitlicher Not handeln, normal. Ärzte, und auch andere Experten des medizinischen Wissens und Könnens, sollten komplexe Dienstleistungen mit vielfältigem Nutzen zum Wohle ihrer Klienten anbieten, wie diese es sich wünschen. Solche Verschiebungen von Normalitätsspielräumen innerhalb der allgemeinen Kultur, und dadurch mittelbar in der Expertenkultur der Medizin, greift das Stichwort der »wunscherfüllenden Medizin« auf: Den Einsatz medizinischen Wissens und Könnens zugunsten von Gesunden nach deren eigenen Wünschen.

¹ Vgl. Matthias Kettner: »Assistenz zum guten Leben. Der Trend zur wunscherfüllenden Medizin«, *Ethik in der Medizin*, 18 (2006), S. 5–9; Matthias Kettner: »Wunscherfüllende Medizin – Assistenz zum besseren Leben?«, *G+G Wissenschaft* 6/2 (2006), S. 7–16.

² Matthias Kettner (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt a.M. 2009, hier S. 11.

Wunscherfüllende Medizin durch Kontrastierung mit kurativer Medizin zu charakterisieren heißt nicht, diese Unterscheidung für erschöpfend zu halten. Offensichtlich können wir je nach gewähltem Bezugspunkt auf je verschiedene Weise innerhalb der Kultur der Medizin auf mehr oder weniger Diversität setzen. Besonders gut eignet sich die kurative Medizin als Ankerpunkt für Kontrastierungen, weil sie in der bisherigen Kulturgeschichte der Medizin den durchgängigen roten Faden darstellt: Sie bildet sich in dieser Geschichte als deren historisches Apriori heraus. »Palliative« Medizin beispielsweise lässt sich als Schwundform kurativer Medizin von dieser unterscheiden. Palliativ werden Kranke behandelt, wenn nur noch die Abhaltung von krankheitsbedingten Qualen des Sterbens, aber nicht mehr die Abhaltung des krankheitsbedingten Sterbens selbst ein medizinisch sinnvolles Behandlungsziel sein kann. »Forensische« Medizin ist der Einsatz medizinischen Wissens und Könnens für polizeiliche, »Gerichtsmedizin« für Zwecke der Strafrechtsdurchsetzung, beides in Differenz zur kurativen Medizin. Einen anderen Unterscheidungs Gesichtspunkt, nämlich den der wissenschaftlichen Bewertung der epistemischen Qualität des jeweiligen relevanten medizinischen Wissens, nehmen wir ein, wenn wir innerhalb der kurativen Medizin »evidenzbasierte« und nicht evidenzbasierte unterscheiden. Ebenfalls innerhalb des Felds kurativer Medizin, aber wieder unter einem anderen Gesichtspunkt, unterscheiden wir »moderne« von »traditioneller« Medizin und »indigener« Heilkunde.³ Eine weitere Unterscheidung, die den Gegensatz von kurativer und nicht kurativer Medizin überkreuzt, ist die Differenz von »Schulmedizin« und »Alternativmedizin«. In dieser scheinbar einfachen Differenz laufen vielfältige Differenzierungsgesichtspunkte zusammen, darunter ist die faktisch mehr oder weniger ausgeprägte Hegemonie innerhalb einer bestimmten historischen Gestalt der Kultur der Medizin sicher nicht der unwichtigste. Schulmedizin ist selbstverständlicher und allgemeiner etabliert als Alternativmedizin. »Komplementärmedizin«, wenn man hier noch eine terminologische Differenz in die Alternativmedizin einziehen möchte, ließe sich als der kurative Teil der Alternativmedizin unterscheiden.

³ Für einen aufschlussreichen Blick auf die im Westen gelehrte und praktizierte TCM, die bei Licht besehen weder traditionell noch chinesisch ist, siehe Paul Ulrich Unschuld: *What Is Medicine? Western and Eastern Approaches to Healing*, Berkeley 2009.

2. Kulturelle Vektoren von kurativer und wunscherfüllender Medizin

Das Hastings Center, ein renommiertes nordamerikanisches Forschungsinstitut für Bio- und Medizinethik, hat in einer breit angelegten Untersuchung das vor einigen Jahren (noch!) vorherrschende professionelle Selbstverständnis von Ärzten untersucht. Die normativ wesentlichen Ziele der Medizin, wie wir sie kennen – man kann auch sagen: die kulturellen Errungenschaften einer normativen Essenz dessen, was sich in der europäischen Neuzeit als das Feld professionalisierter medizinischer Praktiken herauskristallisiert hat –, lassen sich so zusammenfassen:⁴

1. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung,
2. Erleichterung von Schmerz und Leid, die von Krankheiten verursacht werden,
3. Heilen von Krankheiten; Fürsorge, wenn eine Heilung nicht möglich ist,
4. Vermeiden eines frühzeitigen Todes und Streben nach einem friedvollen Tod.

Diese vier Ziele haben im zwanzigsten Jahrhundert den Umfang der »ärztlich indizierten«, also vom Expertenurteil untermauerten Behandlungsmöglichkeiten nachhaltig bestimmt. Zusammen ergeben diese vier Ziele, was man das medizinische »Grundverständnis« des Behandelns und Heilens nennen kann. Die Konstellation dieser Ziele bzw. medizinkultureller Vektoren lässt sich auch als »Therapie-Paradigma« der heute (noch) vorherrschenden westlichen Humanmedizin charakterisieren. Auch die Psychotherapie fügt sich in dieses Paradigma ein, wenn auch mit eigenen und anderen Krankheitstheorien als die der kurativen somatischen Medizin.

Das Therapieparadigma der kurativen Medizin hat sich auch in der Entwicklungsgeschichte der solidarisch finanzierten Krankenversicherung ausgeprägt: Es rechtfertigt die Ausgrenzung all dessen, was gesetzlich Versicherte nicht beanspruchen können, weil die Krankenkassen, die im deutschen Gesundheitssystem durch ihre Kontrollmacht über die Finanzierungsströme zu den gesundheitspolitischen Akteuren mit der größten Steuerungsmacht zählen, es wegen mangelnder medizinischer Notwendigkeit in der Regel nicht bewilligen

⁴ Vgl. Mark J. Hanson/Daniel Callahan (Hg.): *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington, DC 2010.

und die Ärzte nicht bewirken sollen, da es jenseits der genannten Ziele liegt.

Heute jedoch gerät die Medizin zunehmend in die merkwürdige Lage, dass sie zwar immer noch vieles nicht weiß und nicht kann, was sie zur Behandlung von Krankheiten eigentlich können sollte, aber auch vieles weiß und vieles kann, was mit der Behandlung von Krankheiten gar nichts mehr zu tun hat und deshalb auch von den moralischen, rechtlichen und professionellen Normen, die die ärztliche Behandlung von Krankheiten bisher sinnvoll geregelt haben, nicht mehr »richtig« reguliert werden kann, will sagen: normativ einwandfrei; effektiv *und* effizient; im Licht von lebensweltlich *und* professionskulturell etablierten Wertmustern befriedigend.

Und so beginnt sich durch das Erstarken des Trends der wunscherfüllenden Medizin das medizinische Grundverständnis, zumindest an seinen Rändern bereits, aufzulösen. Für die Medizinsoziologie, Medizinphilosophie und Medizinethik besteht dadurch Forschungsbedarf. Entwickelt werden müsste eine empirisch gesättigte und zugleich normativ gehaltvolle Theorie, die für die unumgängliche Neuorientierung des ethischen, professionellen, gesundheitspolitischen und -ökonomischen Denkens angesichts des kulturellen Trends der wunscherfüllenden Medizin hilfreich wäre. Die Erforschung der Einheit und Differenz von kurativer und wunscherfüllender Medizin ist bislang noch ein Desiderat. Auch die vorliegenden Überlegungen sind nur programmatisch. Sie verfolgen lediglich das bescheidene Ziel, den Begriff der wunscherfüllenden Medizin einleuchtend zu artikulieren und von Angleichungen an verwandte, aber anders gelagerte Begriffe abzusetzen.

Ich habe den Begriff der wunscherfüllenden Medizin 2005 in die medizinethische Diskussion eingeführt, um ein theoretisches Instrument zu konstruieren, das erlauben sollte, einige scheinbar ganz disparate Phänomene zusammenzufassen und gewissermaßen an ihrer kulturellen Wurzel zu begreifen:⁵ Gefeierte Fortschritte der ärztlich assistierten Fortpflanzung und Repro-Genetik, die zur massenkulturellen Selbstverständlichkeit werdende Schönheitschirurgie, eine zunehmend kommerziell bedeutsame Verbreitung pharmakologischer

⁵ Anlässlich der 2005 in Witten/Herdecke ausgerichteten Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin. Programm und Abstracts der Jahrestagung »Wunscherfüllende Medizin« sind abrufbar unter (<http://aem-online.de/index.php?id=50>) (letzter Zugriff 23.01.2018).

Mittel zur Manipulation der gefühlsmäßigen Gestimmtheit, der Hype um sogenannte »Anti-Aging«-Medizin, die mit schwärmerischen Hoffnungen umgarnenden Visionen diverser »Enhancements« zur übernormalen Verbesserung von Eigenschaften, die üblicherweise begehrt sind und daher auch in häufig individueller Sichtweise wünschenswert erscheinen, die wachsende Attraktivität von »ganzheitlichen« und »alternativen« Heilungsverfahren, die subjektiv erwünscht sind, auch und obwohl sie keine erklärbare und nachweisliche kurative Wirkkraft besitzen, sowie die schnelle Ausbreitung eines Markts für Medizinprodukte und medizinische Dienstleistungen ohne positive medizinische Indikation.

Seitdem sind einige Arbeiten entstanden, die die Aufschlusskraft des Begriffs erproben,⁶ allerdings noch nicht im Umfang größerer Forschungsprojekte.

⁶ Alena Buyx/Peter Hucklenbroich: »Wunscherfüllende Medizin« und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse«; Reinhard Damm: »Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin: Eine medizinrechtliche Betrachtung« und Dominik Groß: »Wunscherfüllende Zahnmedizin: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase?«, alle drei in: Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin*, S. 25–54, S. 183–207 und S. 103–122; Tobias Eichinger: *Jenseits Der Therapie: Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*, Bielefeld 2013; Nine Joost: »Schönheitsoperationen – die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte »wunscherfüllende« Eingriffe«, in: Claus Roxin/Ulrich Schroth (Hg.), *Handbuch des Medizinstrafrechts*, Stuttgart 2010, S. 283–443; Matthias Kettner: »The Authority of Desire in Medicine«, in: Marcus Düwell/Christoph Rehmann-Sutter/Dietmar Mieth (Hg.), *The Contingent Nature of Life. Bioethics and the Limits of Human Existence*, Berlin 2008, S. 97–108; ders.: »Wunscherfüllende Medizin, private Dienstleistungsmedizin und die Ausdifferenzierung der Arzt-Patient-Beziehung«, in: Susanne Dungs/Uwe Gerber/Eric Mühlrel (Hg.), *Biotechnologie in Kontexten der Sozial- und Gesundheitsberufe*, Frankfurt a. M. 2009, S. 113–124; ders.: »Enhancement als wunscherfüllende Medizin«, in: Ada Borkenhagen/Elmar Brähler (Hg.), *Die Selbstverbesserung des Menschen. Wunschmedizin und Enhancement aus medizinpsychologischer Perspektive*, Gießen 2012, S. 13–32; Matthias Kettner/Iris Junker: »Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung«, in: Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin*, S. 55–74; Giovanni Maio: »Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der ästhetischen Chirurgie«, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132/43 (2007), S. 2278–2281; ders.: *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Stuttgart 2012, darin S. 322–334: Kapitel 22: »Enhancement und wunscherfüllende Medizin«; Gerald Neitzke/Bernd Oppermann: »Wunscherfüllende Zahnmedizin: die Indikation als Grundlage zahnärztlichen Handelns«, *Ethik in der Medizin* 29/1 (2017), S. 41–52; Albrecht Wienke et al. (Hg.): *Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin*, Heidelberg 2009.

3. Was heißt »wunscherfüllende Medizin« und wie ist ihr Begriff konstruiert?

Was ich mit wunscherfüllender Medizin meine, lässt sich abstrakt und ein wenig pedantisch in fünf Punkten definieren. Wunscherfüllende Medizin ist die Praxis

1. der von Ärzten und anderen medizinischen Experten verantworteten Bereitstellung oder Anwendung
2. medizinischen Wissens und Könnens
3. zur absichtsvollen Einwirkung auf Eigenschaften von Personen
4. aufgrund und nach Maßgabe von Wünschen, auf deren Erfüllung sie selber Wert legen,
5. nicht aber aufgrund der allgemein anerkannten ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit von Kranken.

Konkreter wird das mit dem Begriff Gemeinte, sobald man das Therapieparadigma der kurativen Medizin als Bezugsrahmen heranzieht, um eine Reihe von Kontrastierungen vorzunehmen. Dieses Verfahren ist nicht zu verwechseln mit dem (ohnehin fast immer aussichtslosen) Versuch, alle notwendigen und hinreichenden Bedingungen für die korrekte Verwendung eines nichtformalen Begriffs angeben zu wollen. Die Reihe der Kontraste, mit deren Hilfe ich den Begriffsinhalt verdeutliche, ist aus keinem obersten Prinzip abgeleitet, sondern versammelt pragmatisch verschiedene Gesichtspunkte, die bedeutsame Züge des Begriffsinhalts, sozusagen sein Begriffsprofil, hervortreten lassen:

	<i>Kurative Medizin</i>	<i>Wunscherfüllende Medizin</i>
A 1	Krankheit (<i>disease</i>)	offener Wunsch
A 2	Gesundheit	GESUNDHEIT
A 3	Indikation	keine Kontraindikation
A 4	Krankenrolle	Kundenrolle
A 5	Imperativität	Optionalität
A 6	Professionelle Autonomie	Deregulierung
A 7	Schulmedizin	Alternativmedizin
A 8	Pathogenese	Salutogenese

Abbildung 1: Zur Unterscheidung kurativer und wunscherfüllender Medizin

Die Kontraste, die ich nun erläutern möchte, sind unter den Aspekten A1-A8 in absteigender Reihenfolge ihrer Trennschärfe angeordnet.

(A1) Wunscherfüllende Medizin widmet sich der Erfüllung von Wünschen, deren Erfüllung als ein Gut bzw. deren Offenbleiben oder Versagung als ein Übel *individuell* bewertet werden (nämlich: als für-mich-erstrebenswert oder als für-mich-leidvoll). Hingegen beruht Medizin im Therapieparadigma kurativer Medizin auf einem Krankheitsbegriff, der eine aus körperlichen oder seelischen Funktionsstörungen (d. h. objektiv feststellbaren Dysfunktionen) resultierende Beeinträchtigung des Gesundheitszustands einer Person meint. Die resultierende Beeinträchtigung wird von der Person als leidvoll erlebt, und zwar als leidvoll *nach allgemein selbstverständlichen* Wertungsstands von nichttrivialen Übeln. Und selbst wenn die Person diese Beeinträchtigung nicht aktuell so erlebt (wie z. B. in präsymptomatischen Phasen einer Krankheit), erhöht sie doch vergleichsweise signifikant die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von nichttrivialen Übeln für die kranke Person.⁷ Gesundheit heißt dann so viel wie die Abwesenheit von etwas Negativem, Mangelhaftem, nämlich der krankheitswertigen Beeinträchtigung, und die kurative medizinische Behandlung führt im Idealfall zur Wiederherstellung des Zustands der unbeeinträchtigten Gesundheit.

(A2) Anders im Denken der wunscherfüllenden Medizin: Hier wird die GESUNDHEIT gleichsam groß geschrieben und als eine komplexe, positive, sozio-bio-physische Qualität gedacht, die immer mehr gesteigert und verbessert werden kann. Es geht einem nie so gut, dass es einem in bestimmten subjektiv erwünschten Hinsichten nicht noch besser gehen könnte. (Man denke z. B. an das ästhetische Erscheinungsbild der Person, an Wohlgefühl, Selbstbejahung, Liebfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Lebensdauer.)

Zur groß geschriebenen GESUNDHEIT zählt zunehmend auch der erwünschte Aufschub schwerer Krankheiten ins hohe Alter («compression of disease») und die Verlängerung des Lebens bis in

⁷ Umfassend zur Komplexität der Krankheitstheorie siehe Peter Hucklenbroich: »Krankheit« als theoretischer Begriff der Medizin: Unterschiede zwischen lebensweltlichem und wissenschaftlichem Krankheitsbegriff«, *Journal for General Philosophy of Science* (30.06.2017), S. 1–36 (<https://doi.org/10.1007/s10838-017-9367-y>) (letzter Zugriff 23.01.2018); ders.: »Die Unterscheidung zwischen krankheitsbezogener und wunscherfüllender Medizin – aus wissenschaftstheoretischer Sicht«, in Sascha Dickel/Martina Franzen/Christoph Kehl (Hg.), *Herausforderung Biomedizin – Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*, Bielefeld 2011, S. 205–229.

ein ungewöhnlich hohes Alter (»longevity«). Die im öffentlichen, aber auch im Expertendiskurs der Medizin anhaltende Kontroverse über Anti-Aging-Medizin zwischen Sinn und Scharlatanerie ist hintergründig eine Kontroverse über die Wertschätzung der Alten und die Deutung des Alterns. Dass die Zahl konkurrierender Erklärungstheorien des biologischen Alterungsprozesses explodiert, verwundert nicht, bedenkt man, wie viel Gewinn an öffentlicher Diskursheftigkeit (leider) im Verweis auf »naturwissenschaftlich gesicherte« Befunde liegt. Da die Branche boomt, legen Anti-Aging-Mediziner die Befunde der biologischen Altersforschung vorzugsweise so aus, dass sie »Altern als einen defizitären Vorgang« beschreiben, »der durch Abbauprozesse und Verschleißerscheinungen gekennzeichnet ist. Diese Perspektive legt es Medizinern nahe, den Alterungsprozess mit pathologischen Erscheinungen zu vergleichen, um schließlich Altern selbst als unnatürlich und krank aufzufassen«⁸.

Die an der wissenschaftlichen und/oder kommerziellen Etablierung von Anti-Aging-Medizin Interessierten versuchen diese entweder dem Umfang kurativer Medizin direkt einzuverleiben, entdecken die Krankheitswertigkeit des Alterns als solchen und erfinden neue Indikationen; oder sie rechtfertigen sie indirekt aus dem im Grundverständnis der Medizin ebenfalls normativ generalisierten Wert der Prävention und Gesundheitsförderung; oder sie rechnen sie offensiv zur wunscherfüllenden Medizin, die sie natürlich für legitim halten müssen: »Der Wunsch des Menschen an die so genannte Anti-Aging-Medizin besteht darin, dass man ihnen das numerische Alter nicht ansieht.«⁹

Diese dritte Möglichkeit beschreibt Eichinger als wunscherfüllende Medizin, nennt allerdings nicht diesen Begriff, sondern den weit weniger passenden der »Medikalisierung«: Es gehe darum, zur Legitimierung von Anti-Aging-Medizin »ganz auf einen Krankheits-

⁸ Tobias Eichinger: »Ausweitung der Kampfzone: Anti-Aging-Medizin zwischen Prävention und Lebensrettung«, in: Willy Viehöver/Peter Whehling (Hg.), *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen*, Bielefeld 2011, S. 195–228, hier S. 214. Eichinger verweist ebd. auf Alexander Römmler/Alfred S. Wolf (Hg.): *Anti-Aging Sprechstunde. Teil I: Leitfaden für Einsteiger*, Berlin 2003, S. 19.

⁹ Thomas Rabe/Thomas Strowitzki: »Anti-Aging-Medizin auf dem Weg zur Wissenschaft«, in: Christian Herfahrt (Hg.), *Gesundheit*, Berlin 2007, hier S. 353, zitiert in Fußnote 27 von Eichinger: »Ausweitung der Kampfzone: Anti-Aging Medizin zwischen Prävention und Lebensrettung«, a. a. O., S. 220.

bezug zu verzichten und Anti-Aging als optionale Dienstleistung zu verstehen. Die Zielsetzungen der Anti-Aging-Medizin lassen sich dann nicht unter die bestehenden Ziele der Medizin subsumieren, sondern verweisen auf einen Zweck, der diesen neu hinzugefügt wird: die Erfüllung individueller Wünsche ohne medizinische Indikation«, abzielend auf die »Verbesserung der Lebensqualität im Alter«¹⁰.

(A3) Im Therapieparadigma der herkömmlichen kurativen Medizin richtet sich der Einsatz von Wissen und Können nach anerkannten Kriterien der Behandlungsbedürftigkeit, den medizinischen Indikationen.¹¹ Patienten willigen in Maßnahmen ein, die die Ärzte nicht deshalb vorschlagen, weil sie sie aus welchen Gründen auch immer vornehmen möchten, sondern weil die Ärzte diese Maßnahmen *lege artis* vorschlagen sollten: aus normativen Gründen, deren Quelle das Mandat der ärztlichen Heilkunst ist, in die wiederum die medizinische Nosologie, eine Systematisierung des faktischen Krankheitswissens der Medizin, eingebettet ist. Dagegen genügt es im Denkraum wunscherfüllender Medizin, dass der Einsatz eines Mittels oder einer Maßnahme *lege artis* nicht schädlich, nicht kontraindiziert ist und aus Expertensicht einen Nutzen bringen könnte, der dem entspricht, was diejenigen sich versprechen, die diese Experten als ihre Wunscherfüllungshelfen, als Assistenten zum besseren Leben, engagieren.

¹⁰ Ebd., S. 219.

¹¹ Zum Indikationsbegriff und den Problemen seiner Verwendung siehe Andrea Dörries/Volker Lipp (Hg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*, Stuttgart 2015. Dass der Trend zur wunscherfüllenden Medizin die Praxis der Indikationsstellung, wie wir sie im Therapie-Paradigma der kurativen Medizin kennen, antastet, beobachtet in medizinrechtlicher Perspektive Reinhard Damm (Damm: »Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin«). Damm untersucht eine Reihe von wichtigen Praxisbereichen der modernen Medizin auf Anzeichen einer Abwertung der normativen Rolle des medizinischen Indikationsbegriffs und Aufwertung der informierten Patienteneinwilligung. Diese eigentümliche Konstellation, Bedeutungszuwachs von Information und Bedeutungsschwund von Indikation, findet Damm in der Fortpflanzungsmedizin, bei Prä-nataldiagnostik und prädiktiver genetischer Diagnostik, bei der Schnittentbindung auf Wunsch und bei der Organlebenspende. Damm interpretiert diese Befunde als eine Krise des überkommenen medizinischen Indikationsbegriffs. In den betrachteten Bereichen wird dessen Legitimationskraft für ärztliches Handeln, die Rückhalt in objektivierbaren Kriterien verlangt, von der Legitimationskraft von wohlinformiert wählenden Individuen, die keinen solchen Rückhalt verlangt, übersteuert und aufgehoben. Als Medizinrechtler betrachtet Damm diese Entwicklung mit großer Skepsis: als ein Triumph der subjektiven Autonomie sollte sie nicht gefeiert werden.

Ein gutes Beispiel für eine einzelne Leistung wunscherfüllender Medizin, die heute in Deutschland den Status einer nicht mehr rechtfertigungsbedürftigen Selbstverständlichkeit erlangt hat, ist die Wunschgeburt (»Kaiserschnitt«). Als Beispiel für ein ganzes Feld wunschmedizinischer Maßnahmen in unterschiedlichen Stadien der öffentlichen Umstrittenheit sei auf die Reproduktionsmedizin und Humangenetik verwiesen (Stichworte: genetisches Enhancement, vorgeburtliche Geschlechtswahl).

Zum Desiderat einer normativ durchdachten und empirisch gehaltenen Theorie der wunscherfüllenden Medizin gehört auch die Suche nach gut begründbaren, geklärten und relevanten Urteilsstandards, die die individuelle ebenso wie die öffentlich-politische Urteilsbildung darüber anleiten könnten, wie die längst in Gang befindliche »liberale«, d. h. in die elterliche private, nicht mehr in die staatliche Autorität gestellte Eugenik, die nach Vorteilen (»positive Eugenik«) oder nach Nachteilen (»negative Eugenik«) selektiert, eingeschätzt werden kann.

Gewiss existiert zum Problemfeld, wie ärztlich gut, gesundheitspolitisch korrekt und gesellschaftspolitisch förderlich und zukunftsdienlich mit dem mächtigen Wunsch nach genetisch eigenen – und gesunden – Kindern umzugehen ist, eine ausgebreitete Literatur.¹² Aber eine durchdachte normative Integration wäre m. E. erst im Rahmen einer ausgearbeiteten Theorie wunscherfüllender Medizin möglich.

Tobias Eichinger hat am Beispiel von Körperintegritätsstörungen (BIID)¹³ wie der Sehnsucht nach Amputation gesunder Gliedmaßen gezeigt, wie unsere gewohnten Vorstellungen krankheitswertiger Leiden, für deren Linderung oder Behebung die Medizin zuständig erklärt wird, zu überdenken und eventuell auszuweiten wären. Weil die Frage, ob der Wunsch nach einer freiwilligen Ampu-

¹² Spezifisch zur philosophischen Literatur siehe die Bibliographie in Sara Goering: »Eugenics«, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2014 Edition), (<https://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/eugenics/>) (letzter Zugriff 23.01.2018). Für Ansätze, Fragen der Eugenik und des Kinderwunschs in einem wunschmedizinischen Rahmen zu deuten, siehe Matthias Kettner: »Neue Formen gespaltener Elternschaft«, Beilage zu *Das Parlament*, Nr. 27, 2001, S. 34–43 (<http://www.bpb.de/apuz/26180/neue-formen-gespaltener-elternschaft>) (letzter Zugriff 10.11.2017).

¹³ Siehe die Informationsseiten der Selbsthilfegruppe für BIID-Betroffene, Angehörige, Ärzte und Therapeuten (<http://www.biid-dach.org/index.php>) (letzter Zugriff 23.01.2018).

tation als Krankheit begriffen werden kann, keine im Expertendiskurs konsensfähige Antwort gefunden hat, ist BIID, im Unterschied »zur körperdysmorphen Störung« (noch) nicht in DSM und ICD, die Kataloge offiziell anerkannter Krankheiten und Störungen, aufgenommen worden. Eichinger¹⁴ interpretiert die medizinische Behandlung von Amputationssüchtigen als »Extreme wunscherfüllender Medizin«. Hier ist die normative Regulierung des Einsatzes von medizinischem Wissen und Können, insbesondere von Chirurgie, nicht durch Indikationen untermauert, wäre aber nach Meinung von Eichinger dennoch keineswegs willkürlich, sondern könnte sich an Bewertungsgründen der »Leidensfreiheit, Integrität und Authentizität«¹⁵ normativ orientieren.

(A4) Hier geht es um charakteristische soziale Rollenverschiebungen: Wunscherfüllende Medizin behandelt ihre Abnehmer nicht als Patienten in der Erkranktenrolle, sondern als Kunden in der Rolle von Klienten oder Konsumenten. Sehr deutlich zu beobachten sind diese Verschiebungen im Feld der »Schönheitschirurgie« und verwandter körperästhetischer medizinischer Dienstleistungen. Zwar existiert bereits eine (kleine) medizinethisch-normative und (größere) feministisch-theoretische Literatur zu Fragen, für wie authentisch, wie selbstbestimmt, wie anerkennungswürdig die Wünsche von KlientInnen der Schönheitsmedizin zu halten sind.¹⁶

Noch weitgehend im Dunkeln liegt hingegen die Bedeutung solcher Rollenverschiebungen für die ärztliche Profession und die Ethosrationalität bzw. Professionsethik ihrer Mitglieder. Die wenigen bisher vorliegenden, tiefenhermeneutisch auswertbaren Interviews mit Schönheitschirurgen enthalten Hinweise auf ein erstaunliches Phänomen, dessen Verbreitung und Tragweite weiter erforscht werden muss: Mehr als ihre kurativ tätigen Kolleginnen und Kollegen

¹⁴ Vgl. Tobias Eichinger: »Behandlungsziel Verstümmelung. Zur normativen Funktion der Leidensminderung am Beispiel extremer wunscherfüllender Medizin«, in: Giovanni Maio/Claudio Bozzaro/Tobias Eichinger (Hg.), *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, Freiburg 2015, S. 267–287, hier S. 269f.

¹⁵ Eichinger: »Behandlungsziel Verstümmelung«, a. a. O., S. 283.

¹⁶ Vgl. Kathy Davis: *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*, London 2013; Jane Northrop/Jane Megan Northrop: *Reflecting on Cosmetic Surgery: Body Image, Shame and Narcissism*, London 2013; Cressida Heyes/Meredith Jones (Hg.): *Feminist Primer on Cosmetic Surgery*, London 2012; Christa Rohde-Dachser: »Im Dienste der Schönheit: Schönheit und Schönheitschirurgie unter psychoanalytischer Perspektive«, in: Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin*, a. a. O., S. 209–228.