

E. AUSWEITUNG DER MEDIZIN ALS WUNSCHERFÜLLUNG: MERKMALE UND EINWÄNDE

Der Gesunde hat tausend Wünsche, der Kranke
nur einen, nämlich wieder gesund zu werden.

WILHELM SCHMID¹⁷⁴

Vor dem Hintergrund der bisher untersuchten und dargelegten Momente, die für die Betrachtung der Ausweitung der Medizin eine relevante Rolle spielen, stellt sich nun die Frage, wie der Trend zur so genannten *wunscherfüllenden Medizin* einzuordnen und in ethischer Hinsicht zu beurteilen ist. Angesichts der Struktur ärztlichen Handelns mit der zentralen Leitgröße der Indikation, die auf die klassischen, krankheitsbezogenen Ziele der Medizin verweist, welche wiederum das den Kern medizinischer Zuständigkeit bezeichnende therapeutische Paradigma begründen, sowie angesichts der Akzentverschiebung, die innerhalb dieser Zielbestimmung von Krankheitsbehandlung und Gesundheitserhalt sich immer mehr zu einer direkten Orientierung an Gesundheit und einer Positivierung des Gesundheitsbegriffs verschiebt, dabei einen tiefgreifenden Wandel im allgemeinen Gesundheitsverständnis aufnimmt und verstärkt, und schließlich angesichts der grundsätzlich möglichen Optionen, eine Ausweitung des medizinischen Feldes mit Blick auf die herkömmlichen Ziele der Medizin zu begründen, zeigt sich, dass in der wunscherfüllenden Medizin sämtliche genannten Faktoren und Entwicklungsmomente in signifikanter Weise zusammenlaufen und zur Herausbildung eines Phänomens führen, das die Auseinandersetzung über die künftige Entwicklung der Medizin bestimmen wird.

E.1 Formen wunscherfüllender Medizin

Um sich in begrifflicher Hinsicht einer Bestimmung wunscherfüllender Medizin zu nähern, lassen sich zunächst die Wünsche spezifizieren, um deren Erfüllung es geht. Welche Wünsche sollen durch wunscherfüllende Medizin erfüllt werden und wessen Wünsche sind das? Was die Träger oder Subjekte der Wünsche angeht, sind im Kontext der Medizin und des Gesundheitswesens mehrere mögliche Gruppen als ‚Wunschquellen‘ und Adressaten der Wunscherfüllung denkbar. Neben den direkt von einer ärztlichen Behandlung betroffenen und an ihr beteiligten Personen, also den Patienten und Klienten als den Empfängern medizini-

174 Schmid (2009), S. 449.

scher Leistungen und den Medizinern als den diese Maßnahmen Ausführenden, verfolgen auch indirekt an ärztlichem Handeln beteiligte Akteure wie Krankenkassen, Apotheker, pharmazeutische Unternehmen, Hersteller von Medizintechnik und -produkten, sowie staatliche Organe, Institutionen und Verbände jeweils eigene Interessen innerhalb des medizinischen Feldes. All diese Einzelpersonen und Gruppen mit ihren Vertretern kommen somit als Kandidaten für die gemeinten Wünsche in Frage. Nach dem vorherrschenden Verständnis scheiden hierbei allerdings institutionelle Akteure als Wunschsubjekte ebenso aus wie die an der Praxis wunscherfüllender Medizin unmittelbar und praktisch beteiligten Ärzte. Es geht weder um Wünsche, die staatliche Organe aus gesundheitspolitischen Gründen mit Hilfe der Medizin umgesetzt sehen möchten (etwa in Form von Präventionsprogrammen oder Impfaktionen), weder um Profitwünsche der Produzenten und Vertreiber von medizinischen Gerätschaften, Apparaten, Hilfsmitteln, Medikamenten etc. noch um Wunschvorstellungen von Ärzten, die diese gerne verwirklichen würden. Wunscherfüllende Medizin ist Medizin, die auf individuelle Wünsche reagiert, die die einzelnen Adressaten und Nutzer ärztlicher Handlungen sich mit Hilfe der Medizin erfüllen wollen.

Nun ließe sich einwenden, dass dies kein Spezifikum wunscherfüllender Medizin sei. Auch Patienten, die innerhalb des therapeutischen Paradigmas behandelt werden (müssen) und von konventionellen medizinischen Leistungen profitieren, wünschen sich ja derartigen Nutzen von der Medizin; es ist sogar davon auszugehen, dass diesbezügliche Wünsche von Kranken in der Mehrheit intensiver und durchaus existenzieller erfahren werden, als es bei Wünschen gesunder Menschen nach medizinischer Verbesserung der Fall ist. Das für die herkömmliche Medizin des therapeutischen Paradigmas entwickelte und zentrale Instrument des *informed consent* lässt sich auch dahingehend verstehen, dass es in seiner Funktion, eine freiwillige Zustimmung nach angemessener Aufklärung vorauszusetzen und einzuholen, sicherstellen soll, dass keine medizinische Maßnahme vorgenommen wird, die der betreffende Patient nicht *wünscht*. Insofern muss jedes ärztliche Handeln, wenn es ethischen Minimalstandards genügen soll, ein gewünschtes Handeln und Behandeln sein. Zwar erschöpft sich freilich die intentionale Einstellung eines Patienten nicht in einem bloßen Wunsch, denn ein Patient ist typischerweise mehr oder weniger stark auf ärztliche Hilfe angewiesen und bildet den Wunsch nach Heilung nicht aus freien Stücken und ohne Not, trotzdem aber hat eben auch ein kranker und leidender Patient einen Wunsch (nach Genesung, Linderung etc.), dessen Erfüllung er als Adressat klassischer Medizin anstrebt und die er sich von der therapeutischen Behandlung erhofft. Somit kann als Spezifikum von Wünschen im Rahmen wunscherfüllender Medi-

zin der Hinweis auf die Verortung bei den Adressaten der gewünschten Maßnahmen allein nicht genügen.¹⁷⁵

Anstatt direkt bei den Wünschen anzusetzen, ist es für eine Näherung hilfreich, die Leistungen, die zu Angeboten wunscherfüllender Medizin zählen, aufzuführen, um so ein genaueres Bild des charakteristischen Moments zu erhalten, das alle Formen der Wunschmedizin verbindet und von herkömmlichen Formen der Medizin abgrenzt. Das überaus breite Spektrum der Angebote wunscherfüllender Medizin lässt sich anhand der Bereiche der menschlichen Existenz, in denen die Eingriffe ansetzen, differenzieren und ordnen. Neben Wünschen, die sich auf gesteigerte motorische, kognitive und sensorische Fähigkeiten sowie die Beeinflussung der emotionalen Stimmung und von Gefühlen richten, sind vor allem Veränderungen des äußeren Erscheinungsbildes ein bedeutendes Feld wunscherfüllender Medizin. Außerdem können medizinische Maßnahmen, die dazu eingesetzt werden, bei Menschen ohne pathologische Störungen und Dysfunktionen der Fortpflanzungsfähigkeit eine Schwangerschaft zu verhindern oder herbeizuführen, als Leistungen einer Wunschmedizin eingestuft werden. Und auch Formen prädiktiver Diagnostik und Eingriffe, die die Veränderung des Erbgutes zum Ziel haben sowie medizinische Ansätze, den Alterungsprozess zu erleichtern, zu verlangsamen oder gar aufzuhalten, gehören zu den Angeboten wunscherfüllender Medizin.

Aufstellung der wichtigsten Ansatzpunkte (Eigenschaften und Fähigkeiten), Formen (angestrebter Effekt) und Eingriffsarten (Mittel und Methoden) wunscherfüllender Medizin:

Erscheinung und Ästhetik: Verformen und Verschönern

- Körperlänge: Wachstumshormone, künstliche Beinverlängerung
- Körperform, -proportionen, und -oberfläche: ‚Schönheitsoperationen‘

Leistung und Kapazität: Steigern und Erweitern

- Motorische Fähigkeiten (Kraft, Ausdauer, Präzision): ‚Doping‘
- Kognitive Fähigkeiten (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wachheit): ‚Hirndoping‘
- Sensorische Fähigkeiten (Wahrnehmung optisch/akustisch): Neuroimplantate

175 Matthis Synofzik versucht daraus abzuleiten, dass die Bezeichnung der „wunscherfüllenden Medizin“ als solche nicht brauchbar ist, was aber nicht zuletzt aufgrund seiner verfehlten Ansprüche an die schlagwortartige Begrifflichkeit, „analytisch disjunkt“ zu sein, nicht zu überzeugen vermag. Synofzik (2009), S. 177f.

Stimmung und Empfindung: Betäuben und Verstärken

- Vermeidung von Geburtsschmerzen: Periduralanästhesie, Wunschsectio
- Vermeidung von Schmerz und Leid im Sterbeprozess: palliative Sedierung
- Beeinflussung von Gefühlen und emotionaler Stimmung: Drogen

Lebensbedingungen: Kontrollieren und Bestimmen

- Fortpflanzung und Lebensbeginn:
 - Verhinderung einer Schwangerschaft: Kontrazeption, Sterilisation
 - Herbeiführung einer Schwangerschaft:
 - In-Vitro-Fertilisation, Gametenspende, Leihmutterschaft, ‚egg freezing‘
 - Vorgeburtliche Bestimmung und Auswahl bevorzugter Eigenschaften: pränatale genetische Diagnostik und Screening, Geschlechtsselektion
- Geschlecht: Herstellung des ‚richtigen‘ Geschlechts, Geschlechtswechsel
- Erbgut: Keimbahninterventionen, ‚Gendoping‘
- Lebensende:
 - Erleichterung und Vermeidung des Alterns: ‚Anti-Aging‘
 - Beendigung des Lebens: ärztlich assistiertes Sterbens

Wie diese Aufstellung von Maßnahmen wunscherfüllender Medizin¹⁷⁶ zeigt, ist eines der augenfälligsten Kennzeichen, dass all den Leistungen und Angeboten durchweg ein mehr oder weniger direkter Bezug auf Krankheit oder eine kurative Zielsetzung fehlt.¹⁷⁷ Doch lassen sich darüber hinaus noch weitere aufschluss-

176 Als Sonderfall lassen sich noch die diversen Ansätze und Methoden alternativer oder komplementärer Medizin zum Bereich wunscherfüllender Medizin rechnen, wobei in diesem Feld spezifische Besonderheiten vorliegen, die nicht unbedingt die Hauptmerkmale wunscherfüllender Medizin umfassen. Alternative Heilmittel und Behandlungsmethoden (Phytotherapie, Homöopathie, TCM) werden somit als Randbereich wunscherfüllender Medizin eingestuft. Vgl. zu Aufstellungen medizinischer Maßnahmen, die zu wunscherfüllender Medizin gerechnet werden können: Kettner (2006b), S. 84f.; Stock (2009), S. 43ff; Maio (2011a), S. 39.

177 An dieses Kriterium anknüpfend, stellt sich auch bei ärztlichen Serviceleistungen wie der Erstellung von Gutachten und Arbeits(un)fähigkeitsbescheinigungen, der Durchführung von Einstellungsuntersuchungen ebenso wie bei einem Großteil der ‚Behandlungen‘ in der Sport- und Reisemedizin die Frage nach dem Bezug zum therapeutischen Paradigma, was evtl. auf eine Einstufung dieser Formen ärztlichen

reiche Spezifika der neuartigen Sparte der Medizin ausmachen. Hier erweist sich ein Blick auf die diesbezüglich bereits geführte Diskussion als instruktiv. Der Philosoph Matthias Kettner, der den zunehmenden Trend zur Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zur Erfüllung individueller Wünsche durch Gesunde als Ausdrucksform eines grundlegenden „Gestaltwandels der Medizin“¹⁷⁸ beschrieben und im deutschen Sprachraum mit der Bezeichnung *wunscherfüllender Medizin* einschlägig belegt hat, führt zur Abgrenzung von der kurativen Medizin eine Reihe verschiedener Kriterien an, die im Wesentlichen auf zwei Motive und Hauptcharakteristika weisen. Diese beiden Motive sind die neue Rolle des Nutznießers und Empfängers medizinischer Leistungen als Klient bzw. Kunde sowie der zentrale Bezugspunkt der Gesundheit, welche für Kettner „sozusagen groß geschrieben“ wird (was dann auch buchstäblich als „GESUNDHEIT“ die orthographische Entsprechung findet)¹⁷⁹.

E.2 Der Patient als Klient, der Arzt als Dienstleister

An dem Differenzierungselement der Rolle des Patienten/Klienten und der damit unweigerlich gewandelten Arzt-Patient-Beziehung, die im Zeichen der Wunscherfüllung mehr und mehr zu einem marktwirtschaftlichen Verhältnis zwischen einem Anbieter und Dienstleister auf der einen, und einem Nachfrager, Klienten und Kunden auf der anderen Seite mutiert, erhält der titelgebende Wunschbegriff sein Profil als Gegenbegriff zu dem in der klassischen Medizin bestimmenden Richtwert des Wohls des Patienten. Indem der Wunsch des Klienten, der Initiator und Abnehmer der gewünschten Leistung zugleich ist, als oberstes Handlungskriterium fungiert, sind für ärztliches Tun nicht länger quasi-objektive bzw. überindividuell erkennbare Sachverhalte wie diagnostizierbare Krankheitsbilder und Symptome, sondern ausschließlich subjektive Befindlichkeiten und persönliche Vorstellungen ausschlaggebend. Indem nun innerhalb der zu einer Dienst-

Handelns als wunscherfüllende Medizin hindeuten würde. Diese Leistungen sind hier jedoch nicht aufgeführt, da sie entweder kaum als Reaktionen auf Wünsche der Betroffenen bezeichnet werden können (Gutachten etc.) oder sich ein zwar indirekter, doch präventiver Krankheitsbezug annehmen lässt (Reise- und Sportmedizin). Dies bedeutet aber nicht, dass sämtliche Formen ärztlichen Handelns in diesen Bereichen unter die klassischen Ziele der Medizin zu subsumieren sind. Hier sind weitere Differenzierungen notwendig.

178 Kettner (2006b), S. 82.

179 Kettner (2006a), S. 11.

leister-Empfänger-Beziehung transformierten Arzt-Patient-Beziehung der notwendige Schritt des wechselseitigen und vermittelnden Austauschs über die jeweiligen Vorstellungen von der Ausgangssituation des Patienten, dem richtigen Behandlungsziel und dem besten Weg zu diesem Ziel wegfällt, da die Einschätzung des Mediziners nur mehr auf die korrekte Aufklärung und Durchführung der geforderten Leistung beschränkt ist, kommt eine elementare Dimension ärztlichen Handelns abhanden: die dialogische, auf Begegnung angelegte Beziehungsstruktur des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Wie sehr demnach im Rahmen wunscherfüllender Dienstleistungsmedizin der Arzt als Person in den Hintergrund tritt, macht Giovanni Maio klar:

„Dem Anspruchspatienten steht der Anbieterarzt gegenüber, aus dem Meer der Gesundheitsverbraucher entspringt der Dienstleisterarzt [...], der nunmehr lediglich sein Wissen und seine Technik in den Dienst der Wünsche seiner Nicht-Patienten stellt, ohne diese Wünsche weiter zu hinterfragen und ohne sich als ganze Person einzubringen und ohne eine personale – und nicht nur zweckrationale – Beziehung zum Patienten einzugehen.“¹⁸⁰

Bemerkenswert an einem derart distanzierten und zweckrationalen Verhältnis ist, dass die tonangebenden Wünsche des Klienten (abgesehen von eklatant unverhältnismäßigen Fällen) von dem Mediziner nicht weiter hinterfragt werden können – und dies in dem Konzept der Dienstleistungsbeziehung auch gar nicht vorgesehen ist. Die Situation des Klienten muss als Ausgangszustand für die Behandlung von dem Betreffenden lediglich geschildert und die daran anknüpfenden Veränderungswünsche zum Ausdruck gebracht werden; der Mediziner akzeptiert im Regelfall diese Einschätzung und macht sich daran, den subjektiv vorgebrachten Wünschen nachzukommen. Insofern kann wunscherfüllende Medizin Züge annehmen, die als Formen von Selbstmedikalisierung bezeichnet werden können, bei der ein fachkundiger Dienstleister hinzugezogen wird, um konkrete Vorstellungen des Auftraggebers gleichsam wie Bestellungen oder Anweisungen umzusetzen – und der damit weniger als Arzt als eher eine Art Medizinhandwerker tätig wird.

Die deutlichen Unterschiede, die sowohl bei der Einschätzung des Zustands, auf den mit ärztlichem Handeln reagiert werden soll, als auch bei der Ermittlung des Zieles, das erreicht werden soll, zwischen wunscherfüllender und kurativer Medizin bestehen, wirken sich nicht nur personell, sondern auch hinsichtlich des Beurteilungsmaßstabes aus, wie Wolfram Eberbach aus juristischer Perspektive hervorhebt:

180 Maio (2007c), S. 236.

„Nach der Rechtsprechung kommt es für das Vorliegen einer Krankheit letztlich gerade nicht auf die subjektiven Vorstellungen und Empfindungen des Betroffenen an [...]. Vielmehr ist die Feststellung, ob tatsächlich ein gesundheitlicher Anlass zum ärztlichen Handeln besteht [...], der Beurteilung des Arztes überantwortet. Diese Beurteilung wird als ‚objektiv‘ bezeichnet [...], also auch für Dritte und deren Urteil nachvollziehbar und überprüfbar. [...] Dagegen sind die Wunschkonstruktionen des ‚Auftraggebers‘ dadurch gekennzeichnet, dass sie sich solcher objektiver Überprüfung entziehen.“¹⁸¹

Damit verschieben sich in der Mediziner-Kunde-Beziehung auch die Verhältnisse hinsichtlich der Ansprüche und Verpflichtungen, die auf beiden Seiten gelten. Während hilfsbedürftige Patienten sich auf die Einlösung ihres Rechtes auf eine gute und fachgerechte Behandlung *zu ihrem Besten* verlassen können, was in ihrer besonders anfälligen und bedrängten Lage auch eine unverzichtbare Voraussetzung der Hilfe und erfolgreichen Behandlung darstellt, handelt es sich bei den Empfängern wunscherfüllender Medizin laut Kettner um

„Kunden (Klienten), die seitens eines professionellen Providers eine individualisierte, von ihnen erwünschte Dienstleistung nachfragen und dabei positive Rechte auf Wahlfreiheit ausüben und Qualitätspräferenzen sowie negative Rechte auf Verbraucherschutz geltend machen dürfen“¹⁸².

An dieser Beschreibung des typischen Interaktionsverhältnisses innerhalb wunscherfüllender Medizin wird sehr klar erkennbar, wie weit diese von dem spezifischen Charakter herkömmlicher Medizin entfernt liegt. Ein wesentliches Element ärztlichen Handelns, das sich unmittelbar in den Einstellungen der beteiligten Personen niederschlägt, ist der Umstand des wissenschafts- bzw. handlungstheoretischen Status der Medizin. So ist die Medizin, wie Wolfgang Wieland eindrücklich herausgearbeitet hat, eine praktische Handlungswissenschaft¹⁸³, was wesentlich impliziert, dass in ihr keine exakte Naturwissenschaft zur ebenso präzise kalkulierbaren Anwendung kommt, sondern dass jede einzelne Form der Ausübung von Medizin immer ein neues Wagnis, einen neuen Versuch darstellt, mit kompetent und fachgerechtem Handeln nach bestem Wissen und Gewissen sowie nach Maßgabe klar bestimmter Prinzipien bestmöglich dazu

181 Eberbach (2008), S. 326.

182 Kettner (2006a), S. 12. Kettner spricht auch von dem „konsumentische[n] Optativ“ der wunscherfüllenden Medizin, den er mit dem „therapeutische[n] Imperativ“ der kurativen Medizin kontrastiert. Ebd.

183 Siehe oben, S. 147.

beizutragen, dass der beabsichtigte Erfolg sich einstellt. Gerade weil der Arzt es mit dem Leben und mit Menschen zu tun hat, sind die Folgen seines Handelns grundsätzlich nur begrenzt voraussehbar und immer beeinflusst von Faktoren, die nie vollständig erkannt und abgeschätzt werden können. Das heißt auch, dass ärztliches Handeln sich diametral von dem Erbringen klar definierter Leistungen und dem verlässlichen Erledigen von präzise formulierten Bestellungen unterscheidet, wie es in der Sphäre des Warenverkehrs und dem Dienstleistungssektor bestimmend ist. Der Arzt kann deshalb immer nur seine Haltung garantieren und auf diese festgelegt werden, aber nicht auf seine Handlung und deren Ergebnis.

Ganz anders nun ist das Verpflichtungsverhältnis im Rahmen wunscherfüllender Medizin konzipiert. Überaus prägnant wird dies wiederum aus juristischer Perspektive deutlich, aus der Wolfram Eberbach angesichts offener Fragen des Vertrags- und Haftungsrechts bei der Durchführung von Maßnahmen wunscherfüllender Medizin vorschlägt, Elemente des „Werkvertragsrechtes“(!) zur Anwendung zu bringen, und dies entsprechend mit dem spezifischen Interaktionsverhältnis zwischen dem wünschenden Klienten und dem wunscherfüllenden Mediziner begründet. Nach Eberbach „besteht seitens der ‚Auftraggebers‘ kein Interesse an einem bloßen ‚Bemühen‘ des Arztes, er will – und ‚kauft‘ – den Erfolg. Dem Arzt ist dies bewusst.“¹⁸⁴ Die Haltung, die der ausführende Mediziner zu seiner wunscherfüllenden Tätigkeit der Logik des Interaktionsmusters gemäß unweigerlich einnimmt, ist geeignet, jegliche Zweifel an der Prognose auszuräumen, dass wunscherfüllende Medizin letztlich zu einer umfassenden Kommerzialisierung führt, denn „[i]m Vordergrund der Entscheidung des Arztes, entsprechende Leistungen anzubieten, steht sein Wille zur Eröffnung einer Einnahmequelle“.¹⁸⁵

E.3 Medikalisierung und die Orientierung an GESUNDHEIT

Neben der Verschiebung hin zu einem Dienstleistungsmodell, in dem der Arzt als Anbieter und der Patient als Kunde auftreten, ist das zweite Hauptmotiv der von Kettner vorgeschlagenen Bestimmungs- und Abgrenzungskriterien für wunscherfüllende Medizin das der konsequenten Ausrichtung an Gesundheit. Anders als klassische Medizin ist Wunschmedizin demgemäß nicht primär an der Pathogenese, sondern ausschließlich an der Salutogenese interessiert und so-

184 Eberbach (2008), S. 335. Vgl. zu Rechtsfragen, die die Haftung bei Arztfehlern in der Wunschmedizin betreffen, auch Kapitel 7 in Stock (2009), S. 325ff.

185 Eberbach (2008), S. 327.

mit nicht auf die Entstehungsbedingungen von Krankheit (und damit auf Therapiemöglichkeiten) bezogen, sondern auf Gesundheit und die Möglichkeiten, diese zu erhalten und zu stärken. Dabei kommt jener Perspektivenwechsel in vollem Umfang zum Tragen, der zwar von den klassischen Zielen der Medizin ausgeht, doch durch die Konzentration auf die direkte Stärkung und Herstellung von Gesundheit schließlich den Krankheitsbezug gänzlich verliert.¹⁸⁶ Auch das Gesundheitsverständnis wunscherfüllender Medizin ist nach Kettner außerordentlich umfassend angelegt und als „eine komplexe, positive, sozio-bio-physische Qualität gedacht, die immer mehr gesteigert und verbessert werden kann“¹⁸⁷.

Daraus wird ein weiteres elementares Kennzeichen ersichtlich, das direkt mit der Stärkung des Gesundheitsziels und seiner Loslösung von therapeutischen Absichten zusammenhängt: das Kriterium der Indikation. Maßnahmen und Leistungen wunscherfüllender Medizin sind weder medizinisch notwendig noch indiziert, vielmehr „genügt für einen Einsatz des Wissens und Könnens, dessen die Medizin mächtig ist, dass der Einsatz *lege artis* nicht schädlich ist“¹⁸⁸. Damit belaufen sich die Anforderungen, die der eine Wunschleistung ausführende Mediziner zu beachten hat, auf das Minimum einer fachlichen Sorgfaltspflicht, die es ihm lediglich verbietet, seinem Klienten zu schaden. Statt durch die Verpflichtung, nur indizierte Maßnahmen zu ergreifen, auf einen definierten Umfang zulässiger Leistungen beschränkt zu sein, stehen dem wunscherfüllenden Mediziner durch das Verbot, keine kontraindizierten Maßnahmen zu ergreifen, abgesehen von einem definierten Umfang unzulässiger Leistungen grundsätzlich alle medizinisch möglichen Optionen offen. Zieht man hierbei nun die Definition einer Indikation von Neitzke heran, wonach eine medizinische Indikation

„die fachliche Rechtfertigung dafür dar[stellt], dass eine geplante ärztliche Maßnahme in *jedem* vergleichbaren Fall, der dem vorliegenden Fall hinsichtlich der erhobenen diagnostischen Parameter entspricht, medizinisch sinnvoll und daher angezeigt ist [Herv. i.O.]“¹⁸⁹,

wird klar, dass wunscherfüllende Medizin auch gar nicht medizinisch indiziert sein kann. Geht es doch hier gerade darum, den Wünschen und Präferenzen eines Patienten/Klienten zu begegnen, die genauso individuell und unverwechselbar sind wie dieser Adressat und Abnehmer der medizinischen Leistungen. Vor allem fällt dabei ins Gewicht, dass die persönlichen Wunschvorstellungen auf

186 Vgl. oben, S. 162ff.

187 Kettner (2006a), S. 11.

188 Ebd., S. 12.

189 Neitzke (2008), S. 56.

Einschätzungen und Wertsetzungen basieren, die es in ihrer idiosynkratischen Subjektivität nicht zulassen, ‚diagnostische Parameter‘ im herkömmlichen Sinne einer Diagnose zu erheben. Aus Sicht einer wunscherfüllenden Medizin, die an dem legitimatorischen Schritt einer Indikationsstellung festhalten wollte, ließe sich das nur bewerkstelligen, wenn man zu den zu diagnostizierenden Größen neben dem Befund des körperlichen und psychischen Zustands – gewissermaßen dem Erstellen eines ‚Gesundheitsbefundes‘ – die geäußerten Klientenwünsche als indikationsstiftende Elemente rechnet.¹⁹⁰ Die Konsequenz, die sich daraus ergeben würde, wäre die Einführung neuer Indikationstypen, in deren Bezeichnung die für die Rechtfertigung ärztlichen Handelns ausschlaggebende Komponente zum Ausdruck kommen müsste à la ‚ästhetische Indikation‘, ‚konsumistische Indikation‘ oder einfach ‚Wunschindikation‘.¹⁹¹ Eine derartige Erweiterung möglicher Kriterien für eine Indikationsstellung, die den Bezug zu medizinischer Notwendigkeit oder zumindest dem medizinisch Sinnvollen explizit aufgibt, erscheint jedoch nicht haltbar – sofern Medizin nicht unverhohlen und ausschließlich nach Maßgaben freier Dienstleistung funktionieren soll, für die Kriterien wie ‚auftragsgemäß‘, ‚wunschgemäß‘ oder ‚gemäß der Bestellung‘ durchaus ausreichende handlungsleitende Richtlinien darstellen.

190 In diese Richtung geht der Vorschlag des Juristen Christof Stock, der zwischen medizinischem Anlass und medizinischer Indikation zu unterscheiden versucht, um so auch die Leistungen einer Wunschmedizin als indizierte Maßnahmen rechtfertigen und unter den üblichen arztrechtlichen Voraussetzungen behandeln zu können. Als relevantes Indikationskriterium gilt ihm hierbei der Gesichtspunkt, ob eine wunscherfüllende Maßnahme „in Bezug auf den gewünschten Erfolg vertretbar ist“. Stock (2009), S. 99. Allerdings müsste für ein derartiges Vorgehen der (zu) hohe Preis einer übermäßig weiten Ausdehnung des Indikationsbegriffs in Kauf genommen werden. Siehe Ebd., S. 87ff., 123ff.

191 In bestimmten Bereichen der ästhetischen Chirurgie geht die Entwicklung bereits in diese bedenkliche Richtung einer völligen Subjektivierung der Indikationskriterien, wie der plastische Chirurg Johannes Bruck unumwunden herausstellt: „Im Gegensatz zur ‚normalen‘ Medizin im Allgemeinen und der Chirurgie im Besonderen, wo eine für jeden ersichtliche Notwendigkeit das ärztliche Handeln bestimmt, wird in der Ästhetischen Chirurgie die Indikation für einen Eingriff vom Patienten und nicht von offensichtlich lebens- und gesundheitsbedrohenden Umständen bestimmt.“ Bruck (2006), S. 648. Vgl. zur hinlänglich vorgebrachten Kritik an dieser Entwicklung der ästhetischen Chirurgie Maio (2007a) sowie zu problematischen Auswirkungen auf die professionelle Integrität Wiesing (2009).

Die Schwierigkeiten, die für wunscherfüllende Medizin mit den Bedingungen einer medizinischen Indikationsstellung bestehen, hängen direkt mit dem Verhältnis zusammen, in dem sie zu den klassischen Zielen der Medizin steht. Da sich wunscherfüllende Medizin ganz vom Krankheitsbezug löst und sich der Zielgröße der Gesundheit in einer derart expansiven Interpretation verschreibt, ist ihre Zielorientierung nicht mehr mit dem therapeutischen Paradigma in Übereinstimmung zu bringen. Matthias Kettner benennt auch diesen Punkt präzise, indem er das Gesundheitsverständnis wunscherfüllender Medizin als konsequente Aufnahme und programmatische Umsetzung der viel kritisierten und geschmähten Gesundheitsdefinition der WHO versteht:

„Interessanterweise wird man von der offiziellen Gesundheitsdefinition der WHO [...] sagen müssen, dass sie schon den Überstieg von Gesundheit zu GESUNDHEIT und somit zur wunscherfüllenden Medizin sinngemäß unterstützt.“¹⁹²

Es ist offensichtlich, dass für die Zielgröße der „GESUNDHEIT“ die gleichen Einwände zutreffen, die auch für den sich aus dem therapeutischen Paradigma heraus-entwickelten positivistischen und materialistischen Gesundheitsbegriff gelten.¹⁹³ Angesichts der programmatischen Verankerung im Feld der wunscherfüllenden Medizin rücken dabei nun noch zusätzliche Aspekte in den Blick. Aufgrund der weder gegebenen noch beanspruchten Bedingungen für die Stellung einer medizinischen Indikation, was wunscherfüllende Medizin außerhalb des klassischen Zielkanons der Medizin verortet, stellt die Wunschmedizin eine besonders klare Form einer medikalisierenden Ausweitung des medizinischen Feldes dar. Dies bedeutet, dass wunscherfüllende Medizin sich damit nicht nur für Bereiche zuständig erklärt, die bislang nicht medizinisch relevant waren, sondern

192 Kettner (2006a), S. 11. Ebenso auch zuletzt bei Stock: „Der Krankheitsbegriff der WHO lässt zwischen Krankheit und Gesundheit einen dritten Bereich zu, an dem die ärztliche Tätigkeit in der Wunschmedizin ansetzt.“ Stock (2009), S. 85. Stocks rechtswissenschaftlicher Kollege Hans-Ludwig Schreiber appelliert angesichts des entsprechend erweiterten Anspruchs des Gesundheitsbegriffs daran, dabei „Wunsch und Wille“ des Medizinklienten einer Wunschmedizin nicht zur alleinigen Maßgabe werden zu lassen: „Es geht um die Gesundheit im Sinne der weiten Definition der Weltgesundheitsorganisation. Medizin dient dem physischen, mentalen und sozialen Wohlbefinden der Menschen. Dabei darf sie die medizinisch zu verstehende Gesundheit nicht gefährden, Wunsch und Wille allein genügen für ihre Anwendung nicht.“ Schreiber (2006), S. 646.

193 Vgl. oben, S. 176ff.

auch, dass sie sich für die Legitimierung der neuen Zuständigkeit auch gar nicht auf Kriterien beruft, die bislang für ärztliches Handeln unerlässlich waren.¹⁹⁴ Wunscherfüllende Medizin verfolgt demnach also neue Ziele, die außerhalb des therapeutischen Paradigmas stehen.

Das von wunscherfüllender Medizin verfolgte „GESUNDHEITS“-Ziel ist ein derartiges neues und expansives Ziel für den Einsatz von Medizin. Dabei tritt analog zur allgemein zu beobachtenden Bedeutungsverschiebung des Gesundheitsbegriffs die konzeptuelle Unangemessenheit in doppelter Hinsicht zu Tage. Während erneut erhebliche Zweifel an der Vorstellung angebracht werden müssen, Gesundheit sei eine messbare Größe, die direkt herzustellen, zu stärken und zu maximieren sei, ist vor allem der Bereich kritisch zu sehen, auf den sich dieser Auffassung nach Gesundheit erstreckt. Wenn die legendäre Definition der Weltgesundheitsorganisation zutrifft und Gesundheit tatsächlich den „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“¹⁹⁵ umfasst, dann ist damit letztlich keine reale und realistische Vorstellung bestimmt, da – wie Robert Spaemann es stellvertretend für eine lange Reihe von Kritikern der WHO-Definition formuliert – „der in ihnen gemeinte Inhalt ins Utopische hinausgeschoben wird. Denn im Sinne dieser Definitionen ist niemand von uns gesund“¹⁹⁶. Und genauso wie mit einer solch universal ausgeweiteten Definition dessen, worin Gesundheit besteht, der Kreis derjenigen, die sich gesund nennen können, extrem eingeschränkt ist, ist damit zugleich der Bereich gesundheitsrelevanter Faktoren extrem erweitert, sodass kaum ein Aspekt im Leben eines Menschen ohne Einfluss auf seine Gesundheit wäre. Wolfgang Wieland hat dies mit Blick auf die Frage der professionellen Zuständigkeit für Gesundheit treffend zum Ausdruck gebracht:

„Wie der Begriff der Gesundheit zu bestimmen ist, bleibt in der Tat eine offene Frage, es sei denn, man gibt sich mit der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufrieden. Ihre Unbrauchbarkeit ist eine Folge ihrer zu großen Allgemeinheit. Wer sie trotzdem akzeptiert, sollte denn aber auch zugestehen, dass es in der menschlichen Ge-

194 Vgl. oben, S. 197ff.

195 WHO (1946). Orig.: „Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

196 Spaemann (2001), S. 334. Siehe zur kritischen Diskussion der WHO-Gesundheitsdefinition auch Callahan (1973), Spijk (2002), Mittelstraß (2004) und Schipperges, der die WHO-Definition als „spießbürgerliches Idol“ brandmarkt. Schipperges (1980), S. 33.