

Tobias Eichinger

Jenseits der Therapie

Philosophie und Ethik
wunscherfüllender Medizin

KÖR
PER
KUL
TUR
EN ::

[transcript]

Tobias Eichinger
Jenseits der Therapie

KörperKulturen

Tobias Eichinger (Dr. phil.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Medizin- und Bioethik sowie philosophische Anthropologie.

TOBIAS EICHINGER

Jenseits der Therapie

Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin

[transcript]

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch den Fachinformationsdienst Philosophie.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Lizenz (BY-NC-ND). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Um Genehmigungen für Adaptionen, Übersetzungen, Derivate oder Wiederverwendung zu kommerziellen Zwecken einzuholen, wenden Sie sich bitte an rights@transcript-publishing.com

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2013 im transcript Verlag, Bielefeld

© Tobias Eichinger

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld

Umschlagabbildung: willma... / photocase.com

Lektorat & Satz: Tobias Eichinger

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-2543-1

PDF-ISBN 978-3-8394-2543-5

<https://doi.org/10.14361/transcript.9783839425435>

Buchreihen-ISSN: 2702-9891

Buchreihen-eISSN: 2702-9905

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Einleitung | 7

1. Medizin für Gesunde | 7
2. Wünsche in der Medizin | 13
3. Aufbau und Vorgehen der Untersuchung | 16

ERSTER TEIL: WUNSCH UND BEDÜRFNIS | 23

A. Handlungen als Veränderungen der Wirklichkeit | 25

1. Ein Handlungsmodell | 26
2. Bedürfnis und Wunsch in der Handlungsgenese | 30

B. Wunsch und Wünschen | 35

1. Wunschtypen | 37
2. Ist Wunscherfüllung immer wünschenswert? | 54
3. Zur motivationalen Funktion | 58
4. Reflexion und Identitätsbildung | 63

C. Zum Bedürfnis | 67

1. Handlungstheoretische Implikationen | 67
2. Differenzierungskriterien | 73
3. Philosophische Anthropologie des Bedürfnisses | 84

D. Fazit | 136

ZWEITER TEIL: AUSWEITUNG DER MEDIZIN | 141

A. Zur Struktur ärztlichen Handelns | 143

1. Indikation und Patientenwille | 145
2. Das therapeutische Paradigma | 155
3. Integrität und Vertrauen | 158

B. Die Aufwertung von Gesundheit | 162

1. Wandel des Gesundheitsverständnisses in der Medizin | 162
2. Grenzen des Gesundheitsbegriffs | 176

C. Zwischenfazit | 186

D. Optionen einer Ausweitung der Medizin | 187

1. Pathologisierung: Neue Krankheiten | 189
2. Medikalisierung: Neue Ziele | 197

E. Ausweitung der Medizin als Wunscherfüllung | 212

1. Formen wunscherfüllender Medizin | 212
2. Der Patient als Klient, der Arzt als Dienstleister | 216
3. Medikalisierung und die Orientierung an GESUNDHEIT | 219

F. Fazit | 224

DRITTER TEIL: ANTI-AGING-MEDIZIN | 229

A. Praxis und Leitmotive | 232

1. Mittel und Methoden | 232
2. Paradigmen eines Transformationsprozesses | 235

B. Anti-Aging als Entgrenzung der Medizin | 243

1. Abgrenzungskonflikte | 244
2. Kampf um Deutungshoheit | 250
3. An den Grenzen der Medizin | 252

C. Schrittmacher fraglicher Tendenzen und Werte | 259

1. Allokations- und Gerechtigkeitsprobleme | 260
2. Das Altersbild der Anti-Aging-Medizin | 261
3. Das Leben und sein Wert | 263
4. Abschaffung des Menschen | 264

D. Fazit | 266

Schlussbemerkungen | 269

Literatur | 273

Personenregister | 299

Danksagung | 305

EINLEITUNG

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage, wie eine Ausweitung der Medizin in medizinethischer Hinsicht beurteilt werden kann. Zunächst steht hierfür eine Erörterung des Begriffspaares Wunsch/Bedürfnis aus handlungstheoretischer und philosophisch-anthropologischer Perspektive im Mittelpunkt der Arbeit sowie die Frage, inwieweit diese Analyse für die Beurteilung der Eingangsfrage fruchtbar gemacht werden kann. Anschließend wird die medizintheoretische Frage aufgeworfen, wie eine Ausweitung des ärztlichen Handlungsfeldes begründet werden und zu welchen Problemen eine Expansion der Medizin als Wunscherfüllung führen kann. Diese allgemeine medizinethische Thematik wird abschließend am Beispiel der Anti-Aging-Medizin dargestellt.

1. Medizin für Gesunde: Aktueller Hintergrund

Einer der großen Wünsche, von deren Erfüllung die Menschheit seit tausenden von Jahren träumt, ist der Wunsch nach ewiger Jugend und anhaltender Vitalität. Das unweigerliche Altern mit seinen negativen Begleiterscheinungen und Abbauprozessen, die weder Körper noch Geist verschonen und im Laufe des Lebens ihre Spuren hinterlassen, sind dem Menschen dagegen schon immer beschwerliche Last und Anlaß für Klagen, gegen die die längste Zeit jedoch wenig bis nichts auszurichten war. Jüngere Entwicklungen in der Biogerontologie und Biomedizin deuten darauf hin, dass sich dies allmählich zu ändern beginnt und die Unverfügbarkeit sowohl degenerativer Alterungsprozesses als auch einer limitierten Lebensspanne in nicht allzu ferner Zukunft der Vergangenheit angehören könnte. Im Namen der so genannten *Anti-Aging-Medizin* nähren Biowissenschaftler und Mediziner die Hoffnung, „das Altern nicht länger fürchten zu müssen“¹, da mittlerweile „konkret[e], praktisch[e] Möglichkeiten, Altern zu

1 Huber/Buchacher (2007), S. 11.

verhindern“² zur Verfügung stünden. Anti-Aging-Mediziner erklären damit die Bekämpfung des Alterns zu einer legitimen Form ärztlicher Zuständigkeit.

Aber nicht nur das Älterwerden des Menschen mit seinen natürlichen Begleiterscheinungen gerät mehr und mehr in den Handlungsbereich und zur Sache der Medizin. Zahlreiche Aspekte des gesamten Lebens und der Lebensführung werden heute mit medizinischen Mitteln und Leistungen gestaltet und verbessert, ohne mit einer Krankheit in Verbindung stehen zu müssen. So ist es mittlerweile gang und gäbe, nichtmedizinische Probleme mit ärztlicher Hilfe zu lösen. Gesunde Menschen, die ihre körperlichen oder geistigen Eigenschaften und Fähigkeiten steigern und optimieren wollen, finden dafür im Leistungsspektrum der Medizin geeignete Maßnahmen sowie bereitwillige Ärzte³, die solchermaßen neuartige Behandlungen wunschgemäß in die Tat umsetzen.

Schon innerhalb des traditionell definierten Zuständigkeitsbereichs der Medizin, der die Bekämpfung und Heilung von Krankheiten, die Leidenslinderung und den Erhalt der Gesundheit umfasst, wachsen die technisch-medizinischen Möglichkeiten der Behandlung des erkrankten und verletzten menschlichen Körpers beträchtlich, was nicht nur zu einer enormen Verbesserung bestehender therapeutischer Ansätze, sondern auch zu ganz neuen Therapieoptionen führt – Optionen, die bislang nur zu wünschen waren. Doch gerade auch außerhalb therapeutischer Zusammenhänge werden medizinische Maßnahmen immer öfter als geeignete Mittel angesehen, um sich Wünsche zu erfüllen, die ohne ärztliche Hilfe so nicht realisierbar sind. Der Einsatz von Medizin für Zwecke, die nicht zu den herkömmlichen Zielen der Medizin zählen, wird dabei nicht nur von Interessierten gesucht und angefordert, entsprechende Leistungen werden auch von Ärzten zur nichttherapeutischen Anwendung angeboten und umgesetzt.⁴ Und das beileibe nicht nur, um das Altern mit seinen Begleiterscheinungen zu bekämpfen.

Wer mit seinem äußeren Erscheinungsbild nicht zufrieden ist, kann seine Gestalt durch operative Eingriffe wunschgemäß formen lassen, sich die Haut straffen, überschüssige Körperteile entfernen und fehlende ergänzen lassen. Wer gerne leistungsfähiger wäre, kann seine motorischen und kognitiven Fähigkeiten mit Hilfe von Medikamenten und Implantaten erheblich steigern. Wer sich emo-

2 Schmitt/Homm (2008), S. 13.

3 Im Folgenden wird ausschließlich der leichteren Lesbarkeit halber durchweg die männliche Form verwendet, ohne damit eine entsprechende inhaltliche Bedeutung – und Beschränkung – zu implizieren. Ärztinnen, Patientinnen etc. sind selbstverständlich immer mitgemeint.

4 Vgl. Maio (2007c).

tional nicht mehr von äußeren Einflüssen und unberechenbaren Launen bestimmen lassen möchte, kann seine Stimmung mit pharmakologischen Mitteln oder gar neurostimulierenden Interventionen auf Knopfdruck heben. Wessen Kinder sich nicht planmäßig und kontrolliert verhalten, kann den zappeligen Nachwuchs mit Tabletten ruhig stellen. Wer willens, aber nicht fähig ist, sich auf natürlichem Wege fortzupflanzen (weil der Partner unfruchtbar ist oder dem selben Geschlecht angehört; weil es gar keinen Partner gibt), kann mit Hilfe der Reproduktionsmedizin eigene Kinder bekommen, während Menschen, die fähig, aber nicht willens sind, sich fortzupflanzen, unerwünschten Nachwuchs mit ärztlicher Unterstützung verhindern können. Wer ungewollt schwanger geworden ist, kann die Schwangerschaft von einem Arzt abbrechen lassen. Wer – gewollt schwanger – die Geburt wunschgemäß terminieren oder den Strapazen einer natürlichen Geburt aus dem Weg gehen will, kann sein Kind mittels einer Wunschoperation zur Welt bringen. Wer sicherstellen will, dass das eigene Kind nicht behindert sein wird oder wer sich ein Kind mit einem bestimmten Geschlecht wünscht, kann sich diese Wünsche dank modernster Medizin erfüllen. Wer unter dem Geschlecht, mit dem er geboren worden und aufgewachsen ist, übermäßig leidet, kann dieses auf medizinischem Wege wechseln. Und wer schließlich im Sterben liegt, kann sich zur völligen Bewusstlosigkeit sedieren lassen, um das Leiden des allerletzten Lebensabschnitts zu umgehen – von der Möglichkeit, mit Hilfe medizinischer Unterstützung auf Verlangen aus dem Leben zu scheiden, ganz zu schweigen.

Diese zahlreichen Beispiele veranschaulichen, wie die Medizin und ihre Möglichkeiten heute bereits wahrgenommen, nachgefragt und genutzt werden als durch Wissenschaft und technologischen Fortschritt zur Verfügung gestellte Mittel, die in instrumenteller Weise eingesetzt werden können, um einerseits altbekannte Ziele schneller und effektiver sowie andererseits ganz neue Ziele, die bislang nur teilweise oder gar nicht realisiert werden konnten, zu erreichen. Die Einstellung zu Ziel und Zweck ärztlichen Handelns wandelt sich jedoch nicht nur auf Seiten der Adressaten und Nutznießer derartiger Maßnahmen. Auch Mediziner selbst bieten ihr Wissen und Können zur Erfüllung von Wünschen an, die nichts mit den klassisch-therapeutisch ausgerichteten Zielen der Medizin zu tun haben und stellen ihre Kompetenz in den Dienst von Selbstgestaltung und Verbesserung gesunder und normaler Menschen, die ihre körperlich-geistige Verfassung ihren persönlichen Wünschen gemäß verändern möchten. So zeichnet sich gegenwärtig eine deutliche Ausweitung des Einfluss- und Zuständigkeitsbe-

reichs der Medizin sowie des ärztlichen Handlungsfeldes ab, die durchaus als Entgrenzung bezeichnet werden kann.⁵

In dieser Expansionstendenz manifestiert sich nicht weniger als ein grundlegender Wandel und Transformationsprozess der Medizin als Ganzer. Bestimmung und Grenzen ärztlichen Handelns scheinen nicht mehr länger an die Zielsetzungen kurativer, rehabilitativer und palliativer Praxis gebunden, sondern verschieben sich mehr und mehr zu einem Verständnis von Medizin als einer Dienstleistung, die auf Wunsch angefordert und erbracht werden kann. Es liegt auf der Hand, dass gerade die Öffnung und Ausweitung der Medizin zu einem umfassenden und dabei passgenauen Angebot für jeden, ob krank oder gesund, direkt mit gesellschaftlichen Faktoren zusammenhängt und auf diese zurückwirkt. Ohnehin kann die Medizin in ihrer Bestimmung und Entwicklung nicht isoliert von ihrer kulturell-sozialen Einbettung erörtert werden. So sind auch die Lebensverhältnisse in den westlichen, pluralistischen Gesellschaften der Spätmoderne geprägt von tiefgreifenden Veränderungen, die sämtliche Lebensbereiche der Menschen durchziehen. In alltäglichen Lebens- und Arbeitsverhältnissen, im sozialen Nahbereich und Kommunikationsverhalten, in der Freizeitgestaltung und im Berufsleben spielen Eigenschaften wie Mobilität, Flexibilität und Originalität im Zeichen der epochalen Leitwerte von Individualität, Autonomie und Selbstverwirklichung sowie angesichts einer alle Lebenslagen betreffenden ‚Multioptionalität‘ eine immer wichtigere Rolle.⁶ Die Medizin, ihre gesellschaftliche Position und Funktion sowie die Einstellung, mit der ihr begegnet und in der sie praktiziert wird, sind mit dieser soziokulturell bestimmenden Entwicklung und gesellschaftlichen Prägung in einem Verhältnis gegenseitiger Wechselwirkung untrennbar verknüpft.

Allerdings stellt die Medizin einen Bereich von besonderer gesellschaftlicher Relevanz dar, der nicht nur eine privilegierte Stellung und hohes Ansehen genießt, sondern auch in spezifischer Weise reguliert, normiert und in seiner Handlungsstruktur und Zielbestimmung wesentlich an ethischen Prinzipien orientiert ist. Deshalb kann eine vielfältig ansetzende und weitreichende Erweiterung des medizinischen Tätigkeitfeldes, wie sie als Reaktion auf nichtmedizinische Ansprüche und Wünsche zu beobachten ist, nicht erfolgen, ohne die Grundfrage nach der Legitimation ärztlichen Handelns aufzuwerfen und bereits gegebene Antworten angesichts der aktuellen Herausforderungen erneut zu überprüfen.

Die moralische Bestimmung und Ausrichtung der Medizin ist verankert in einer auf eine lange Tradition zurückgehenden Zielformulierung, die primär und

5 Vgl. Viehöver/Wehling (2010a).

6 Vgl. Gross (1994).

zentral auf die Behandlung von Krankheiten bezogen ist (wenngleich sie sich nicht in kurativer Therapie allein erschöpft). Die erwünschten und zum Teil bereits praktizierten Anwendungen, in denen sich Ausweitungstendenzen manifestieren, stimmen in der überwiegenden Mehrzahl nur indirekt oder in einem sehr geringen Maße mit den klassischen Zielen der Medizin überein, bei vielen ist selbst ein schwacher Bezug fraglich, und einige lassen sich überhaupt nicht mehr mit einer auf Krankheit bezogenen Behandlungsintention in Verbindung bringen.

Nicht zuletzt wegen der mangelnden Rückbindung an das traditionelle und etablierte Selbstverständnis und Ethos der Medizin zieht die Tendenz zur Expansion des ärztlichen Handlungsbereiches vielfältige Kritik auf sich.⁷ Dabei zeigt sich jedoch, dass Versuche, gegen eine Ausweitung der Medizin allein mit Verweis auf die hippokratische Tradition und bisherige Bestimmung ärztlichen Handelns zu argumentieren, erheblichen begründungstheoretischen Schwierigkeiten ausgesetzt sind. So wird mittlerweile vermehrt angezweifelt, ob das für das klassische Verständnis zentrale Konzept des Krankheitsbegriffs als Bezugspunkt für die Definition heutiger Medizin noch geeignet und als Grundlage einer normativen Abgrenzung zwischen Therapie und Enhancement haltbar ist.⁸ Gerade für Grenz- und Graubereiche zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Anwendungsfeldern, die die Ausweitungstendenz in charakteristischer Weise hervorbringt, gilt vielen die Differenzierung zwischen gesund und krank bzw. zwischen (Heil-)Behandlung und Verbesserung zu uneindeutig, um die nötige normativ belastbare Klärung bringen und für die Legitimierung und Limitierung ärztlichen Handelns dienen zu können.⁹ Einige Autoren plädieren angesichts der Probleme und Unschärfen, die diese Unterscheidungen aufweisen, dafür, den Krankheits- und Therapiebegriff als normative Konzepte für die Medizin ganz fallen zu lassen.¹⁰ Außerdem existieren bereits Bereiche innerhalb des medizinischen Feldes, in denen eine Orientierung am Krankheitsbegriff bzw. die auf Krankheit ausgerichtete Zielbestimmung entweder nie existiert haben oder ganz aufgegeben und durch andere, außermedizinische Kriterien ersetzt worden sind,

7 Vgl. Kass (1985); PCBE (2003b); Maio (2006); Pöltner (2007); Eibach (2008); Schockenhoff (2008); Unschuld (2009); Asmuth (2011); Lanzerath (2011).

8 Vgl. Juengst (1998); Daniels (2000); Lenk (2004); Synofzik (2006); Biller-Andorno (2008); Düwell (2009); Quante (2009); Talbot (2009); Heiling (2010).

9 So etwa jüngst Willy Viehöver und Peter Wehling, die befinden, „dass die Unterscheidung von Therapie und Enhancement kaum geeignet erscheint, klare medizinische und ethische Orientierungen zu bieten, geschweige denn konsensfähige Grenzen legitimieren medizinischen Handelns zu benennen“. Viehöver/Wehling (2010b), S. 15.

10 Vgl. Wiesing (1998); Synofzik (2006); Ach/Lüttenberg (2010).

um das ärztliche Handeln zu rechtfertigen – so wie in Teilen der Geburts- und Fortpflanzungsmedizin, der Rechtsmedizin und der Sportmedizin. Wenn insofern der Krankheitsbegriff und damit die Unterscheidung zwischen Therapie und Enhancement ihre Überzeugungskraft als belastbare Kriterien für die Abgrenzung nichtmedizinischer Ziele von medizinischen Zielen verlieren, scheint es für eine einheitliche und normierende Bestimmung legitimer Ziele der Medizin kaum mehr plausible und tragfähige Möglichkeiten zu geben.

Damit wäre ganz im Sinne einer konsequenten Stärkung der freien Mit- und Selbstbestimmung des Patienten, des obersten und weithin verbindlichen Grundwertes medizinischen Handelns und medizinethischer Prinzipien, für die Rechtfertigung neuartiger ärztlicher Eingriffe die Achtung des autonomen Willens bzw. des informiert vorgebrachten Wunsches des Patienten bzw. Klienten als maßgeblicher Bezugspunkt anzusehen. Entsprechend würde ärztliches Handeln zu einer optionalen Dienstleistung auf Wunsch und Medizin zu einem freien Angebot zur Selbstgestaltung transformiert werden können.

Für diese Idee einer individualisierten Wunschmedizin für Selbstzahler hat in den letzten Jahren die von Matthias Kettner geprägte Formel der „wunscherfüllenden Medizin“ im deutschen Sprachraum für Aufmerksamkeit gesorgt.¹¹ Kettner sieht in dem Phänomen einen langfristigen Trend, der auf einen tiefgreifenden „Gestaltwandel der Medizin“¹² hinausläuft. In Kontrast zur kurativen Medizin stellt er als Hauptmerkmal wunscherfüllender Medizin vor allem eine stark gesundheitsorientierte Einstellung und Herangehensweise heraus, die medizinisches Wissen und Können primär als „Assistenz zum besseren Leben“¹³ in Anspruch nimmt. Auch wenn verschieden gelagerte Kritik an Kettners Begrifflichkeit und an seiner Charakterisierung der neuen Medizinrichtung vorgebracht wurde, so stimmen doch mehrere Autoren, die sich in der Folge mit dem Konzept auseinandergesetzt haben, mit Kettner darin überein, dass im Zuge des beschriebenen Gestaltwandels die Wünsche der Nutzer medizinischer Leistungen

11 Zuerst in Kettner (2005), vgl. auch Kettner (2006b) sowie Kettner (2009). Unter der Federführung Kettners stand auch 2006 die Jahrestagung der *Akademie für Ethik in der Medizin* unter dem gleichlautenden Thema. Kettner versteht seine Begriffsprägung als „philosophisch konstruiertes Beobachtungsinstrument“. Kettner (2006b), S. 85.

12 Ebd., S. 82.

13 Kettner (2006a).

zur ausschlaggebenden Bezugsgröße für Behandlungsentscheidungen werden.¹⁴ Demnach nimmt wunscherfüllende Medizin exakt die Folgerungen auf, die sich aus der Erschütterung und Erosion traditioneller Leitwerte und einer normativ verbindlichen Zielbestimmung für ärztliches Handeln ergeben und betont nicht zuletzt durch die prägnante Titelgebung die maßgebliche legitimatorische Funktion des Wunsches.

2. Wünsche in der Medizin: Theoretische Relevanz

Angeichts der zentralen Stellung, die dem Patienten- bzw. Klientenwunsch für ärztliches Handeln damit zugesprochen wird, ist eine erstaunliche Lücke in der medizinethischen und philosophischen Literatur zu dem Thema festzustellen. So existiert keine zeitgenössische Wunschtheorie, die ein anschlussfähiges Konzept für die in der künftigen Entwicklung der Medizin – eben hin zu einer wunscherfüllenden Medizin – bedeutende Legitimationsgröße des Wunsches enthält. Theoretisch-philosophische Auseinandersetzungen mit dem Wunschbegriff jüngerer Datums sind einzig in der analytischen Handlungstheorie zu finden, deren Vertreter allerdings durchweg einen – ihrem Anliegen entsprechend – sehr reduzierten Wunschbegriff zugrunde legen, der wesentlich auf handlungsrelevante Bezüge fokussiert ist.¹⁵ Einige Autoren verknüpfen im Kontext ihrer Entwürfe zu Theorien praktischer Rationalität die Funktion und Bedeutung von Wünschen so eng mit begrifflich-logischen Bedingungen vernünftigen Handelns, dass damit zwar ein funktionalistisches Moment in der Mechanik eines utilitaristischen Handlungskalküls präzise erfasst wird, welches für ein philosophisch-anthropologisches Interesse an der Übertragung theoretischer Wunschkonzepte in Bereiche der angewandten Ethik allerdings zu kurz greift und insgesamt etwas blutleer daherkommt.¹⁶

Die vorliegende Untersuchung beansprucht, mit einer breiter ansetzenden Analyse von Struktur und Bedeutung des Wunsches und des Wünschens auf diese Situation zu reagieren und versucht, die entsprechende Lücke zwischen philosophisch-anthropologischen und medizinethischen Ansätzen zu schließen. Dieses Vorhaben erscheint in dem behandelten Zusammenhang aus mindestens zwei

14 Exemplarisch dafür kommt Matthis Synofzik zu dem Schluss, dass „die subjektiven Präferenzen und Wünsche eine zentrale Entscheidungsrelevanz für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme“ erhalten. Synofzik (2009), S. 175.

15 Vgl. Kusser (1989); Gosepath (1992); Schälke (2002).

16 Vgl. Fehige (2004b) und jüngst Wessels (2011).

weiteren Gründen geboten. So lehnen manche Autoren die Kettnersche Bezeichnung der *wunscherfüllenden Medizin* für neuartige Anfragen an und Anwendungen von ärztlichem Handeln mit der Begründung ab, auch herkömmlich orientierte Medizin würde immer auch Wünsche erfüllen, weshalb der Wunschbegriff als kontrastierendes Merkmal nicht befriedigen könne.¹⁷ Doch nicht nur angesichts dieser terminologischen Kritik, die dabei einen inhaltlich wesentlichen Punkt aufgreift, erscheint eine begriffliche Klärung für die Frage nach der generellen Bedeutung von Wünschen für die Medizin angezeigt. Eine detaillierte Untersuchung des Wunschbegriffs ist außerdem vonnöten, da Positionen, die wunscherfüllender Medizin kritisch bis ablehnend gegenüber stehen, zur Begründung ihrer Kritik oft auf die vermeintlich schwache legitimatorische Kraft von Wünschen verweisen.¹⁸ Dies setzt Annahmen von der anthropologischen Bedeutung und dem normativen Status von Wünschen voraus, die allerdings nur vereinzelt explizit gemacht werden. Da Wünsche als motivationale Größen gelten, die sich in charakteristischer Weise durch Kontingenz, Kurzlebigkeit, Oberflächlichkeit, Individualität und eine stark subjektive Prägung auszeichnen können, außerdem sowohl inhaltlich als auch zeitlich sehr stark beeinflussbar sowie dem Willen des Wünschenden unterworfen sind, und nicht nur die Form ihrer Manifestation höchst variabel, sondern schon ihre Existenz arbiträr ist, erscheinen Wünsche in ihrer mangelnden Universalisierbarkeit und schwachen motivationalen Fundierung bzw. fehlenden existenziellen Dimension als Leitgrößen für die Legitimation und Orientierung medizinischen Handelns als nur sehr eingeschränkt bis gar nicht geeignet.¹⁹ Allerdings scheint ein Großteil der Wünsche, die neuerdings an die Medizin herangetragen werden, insofern nicht bloß oberflächlich-subjektivistischer Natur zu sein und mit dem Hinweis auf die bloße Wunschhaftigkeit abgetan werden zu können, als diese Wünsche sich auf die Veränderung von Zuständen und Eigenschaften richten, die zu den körperlichen und geistigen Grundlagen des Menschseins zählen oder erhebliche Auswirkungen auf diese haben. Viele der gewünschten Maßnahmen erfordern invasive Eingriffe, nicht wenige sind irreversibel.

Um eine philosophisch-anthropologische Grundlage für die Bewertung ärztlichen Handelns zu nichtmedizinischen Zwecken zu erhalten, muss angesichts der Ambivalenz und normativ-begrifflichen Offenheit des Wunschbegriffs eine weitere motivationale Größe mit herangezogen werden, mit der Wünsche untrennbar verknüpft sind. Diesen alternativen bzw. zusätzlichen Bezugspunkt bil-

17 Vgl. Synofzik (2009); Feuerstein (2011).

18 Vgl. etwa Maio (2007b); Buyx (2008); Gethmann (2008).

19 Vgl. Maio (2006); Maio (2007b).

det der Bedürfnisbegriff. Der Bedürfnisbegriff scheint eine stärkere, weil verallgemeinerbare Verbindung zur biologisch-physiologischen Verfassung des Menschen aufzuweisen und kann insofern als fundamentaler als der Wunschbegriff gelten. Indem das Bedürfnis in seiner anthropologischen Fundierung über die subjektive Kontingenz von Wünschen hinausgeht und der objektiven Komponente der Angewiesenheit auf ärztliche Hilfe – die im Krankheitsbegriff sowie den medizintheoretisch fundamentalen Konzepten von Diagnose und Indikation enthalten ist – gerecht zu werden vermag, verspricht der Bedürfnisbegriff die erforderliche handlungstheoretisch-anthropologische Ergänzung und Brücke zur medizinethischen Anwendung leisten zu können.

In der medizinethischen Literatur wird der Bedürfnisbegriff zumeist entweder in Bezug auf die grundsätzliche Anfälligkeit und Vulnerabilität des Menschen – unter dem Stichwort der Bedürftigkeit – abgehandelt oder als zu berücksichtigende Größe in gerechtigkeits-theoretischen und allokationsethischen Überlegungen zur fairen Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen aufgeführt.²⁰ Dabei bleibt jedoch angesichts der ökonomisch orientierten Fragestellungen die spezifisch philosophisch-anthropologische Dimension des Bedürfnisbegriffs recht knapp und blass bzw. wird begrifflich nicht befriedigend differenziert zwischen Bedürfnissen, Präferenzen und Wünschen vor dem Hintergrund des Wechselverhältnisses von Angebot und Nachfrage.²¹ Kettner wiederum erwähnt im Zuge seiner Charakterisierung wunscherfüllender Medizin bemerkenswerterweise – als kontrastierendes Gegenstück zum die kurative Medizin leitenden Krankheitsbegriff – das Bedürfnis als die für die Wunschmedizin maßgebliche Größe: „Wunscherfüllende Medizin widmet sich Bedürfnissen“²². Damit gibt er einen wertvollen Hinweis zur medizintheoretischen Relevanz des Bedürfnisbegriffs, dem dann allerdings nicht weiter nachgegangen wird.

Dabei spielt offenbar für die Beurteilung von Anfragen und Forderungen an die Medizin die Möglichkeit, zwischen Bedürfnissen und Wünschen differenzieren zu können, eine entscheidende Rolle. Wilhelm Kamlah spricht in seiner *Philosophischen Anthropologie* diesbezüglich davon, dass zu den Aufgaben des Arztes das Vornehmen ebendieser Unterscheidung gehört – zwischen dem, „dessen wir bedürfen, ohne es zu begehren, oder das wir begehren, indem wir es gar nicht brauchen, indem wir vielleicht besser daran täten, darauf zu ‚verzich-

20 Vgl. etwa Norman Daniels' Konzept der „health needs“ (Daniels (1981); Daniels (2008)) oder Tanja Krones' Überlegungen zum „gesundheitsökonomischen Beziehungsgeflecht von Bedürfnissen, Angebot und Nachfrage“. Krones (2009), S. 137.

21 So bei Krones (2009).

22 Kettner (2006b), S. 86.

ten“²³. Im Kontext der Diskussion um wunscherfüllende Medizin steht diese sowohl philosophisch-anthropologisch wie handlungstheoretisch ansetzende Begriffsarbeit aber noch aus.²⁴ Überhaupt kommen philosophisch-anthropologische Bezüge in der medizin- und bioethischen Literatur nur sehr vereinzelt zur Sprache. Einzig im Kontext der ethischen Diskussion um Möglichkeiten und Folgen neurowissenschaftlicher Erkenntnisse und neurotechnischer Eingriffe sowie psychiatrischer Problemlagen werden punktuell leibphänomenologische Konzepte oder etwa Motive der Anthropologie Plessners herangezogen.²⁵ Vor dem Hintergrund der begründungstheoretischen Herausforderungen, die das Aufkommen wunscherfüllender Medizin bedeutet sowie der noch kaum vorhandenen philosophisch-anthropologischen Ansätze zu dieser Frage nimmt die vorliegende Arbeit mit einer eingehenden Erörterung des Bedürfnisbegriffs bei Arnold Gehlen eine erkenntnisreiche und fruchtbare Perspektive auf ein grundlegendes Moment der aktuellen medizinethischen Diskussion auf, die bislang noch ausstand.

3. Aufbau und Vorgehen der Untersuchung

3. (a) Erster Teil: Wunsch und Bedürfnis – Handlungstheoretische Funktionen und philosophisch- anthropologische Deutungen

Nach einer kurzen theoretischen Skizze der Grundstruktur einer absichtlichen Handlung wird zunächst das Begriffspaar Wunsch/Bedürfnis aus begriffsanalytischer sowie handlungstheoretischer Perspektive untersucht. Wie sich zeigt, stellen sowohl der Wunschbegriff als auch der Bedürfnisbegriff innerhalb der motivationalen Struktur absichtsvollen Handelns wesentliche und untrennbar aufeinander bezogene Größen dar. Im Rahmen eines schematischen Handlungsmodells, das intendierte Handlungen als Zustandsveränderungen der Wirklichkeit auffasst, die einen bestehenden und als mangelhaft empfundenen Ist-Zu-

23 Kamlah (1973), S. 55. Vgl. ganz ähnlich auch Barbara Merker: „Wir mögen zwar einen privilegierten Zugang zu unseren Wünschen haben, wir haben aber keinen privilegierten Zugang zu unseren Bedürfnissen. Andere können daher unter der Voraussetzung geteilter Werte genauso gut oder sogar besser als wir selber wissen, was wir brauchen, um in einen Zustand zu gelangen, dem wir unsere Zustimmung geben.“ Merker (1998), S. 143.

24 Vgl. in diesem Sinne den entsprechenden Hinweis bei Maio (2006), S. 341.

25 Vgl. Fuchs (2000); Böhme (2003); Coenen (2008); Bohlen (2009); Hildt (2009); Kuhlmann (2011).

stand in einen angestrebten Ziel-Zustand transformieren, lassen sich Bedürfnisse als die für jede Handlung grundlegenden Größen kennzeichnen und können auf einer basaleren Ebene als Wünsche verortet werden. Während Bedürfnisse sich dabei in negativer Weise auf den mangelhaften Ist-Zustand beziehen und so den initiiierenden Ausgangspunkt von Handlungen darstellen, kommt Wünschen eine dem intentional entgegengesetzte, gleichwohl innerhalb der Handlungsgenese ebenso elementare Funktion zu, die teleologisch genannt werden kann. In Wünschen formieren sich die angestrebten Zustände und Sachverhalte, zu denen absichtsvolle Handlungen – im Idealfall ihrer planmäßigen und störungsfreien Ausführung – führen sollen. Während Bedürfnisse in der Regel mit körperlichen Zuständen und Funktionen verbunden sind und ihre Befriedigung mit einer gewissen Notwendigkeit gefordert ist, sind Wünsche zunächst auf einer abstrakten Ebene der geistigen Vorstellung möglicher und unmöglicher Sachverhalte anzusiedeln. Eine weitere Differenzierung des Wunschbegriffs lässt sich instruktiv anhand der Bedingungen der Erfüllbarkeit eines Wunsches vornehmen. Dabei zeigt sich, dass der Wunschtyp des sog. ‚Handlungswunschs‘ die Klasse jener Wünsche umfasst, die in direkter Weise handlungswirksam werden können und auf ein Bedürfnis bezogen sind. Diese Wünsche spielen im motivationalen Prozess der Entstehung einer Handlung, der (nach Harry Frankfurt) innerhalb eines zweistufigen Modells verläuft, eine Schlüsselrolle, die unmittelbar mit der handlungstheoretischen Funktion des Bedürfnisbegriffs verbunden ist. Darüberhinaus kommt dem Wunsch und dem Wünschen insgesamt eine selbstreflexive sowie identitätsbildende und damit anthropologisch überaus bedeutsame Funktion zu, die den Menschen zu rationalem Handeln überhaupt erst befähigt.

Auch der Bedürfnisbegriff ist von zentraler Bedeutung für das Verständnis der ambivalenten Grundverfassung des Menschen zwischen Natur und Kultur, wie sich aus einer philosophisch-anthropologischen Perspektive ergibt, die von der Gehlenschen Fassung des Mängelwesentheorems und dessen Bedürfnistheorie ausgeht. Dabei ist vor allem wesentlich, dass Bedürfnisse nicht als determinierte und determinierende Größen menschlichen Verhaltens verstanden werden können, die unvermittelt auftreten und ihr Subjekt aufgrund einer universellen Basalität oder einer tiefen Verankerung in körperlich-existenziellen Erfordernissen gleichsam zwingen, den jeweils zugrundeliegenden Mangelzustand zu beheben. Vielmehr müssen Bedürfnisse als zwar basale motivationale Größen aufgefasst werden, die jedoch ihrerseits nicht nur in hohem Maße plastisch und der reflexiven Aufnahme und Sublimierung zugänglich sind, sondern immer auch in einem starken Sinn formierungsbedürftig sind (Gehlen nennt dies die anthropologische Kulturleistung der „Bedürfnisorientierung“). Bedürfnisse treten demnach immer schon in sozial, kulturell und individuell ausgerichteter Prägung auf.

Nicht zuletzt finden Bedürfnisse ihre propositionale und rationalisierbare Form in der Gestalt von Wünschen.

Als Konsequenz ergibt sich aus der Gegenüberstellung des Wunsch- und Bedürfnisbegriffs, dass hinsichtlich der Ausgangsfrage nach der Einschätzung einer wunscherfüllenden Ausweitung der Medizin eine Differenzierung zwischen diesen beiden motivationalen Größen in normativ belastbarer Weise nicht erfolgen kann. Da Wünsche als Formen orientierter Bedürfnisse verstanden werden können und gleichzeitig Bedürfnisse nur orientiert auftreten können, ist eine Kritik an der Wunschhaftigkeit einer Forderung damit gleichbedeutend mit einer Kritik an der Art und Weise der Formierung des jeweiligen Bedürfnisses. Somit besteht für eine anthropologisch-handlungstheoretisch fundierte Kontrastierung der beiden Begriffe in normativierender Absicht keine Grundlage. Ohnehin stellt sich hierbei das generelle Problem der nur eingeschränkt möglichen Operationalisierbarkeit anthropologischer Begriffe für normative Kategorisierungen in der angewandten Ethik. Für die vorliegende Fragestellung nach einer Einschätzung von Bedingungen und Folgen einer Ausweitung der Medizin bieten sich daher die herkömmlichen Leitgrößen von Gesundheit und Krankheit als Differenzierungsraster an.

3. (b) Zweiter Teil: Ausweitung der Medizin – Medizintheoretische Grundlagen und medizinethische Probleme

Zunächst werden die Grundlagen und Strukturprinzipien ärztlichen Handelns entwickelt. Dabei ist neben der wissenschaftstheoretischen Sonderstellung der Medizin als „praktische Handlungswissenschaft“ (Wolfgang Wieland) das Spannungsfeld zwischen medizinisch-ärztlicher Indikation und Patientenwillen in ethischer Hinsicht von besonderer Relevanz. Im klassischen Paradigma der Medizin, das zentral an Krankheit und ihrer Behandlung orientiert ist und daher im Folgenden als *therapeutisches Paradigma* bezeichnet wird, spielt die entsprechende Zielgerichtetheit in ihrer legitimierenden und limitierenden Verbindlichkeit eine essentielle Rolle. So basiert die privilegierte Stellung der Medizin in der Gesellschaft nicht zuletzt auf dem besonderen Vertrauens- und Hilfsversprechen, das der ärztlichen Tätigkeit ihre moralische Grundlage gibt und sie in den Rang einer Profession erhebt. Nach diesen Erörterungen grundlegender Aspekte medizinischen Handelns wird eine Entwicklung des Verständnisses von Gesundheit nachgezeichnet, die von dem Gesundheitsbegriff als der Komplementärgröße des Krankheitsbegriffs und damit des Kerns des therapeutischen Paradigmas ausgeht, in deren Verlauf Gesundheit aber mehr und mehr als unabhängige Größe in den Blick gerät und als direkter Ansatzpunkt für die Medizin und ihr Wirken herangezogen wird. Der dieser Herangehensweise der Herstellung und Stei-

gerung zugrundeliegende und durch die Akzentverschiebung transportierte Gesundheitsbegriff wird im Anschluss an philosophische Konzeptionen problematisiert und seine Anfälligkeit bzw. inhärente Affinität für eine Überschreitung der klassischen, auf therapeutische Ziele ausgerichteten Bestimmung ärztlicher Zuständigkeit aufgezeigt.

Hieran schließt die zentrale Fragestellung der Untersuchung an, die die Auswirkungen und ethischen Probleme einer Ausweitung des ärztlichen Handlungsbereichs vor dem Hintergrund der traditionellen Bestimmung der Medizin thematisiert. Zunächst ist es hierfür unabdingbar, die begründungstheoretischen Voraussetzungen zu klären, die im Falle von neuen Zuständigkeiten und Anwendungen medizinischen Wissens und Könnens, die nicht unter die herkömmliche Zieldefinition der Medizin fallen, gelten. Dabei werden zwei Formen der Legitimierung einer Expansion der Medizin unterschieden.

Zum einen kann die Durchführung bislang nicht praktizierter ärztlicher Maßnahmen als neuartige Anwendung der Medizin nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten sein, wenn ihre Ausrichtung unter die anerkannten Ziele der Medizin fällt, indem diese neuen Maßnahmen sich auf Zustände richten, die als Krankheiten (neu) zu klassifizieren sind. Für derartige Fälle wird vorgeschlagen, in einem zunächst wertfreien, deskriptiven Sinne von einer *Pathologisierung* vorher nicht als krankhaft angesehener Zustände zu sprechen. Eine Diskussion der Angemessenheit pathologisierender Begründungsformen verläuft dann vor allem unter medizinisch-nosologischen Gesichtspunkten und stellt den Krankheitsbegriff und seine Grenzen ins Zentrum. Nachdem zunächst entlastende und unterstützende Effekte für die Betroffenen als Chancen dieser Form der Medizinausweitung beschrieben werden, werden dann kritische Fragen gestellt bezüglich der Klassifizierung von bislang als normal und gesund geltenden Zuständen als pathologisch (was im Extremfall der – dann meist kommerziell motivierten – ‚Erfindung‘ von Krankheiten gleichkommen kann).

Neben der pathologisierenden Ausweitungs begründung wird die Möglichkeit dargestellt, eine Expansion medizinischen Handelns ganz ohne eine Bezugnahme auf den Krankheitsbegriff und den entsprechend heilungsorientierten Auftrag der Medizin zu legitimieren und zu fordern. Hierfür wird der Begriff der *Medikalisierung* eingeführt und erläutert, allerdings nicht in dem weiten, vor allem in der Medizinsoziologie vorherrschenden, sondern in einem auf die begründungstheoretische Figur der ‚neuen Ziele‘ zugeschnittenen Verständnis. Demnach kann eine medizinische Maßnahme, sofern sie gewünscht wird und die betreffende Person (als Klient, Auftraggeber oder Kunde) über die Risiken und Nebenwirkungen ihrer Anwendung aufgeklärt ist, von einem Arzt ohne Weiteres durchgeführt werden. Einer medikalisierenden Begründung nach gilt somit das

Vorliegen von aufgeklärten und authentischen Wünschen als ausreichende Voraussetzung für die Legitimation ihrer Erfüllung und der Einsatz von Medizin zur Wunscherfüllung als gerechtfertigt. Vor dem Hintergrund der dargelegten medizintheoretischen Verzahnung von Indikation, Krankheitsbezug und Zielgerichtetheit der Medizin, welche das therapeutische Paradigma konstituiert, werden erhebliche Schwierigkeiten, die mit dieser Legitimationsform einer Medizinausweitung verbunden sind, herausgestellt. So droht durch eine medikalisierende Inanspruchnahme medizinischer Maßnahmen zum einen die schwerwiegende Konsequenz einer orientierungs- und ziellosen Medizin, die als bloßes Mittel zur Erfüllung aller nur denkbaren Zwecke angefordert und instrumentalisiert werden kann. Damit würde sich die Medizin in die uneingeschränkte Abhängigkeit von gänzlich nichtmedizinischen Zielvorstellungen begeben und die Rolle eines Komplizen der jeweils angestrebten, externen Werte übernehmen. Zum anderen ist im Falle einer Aufgabe der klassischen Zielorientierung eine weitere Verschärfung der ohnehin bereits zu beklagenden Tendenz einer Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Medizin zu erwarten. Ärztliches Handeln würde mehr und mehr unter Druck geraten, als Dienstleistungsangebot konzipiert zu werden, das auf Wunsch, gegen Bezahlung und ohne eine kritische Beurteilung der ‚Bestellung‘ erbracht werden muss. Unter Verweis auf die Struktur und Grundprinzipien ärztlichen Handelns wird herausgearbeitet, dass damit das Ende des „antizipatorischen Vertrauens“ (Urban Wiesing) und der moralischen Integrität der Medizin eingeläutet werden würde.

Im letzten Abschnitt werden schließlich die wesentlichen Stränge der Analyse zusammengeführt und in dem Phänomen der sogenannten „wunscherfüllenden Medizin“ fokussiert. Dieser Bereich, der den größten Teil der Ausweitungsfornen der Medizin umfasst, wird medikalisierend legitimiert, ist in paradigmatischer Weise um ein umfassendes und entgrenztes Gesundheitsverständnis herum angelegt, funktioniert nach der Logik kommerzieller Dienstleistung und erachtet die klassische medizinische Zielsetzung mitsamt dem therapeutischen Ansatz für unerheblich zur Orientierung seines Tuns. Eine in diesem Sinne expandierende Wunschmedizin ohne Ziele und Grenzen droht alle schwerwiegenden Probleme, die für Formen der Medikalisierung gelten, in besonderem Maße aufzuwerfen.

3. (c) Dritter Teil: Anti-Aging-Medizin – Ein Beispiel für entgrenzte Medizin

Die theoretisch und grundsätzlich entwickelte Problematik einer Ausweitung der Medizin wird abschließend anhand des Beispiels der so genannten *Anti-Aging-Medizin* an einem konkreten Feld der Medizin dargestellt, das sich in mehrfacher

Hinsicht als besonders geeignet erweist, die Hintergründe, Dynamiken und Probleme eines Einsatzes von Medizin zur Wunscherfüllung im Zeichen der paradigmatischen Leitgrößen von Prävention, Eigenverantwortung und Gesundheitssteigerung jenseits therapeutischer Zielsetzungen aufzuzeigen.

Erster Teil: Wunsch und Bedürfnis

Wunsch und Bedürfnis

Handlungstheoretische Funktionen und
philosophisch-anthropologische Deutungen

A. HANDLUNGEN ALS VERÄNDERUNGEN DER WIRKLICHKEIT

Eine philosophische Untersuchung des Begriffspaares Wunsch und Bedürfnis kommt nicht umhin, einen grundsätzlichen Blick auf die Struktur und das motivationale Gefüge von Handlungen zu richten. Aus einer entsprechenden handlungstheoretischen Einbettung lassen sich so Erkenntnisse gewinnen, die in ihrem grundlegenden Gehalt nicht nur für die nähere theoretische Bestimmung dieser praktischen Schlüsselbegriffe fruchtbar sind, sondern die darüber hinaus für das vorliegende, spezielle Handlungsfeld der ärztlichen Praxis wertvolle Einsichten bereitstellen. Anhand einer modellhaften Analyse der Grundstruktur einer Handlung lässt sich gut erkennen, welche Rolle der Wunsch- und Bedürfnisbegriff für das Verständnis und Erklären von menschlichem Handeln spielt.¹

-
- 1 Im Folgenden wird dabei von einer idealtypischen Betrachtung von Handlungen ausgegangen, die schematisiert verläuft und so der Komplexität der handlungstheoretischen Diskussion, die mittlerweile ganze Bibliotheken füllt, nicht gerecht zu werden beansprucht. Für das vorliegende Erkenntnisinteresse einer Untersuchung der anthropologischen Implikationen motivationaler Größen menschlichen Handelns erscheint dieser vereinfachende Zugang nicht nur ausreichend, sondern auch angemessen fokussiert. Zur ausgreifenden Problematik und jüngeren Diskussion zwischen kausalistischen und neo-teleologischen Handlungstheorien analytischer Provenienz siehe Horn/Löhrer (2010a), außerdem Stoecker (2002a), sowie zu klassischen Autoren und Positionen vgl. Gosepath (1999), Beckermann (1985) und Meggle (1985).

A.1 Ein Handlungsmodell

Was kennzeichnet eine Handlung? Zunächst ist eine Handlung immer die Handlung eines Subjekts, was bedeutet, dass der fragliche Akt oder die fragliche Bewegung einem – menschlichen² – Handlungssubjekt in einem verursachenden und damit verantworteten Sinne zugerechnet werden kann. Menschliches Handeln kann demnach als absichtsvolles Tun verstanden werden. Eine Bewegung, die eine Handlung ist, muss von einem Subjekt intentional verursacht und bewusst geführt werden. Dadurch unterscheidet sich menschliches Handeln von bloßem Verhalten, von unwillkürlichen körperlichen Reflexen und induzierten Reaktionen, zu denen auch Tiere fähig sind und die unter bestimmten Bedingungen sogar Pflanzen zeigen können. Wenn eine Handlung (eines Menschen) sich als bloße Bewegung herausstellt, die dem vermeintlichen Urheber zufällig und unwillkürlich zustößt, wie es bei unkontrollierbaren körperlichen Reflexen der Fall ist, verliert sie ihren eigentümlichen Charakter als Handlung, und der Ausführende kann nur mehr als passiv-exekutiver Schauplatz, nicht mehr aber als Autor oder bewirkender Urheber des Vorgangs gelten. Jede Handlung eines Menschen ist also zurückzuführen auf eine Absicht ihres Akteurs. Als handlungsauslösendes Moment ist eine Absicht dabei immer eine reflexive Größe, die von ihrem Träger bewusst gemacht werden kann – und in vielen Fällen auch muss. In aller Regel sind Absichten auf definierte Sachverhalte oder Ereignisse bezogen und können als solche bewusst gemacht werden – jemand hat die Absicht, *etwas* zu tun. Absichten lassen sich somit als motivationale Momente fassen, die propositional angelegt und strukturiert sind. Aus der Propositionalität der Absichtlichkeit ergibt sich ein weiteres konstitutives Element der strukturellen Anlage menschlicher Handlungen: ihre teleologische Dimension. Die Ausrichtung auf einen angestrebten Zweck (*telos*) belegt die Intentionalität einer Handlung und macht diese zu einem intendierten, absichtlich vollzogenen Akt. Die zweckgerichtete Absichtlichkeit lässt nun auch Rückschlüsse auf die Handlungsgründe zu, wie Elizabeth Anscombe verdeutlicht:

-
- 2 Ohne an dieser Stelle weiter darauf eingehen zu können, wird hier ein reflexiv-rationalistisch orientierter Handlungsbegriff zugrunde gelegt, der Tiere und andere eigenständige und individuell identifizierbare Verhaltenssubjekte von dieser Dimension der Lebensäußerung prinzipiell ausschließt.

„[A]bsichtliche Handlungen [...] sind jene Handlungen, bei denen die in einem bestimmten Sinn gestellte Frage ‚Warum?‘ Anwendung findet. Dieser Sinn ist natürlich der, in dem die Antwort, sofern sie positiv ausfällt, einen Handlungsgrund nennt.“³

Absichtliche Handlungen sind demnach begründete Handlungen, die zweckgerichtet erfolgen. Der Handelnde, der sich eine Handlung zunächst bewußt vorstellt, dann willentlich vornimmt, sie beabsichtigt und schließlich ausführt, möchte mit ihr etwas erreichen, verfolgt mit ihrer Ausführung einen Zweck. Dabei ist freilich allein die intendierende Dimension der Zweckgerichtetheit relevant, ob der Handelnde mit seinem Tun den beabsichtigten Effekt dann auch real erreicht, ob sich aus der Handlung tatsächlich das Bezweckte ergibt, spielt hierbei nur eine nachgeordnete Rolle.⁴ Für die Erklärung einer Handlung als beabsichtigtem Vorgang, die die motivationale Struktur von Vorlauf und Auslösung verstehen und erläutern will, ist die Berücksichtigung der tatsächlich eintretenden Handlungsfolgen nicht notwendig. Faktoren, auf die der Handelnde keinen Einfluss nehmen kann (etwa weil er diese zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns gar nicht kennt sowie unerwartete Wirkungen), können im Verlauf eines Handlungsprozesses freilich eine entscheidende Rolle spielen und gerade für einen externen Beobachter den Sinn einer bewußt und geplant vollzogenen Handlung verschleiern oder gar entstellen. Lässt man die Dimension der externen Einflussfaktoren also beiseite und betrachtet ganz im Sinne einer Untersuchung der motivationalen Struktur menschlichen Handelns dieses aus der internen Perspektive des handelnden Subjekts, so rücken all jene motivationalen Größen in den Blick, die den intentionalen Verursachungskomplex bilden, von dem eine Handlung ihren ‚inneren‘ Ausgang nimmt. Dazu zählen neben Absichten auch Gründe, Motive, Interessen, Wünsche und Überzeugungen.

Zunächst lassen sich in einer groben Reihung Absichten als die handlungspragmatischen Initialgrößen bestimmen, die dabei allen anderen motivationalen Größen nachgeordnet sind, als sie erst spät im Verlauf einer Handlungsgeschichte auftreten und wirksam werden. In einem idealtypischen Handlungsverlauf werden Absichten in einer Weise wirksam, die nur wenig Zweifel an ihrer Bestimmung lässt. Sofern keine äußeren Faktoren, seien diese vom Handelnden berücksichtigt oder nicht, den Verlauf der Ereignisse nennenswert beeinflussen bzw. beeinträchtigen (ob hemmend, steigend, verfremdend o.ä.), hat der Han-

3 Anscombe (2010), S. 23, ähnlich auch S. 58 (§ 21).

4 Zur „Wiederentdeckung teleologischer Handlungserklärungen“ in jüngerer Zeit siehe Horn/Löhrer (2010b) sowie exemplarisch Christoph Horns Ansatz einer finalistischen Erweiterung einer teleologischen Handlungskonzeption. Horn (2008).

delnde die Absicht, genau so zu handeln, wie er schließlich handelt. Jede Handlung ist demnach die Umsetzung der auf sie bezogenen Absicht.⁵ Aus einer externen Perspektive ist damit auch relativ unproblematisch erkennbar, welche Absicht hinter einer Handlung steht. Daraus wird ersichtlich, dass Absichten nicht als eigenständige mentale Akte oder Zustände vorstellbar sind, die unabhängig von Handlungen existieren und für die sich dann erst in einem zweiten Schritt entscheidet, ob sie auch in die Tat umgesetzt werden oder nicht. Ganz in diesem Sinne versteht Wittgenstein im Rahmen seiner generellen Kritik der Vorstellung von mentalen Zuständen als eigenständigen, d.h. isolierten, von Dritten prinzipiell unzugänglichen Entitäten auch eine Handlung als Ausdrucksverhalten der jeweiligen Absicht. Er verdeutlicht die enge Verbindung von Tun und Beabsichtigen mit Beispielen von Verhaltensweisen, die als zumindest rudimentär intentional gelten müssen: „Was ist der natürliche Ausdruck einer Absicht? – Sieh eine Katze an, wenn sie sich an einen Vogel heranschleicht: oder ein Tier, wenn es entfliehen will.“⁶ Auch wenn die Einbeziehung von Tieren in den Kreis absichtsvoller Akteure einen rationalistischen Handlungsbegriff überdehnen mag, wird hieraus doch deutlich, inwiefern die jeder Handlung inhärente Intention im tatsächlich ablaufenden Handlungsgeschehen liegt und somit aus diesem ersichtlich ist. Absichten sind keine mentalen Geheimnisse des Handelnden, die selbst nach Vollzug der Handlung prinzipiell unzugänglich blieben, wie auch Anscombe bemerkt:

„Eine handlungsinhärente Absicht ist nichts so Privates und Inneres, dass der Betreffende mit der gleichen absoluten Autorität angeben kann, was er beabsichtigt, mit der er über den Inhalt seiner Träume sprechen kann.“⁷

Freilich folgt daraus nicht, dass eine bestehende Absicht realisiert werden muss, und es sind durchaus Fälle möglich (und sogar normal und alltäglich), in denen die handelnde Person bzw. diejenige Person, die eine konkrete Absicht hat, diese dann gar nicht ausführt und somit keine der Absicht entsprechende Handlung

5 Im Sinne einer realistischen, d.h. realitätsgerechten Einbeziehung der Dimension externer und für den Handelnden unverfügbaren Einflussfaktoren müsste diese Bestimmung freilich folgendermaßen präzisiert werden: Jede Handlung ist *der Versuch* der Umsetzung der auf sie bezogenen Absicht. Diese Einschränkung findet sich ganz ähnlich auch bei Julian Nida-Rümelin: „*Im allgemeinen* [Herv. T.E.] ist eine Handlung die Erfüllungsbedingung einer Absicht.“ Nida-Rümelin (1995), S. 29.

6 Wittgenstein (1999), S. 474 (§ 647).

7 Anscombe (2010), S. 61.

folgt. So weist Anscombe darauf hin, „dass man eine Absicht fassen kann, zu deren Umsetzung in die Tat man sodann gar nichts beiträgt – sei es, weil man daran gehindert wird, sei es aufgrund eines Sinneswandels“⁸. Dieser Umstand ist aber weiterhin vereinbar mit der Tatsache, dass jeder realisierten Handlung, die als solche bewusst (und beabsichtigt) vonstatten geht, notwendig eine Absicht vorausgeht, die auf genau diese Handlung gerichtet ist. Jeder Handlung ist insofern eine Absicht immanent, und die Relation von Absicht und Handlung ist in einer Weise zwingend und transparent, wie es die konstitutive Rolle der Intentionalität für den Handlungsbegriff fordert, was Julian Nida-Rümelin verdeutlicht: „Die Absichtlichkeit einer Handlung ist Bestandteil des Handlungsbegriffs. Eine ‚unabsichtliche Handlung‘ ist eine Widerspruch in sich.“⁹ So lässt sich mit Anscombe feststellen, dass – unter der Annahme eines idealtypischen Verlaufs – allein aus der Handlung selbst die jeweilige Absicht des Handelnden zu dieser Handlung offensichtlich wird, gleichgültig, unter welchen Umständen eine Person handelt: „Wenn man eine Handlung als absichtlich kennzeichnet, fügt man dem, was ihr zum Zeitpunkt der Ausführung zukommt, nichts hinzu.“¹⁰ Dass die Absichtlichkeit und damit die jeweilige Absicht, in entsprechender Weise zu handeln, schon im Begriff der Handlung enthalten ist, zeigt sich auch daran, dass es in vielen Fällen nicht nur wenig aufschlussreich, sondern vielmehr merkwürdig ist, das Moment der Absichtlichkeit überhaupt zu erwähnen, worauf auch Anscombe hinweist: „Die Frage, ob das Tun einer Person absichtlich sei, stellt sich im Regelfall gar nicht. Daher wirkt es oft sonderbar, wenn es als absichtlich bezeichnet wird.“¹¹ Insofern sind Absichten nicht mehr und nicht weniger als notwendige handlungsbegleitende bzw. -vorausgehende Momente, durch die sich Handlungen als beabsichtigtes Tun von bloßem Verhalten unterscheiden. Daraus folgt nun aber auch, dass die Untersuchung von Absichten allein nur sehr begrenzt zur Erklärung und zum Verständnis von Handlungen beitragen kann.¹²

8 Ebd., S. 22.

9 Nida-Rümelin (1995), S. 29.

10 Anscombe (2010), S. 49.

11 Anscombe erläutert dies an einem anschaulichen Beispiel: „Angenommen, ich sehe jemanden, der den Bürgersteig entlangspaziert, sich dann der Fahrbahn zuwendet, nach links und rechts schaut und jetzt, da die Luft rein ist, die Straße überquert. Es wäre nicht normal, wenn ich nun sagte, er habe die Straße absichtlich überquert.“ Ebd., S. 51f.

12 An dieser Stelle muss wiederum darauf hingewiesen werden, dass dies freilich nur das hier gewählte idealtypische, isolierte Handlungsmodell einer linearen, abschließlich von dem Handelnden beherrschten Absichts-Aktions-Folge betrifft. Ganz

A.2 Bedürfnis und Wunsch in der Handlungsgenese

Motivationale Größen, die weniger unmittelbar als Absichten mit dem Ausführen einer Handlung verbunden sind und die somit auf einer basaleren Ebene des handlungsverursachenden Geschehens zu verorten sind, sind Gründe und Motive. Eine entsprechende Differenzierung und gestufte Ordnung von Absichten, Motiven und Gründen geht im Wesentlichen auf das aristotelische Handlungsmodell zurück: „Der Ursprung einer Handlung [...] ist ein Vorsatz, und der Ursprung des Vorsatzes ist das Streben und die Überlegung, die auf einen Zweck gerichtet ist.“¹³ Dem „Vorsatz“ (orig. *prohairesis*) entspricht die Absicht, während der Ursprung des Handlungsursprunges, „das Streben und die Überlegung“ als das Motiv und die Gründe verstanden werden können. Mit Aristoteles läßt sich nun feststellen, dass allein die Aufklärung des Ursprunges einer Handlung – also des Vorsatzes bzw. der Absicht – diese noch nicht annähernd erklärt, sondern hierfür der Ursprung dieses Ursprunges – das Streben und die Überlegung bzw. das Motiv und die Gründe – bestimmt werden muss. Dies kann an einem alltäglichen und angemessen einfach strukturierten Beispiel erläutert werden: Frau X betritt ein Restaurant – ein Vorkommnis, dessen Status als Handlung kaum bezweifelt werden dürfte.¹⁴ Dieser Vorgang wird nun in keiner Weise verständlich oder sinnvoll erklärt allein durch die Kenntnis der Absicht von Frau X, das Restaurant zu betreten. Die entsprechende Absicht (das Restaurant zu betreten) ist vielmehr das unverzichtbare Element, das aus dem beobachtbaren Geschehen, der betreffenden Zustandsänderung – die darin besteht, dass Frau X sich nun nicht mehr vor, sondern in dem Restaurant befindet – eine Handlung macht. Dass Frau X das Restaurant betritt, heißt demnach nichts anderes, als dass sie ihre Absicht, dies zu tun, realisiert. Die Absicht zu kennen, bedeutet

anders als bei einem derartigen theoretischen, in diesem Sinne unrealistischen Handlungsmodell – gewissermaßen ‚unter Laborbedingungen‘ – spielt die Ermittlung und Untersuchung ‚tatsächlicher‘ Absichten dagegen eine wichtige explikativ-aufklärende Funktion in Fällen, in denen realisierte Handlungsabsichten in ihrem realen Verlauf teilweise oder völlig von externen Faktoren (äußeren Ereignissen, Handlungen anderer Akteure etc.) überlagert werden und nur mehr als verhängnisvolle Impulse von Reaktionsketten unzureichend bekannter oder einkalkulierter äußerer Einflussgrößen wirken.

13 Aristoteles (2006), S. 195 (NE 1139a32).

14 Vorausgesetzt, es handelt sich bei Frau X um einen Menschen und nicht um einen ferngesteuerten Androiden, eine Außerirdische o.ä.

aber nicht, die Handlung in einer Weise zu erklären oder zu verstehen, die über die Kenntnis der Handlung bzw. deren Beschreibung hinausginge. Die Absicht ist vielmehr schon *per definitionem* in und mit der Handlung explizit, insofern diese eine Handlung (und damit beabsichtigt) ist. Die Frage, warum Frau X das Restaurant betritt, mit dem Hinweis auf die entsprechende Handlungsabsicht zu beantworten, könnte allenfalls als Hinweis verstanden werden, dass Frau X bewusst und aus freien Stücken, d.h. weder gezwungenermaßen noch zufällig ihre Position (vor dem Restaurant) verändert hat (in das Lokal). Der bloße Hinweis auf eine Absicht ist deshalb nicht zufriedenstellend und verfehlt die Frage der Handlungserklärung, welche vielmehr Motive und Gründe, die Frau X zu ihrer Aktion bewegt haben, ermitteln will.

Eine tatsächliche Erklärung und ein substanzielles Verständnis einer Handlung kommen dagegen nicht umhin, über eine Explikation der Absicht hinauszugehen und weiterführende motivationale Größen zu eruieren, auf die die Handlung (und die damit zusammenhängende Handlungsabsicht) zurückführt. Die Frage, warum Frau X das Restaurant betritt, ist somit gleichbedeutend mit der Frage, warum sie beabsichtigt, das Lokal zu betreten. Sofern nun die Handelnde auf überlegte und rationale Weise agiert, wird sie Auskunft geben können, die ihr Tun verständlich machen sollen. Im Regelfall werden diese Auskünfte zur Erklärung und auch Rechtfertigung des eigenen Handelns propositional verfasst sein. Mit derartigen Erklärungsansätzen für willentliche Handlungen kommen hinter den Absichten, die Handlungen unmittelbar vorausgehen und diese auslösen, die Gründe und Motive, die Menschen antreiben und zu ihrem Tun veranlassen, in den Blick.

Dabei spielen Gründe eine bedeutendere Rolle als Motive, was nicht zuletzt an dem jeweiligen Grad der Propositionalität liegt. Motive fungieren im motivationalen Hintergrund bzw. Vorlauf einer Handlung eher als großflächig angelegte Charakterisierungs- und Interpretationsmuster des Handelnden und seiner grundsätzlichen Dispositionen, die auch – aber eben nicht ausschließlich – in die konkrete Handlungsgenese einfließen. Demgemäß lassen sich kausale Handlungserklärungen an Motiven weniger leicht dingfest machen, da diese mit Anscombe „eher ein Ausdruck der Gesinnung“¹⁵ des Handelnden sind. So zählen zu typischen und häufig vorfindlichen Motiven Gefühlslagen, Stimmungen und Verfasstheiten wie Liebe, Haß, Mitgefühl, Rache, Dankbarkeit etc. Die Aufklärung über Motive trägt zum Verständnis und zur Erklärung von Handlungen vor allem dadurch bei, dass individuelle und konkret benennbare Handlungsziele und -absichten in Angaben zu den grundlegenden Einstellungen und emotional-

15 Anscombe (2010), S. 36.

affektiven Verhältnissen eingebettet werden, die den Handelnden betreffen und in denen er steht. Motiven kommt somit eher eine ergänzende, interpretative Funktion einer „gefühlsmäßigen Charakterisierung“¹⁶ zu.

Im Vordergrund von Erklärungen menschlichen Handelns stehen dagegen Gründe. Handlungen sind Verhaltensweisen, die sich nicht nur dadurch auszeichnen, dass sie absichtsvoll ablaufen, sondern Handlungen sind auch begründete Aktionen. Als handlungswirksame Gründe gelten nach einem weitverbreiteten Modell der Handlungstheorie solche mentalen Einstellungen, die aus einer Kombination einer Meinung mit einem Wunsch des Handelnden bestehen (die als *belief-desire*-These einschlägige Auffassung geht zurück auf einen einflussreichen Aufsatz von Donald Davidson¹⁷). Dabei kommt in dem Wunsch (*desire*) der motivational angestrebte Weltzustand zum Ausdruck, während die Meinung¹⁸ (*belief*) ein konditionales Verhältnis zwischen der betreffenden Handlung und ihrer Wirkung beinhaltet, d.h. der Handelnde davon ausgeht, dass die Handlung geeignet ist, das gewünschte Ziel zu erreichen. Derart gebildete Handlungsgründe sind in doppelter Weise propositional angelegt, indem zum einen die Wünsche auf Zustände gerichtet sind, deren Eintreten angestrebt wird (X wünscht, *dass* etwas der Fall ist), und zum anderen die entsprechenden Meinungen ebenfalls in paradigmatischer Weise als propositional verfasste mentale Zustände gelten können (X glaubt bzw. meint, *dass* die Handlung H zum erwünschten Resultat führt).¹⁹ So schließen sich mit Blick auf die Genese einer Handlung nicht nur Fragen danach an, welche Rolle der entsprechende Wunsch spielt und worauf er verweist, sondern auch die Frage, worauf Gründe ihrerseits gründen, d.h. durch welche Faktoren ihr propositionaler Gehalt gebildet wird. Wie also sind Handlungswünsche und Handlungsgründe genealogisch zu verstehen und

16 Ebd., S. 55.

17 Siehe Davidson (1990).

18 In deutschen Übersetzungen wird gemeinhin von ‚Überzeugungen‘ gehandelt, was jedoch nicht vollständig überzeugen kann, bezieht man die in Handlungskontexten nicht unerhebliche Möglichkeit des diesbezüglichen Irrtums ein. So erscheint es doch treffender, *beliefs* mit ‚Meinungen‘ zu übersetzen, um so das subjektive und zeitlich kontingente Moment der Kausalannahmen des Handelnden zu transportieren, welche dessen Handlungsgründe bestimmen.

19 So lassen sich gemäß der Sprechakttheorie auch Formen sprachlich charakterisierter Intentionalität als wesentlich propositional kennzeichnen: „Überzeugungen sind Überzeugungen, dass etwas der Fall ist, Befürchtungen sind Befürchtungen, dass etwas geschieht, Wünsche sind Wünsche, etwas zu tun, etwas zu haben, etwas zu erleben“. Nida-Rümelin (1995), S. 24.

worauf verweisen sie? Von ebenfalls formulierbaren Absichten unterscheiden sich Wünsche und Gründe nun wesentlich durch eine größere praktische Distanz zu Handlungen. Während Handlungsabsichten im Idealfall der ungestörten Ausführung unmittelbar mit den entsprechenden Taten einher gehen, ist die kausale Verbindung von Wünschen und Gründen zu Handlungen weitaus schwächer und nicht notwendig wirksam. Dies wird schon an dem zeitlichen Abstand ersichtlich, der zwischen dem Fassen von Handlungswünschen oder der Formulierung von Handlungsgründen und dem tatsächlichen Ausführen der entsprechenden Handlung liegen kann.

Wie es scheint, sind sowohl Wünsche als auch Gründe Ausdruck und Folge motivationaler Zustände, die im Sinne einer rational-reflexiven Stufung tiefer liegen als jene kognitiv angelegten und deutlich propositionalen Antriebsgrößen. Doch was macht nun diese Zustände aus, die Handlungen letztlich initiieren? Worauf läßt sich Handeln zurückführen, worauf reagiert eine Tat? Zur Beantwortung dieser Fragen empfiehlt es sich, nicht nur vom tatsächlichen Verlauf, sondern auch von dem konkreten Ziel einer Handlung abzusehen und den Blick an den Anfang der Handlungsgenese zu richten.

Hierfür gilt es, sich einen zunächst banal erscheinenden Umstand klar zu machen. Eine Handlung kann aufgefasst werden als ein Ereignis bzw. eine Folge von Ereignissen, die die Welt in ihrer Beschaffenheit, in ihrem Zustand (vor der Handlung) verändern. Eine Handlung macht in diesem Sinne einen Unterschied, sie bewirkt eine Veränderung. Diese Veränderung kann verstanden werden als Übergang von einem Weltzustand vor Ausführung der betreffenden Handlung (Ist-Zustand) zu einem Weltzustand nach dieser vollzogenen Handlung (Soll-Zustand). Daran anschließend ergibt sich die Frage, was eine Situation als Ausgangssituation einer zielgerichteten Handlung kennzeichnet, die diese Handlung als teleologisches Geschehen verstehbar und folgerichtig macht und unter bestimmten Voraussetzungen sogar unausweichlich erscheinen lässt.

Dabei ist entscheidend, dass die fraglichen Vorkommnisse nicht *einfach passieren*, sondern beabsichtigt und willkürlich entstehen und ablaufen. Die Transformation des vorfindlichen Weltzustands der Ausgangssituation in einen anderen, sich davon unterscheidenden, resultierenden Zustand muss also von einem Subjekt initiiert und bewirkt werden, dem die fragliche Ereignisfolge dann im Sinne von Urheberschaft und Verantwortlichkeit zugerechnet werden kann. Die personale Zurechnung einer Weltveränderung kann außerdem, sofern diese eine Handlung darstellen soll, keine zufällige oder unabsichtliche Zuordnung geschehen, die Zustandsveränderung darf nicht bloß in dem Subjekt den Ort ihres Ablaufens finden und diesem *von außen* zustoßen, sondern als Handlung muss sie ihren Ursprung und Ausgang in dem Subjekt haben, das die Handlung als Akteur

intendiert und ausführt. Diese Intention des Handelnden entspricht nun einem Willen zur Weltveränderung und bildet den Kern des teleologischen Gehalts jeder menschlichen Handlung. Da jede in diesem Sinn teleologische Handlung durch ihre zukunftsorientierte Absichtlichkeit in die bestehende Situation bzw. die zu erwartende Entwicklung derselben eingreift, ist sie geleitet von der Vorstellung eines anderen Weltzustands, der erreicht werden soll, d.h. der Handelnde will durch seine Handlung etwas ändern. Durch eine Handlung gestaltet der Handelnde die Wirklichkeit, indem er Einfluss auf den faktischen, bereits bestehenden Zustand nimmt, um einen vorgestellten und noch nicht bestehenden Zustand herbeizuführen.

An den beiden Zustandstypen, die demnach die Struktur einer Handlung einrahmen, lassen sich nun mit dem Begriffspaar Wunsch und Bedürfnis die beiden motivationalen Schlüsselgrößen festmachen, die den kompletten Prozess der Genese von Handlungen anstoßen. Während das Bedürfnis nach einer Handlung im Sinne einer Zustandsveränderung negativ an dem Ausgangszustand ansetzt (den es als mangelhaft kennzeichnet und zu verändern fordert), ist der Wunsch primär positiv auf den Zielzustand der Weltveränderung bezogen (welchen er als erstrebenswert auszeichnet und erreichen will). Als fundamentale Größen einer praktischen Anthropologie sind somit Wünsche und Bedürfnisse für jede Handlungstheorie unabweisbare Bezugspunkte, die alle weiteren, nachgeordneten motivationalen Größen wie Motive, Gründe, Interessen, Präferenzen und Absichten fundieren und diesen vorausgehen. Dies bedeutet auch, dass Bedürfnissen und Wünschen eine zentrale Funktion im Rahmen motivationaler Handlungserklärungen zukommt.

Im Folgenden wird das Begriffspaar Wunsch/Bedürfnis aus begriffsanalytischer sowie handlungstheoretischer Perspektive entfaltet und die anthropologische Dimension dieser Schlüsselgrößen erörtert. Auf dieser philosophischen Grundlage lässt sich dann nicht nur der normative Stellenwert bestimmen, der Wünschen und Bedürfnissen in konkreten medizinischen Anwendungskontexten zuerkannt werden kann; auch die These, wonach hierbei entscheidende Differenzen zwischen Wunscherfüllung und Bedürfnisbefriedigung bestehen, kann erst geprüft werden, wenn die motivationale und anthropologische Bedeutung von Wünschen und Bedürfnissen geklärt ist.

B. WUNSCH UND WÜNSCHEN

Um einen Menschen zu verstehen, muss man wissen, was die beherrschenden Wünsche sind, nach deren Erfüllung er sich sehnt.

NORBERT ELIAS²⁰

Nähert man sich dem Wunschbegriff in analytisch-systematisierender Weise, indem man die Möglichkeiten und Kontexte seiner Verwendung in den Blick nimmt, so fällt auf, dass mit und in der Rede von Wünschen²¹ sehr unterschiedliche Dinge und Sachverhalte bezeichnet und zum Ausdruck gebracht werden können, wie Dieter Birnbacher bemerkt: „Wünschen kann man sich vieles – Mögliches und Unmögliches, Realisierbares und Unrealisierbares, Nahes und Fernes, Eigenes und Fremdes.“²² Zunächst impliziert ein Wunsch als mentales Phänomen immer ein Subjekt, das wünscht, sowie ein Objekt, das gewünscht wird. Ein Wunsch ist demnach als eine positive Einstellung aufzufassen, die auf einen Gegenstand oder einen Zustand gerichtet ist.²³ Wobei präzisiert werden muss, dass – entgegen einer geläufigen Annahme und der entsprechenden Verwendung im alltäglichen Sprachgebrauch – das Zielobjekt des Wunsches nicht der gewünschte, tatsächliche Gegenstand ist, sondern vielmehr ein auf diesen Gegenstand bezogener Umstand, dessen Vorliegen von dem Wünschenden als erstrebenswert angesehen wird. Wünsche sind insofern propositional verfasst und haben stets den Inhalt, *dass* etwas der Fall ist, d.h. gewünscht werden können nur Sachverhalte – die freilich das Erlangen oder Besitzen von Objekten betreffen können. Wenn sich eine Person also einen bestimmten Gegenstand wünscht, muss dies in begriffsanalytischer Hinsicht als elliptische Ausdrucksweise dafür verstanden werden, dass sich die Person das Eintreten des (noch)

20 Elias (2005), S. 14.

21 Im Folgenden ist mit Formen der Wunschäußerung und der Verwendung des Wunschbegriffs immer auch der intrasubjektive Gebrauch mitgemeint, d.h. die ‚innere‘ Formulierung von Wünschen, die eine Person für sich vornimmt, ohne sich darüber mitteilen zu müssen.

22 Birnbacher (2005), S. 11.

23 „Unter dem Wunsch nach einem Objekt wird eine positive Einstellung gegenüber diesem Objekt verstanden“. Fehige (2004a), S. 1077. Vgl. auch Fehiges Formulierung der affektiven Positivität von Wünschen: „Was ist der Geist der Sache? [...] Es erfreut uns zu denken, dass etwas der Fall ist; es betrübt uns zu denken, dass es nicht der Fall ist – aus diesem Zeug sind Wünsche gemacht.“ Fehige (2004b), S. 83.

nicht bestehenden Sachverhalts wünscht, *dass* der betreffende Gegenstand in ihren Besitz gelangt.²⁴ Hieran wird deutlich, dass ein Wunsch immer auch Auskunft über den gegenwärtigen Zustand des Wünschenden gibt, worauf Jürgen Straub hinweist:

„Gewünscht wird ein Sachverhalt oder dessen Eintreten, womit der Wunsch auf etwas aus der Perspektive der wünschenden Person Abwesendes oder Mangelndes verweist. Wünsche sind Anzeigen von Abwesenheit und Mangel.“²⁵

Dass Wünsche Sachverhalte aufrufen, die zum Zeitpunkt des Wünschens nicht existieren, bedeutet auch, dass Wünsche stets auf einem Abgleich von realen und möglichen Zuständen in der Welt bzw. der Wirklichkeit basieren. Als Ergebnis einer solchen Gegenüberstellung des bestehenden mit einem imaginierten Weltzustand, welcher attraktiver als der Ist-Zustand eingeschätzt wird und somit wünschenswert erscheint, kommt somit immer auch ein Urteil über die tatsächliche und (zumindest teilweise) unbefriedigende Situation zum Ausdruck. Der Psychologin und Psychotherapeutin Brigitte Boothe zufolge manifestiert sich in einem Wunsch eine

„erlebte Diskrepanz zwischen einem als beglückend oder erfreulich bewerteten Soll-Zustand, dessen Erreichbarkeit ungewiß und vielleicht unbeeinflussbar ist, und einem aktuellen Ist-Zustand, der – sprichwörtlich – zu wünschen übrig lässt. Das Wünschen akzentuiert Diskrepanz.“²⁶

Ob der gewünschte Zustand oder Sachverhalt realisierbar ist, spielt für den Diskrepanzcharakter des Wunsches keine Rolle. Dies zeigt sich sehr deutlich daran, dass der Soll-Zustand, d.h. der nicht bestehende, aber erwünschte Sachverhalt nicht notwendigerweise in der Zukunft liegen muss. So können sich Wunschäußerungen neben zukünftigen Vorhaben etwa auf Ereignisse in der

24 Die Propositionalität von Wünschen stellt (wie bereits zitiert, siehe S. 32, Fn. 19) Nida-Rümelin fest: „Wünsche sind Wünsche, etwas zu tun, etwas zu haben, etwas zu erleben“. Nida-Rümelin (1995), S. 24. Vgl. auch Kusser (1989), S. 13.

25 Straub (1999), S. 90. Ähnlich betont Barbara Merker, dass „zu unserem Begriff des Wunsches eben normalerweise gehört, dass wir etwas wünschen, wovon wir glauben, dass es nicht wirklich ist“. Merker (2000), S. 139.

26 Boothe (1998), S. 203. Ganz in diesem Sinne spricht Straub von einer durch Wünsche angezeigten Differenz: „Wünsche sprengen den Rahmen der Gegenwart, sie signalisieren Differenzerlebnisse.“ Straub (1999), S. 86.

Vergangenheit oder auf aktuell bestehende Zustände richten. Dabei können Wünsche in kommunikativen Zusammenhängen sprachpragmatisch als Äquivalent zu imperativischen Sprechakten wie Befehlen, Bestellungen und sonstigen Aufforderungen fungieren, sie können dem Gegenüber persönliche Verbundenheit und Einverständnis signalisieren oder aber auch ganz ohne intersubjektive Funktion (etwa im inneren Monolog oder Selbstgespräch) auf kommende Entwicklungen bezogene innere Einstellungen oder momentane Befindlichkeiten zum Ausdruck bringen.

Alle entsprechend zu differenzierenden Bedingungen und Kontexte, unter denen Wünsche entstehen und in denen gewünscht wird, verbindet ein Moment, das damit als allgemeines Grundmerkmal des Wunsches und Wünschens bezeichnet werden kann: jeder Wunsch drückt ein Vorzugsverhältnis aus und ist von positiver Intentionalität. Dementsprechend lautet eine in der Psychologie gängige Definition, die einen Wunsch als „Sehnsucht nach der Erlangung eines begehrten Gegenstandes oder nach dem Zustandekommen eines in der Vorstellung als lustvoll bewerteten Ereignisses“²⁷ bestimmt. Während die eindeutig positive Bewertung des Gewünschten durch den Wünschenden, welche die Realisierung des gewünschten Zustands unweigerlich als erstrebenswert setzt, alle Varianten und Typen von Wünschen kennzeichnet, sind erhebliche Unterschiede festzustellen, wenn es darum geht, ob und unter welchen Umständen und Voraussetzungen die gewünschten Zustände überhaupt eintreten können. Damit stellen die Realisierungsbedingungen von Wünschen ein grundlegendes Differenzierungskriterium für das breite Spektrum an Wunschtypen dar.

B.1 Wunschtypen: Das Kriterium der Erfüllbarkeit

Eines der fundamentalen Kriterien zur Binnendifferenzierung des Wunschbegriffs ist das Kriterium der Erfüllbarkeit. Anhand der Antwort auf die Frage, ob eine entsprechende Wunscherfüllung, also das tatsächliche Eintreten des gewünschten Zustands überhaupt möglich ist, lassen sich zwei Grundtypen von Wünschen unterscheiden. So können einerseits Wünsche, deren Erfüllung unter keinen Umständen möglich ist, als *unrealistische Wünsche* und andererseits grundsätzlich erfüllbare Wünsche als *realistische Wünsche* bezeichnet werden. Dabei ist bemerkenswert, dass in vielen Fällen die entscheidenden normativen und intersubjektiv relevanten Implikationen eines Wunsches und von Wunsch-

27 Bertelsmann-Lexikon der Psychologie. Gütersloh 1995, S. 526, zitiert nach Mägfrau (2007), S. 19.

äußerungen an diese Frage nach der grundsätzlichen Realisierbarkeit geknüpft sind. Am (theoretischen) Status und (praktischen) Verwendungszusammenhang unrealistischer Wünsche wird das sehr deutlich.

B.1 (a) Wunschträume und Bedauern: Unrealistische Wünsche

Wünsche, die auf Ereignisse und Zustände gerichtet sind, die *per definitionem* gar nicht eintreten können, die, ganz gleich, welche äußeren Umstände entstehen oder hinzukommen mögen, unerfüllbar sind, sind in einem gewissen Sinn Wünsche *par excellence*. Solche unrealistischen Wünsche sind mit keinerlei realistischen Aussichten auf Erfüllung verbunden und haben demnach auch keine direkten Auswirkungen in der Wirklichkeit zur Folge – zumindest keine realen Auswirkungen, die direkt auf die Erfüllung des (unrealistischen) Wunsches abzielen. Diese Auslegung des Wunschbegriffs, die die Unerfüllbarkeit zur definitorischen Grundbedingung macht und darin ihr motivisches und strukturelles Zentrum hat, spielt vor allem in der Psychologie und der auf Freud aufbauenden Psychoanalyse eine wichtige Rolle. Für die Theorie und Analyse des Unbewussten und der Traumdeutung ist nach einer einschlägigen Bestimmung der Wunsch in seinem Ursprung „nicht Beziehung zu einem realen Objekt, unabhängig vom Subjekt, sondern Beziehung zur Phantasie“²⁸. Damit ist der Wunsch klar abgegrenzt von jenen ‚realistischen‘ Formen motivationalen Strebens, die ungebrochen in pragmatische Überlegungen und praktische Schritte zur Umsetzung der beabsichtigten Weltzustandsänderungen münden und insofern als direkt handlungsorientiert bezeichnet werden können. Brigitte Boothe formuliert diese praktische Wunschtheorie sehr deutlich:

„Der Unterschied zwischen Wünschen und Wollen liegt darin, dass die Wunschvorstellung letztlich selbstgenügsam ist. Von Wünschen aus gibt es keine direkten Wege zum Handeln.“²⁹

Dieser Wunschbegriff verortet das Wünschen also ausschließlich im Bereich der Gedankenspielerlei und lustvollen Imagination unrealistischer Szenarien und unrealisierbarer Weltentwürfe. Während die Fokussierung auf Realitätsverneinung

28 Laplanche/Pontalis (1973), S. 636. Vgl. zur zentralen Stellung einer Wunschtheorie für die Psychoanalyse auch Brigitte Boothe: „Die Psychoanalyse hat von Beginn an die Macht des Wünschens betont, so sehr, dass sie diese in den Mittelpunkt ihrer Theorie des psychischen Lebens stellte und zum Kern ihrer Krankheitslehre ausbaute.“ Boothe (2003), S. 45.

29 Boothe/Fuchs (2011).

bzw. Wirklichkeitsverweigerung für die Charakterisierung des Wunschbegriffs im Rahmen von psycho-theoretischen Konzeptionen, die sich mit der Erklärung verdeckter und schwer fassbarer Größen im Traumgeschehen und Un(ter)bewussten beschäftigen, auf der Hand liegt, ist die Kontrafaktizität auch für eine philosophische Annäherung, der es um sprachanalytische Aufklärung der Begrifflichkeit geht, ein relevantes Strukturmoment des Wünschens. So erkennt Rüdiger Bittner:

„Was ihm [dem Wunsch, T.E.] fehlt, ist ein Tun mit der Absicht auf den betreffenden Erfolg. Wer Dinge tut in der Absicht, damit eine bestimmte Sache zu erreichen, der verlangt nach ihr, ist hinter ihr her, will sie; er wünscht sie nicht bloß. [...] Wer wünscht, der tut nicht, und wer tut, der wünscht nicht.“³⁰

Demnach muss streng zwischen dem Wunsch einerseits und der Absicht, dem Wollen, Streben und Verlangen andererseits unterschieden werden. Während letztere Größen direkt und in hohem Maße handlungsrelevant sind und in aller Regel eine reale Wirkung entfalten – was sich schon daran zeigt, dass Handlungen kaum ohne eine Bezugnahme auf sie erklär- und verstehbar sind –, kennzeichnet das Wünschen eine gewisse Handlungsferne.³¹

Neben der Unrealisierbarkeit eines Wunsches kann die handlungsmäßige Folgenlosigkeit (eines realistischen Wunsches) auch auf die fehlende Absicht des Wünschenden zurückgehen, den Wunsch zu erfüllen, d.h. zur Realisierung des gewünschten Sachverhalts selbst beizutragen. Elizabeth Anscombe, die im Rahmen ihrer klassischen Untersuchung zum handlungstheoretischen Zentralbegriff der Absicht vornehmlich an handlungsorientierten, d.h. realistischen Wünschen interessiert ist, weist auf diese Möglichkeit des bloß abstrakten Wünschens hin und bezeichnet Wünsche, an deren tatsächlicher Realisierung der wünschenden Person gar nicht gelegen ist, als ‚müßige Wünsche‘. Das Hauptkennzeichen müßiger Wünsche besteht für Anscombe darin, „dass der Betreffende gar nichts unternimmt, um die Erfüllung des Wunsches herbeizuführen – einerlei, ob er es

30 Bittner (1999), S. 20.

31 Dass der Wunschbegriff weder eine unmittelbar handlungsrelevante Größe darstellen noch von der Realisierbarkeit des gewünschten Sachverhalts abhängen muss, akzentuiert auch die Brockhaus-Enzyklopädie in ihrer Wunschdefinition: „Wunsch: Verlangen, Herbeisehnen eines Erlebniszustands, das im Unterschied zum Wollen die Möglichkeiten der Realisierung des Zieles weitgehend unbeachtet lassen und das Ziel erwartungsvoll vorwegnehmen kann.“ Brockhaus-Enzyklopädie (2011).

könnte oder nicht“³². Diese Charakterisierung, die neben der grundsätzlichen Unabhängigkeit eines Wunsches von seinen Erfüllungsbedingungen auch die Möglichkeit einer daraus resultierenden Wirkungslosigkeit im Handlungsge-
schehen der wünschenden Person akzentuiert, findet sich beinahe identisch
schon in den knappen Ausführungen, die Kant in seiner *Anthropologie in prag-
matischer Hinsicht* zum Begriff des Wunsches macht:

„Das Begehren ohne Kraftanwendung zur Hervorbringung des Objekts ist der Wunsch.
Dieser kann auf Gegenstände gerichtet sein, zu deren Herbeischaffung das Subjekt sich
selbst unvermögend fühlt [...]“³³

Als wesentliches Kennzeichen eines Wunsches kann demnach gelten, dass seine
Erfüllung von dem Wünschenden weder in Erwägung gezogen noch intendiert
wird. Dies entweder, weil das gewünschte Zielobjekt bzw. der erstrebte Wunsch-
zustand sich außerhalb der Reichweite, Verfügungsgewalt und Wirkungsberei-
ches des Wünschenden befindet oder weil dieser seine existierenden Möglich-
keiten der Wunscherfüllung nicht nutzt. Nur solange man nicht tätig wird oder
werden kann, um einen Sachverhalt herbeizuführen, kann man ihn sich wün-
schen.

Im Falle definitiv unrealistischer Wünsche kann sich die Unrealisierbarkeit
nun in unterschiedlicher Form manifestieren. So können die gewünschten Sach-
verhalte typischerweise aus zeitlichen Gründen unrealisierbar sein, indem sie
Ereignisse und Handlungen in der Vergangenheit betreffen. Dies bedeutet für de-
rartig unrealistische Wünsche, dass aufgrund ihrer Rückwärtsgewandtheit, die
dem tatsächlich stattgefundenen Verlauf unumkehrbarer historischer Entwick-
lungen eine alternative Abfolge vorzieht, eine Erfüllung prinzipiell und unum-
stößlich ausgeschlossen ist. Ein Prototyp solcher vergangenheitsbezogener un-
realistischer Wünsche, deren Kernmotiv in dem Projekt besteht, ‚das Rad der
Geschichte zurückzudrehen‘, bezieht sich auf eigenes Handeln. Eine Person
wünscht sich, doch anders gehandelt zu haben, als sie es getan hat. Meist entste-
hen solche Wünsche im Lichte und unter dem Eindruck der zum Zeitpunkt der
fraglichen Handlungsentscheidung noch nicht absehbaren Folgen und Folgewir-
kungen, die die wünschende Person mit einer Korrektur ihrer vergangenen

32 Anscombe (2010), S. 104. Zur illustrierenden Erläuterung nennt Anscombe dann
allerdings ausschließlich Beispiele unrealistischer Wünsche: „Wenn die Sonne ex-
plodierte! Wenn ich den Mond in der Hand halten könnte! Wenn Troja nicht zerstört
worden wäre! Wäre ich doch Millionär!“ Ebd., S. 105.

33 Kant (2000), S. 169 (§ 73).

Handlung gerne ganz oder teilweise rückgängig machen würde. In diesen Fällen besteht der gewünschte Sachverhalt also in einem alternativen Verlauf der Ereignisse als Folge einer eigenen Entscheidung oder Handlung. Die Handlungskorrektur wird als für den gewünschten Sachverhalt notwendige Voraussetzung gewünscht. Dabei erkennt der Wünschende mit seinem Wunsch gleichzeitig die eigene Verantwortlichkeit für den weiteren Handlungsverlauf an, indem er sein Handeln als hierfür kausal wesentlich und wirksam auffasst und indem er die Möglichkeit einer alternativen Entscheidung, die ihm als solche tatsächlich offen stand und insofern eine realistische Alternative war, einräumt. Die erwünschte Alternative wird ‚im Nachhinein‘ als vorteilhafter und deswegen wünschenswerter beurteilt als die von ihm tatsächlich erfolgte Handlung bzw. getroffene Entscheidung samt der sich daraus ergebenden Folgen. Einem derartigen Wunsch, den tatsächlichen Verlauf der Ereignisse ungeschehen zu machen, geht in der Regel das Identifizieren desjenigen Punktes voraus, an dem der Impuls in eine (im jeweils relevanten Sinne) andere Richtung der Ereignisse noch möglich gewesen ist sowie das Imaginieren der sich dann an solch einen Impuls anschließenden, besseren Entwicklung. Die Äußerung eines zeitlich unrealistischen Wunsches, der sich auf eigene Handlung(sentscheidungen) in der Vergangenheit bezieht, ist insofern auch weniger als die Formulierung eines erstrebenswerten Zustands als handlungsleitende Zielvorstellung zu interpretieren, sondern ist vielmehr mit einer Äußerung von Bedauern, von Reue über eigenes Verhalten oder gar als Schuldeingeständnis gleichzusetzen. Entsprechende Wünsche werden dann oft auch gleichsam wie Stoßseufzer geäußert, die mit ihrem typisch resignativen und abschließenden Unterton lediglich insofern handlungswirksame Effekte zeigen, als sie als Anlass für das Fassen neuer Vorsätze genommen werden, um künftig ähnliche (Fehl-)Entwicklungen zu vermeiden und etwa vorausschauender oder überlegter zu agieren. Neben eigenen Handlungen können sich zeitlich-unrealistische Wünsche auch auf Umstände beziehen, auf deren Form und Verlauf die wünschende Person keinerlei Einflussmöglichkeit hat bzw. in der Vergangenheit gehabt hat. So richten sich typische Wünsche dieser Art etwa auf das Nichtstattgefundenhaben von fremdverschuldeten Unfällen, unglücklich entstandenen Zufällen und anderen schicksalhaften Ereignissen, mit denen der Wünschende in keinem direkten, d.h. kausal wirkmächtigen Zusammenhang steht. Beispiele hierfür sind etwa bestimmte politische Entwicklungen oder Verlauf und Ergebnis großer Sportereignisse (an denen die wünschende Person selbst nicht direkt, zumindest nicht in einer das Geschehen beeinflussbaren Weise beteiligt ist).

Eine besonders radikale Form von unrealistischen Wünschen sind in einem kategorischen Sinne unerfüllbar, als sie Zustände betreffen, die weder durch das

Verhalten anderer Personen oder das Wirken sonstiger nicht-menschlicher Kräfte und Einflussgrößen noch durch Korrekturen am historischen Verlauf der Ereignisse herbeigeführt werden könnten, die also unter keinen denkbaren Umständen jemals möglich (gewesen) wären und somit gewissermaßen als überzeitlich unrealisierbar bezeichnet werden können. Solche Wünsche, zu denen der klassische Wunsch nach umfassendem Weltfrieden, der nicht weniger legendäre ewige Menschheitstraum von Unsterblichkeit oder nicht zuletzt der Wunsch, in der Zeit reisen zu können, gehören, haben noch weniger als die vergangenheitsbezogenen unrealistischen Wünsche einen konkreten Handlungsbezug. Sie spielen sich in einem Bereich reiner Imagination zwischen spektakulären Visionen, utopischen Entwürfen und phantastischen Traumvorstellungen ab, der gemeint ist, wenn von ‚Wunschdenken‘ oder ‚Wunschträumen‘ die Rede ist. Bezieht man derartige unrealistische Wünsche im Sinne einer streng pragmatischen Handlungskalkulation auf konkrete Erfolgsaussichten einer Realisierung des Gewünschten, dann müssen diese Wünsche als realitätsferne Äußerungen erscheinen. Wenn man sie buchstäblich und ernst nimmt, können überzeitlich unerfüllbare Wünsche, werden sie in ihrer grundsätzlichen Unrealisierbarkeit aufrecht erhalten, als Anzeichen von Defiziten in der Wahrnehmung und Einschätzung der tatsächlich gegebenen Umstände und Handlungsbedingungen gelten. Demgemäß vermittelt das *Vokabular der Psychoanalyse*, dass

„wenn man von *wishful thinking* spricht, so liegt die Betonung auf der vom Subjekt verkannten Realität, sei es dass es die Bedingungen falsch einschätzt, die es ihm erlauben, seinen Wunsch effektiv zu realisieren, sei es dass es seine Auffassung von der Realität verzerrt, usw. Spricht man von Wunscherfüllung, so liegt die Betonung auf *Wunsch* und dessen szenischer Darstellung auf der Phantasieebene [Herv. i.O.]“.³⁴

Doch kann diese beinahe pathologisierende Interpretation der Äußerung phantastisch-unrealistischer Wünsche deren alltagssprachliche Funktion nicht vollständig und treffend erfassen. Auch wenn unrealistische Wünsche ihrem Inhalt nach nichts mit der Wirklichkeit zu tun haben, sind sie bzw. ihre Äußerungen gleichwohl nicht sinnlos im ‚wirklichen‘ Leben und in intersubjektiven Kontexten, worauf Theo Herrmann hinweist: „‚Wishful thinking‘ ist zweifellos irrational, nicht aber stets wirkungs- oder erfolglos.“³⁵ Ähnlich wie Wünsche, die die nachträgliche Änderung eigenen Verhaltens in der Vergangenheit beinhalten, sprachpragmatisch als Äußerungen des Bedauerns oder der Reue verwendet und verstanden

34 Laplanche/Pontalis (1973), S. 638.

35 Herrmann (1999), S. 55.

werden – und damit in der Realität nicht nur sinnvoll und notwendig, sondern auch sehr wirkungsvoll sein können –, können auch mit utopischen Wünschen und ihren unrealistischen Inhalten für die Realität relevante Botschaften transportiert werden. Insofern man diese Wünsche nicht wörtlich nimmt und sie nicht direkt handlungsintentional versteht, liegt der Wert solcher Wunschäußerungen unschwer erkennbar in ihrer kommunikativen Funktion, etwa als Reaktion auf den Gesprächspartner, die das Thematisierte bewertet und zu diesem Stellung bezieht. Ein als Stoßseufzer geäußelter unrealistischer Wunsch, der den Interessen und Intentionen des Anderen entspricht, kann diesem Einigkeit und Wohlwollen demonstrieren.

Auch wenn man an dem in der Psychologie und Psychoanalyse vorherrschenden Wunschbegriff die Verengung auf unrealistische Wünsche kritisieren mag, wird mit dieser terminologischen Fokussierung eine Facette der Wunschrede kenntlich, die sprachpragmatisch von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist. Gerade Wünsche eignen sich wie kaum ein zweites mentales Phänomen, Sprechakte zu vollziehen, deren Gelingen nicht mit dem buchstäblichen Gehalt der eigentlichen Wortbedeutung in Verbindung stehen muss. So künden Wunschträume von den Hoffnungen und Träumen der Person, die sie hegt, und geben damit Hinweise und Aufschluss über die Werte und Ideale, die ihr Handeln orientieren. Dass die gewünschten Sachverhalte durch entsprechendes Handeln gar nicht realisiert werden können, ist dabei von geringer Bedeutung. Auch völlig illusionslos als unerreichbare Phantastereien erkannt, können solche Utopien in Form eines regulativen Ideals konstruktive Orientierung bieten für konkretes und wirklichkeitsbezogenes Handeln. Neben der expressiven Leistung, die dem Anderen Aufschluss über die eigene Befindlichkeit und Stellung zum jeweiligen Sachverhalt gibt, können unrealistische Wünsche und ihre Äußerung auch positive Funktionen für den Wünschenden selbst erfüllen, indem sie angesichts der Unrealisierbarkeit des Wunsches einen angemessenen Umgang mit dem – zumindest vom wünschenden Subjekt – nicht zu ändernden Umstand ermöglichen und erleichtern. Diesen psychohygienischen Effekt des Wünschens betont etwa Brigitte Boothe:

„Wir wünschen uns dann etwas, wenn wir keine Chance haben, im Sinne unseres Wollens in der Welt zum Erfolg zu kommen. Wünschen ist ein Ersatz, der unser Befinden verbessert, der aber nicht zu dem Ziel führt, dass in der Welt etwas geschieht.“³⁶

36 Boothe/Goebel (2008), S. 6.

Und nicht nur das Befinden kann mittels unrealistischer Wünsche verbessert werden – indem mithilfe einer „Ventilfunktion des Wünschens“³⁷ das Sich-Abfinden mit der Tatsache der Unrealisierbarkeit des Wunsches ermöglicht wird –, auch eröffnen sich der wünschenden Person zusätzliche Wege, die eigenen Vorlieben, Ängste und Träume und damit sich selbst besser zu erkunden und kennenzulernen. In diesem Zuge ist die identitätsbildende Bedeutung kategorisch unrealistischer Wünsche für die Persönlichkeit des Wünschenden nicht zu unterschätzen. Über die Formulierung und Äußerung utopischer Wunschbilder – sofern sie authentisch, d.h. nicht völlig beliebig oder inkohärent sind – kann der Einzelne sich der Koordinaten seines Wertesystems, seiner Vorlieben und der für ihn gültigen Normen versichern, seine Persönlichkeitsstruktur differenzieren und so seine Identität und Individualität für andere erkennbar machen. Aus dieser Perspektive erscheint die reflektierte Bildung und Verwendung eigener Wünsche, seien sie noch so unrealistisch und utopisch, dann gar nicht mehr so handlungsirrelevant, wie eine realistisch ausgerichtete Erfüllungslogik nahelegt. Vielmehr gerät eine derartige Form der Selbstreflexion und Selbstformung zu einer durchaus als aktiv zu bezeichnenden Tätigkeit, dem ‚Wunsch-Handeln‘, wie Jürgen Straub hervorhebt:

„Insofern das Wünschen (und die mitunter langwierige Wunschbildung) als aktive Selbst-Gestaltung von Subjekten aufgefasst werden kann, wäre dies nämlich selbst schon ein Handeln im Sinn eines imaginativen, internalen Handelns [...]“³⁸

Ob zeitlich in die Vergangenheit gerichtet, dabei eigenes Handeln betreffend oder utopische Traumwelten herbeiphantasierend, sämtliche Formen unrealistischer Wünsche verbindet, dass sich die unrealistische Dimension ihrer verwehrteten Erfüllbarkeit in prägnanter Weise daran zeigt, dass solche Wünsche sprachlich (in aller Regel) im Konjunktiv formuliert und geäußert werden. So äußert z.B. eine Person, die nicht mehr zu ändernde, weil in der Vergangenheit liegende Ereignisse bedauert, dies mit den Worten ‚Ich wünschte, es wäre anders gekommen‘ oder im Falle eigener vollzogener Handlungen ‚Ich wünschte, ich hätte anders gehandelt‘. In diesem konjunktivischen Sprachmodus der Uneigentlichkeit kommt auch zum Ausdruck, dass man ‚tatsächlich‘ wünschen würde, wäre das Erwünschte grundsätzlich realisierbar, dass man sich das Unerreichbare schon

37 Herrmann (1999), S. 49. Für Herrmann besteht die Ventilfunktion des Wünschens in einer Art Ersatzhandlung: „Wenn man schon nicht kann, dann kann man wenigstens wünschen.“ Ebd. Vgl. dazu auch Boothe (2003), S. 46.

38 Straub (1999), S. 91.

wünschen würde, wäre es nur möglich.³⁹ Die bewusste Formulierung unrealistischer Wünsche transportiert so in der Regel das Wissen um die Aussichtslosigkeit ihrer Erfüllung, wodurch derartigen Wunschaussagen eine charakteristische kommunikative Note zukommt. Die rhetorische Besonderheit der Rede von unrealistischen Wünschen pointiert auch Anscombe (welche sie als ‚müßige Wünsche‘ bezeichnet, s.o.):

„Der elementarste Ausdruck eines müßigen Wunsches lautet etwa: ‚Ach, wenn doch nur...!‘ [...] Dabei handelt es sich um eine bestimmte Ausdrucksform, der ein bestimmter Tonfall entspricht.“⁴⁰

B.1 (b) Zwischen Glück und Planung: Realistische Wünsche

Während Wünsche, die sich durch die grundsätzliche Unrealisierbarkeit der gewünschten Sachverhalte auszeichnen, gerade in ihrer prinzipiellen Realitäts- und Handlungsferne ein Spezifikum des Wunsches und des Wünschens treffen, gibt es diesen diametral entgegengesetzte Wunschtypen, die eine prinzipielle Erfüllbarkeit implizieren bzw. voraussetzen. Solche realistischen Wünsche richten sich demnach auf mögliche, d.h. zukünftig potenziell existierende Sachverhalte. Typische realistische Wünsche hoffen etwa auf gutes Wetter (in der Zukunft) oder einen Sieg der Lieblingsfußballmannschaft, imaginieren einen Lottogewinn oder fungieren als Bestellung in einem Lokal. So sehr sich diese heterogenen Beispiele in ihrem Verwendungskontext und ihrer kommunikativen Funktion unterscheiden, eint all diese Wünsche, dass die jeweils als erstrebenswert erachteten Sachverhalte unter bestimmten Umständen tatsächlich eintreten können, die Wünsche mithin realisierbare Zustände betreffen. Deutliche Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der Möglichkeit(en), über die das wünschende Subjekt verfügt, um den gewünschten Sachverhalt herbeizuführen. So können sich realistische Wünsche auf Zustände beziehen, deren Eintreten der Wünschende direkt provozieren oder die er selbst bewirken kann (wie etwa ein unmittelbar wirksamer Handlungswunsch); realistische Wünsche können sich daneben aber auch auf Zustände beziehen, die das wünschende Subjekt selbst nicht oder zumindest nicht alleine und vollständig realisieren kann, da das Eintreten oder Vorliegen

39 Vgl. dazu auch Peter Bieri: „Wenn etwas offensichtlich unerreichbar ist, so tragen wir dem mit dem Konjunktiv Rechnung [...]. In der irrealen Ausdrucksform spiegelt sich die resignative Brechung, mit der wir über solche Wünsche sprechen.“ Bieri (2001), S. 42.

40 Anscombe (2010), S. 105.

des Gewünschten von äußeren Faktoren, die ihm nicht direkt zugänglich sind, abhängig ist (wie ein Lottogewinn oder Fußballergebnis).

Gratulationen und Glückwünsche: Expressive Wünsche

Im alltäglichen Sprachgebrauch treten am häufigsten realistische Wünsche auf, die nur extern realisierbar sind. Dabei reicht das Spektrum derartiger Wunschrealisierungen, die dem Einflussbereich des Wünschenden entzogen sind, einerseits von Sachverhalten, auf deren Entwicklung und Entstehen (oder Ausbleiben) der Betreffende keinerlei Einfluss nehmen kann (wie dem Wunsch nach Sonnenschein), bis hin zu Zustandsänderungen, die die wünschende Person zwar nicht selbst und direkt vollziehen, aber doch entscheidend initiieren kann, andererseits; letzteres kann bisweilen allein durch die Äußerung des entsprechenden Wunsches geschehen, wie im Falle einer Bestellung im Restaurant. Bei Wünschen mit überwiegend extern bestimmten Realisierungsbedingungen, deren Eintreten oder Ausbleiben der Wünschende letztlich nur abwarten kann, ähnelt die sprachpragmatische Einbettung und kommunikative Funktion in vielen Fällen der von unrealistischen Wünschen. Für beide Wunschformen gilt besonders: „Das Wünschen hat etwas mit erhoffter oder ersehnter Freude, Genuß, Erhebung zu tun“⁴¹. So ist der Wunsch nach einer bestimmten Wetterlage weniger als Aufforderung oder als handlungsrelevantes Moment der Beeinflussung bzw. des Versuchs einer Beeinflussung des weiteren klimatischen Verlaufs zu verstehen, sondern fungiert vielmehr als Ausdruck der eigenen wetterbezogenen Vorlieben und Hoffnungen. So hat der expressive Wunsch nach Sonnenschein seine Bedeutung und Funktion in der Bekräftigung der Tatsache, wie wichtig dem Wünschenden etwa das wunschgemäße Gelingen eines geplanten Ausflugs oder Vorhabens im Freien ist. Ganz ähnlich wie unrealistische Wünsche flankieren realistische, aber nur extern realisierbare Wünsche gewissermaßen in evaluativer Form die Erwartung kommender Ereignisse; sie drücken oft Vorfreude und Zutrauen aus oder dienen dazu, sich selbst und andere der eigenen Werte und Vorlieben zu versichern.

Paradigmatisch auf dieser expressiven Bedeutungsebene spielen sich persönlich adressierte und in die Zukunft gerichtete Glückwünsche ab. Wer anderen Glück wünscht, bezieht sich auf Sachverhalte, deren Eintreten und Bestehen sich auf den Wünschenden nicht unmittelbar auswirken, sondern für diesen nur indirekt relevant und wünschenswert sind. In aller Regel wünscht man nicht sich selbst, sondern anderen Glück, Gesundheit und gutes Gelingen. So fungiert auch

41 Boothe (1998), S. 209.

für Rüdiger Bittner in diesen Fällen, die üblicherweise zum Jahreswechsel, zu Geburtstagen oder Beginn bedeutender Unternehmungen und Projekte geäußert werden, „das Aussprechen eines guten Wunsches [als] das Abgeben einer Stellungnahme zum Gelingen der Prüfung, Operation, Reise, Nachtruhe, was es auch sei, des Angesprochenen“⁴². Der soziale Wert derartiger Wunschäußerungen, die Übereinstimmung und Verbundenheit, ja Zuneigung und Liebe ausdrücken können, entfaltet sich gerade angesichts der für die Gesprächspartner offensichtlichen und damit vorausgesetzten Unbeeinflussbarkeit des Wunscherfüllungsgeschehens, was Boothe hervorhebt: „Ich kann natürlich nichts Reales bewirken, aber ich kann dem Anderen vermitteln: Ich bin auf Deiner Seite. Ohne solche Äußerungen von Wohlgesonnenheit kommen wir ganz schlecht aus.“⁴³ Diese evaluativ-verständigende Dimension des Sprachgebrauchs der expressiven Wunschrede hat auch Bittner im Sinn, wenn er Wünsche bezeichnet als „bloße Stellungnahmen: Wir tun nichts in der Sache, wir greifen nicht ein. Wünschen hilft nicht: Wir setzen nur das passende Gesicht auf zu dem, was einer tut, wir machen gute Miene oder nicht.“⁴⁴ Wie hieran sehr deutlich wird, vertritt Bittner einen recht engen Wunschbegriff, der gänzlich auf Kontrafaktizität und Handlungsirrelevanz abhebt und demzufolge Wünschen praktisch zwecklos ist. Doch muss diese Zwecklosigkeit als wörtlich verstandene Wirkungslosigkeit des Wunschs nicht bedeuten, dass die Formulierung und Äußerung solcher Wünsche sinnlos wäre. So bezieht sich der intendierte und durchaus wirkungsvolle Effekt etwa von Glückwünschen, die Ausdruck von auf die Zukunft des Angesprochenen gerichteten Hoffnungen sind, in erster Linie auf den aktuellen Moment ihrer Äußerung und ist damit für die Situation der Gesprächspartner direkt relevant. Glückwünsche sind insofern echte Sprechakte, als der Wünschende sich in ihnen als dem Adressaten verbunden erklärt, etwa indem er sein Interesse an dessen Schicksal deklariert. Der Sinn der Praxis des Glückwunschs besteht demnach mit den Worten Bittners darin,

„dass wir darin die Gesinnungen offenlegen, die wir tatsächlich gegen andere hegen [...], dass wir auf diese Weise Stellungnahmen, aufrichtig oder nicht, zu künftigen Lebensabschnitten unserer Mitmenschen abgeben“.⁴⁵

42 Bittner (1999), S. 32.

43 Boothe/Goebel (2008), S. 7.

44 Bittner (1999), S. 31.

45 Ebd.

Eines der treffendsten Äquivalente solcher bloß expressiven Wünsche im mentalen und sprachlichen Repertoire menschlicher Intentionalität ist sicher das Hoffen und Beten. Diese sprechaktfunktionale Verwandtschaft führt Bittner dazu, „das Abergläubische des Wünschens“ zu erkennen, da für ihn

„Wünsche eben nichts anderes als Gebete sind und nur in der Hinsicht auf einen, der um die Erfüllung angesprochen wird, einen Sinn haben. [...] ‚Wünschen‘ im Deutschen schließlich beweist seinen Aberglauben durch das Gegenstück ‚verwünschen‘.“⁴⁶

Bittner zufolge ist dem Wünschen die kommunikative Struktur einer personalisierten Adressierung inhärent, wie es bei imperativischen oder direktiven Sprechakten wie Befehlen, Aufforderungen oder eben Gebeten der Fall ist; andernfalls ist für ihn in der Äußerung von Wünschen kein Sinn zu erkennen. Doch auch wenn Wünsche, die nur extern realisierbar sind, tatsächlich auffällige performative Parallelen zu Gebeten aufweisen, kann daraus keineswegs der Schluss gezogen werden, die einzig sinnvolle Funktion von Wünschen überhaupt bestünde in einer hilflosem Flehen vergleichbaren, gar abergläubischen Praxis. Bittner weitet seine gleichsetzende Interpretation des „bösen Wunsch[es] gegen jemanden“ als umfassendes Modell jedes Wunsches durch die Zuerkennung „magische[r] Wirksamkeit“ dann noch so weit aus, dass er zu der zweifelhaften Schlussfolgerung gelangt: „Wünschen ist tatsächlich nur der positive (oder neutrale) Sonderfall von Verwünschen.“⁴⁷ Zwar mögen sich (wider besseren Wissens des Wünschenden) mitunter durchaus auch in die Formulierung und Äußerung realistischer, aber unbeeinflussbarer Wünsche Spuren des Glaubens an eine ‚magische‘ Wirksamkeit dieser Akte mischen, was diesen dadurch etwas Beschwörendes verleihen mag, doch kann dies nicht als Beleg für die Irrationalität solcher Wünsche gewertet werden (was Bittner als „mentales Gesichterschneiden“⁴⁸ diffamiert). Vielmehr kann ein sehnender oder flehentlicher Unterton nur als Hinweis auf die übliche – und dabei sehr sinnvolle – uneigentliche Verwendung unbeeinflussbarer Wünsche verstanden werden, die nicht auf die konkret-reale Verwirklichung des gewünschten Sachverhalts in einem buchstäblichen Sinne fixiert ist. Bittner selbst gibt darauf einen Hinweis, wenn er von dem „zeremonielle[n] Charakter von Wünschen“⁴⁹ spricht, der genau diese vielschichtige Funktionalität des Wünschens auf der performativen Ebene einfängt. Wer wünscht,

46 Ebd., S. 33.

47 Ebd.

48 Bittner (1999), S. 34.

49 Ebd., S. 33.

kommuniziert immer auch, und wie er das tut bzw. welche Botschaft mit dem Wunsch transportiert werden soll, kann durchaus hinter der Wortbedeutung des Wunsches verborgen liegen, was bei expressiven, also realistischen, aber unbeflussbaren Wünschen besonders ausgeprägt zutage treten kann.

Bestellungen und Aufträge: Praktische Wünsche

Neben Wünschen, deren Erfüllung zwar an sich möglich, jedoch in keiner Weise durch den Wünschenden beeinflussbar ist (da sie ausschließlich durch externe Faktoren erreicht werden kann), gibt es realistische Wünsche, zu deren Realisierung die wünschende Person einen entscheidenden Beitrag leisten kann. Dieser Beitrag kann schlicht darin bestehen, andere Personen um die Erfüllung des Wunsches zu bitten. Zu dieser großen Gruppe von realistischen und durch den Wünschenden indirekt oder teilweise realisierbaren Wünschen zählen Bestellungen in Geschäften oder der Gastronomie, die bezeichnenderweise häufig als Antwort auf Fragen wie ‚Sie wünschen?‘ oder ‚Haben Sie sonst noch einen Wunsch?‘ geäußert werden. Technisch ausgedrückt, handelt es sich dabei um Fälle von delegierter Realisierung erwünschter Sachverhalte durch Dritte. Die wünschende Person kann oder will sich nicht selbst effektiver Mittel zur Wunscherfüllung bedienen, hat aber die Möglichkeit, andere Akteure dazu zu bewegen, die ihrerseits zur Verfügung stehenden Mittel zur Herbeiführung des gewünschten Sachverhalts einzusetzen. Bei der Äußerung eines nur durch eine andere Person realisierbaren realistischen Wunsches handelt es sich also genau genommen um die an diese Person gerichtete Bitte, für die Wunscherfüllung geeignete und nötige Maßnahmen und Mittel zu ergreifen und einzusetzen. Praktisch weisen solche Wünsche große Gemeinsamkeiten mit anderen Klassen intentionaler und sprachlicher Akte auf, deren performativ-pragmatische Funktion sie häufig erfüllen. So lassen sich nicht nur Bestellungen, sondern auch Aufträge, Befehle und sonstige Aufforderungen in Wunschäußerungen übersetzen und kommunizieren. Da alle diese Äußerungs- und Satzformen Handlungen Dritter initiieren sollen und somit auf einen praktischen Effekt gerichtet sind, lassen sie sich mit Ernst Tugendhat auch als „praktische Sätze“ bezeichnen.⁵⁰ Zu den prägnantesten Formen derartiger realistischer oder praktischer Wünsche zählen Geschenkwünsche und Bestellwünsche. Ein deutliches Zeichen ihrer delegierten Handlungsorientierung ist die Tatsache, dass die Nennung solcher Wünsche ex-

50 Tugendhat zählt zu dieser Klasse von Sätzen auch Absichtserklärungen, also Sätze, in denen Intentionen zur Sprache kommen: „Man könnte die semantisch einheitliche Klasse von Sätzen, in die die Wunschsätze, die Imperative und die Intentionssätze gehören, als praktische Sätze bezeichnen.“ Tugendhat (1976), S. 512.

plizit von der die Wunscherfüllung unterstützenden bzw. vollziehenden Person eingefordert werden kann – so lauten etwa gängige Formulierungen bei Bestellwünschen (im Restaurant oder Geschäft): „Sie wünschen?“, im Fall von Geschenkswünschen: „Was wünschst Du Dir (zum Geburtstag)?“.

Dispositionen und Absichtserklärungen: Handlungswünsche

Wünsche können sich nicht nur auf Zustände richten, die unter keinen Umständen realisierbar sind (*unrealistische Wünsche*) oder auf Sachverhalte, deren Entstehen der Wünschende in keiner Weise beeinflussen kann und die nur durch externe Faktoren herbeigeführt werden können (*expressive* bzw. *praktische Wünsche*), sondern Wünsche können auch die Änderung von Weltzuständen betreffen, die der Wünschende selbst ohne prinzipielle Probleme bewirken kann. Da zur Erfüllung derartiger Wünsche die wünschende Person nicht notwendig auf die Hilfe anderer Akteure oder das Eintreten nicht-menschlicher Faktoren angewiesen ist, sind diese Wünsche in einem bestimmten Sinn selbstbezogen und in erster Linie intrasubjektiv relevant. Dementsprechend ist der Wirklichkeitsbezug, den vom Wünschenden umsetzbare Wünsche aufweisen, auf Möglichkeiten der eigenen Beeinflussung bzw. Änderung der Wirklichkeit gerichtet und in der motivationalen Struktur der betreffenden Person unmittelbar mit eigenen Handlungen verbunden. Somit sind Wünsche und Wunschäußerungen, die sich auf Zustände richten, die der Wünschende durch eigenes Tun selbst erreichen bzw. herbeiführen kann, handlungsleitend und lassen sich als Handlungswünsche bezeichnen. Charakteristischerweise gehen diese selbst realisierbaren Wünsche aufgrund ihrer Abhängigkeit von handlungsrelevanten und damit realen Umständen mit korrespondierenden Wissenswünschen einher, worauf Julius Schälike hinweist:

„[W]er überhaupt etwas wünscht, der wünscht immer auch zu wissen, wie sich der Wunsch realisieren lässt. Da ohne Information kein intentionales Handeln möglich ist, gehört zum Wunsch, dass x Realität wird, stets auch der Wunsch, zu wissen, *wie* das zu bewerkstelligen ist. [Herv. i.O.]“⁵¹

An der sich unvermeidlich ergebenden Frage nach den instrumentellen Mitteln zur Realisierung handlungsleitender Wünsche wird die eminent praktische Dimension dieses Wunschbegriffs deutlich. Daraus ergibt sich dann auch, dass die Äußerung handlungsleitender Wünsche in sprach-pragmatischer Hinsicht gleich-

51 Schälike (2002), S. 162f.

bedeutend mit formulierten Handlungsabsichten und Ankündigungen eigener Handlungen ist.

Aufgrund der engen Verknüpfung mit Handlungen steht dieser Wunschbegriff im Bereich der analytisch geprägten Handlungstheorie und Philosophie des Geistes im Mittelpunkt des Interesses und gilt als grundlegend für Modelle zur Erklärung menschlichen Handelns.⁵² Die hierfür mittlerweile klassisch gewordene Grundfigur stammt von Donald Davidson, wonach Gründe für absichtsvolles Handeln die Kombination einer Meinung mit einem Wunsch voraussetzen. Diese so genannte „*Wunsch-Meinungs(resp.: Überzeugungs)-Konzeption* der Handlungsgründe“⁵³ (Orig. *belief-desire-model*) umfasst neben einer Annahme über die Eignung einer bestimmten Handlung für die Herbeiführung einer bestimmten Wirkung den Wunsch, diese Wirkung auch zu erreichen. Damit wird Wünschen im motivationalen Gefüge handelnder Personen eine zentrale Stellung eingeräumt, was Stefan Gosepath exemplarisch auf den Punkt bringt: „Allen unseren Handlungen unterliegen Wünsche.“⁵⁴ Nicht nur ist demnach der Vollzug praktischer Vernunft in Form von überlegten, absichtsvollen Handlungen ohne den Wunschbegriff nicht nachvollziehbar, so dass mit Schälke gilt: „[wenn] eine praktische Überlegung intentionales Handeln verursacht, dann *wünscht* das Subjekt, einen bestimmten Weltzustand herbeizuführen“⁵⁵; im Rahmen analytischer Handlungs- und Wunschtheorien sind Wünsche darüber hinaus in einem Maße auf ihre tatsächliche Realisierung angelegt, das es für das wünschende Subjekt – unter Idealbedingungen – geradezu unausweichlich macht, wunschgemäß zu handeln, d.h. den gewünschten Sachverhalt herbeizuführen:

„Wünsche sind bewusste Einstellungen zu Sachverhalten, die analytisch mit intentionalen Handlungen verbunden sind: wenn ich wünsche, dass x, so impliziert dies, dass ich x realisiere, wenn ich ein geeignetes Mittel kenne und keine stärkeren Wünsche habe, die dagegen sprechen.“⁵⁶

52 Eine gängige Bezeichnung dieses Ansatzes lautet auch „Humesche Auffassung praktischer Begründungen“, vgl. dazu Heuer (1999), S. 1.

53 Stoecker (2002b), S. 10. Vgl. auch kritisch Stoecker (2002c).

54 Gosepath (1992), S. 344.

55 Schälke (2002), S. 23f.

56 Ebd., S. 86. Ähnlich ergeben sich für Peter Baumann aus der Kenntnis der eigenen Wünsche direkte Rückschlüsse auf absehbare Handlungen und Reaktionsmuster: „Wer weiß, dass er einen bestimmten Wunsch hat, weiß, wie er sich in verschiedenen Situationen verhält bzw. verhalten würde.“ Baumann (1997), S. 415.

Da im Zuge der jüngeren handlungstheoretischen Tradition, die auf das Davidsonsche Grundmodell zurückgeht, zum einen eine untrennbare begriffliche Verknüpfung zwischen dem Wunsch- und dem Handlungsbegriff vorausgesetzt wird und zum anderen die Frage der Rationalität von Handlungen im Mittelpunkt steht, ist dabei immer auch die Frage nach rationalen Kriterien zur Beurteilung von Wünschen aufgeworfen. Sofern sich Wünsche als vernünftig erweisen, ist dieser Auffassung nach auch das Handeln rational, das sich aus diesen Wünschen ergibt: „Ein rational relevantes Wünschen ist ein Wünschen, das Handlungsgründe konstituiert, also Handlungen zu mehr oder weniger vernünftigen macht.“⁵⁷ Das kritisch angelegte Vorhaben, für Wünsche Rationalitätsbedingungen zu verlangen und aufzustellen, kann folgerichtig nur realistische und vor allem direkt handlungsbezogene, d.h. vom Wünschenden unmittelbar beeinflussbare Wünsche berücksichtigen. An den drei Eigenschaften von Wünschen, die in diesem Sinne etwa Anna Kusser als Ansatzpunkte für eine rationalistische Wunschkritik vorschlägt, wird die unabdingbare Handlungsrelevanz des zugrunde gelegten Wunschbegriffs, welche eine perspektivische Verengung auf realistische Wünsche nach sich zieht, sehr deutlich:

„Unter Wünschen im Vollsinn verstehe ich Wünsche, bei denen Evaluation, Motivation und Satisfaktion kongruent sind. Eine Person wünscht dann einen Sachverhalt im Vollsinn, wenn der Grad, in dem sie ihn evaluiert, übereinstimmt mit dem Grad, in dem sie motiviert ist, den Sachverhalt handelnd zu verwirklichen; und wenn weiterhin der Grad der Evaluation des Sachverhalts übereinstimmt mit dem Grad, in dem sie die Satisfaktion evaluiert, die sie mit dem Sachverhalt erleben würde.“⁵⁸

Nach dieser Auffassung halten Wünsche nur dann einer kritischen Prüfung stand (und sind „Wünsche im Vollsinn“), wenn die in ihnen enthaltene Bewertung der fraglichen Sachverhalte sowohl mit der handlungsmotivierenden Wirkung auf den Wünschenden als auch der schließlich eintretenden Befriedigung durch die Wunscherfüllung übereinstimmen und so ein kohärentes Gesamtbild aus Bewertung, Handlung und Erfüllung ergeben. Ganz ähnlich setzen die Bedingungen für Wünsche an, die Ulla Wessels mit Blick auf die begründende Funktion von Wünschen innerhalb von Wohlfahrtsethiken aufstellt (sie nennt diese Modelle „Glück-Wunsch-Ethiken“⁵⁹). Wessels ist daran gelegen, in ihrer Wunschbestimmung jene Fälle terminologisch auszuschließen, in denen Personen zwar

57 Fehige (2004b), S. 46.

58 Kusser (1989), S. 193.

59 Wessels (2011), S. 11.

Wünsche hegen bzw. etwas als erstrebenswert erachten, dies sich jedoch bei analytisch-genauem Hinsehen und einer vollinformiert-rationalen Prüfung als Irrtum herausstellt, da die vermeintlichen Wünsche gar nicht unter den Begriff des Wunsches fallen. So können hier nur jene Wünsche bestehen, bei denen die „korrekte, vollständige und lebhafte Vorstellung der Inhalte dazu angetan ist, die Wünschenden *angenehm zu berühren*“⁶⁰. Da zudem nicht alle Bewusstseinsinhalte und Wunschvorstellungen, die eine Person tatsächlich erfreuen, von dieser gleichzeitig und explizit imaginiert werden können, fallen auch Wünsche unter diesen Wunschbegriff, die dem Betreffenden nicht bewusst sein müssen, die also nur potenziell eine angenehme Wirkung nach sich ziehen würden und implizit bleiben. Auch Christoph Fehige hängt in seiner Wunschdefinition diesem Verständnis an: „Wenn gilt, dass eine Person froh wäre, falls sie sich den Sachverhalt *p* vollständig, lebhaft und korrekt vor Augen führte, dann und nur dann wünscht sie, dass *p*.“⁶¹ Diese Auffassung verlangt ein Niveau und eine Qualität des eigenen Wunsch-Wissens und der eigenen prognostischen Wunsch-Reflexion, welches in seinem definitionslogischen Status einer *conditio sine qua non* als idealistisch bezeichnet werden muss. Zwar spricht für diese epistemisch ambitionierten Anforderungen an Wünsche, die sicherstellen sollen, dass dem Wünschenden keine sachlichen Irrtümer oder kognitiven Inkohärenzen unterlaufen, welche ihm die befriedigende Wunscherfüllung verwehren, der heuristische Kontext systematisch-analytischer Handlungsmodelle sowie das rationalistische Ziel größtmöglicher Selbstaufklärung und reflexiver Ordnung; doch erscheint es zunächst fraglich, ob mit einer strikt handlungstheoretisch ausgerichteten und streng rationalistisch angelegten Interpretation des Wunschbegriffs das Phänomen des Wünschens in seiner sprachpragmatischen Funktion und v.a. anthropologischen Bedeutung angemessen erfasst werden kann. Gerade unrealistische oder gänzlich unbeeinflussbare realistische Wünsche halten dieser Definition nicht stand.

Eine Sonderform des Wünschens, die sowohl auf unrealistische als auch – unterschiedlich beeinflussbare – realistische Wünsche zutreffen kann, dabei jedoch den Kriterien einer strikt rationalistisch-handlungsleitenden Konzeption nicht genügt, umfasst Wünsche, die sich auf Sachverhalte richten, die so weit in der Zukunft liegen, dass der Wünschende ihre Erfüllung nicht mehr erleben kann. Dazu zählen Nachhaltigkeitswünsche, die die langfristige und ökologisch intakte (Weiter-)Existenz der Biosphäre betreffen, sowie auf das Wohl künftiger Generationen gerichtete Wünsche (etwa nach Frieden, Wohlstand oder weiterem

60 Ebd., S. 74.

61 Fehige (2004b), S. 85.

Fortschritt). Obwohl derartige Zukunftswünsche bei den wünschenden Personen keinerlei Anlass für realistische Hoffnungen auf eine Steigerung des eigenen subjektiven Wohlbefindens im Falle ihrer Realisierung geben können, handelt es sich unzweideutig um faktische und sinnvolle Wünsche.⁶²

B.2 Ist Wunscherfüllung immer wünschenswert?

Auch wenn die definitorischen Anforderungen, die im Zuge von handlungs- und entscheidungstheoretischen Ansätzen für ‚rational relevantes Wünschen‘ (Fehige) oder ‚Wünsche im Vollsinn‘ (Kusser) aufgestellt werden, so eng auf das theoretische Ideal der vollständigen Kenntnis und Abwägung der eigenen Wünsche und ihrer Implikationen zugeschnitten sind, dass sie nur einen Teil möglicher Wunschtypen und der alltäglichen Wunschpraxis erfassen, werfen sie doch Fragen auf, die nicht auf den Kontext handlungsleitender Wünsche beschränkt sind: Ist für eine Person die Erfüllung aller ihrer Wünsche eigentlich erstrebenswert? Für welche Wünsche trifft es zu, dass ihre Realisierung wünschenswert ist? Gibt es Wünsche, deren Erfüllung im Interesse des Wünschenden sogar unterbleiben sollte?

Diese Fragen lassen sich auf das Phänomen und die Erfahrung zurückführen, dass die Erfüllung von Wünschen nicht immer zu dem gewünschten Resultat führt, d.h. zu dem Zustand führt, den zu erreichen sich die wünschende Person gewünscht hat. In Anlehnung an W. D. Ross differenziert Wessels demgemäß zwischen Erfüllung und Befriedigung von Wünschen:

„Ein Wunsch ist genau dann *erfüllt*, wenn das Gewünschte der Fall ist, und ein Wunsch ist genau dann *befriedigt*, wenn die Wünschenden von der tatsächlichen oder bloß vermeintlichen Erfüllung des Wunsches angenehm berührt sind [Herv. i.O.]“.⁶³

Worum es demnach also in erster Linie geht, ist nicht die Wunscherfüllung an sich, sondern die Befriedigung der wünschenden Person – das ‚Angenehm-berührt-Sein‘ – aufgrund der (auch bloß angenommenen) Erfüllung ihres Wunsches. Damit eine Wunscherfüllung auch tatsächlich wünschenswert ist, ist also eine für den Wünschenden subjektiv erfahrbare Verbesserung der Wirklichkeit unabdingbar. Für Peter Schaber sind Wunschtheorien dementsprechend nur plausibel, sofern sie berücksichtigen

62 Vgl. Birnbacher (2008), S. 87.

63 Wessels (2011), S. 80.

„dass Wunscherfüllung nur dann gut ist für eine Person, wenn das, was man Erfahrungsbedingung nennen könnte, erfüllt ist: Um für mich gut zu sein, muss die Wunscherfüllung etwas an meinem subjektiven Zustand verändern.“⁶⁴

Im idealen Fall der vollständig über die Beschaffenheit und Konsequenzen ihrer Wünsche und deren Erfüllungszustände informierten und aufgeklärten Person ist die Unterscheidung zwischen der Bewertung des Gewünschten vor seiner Erfüllung und der nach seinem Eintreten hinfällig (da sie identisch sind). Dass das Vorliegen idealer epistemischer Bedingungen für das Vorliegen und die Identifikation rationaler und damit ‚wirklich befriedigender‘ Wünsche unabdingbar ist, stellt Schälke fest:

„Nur ein Wollen, durch das unsere Wünsche wirklich befriedigt werden, ist ein rationales Wollen; Sachverhalte, die nur gut scheinen, weil wir falsche Informationen über sie haben, sind nicht wirklich gut.“⁶⁵

Für reale Kontexte allerdings, in denen Menschen etwas wünschen, besteht grundsätzlich die Gefahr möglicher Enttäuschung trotz wunschgemäßer Entwicklung der Dinge oder Geschehnisse. Ein naheliegender Versuch, unbefriedigende Wunscherfüllungen zu vermeiden und effektives Wünschen und vorhersehbare ‚Wunscherfolge‘ sicherzustellen, besteht nun in der Aufstellung von Kriterien oder Bedingungen, die Wünsche erfüllen müssen, um in diesem satisfaktorischen Sinne überhaupt als informiert-rationale Wünsche gelten zu können – wie es etwa Wessels oder Fehige in ihren Wunschdefinitionen tun.

Doch lassen Ansätze, die für die Bestimmung eines mentalen Phänomens des Strebens oder Verlangens als Wunsch so hohe epistemische Hürden aufstellen, außer acht, dass ideale Bedingungen eben nur in einer rein theoretischen Perspektive gegeben sind und nur auf höchst simpel und schematisch konstruierte Wunschsituationen anwendbar sind. Den allergrößten Teil der tatsächlich für Menschen relevanten Wunschsituationen überfordern derartige Bedingungen der vollständigen Aufklärung und Transparenz. Dabei lässt sich die reale Unangemessenheit dieser Kriterien direkt aus dem Begriff und der Struktur des Wünschens ableiten. Da Wünsche in paradigmatischer Weise auf die Änderung der Wirklichkeit abzielen und die wünschende Person damit Zustände oder Sachver-

64 Schaber (1998), S. 155. An anderer Stelle spricht Schaber diesbezüglich von einer „subjektive[n] Unterstützungsbedingung“, die erfüllt sein muss, „um ein Leben als ein gutes Leben bezeichnen zu können“. Schaber (2002), S. 40.

65 Schälke (2002), S. 74.

halte anstrebt, die eben noch nicht der Fall sind und auf die sie sich somit nur gedanklich beziehen kann, kann sie im Moment des Wünschens, dem Ausgangszustand, prinzipiell nie über ein vollständiges kognitives und emotionales Bild der Wunsch- und Zielzustände verfügen. Somit unterliegt die völlige kognitiv-emotionale Aufklärung der eigenen Wünsche samt der erwartbaren Folgen ihrer Erfüllung einer grundsätzlichen Beschränkung. Was, wie Peter Stemmer hervorhebt, auf die Tatsache zurückzuführen ist,

„dass uns, wenn wir etwas wollen, was wir bisher nicht haben, notwendigerweise die Erfahrung fehlt, wie es ist, das Gewollte zu haben. Wie es ist, Vater zu sein, in seinem Beruf erfolgreich zu sein, in einem anderen Erdteil Helfer der Armen zu sein, können wir, solange wir es nicht sind, allenfalls ‚von außen‘, aber nicht ‚von innen‘ wissen.“⁶⁶

Angeichts dieser prinzipiellen Wertungs-Diskrepanz zwischen der Vorstellung des Wunschzustands und dem Erleben seiner tatsächlichen Realisierung ist klar, dass auch die Stärke eines Wunsches keineswegs als Garant für eine positive Evaluation seiner Erfüllung gelten kann. Bei sehr eindringlichen und tief empfundenen Wünschen ist dagegen sogar erhöhte Vorsicht und aufklärerische Skepsis angebracht, da, wie Birnbacher pointiert, „gerade die intensivsten Wünsche vielfach kognitiv verzerrt, irrational oder selbstschädigend sind, so dass ihre Erfüllung nicht hält, was man sich von ihr verspricht“.⁶⁷

Somit scheint es nahe zu liegen, auch an Wünsche die Anforderungen einer umfassenden Rationalitätsprüfung anzulegen: kognitive Durchdringung der Wunschinhalte, transparente Aufdeckung aller relevanten Implikationen und Folgewirkungen sowie vorwegnehmende Einschätzung des gewünschten Zustands ‚von innen‘. Dabei lassen sich Wünsche etwa als irrational identifizieren, wenn sie für Gründe und vernünftige Überlegung unzugänglich und damit von rationalen Faktoren unbeeinflussbar sind.⁶⁸ Doch müssen als nicht rational erkannte Wünsche aufgrund ihrer ‚Entlarvung‘ durch den Wünschenden nicht verschwinden. So kann ein sachlich unbegründeter Wunsch, obwohl die ihn hegende Person über die rationalen Defizite Bescheid weiß, etwa aufgrund der Verbindung mit starken Affekten ganz unberührt von den entsprechenden kognitiv-rationalistischen Einsichten bleiben. Nida-Rümelin erläutert diese Grenze der

66 Stemmer (1998), S. 65.

67 Birnbacher (2008), S. 86.

68 Vgl. Gosepath (1992), S. 364f. Daneben kann sich ein Wunsch als irrational erweisen, wenn er sich im Zuge seiner rationalistischen Aufklärung verändert. Siehe dazu ebd., S. 366f.

Rationalisierbarkeit von Wünschen am Beispiel einer Person, die unter Arachnophobie leidet und sich wünscht, unangenehmen Kontakt mit Spinnen zu vermeiden, obwohl sie um deren Harmlosigkeit weiß, und folgert:

„Wünsche können Bestand haben, obwohl die Person, die diese hat, weiß, dass sie irrational sind. [...] Wünsche sind rationaler Kontrolle nur begrenzt zugänglich. Auch offensichtlich irrationale, also unbegründete Wünsche sind für das individuelle Wohlergehen relevant.“⁶⁹

Wünsche können sich also gewissermaßen Rationalitätsanforderungen widersetzen und trotz einer immanenten Widersprüchlichkeit mit relevanten Überzeugungen und anderen Wünschen der Person oder eines fehlerhaften Bezugs zu empirischen Daten, die die Realisierungsbedingungen des Wunsches betreffen, bestehen. Allerdings gilt dies nicht uneingeschränkt. Auch Wünsche treten nicht isoliert auf, sondern sind stets in ein inferentielles Netz aus Meinungen, Interessen, Wünschen und anderen propositionalen Inhalten eingebunden, sie sind mit Nida-Rümelin

„strukturell eingebettet in Bindungen und Projekte, Einstellungen und Erwartungen, schließlich ein Selbstbild, eine gewünschte Lebensform in einem gesellschaftlichen Zusammenhang mit Lebensformen anderer“⁷⁰.

Da nun dieser Vernetzungszusammenhang neben der makro-sozialen Einbindung in gesellschaftliche Bezüge und „Lebensformen“ auch als solcher – im Großen und Ganzen⁷¹ – der Anforderung kognitiver Kohärenz unterworfen ist, sind untereinander divergierende Wünsche (analog zu sich widersprechenden

69 Nida-Rümelin (1997), S. 140.

70 Ebd., S. 141. Vgl. auch Nida-Rümelin (1998), S. 118. So auch Gosepath: „Nicht so sehr ein einzelner Wunsch als ein ganzes System von Wünschen ist irrational, wenn sich Wünsche widersprechen, wenn formale Inkonsistenzen innerhalb der Präferenzordnung bestehen.“ Gosepath (1992), S. 345; ähnlich spricht Baumann von einem „Holismus der Wünsche“ Baumann (1997), S. 415.

71 Dass sämtliche propositionalen mentalen Gehalte, die eine Person hat bzw. vertritt (Überzeugungen, Wünsche, Vorlieben, Absichten, Interessen etc.), völlig widerspruchsfrei und konsistent ein aufeinander abgestimmtes Gesamtbild, wie aus einem logischen Guss‘ ergeben, ist kaum real vorstellbar. Als regulatives Ideal stellt diese Kohärenzforderung aber das Prinzip und Kriterium eines rationalen und aufgeklärten Selbst dar.

Überzeugungen) dauerhaft nicht kompatibel und nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur bis zu einem bestimmten Umfang gleichzeitig aufrechtzuerhalten. Dass hier Abstufungen möglich sind, liegt daran, dass Wünsche nicht *entweder* (gut) begründet und damit rational *oder* unbegründet und irrational, sondern mehr oder weniger gut begründet sein können. So haben sehr schlecht begründete Wünsche oder Wünsche, die mit der Mehrzahl bestehender Überzeugungen und Einstellungen konfliktieren, kaum eine Chance, dauerhaft und ernsthaft vertreten zu werden, ohne modifiziert, angepasst oder schließlich aufgegeben zu werden. Dies gilt auch für unrealistische Wünsche. Zwar sind diese freilich, sofern sie vom Subjekt als solche erkannt und akzeptiert sind, in einem anderen kognitiv-effektiven Modus, d.h. einer anderen Intentionalität und identitätsbildenden Funktion mit dem mental-propositionalen Gesamtsystem vernetzt als realistische und vor allem handlungsleitende Wünsche; trotzdem ist auch auf unrealistische Wünsche das Rationalitätskriterium anwendbar, als diese in ihrer intentionalen und kommunikativen Funktion (jenseits ihrer hypothetisch formulierten propositionalen Inhalte) ebenfalls zu dem stimmigen Gesamtbild des Wünschenden passen müssen. Dass also auch Wünsche, die ohnehin in keiner Weise auf ihre reale Erfüllung angelegt sind, unpassend, unplausibel oder unvernünftig sein können, stützt die psychoanalytische Position, wonach „Wünschen, obgleich es sich im Reich des Wunderbaren abspielt, kein beliebiges Fantasieren darstellt“⁷².

B.3 Zur motivationalen Funktion von Wünschen

Einem verbreiteten Diktum zufolge sind Überzeugungen dann wahr, wenn sie der Wirklichkeit entsprechen, wohingegen Wünsche dann erfüllt sind, wenn die Wirklichkeit ihren Inhalten entspricht; um bei Divergenzen Übereinstimmung herzustellen, müssen also im Fall der Überzeugungen diese selbst verändert werden, während im Fall der Wünsche die realen Umstände es sind, die angepasst werden müssen.⁷³ Betrachtet man nun die Möglichkeit der kognitiven Korrektur irrationaler Wünsche, die aufgrund ihres inkohärenten Verhältnisses zu dem Gesamtsystem der Überzeugungen, Einstellungen, Wünsche etc. der Person modifi-

72 Boothe (2003), S. 54.

73 Anscombe veranschaulicht die Spiegelbildlichkeit der intentionalen Modifikationsnotwendigkeit (*direction to fit*) – im analogen Fall von Absichten und Befehlen – mit dem Unterschied zwischen einem Einkaufszettel und dem Protokoll eines Detektivs, siehe Anscombe (2010), S. 88f.

ziert werden (müssen), so ergibt sich, dass es durchaus auch geboten und rational sein kann, Wünsche an die realen Umstände und Möglichkeiten anzupassen (statt nur von der umgekehrten Adaptionsrichtung auszugehen). Da derartige Verfahren des „adaptiven Präferenzwandels“⁷⁴ immer auf einem Abgleich von vorgestellten mit tatsächlich eintretenden Umständen basieren, kann der Vorgang der Wunschbildung, -korrektur und -präzisierung auch als Mittel zur vertieften Selbsterkenntnis und differenzierten Wahrnehmung und Einschätzung der Wirklichkeit fungieren. Dabei spielt die Erfahrung, die die wünschende Person bereits mit derartigen Prozessen der Bildung, des Scheiterns, der Enttäuschung und der Modifikation von Wünschen gemacht hat, insofern eine bedeutende Rolle, als rationales und erfolgreiches Wünschen in diesem Sinn als erlernbar angesehen werden muss. Eine Voraussetzung für entsprechende Bildungs- und Lernprozesse ist nun die Fähigkeit, zu den eigenen Wünschen Stellung nehmen zu können. Doch Menschen sind nicht nur imstande, von ihrer Wunschformung Abstand zu nehmen, sie können diese auch unter ihre bewusste Kontrolle bringen. Barbara Merker zufolge können Wünschende ihre Wünsche dementsprechend „billigen, kritisieren, forcieren, stabilisieren, mäßigen, unterdrücken und auch verhindern, dass sie handlungswirksam werden“⁷⁵. Somit kann es gelingen, das Repertoire und die Ausdifferenzierung eigener Wünsche selbst zu steuern.⁷⁶ Da nun mit der bewussten Reflexion unweigerlich die Möglichkeit der Evaluation einher geht, kann der Mensch sich nicht nur seine Wünsche vergegenwärtigen, sondern diese auch bewerten, d.h. er kann die eigenen Wünsche selbst wiederum als mehr oder weniger wünschenswert einstufen.

Die Fähigkeit der Wunschbewertung ist eines der zentralen Momente der Begriffsbestimmung, die Harry Frankfurt in seiner zweistufigen Wunschkonzeption vornimmt. Nach Frankfurt zeichnet es Menschen aus, nicht nur bloße, auf definierte Sachverhalte bezogene Wünsche zu haben, sondern darüber hinaus auch Wünsche ausbilden zu können, die sich auf Wünsche beziehen. Diese Wünsche werden „Wünsche zweiter Stufe“ (*higher-order desires*) genannt und be-

74 So die Formulierung Jon Elsters, zitiert nach Gosepath (1992), S. 368.

75 Merker (2000), S. 137.

76 Dass die reflexiv-steuernde Verfügungsgewalt über die eigenen Wünsche allerdings nicht uneingeschränkt gegeben ist und die autonome Wunschformung durchaus an Grenzen stoßen kann, bemerkt Barbara Merker: „Gelegentlich können und müssen wir uns dazu zwingen, weil wir andere Wünsche haben, die sehr stark sind oder deren Verwirklichung uns sehr viel bedeutet. Manchmal aber ist es uns unmöglich, unsere Wünsche oder Absichten handlungswirksam zu machen.“ Ebd., S. 145.

ziehen sich auf „Wünsche erster Stufe“ (*first-order desires*).⁷⁷ Mit diesem hierarchischen Wunschmodell beansprucht Frankfurt, nicht nur das Phänomen zu fassen, dass Menschen zu ihren eigenen Wünschen Stellung nehmen können, sondern auch die nicht ungewöhnliche Tatsache plausibel erklären zu können, dass Menschen mitunter, „was ihre Vorlieben und Zwecke angeht, gern anders sein wollen, als sie sind“.⁷⁸ Demnach obliegt es der Person, die einen Wunsch erster Stufe hat, zu entscheiden, welche motivational-praktische Bedeutung diesem Wunsch zukommen soll, wovon weiter abhängt, welche Wirkung der Wunsch im weiteren realen Handlungsverlauf entfalten wird. Eine Person befindet gewissermaßen über das Schicksal ihrer Wünsche erster Stufe, indem sie sich von Wünschen zweiter Stufe leiten lässt, die die Einschätzung und Bewertung der niedrigerstufigen Wünsche beinhalten. Fällt das Urteil (in einem handlungsrelevanten Sinne) positiv aus, so macht die Person sich den Wunsch zu eigen und

„muss sich entscheiden, ob sie sich mit dem Wunsch identifizieren und somit erklären soll, dass sie ihm im Prinzip entsprechen würde, oder ob sie sich von ihm distanzieren und ihn als grundsätzlich inakzeptabel behandeln soll. [...] Wenn sie sich mit dem Wunsch identifiziert, erkennt sie an, dass seiner Befriedigung irgendeine Position [...] in der Rangordnung ihrer Präferenzen und Prioritäten zukommen sollte. Wenn sie den Wunsch externalisiert, entscheidet sie sich dafür, ihm überhaupt keine Position in dieser Ordnung zu geben.“⁷⁹

Internalisierte Wünsche, mit denen die Person sich identifiziert und von denen sie wünscht (auf der zweiten Stufe), dass diese Wünsche (erster Ordnung) die effektiven Wünsche sein mögen, die sie damit in ihren Bestand handlungsorientierender Größen aufnimmt, belegt Frankfurt mit dem Begriff des Willens. Der Wille eines Handelnden ist für ihn ein besonderer Typ von Wünschen, die Menschen haben können:

77 Frankfurt (2001), S. 67. Vgl. zum hierarchischen Wunschmodell Frankfurts auch Guckes (2001), S. 7ff.

78 Frankfurt (2001), S. 67.

79 Frankfurt (2007), S. 25f.

„Der Begriff des Willens [...] ist der Begriff eines effektiven oder handlungswirksamen Wunsches, der eine Person dazu bringt (oder dazu bringen wird oder würde), den ganzen Weg bis zu einer Handlung zu gehen.“⁸⁰

Demnach sind nicht Wünsche diejenigen motivationalen Größen, denen in der Struktur und Genese von Handlungen eine entscheidende Rolle zukommt und die daher auch für Handlungsmodelle und -erklärungen unverzichtbar sind, sondern es ist der Wille einer Person, der diese als handelnde Person auszeichnet. Zwar verneint Frankfurt nicht die Möglichkeit, dass Wünsche in Handlungen münden können – über das Konzept der Transformation in einen Handlungswillen vertritt er diese Möglichkeit sogar explizit –, doch ist dafür stets ein reflexiver Schritt der Evaluation zwischen das Auftreten eines Wunsches (erster Ordnung) und sein handlungswirksames Aneignen geschaltet. Dies verdeutlicht, dass der sehr breit rezipierten und einflussreichen Auffassung Frankfurts nach für Wünsche ein Handlungsbezug alles andere als notwendig ist. Nur bestimmte Wünsche führen unter bestimmten Voraussetzungen über die motivationale Zwischenstufe des Willens zu real wirksamen Konsequenzen, die auf ihre Erfüllung gerichtet sind. Neben sprachlichen und schriftlichen Selbstauskünften (die immer dem Problem der Authentizität und Glaubwürdigkeit ausgesetzt sind) und unter Berücksichtigung der äußeren Umstände, ist das faktische Handeln damit der verlässlichste Anhaltspunkt, um sich ein Bild von den Wünschen eines Menschen zu machen.⁸¹ Freilich gilt dies nicht für alle Wünsche – so lassen sich unrealistische Wünsche nur sehr bedingt und oft gar nicht an tatsächlichem Verhalten ablesen; aber es gilt doch für die realistischen Wünsche, die in einer Hierarchisierung aller Wünsche an der Spitze stehen, deren Erfüllung dem Wünschenden also so wichtig ist, dass er sie nicht nur wünscht, sondern auch realisieren *will*. Die Wünsche, die gewissermaßen im Tun einer Person sichtbar werden, sind diejenigen, die sie buchstäblich bewegen. Peter Bieri hat im Rahmen seines Entwurfs einer Theorie der Handlungs- und Willensfreiheit in diesem Sinne die auf Frankfurt zurückgehende Unterscheidung zwischen Wunsch und Wille aufgegriffen:

80 Frankfurt (2001), S. 69. Diejenigen Wünsche (zweiter Ordnung), die das Effektiv-Werden eines vorhandenen Wunsches erster Ordnung wünschen, nennt Frankfurt „Volitionen“ bzw. „Volitionen zweiter Stufe“.

81 So Nida-Rümelin: „Die manifesten Wünsche einer Person äußern sich – jedenfalls unter günstigen Bedingungen – in entsprechenden Handlungen, wenn geeignete Optionen offenstehen.“ Nida-Rümelin (1997), S. 138.

„Nun haben wir zu jeder Zeit viele Wünsche, und längst nicht alle werden zu einem Willen. Wenn sie es werden, dann haben sie gegenüber den übrigen Wünschen die Oberhand gewonnen und sind *handlungswirksam* geworden. Ein Wunsch muss also eine bestimmte Rolle erfüllen, um ein Wille zu werden: Er muss uns *in Bewegung setzen*. [Herv. i.O.]“⁸²

Die konsequente Zuspitzung der Ansicht, dass nur der Wille einer Person deren Handlungen verursacht und Wünsche nur mittelbar mit Erklärungen vorsätzlicher und beabsichtigter Handlungen vereinbar sind, findet sich bereits bei Wittgenstein:

„Wenn ich meinen Arm hebe, so habe ich *nicht* gewünscht, er möge sich heben. Die willkürliche Handlung schließt den Wunsch aus. Man kann allerdings sagen: ‚Ich hoffe, ich werde den Kreis fehlerlos zeichnen‘. Und damit drückt man einen Wunsch aus, die Hand möge sich so und so bewegen. [Herv. i.O.]“⁸³

Dies läßt sich, ähnlich wie es auch die Konzeptionen von Frankfurt und Bieri auffassen, so verstehen, dass ein Wunsch, sobald er in die Tat umgesetzt wird, aufhört, ein Wunsch zu sein und sich zu einem Willen, dem jeweiligen Handlungswillen wandelt.

Angesichts des breiten Spektrums verschiedener Wunschtypen besteht der Vorzug des zweistufigen Wunschmodells von Frankfurt nun darin, innerhalb einer explizit handlungstheoretischen Konzeption einen Wunschbegriff zu etablieren, der weder aufgrund seiner Handlungsrelevanz zu eingeschränkt auf handlungsleitende Wünsche fokussiert, noch die Unrealisierbarkeit der Wunschhalte voraussetzt, wie es etwa die in der psychoanalytischen Theorie gängige Definition vorsieht. Unrealistische Wünsche können ebenso wie handlungsleitend-realistische Wünsche problemlos als Wünsche erster Ordnung aufgefasst werden, wobei es dann allerdings letzteren vorbehalten bleibt, sich durch Wünsche zweiter Ordnung zu Willensakten zu transformieren. Dieses handlungsmäßige ‚Defizit‘ unrealistischer Wünsche verdeutlicht Bieri mit dem Hinweis auf die Grenzen, die

82 Bieri (2001), S. 37. Die Tatsache, dass ein Wille stets das Ergebnis eines Auswahlprozesses aus einer ganzen Reihe von mitunter konkurrierenden Wünschen darstellt, bringt Herrmann dazu, „Wünsche als das *Spielmaterial des Willens*“ zu bezeichnen. Herrmann (1999), S. 48.

83 Wittgenstein (1999), S. 466 (§ 616).

„dem Willen durch das gezogen [sind], was die Wirklichkeit zulässt und was nicht. Man mag sich *wünschen*, die Vergangenheit zu ändern oder die Welt neu zu erschaffen. *Wollen* kann man es nicht, denn es geht nicht. [Herv. i.O.]“⁸⁴

Der wunschhierarchisierende Ansatz wird somit der Tatsache gerecht, dass manche Wünsche als Werke einer „primitive[n] Kunst der Selbstsuggestion“⁸⁵ phantastische Akte ‚reinen Wunschdenkens‘ sind und bleiben, während andere Wünsche die mittelbare Funktion von praktisch wirksamen „Kausalfaktoren, die das menschliche Handeln verursachen“⁸⁶, einnehmen.

B.4 Reflexion und Identitätsbildung

Ihre anthropologische Bedeutung entfalten Wünsche und die Fähigkeit des Wünschens jedoch jenseits handlungsorientierter Bezüge und Konstellationen. Einen wichtigen Hinweis darauf gibt dabei ein für die Dimension der Handlungswirksamkeit wesentliches Element. Die von Frankfurt eindrücklich gefasste Stufenform der Handlungsgenese basiert auf dem menschlichen Vermögen, sich zu seinen Wünschen in ein reflektierendes Verhältnis setzen zu können, das eigene Wunschrepertoire befragen zu können, es auf inferentielle Stimmigkeit hin zu prüfen, die einzelnen Wünsche zu bewerten und zu gewichten, präferentielle Rangordnungen zu bilden, denen gemäß schließlich die handelnde Realisierung der wichtigsten Wünsche gewollt und umgesetzt werden kann. Dem liegt unmissverständlich die Auffassung vom Menschen als Urheber seiner Wünsche zugrunde, was für eine an Frankfurt anschließende Konzeption der Handlungsfreiheit und Autonomie eine unverzichtbare Voraussetzung darstellt.⁸⁷ Daran wird ersichtlich, wie zentral es für das menschliche Selbstbild und die Stellung als reflektierendes Vernunft- und Handlungswesen ist, Wünsche bilden und haben zu können. Kein anderes Wesen verfügt wohl über das Vermögen, sich wünschend mögliche Weltzustände vorzustellen, alternative Handlungsoptionen durchzuspielen und selbst unmögliche Sachverhalte zu imaginieren. Dabei ist dem Menschen das Spezifikum des Wunschenkönnens nicht nur als bereichernde

84 Bieri (2001), S. 38.

85 Boothe (2003), S. 45.

86 Schälike (2002), S. 23.

87 Zur (ebenfalls sehr einflussreichen) Konzeption von Personalität und Freiheit bei Frankfurt siehe Betzler/Guckes (2000) und Betzler (2001), daneben auch Bieri (2001).

Kompetenz und Option gegeben, er ist auch darauf angewiesen, was auf die grundlegende Struktur seiner Verfasstheit verweist. So ist der Mensch, dem es einerseits mithilfe geistiger Fähigkeiten und technischer Fertigkeiten möglich geworden ist, sich von natürlichen Zwängen und vorgegebenen Verhaltensmustern loszulösen, dem jedoch andererseits vorgegebene Orientierungspunkte und feststehende Lebens- bzw. Verhaltenszwecke infolge dieser Ablösung abhandeln gekommen sind, unausweichlich mit der Lebens-Aufgabe konfrontiert, als selbstbestimmt handelndes Wesen diese seine Bestimmung selbst zu finden. Der Ambivalenz der anthropologischen Grundsituation des Menschen im Spannungsfeld zwischen den Polen von Natur und Kultur entspricht nun die Doppelfunktion des Wünschens. Auch Wünschen stellt nicht nur eine einzigartige kognitiv-emotionale Fähigkeit dar, sondern ist für den Menschen als Handlungswesen notwendige Lebensbedingung. Besteht doch die Fähigkeit, sich absichtsvoll zu verhalten, gerade darin, sich mögliche Wirklichkeitsverläufe vorausschauend vorzustellen und absehbare Konsequenzen zu kalkulieren. Diese antizipatorische, geradezu spielerische Anforderung vermag die mentale Leistung des Wünschens besonders raffiniert zu erfüllen. Denn Wesen und Ertrag jeglicher Wunschproduktion besteht mit Herrmann gerade darin,

„ein breites und üppiges Ausgangsmaterial für Abwägungs-, Planungs- und Wollensprozesse zu gewinnen, mit denen aus der Vielfalt der Wünsche jeweils ein Wunsch selektiert wird und zum Gewollten transformiert wird [...]. Sein Leben zu führen, autonom zu handeln, die Umwelt zu kontrollieren, Handlungsergebnisse durch Innehalten und vorhergehende Planungsphasen zu optimieren, das alles sind wesentliche Aspekte der Fitneß des Homo sapiens.“⁸⁸

Da sich nun die Handlungsfähigkeit und Handlungswirklichkeit des Menschen nicht in rein instrumentellem, auf gegebene Zwecke gerichtetem Tun erschöpft, sondern dem Verfolgen eigener Ziele stets auch Hindernisse im Weg stehen und nie alle angestrebten Sachverhalte (zumindest nicht gleichzeitig und sofort) erreicht werden können, wird der Mensch zum *Homo agens* erst durch die voluntative Fertigkeit des Wünschens. Wünsche helfen nicht nur, von der Vorstellung des Ergebnisses her zukünftige Handlungen zu planen, sie können dem ambitionierten Geist, der mehr will, als er kann, auch entscheidende Hilfestellung im Umgang mit Rückschlägen und Beschränkungen bieten, indem sie „Grenzen eigener Handlungspotentiale erlebbar machen“⁸⁹. Aufgrund der prinzipiellen Be-

88 Herrmann (1999), S. 48.

89 Straub (1999), S. 92.

grenztheit des eigenen Handelns und Könnens lässt sich aus psychologischer Sicht der Tatsache, dass nie alle Wünsche erfüllt sein können, eine wichtige Erkenntnis für das Verhältnis zu den eigenen Wünschen abgewinnen. Die restlose Erfüllung aller Wünsche als der vermeintliche Gipfelpunkt persönlichen Glücks muss demnach als nicht anders als das genaue Gegenteil eines aufgeklärten, aufgeräumten und aufgeweckten Selbst interpretiert werden. So ist Straub zufolge ein Zustand „völlige[r] Wunschlosigkeit eher als Indiz für Selbsttäuschungen und versiegte Kreativität, denn als Zeichen eines durch und durch geglückten Lebens“⁹⁰ zu werten. Die identitätstheoretische Forschung erkennt in der Vorstellung ‚wunschlosen Glücks‘ dann auch weniger einen verheißungsvollen Traumzustand als vielmehr ein „Symptom von Niedergeschlagenheit und [einen] Ausdruck des Unbehagens und der Angst angesichts der eigenen Endlichkeit“⁹¹. Neben ihrer psychodiagnostischen Intention muss diese Einsicht als weiterer Beleg für die Unangemessenheit eines verkürzenden Wunschbegriffs genügen, wie er in der analytischen Handlungstheorie dominiert.

Insgesamt vollzieht sich im Modus des Wünschens ein nicht unwesentlicher Teil der Selbstformung und Identitätsbildung von Personen, die sich nicht zuletzt über ihre Wünsche definieren und als Individuen auszeichnen. Wenn man sich das Frankfurtsche Stufenmodell der Willensbildung vergegenwärtigt, in dessen Zuge der Wünschende sich mit einem besonders wichtigen Wunsch identifiziert und diesen zu seinem Willen macht, wird ersichtlich, dass dies in einem Prozess doppelter Identifikation verläuft. Über die Identifikation und Aneignung von Wünschen konturiert der Mensch seine eigene Identität, wie auch Bieri herausstellt:

„Indem wir für den einen Wunsch und gegen andere Partei ergreifen und ihn zum Willen machen, identifizieren wir uns mit ihm. Wir bestimmen darüber, wer und wie wir, insgesamt betrachtet, sein wollen. Wir entscheiden uns für eine bestimmte Identität.“⁹²

Der identitätsbildende Effekt des Wünschens ist dabei auch in zeitlicher Hinsicht außerordentlich umfassend. Da Wünsche zum einen auf gewachsenem Wissen von und gemachter Erfahrung mit der Wirklichkeit aufbauen, sie das bestehende eigene Selbstbild formen und den Spielraum für künftiges Handeln bereiten, berühren sie sämtliche biographische Richtungen des Wünschenden, seine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Wunschreflexion wird somit zu einer

90 Ebd., S. 86.

91 Ebd. Vgl. dazu auch Herrmann (1999), S. 52.

92 Bieri (2001), S. 65.

„Selbstaufforderung, sich zu vergegenwärtigen, wer man *geworden ist* und wer man fortan *zu sein wünscht*“⁹³. So lässt sich anhand einer Rekapitulation der Geschichte und Bedeutung der eigenen Wünsche gleichsam die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit nachvollziehen, um so den gegenwärtigen Standpunkt zu erkennen, zu schärfen und zu stärken, worauf auch Bieri abzielt:

„Wenn wir erkennend Einfluss auf unsere Wünsche und Emotionen nehmen, indem wir sie in ihrer Herkunft und tieferen Bedeutung verstehen lernen, [...] kümmern wir uns darum, wer wir sein wollen, was uns wichtig ist und worum es in unserer Zukunft gehen soll.“⁹⁴

Zählt man Wünsche neben ihrer umfassenden anthropologischen, reflexiven und psychologischen Bedeutung für die Identitätsbildung und das Selbst- und Weltverhältnis des Menschen zu den grundlegenden motivationalen Größen menschlichen Handelns, steht aus dem breiten Spektrum verschiedener Wunschtypen die Kategorie der Handlungswünsche im Mittelpunkt des Interesses. Mit dem Handlungsmodell von Frankfurt lassen sich Handlungswünsche bestimmen als Wünsche erster Ordnung, die im Zuge praktischer Überlegungen durch Wünsche zweiter Ordnung in ein direkt handlungsbezogenes Wollen übergehen. Wie es der Begriff des Wollens schon vermittelt, verfügt die wünschende Person hierbei nicht nur über einen Spielraum für die Reflexion und Bewertung der Wünsche erster Ordnung, sondern ihr ist damit auch die Möglichkeit zu eigenen Wunsch-Entscheidungen gegeben. Dies betrifft die Fähigkeit, darüber befinden zu können, welche Wünsche erster Ordnung zu handlungswirksamen Wünschen und damit zu gewollten Handlungen führen sollen. Da nun klarerweise nicht alle Wünsche erster Stufe gleichzeitig in ein realisierendes Wollen transformiert werden können, also nicht alle Handlungswünsche einer Person umgesetzt werden können, gilt es, zwischen den potenziell konkurrierenden Wünschen abzuwägen und zu gewichten. Um eine solche differenzierende Abwägung und Hierarchisierung von Wünschen vornehmen zu können, sind nun entsprechende Kriterien nötig, die nicht selbst auf der Ebene der Wünsche (erster Stufe) zu verorten sind. Vielmehr müssen Maßstäbe zur handlungsrelevanten Evaluation von Wünschen bei denjenigen Sachverhalten ansetzen, auf die sich die Wünsche beziehen, genauer bei dem Wert, den diese Sachverhalte für die wünschende Person haben.

93 Straub (1999), S. 85.

94 Bieri (2011), S. 45f.

Die Bedeutung, die eine Person der Erfüllung eines Wunsches beimisst, hängt unmittelbar mit dem Grad der Notwendigkeit der Realisierung des gewünschten Zustands zusammen. Damit rückt nun das Bedürfnis in den Blick, das als motivationale Größe Richtung und Grad der Erforderlichkeit der entsprechenden Welt-Zustandsänderung transportiert. Entscheidend ist dabei, dass Bedürfnisse nicht nur handlungsstrukturell Wünschen vorgeschaltet sind, sondern darüber hinaus insofern einen objektiveren Gehalt als Wünsche zu haben scheinen, als sie doch in einem gewissen generalisierbaren Maße an körperliche und physiologische Gegebenheiten und Notwendigkeiten des Menschen gebunden sind, die dem Einzelnen und seinen individuellen Vorlieben und Entscheidungen entzogen sind. Entsprechend legt schon ein intuitives Verständnis des Begriffspaares Wunsch/Bedürfnis die Annahme nahe, dass Wünsche stärker durch reflexiv-rationale (Selbst-)Kontrolle form- und steuerbar sind, was ihre Realisierung durchaus aufschiebbar und sogar verzichtbar machen kann, während es weniger leicht möglich zu sein scheint, sich dem Erfüllungsdruck von Bedürfnissen zu entziehen. Dies spricht dafür, zur Erklärung und zum Verständnis von Handlungen dem Bedürfnisbegriff eine derart basale Funktion zuzuerkennen, wie sie weder der Wunschbegriff noch eine andere motivationale Größe aufweisen.

C. ZUM BEDÜRFNIS

Die Rede über Bedürfnisse ist so alt wie jede anthropologische Reflexion.

PETER PRECHTL⁹⁵

C.1 Handlungstheoretische Implikationen des Bedürfnisbegriffs

Die Rückführung des vielgestaltigen Bereichs von Handlungsursachen und möglichen Motivquellen menschlichen Handelns auf die Größe ‚Bedürfnis‘ mag zunächst befremden, spielen doch Begriffe wie Interesse, Überzeugung, Wunsch, Absicht etc. bei der Erklärung der inneren Struktur menschlicher Handlungsrationality nicht nur generell eine mindestens ebenso gewichtige Rolle, sondern sind zudem weitaus präsenter in gängigen Handlungsbeschreibungen, -erklärungen und Selbstauskünften. In vielen Fällen wird zur Erläuterung oder Rechtfertigung beabsichtigten Tuns der Bedürfnisbegriff nicht einmal am Rande erwähnt.

95 Precht (1987), S. 13.

Doch muss dies im Zuge einer formalen Analyse menschlicher Handlungsstrukturen, die anthropologische Abstraktion wie Allgemeingültigkeit beansprucht, kein relevanter Einwand sein. Im Sinne der genealogischen Struktur einer Handlung ist es vielmehr angezeigt, zunächst jenseits üblicher Sprechweisen das weite Feld der verschiedenen an dem Entstehungsprozess einer Handlung beteiligten Komponenten auf einer theoretischen Ebene zu differenzieren und zu ordnen. In diesem Rahmen vermag der Bedürfnisbegriff nun insofern eine grundlegende Position zu beanspruchen, als in ihm die erste und unmittelbarste Manifestation jenes Empfindungs- und Triebkomplexes gefasst wird, die den unhintergehbaren Anfang der Handlungs-genese einnimmt. Von allen anderen, sich dann sukzessive bildenden motivationalen Größen heben Bedürfnisse sich durch ihre zunächst unreflektierte Gestalt und drängende Evidenz ab, was sich auch darin zeigt, dass sie weniger „in der Lebenssituation des Individuums“ als „eher in der Natur des Menschen verwurzelt“⁹⁶ sind. In diesem Sinne stellt das Bedürfnis den primären Ausgangspunkt jedes motivationalen Verlaufs dar, der in der Abfolge der intentionalen Handlungsverursachungskette dann in reflektierte und ausdifferenzierte Stadien wie Motiv, Grund, Wunsch, Wollen, Absicht, Impuls und schließlich zur Tat selbst übergeht. Die schematische Abfolge des Verlaufs einer Handlung ist wesentlich dadurch gekennzeichnet, „eigene Bedürfnisse und Ziele in Handlungsabsichten und diese ihrerseits in Handlungen umzusetzen“⁹⁷.

Bezieht man nun diese herausgehobene Stellung des Bedürfnisbegriffs auf die Beschreibungsformel einer Handlung als Übergang von einem Weltzustand in einen anderen, so lässt sich erkennen, dass jeder Handelnde aus einem Bedürfnis heraus handelt, welches denjenigen Ist-Zustand kennzeichnet, der durch die Handlung in einen Soll-Zustand transformiert werden soll. Das bedeutet auch, dass „Handlungsentwürfe in Richtung auf einen neuen Zustand“⁹⁸ immer auf Bedürfnisse zurückverweisen. Somit kann mit Wilhelm Kamlah jedes Handeln als mehr oder minder vermittelte Strategie der Bedürfnisbefriedigung aufgefasst werden: „Eine Handlung verstehen heißt: das Bedürfnis kennen, dem sie abhelfen soll“⁹⁹. Bemerkenswert daran ist, dass Kamlah diese Grundlegung jeder Handlungserklärung im Bedürfnisbegriff im Rahmen einer modifizierten Variante des gängigen Wunsch-Überzeugungs-Modells von Handlungsgründen (das sog. *belief-desire-model*, s.o.) konzipiert. So fügt er hinzu, was außer der Kennt-

96 Schmücker (2006), S. 316.

97 Pekrun (2000), S. 298.

98 Krauch (1981), S. 240.

99 Kamlah (1973), S. 51.

nis des korrespondierenden Bedürfnisses zum Verständnis einer Handlung notwendig ist:

„Eine Handlung verstehen heißt: das Bedürfnis kennen, dem sie abhelfen soll, und aus eigener Erfahrung wissen, dass diese Handlung in der Tat jenes Bedürfnis zu befriedigen, d.h. ihren ‚Zweck‘ zu erfüllen vermag.“¹⁰⁰

C.1 (a) Bedürfnis als Indikator eines Mangelzustands

Ein Bedürfnis markiert immer das Fehlen von etwas und verweist damit auf einen ursprünglichen Mangelzustand, was sich auch in den gängigen Bedürfnis-Definitionen wiederfindet, die den Bedürfnisbegriff mit Vorstellungen von Erfüllung und Vollständigkeit verknüpfen und dementsprechend ein Bedürfnis als Defizitsymptom verstehen. So bestimmt eine klassische volkswirtschaftliche Definition ein Bedürfnis als „Gefühl eines Mangels mit dem Streben ihn zu beseitigen“¹⁰¹. Hier wird vom Vorliegen eines mangelhaften Zustands ausgegangen, der dann auch behoben zu werden beansprucht – ein Anspruch, der folgerichtig als Konsequenz der Einschätzung des Ausgangszustands als Zustand, in dem etwas fehlt, entsteht. Somit wird ersichtlich, dass die Bestimmung eines Bedürfnisses sich aus der des entsprechenden Mangels ergibt. Wodurch ist nun aber ein Mangel gekennzeichnet? Zunächst fällt eine Parallele mit dem vorgehenden Bedürfnisbegriff auf: auch der Begriff des Mangels ist ein relativer Begriff, der nur in Bezug auf einen Richtwert sinnvoll verstanden werden kann. Ein solcher Richtwert, auf den das Vorliegen eines Mangels bezogen ist, kennzeichnet dabei einen Zustand, in dem kein Mangel konstatiert werden muss, sondern das Fehlende vorhanden ist und so „Mangelgefühle beseitigt oder zumindest ein befriedigenderer Zustand erreicht wird“¹⁰². Neben dem impliziten Verweis auf den erstrebenswerten Zielzustand kommt dabei immer auch der charakteristische Doppelgehalt des Mangelbegriffs zum Vorschein: in der Bezeichnung eines Zustands als Zustand des Mangels steckt zum einen ein Hinweis auf dasjenige, das für das Bestehen bzw. Erreichen eines mangel-losen Zustands erforderlich ist sowie zum anderen die Aussage, dass dieses zum Mangelausgleich Nötige eben auch nicht

100 Ebd.

101 So die einschlägige Definition des Nationalökonomen Friedrich Benedikt Wilhelm v. Hermann aus dem Jahr 1870, zitiert nach Müller/Schönplugh (1971), S. 765.

102 Krauch (1981), S. 240f.

vorhanden bzw. der Fall ist.¹⁰³ Im Rahmen einer handlungstheoretischen Beschreibung fungiert ein Richtwert – wie es der im Bedürfnis- und Mangelbegriff implizite Zielzustand ist – nun klarerweise auch als handlungsleitende Größe, d.h. der mangellose Zustand wird zum Ziel der Handlung: „Handlung heißt die spezifisch menschliche Weise, einen bedürfnisbefriedigenden Zustand zu erreichen.“¹⁰⁴ Um ein Bedürfnis und den fundierenden Mangelzustand zu bestimmen, ist also immer zu fragen, was der angestrebte Zielzustand ist, auf den der für das Bedürfnis ursächliche Mangelzustand verweist. Auf diese teleologische Struktur des Bedürfnisbegriffs bzw. des Bedürfnis weist Dieter Birnbacher hin: „Brauchen‘ setzt stets ein bestimmtes Wozu, einen Zweck voraus, auf den es bezogen wird“.¹⁰⁵

Zunächst zeichnet die Rede von Bedürfnis und Mangel also ein begriffliches Verhältnis nach und bringt das Vorliegen einer Notwendigkeit unter bestimmten zweckbezogenen Bedingungen zum Ausdruck („wenn – dann“). Es handelt sich folglich um eine instrumentelle Abhängigkeitsrelation, die beschreibt, was angesichts eines gegebenen (Ist-)Zustands der Fall sein bzw. eintreten muss, um einen anderen möglichen (Ziel-)Zustand zu erreichen. Somit sind Bedürfnisaussagen wesentlich Aussagen über Erforderlichkeiten unter Voraussetzungen und bringen mit Barbara Merker „einen notwendigen Bedingungszusammenhang zum Ausdruck“ und „sagen etwas über Regularitätsbeziehungen zwischen Zustands- bzw. Ereignistypen“¹⁰⁶ aus.

C.1 (b) Bedürfnis als Indikator eines Soll-Zustands

Allerdings ist mit dieser konditional-technischen Bestimmung das Bedürfnis als Antriebsmoment von Handlungen und Verhalten nicht vollständig erfasst, und wesentliche Dimensionen des Bedürfnisbegriffs bleiben ausgeklammert. So ist die Abhängigkeitsrelation von Mangel und Erfüllung, d.h. von Erfordernissen der Überführung eines Ist-Zustands in einen Ziel-Zustand, schon in der Rede von

103 „Der Ausdruck ‚Mangel‘ impliziert aber eben beides: dass etwas notwendig ist dafür, dass ein mangelloser Zustand erreicht wird; und dass das, was dafür notwendig ist, im objektiven oder auch (nur) subjektiven Sinne fehlt.“ Merker (1998), S. 140.

104 Krauch (1981), S. 257.

105 Birnbacher (1979), S. 31.

106 Merker (1998), S. 139. So lässt sich mit Merker der Kerngehalt aller Bedürfnisaussagen darauf zurückführen, „dass in einer Situation eines bestimmten Typs etwas von einer bestimmten Art der Fall werden muss, damit ein Zustand eines anderen Typs eintreten kann.“ Ebd.

‚Bedarf‘ umfasst. Während sich der Bedarfsbegriff in der rein instrumentellen Aussage über das Fehlen des für ein Ziel Notwendigen erschöpft, geht der Bedürfnisbegriff erheblich darüber hinaus.¹⁰⁷ So ist der angestrebte Zustand, der die Befriedigung eines Bedürfnisses erfordert, eben nicht nur eine optionale Größe, die bei vorliegenden Bedingungen realisiert werden *kann*. Vielmehr stellt ein Zustand, auf den ein Bedürfnis verweist, indem es dessen Fehlen anzeigt, keine normativ neutrale Wahlmöglichkeit dar, sondern ist ein Zustand, der mit einer gewissen prioritären Dringlichkeit realisiert werden *soll*.

Hier liegt eine wichtige Differenz zur ebenfalls normativ auf Erfüllung gerichteten Struktur von Wünschen vor. Während Wünsche zwar als voluntative Größen ihre Erfüllung ebenfalls als vorziehenswert kennzeichnen und damit aus der Menge bloßer Möglichkeiten herausheben, dabei ihre Realisierungsintention aber nicht notwendigerweise realistisch angelegt sein muss (wie paradigmatisch im Falle unrealistischer Wünsche), charakterisiert dies die prinzipielle Befriedigungsrelation von Bedürfnissen. So beziehen sich Bedürfnisse auf Ziele und Erfüllungszustände, deren Erreichen nicht nur möglich, sondern auch nötig ist. Bedürfnisse entfalten insofern eine Wünschen entgegengesetzte praktische Intentionalität, als das Bedürfnis-Mangel-Gefüge spezifisch gekennzeichnet ist durch eine intrinsische Art der Zielgerichtetheit, die sich gleichsam von selbst ergibt und – anders als eine bloße Konditionalaussage – einen gewissen Grad an Dringlichkeit beinhaltet. Die hierin aufscheinende, Erfüllung fordernde Kraft ist dabei Anzeichen des starken Forderungscharakters des Bedürfnisbegriffs. So bezieht sich dieser nicht auf beliebige Zielzustände, die weder (bzw. nur schwer) intersubjektiv verallgemeinerbar noch von existenzieller Dimension sind und nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen in ganz bestimmten Fällen wünschenswert erscheinen, sondern richtet sich „auf das von Menschen oder anderen Lebewesen aufgrund einer Notwendigkeit, insbesondere derjenigen der Selbsterhaltung und Selbstentfaltung, Erstrebte“¹⁰⁸. Der durch die Erfüllung entsprechender Bedingungen eintretende Zustand ist mithin ein ‚echter‘ Soll-Zustand, ein Zustand von positivem evaluativem Gehalt also, der in eindeutiger Weise anderen Zuständen – und speziell dem vorliegenden Ausgangszustand – vorzuziehen ist. Der durch ein Bedürfnis indirekt anvisierte und durch eine entsprechend geformte Handlung direkt erstrebte Weltzustand ist einer, der nicht nur sein *kann*, sondern sein *soll*. Auch Birnbacher erkennt hierin „einen eindeutig normativen Gehalt“ des Bedürfnisbegriffs, als dieser „einen bestimmten Zweck, auf den das Bedürfen im Sinne des ‚Brauchens‘ bezogen wird, als wünschenswert, als ein irgendwie gear-

107 Vgl. dazu Horn (2002), S. 20.

108 Schmücker (2006), S. 314.

tetes Gut, als einen Wert voraus[setzt]“¹⁰⁹. Charakteristisch ist daran, dass das zur Erlangung des Zielzustands Benötigte sich nicht nur durch seine bloße Eigenschaft auszeichnet, die es mit anderen möglichen Handlungsoptionen teilen mag, sondern – wie Merker es formuliert – dass „das jeweils Gebrauchte alternativlos“¹¹⁰ ist. Dies verdeutlicht neben der Relationalität bzw. Konditionalität die zweite charakteristische Eigenschaft des Mangel-Bedürfnis-Begriffspaars: seine Normativität.

Der angestrebte Zielzustand, dessen ungenügende oder unvollständige Erfüllung den Mangelzustand ausmacht und das entsprechende Bedürfnis ausrichtet, weist für den Betroffenen stets einen gewissen aktivierenden Wert auf.¹¹¹ Insofern impliziert die Rede von einem Mangelzustand – und noch mehr die von einem Bedürfnis – immer auch handlungsauffordernde Kraft, die danach strebt, einen bestimmten Zustand nicht nur als mangelhaft zur Kenntnis zu nehmen, sondern den unbefriedigenden Zu- und Umstand auch beheben zu wollen. Bedürfnisse „scheinen insofern bereits aufgrund ihres Bestehens einen gewissen Anspruch darauf zu haben, befriedigt zu werden“¹¹². Bedürfnisaussagen sind somit notwendig normative Sätze, als sie neben einem Zweck-Mittel-Zusammenhang auch den jeweiligen Zweck (*telos*) als erstrebenswertes Ziel definieren, indem sie, wie Merker hervorhebt,

„zum Ausdruck bringen, dass das Erreichen des *Telos* gut wäre; dass der finale Zustand erreicht werden sollte; und dass es daher gut wäre, wenn die Person das, was sie braucht, auch bekommen würde; dass sie es bekommen sollte“¹¹³.

Neben seiner deskriptiv-strukturellen Funktion entwickelt der Bedürfnisbegriff durch diese evaluative Dimension besonderen normativen Gehalt und imperativische Wirkung. Bedürfnisse lassen sich somit fassen als „nähere Bestimmungen notwendiger und erstrebenswerter Lebensinhalte.“¹¹⁴ Indem die Bedürfnisse des

109 Birnbacher (1979), S. 32. Birnbacher ergänzt ebd.: „Zu sagen, dass jemand etwas ‚braucht‘, setzt insofern in den meisten Fällen voraus, dass man *will*, dass dieser einen bestimmten Zweck erreichen *soll*“.

110 Merker (2008), S. 119.

111 Ganz ähnlich werden in der Motivationspsychologie Bedürfnisse als eine „Diskrepanz zwischen einem situativen Istwert und einem angestrebten Sollwert“ definiert, vgl. Scheffer/Heckhausen (2006), S. 54.

112 Schmücker (2006), S. 317.

113 Merker (1998), S. 141.

114 Lederer (1979), S. 19.

Menschen als unverzichtbar und erwünscht ausgewiesene Elemente des Lebens im Falle ihres Nichtbestehens und Fehlens schließlich handlungswirksam werden, erweisen sie sich als grundlegende Größe der motivationalen Struktur des Menschen als Handlungswesen.

Wie aus dem bislang Dargelegten hervorgeht, ist in der Norm als dem dritten Element, durch das das Begriffspaar Mangel-Bedürfnis *per definitionem* zur dreistelligen Struktur erweitert wird, die normative Dimension einer auf Bedürfnisse und Mangelzustände zurückgehenden Handlungserklärung enthalten. So besteht eine unauflösbare Verbindung zwischen den drei Schlüsselmomenten, die jeder Handlungsmotivation zugrunde liegen: Mangel, Bedürfnis und Idealzustand bzw. Norm bilden ein terminologisches Dreiergespann, das sich durch seine spezifische begrifflich-logische Abhängigkeit auszeichnet. Diese drei Größen sind so eng aufeinander bezogen, dass die Bestimmung einer dieser Größen unweigerlich immer auch eine Aussage über den Gehalt der beiden anderen beinhaltet. Es lässt sich also nicht von einem bestimmten Bedürfnis sprechen, ohne – zumindest implizit – von entsprechenden Ist- und Soll-Zuständen auszugehen und diese als Mangel- und Zielzustände festzusetzen.

C.2 Differenzierungskriterien

Eine Diskussion des Bedürfnisbegriffs, die beansprucht, nicht nur dessen handlungstheoretische Funktion aufzuzeigen, sondern auch die anthropologische Dimension dieser Schlüsselgröße sichtbar zu machen, muss die konkrete Beschaffenheit der realen Bedürfnisse des Menschen in den Blick nehmen. Die inhaltliche Bestimmung des Bedürfnisbegriffs ist somit nach der funktionalistischen Aufklärung über seine intentionale Bedeutung als handlungstheoretisches Struktur- und Motivationsmoment der nächstliegende Schritt.

Um zu konkreten Bedürfnissen und damit den konkreten Ist-Zuständen des Menschen, die ihn zu Handlungen veranlassen, zu gelangen, bietet es sich an, das direkte semantische Umfeld des Bedürfnisbegriffs zu betrachten.¹¹⁵ Ein Bedürfnis zu haben, bedeutet, einer Sache, eines Gutes, einer Erfahrung etc. zu bedürfen, was nichts anderes heißt, als dieses Etwas zu benötigen. Bezogen auf den Parallelbegriff des Mangels, benötigt der Bedürftige dasjenige, dessen er mangelt. Benötigen impliziert nun – wie schon an der Wortgestalt erkennbar – eine zwingende Verhältnismäßigkeit, nämlich die Relation einer Notwendigkeit. Und liegt eine Notwendigkeit vor, so stellt sich zuallererst und unausweichlich die

115 Vgl. zu dieser Methode auch Kamlah (1973), S. 52ff.

Frage, *wofür* etwas notwendig ist, mithin die Frage nach dem Wozu. Auch der Begriff der Notwendigkeit ist nur als relativer Begriff sinnvoll zu verstehen. Als notwendig kann etwas immer nur in Bezug auf einen Zweck, auf ein Ziel hin verstanden – und erst recht behauptet – werden, nie ist etwas absolut und an sich, schlechthin notwendig. Das Unentbehrliche in der Notwendigkeit bedeutet schlicht, dass es ein bestimmtes Ziel geben muss, das nur mittels jener unverzichtbaren Voraussetzung erreicht werden kann und also notwendig angewiesen auf die Erfüllung dieser alternativlosen und somit essenziellen Bedingung ist. Wenn ein Bedürfnis nun in seinem Notwendigkeitscharakter immer auf einen spezifisch korrespondierenden Zweck und Zielzustand verweist, bedeutet das, dass die Frage nach den Bedürfnissen des Menschen in der Frage nach seinen Zwecken und Zielen und damit nach dem menschlichen Telos aufgeht.

C.2 (a) Biologisch: Funktionieren und Überleben

Angesichts der Ziele, die der Mensch verfolgt und die er dann für gewöhnlich mit der Rede von Bedürfnissen und Notwendigkeiten belegt, kann nun ein erster ordnender Überblick erreicht werden, wenn das breite Spektrum des praktischen Telos als Antwort auf die Frage nach dem Wozu verstanden wird. Wie es scheint, muss hierzu bei der Frage nach dem grundlegendsten, dem basalsten Wozu begonnen werden. Und diese Grundstufe lautet nicht etwa ‚Wozu überhaut?‘, sondern vielmehr ‚Wozu zuallererst?‘. Sie führt also zu jenem Zweck, dessen Erreichen erst alle weiteren Ziel- und Zwecksetzungen möglich macht, zu einem in diesem Sinne transzendentalen Zweck. So steht vor jedem Handlungsziel immer und unverzichtbar zunächst die Notwendigkeit, handeln zu können, was wiederum notwendig voraussetzt, als Handlungs-subjekt überhaupt zu existieren. Als allererste, grundlegendste Bedürfnisse können damit jene gelten, deren Befriedigung für das schiere Leben und Überleben unverzichtbar ist, also vitale Bedürfnisse nach (Atem-)Luft, Nahrung, auch Kleidung, Wohnung, Versorgung im Notfall, Sicherung im Falle einer möglichen Bedrohung. Diese Bedürfnisse, die oft als ‚natürliche Bedürfnisse‘ bezeichnet werden, lassen sich zusammenfassen als Bedürfnisse, die auf das elementare Ziel *Leben* ausgerichtet sind und können somit in einem sowohl existenziellen wie auch transzendentalen Sinne als vitale Grundbedürfnisse verstanden werden.¹¹⁶

116 Dieser Ansatz einer funktionalistisch-existenziellen Bedürfnisdefinition entspricht der Auffassung des österreichischen Ökonomen Carl Menger, der Bedürfnisse als „die Erfordernisse der Erhaltung und harmonischen Entwicklung der menschlichen Natur in ihrer Totalität“ versteht und damit den normativen Gehalt des Begriffs deutlich macht, zitiert nach Birnbacher (1979), hier S. 31. Im Gegensatz zu dieser

Indem sie Lebens-Notwendigkeit implizieren, beziehen sich die transzendentalen menschlichen Bedürfnisse und die ihnen korrespondierenden Mangelzustände primär auf die physiologische Verfasstheit des Menschen. Nicht von ungefähr werden als universelle menschliche Grundbedürfnisse durchweg zunächst körperliche Bedürfnisse genannt bzw. solche, die sich in erster Linie auf körperliche – hier synonym: ‚vitale‘ oder ‚physiologische‘ – Belange beziehen.¹¹⁷ In paradigmatischer Weise hängt hier die Rede von Bedürfnissen mit der Vorstellung eines Normalzustands zusammen. So ist für körperlich-existenzielle Grundbedürfnisse ein (kurzzeitig oder langfristig, plötzlich oder regelmäßig) beeinträchtigtes Verhältnis zu einem als normal empfundenen Zustand charakteristisch. Dieser Normalzustand umfasst das natürliche Vorhandensein und unbeeinträchtigte Funktionieren aller typischerweise zum menschlichen Organismus zählenden körperlichen Organ(system)e und Funktionen. Jede Abweichung von diesem Soll-Zustand wird gemeinhin als mangelhafter Zustand wahrgenommen, aus dem Bedürfnisse entstehen, und somit als zu behebende Anomalie interpretiert. Dieser Auffassung von Norm und Aberration liegt die Annahme einer natürlichen Zweckmäßigkeit und objektiv bestimmbarer Zielvorstellung des menschlichen Organismus und seines Funktionierens zugrunde, welche als biologisch-anthropologische Tatsache aufgefasst wird.

Auch wenn Annahmen von ‚natürlichen Normwerten‘, ‚biologischer Zweckmäßigkeit‘ und einer ‚Teleologie des körperlichen Funktionierens‘ stets der vielbeachteten Herausforderung eines naturalistischen Fehlschlusses ausgesetzt sind, so gibt es durchaus gute Gründe, die für ein in diesem Sinne teleologisches Verständnis nicht nur des menschlichen, sondern aller biologischer Organismen sprechen. Jedoch muss hier der Begriff der Teleologie von überholten Interpretationsmodellen abgegrenzt und präzisiert werden. So kann heute nicht mehr ernsthaft von einer äußeren, universalen oder gar transzenten Teleologie ausgegangen werden, welche die Zielgerichtetheit aller Lebewesen, der Welt oder sogar des Universums als Ganzem annimmt. Vielmehr lässt sich der Teleologiebegriff frei von problematischen anthropischen oder kreationistischen Annahmen schärfen und als Zielgerichtetheit im Sinne einer „inneren Naturteleologie“¹¹⁸

objektivistischen Bestimmung des Bedürfnisbegriffs setzt die oben schon angeführte Definition, die bei Friedrich von Hermann einschlägig auftaucht, am Mangelempfinden des betreffenden Individuums und damit am subjektiven Wollen an.

117 Nahezu alle relevanten Bedürfniskonzepte in der Psychologie und Pädagogik legen derartige körperlich-physiologisch-vitale Erfordernisse ihren Modellen auf basaler Ebene zugrunde. Vgl. dazu Mägdefrau (2007), S. 59ff.

118 Vgl. dazu Toepfer (2005), S. 39ff.

verstehen. Diesem Verständnis nach bleibt das Zweckhafte auf rein physiologisch-kausale Verhältnisse beschränkt und beinhaltet keinerlei intentionale Elemente einer zielgeleiteten ‚Handlungsteleologie‘. Im Zusammenhang menschlicher Bedürfnisse und eines diesen zugrunde liegenden Normalzustands darf das Teleologieprinzip somit nicht als antizipierende Zwecksetzung oder planvolle Zwecktätigkeit verstanden werden, sondern meint (bloße) Zweckmäßigkeit und bezieht sich auf die Organe und Organsysteme des Körpers in ihrer funktionellen Einbettung in einen Organismus. Dieses Verständnis von einer Teleologie der physiologischen Zweckdienlichkeit entspricht dem Mitte des 20. Jahrhunderts in die Biologie eingeführten Begriff der *Teleonomie*, mit dem „die Biologen seither einen biologischen Tatbestand rein deskriptiv als zweckdienlich oder zielgerichtet kennzeichnen“ können. Dabei wird zweckdienlich verstanden als „auch zum Überleben seiner Art“ beitragend, was die „teleonomische Fragestellung“ zur zentralen „Frage nach der biologischen Bedeutung“ werden lässt, die da lautet: „Erfüllt die fragliche Gegebenheit eine Funktion im Rahmen von Lebensvorgängen, z.B. bei der Entwicklung des Organismus, und damit für die Erhaltung der Art?“¹¹⁹

Dementsprechend bezieht sich die Vorstellung eines physiologischen Normalzustands des Menschen weniger (bzw. nur indirekt) auf eine kollektive Ebene des arterhaltenden Instinkts und evolutionsrelevanten Naturzwecks der Fortpflanzung, sondern vielmehr auf die individuelle Ebene des Für- und Ansich-Existierens des menschlichen Organismus in seiner (selbst)zweckmäßigen physiologischen Funktionsfähigkeit. Diesen Kern einer objektivistischen Bedürfnistheorie formuliert auch Kamlah, indem er von Analogien im Bereich des nicht-menschlichen Lebens ausgeht, um die existenziell-vitalen Grundbedürfnisse zu fassen, die dem Menschen *als Naturwesen* zukommen:

„Wer Blumen am Fenster hat, ‚muss‘ sie regelmäßig gießen. Pflanzen ‚brauchen‘ Erde, Wasser, Luft, Licht, und der Biologe kann genauer sagen, was bestimmte Arten von Pflanzen brauchen, ferner, welche die vorgegebenen ‚*Lebensbedingungen*‘ der Ameise, des Maulwurfs, auch des Menschen sind. [...] Der Biologe, der Physiologe untersuchen den ‚Wärmehaushalt‘ von Lebewesen, auch den physischen Haushalt des Menschen, seinen ‚Bedarf‘ an Kalorien – es scheint, als ließe sich die Frage nach unserer Bedürftigkeit naturwissenschaftlich ‚objektivieren‘, indem wir wieder, wie schon Descartes, unseren Körper als Maschine auffassen.“¹²⁰

119 Alle Zitate in Hassenstein (1981).

120 Kamlah (1973), S. 55.

An der genuin biologisch verortbaren Naturseite der menschlichen Bedürftigkeit ansetzend, lassen sich so Bedürfnislagen konturieren, die weitgehend unabhängig von kontingenten Umständen und Einflüssen (wie etwa kulturellen, historischen, sozialen oder politischen Determinanten) vorliegen. Dass damit allerdings keineswegs eine umfassende Bestandsaufnahme sämtlicher Bedürfnisse des Menschen gelingen kann, macht Kamlah im selben Schritt seiner bio-anthropologischen Annäherung deutlich:

„Auf diesem Wege gelangen wir zu menschlichen Bedürfnissen, die jedenfalls ‚wirkliche‘, und zwar ‚natürliche‘ Bedürfnisse sind. Keineswegs freilich gelangen wir auf diesem Wege zur ‚objektiven Feststellung‘ *aller* menschlichen Bedürfnisse. Nicht einmal alle unsere natürlichen Bedürfnisse sind durch dieses Kriterium abgrenzbar [Herv. i.O.]“.¹²¹

C.2 (b) Kulturell: Selbstverwirklichung und Transzendenz

Ist die grundlegende Funktion der transzendentalen Bio-Bedürfnisse relativ klar zu umreißen und entsprechend einsehbar, wird die Bestimmung und hierarchische Einordnung zunehmend schwierig, zieht man jene Grundbedürfnisse des Menschen mit in Betracht, deren Befriedigung keine direkten vitalen Überlebensfunktionen sichern. Hier werden Mangelzustände, Antriebe und Strebensziele relevant, die nicht mehr den zwingenden Status unverzichtbarer, existenzieller Seinsbedingungen erfüllen. Es rücken Bedürfnisse ohne direkten biophysiologicalen Bezug ins Blickfeld, die kontingenter als transzendente Bedürfnisse sind und statt dem Imperativ des Lebens an sich zu folgen, unter die anspruchsvollere Leitfrage ‚Wie Leben?‘ fallen. Hierzu sind Bedürfnisse wie etwa das nach Selbstverwirklichung, ästhetischer Erfahrung oder Transzendenz zu zählen. Solche als nicht-körperlich bzw. nicht direkt körperlich verankert, also geistig, intellektuell, emotional oder spirituell beschreibbaren Bedürfnisse sind nicht in der Weise in biologischen Grundgegebenheiten des Naturwesens Mensch verankert, wie dies bei vital-existenziellen Grundbedürfnissen der Fall ist. Sie heben sich von jenen dadurch ab, dass sie weniger unabweisbar auftreten und persistieren, dagegen in bedeutendem Maße der willkürlichen Kontrolle und reflexiv-rationalen Einflussnahme und Ausgestaltung durch den Betreffenden und seine Vernunft unterliegen. Derartige nichtkörperliche Bedürfnisse gehören nun weniger der „Region des zum Überleben, zum angemessenen, zum guten Leben Nötigen“ an, sondern stammen eher aus der „Region des Wollens und Wünschens“, wie Birnbacher die beiden Dimensionen möglicher Bedürfnisver-

121 Ebd., S. 55f. Kamlah ist sich dabei der Gefahren eines naturalistischen Ansatzes bewusst, vgl. ebd., S. 56.

ortung benennt.¹²² Dabei ist die stärker subjektivistische Sphäre ‚des Wollens und Wünschens‘ anders als der objektivistische Bereich des ‚Nötigen‘ gekennzeichnet durch normative „Leitvorstellungen, über deren Inhalt und deren Implikationen letztlich nur politisch – im weitesten Sinne des Wortes – entschieden werden kann“¹²³. Aus dieser subjektivistischen Offenheit und Plastizität ergibt sich ein enorm breites Spektrum von verschiedensten, ausdifferenzierten und vielgestaltigen Individualbedürfnissen sowie der zu ihrer Befriedigung geeigneten oder nötigen Verfahren, Instanzen und Mittel. Dabei lässt sich eine doppelte Variabilität erkennen: Nicht nur ist die Variationsbreite nicht-körperlicher Bedürfnisse und ihrer Befriedigung prinzipiell unbegrenzt, es finden sich auch jeweils mehrere Wege zur Befriedigung solcher Bedürfnisse. Während der eine etwa glücklich lebt, ohne eigene künstlerische Betätigung zu vermissen, ist für den anderen die Befriedigung des entsprechenden Bedürfnisses von geradezu existenzieller Bedeutung, der er dann im Atelier nachgeht, während einem Dritten dies nur auf der Bühne möglich ist.

Freilich kann bei aller subjektiven Hochschätzung eine unhintergehbare Abfolge der zwei Bedürfnistypen nicht geleugnet werden. Das Bedürfnis nach künstlerischem Ausdruck, Selbstverwirklichung und Sinn, das auch interpretiert werden kann als das Bedürfnis des Menschen, über seine faktische Existenz hinauszugehen, kann schließlich nur von einem Selbst empfunden und seine Erfüllung befriedigend erlebt werden, das existiert, und das heißt, von einem Subjekt, das biologisch lebt. Trotzdem muss das anthropologische Basisbedürfnis nach erfüllender Lebensführung als ebenso grundlegend gelten und der Sicherung des reinen Überlebens nur in einem technischen Sinne nachgeordnet aufgefasst werden. Dies belegen Fälle der umgekehrten Abhängigkeit, in denen extreme Vernachlässigung und direkte Verhinderung der Befriedigung fundamentalen anthropologischer oder geistiger Lebensbedürfnisse zum organischen Tod führen können.

122 Birnbacher (1979), S. 33.

123 Ebd. Wobei freilich die Bestimmung der ‚Region des Nötigen‘ durch ihre Spezifizierung ‚zum angemessenen, zum guten Leben‘ die scheinbar klare Abgrenzbarkeit zwischen einer objektiven, transzendentalen Bedürftigkeit einerseits und nur oder primär subjektiv zu verhandelnden Grunderfordernissen andererseits zu unterlaufen droht. So kann die jeweilige Ausformung eines für ein ‚gutes Leben‘ Notwendigen nicht allgemein-übergreifend bleiben und muss durchaus individuellen Wünschen erheblichen Stellenwert einräumen, sollen paternalistische, essenzialistische und naturalistische Unangemessenheiten vermieden werden.

C.2 (c) Die Dimension der Körperlichkeit

Die Ausrichtung an dem Kriterium der physiologisch-existenziellen Transzendentalität spricht nun dafür, nicht-körperliche Bedürfnisse klar von körperlichen zu unterscheiden. Während geistige Bedürfnisse als stark individuell-subjektive Bedürfnisformen nur sehr rudimentär verallgemeiner- oder gar objektivierbar sind, scheinen sich körperliche Bedürfnisse aufgrund ihres direkteren und unverfälschteren Auftretens und ihrer entsprechend unmittelbareren Verknüpfung mit biologisch-physiologischen Grundgegebenheiten als universal konstatieren zu lassen. Doch kann bei dieser ersten Beobachtung die Frage nicht unbeantwortet bleiben, wie weit die unterstellte Direktheit körperlicher Bedürfnisse wirklich reicht und ob tatsächlich kategorial zwischen zwei Bedürfnistypen anhand ihrer Körperlichkeit unterschieden werden kann. Zu vermuten steht vielmehr, dass mit einem derartigen dualen System der Bedürfnisklassifizierung der verwickelte Zusammenhang von existenzieller und akzidentieller Bedingtheit, der Bedürfnisse generell prägt – ob primär körperlich verortet oder nicht –, aus dem Blick gerät.

Dem Verdacht, dass eine kategoriale Zweiteilung des Bedürfnisfeldes problematisch ist, kann instruktiv mit einem Beispiel nachgegangen werden. So ist ein Bedürfnis bzw. ein Zielzustand, der häufig angeführt wird, wenn es um eine erste, direkt körperlich ansetzende Stufe vital-existenzieller Grundbedürfnisse des Menschen geht, dessen transzendentaler Status jedoch längst nicht so klar ist, wie diese Zuordnung suggeriert, der Zustand der Gesundheit.

Gerade dieser Seinsmodus der menschlichen Verfasstheit, der im Zentrum der Identität und normativen Bestimmung der Medizin steht¹²⁴, wird gemeinhin als störungsfreies Funktionieren körperlicher Anlagen und Fähigkeiten verstanden, das in einem naturzweckhaften Sinne als normal gelten kann. Mehr noch, gesund zu sein gilt nicht nur als Normal-, sondern wird in der Regel auch als erstrebenswerter Idealzustand postuliert. Einem beliebten, Schopenhauer zugeschriebenem Diktum folgend, wonach Gesundheit nicht alles, ohne sie aber alles nichts sei, wird in diesem Zusammenhang oft nicht nur die Relevanz und Dringlichkeit eines intakten körperlichen Zustands für das individuelle Wohlbefinden herausgestellt, sondern Gesundheit wird darüber hinaus zu einer fundamentalen und unverzichtbaren Lebensvoraussetzung stilisiert – so fundamental, dass an einem wörtlichen Verständnis des Aphorismus kein Zweifel mehr angebracht scheint (welcher eben in diesem Sinne auch suggeriert, dass krankes Leben bzw.

124 Siehe zu einer eingehenden Diskussion des Gesundheitsbegriffs aus philosophischer Perspektive sowie zu kritischen Einwänden auf Missverständnisse des gegenwärtig vorherrschenden Gesundheitsverständnisses unten, S. 176ff.

Leben in Krankheit *per se* nicht lebenswert sei)¹²⁵. Zumindest auf den ersten Blick ist aber fraglich, inwiefern dem Gesundsein solch zwingende Notwendigkeit in existenzieller Hinsicht zukommen soll. Denn kann der Mensch nicht auch als kranker Mensch leben, weiterleben und vor allem auch überleben? Noch stärker ließe sich formulieren, dass menschliches Leben Kranksein ohnehin stets impliziere und somit die Vorstellung von Gesundheit immer und unausweichlich bloß ein Ideal sei, das der Mensch nur episodisch, keineswegs jedoch konstant oder gar gesichert erreichen könne. So verstanden würde sich das Bedürfnis, das nach Gesundheit verlangt, dadurch von jenen genannten lebensnotwendigen unterscheiden, dass das aus dem Gesundheitsbedürfnis abgeleitete handlungsmotivierende Streben ein prinzipiell unerreichbares und immer nur anzustrebendes, nicht aber tatsächlich realisierbares Ziel vor Augen hätte. Auch wenn man nicht so weit gehen muss, Morbidität als anthropologische Grundfigur zu begreifen, muss die Auffassung von Gesundheit als bloß regulatives Ideal die Dringlichkeit des entsprechenden Bedürfnisses nicht schmälern. Gerade der Umstand, dass gesundheitliche Anfälligkeit als anthropologische Konstante und gegebener Normalzustand der menschlichen Verfasstheit begriffen werden müsste, könnte ja belegen, dass es sich bei dem Streben nach Gesundheit um ein universelles Bedürfnis handelt, dem es umso mehr zu begegnen gilt, je unsicherer seine dauerhafte Befriedigung für den Menschen ist.

Ob nun Gesundheit ein (zumindest als konstanter Zustand) unerreichbares Ziel oder aber anthropologischer Normalzustand ist, lebensnotwendig in einem starken Sinne, wie es transzendente Grundbedürfnisse sind, ist sie nicht. Freilich waren und sind im evolutionären Entwicklungsgang, dessen Etappenschritte im Zeichen des vielbeschworenen (und dabei oft missverstandenen) „Survival of the Fittest“ stehen, die Überlebens-, ‚Gewinner‘ in der Regel auch die gesündesten Exemplare ihrer Art, doch zeichnet sich die heute erreichte Lebenslage des Menschen gerade dadurch aus, dass dieser längst den harten Konkurrenzbedingungen eines biologisch orientierten Überlebenswettbewerbs enthoben ist.¹²⁶

Die Probleme, die sich bei der Einschätzung des Zusammenhangs von körperlichem Normalzustand, Gesundheit und Bedürfnissen ergeben, zeigen, dass

125 Hier sei darauf hingewiesen, dass offenbar Zweifel an der Authentizität der vielbeschworenen Schopenhauerschen Autorschaft berechtigt sind, siehe dazu Maio (2007c), S. 252 (dort Fn. 13).

126 In den Genuss dieses Schicksals kommen außer ihm nur diejenigen Tiere (und Pflanzen), die wiederum der Mensch zu seinen eigenen Zwecken vom evolutionären Selektionsprozess suspendiert, sei es aus Gründen gefühliger Zurichtung oder zum systematisch verfolgten und optimierten Zwecke der Nahrungsbeschaffung.

die enge Verknüpfung von der Idee eines natürlichen Normalzustands mit dem Bedürfnisbegriff nicht so eindeutig ist, wie es zunächst angesichts des hohen Grades an Verallgemeinerbarkeit und begrenzter Formbarkeit durch individuelle Präferenzen scheint. Außerdem erfasst die Kennzeichnung transzendentaler Bedürfnisse als lebensnotwendige Belange, so prägnant sie ist, kaum eine Binnendifferenz körperlicher Grundbedürfnisse und der ihnen zugrunde liegenden Mangelzustände. So gibt es körperliche Bedürfnisse, die auf Mangelzuständen beruhen, welche so unvermeidlich wie regelmäßig auftreten und damit in gewissem Sinn als naturgemäß und normal aufgefasst werden können (z.B. das Bedürfnis nach Hunger oder Schlaf), während andere Bedürfnisse, die sich körperlich manifestieren, aus Mangelzuständen aufgrund spontaner, überraschender und in der Regel unerwünschter Veränderungen des Körpers entstehen (z.B. nach Verletzungen und Erkrankungen). Während also manche Bedürfnisse fundamentale und konstitutive Eigenheiten des menschlichen Körpers vertreten, auf überlebenswichtige bio-physiologische Funktionen verweisen und gerade durch ihr kontinuierliches oder wiederkehrendes In-Erscheinung-Kommen verlässliche Funktionstüchtigkeit anzeigen, werden andere unter Umständen akut, welche durch plötzliches Auftreten, unerwartete Störungen körperlicher Ausgewogenheit und nicht zuletzt unangenehme Begleiterscheinungen wie Schmerzen oder Angstgefühle beunruhigen. Diese Ambivalenz körperlicher Grundbedürfnisse macht die grundsätzliche evaluative Neutralität des Bedürfnisbegriffs deutlich. So zeigt die zunächst unbestimmte Valenz auftretender Bedürfnisse, dass etwa nicht jeder bedürftige auch ein kranker Mensch ist und Mangelzustände durchaus ein Merkmal von Gesundheit sein können.

Dabei vermag die Unterscheidung zwischen konstant wiederkehrenden, in diesem Sinne neutral oder sogar positiv zu bewertenden Bedürfnissen und solchen, die spontan auftreten und wegen ihrer unerwünschten Folgen klarerweise negativ beurteilt werden müssen, gleichzeitig zu verdeutlichen, dass Körperlichkeit allein kein tragfähiges Kriterium für eine angemessene Differenzierung des Bedürfnisbegriffs ist. Ebensowenig ist die Vorstellung haltbar, Mangelzustände seien prinzipiell negativ zu bewerten und ein Zustand der vollständigen Mangel- und Bedürfnislosigkeit bzw. der umfassenden Bedürfnisbefriedigung sei (zumindest in körperlicher Hinsicht) ein uneingeschränkt erstrebenswertes Ideal. Um aber nicht im Gegenzug einer Positivierung des definitionsgemäß Negativen (per Etikettierung als Mangel) das Wort zu reden, muss hier auf den Unterschied zwischen einem Mangelzustand und dem Umstand seines Auftretens hingewiesen werden und demgemäß hinzugefügt werden, dass sich die mögliche Positivität und Sinnhaftigkeit des Mangelhaften nur auf das Vorkommen eines Mangels und nicht auf den Mangelzustand selber beziehen kann. So muss ein kurzzeitiger

Mangelzustand nicht unbedingt als negativ bewertet werden, während andauernde und ausgeprägte Mängel freilich bereits *per definitionem* zu vermeidende Zustände kennzeichnen.¹²⁷

Außerdem erweist sich die anthropologische Objektivierbarkeit und universelle Verallgemeinerbarkeit selbst bei Bedürfnissen, die unbestreitbar fundamental und körperlich ansetzen und daher einen recht eindeutigen und universellen Charakter aufzuweisen scheinen, als eine nur scheinbare. Zwar ist bei stärker determiniert wirkenden Bedürfnissen das Spektrum der möglichen Mittel zur Befriedigung zweifellos eingeschränkter, als dies bei weniger vorgebahnten der Fall ist, doch ist dieses auch hier nicht absolut vorgegeben. Allein das Beispiel des Hungers, der (abgesehen von der Möglichkeit, Hungerempfinden durch autoaktive Psychotechniken wie etwa Meditation o.ä. zu sublimieren, zu verdrängen oder aufzuheben) nur durch Nahrungsaufnahme gestillt werden kann, welche aber sowohl qualitativ als auch quantitativ auf höchst unterschiedliche Art und Weise erfolgen kann, zeigt, wie schwer sich hauptsächlich körperliche Bedürfnisse und die Mittel zu ihrer Befriedigung auf eine rein physiologische Dimension reduzieren lassen. Auch jene Bedürfnisse, die primär in Form körperlichen Erlebens und Erforderns wahrgenommen werden, werden vom Menschen immer schon geistig-intellektuell sowie soziokulturell überformt wahrgenommen, erfahren und interpretiert.

C.2 (d) Ein mehrdimensionales Kriterienraster

Die Einteilung des Bedürfnisbegriffs in körperliche auf der einen und nicht-körperliche Bedürfnisse auf der anderen Seite scheint also zu ungenau und durch ihre grobe Binarität nur neue Probleme zu schaffen, die eine erhellende Wesensbestimmung von Bedürfnissen unnötig erschweren.¹²⁸ Derartige Schwierigkeiten einer streng kategorialen Klassifizierung von Phänomenen, die immer als zusammengesetzte ‚Mischformen‘ auftreten, sind auch als Grund dafür anzusehen, dass systematische Versuche, aussagekräftige Listen oder hierarchische

127 Vgl. hierzu obige Bemerkungen zur Normativität des Bedürfnisbegriffs und seinem intrinsischen Erfüllungsimperativ, S. 70ff.

128 Zudem läuft eine solch zweiwertige Bedürfnisklassifikation Gefahr, einen problematischen cartesianischen Dualismus und damit ein längst überwundenes Menschenbild mit all seinen Schwierigkeiten wieder aufleben zu lassen.

Modelle von Bedürfnissen zu ermitteln und aufzustellen, letztlich in ihrem Anspruch auf universale Objektivierbarkeit scheitern.¹²⁹

Um angesichts ihrer immanenten anthropologischen Determiniertheit und kulturellen Überformung dem synthetischen Charakter aller Bedürfnisse gerecht zu werden, scheint es sinnvoller und hilfreicher zu sein, statt fest definierte Kategorien aufzustellen, denen einzelne Bedürfnisse zugeordnet werden, die verschiedenen signifikanten Dimensionen zu unterscheiden, die *jedes* Bedürfnis kennzeichnen können. Damit sollen nicht fundamentale Differenzen nivelliert werden, die zweifellos zwischen einzelnen Bedürfnissen bestehen (wie dem nach Nahrung und dem nach intellektueller Betätigung etwa). Nur lässt sich mit einer mehrdimensionalen Beschreibung weitaus besser die Spezifität von Bedürfnissen sowie ihre Einbettung und Orientierung in dem jeweiligen kulturellen Rahmen erfassen und damit nicht zuletzt auch die kontextabhängige normative Relevanz des jeweiligen Bedürfnisses genauer treffen. Als wesentliche Dimensionen von Bedürfnissen lassen sich ‚Zeitlichkeit‘, ‚Zugriffsbereich‘, ‚Reichweite‘, ‚Abstraktionsgrad‘, ‚Dringlichkeit‘ differenzieren. Mit Hilfe dieser Multidimensional-kriterien kann es gelingen, Bedürfnisse in ihrer spezifischen Vielschichtigkeit kenntlich zu machen und sowohl in funktionaler als auch philosophisch-anthropologischer Hinsicht präzise zu charakterisieren.

Die Kriterien im Einzelnen:

<i>Zeitlichkeit:</i>	Taucht ein Bedürfnis einmalig auf oder zeigt es sich kontinuierlich?
<i>Zugriffsbereich:</i>	Wie weit ist der Körper in direkter Weise von einem Bedürfnis betroffen, ist er die erste Angriffsfläche seiner Entfaltung („Grundbedürfnisse“) oder nur Nebenschauplatz bzw. nachgeordneter Wirkungsort (geistig-seelische Mangelempfindungen)?
<i>Reichweite:</i>	Handelt es sich um ein kollektives oder individuelles Bedürfnis, ein universelles Transzendentalerfordernis oder idiosynkratisch geprägtes Einzelbedürfnis?
<i>Abstraktionsgrad:</i>	Tritt das Bedürfnis diffus und allgemein oder konkret und formiert in Erscheinung?

129 Vgl. z.B. das Hierarchie-Modell des Psychologen Maslow oder die sog. „Instinkt-kontroverse“ in Folge der Instinklisten von McDougall. Siehe dazu Scheffer/Heckhausen (2006), S. 54ff.

Dringlichkeit: Artikuliert das Bedürfnis die Störung eines unverzichtbaren Normalzustands und ist im physiologischen Sinne überlebenswichtig oder zeugt es vielmehr von der gewissen Beliebigkeit eines zusätzlichen, neugierigen Erweiterungsinteresses?

So kann ein Bedürfnis wie das nach Nahrung – also Hunger – folgendermaßen charakterisiert werden: es tritt kontinuierlich, d.h. sowohl lebenslang als auch in regelmäßigen zeitlichen Intervallen auf (*Zeitlichkeit*), es betrifft in erster Linie und vor allem den Körper, ist ein direktes körperliches Bedürfnis (*Zugriffsbereich*), es tritt bei ausnahmslos allen Menschen auf, ist also nicht nur kollektiv, sondern bio-physiologisch universell (*Reichweite*), in aller Regel ist es sehr konkret und unzweideutig (*Abstraktionsgrad*), es reagiert auf einen regelmäßig eintretenden Reduktionsprozess eines körperlichen Soll-Zustands, der, wenn er nicht wiederhergestellt wird, unweigerlich zum Tod führt, somit ist das Bedürfnis existenziell und überlebenswichtig (*Dringlichkeit*).

C.3 Philosophische Anthropologie des Bedürfnisses

Eine Untersuchung des Bedürfnisbegriffs als zentrales Moment der menschlichen Handlungsstruktur und -motivation führt unweigerlich zu einer fundamentalen anthropologischen Einsicht: was den Menschen als Mensch charakterisiert und herausfordert, ist seine grundsätzliche Zwischen- und Doppelstellung hinsichtlich der beiden Sphären der Natur und des Natürlichen einerseits und der der Kultur und des Geistigen andererseits. Wie jedes Bedürfnis eine instinktive und triebhafte Komponente aufweist, welche sich seiner Naturseite zuschlagen lässt, dabei aber nie als solches, ‚rein‘, ‚naturbelassen‘, ohne die Vermittlung durch geistig-kulturelle Instanzen und Prozesse auftreten oder gar bestehen kann, so findet sich auch der Mensch im Ganzen wieder als Naturwesen, das ohne Kultur nicht bestehen kann bzw. als Kulturwesen, das seine Natur nicht loswerden oder gänzlich transzendieren kann. So lässt sich das fundamentale anthropologische Spannungsfeld, das jede Beschreibung des Menschen voraussetzen muss, in der Begrifflichkeit von Mangel und Bedürftigkeit formulieren.

C.3 (a) Vom mangelhaften Tier zum *Homo agens*

Besonders deutlich wird die ambivalente Grundsituation des Menschen im Vergleich mit der ihm nächstgelegenen Tierwelt. Traditionell wird das Verhältnis des Menschen zu tierischen Lebensformen (von pflanzlichen ganz zu schweigen) als höherwertig interpretiert. Der meist normativ aufgeladene anthropozentrische

Standpunkt, der im Topos vom Menschen als der ‚Krone der Schöpfung‘ kulminiert, bietet in einer stärker deskriptiven und wertneutralen Lesart aber auch den Ansatz für eine gegenläufige, nämlich unterordnende Selbstdeutung. Demgemäß ergibt die Gegenüberstellung des Menschen in seiner Lebenswelt mit der Situation des Tiers in der Natur ein ganz anderes Bild: aus einer ökologischen Perspektive, d.h. einer Perspektive, die das Verhältnis des Individuums zu seiner direkten Lebensumgebung, zu deren Bedingungen und Wechselwirkungen in den Blick nimmt, erscheint das Tier in einem fundamentalen Vorteil. So findet es sowohl dem äußeren Lebens- und Naturraum als auch seiner naturhaften Beschaffenheit gemäß jeweils spezifizierte und relativ klar umrissene Lebenszwecke vor, die es mit durch Trieb- und Instinktstrukturen gebildeten Verhaltensschemata verfolgt – und ‚natürlicherweise‘ auch erreicht. Derartig natürlich vorgegebene und evolutionär eingeschliffene Zielgerichtetheit und ökologisch-holistische Harmonie mangelt dem Menschen.

Da es dieser Auffassung gemäß die Natur ist, die den Menschen in biologisch-morphologisch-körperlicher Hinsicht mit schwerwiegenden Defiziten gegenüber allem übrigen biologisch-natürlichen Leben ausgestattet hat, wird die Natur in diesem Kontext dann auch häufig als „Stiefmutter“ (*natura noverca*) bezeichnet. So fehlt dem Mensch als Mängelwesen die beim Tier vorhandene organische Spezialisiertheit und Einpassung in die je zugehörige ökologische Lebensumwelt, eine festgelegte Instinktbindung und „fertige“ Entwicklung. Dabei muss freilich auch der Mensch in der ihn umgebenden Umwelt leben und überleben, bedarf also im ureigenen Interesse einer gelungenen An- und Einpassung in seinen Lebensraum. Zu den Kennzeichen des Sonderfalls des Menschen gehört nun, dass diese Anforderung der ökologischen Assimilation trotz mangelhafter Triebstrukturierung kein aussichtsloses Unterfangen sein muss. In geradezu dialektischer Wendung liegt in der menschlichen Notlage nicht nur der Keim zur Bewältigung, sondern vor allem zur Überwindung derselben. Gerade seine defizitäre organische und instinktmäßige Ausstattung ist in ihrer spezifischen Nicht-Spezifik, in ihrer natürlichen Unzulänglichkeit und ökologischen Unangepasstheit die einzigartige und unverzichtbare Voraussetzung für die Herausbildung und Verbesserung einer bemerkenswerten Fähigkeit, welche den Menschen wie keine andere zum Menschen macht: seine geistige Begabung. Diese alle Naturzwecke und -zwänge transzendierende Kompetenz entfaltet als essenziellste menschentypische Fertigkeit ihre gewaltige Potenz, um den ebenfalls gattungstypischen Mangelzustand zu kompensieren und so das Fundamentalbedürfnis des Menschen nach Überleben unter seinen einzigartigen Bedingungen zu befriedigen.

Die Betonung des Umschlagmoments von der natürlichen Benachteiligung in einen uneinholbaren, kulturell angelegten Vorteil steht im Zentrum der philosophischen Anthropologie, wie sie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in Deutschland ihre Hochzeit erlebt hat. So stellt die anthropologische Denkfigur des seine natürliche Notlage selbst behebenden Menschen ein Grundmotiv der Antwort dar, die Hellmuth Plessner auf „Die Frage nach der *Conditio humana*“¹³⁰ gibt. Vor allem aber bildet die Vorstellung des zum Defizitausgleich verurteilten wie befähigten Menschenwesens den Kern des Werks von Arnold Gehlen, der im Zuge seines konsequenten und überaus wirkungsreichen Neuentwurfs einer ‚Mängelwesen-Anthropologie‘ den Kompensationsgedanken philosophisch etabliert und ausformuliert hat.¹³¹

Ambivalenz und Potenz des Mangels: Gehlen

Gehlen's Interesse gilt in erster Linie der Genese und Bedeutung des „biologischen Sonderproblems“ Mensch, bei dem die Natur evolutionsgeschichtlich epochales Neuland betreten hat, indem sie „eine sonst nicht vorhandene, noch nie ausprobierte Richtung der Entwicklung eingeschlagen“¹³² hat. Seine hierzu gewählte Untersuchungsmethode nennt Gehlen eine „anthropo-biologische Betrachtungsweise“, worin für ihn das Bemühen Ausdruck findet, die in dualistischen Systemen voneinander getrennten Sphären von Körper und Geist, von „Morphologie und Psychologie, Leib und Seele“¹³³ zusammenzudenken, um in einer evolutionär angelegten Synthese der wechselseitigen Verweisungen die „besondere Leibesbeschaffenheit des Menschen mit der sehr komplexen und komplizierten ‚Innerlichkeit‘ zusammen“¹³⁴ in den Blick nehmen zu können. Der biologischen Komponente dieses Ansatzes gemäß greift er zur näheren Bestimmung des Menschen auf den Vergleich mit nicht-menschlichen und vor allem vor-menschlichen Lebensformen der Natur zurück. Aus dieser differenziellen Perspektive werden umstandslos diejenigen „höheren Funktionen, wie Phantasie, Sprache, Denken“¹³⁵ als Kernmotive einer anthropologischen Typisierung kenntlich, die den Menschen in entscheidender und exklusiver Hinsicht auszeichnen und vom bekannten Rest der Natur abheben. Diese einzigartigen Kompetenzen

130 Plessner (2003).

131 Gehlen (1986a). Vgl. dazu auch unten, S. 103ff.

132 Gehlen (1986a), S. 17.

133 Ebd., S. 12.

134 Ebd., S. 15.

135 Ebd., S. 18.

sind aber für Gehlen dem Menschen, dessen Herkunft als Naturwesen dabei stets präsent bleibt, nicht immer schon mitgegeben, sondern durchweg erst als Ergebnisse notgedrungener Reaktion auf seine besondere Lebenssituation zu verstehen, die zuallererst gekennzeichnet ist durch „biologische Mittellosigkeit“¹³⁶. Indem Gehlen den Menschen vornehmlich in morphologischer Hinsicht betrachtet und dabei durchweg an der tierischen Natur- und Lebenssituation misst, treten die anthropologischen Schlüssel-Merkmale zunächst als defizitäre Besonderheiten hervor.

Die Differenz und menschentypische Eigentümlichkeit wird bestimmt von dem Blick auf die verhaltensauslösende Instinkt- und Triebstruktur, die beim „Tier mit seinen unmittelbaren Sinnessuggestionen und Sofortreaktionen“¹³⁷ in einem geschlossenen Kreis angelegt und festgelegt ist, was es kategorial vom Menschen unterscheidet. Überhaupt sind die charakteristischen Existenzbedingungen des Menschen geprägt von „Unangepaßtheiten“, „Unspezialisiertheiten“, „Primitivismen“, durchweg „Unentwickeltem“¹³⁸. Dem Menschen fehlt, was dem Tier in beinahe vollendeter Form ‚von Natur aus‘ eignet: vollkommene, d.h. an seine jeweilige ökologische Nische angepasste Organausstattung und souveräne Instinkt- und Verhaltenssicherheit:

„Die für den Menschen entscheidende Eigenschaft besteht [...] in einer Instinktreduktion, d.h. in einem offenbar stammesgeschichtlichen ‚Abbau‘ fast aller fest montierten Zuordnungen von ‚Auslösern‘ zu speziellen, angeborenen Bewegungsweisen. Dies geht soweit, dass sehr oft bloß noch affektive ‚Gefühlsstürme‘ ohne alle Handlungen oder, in anderen Fällen, in sehr variablen und unvorhersehbaren Handlungen auf ebenso unvorhersehbare Reize antworten, die aus der großartig umstrukturierten menschlichen Wahrnehmungswelt heraus auftauchen.“¹³⁹

Auch aus dem Abgleich der tatsächlichen Entwicklung werdenden Lebens im Tierreich mit der beim Menschen lassen sich ähnliche Ergebnisse gewinnen. Dass der Mensch in seinem allerfrühesten Lebensabschnitt der ersten Lebensjahre für eine ungewöhnlich lange Dauer ganz und gar ungesichert und schutzlos auf Gedeih und Verderb der umfassenden Pflege und Sorge der Mutter ausgeliefert ist, ist dabei der Anknüpfungspunkt für eine der bemerkenswertesten Pointen von Gehlens Belegen für die anthropo-biologische „völlige Sonderstellung“ des

136 Ebd., S. 34.

137 Ebd., S. 46.

138 Ebd., S. 33.

139 Ebd., S. 26.

Menschen. In der menschlichen Ontogenese erkennt er eine Wiederholung bzw. Parallelführung seiner Phylogenese, wenn er mit dem Biologen Adolf Portmann den Menschen als „sekundären Nesthocker“ bezeichnet, der seine Entwicklung zum eigenständig überlebensfähigen Wesen in einem „extra-uterinen Frühjahr“, also erst postnatal, vollendet.¹⁴⁰

Indem Gehlen den Ausgangspunkt seiner Anthropologie eng an biologischen Befunden und Kriterien orientiert und sein Interesse darin liegt, herauszuarbeiten, worin der Mensch sich von allem übrigen (tierischen) Lebenden abhebt, fällt freilich zuerst ins Auge, welche Eigenschaften und Strukturmerkmale, die im Tierreich typischerweise vorhanden sind, der Mensch *nicht* aufweist. Damit fokussiert die Beschreibung zwangsläufig zunächst auf Fehlendes bzw. Mängel und ist defizitär angelegt. Da dies aber nur den ersten Schritt der Gehlenschen Annäherung an das Menschenspezifische darstellt, wäre es verfehlt, den leitenden Begriff der Mangelhaftigkeit zu stark – und dabei verkürzt – zu interpretieren und ihn als Substanzbegriff aufzufassen und zu verurteilen.¹⁴¹ Vielmehr handelt es sich bei der aus dem Tiervergleich resultierenden Akzentuierung der mangelhaften, unvollständigen Verfassung des Menschen um den Ansatzpunkt der Untersuchung, welcher eben nicht deren Ergebnis ist, sondern ein (Start-) Punkt, um zum weiteren Fortgang anzusetzen. Den Menschen als Mängelwesen zu beschreiben, ist für Gehlen ein methodischer Schritt, bei dem der Mängelwesenbegriff nur vorübergehend sinnvoll einzusetzen ist und keine umfassend gültige Beschreibung des ‚Wesens‘ des Menschen enthält. Vielmehr lässt er nach erfolgter Verwendung seinen Ansatzpunkt im morphologisch-ökologisch angelegten Tiervergleich hinter sich, wodurch der Blick auf die Notwendigkeit und das Potential der spezifisch menschlichen Lebensform in Kultur und Technik freigelegt wird. Die entsprechende – einschränkende – Präzisierung des Mängelwesenbegriffs, die diesen vor einer übermäßigen substanz-analytischen Aufladung bewahren soll, hat Gehlen selbst explizit formuliert:

„Ich kann mich nicht für unschuldig halten, den Begriff eines ‚Mängelwesens‘ mitverbreitet zu haben, trotz der, wie zuzugeben ist, nur annähernden Gültigkeit dieses Begriffs, der zunächst nur das leisten soll, darauf aufmerksam zu machen, wie der Mensch in jeder na-

140 Vgl. ebd., S. 44f. Zur Bedeutung der Auffassung vom Menschen als „Frühgeburt“ für Gehlens Anthropologie siehe auch Thies (2000), S. 41ff.

141 Zur Auseinandersetzung mit derartig verkürzenden, kritischen Interpretationen des Mängelwesenstheorems siehe unten, S. 103ff.

türlichen Umwelt lebensunfähig ist, aus Mangel an spezialisierten Organen und Instinkten.“¹⁴²

Festzuhalten bleibt, dass der Begriff des Mangels und des Mangelhaften streng genommen eine bloß relative Aussage macht, die in ihrer komparatistischen Deskriptivität für sich allein keine Wertung enthält. Was dem Menschen im Unterschied zum in seine je spezifische Umweltsituation eingepassten und in ein festes Instinktschema gefügten Tier mangelt, ist eine solche naturgegebene Festlegung eines abgestimmten Lebensraums und eine Spezialisierung seiner körperlichen Ausstattung und Fähigkeiten. Da Spezialisierung als eine Verbesserung von Kompetenzen, Leistungen, Effektivität und Effizienz in einem Spezialgebiet immer die Konzentration auf einen bestimmten Ausschnitt des offenen Feldes aller Lebensumwelten und Betätigungsmöglichkeiten bedeutet, ist jede Spezialisierung immer auch eine Beschränkung. Anders ausgedrückt: im Zuge von Spezialisierungsprozessen wird die jeweilige Fertigkeit immer weiter gesteigert, das damit erreichbare Leistungsniveau immer höher und der Tätigkeitserfolg immer größer, während der Bereich, innerhalb dessen sich das Können des Spezialisten vollzieht, immer kleiner und damit der Ausschnitt der Wirklichkeit, in dem der Experte als solcher sich bewährt, immer schmaler wird. Auf den anthropologischen Ansatz Gehlens gewendet, erscheint die morphologisch-organische Ausstattung ‚mangelloser‘ Spezialisierung des Tieres in einem neuen Licht:

„Unter Spezialisierung ist zu verstehen der *Verlust* der Fülle der Möglichkeiten, die in einem unspezialisierten Organ liegen, zugunsten der Hochentwicklung einiger dieser Möglichkeiten auf Kosten anderer. [Herv. i.O.]“¹⁴³

Demnach entpuppt sich der Mangel des Menschen als überaus vorteilhafter Umstand einer doppelten Negation – als Fehlen einer Einschränkung.

Der in diesem Sinne unspezialisierte Mensch, von der im Tierreich allgegenwärtigen „Umweltfesselung“¹⁴⁴ entledigt, ist damit in zweifacher Hinsicht das einzige Freiheitswesen der Natur. Zum einen ist er *von* der kaum Spielraum lassenden Umwelt- und Instinktbindung befreit, zum anderen ist er befreit *zur* Weiter- und Selbstentwicklung, die zuallererst in der eigenständigen Bewältigung seines Überlebens besteht. Die Dialektik des menschlichen Naturverhältnisses, das in dessen Bevorteilung durch seine Mangelhaftigkeit, also in dem Gewinn

142 Gehlen (1986b), S. 94f.

143 Gehlen (1986a), S. 87.

144 Ebd., S. 35.

durch Fehlen liegt, findet ihren morphologisch-organischen Ausdruck in Körperteilen des Menschen, die in paradigmatischer Weise als die menschlichsten Organe schlechthin bezeichnet werden können: dem Gehirn und den Händen. Beide sind wie keine anderen Merkmale und Teile der menschlichen Körternatur „verwendungsvieldeutig, spezialisiert auf unspezialisierte Aufgaben und Leistungen, gewachsen daher den unvorhersehbaren Problemen der offenen Welt“¹⁴⁵. Erst mit ihrer Hilfe wird es dem Menschen überhaupt möglich, die „Überbietung und Kompensation seiner Mängelausstattung“¹⁴⁶ als greifbares Ziel anzugehen. Seine unfertige, mangel- und lückenhafte Beschaffenheit ist dem Menschen also Problem, Aufgabe und Chance zugleich. Überlebensnotwendige Fähigkeiten und Verhaltensstrategien, die durch natürliche Prozesse nicht angepasst, die nicht oder nicht genügend entwickelt und nicht hinreichend spezialisiert wurden, muss der Mensch selbst ausprobieren, ausbilden und ausdifferenzieren. Diese Anforderung der Selbstentwicklung und Selbstausrüstung ist nun nicht nur als Ergänzung der tierischen Verfasstheit aufzufassen, sondern ist von kategorialer Neuheit und damit von fundamentaler anthropologischer Bedeutung. Sie erstreckt sich nicht nur über das *Wie* der Lebensgestaltung, sondern betrifft schon das nackte *Ob* bzw. *Dass* des Lebenkönnens. Hierzu schreibt Gehlen:

„Die bloße Existenzfähigkeit eines solchen Wesens [muss] fraglich sein und die bare Lebensfristung ein Problem, das zu lösen der Mensch allein auf sich selbst gestellt ist, und wozu er die Möglichkeiten aus sich selbst herauszuholen hat.“¹⁴⁷

Von der umfassenden natürlichen Spezialisierung und Vorbestimmung ausgenommen, muss der Mensch als ‚Stiefkind der Natur‘ seine Defizite selbst wettmachen.¹⁴⁸

Die Erfüllung dieser Kompensationsaufgabe, die zuallererst die Entwicklung von Strategien zur Ergänzung unvollkommener Eigenschaften wie zur Entlastung von überfordernden Umweltbedingungen herausfordert, ist für den Menschen nun in zweifacher Hinsicht bezeichnend: zum einen ist die Fähigkeit zum selbstständigen Ausgleich seiner Naturmängel überlebenswichtig, bleibt ihm doch nichts anderes übrig, als seine natürlichen Benachteiligungen selbsttätig auszugleichen. Indem es dem unspezialisierten und ökologisch nicht vorgeform-

145 Gehlen (1986b), S. 95.

146 Ebd.

147 Gehlen (1986a), S. 36.

148 Zur Tradition und Kritik der anthropologischen Formel vom ‚Mängelwesen Mensch‘ und seiner ‚Stiefmutter Natur‘ vgl. unten, S. 103ff.

ten, sondern „weltoffenen, d.h. in keinem *bestimmten* Ausschnitt-Milieu *natürlich* lebensfähigen Wese[n]“¹⁴⁹ somit versagt ist, sich bloßem instinktgeleiteten Verhalten gesichert zu ergeben und auf diese Weise sein Dasein fristen zu können, ist es zum Selbsttätigwerden gezwungen. Der Mensch muss also aktiv seinen Ort in der Welt bestimmen und sich seinen Lebensraum in Eigenregie erschließen. Das somit unausweichliche Platz-Nehmen besteht aber nicht lediglich in einem quasi-natürlichen Nachbau der ökologischen Nische, sondern eröffnet eine weitere und neue Ebene des menschentypischen Weltbezugs, vermittels derer der Mensch sich in Beziehung zu seiner Umwelt sowie zu seiner eigenen Position darin setzt und zum einzigen „stellungnehmende[n] Wesen“¹⁵⁰ in der Natur wird. Dadurch, dass er keiner lokalen oder regionalen Umgebungseinsparung mehr unterliegt, der sein Verhalten in vorgebahnten Schemata und instinktiven Reiz-Reaktions-Ketten verpflichtet wäre, wird dem Menschen nun unerbittlich die überlebensnotwendige Leistung abverlangt, dem „Zwang zu einer tätigen und geplanten Umarbeitung der Realitäten ins Lebensdienliche“¹⁵¹ zu gehorchen. Aufgrund seiner morphologischen „Primitivismen“¹⁵² kann der Mensch also nicht ‚einfach‘ sein Leben leben, sondern muss sein Leben *führen*, d.h. er muss sein Dasein aktiv gestalten, muss tätig werden, muss handeln. So betont Gehlen,

„dass der Mensch die Bedingungen seiner Lebensfristung selbst zu erzeugen hat; denn die Unspezialisiertheit bedeutet ja den Mangel einer ihm natürlich angepassten Umwelt, mit der er im biologischen Gleichgewicht lebt, und sie enthält zweitens die Notwendigkeit, die ganze exponierte, organisch hilflose und ungedeckte Verfassung durch Selbsttätigkeit durchsetzungsfähig zu machen, also in erfahrenen und kontrollierten Handlungen die physische Existenz überhaupt erst zu ermöglichen“¹⁵³.

An diesem zwingenden Moment der Handlungsanforderung wird kenntlich, dass der Mensch in Abhebung zu anderen Lebewesen insofern doppelt bedürftig ist, als ihm naturgebundene Instinkt- und Verhaltensmuster zur Befriedigung elementarer Bedürfnisse mangeln. In der menschentypischen Freiheit von strenger Naturbindung auf der grundlegenden Ebene seiner Triebstruktur konturiert sich der Begriff der „Instinktreduktion“, worunter Gehlen

149 Gehlen (1986a), S. 36.

150 Ebd., S. 95., S. 32 u.ö.

151 Ebd., S. 165.

152 Ebd., S. 33.

153 Ebd., S. 131.

„die spezifisch menschliche Entbindung oder Abschaltung auch elementarer biologischer Bedürfnisse von der physischen Motorik versteht, die kaum mehr über erblich festgelegte, angeboren zweckmäßige Verlaufsformen – eben instinktive – verfügt und deswegen ‚menschlich‘ ist, d.h. unendlich variabel und reizoffen.“¹⁵⁴

Die Befriedigung seiner Bedürfnisse wird ihm damit selbst zum unabweisbaren Bedürfnis, in dessen Erfüllung er sich nicht wie das Tier einfach ergeben kann, sondern das ihm zur Handlungs-Aufgabe wird, deren Lösung keineswegs naturwüchsig vorgegeben und gesichert ist. Hier setzt ein weiterer Schlüsselbegriff philosophischer Anthropologie an, dem nicht nur Gehlen eine zentrale Stellung in seinem Denken gab¹⁵⁵: die *Weltoffenheit* des Menschen. Für Gehlen muss der Mensch

„die Welt in ihrer ungemeinen, durch Instinkte *nicht* vorgeordneten Fülle entdecken, sich aneignen und durcharbeiten, weil er eben ‚weltoffen‘ ist. Und er muss in dieser Aufgabe eine zweite lösen: sich selbst fertig machen, da er unfertig ist, sich selbst aneignen und eine Reihe beherrschter Leistungen ausbilden. [Herv. i.O.]“¹⁵⁶

Angesichts dieser geradezu existenziellen Aufgabenstellung entfaltet das Wort vom Menschen als dem stellungnehmenden Tier weitere hermeneutische Bezüge. Indem er seine Stellung nimmt, bezieht der Mensch Aufstellung angesichts der ihm gestellten Aufgabe und setzt sich zugleich zu den ihn umgebenden Gegebenheiten in ein reflexives und evaluatives Verhältnis. Existenzielle Bedeutung erlangt damit „das für ein handelndes Wesen entscheidende Können der kontrollierten, selbsttätigen Stellungnahme nach außen und innen“¹⁵⁷. Die aus seiner (im Vergleich mit dem Tier nachteiligen) natürlichen Ausstattung folgende kultivierende Aktivitätsforderung verläuft auf zwei Ebenen und zeitigt somit eine doppelte Formierungsrichtung: während die Möglich- und Notwendigkeit der Stellungnahme zur eigenen Trieb- und Motivationsstruktur als internalistischer Effekt hervorzuheben ist¹⁵⁸, benennt die externalistische Wirkung der

154 Gehlen (2004), S. 21.

155 So kann die Verwendung und Geschichte des Begriffs der Weltoffenheit von Pico della Mirandola über Herder sowie verwandte Motive bei Heidegger und Binswanger bis zum ‚Dreigestirn‘ der deutschen philosophischen Anthropologie Scheler, Plessner und Gehlen verfolgt werden. Vgl. Probst (2004).

156 Gehlen (1986a), S. 164f.

157 Ebd., S. 61.

158 Siehe dazu unten, S. 111ff.

Mängelkompensation den Ursprung aller zur Menschwerdung unverzichtbaren Leistung von Zivilisation, Technik und Kultur:

„Der Mensch ist also organisch ‚Mängelwesen‘, er wäre in jeder natürlichen Umwelt lebensunfähig, und so muss er sich eine zweite Natur, eine künstlich bearbeitete und passend gemachte Ersatzwelt, die seiner versagenden organischen Ausstattung entgegenkommt, erst schaffen, und er tut dies überall, wo wir ihn sehen. Er lebt sozusagen in einer künstlich entgifteten, handlich gemachten und von ihm ins Lebensdienliche veränderten Natur, die eben die Kultursphäre ist. Man kann auch sagen, dass er biologisch zur Naturbeherrschung gezwungen ist.“¹⁵⁹

Da jede Form der Kulturleistung und Technik nur in Handlungsbezügen verläuft, kann eine Erklärung der Sonderstellung des Menschen nun tatsächlich an dieser Verhaltenstypik ansetzen. Indem Gehlen seine anthropo-biologische Theorie auf das Schlüsselmoment der Handlung und Handlungsfähigkeit ausrichtet – „die für menschliches Leben schlechthin wichtigste Tatsache: die kontrollierte und gesteuerte Handlung“¹⁶⁰ –, erweitert er die bloß instrumentelle Leistung des Anpassens und Durchkommens um die anthropologisch entscheidende Dimension des Geistigen und schließlich der Sprache. In der Distanzierungserfahrung, die der unspezifisch-mehrdeutige Gebrauch der Hand als Universalwerkzeug erschließt, wird der Mensch fähig zu einem distanzierten Verhältnis zu den Dingen, zu Abstraktion und Objektivierbarkeit, zu Imagination und Sprachverhalten. Dem diskriminierten Tier, das aufgrund seiner Benachteiligung und mangelhaften Mängellosigkeit dazu gezwungen ist, sein Heil in Flexibilität und Anpassung zu suchen, erwächst gerade hierin die entscheidende Fähigkeit, um seine Beeinträchtigungen nicht nur wettzumachen, sondern seine prekäre Lage ‚selbst in die Hand zu nehmen‘ und schließlich Mängel und Hemmnisse in potenzielle und materielle Vorzüge umzuformen. Der Übergang bzw. Umschlag vom bloßen Ausgleich des Fehlenden zum überspringenden Erfinden und Herausentwickeln des noch gar nicht Dagewesenen findet sich bei Gehlen in einem anthropomorphen Projektionismus, der so schlicht wie evident den Menschen als Maß aller Dinge, d.h. der menschengemachten Objektwelt, einsetzt. Die Kategorien, mit denen die Bedeutung von menschengemachten Werkzeugen, Hilfsmitteln und Instrumenten erschlossen werden kann, finden sich in dem Dreischritt von „Organersatz“, „Organentlastung“ und „Organüberbietung“¹⁶¹. Das entscheidende

159 Gehlen (1986c), S. 48.

160 Gehlen (1986a), S. 235.

161 Gehlen (1986b), S. 94 u.ö.

Organ, das durch Herauslösung aus dem vorgegebenen Naturzusammenhang und seine weltoffene ‚Umschulung‘ die Technik- und Welterschließungsgenese des Menschen und damit seine Menschwerdung ins Rollen bringt, ist die Hand. Sie kann als das emanzipative Organ des Homo sapiens schlechthin gelten. Im Prinzip der entlasteten Hand, die frei von ihrer Spezialisiertheit offen für undefinierte und damit unbegrenzte Einsatzmöglichkeiten wird und unspezialisiert alles können kann (und können muss), kondensiert das dialektische Prinzip der unangepassten Anpassungsfähigkeit bzw. von Anpassungsfähigkeit durch Unangepasstheit, das die anthropologische Grundlage von Gehlens Technikphilosophie und Kulturentstehung bildet. Auch für Plessner nimmt das menschliche Greiforgan eine paradigmatische Schlüsselstellung ein, er bezeichnet die Hand als „das äußere Gehirn des Menschentieres“¹⁶².

Einige Jahrzehnte später – und damit auch ein beträchtliches Stück der technologischen Entwicklung weiter – bringt Michel Serres das technik- und kulturenealogische Prinzip von Innovation durch Kompensation in zeitgemäßer Form bündig auf seinen evolutionsgeschichtlichen Nenner:

„Jedesmal, wenn ein Organ – oder eine Funktion – sich von einer alten Verpflichtung befreit, erfindet es etwas Neues. Als die Pfote oder Hand durch den aufrechten Gang von der drückenden Last des Stützens oder Gehens befreit ist, verändert sie sich; sie wird zum Greiforgan und formt schließlich das Werkzeug; als Mund, Kinn oder Maul durch die aufrechte Körperhaltung von der vitalen Notwendigkeit des Zupackens befreit sind, da beginnen sie zu sprechen.“¹⁶³

Doch bleibt Serres nicht bei der retrospektiven Erklärung, wie sie auch Gehlen formuliert, sondern geht einen Schritt weiter und bezieht die schöpferische Figur von Projektion und Auslagerung auf das Organ des Geistes und der Vernunft, das Gehirn. Damit überführt er das anthropologische Progressionsschema von Entlastung und Entwicklung bzw. von Entwicklung durch Entlastung mit seinen Rückwirkungen auf den Menschen und seine Fähigkeiten in das technologische Panorama des Computerzeitalters:

„Das Gedächtnis befreit sich gleich dreimal: bei der Entstehung der Schrift, durch die Entdeckung des Buchdrucks und nun durch den Computer. Wer vermag zu sagen, [...] zu welchen Neuerungen das dritte Vergessen führen [wird]?“¹⁶⁴

162 Plessner (1982), S. 20.

163 Serres (1993), S. 468.

164 Ebd.

Auch diese hier nur kurz angerissenen Entwicklungs- und Kompetenzstufen, die die Fortschrittslinie von der Herausbildung der ersten primitiven Werkzeuge in der Frühzeit bis hin zur telekommunikativen Virtualität der technischen Maschinen und Geräte von heute markieren, können mit Gehlen interpretiert werden als Belege für die immer weiter perfektionierte Reaktionskraft des Menschen auf die spezifische Ambivalenz seiner defizitär-privilegierten Grundsituation. So vermag das Theorem vom Mängelwesen Mensch in seiner evolutionären Dynamik durchaus das Potential für eine umfassende – freilich anthropologisch pointierte – Kultur- und Techniktheorie zu entfalten.¹⁶⁵

Somit ist die anthropologische Grundsituation bestimmt: Aufgrund seiner besonderen Daseinsumstände ist es dem Menschen versagt, einfach sein ‚natürliches Leben‘ zu leben, er ist vielmehr gezwungen, sein Leben zu führen, er ist verdammt zur Selbstständigkeit, zur Handlung. Diese grundlegendste Spezifik der menschlichen Lebensform ist damit gleichzeitig Ansatzpunkt zur Identifikation und Erklärung sämtlicher anthropologischer Merkmale. Mit Gehlens Mängelwesenanthropologie lässt sich in diesem Sinne nachvollziehen, dass

„die Bestimmung des Menschen zur Handlung das durchlaufende Aufbaugesetz aller menschlichen Funktionen und Leistungen ist, und dass sich diese Bestimmung aus der physischen Organisation des Menschen eindeutig ergibt: ein physisch so verfasstes Wesen ist nur als handelndes lebensfähig; und damit ist das Aufbaugesetz aller menschlichen Vollzüge, von den somatischen bis zu den geistigen, gegeben.“¹⁶⁶

Somit fungiert das Handeln bzw. Handelnkönnen gleichsam als anthropologisches Zentralmoment, ist doch

„im Begriff der Handlung die denkende, erkennende, wollende Seite des Menschen ebenso enthalten wie seine physische, aber so, dass beide *uno actu* als gegenseitig sich voraussetzend, als ineinander enthalten gedacht werden“¹⁶⁷.

165 Ob man so weit gehen kann, auch eine sozialetische bzw. moralische Theorie aus diesem Ansatz abzuleiten, wie es Gehlen mit seinem Begriff der Zucht sowie der Institutionenlehre selbst vorschlägt, erscheint höchst fraglich und ist demgemäß hinlänglicher Gegenstand vehementer Kritik. Diese problematische Dimension der Gehlenschen Anthropologie soll hier aber nicht weiter von Belang sein.

166 Gehlen (1986a), S. 23.

167 Gehlen (2004), S. 6.

Ausgehend vom in diesem Sinne synthetisierenden Wesenskern des Homo agens, in dem Geist und Körper unauflöslich verschränkt liegen, hat Gehlen das anthropologisch Wesentliche auf die knappe Zentralformel gebracht: „Der Mensch lebt nicht, sondern er führt sein Leben.“¹⁶⁸

Natürliche Künstlichkeit: Plessner

Auch in der Anthropologie Helmuth Plessners bildet die doppelseitige Situation des Menschen zwischen unspezialisierter Naturentbindung und weltoffener Kulturfähigkeit das motivische Zentrum. Wie Gehlen nimmt Plessner den Befund der menschlichen Mangel-Differenz zur Grundlage seines Erklärungsansatzes des Ursprungs und der Funktion von Kultur und Technik. Im Rahmen seiner philosophischen Biologie fasst er die konstitutive Ambivalenz des Menschen mit der Formel der „natürlichen Künstlichkeit“¹⁶⁹. Sämtliche Bereiche und Dimensionen des menschlichen Lebensvollzugs sind demnach von einer gegenläufigen Vermittlungsstruktur durchdrungen, deren Bewältigung für den Menschen überlebenswichtig ist: „Künstlichkeit im Handeln, Denken und Träumen ist das innere Mittel, wodurch der Mensch als lebendiges Naturwesen mit sich in Einklang steht.“¹⁷⁰ Plessners Augenmerk gilt vor allem der Bestimmung der menschen typischen Verortung in der Welt, seiner leibkörperliche Positionierung in der Natur-Umwelt. Was den Menschen vom Tier kategorial unterscheidet, ist im Rahmen Plessners „Systematik der drei anthropologischen Grundgesetze“¹⁷¹ die „exzentrische Positionalität“¹⁷² seiner Existenz. Darin bezieht er sich wie Gehlen auf die grundlegenden Motive der tierischen Instinktgebundenheit, die dem Menschen fehlt und der in der nicht-menschlichen Natur unbekannten, ja unmöglichen Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Reflexion. Während die Einbindung des Tieres in sein artspezifisches Umgebungsfeld, innerhalb dessen es spontan und instinktiv reagiert, als ‚zentrisch‘ bezeichnet werden kann, ist der Mensch mit seinem einzigartigen Doppelverhältnis zur eigenen Körperlichkeit als Körper – den er hat – und Leib – der er ist – gleichzeitig im und außerhalb

168 Gehlen (1986a), S. 165.

169 Plessner (1982), S. 15.

170 Ebd., S. 25.

171 Vgl. Arlt (2001), S. 121ff.

172 Plessner (1982), S. 9f. Neben dem „Gesetz der natürlichen Künstlichkeit“ bilden das „Gesetz der vermittelten Unmittelbarkeit (Immanenz und Expressivität)“ sowie das „Gesetz des utopischen Standorts (Nichtigkeit und Transzendenz)“ das Trio der Plessnerschen Grundmodalitäten menschlicher Selbstvermittlung, vgl. ebd.

seines Zentrums.¹⁷³ Die unaufhebbare Spannung seiner Exzentrizität nötigt den Menschen beständig, „sich ins Gleichgewicht [zu] bringen, gegenüber der unwirtlichen Natur eine bewohnbare Welt [zu] schaffen“¹⁷⁴. Die Doppelaspektivität von sichtbarem Außen und unsichtbarem Innen, die jedem Leben innewohnt, gerät beim Menschen durch seine reflexive Fähigkeit, durch die einzig ihm mögliche Selbstbewusstwerdung zum Wissen um den unaufhebbaren Doppelaspekt seiner „Existenz als Körper und Leib“¹⁷⁵. Im Gegensatz zum Tier weiß der Mensch um seine Situation zwischen Naturvollzug und Überschreitungspotenz:

„Die volle Reflexivität ist dem lebendigen Körper auf der tierischen Stufe verwehrt. Sein Leben aus der Mitte bildet zwar den Halt seiner Existenz, steht aber nicht in Beziehung zu ihm [...]. Die These lautet dahin, dass sie [die volle Reflexivität, T.E.] dem Menschen vorbehalten ist.“¹⁷⁶

In der Bestimmung der exzentrischen Positionalität ist auch diese distanzierende und dabei fundamentale Überschreitung des unreflektierten tierischen Verhaltenskreises enthalten: „Der Mensch, in seine Grenze gesetzt, lebt über sie hinaus, die ihn, das lebendige Ding, begrenzt. Er lebt und erlebt nicht nur, sondern er erlebt sein Erleben.“¹⁷⁷

Doch interpretiert Plessner das Wissen des Menschen um sich und seine Existenz als nicht nur beglückenden Erkenntnisgewinn. Vielmehr ergibt für ihn diese Reflexionsstufe die schonungslose Einsicht in seine einzigartige Rückständigkeit, welche wiederum zur Quelle ständiger Ausgleichsbemühungen wird: so ist dem Menschen „die Direktheit verlorengegangen, er sieht seine Nacktheit, schämt sich seiner Blöße und muss daher auf Umwegen über künstliche Dinge leben.“¹⁷⁸ Künstliche Dinge fungieren somit als Hilfsmittel, um den konstitutiven

173 Dabei „sind beide Weltansichten notwendig: der Mensch als *Leib* in der Mitte seiner Sphäre, die [...] ein absolutes Oben, Unten, Vorne, Hinten, Rechts, Links, Früher und Später kennt, und der Mensch als Körperding an einer beliebigen Stelle eines richtungsrelativen Kontinuums möglicher Vorgänge.“ Ebd., S. 12.

174 Arlt (2001), S. 121.

175 Plessner (1982), S. 12.

176 Ebd., S. 10.

177 Ebd.

178 Ebd., S. 17. Wie Gehlen bezieht sich auch Plessner in seiner Darlegung der „merkwürdige[n] Primitivitäten“ des menschlichen Körpers dezidiert auf Alfred Portmanns Arbeiten zum anthropologischen Status des sekundären Nesthockers, des spezifisch menschlichen extrauterinen Frühjahrs etc. Vgl. ebd., S. 164f.

Mangel des Menschen zu beheben. In seinem derart ansetzenden Kompensationsstreben liegt der fundamentale Antrieb des Kulturwesens Mensch begründet. Auch Plessner sieht also den Urgrund aller Technik- und Zivilisationsentwicklung in der Spannung der dialektisch verschränkten Weder-noch- bzw. Sowohl-als-auch-Lage des Menschen angelegt, welche dieser nur durch eine aktive Aneignung seines Lebensvollzugs zu lösen vermag. Übereinstimmend mit der optimistischen Wendung des Mängelwesentheorems bei Gehlen liegt für Plessner in der mangelhaften Naturausstattung letztlich der Schlüssel zur folgenreichen Überwindung biologischer Festlegung und damit zur Hochentwicklung zum Kulturwesen: „Seine relative Instinktschwäche und physische Unspezialisiertheit, vital gesehen Nachteile, werden ihm zum Vorteil.“¹⁷⁹ So ist auch für Plessner die sich aus der Mangelhaftigkeit ergebende „Ergänzungsbedürftigkeit“ das „Movens für alle spezifisch menschliche, d.h. auf Irreales gerichtete und mit künstlichen Mitteln arbeitende Tätigkeit, der letzte Grund für das Werkzeug und dasjenige, dem es dient: die Kultur.“¹⁸⁰ Die kulturelle Dimension ist es auch, die dem nicht festgestellten Wesen Mensch die nötigen Grundbedingungen bereitstellt, die es ihm ermöglichen, sich einer adäquaten Lebensform einzupassen bzw. sich in wechselseitiger Verschränkung einen passenden Rahmen zu schaffen. Das von Natur aus ortlose Wesen wird erst als Kulturwesen zum sich selbst beheimatenden Mensch: „Erst innerhalb eines kulturell geprägten Daseinsrahmens findet der Mensch sein Zuhause.“¹⁸¹ Diesen Rahmen muss der Mensch freilich selber prägen und gestalten, da er die Kompensationsinstrumente ja nicht einfach vorfindet, sondern diese selbst hervorbringen muss. Insofern wird es ihm zur unabwendbaren Aufgabe, die Bedingungen und Abläufe seines Lebensvollzugs selbst in die Hand zu nehmen und somit in einer Weise von sich selbst abhängig zu werden, wie es kein anderes Lebewesen ist:

„Als exzentrisch organisiertes Wesen muss er sich zu dem, was er *schon ist*, *erst machen*. Nur so erfüllt er die ihm mit seiner vitalen Daseinsform aufgezwungene Weise, im Zentrum seiner Positionalität – nicht einfach aufzugehen, wie das Tier, das aus seiner Mitte heraus lebt, auf seine Mitte alles bezieht, sondern zu stehen und von seiner Gestelltheit zugleich zu wissen. [...] Der Mensch lebt nur, indem er ein Leben führt. [Herv. i.O.]“¹⁸²

179 Plessner (2003), S. 183.

180 Plessner (1982), S. 18.

181 Plessner (2003), S. 185.

182 Plessner (1982), S. 16.

Die anthropologische Pointe – bei Plessner ganz ähnlich wie bei Gehlen – ist nun, dass dieser Zwang zum Tätigwerden, zur Eigeninnovation und selbstschöpferischen Aktivität keine ungeeignete Spezies trifft, ist doch der Mensch nicht nur das nicht festgestellte, sondern gleichzeitig auch das weltoffene Tier, welches seine prekäre Lage zu meistern versteht: „Wir verfügen nicht wie die Tiere über eine Erbmotorik, sondern haben eine Erwerbmotorik.“¹⁸³ Einerseits ist die Freiheit von Naturdetermination riskante Gefährdung, Überforderung und vitale Bedrohung, gleichzeitig aber auch Herausforderung, Ansporn und Quelle der spezifischen Menschenkompetenz zur flexiblen Kompensationsfähigkeit. Aus dieser Perspektive erscheint die biologisch-morphologische Unangepasstheit des Menschen, indem sie die hocheffektive Voraussetzung für die Entwicklung flexibler Anpassungsfähigkeit ist, letztlich sogar als die vollendete Anpassung – so wirkungsvoll und überlebenssichernd, wie es die vergleichsweise eng und starr angelegten ökologischen Einpassungsverhältnisse der Tiere nie sein können. Unter diesem Blickwinkel ist der Mensch für Plessner wie jedes andere organische Lebewesen auch ein typisches Produkt der natürlichen Evolution:

„Jeder Organismus hat diejenige Komplikation, die er verdient und die ihm zukommt. Er ist mit seiner Umwelt verwachsen und mit ihr in eben solchem labilen Gleichgewicht, wie er es für sein ihm passendes Risiko braucht.“¹⁸⁴

Damit kann die anfängliche Benachteiligung des stiefmütterlich in die Freistellung entlassenen Menschen auch in evolutionsbiologischer Hinsicht als ihr weitaus hoffnungsvolleres Gegenteil verstanden werden. Aufgrund seiner einzigartigen Ausgleichs- und Assimilationskompetenz als Reaktion auf seine nie dagewesene Unangepasstheit ist der Mensch auf lange Sicht sogar das am besten angepasste Wesen.

Exemplarisch für die An- und Einpassungsfähigkeit als Schlüsselqualifikation alles Lebendigen verweist Plessner auf das vitale Bedürfnis der Nahrungsbeschaffung, an dem sich der enorme evolutionäre Erfolg einer ins Globale geweiteten, jeden Radius natürlicher Festlegungen übersteigenden ‚Defektflucht‘ unabweisbar zeigt. Gleichsam naturgemäß erobert der Mensch die gesamte Welt als potenzielle Lebenswelt – und bleibt nicht beschränkt auf eine spezifische Nische, denn:

183 Plessner (2003), S. 166.

184 Ebd., S. 164.

„[J]e mehr ein Lebewesen dazu ausgerüstet ist, die Chancen *aller* Nahrungsräume zu nützen, den Anforderungen aller Milieus gewachsen zu sein, desto besser ist es angepaßt, desto höher steht es in der Entwicklungsskala. [Herv. i.O.]“¹⁸⁵

Somit zeichnet auch Plessners Anthropologie ein Bild vom Menschen als Generalisten der Natur, der als „ein die Tierheit hinter sich lassendes Tier“¹⁸⁶ eine neue Stufe des Organischen betritt und einnimmt.

Zwischen Entlastung und Überkompensation

Der an die anthropologische Rede vom Mangel anschließende Komplementärbegriff ist der der Kompensation. Um auf den biologisch-ökologischen Nachteil seiner besonderen Naturausstattung zu reagieren, liegt es am Menschen, dieses Defizit auszugleichen und die ihm im Vergleich zum Tier fehlenden Merkmale und Eigenschaften zu ersetzen. Da die direkte Ersetzung als Nachbildung tiertypischer Eigenheiten nicht nur unmöglich, sondern auch sinnlos ist, ist der Mensch das Wesen, das seine Sonderstellung kompensiert, indem es etwas anderes macht bzw. alles anders macht als das Tier. Der Mensch, dem es nicht möglich ist, sich wie das spezialisierte Tier in einem definierten und vorbestimmten Um(welt)kreis seinem eingepassten Verhalten zu ergeben und so seinen Lebenserhalt zu sichern, muss handeln, um für sein Leben und Überleben zu sorgen.

An diesem Punkt der existenziell notwendigen Mangelkompensation, durch die der freigelassene Mensch sein Lebenkönnen meistert, schließt Odo Marquard an die Anthropologie Gehlens an. Ebenfalls im Rückgriff auf Herder – welcher nicht nur als Stifter der anthropologischen Reflexionsfigur des Mängelwesen gelten kann, sondern im dem Zuge auch „beim Menschen in der Mitte seiner Mängel als Keim zum Ersatz die Sprache fand“¹⁸⁷ – stellt Marquard das schon bei Gehlen entfaltete Entlastungsmotiv ins Zentrum seiner Anthropologie. So ist auch für ihn der Mensch in erster Linie ein um Ausgleich bemühter Zukurzgekommener, „ist überwiegend nicht Zielstreber, sondern Defektflüchter“¹⁸⁸, welcher als *Homo compensator* sein Heil in der Entlastung vom Druck nicht mehr erfüllbarer Anforderungen sucht. Der Clou dieser Deutung des menschlichen Evolutionsprozesses als Geschichte einer Ausweich- und Kompensationsnötigung, die dem nicht festgestellten Mängelwesen zusetzt, liegt nun in dem enor-

185 Ebd., S. 145.

186 Ebd., S. 189.

187 Marquard (2000a), S. 14.

188 Marquard (2000b), S. 42, vgl. auch Marquard (2000a), S. 13.

men Effekt, den die Ausweichbewegung in ein „Stattdessen“¹⁸⁹ zeitigt. So ist seine körperliche Unzulänglichkeit dem Menschen nicht nur als zu kompensierende Last aufgegeben, sondern stellt in ihrer Unspezialisiertheit und Loslösung von konkreten Naturzwecken gerade jene Offenheit bereit, die die Voraussetzung für die intellektuelle Entwicklung des Menschen ist. Damit macht sie es diesem überhaupt erst möglich, gänzlich unabhängig von Vorgaben und Bedingungen der Umwelt zu agieren und seine Lebens- und Handlungszwecke sich selbst frei zu setzen. Im überschießenden Zugewinn an Kompetenzen und neu eröffnetem Weltzugang, der über den Effekt eines bloß ausgleichenden Nullsummenspiels weit hinausgeht, liegt für Marquard dann auch der Schlüssel zur Erklärung der so einzigartigen – und gänzlich untierischen – kulturellen Fertigkeiten des Menschen. Darin folgt er ganz der Anthropologie Gehlens, derzufolge schon „alle Leistungen des Menschen als ‚Entlastungen‘ von seiner natürlichen Mängellage und die Kultur als das große Arrangement einzig zu dauerhafter Vermeidung des Umkommens“¹⁹⁰ zu begreifen sind. Marquard bringt dies auf die kulturanthropologische Pointe des kompensatorisch zur Übermacht genötigten Nichtskönners Mensch:

„Der Homo compensator ist Homo symbolicus: er lebt in der Kultur [...]. Menschen sind die, die etwas stattdessen tun müssen, tun können und tun: Jeder Mensch ist – aus Mangel an Absolutheit – ein primärer Taugenichts, der sekundär zum Homo compensator wird.“¹⁹¹

Somit finden Antworten auf die Frage nach der Verfasstheit des Menschen ihren Kern in dem Motiv einer unauflösbaren, dialektischen Grundspannung zwischen Mangel, Ausgleich und Überbietung tierischer Eigenheiten und Fertigkeiten. Dabei vollzieht der *Homo compensator* nicht nur sich selbst, sondern auch die überlebensnotwendige Leistung einer Umwertung des Vorgefundenen. Seine naturgegebene Mangelhaftigkeit beim Schopfe packend, kultiviert der Mensch sich selbst und wendet so sein Schicksal der stiefmütterlichen Benachteiligung in eine Position der Macht und Stärke an der Spitze aller Naturwesen. In dieser Wandlungsfigur des bedrohlich Schlimmen ins überragend Beste erkennt Marquard Spuren einer traditionsreichen Bewältigungsstrategie, die weitaus größer dimensioniert angelegt ist als ‚bloßes‘ Nachdenken über den Menschen:

189 Dies bringt Marquard dazu, das Projekt der philosophischen Anthropologie im Ganzen als „Philosophie des Stattdessen“ zu begreifen. Marquard (2000b), S. 26.

190 Marquard (1971), S. 371.

191 Marquard (2000b), S. 45.

„Dieser zugespitzte Kompensationsgedanke, demzufolge Übel indirekte Güter und Defekte Chancen sind, wird im 20. Jahrhundert [...] zur anthropologischen Fundamentalkategorie: als unbewusst gewordenes Theodizeemotiv dirigiert er weithin die heutigen Philosophien des Menschen und Theorien des Menschlichen.“¹⁹²

So erhält die Legitimationsfigur der Verteidigung Gottes angesichts mancher Unvollkommenheit der Schöpfung – Theodizee – in der anthropologischen Formel der Besinnung auf die positiven Seiten der menschlichen Naturhaftigkeit als Mängelwesen – Kompensationsthese – ihre zeitgemäß-agnostische Gestalt. In diesem Sinne durchzieht die philosophische Anthropologie des 20. und 21. Jahrhunderts in ihrer Struktur das Muster einer *Biodizee*.

Dabei ist freilich betonenswert, dass die sich aus der Sonderstellung eröffnende Chance sich nicht gleichsam von selbst oder automatisch verwirklicht, sondern vom Menschen auch ergriffen werden muss. Kein überirdisches Wesen ist hierbei am Werk, kein Schicksal oder Naturprozess, der unweigerlich und ohne weiteres Tätigwerden des Menschen zu seiner Hochentwicklung beitrüge. Um leben zu können, muss der Mensch die Gelegenheit dazu selbsttätig ergreifen, er muss aktiv werden und handeln.

Für die Ausbildung und Anwendung der Fähigkeit zur eigenen Lebensführung kommt der sprachförmig-redenden Aneignung der Welt und dem absichtsvollen, rationalen Agieren in Handlungsvollzügen fundamentale Bedeutung zu. Dieses Zentralmotiv der Deutung des Menschen bei Gehlen und Marquard aufgreifend hebt Otfried Höffe den Umstand des „Sich-Entwickeln-Müssen[s]“¹⁹³ als charakteristisch für eine Antwort auf die Frage nach dem „Selbstverständnis von Menschen zu Beginn des 21. Jahrhundert“¹⁹⁴ hervor. Doch handelt es sich dabei um ein Müssen, das immer schon mit dementsprechenden Können einhergeht (entgegen einer evolutionär-reaktiven Lesart des Zwangs zur Kompensation, s.o.). Der kompensierende Mensch versteht es eben nicht nur, seine ökologisch-morphologische Benachteiligung hinreichend auszugleichen, sondern er weiß seine Lage vielmehr ‚von Natur aus‘ in einem Ausmaß für sich zu nutzen, welches ihn schließlich in eine ‚überkompensierte‘ Sonderstellung bringt: dank seines „reflexiven Welt- und Selbstbezug[es] statt unmittelbarem Lebensvollzug“ kehren sich die Vorzeichen um und das zu nichts Spezifischem befähigte Mängelwesen Mensch erweist sich als wahres „biologisches Multitalent“, als

192 Marquard (1986), S. 26.

193 Höffe (2008), S. 114.

194 Ganten et al. (2008), S. V.

„Generalist“, dem keine natürlichen Lebensumstände und -räume verschlossen und unbeherrschbar bleiben.¹⁹⁵

Mit Blick auf die Entwicklung und Ausbildung geistig-moralischer Fähigkeiten betont Höffe zudem, dass die Mangelhaftigkeit des Mängelwesens nicht nur nicht zu beklagen sei, sondern gar nicht weniger umfassend ausfallen dürfe, um ihren Kompensation provozierenden Effekt entfalten zu können: „Damit die Intelligenz einen Spielraum hat, dürfen die Organ- und vor allem die Instinktvorgaben nicht zu eng auf eine bestimmte Umwelt festgelegt sein.“¹⁹⁶ Da aufgrund der Offenheit der physiologischen Anlagen aber auch „biologisch einprogrammiert[e] Hemmnisse“¹⁹⁷ fehlen, erkennt Höffe eine in diesem Sinne naturalistisch begründete Notwendigkeit der Moralgeneese für den Menschen, ist es ihm doch aufgegeben, „den Antriebsüberschuss zu kanalisieren und produktiv statt destruktiv einzusetzen“ und „sich zu einem Wesen, das sein Tun und Lassen selber entwirft und sein Leben selber führt, [zu] entwickeln, also zu einem Handlungswesen“¹⁹⁸. Dass der Mensch zur handelnden Lebensführung also nicht nur unausweichlich gezwungen oder gar verdammt ist, sondern dazu auch und besonders in der Lage ist bzw. besonders fähig ist, sich in diese Lage selbst zu bringen, stellt die zweite Hinsicht dar, in der die Kompensationsanforderung ihre charakteristische Potenz für das Menschsein entfaltet. Gerade die Fähigkeit, noch nicht an- und festgelegte Kompetenzen zuallererst entwickeln zu können und überhaupt in der Lage zu sein, solche Anstrengungen meistern zu können, macht das anthropologische Spezifikum aus. In diesem Sinne erweist das Zentralmoment der Gehlenschen Anthropologie erneut seine Stichhaltigkeit und Plausibilität, so dass gelten kann: Der Mensch muss mehr als jedes Tier und kann gleichzeitig auch mehr – er ist das Wesen, das handelt.

Das Mängelwesenththeorem in der Kritik

Das Verständnis des Menschen als konstitutiv benachteiligtes Naturwesen, das gezwungen ist, aus seiner Not eine Tugend zu machen und sich kompensatorisch zum ambitionierten Handlungs- und Kulturwesen aufzuschwingen, wurde in der Tradition des Nachdenkens über den Menschen und sein Natur- und Weltverhältnis vielfach in prägnante Formeln gebracht. Ein Beispiel von bemerkenswer-

195 Höffe (2008), S. 114.

196 Ebd.

197 Höffe (2007), S. 51.

198 Ebd., S. 51f. Dass für die Moralentwicklung auch der Fähigkeit des Abstand- und Stellungnehmens zu den eigenen Interessen und Absichten eine wesentliche Funktion zukommt, betont schon Ludwig Siep. Siehe Siep (1999), S. 289.

ter Treffsicherheit ist Marquards Figur des *Homo compensator*. Das darin kondensierte Bild vom Menschen, der nur lebensfähig ist, indem er seine von Natur aus bestehenden Nachteile und Bedrohungen auszugleichen versteht, hat seinen Ursprung in dem Theorem vom *Mängelwesen Mensch*. Dieses Theorem reicht weit in die Geistesgeschichte zurück und kann eine beachtliche Reihe von Vertretern aufweisen, zu deren bekanntesten Platon, Aristoteles, Cicero, Pico della Mirandola und Johann Gottfried Herder zählen.¹⁹⁹ Die Vorläufer dieses philosophisch-anthropologischen Motivs finden sich schon in griechischen Mythen, welche wiederum auf früher existierende Traditionen verweisen. Das Mängelwesen-Theorem kann damit durchaus als die „älteste anthropologische Aussage“²⁰⁰ gelten.

Allerdings wurde der Erkenntniswert der Mängelwesenformel im Lauf der philosophisch-anthropologischen Diskussion immer wieder getrübt durch verkürzte und mitunter einseitige Interpretationen der Rede vom Mangel, was schließlich dazu führte, dass das Theorem so manchem als „der populärste und zugleich missverständlichste Begriff der philosophischen Anthropologie“²⁰¹ gilt. Verantwortlich für Kritik und Abwehr ist dabei oft eine Interpretation, die nach dem ersten Schritt schon ihr Urteil fällt und – was dann wenig verwundern kann – die Mangelbestimmung als negativ und unangemessen verwirft. Doch sind hier fragwürdige Annahmen im Spiel, die gerade den philosophischen Kniff des Mängelwesentheorems verfehlen.

Exemplarisch zeigt dies etwa eine ablehnende Einschätzung, die „gleich zu Beginn“ ihrer Ausführungen postuliert: „Dieser Begriff [des Mängelwesens, T.E.] ist in erster Linie eine *normative*, eine *wertende* Kategorie.“²⁰² Freilich lässt sich der Mangelbegriff auch durchgehend normativ lesen, doch scheint dies auf der allgemeinen Ebene philosophisch-anthropologischer Beschreibung nicht angemessen zu sein. Einem philosophisch-anthropologischen Ansatz geht es primär darum, den Menschen in seiner spezifischen Struktur und Lebensform als Menschen zu verstehen und zu erklären, nicht um eine Bewertung der Befunde

199 Zur Verbreitung der topischen Mängelwesenthese in der antiken Anthropologie, meist in Form der eingängigen Mutter-Stiefmutter-Formel, siehe Pöhlmann (1970). Unter den gewichtigen Vertretern der Philosophiegeschichte, die eine prekäre Sonderstellung des Menschen als anthropologischen Ausgangspunkt formulieren, darf freilich Nietzsche nicht vergessen werden, der die einschlägige Formel geprägt hat, „dass der Mensch das noch nicht festgestellte Thier ist“. Nietzsche (1999), S. 81.

200 Schmidinger (2009), S. 7.

201 Brede (1980), S. 712.

202 Engels (2009), S. 207.

solcher Reflexionsansätze. Dies ist das Geschäft der Ethik – die freilich gut beraten ist, anthropologische Einsichten bei ihren Erwägungen und Begründungen nicht völlig außer acht zu lassen. Philosophische Anthropologie jedoch zeichnet sich gerade dadurch aus, eine zunächst weitgehend wertfreie Charakterisierung ihres Gegenstandes – des Menschen – zu entwerfen, indem relevante Invarianzen und Strukturmerkmale der menschlichen Existenzform herausgearbeitet werden, um so zu einer Bestimmung des Menschen zu gelangen – sei es in essenzialistischer Absicht die Bestimmung ‚des Wesens‘ oder ‚der Natur‘ des Menschen oder, weniger ahistorisch-gegenständlich, die Bestimmung des für den Menschen Typischen. Erst in einem weiteren Schritt können dann normative Folgerungen und ethisch relevante Implikationen angeschlossen werden. Dieser Schritt kann begründungslogisch aber nur getrennt von einer derartigen ‚Bestandsaufnahme‘ der *conditio humana* erfolgen. Dabei ist es wichtig zu sehen, dass wertende Positionen und Urteile ihre Legitimation und Plausibilität nicht hinreichend durch einen direkten Rückbezug auf eine etwaige ‚Natur des Menschen‘ gewinnen und anthropologische Argumente also eine „nur indirekte normative Funktion haben“²⁰³ können.

Demnach ist die angeführte Kritik, die das Mängelwesentheorem als unhinтерgebar normativ und somit unangemessen negativistisch zurückweist, der im Rahmen von Natürlichkeitsargumentationen allgemein bestehenden Gefahr ausgesetzt, „bei einer Singularisierung der ‚Natur des Menschen‘ eine Moralisierung derselben“ zu vollziehen, indem sie die Mangelhaftigkeit des Menschen als dessen einzig bestimmendes Merkmal begreift – und moralisiert.²⁰⁴ Statt den Mängelwesenbegriff als substantiell moralische Kategorie oder evaluative Diagnose aufzufassen, muss er als systematisch ansetzende anthropologische Formel gelesen werden, die eben nicht schon eine (Ab-)Wertung enthält, sondern vielmehr die Funktion eines unvoreingenommenen „Reflexionsbegriffs“²⁰⁵ erfüllt.

203 Müller (2008), S. 51.

204 Vgl. ebd., S. 26.

205 Ebd., S. 39. Christian Thies geht in seiner Variante einer pejorativ fixierten Auslegung des Mangelbegriffs sogar so weit, darin Ansätze eines pathologisch gestörten Selbstverhältnisses zu entdecken: „Bei den Verfechtern der Mängelwesen- bzw. Untier-These findet sich ein Umkippen von einem Extrem ins andere, das für narzisstische Störungen typisch ist, das Schwanken zwischen den Vorstellungen der eigenen Grandiosität und der eigenen Minderwertigkeit: Wenn ich nicht der Größte sein kann, dann möchte ich wenigstens der Kleinste sein.“ Thies (2004), S. 142. Andere Kritiker ignorieren dabei das philosophisch-anthropologische Umfeld und Erkenntnisinteresse des Theorems, um es aus einer verengten (evolutions-)biologischen Per-

So verstanden und angewendet können vom Ausgangspunkt der biologisch-physischen Mangelhaftigkeit dann typische Merkmale des Menschen expliziert werden, die keineswegs den anfänglichen Befund einer Benachteiligung bestärken und einen negativen Gehalt aufweisen müssen – im Gegenteil. Die Beschreibung des Menschen als Mängelwesen ist nicht zwangsläufig Ausdruck einer pessimistischen Anthropologie, beinhaltet die Kennzeichnung der menschlichen Mangelhaftigkeit doch gleichzeitig stets die unerhörte und einzigartige Chance, die in dieser Benachteiligung enthalten ist. Sofern es ihm gelingt, die naturgegebenen Rück- und Widerstände zu überwinden, kann der Mensch demnach Potentiale realisieren, die so in der Natur nicht bekannt sind. Die Rede vom Mängelwesen entpuppt sich somit als Signum einer überaus positiven Anthropologie, die in einer quasi-dialektischen Wendung den Menschen als gerade durch seine Mangelhaftigkeit begünstigtes Wesen versteht: „Je schlechter die Natur den Menschen ausgestattet hat, desto erstaunlicher ist, was er aus sich gemacht hat.“²⁰⁶ Indem er die Sphäre bislang bekannter, im evolutionären Verlauf vorgegebener und bewährter Zwecksetzungen und dazu geeigneter natürlicher Verhaltensschemata nicht nur verlassen muss, sondern überschreitet, entwickelt er in diesem Zuge ganz neue Kompetenzen und Kompetenztypen, mit denen er sich als Kulturwesen etabliert.

Seit seinem Hauptwerk *Der Mensch* zählt Arnold Gehlen zu den konsequentesten und einflussreichsten Verfechtern der Auffassung vom Mängelwesen Mensch innerhalb der philosophischen Anthropologie.²⁰⁷ So ist es nicht verwunderlich, dass zahlreiche Einwände gegen diese Position an Gehlens Adresse ge-

spektive als „unhaltbare Mängelwesenideologie“ zu diffamieren, siehe Kotrschal (2009), S. 58.

- 206 Gerhardt (1999), S. 194. Allerdings führt die Betonung des positiven Kompensationsumschlags Volker Gerhardt zur entschiedenen Absage an den Wert des *Begriffs* des Mängelwesen – nicht aber seiner aufschlußreichen Funktion: „Die Rede vom ‚Mängelwesen‘ ist eine rhetorische Pointe, aber keine ernst zu nehmende anthropologische These. Damit ist die Beschreibungsleistung Arnold Gehlens, der die These in Umlauf gebracht hat, im einzelnen nicht bestritten.“ Ebd., S. 195.
- 207 Vgl. hierzu eine Einschätzung jüngerer Datums: „Mag Arnold Gehlen das Mängelwesenthese [...] auch nicht in die moderne philosophische Anthropologie eingeführt haben, so hat er doch durch dessen besonders ‚chancenbewusste‘ methodische Verwendung maßgeblich zu dessen Verbreitung vor allem in der deutschsprachigen anthropologischen Forschung beigetragen; durch seine Schriften wurde das Theorem fester Bestandteil der in Geistes- und Sozialwissenschaften fachübergreifend geführten Diskussion“. Darge/Schmidhuber (2009), S. 34f.

richtet sind.²⁰⁸ Dass es im Rahmen seiner Anthro-Biologie vor allem der Begriff des Mängelwesens sein würde, der nicht von ungefähr einen besonders anfälligen Ansatzpunkt für Widerspruch bietet, ist Gehlen durchaus bewusst. Entsprechend konstatiert er angesichts der bald einsetzenden Kritik – nicht ohne im gleichen Zuge die Bedeutung des Theorems hervorzuheben: „Wie es nun einmal das Schicksal solcher überprägnanter Formeln ist, gerade dieser Begriff hat sich inzwischen verselbstständigt und führt ein Eigenleben, nicht ganz mit meiner Zustimmung.“²⁰⁹ Dass eine pessimistische Lesart des Mängelwesentheorems, die in diesem den verhängnisvollen Beleg einer normativ aufgeladenen Defizit-Anthropologie zu erkennen meint, gerade nicht vereinbar ist mit Gehlens methodologischer Intention, geht aus dem fraglichen Text selbst klar hervor. Dort heißt es gleich in der Einführung:

„Wenn der Mensch hier und in dieser Beziehung, im Vergleich zum Tier als ‚Mängelwesen‘ erscheint, so akzentuiert eine solche Bezeichnung eine Vergleichsbeziehung, hat also nur einen transitorischen Wert, ist kein ‚Substanzbegriff‘. [...] Eben das soll der Begriff leisten: die übertierische Struktur des menschlichen Leibes erscheint schon in enger biologischer Fassung im Vergleich zum Tier als paradox und hebt sich dadurch ab. Selbstverständlich ist der Mensch mit dieser Bezeichnung nicht ausdefiniert, aber die Sonderstellung bereits in enger, morphologischer Hinsicht ist markiert.“²¹⁰

Diese unmissverständliche Klärung der Verwendungsweise und -absicht des Begriffs durch seinen Autor ist vor allem jenen Kritikern entschieden entgegen zu halten, die gerade Gehlen die vermeintlich unausweichliche Normativität der gewählten und für seine Untersuchung zentralen Formel vorwerfen. Die ‚transitorische‘ Funktion, mit der das Mängelwesentheorem von Gehlen eingesetzt wird, besteht doch gerade darin, zunächst im biologisch bzw. morphologisch angelegten Mensch-Tier-Vergleich erhellende Dienste zu leisten, um dann im Verlauf der weiteren Bestimmung des Menschen den komparatistischen Blick vom Tier abzuwenden und damit auch den Mängelbegriff hinter sich zu lassen, der in Gehlens Anthropologie somit zweifellos „methodisch reflektiert als heuristisches Prinzip“²¹¹ – und nicht als Substanzaussage – fungiert.

208 Vgl. dazu Delitz (2011), S. 9ff.; Thies (2000), Kap. 4 u. 95ff. sowie Schmidinger (2009), S. 25f.

209 Gehlen (1986d), S. 17.

210 Gehlen (1986a), S. 20.

211 Darge/Schmidhuber (2009), S. 44.

Neben einer verkürzend normativistischen Kritik wird der (entwicklungs-) biologisch informierten Mängelwesen-Anthropologie vom Typ Gehlens heute auch unter Bezugnahme auf evolutionsbiologische Prinzipien widersprochen. Dabei wird nicht nur die Sonderstellung des Menschen bestritten, welcher sich sowohl genealogisch als auch genetisch nicht wesentlich von den ihm nächststehenden Tieren unterscheidet, auch die für Gehlen zentrale These von der Instinktreduktion des Menschen findet wenig Anklang bei Evolutionsforschern und Soziobiologen. So scheint die Auffassung vom instinktreduzierten Menschen mittlerweile nicht mehr in dem Ausmaß haltbar zu sein, wie sie es für Gehlen war. Neuere naturwissenschaftliche Ergebnisse biologischer Evolutionsforschung deuten darauf hin, dass der Mensch sogar ein „besonders stark instinktgebundenes Wesen“²¹² ist, woraus neben der Zurückweisung des Gehlenschen Menschenbildes auch die Umkehrung der kompensatorischen Kulturthese gefolgert wird.

In die gleiche Richtung zielt der Einwand Peter Sloterdijks gegen die These vom Mängelwesen Mensch. Sloterdijk liest Gehlens Rekonstruktion der Herausbildung mängelkompensatorischer Handlungs- und Sprachfähigkeit beim unspezialisierten Menschen als evolutionsgeschichtliche Aussage, mit der die Entwicklung des aufrechten Ganges, des Werkzeugerfindens und -gebrauchs, der distanzierenden Symbolbildung etc. als Reaktion des benachteiligten Menschen auf seine Sonderstellung, gewissermaßen *a posteriori*, gefasst wird. Angesichts der Mechanik des biologischen Evolutionsprozesses mit den darwinischen Prinzipien der Variation und Selektion bleibt es für Sloterdijk

„völlig unklar, wie ein Lebewesen durch natürliche Evolution zu seinen Anfangsmängeln gekommen sein soll. [...] die sich selbst überlassene Natur kennt keine erfolgreiche Überlieferung von Unangepasstheiten oder tödlichen Schwächen“²¹³.

Indem Sloterdijk Gehlen konsequent historiografisch liest, indem er das Wesen der menschlichen Kulturfähigkeit aus ihrem vermeintlichen Entstehungsprozess als nachträgliche Reaktion auf die eigene Mangelhaftigkeit ableitet und sich dabei streng am Prinzip des *survival of the fittest* orientiert, ergibt sich dann folgerichtig ein zu Gehlen scheinbar diametral entgegengesetzter Befund:

„*Homo sapiens* ist [...] nicht ein Mängelwesen, das seine Armut durch Kultur kompensiert, sondern ein Luxuswesen, das durch seine protokulturellen Kompetenzen hinreichend

212 Elepfandt (2008), S. 59.

213 Sloterdijk (2004), S. 704.

gesichert war, um angesichts aller Gefährdungen zu überleben und gelegentlich zu prosperieren.“²¹⁴

Doch stellen die Handlungs- und Kulturfertigkeit des Menschen keine reaktiv angeeigneten Fähigkeiten im Sinne einer aufgezwungenen Antwort auf die real-prekäre Lage einer tödlichen Bedrohung im Überlebenskampf dar, sondern sind vielmehr als (überaus) positive Posten der Mensch-Tier-Bilanz zu verstehen, deren negative Pendants die beim Menschen fehlenden, tiertypischen Merkmale sind. Insofern lässt sich die Rede vom Luxuswesen durchaus mit derjenigen vom Mängelwesen in Einklang bringen, als beide denselben Umstand treffen: die Tatsache der fundamentalen Differenz zwischen Mensch und Tier, die sich – je nachdem, aus welcher Perspektive diese Gegenüberstellung vorgenommen wird – ebenso gut als bereichernd wie defizitär auffassen lässt. Für normative Belange und Folgerungen ist dann freilich dieser perspektivische Punkt entscheidend: „ob der jeweilige als Mangel beschriebene Zustand des Menschen als *Chance* für die Eröffnung neuer Möglichkeiten menschlicher Konstitution und Selbstverwirklichung oder als *Defizit* betrachtet wird“²¹⁵.

Inwieweit eine Differenz positiv als chancenreicher Zugewinn an Möglichkeiten oder negativ als defizitärer Mangel aufgefasst wird, hängt wiederum direkt davon ab, woran es fehlt, welcher Art die mangelhafte Situation ist. Blendet man den negativen Beiklang des Wortes ab und führt man sich vor Augen, auf welchen Mangel es Gehlen in seiner Charakterisierung des Menschentypischen abgesehen hat, so wird plausibel, dass seine Untersuchung nicht zu einem defizitären Ergebnis kommt, „sondern vielmehr auf eine optimistische Sicht der menschlichen Natur zielt“²¹⁶. So besteht für ihn doch die Mangelhaftigkeit des Menschen darin, nicht wie das Tier gebunden, spezialisiert und festgestellt zu sein, sondern entbunden, entspezialisiert und entfesselt zu sein. Damit handelt es sich um einen Mangel an Einengung, an Festlegung und Fesselung, um einen Mangel an Zuständen also, die selbst Mangelzustände sind. Das heißt, der Mensch ist ein Mängelwesen zweiter Ordnung, ein Wesen, dem Mängel fehlen und von dem damit tatsächlich gesagt werden kann, dass es eine luxuriöse Stellung einnimmt. Das Bild vom „*homo sapiens pauper*“²¹⁷, das Sloterdijk Gehlen ankreidet, zielt nicht auf Armut, sondern Reichtum.

214 Ebd., S. 706.

215 Engels (2009), S. 209.

216 Darge/Schmidhuber (2009), S. 53.

217 Sloterdijk (2004), S. 704.

Ohnehin vermögen Einwände, die die Instinktreduktion des Menschen oder die Angemessenheit des Mängelwesenbegriffs bestreiten, nicht den Kern der anthropologischen Grundsituation des Mängelwesens zu treffen. Diese liegt in der Annahme der Einzigartigkeit des Menschen, die für Gehlen als ‚biologische Sonderstellung‘ so zentral und erhellend ist. In diesem Zusammenhang muss betont werden, dass es den klassischen Vertretern der deutschsprachigen philosophischen Anthropologie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit ihrem historisch-soziologisch-philosophischen Ansatz nicht zuletzt darum geht, „zwischen naturalistischer Kulturverachtung und kulturalistischer Naturverachtung Denkwege zu bahnen“²¹⁸. Dies trifft in besonderem Maße auf das Werk Gehlens zu. Zwar stützt sich Gehlen in erheblichem Maße auf naturwissenschaftliche Erkenntnisse über den Menschen, seine Herkunft, Entwicklung und Morphologie, doch nutzt er diese empirischen Einsichten und Bestände zur Entfaltung einer dezidiert *philosophischen* Anthropologie. Er formuliert also keine naturalistische Theorie des Menschentieres, sondern vermag den nicht geringen „Anspruch einer nicht biologistischen, gleichwohl aber *bio-logischen* Perspektive“²¹⁹ einzulösen. Dies zeigt, dass das Projekt einer philosophischen Deutung des Menschen zwar viel von empirischer Forschung über seinen Gegenstand lernen kann, es aber ein grundsätzlicher Irrtum ist anzunehmen, philosophisch-anthropologische Fragen und Probleme mit Mitteln der Biologie, Ethologie oder sonstiger Natur- und Laborwissenschaften beantworten zu können (freilich sind in diesem Sinne auch – und heute zuallererst – die Neurowissenschaften zu nennen). Und nicht einmal die Fragestellungen der philosophischen Anthropologie werden durch Fortschritte der Biologie, Paläoanthropologie, Primatenforschung und Ethologie in nennenswerter Weise tangiert, da „die enormen Entwicklungen der Naturwissenschaften [...] *alle* Grundfragen der Sonderstellung des Menschen *unverändert* gelassen haben“, wie Karl-Siegbert Rehberg mit Blick auf entsprechende Kritik an Gehlen betont.²²⁰

Auch wenn es zutrifft, dass die Kulturfähigkeit des Menschen eher als Effekt einer vorteilhaften Naturstellung als der einer defizitären Ausstattung und benachteiligten Position zu erklären ist, auch wenn der Mensch doch über stärkere Instinktbindung verfügt, als von Gehlen angenommen, so ist er trotzdem in ökologisch-pragmatischer Hinsicht in einem Maße unspezialisiert und weltoffen, dass an der nietzscheanischen Charakterisierung des Menschen als einzigem ‚nicht festgestellten Tier‘ festgehalten werden kann, ohne sich damit dem Vor-

218 Eßbach (2007), S. 16.

219 Delitz (2011), S. 48.

220 Rehberg (2008), S. 213.

wurf des Einreihens in eine anthropozentrische „Selbstüberschätzungs-Tradition“²²¹ auszusetzen. In diesem Sinne kann die Ambivalenz der Stellung des Menschen im Tierreich – als Naturwesen neben anderen, dabei allerdings in unvergleichlicher Weise über seine natürlichen Bedingungen und Bedingtheiten hinausstrebend – dann auch aus Sicht der Ethologie auf den Punkt gebracht werden: „Der Mensch ist wie jedes andere Tier auf diesem Planeten einzigartig, und doch ein bisschen anders, denn er kann Technik und Kultur.“²²²

C.3 (b) Bedürfnisse als offene und formierungsbedürftige Regungen

Die Motive der Weltoffenheit und Instinktungebundenheit des Menschen, aus denen sich mit Gehlen und Plessner menschentypische Kompetenzen und Metakompetenzen ableiten lassen, werden meist mit Blick auf die konkrete Umsetzung der instrumentellen Rationalität des Menschen entfaltet und unter pragmatischen Gesichtspunkten plausibilisiert. Von anthropologischem Interesse sind dabei vor allem die Entwicklung und Verfeinerung von Technik und Kultur, die Erfindung und Herstellung von den eigenen Zwecken dienlichen Dingen, der Werkzeuggebrauch etc. Neben diesem weltlichen und lebensweltlichen Wirkungsbereich von enormer Reichweite und Relevanz erstrecken sich die wesentlichen Merkmale der anthropologischen Grundsituation aber auch auf die handlungsmotivationale Dimension des einzelnen Individuums und damit auf vitale Grundbedürfnisse. So sind Bedürfnisse, indem sie Bedürfnisse des Menschen sind, von der generellen und grundlegenden Ambivalenz menschlicher Regungen geprägt. Auch dieser Umstand lässt sich als charakteristischer Teilaspekt der ‚Sonderstellung des Menschen‘ (Gehlen) und seiner ‚natürlichen Künstlichkeit‘ (Plessner) auf einen Mangelzustand zurückführen. Instinktreduktion und fehlende Spezialisierung und Einpassung in eine ökologische Nische bedeuten auf der Ebene der vitalen Lebensfunktionen und Triebstruktur, dass beim Menschen die eindeutige und zwingende Macht vorgeprägter Reiz-Reaktions-Muster nicht bzw. nur noch in höchst rudimentärer Form vorhanden ist. Dem Menschen ist, wie Gehlen schreibt, „die unmittelbare, sozusagen tierisch-natürliche Befriedigung seiner Lebensbedürfnisse versagt, denn ihm fehlt der ‚kurze Weg‘“²²³. Ganz ähnlich sieht Plessner in dem Verhältnis des Menschen zu seinen vitalen Bedürfnissen und den Bedingungen ihrer Befriedigung einen Niederschlag der grundsätzlichen anthropologischen Bestimmung:

221 Elepfandt (2008), S. 59.

222 Fischer (2008), S. 78.

223 Gehlen (1986a), S. 333.

„Dass er [der Mensch, T.E.] nicht zur Ruhe im Zyklus des ersten Bedürfnisses und seiner Befriedigung kommt, dass er etwas sein und tun will, in Gebräuchen und Sitten lebt, die ihm gelten, hat seinen Grund nicht im Trieb und im Willen, sondern in der vermittelten Unmittelbarkeit seiner exzentrischen Position.“²²⁴

Mit der Loslösung aus dem vorgegebenen Schema einer simplen instinktiven verhaltensauslösenden Begehren-Erfüllen-Folge, die ihn aus dem engen Korsett biologischer Funktionalität befreit, ist der Mensch gleichzeitig entlassen in die offene Freiheit der Wahl und Selbstbestimmung. Der Möglichkeit enthoben, einen von der Natur bereit gestellten ‚kurzen Weg‘ gedankenlos nutzen zu können, muss der Mensch den Weg zur Befriedigung seiner Bedürfnisse selbst finden und beschreiten. Und mehr noch, nicht nur der Weg, schon das Ziel der Bedürfnisbefriedigung ist zur eigenständigen Bestimmung des Menschen freigegeben. Bedürfnisse sind nicht (mehr) bloße instinktive Triebregungen, die in unabwiesbarer Form auftreten und nach ebenso unzweideutiger Abfuhr verlangen, sie sind vielmehr, wie Plessner schreibt,

„in ein umfassenderes Gefüge eingeschmolzen und mit der Dimension seiner [des Menschen, T.E.] Sprachfähigkeit und Abstraktionsgabe so verwoben, dass schon im normalen menschlichen Verhalten die rein vitalen Funktionen: Schlafen, Ernährung, Verdauung, Begattung, Orientierung, Schutz- und Abwehrreaktionen gegenüber den entsprechenden Funktionen auch der nächst verwandten Tiere anders stilisiert sind.“²²⁵

Diese verschmolzene Stilisierung beinhaltet nun, dass der Mensch immer schon ein bestimmtes Verhältnis zu seinen Bedürfnissen einnimmt, er seiner Bedürfnisse immer schon in einem bestimmten Rahmen gewahr wird, über dessen Ausgestaltung er selbst – ob bewusst und reflektiert oder intuitiv und unbewusst – entscheiden kann und muss.

Die „Orientierung“ der Bedürfnisse

Für Gehlen besteht an der Plastizität und Formkontingenz menschlicher Bedürfnisse kein Zweifel. Er versteht gerade Bedürfnisse als offene Instinkt- und Antriebszustände, die der kulturellen Prägung bedürfen. Da sie nicht in vorgegebene Naturzwecke eingepasst oder auf angeborene und eindeutige Funktionszusammenhänge hin ausgerichtet sind, ist es Aufgabe des Menschen, seine Bedürfnisse selbst in die Hand zu nehmen und ihre Manifestationsformen zu ge-

224 Plessner (2003), S. 194.

225 Ebd., S. 184.

stalten. Hier zeigt sich der kompetenzgenerierende Status des Mängelwesens Mensch in besonderer Weise, als das Aufbrechen des geschlossenen Bedürfnis-Befriedigungs-Kreises das Überschreiten des bloßen Existierens in Verhaltensmustern erzwingt und damit auf *die* Charakteristik des Menschlichen verweist: das Handeln-Können. Darauf abzielend erkennt Gehlen „einen Leerraum, einen *Hiatus* zwischen den Bedürfnissen und den Erfüllungen, und in diesem Leerraum liegt nicht nur die Handlung, sondern auch alles sachgemäße Denken“²²⁶. Demnach geht die Sphäre des Geistes, der Reflexion, Distanznahme und letztlich aller Kulturleistung Hand in Hand mit dem Zwang zum Handeln angesichts der Entkopplung von Bedürfnissen und der Notwendigkeit ihrer Erfüllung. Indem der Mensch also nicht genötigt ist, jedes Bedürfnis sofort zu befriedigen, ist er in der Lage, sich zu seinen Erfüllung fordernden Drängen und Trieben in ein distanzisiertes Verhältnis zu setzen. Damit werden dem Menschen seine Bedürfnisse zu einem Gegenstand und rücken in den Objektbereich seiner Verarbeitung und Bearbeitung:

„Das Antriebsleben des Menschen fällt unter den Bereich der menschlichen Aneignungs- und Deutungsleistungen, in den seiner Aufgaben, und dies nicht zusätzlich, sondern elementar und wesentlich.“²²⁷

Den Vorgang einer solchen Aneignung, Deutung und Gestaltung der Bedürfnisse nennt Gehlen „Orientierung“²²⁸. Die Notwendigkeit, die eigenen amorphen Bedürfnisse zu orientieren, ergibt sich nun aus dem spezifischen Gegenüber von innerer Instinktbeschaffenheit und äußerer Kontingenz der jeweiligen Weltumstände, oder wie Gehlen es formuliert,

„aus der Plastizität und Entdifferenzierung schon der Instinktresiduen des Menschen, aus seiner ‚Weltoffenheit‘ und aus der Beliebigkeit der vorgefundenen Umgebungsdaten, mit denen die Menschen sich auseinanderzusetzen haben.“²²⁹

Die Vermittlung bzw. Auseinandersetzung dieser beiden triebstrukturierenden Pole kennt demnach keine vorgeprägten Kanäle der instinktiven Triebabfuhr, vielmehr tritt „zwischen die menschlichen Bedürfnisse und Antriebe jeder Art und ihre Erfüllungssituationen [...] ein intelligentes, praktisches Verhalten, ein

226 Gehlen (1986a), S. 334.

227 Ebd., S. 343.

228 Vgl. ebd., S. 55, 338, 343 und Gehlen (2004), S. 12, 30, 76, 82, 84, 87f. u.ö.

229 Ebd., S. 82.

Handeln“²³⁰. Auch für die Explikation der anthropologischen Tragweite des Bedürfnisbegriffs erweist sich somit das Bild des Menschen als *Homo agens* als Schlüsselmoment.

Wie der Mensch sich nicht einfach seiner Situation mit ihren jeweiligen extern bestehenden Reaktionsanforderungen gemäß verhalten kann, sondern *handeln* muss, so wenig ist er passiver Schauplatz von Bedürfnissen, die ganz unabhängig von seinem Zutun entstehen, Gestalt annehmen und sich ungebrochen Geltung verschaffen. So exekutiert die anthropologische Grundsituation in der Aufgabe der Bedürfnisorientierung ihre exemplarische Herausforderung.

Dabei zeigt sich die spezifische Handlungsausrichtung des Menschen im Zuge der Orientierung von Bedürfnissen an dem zweckgerichteten Bezug zu konkreten Erfüllungsmöglichkeiten der jeweiligen Lebenswirklichkeit. Bedürfnisse werden orientiert, indem sie schon in ihrem Auftreten durch Vorstellungen von Erfüllungssituationen geleitet sind, die sich aus der Erfahrung des Betreffenden speisen. In diesem Sinne ist für Gehlen ein Bedürfnis „dann orientiert, wenn es im Sinne der Verlagerung der Antriebsmomente in einen umschriebenen, vereinseitigten Gegenstandsbereich auslösbar gemacht wurde“²³¹. Dies bedeutet, dass sich ein konkretes menschliches Bedürfnis als solches erst durch eine Form der Vergegenständlichung des zugrunde liegenden mehr oder weniger diffusen Triebmomentes bildet:

„Und ferner werden die Primärbedürfnisse in die Bahnen genötigt und an diejenigen Sachverhalte und Ziele gefesselt, die ihnen die je zur Verfügung stehenden Mittel und Handlungsweisen vorschreiben – für das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit galten einmal Höhlen als selbstverständlich. Dies ist das Thema der ‚Bedürfnisorientierung‘.“²³²

Dabei – und das hebt den Menschen von allen anderen Lebensformen ab – verläuft die Orientierung über Zwischenstufen der Mittelwahl. Jedes menschliche Bedürfnis entsteht demnach immer in einer untrennbaren Einheit aus dem Bedürfnis und dementsprechenden Erfüllungsfeld – wie fehler- oder lückenhaft dies auch immer vorgestellt ist. Dies betrifft selbst die ursprünglichsten, in einem physiologischen Sinne lebensnotwendigen Belange:

230 Ebd., S. 9f.

231 Ebd., S. 84. Die Verlagerung in einen Gegenstandsbereich beschreibt Gehlen auch als „das ‚Auskrystallisieren‘ des gestaltlosen Antriebsdrucks in ausschließende Bilder, in orientierte und wirkliche Bedürfnisse“. Gehlen (1986a), S. 343.

232 Gehlen (2004), S. 12.

„[D]ie Bedürfnisse elementarer Art, die bloßen Minimumsbedürfnisse der Abhilfe physischer Not, müssen erweitert werden können zu Bedürfnissen nach den Mitteln dazu und nach den Mitteln dieser Mittel, also vereindeutigte und intelligente *Sachinteressen* werden: die Bedürfnisse müssen den Handlungen *nachwachsen*, ganz eindeutige Umstände enthalten und die sachumgehenden Tätigkeiten mit umfassen. [Herv. i.O.]“²³³

Verfügenkönnen über Bedürfnisse als Handlungsvoraussetzung

Möglichkeit und Notwendigkeit der Orientierung der Bedürfnisse zeigen nun verschiedene Facetten. So kann ihre Orientierbarkeit über die direkte Formierung in Bezug auf vorhandene Befriedigungsumstände weit hinausgehen. Der Mensch ist imstande, zu seinen Bedürfnissen – die ohnehin nie rein, ‚unverfälscht‘ oder ‚unbehauen‘ auftreten – in einer Weise Stellung zu nehmen, die diese soweit an die realen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten seiner Situation anzupassen in der Lage ist, dass unter Umständen auf ihre Befriedigung auch ganz verzichtet werden kann. Die Möglichkeit der gänzlichen Aufhebung des Erfüllungsdrucks eines Bedürfnisses ist dabei in der Verfügbarkeit und Plastizität der Bedürfnisebene an sich begründet. Indem der Mensch generell von der strengen Umweltfesselung des Tieres befreit ist, muss er nicht mehr dem instinkthaft vorgeprägten und notwendig ablaufenden Bedürfnis-Befriedigungsschema folgen. Stattdessen sieht er sich konfrontiert mit der

„Notwendigkeit, sie [die elementaren Bedürfnisse, T.E.] an der Erfahrung zu *orientieren*, sie in ihrer zunächst gestaltlosen Offenheit zu ‚prägen‘ oder *mit Bildern zu besetzen*. Die *Hemmbarkeit* des Antriebslebens, seine *Besetzbarkeit mit Bildern* und die ‚Verschiebbarkeit‘ oder *Plastizität* sind also Seiten desselben Tatbestandes [Herv. i.O.]“²³⁴.

In dieser Notwendigkeit liegt freilich bei aller nötigen Unvermeidlichkeit wiederum ein enormes Potenzial für den Menschen. Zuallererst das Potenzial, als in seiner natürlichen Instinkt- und Organausstattung beständig bedrohtes und riskiertes Wesen die eigene Existenz sichern zu können, ist es doch

233 Gehlen (1986a), S. 52. Vgl. in diesem Sinne auch Prechtl: „Bedürfnisse werden immer in den ‚Vorstellungen‘ von erfolgreichen Vollzugsereignissen faßlich. [...] Die zunächst ziellose Energie erhält erst über die Handlung eine inhaltliche Strukturierung. Die Form der Befriedigung bestimmt erst den Inhalt des Bedürfnisses.“ Prechtl (1983), S. 84.

234 Gehlen (1986a), S. 55.

„für den Menschen als Handelnden lebensnotwendig, die Befriedigung der Bedürfnisse *aufschieben* zu können [...]. Wenn wir also einen Antrieb, ein Bedürfnis fühlen, so liegt, es zu fühlen, nicht in unserer Macht. Aber es zu befriedigen oder nicht, das liegt in unserer Macht [Herv. i.O.]“²³⁵.

Somit steckt nicht nur in der Befähigung zum Aufschub von Bedürfnissen, sondern auch in der zu ihrer Aufhebung ein entscheidendes Moment der Selbstformierung des eigenen Trieblebens und der Verfügung des Menschen über die Natur, die er selber ist. Wie sehr die für den Menschen überlebenswichtige Selbstformung seiner Bedürfnisse parallel zur Formierung seines Weltzuganges und damit der Erschließung der Welt an sich verläuft, ist ein für Gehlen bedeutender Punkt:

„Bei einem Wesen wie dem Menschen ist es eine wesentliche Sache, dass er seine Antriebe und Bedürfnisse an der Welt auseinandersetzt und orientiert, weil er sich selbst zugleich mit der Welt in den Griff bekommen muss“²³⁶.

Daran wird die fundamentale anthropologische Bedeutung der gelingenden Bewältigung dieser Aufgabe deutlich. Eine Antwort auf die Frage nach der Formung seiner Bedürfnisse und dem Bedürfnisrahmen selbst ist dem Menschen ein existenzielles Bedürfnis. Der freigesetzte Mensch bedarf der Bedürfnisbestimmung, er wird zum Bedürfnisbestimmungsbedürftigen und damit – ein Wort Odo Marquards variierend – der Inkompetenzkompensationsvollzug zur anthropologischen Schlüsselfigur. Diese Bewältigungsleistung der ‚Bedürfnisorientierung‘

235 Ebd., S. 334f. So verfügt einzig der Mensch über die Möglichkeit „der gradweisen Hemmung der Bedürfnisse bis zum Grenzfall des Bedürfnisverzichts, der Askese“. Gehlen (2004), S. 19.

236 Gehlen (1986a), S. 338. Hier liegt einer der zentralen Ansatzpunkte für Gehlens autoritär gefasste Theorie der Zucht und Führung, die alles andere als unproblematisch ist: „Das ‚Auskrystallisieren‘ der Antriebe an bestimmten Situationen, ihre tätige, durchgesetzte Besetzung mit Zielbildern ist ihr Sichfaßlichwerden, ihre Entstehung zu wirklichen Kräften des Inneren; aber damit werden sie zugleich der Stellungnahme ausgesetzt und Material der Zucht, der Erziehung und Selbstzucht.“ Ebd., S. 344f. Auf die sich hieran direkt anschließende, hinlänglich und heftig kritisierte Sozialtheorie Gehlens, die zur Ausformulierung seiner berüchtigten Institutionenlehre führt (mit dem Zentralmotiv der Zucht, welche im Begriff des Charakters als Zielpunkt der Bedürfnisorientierung schon vorbereitet ist), soll hier nicht weiter eingegangen werden. Siehe dazu Thies (2000), S. 115ff. und Delitz (2011), S. 71ff.

erbringt der Mensch nun durch die habitualisierte Einordnung seiner Bedürfnisse in einen Handlungsrahmen und durch die Verknüpfung mit spezifischen Erfüllungsobjekten. Dadurch wird zweierlei geleistet: zum einen wird durch die Formierung und Orientierung an tatsächlich vorhandenen Erfüllungsmöglichkeiten und real zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen die ‚geordnete‘, d.h. effektive und effiziente Befriedigung der Bedürfnisse möglich – und vor allem unter Bedingungen möglich, die der Betreffende selbst weitgehend steuern kann, was eine enorme Verfügbarkeit und Beherrschbarkeit der eigenen Triebregungen mit sich bringt; zum anderen kann der Mensch sich im Zuge dieser vergegenständlichenden Aneignung seiner Bedürfnisse, welche über die Ausrichtung an den für ihn relevanten Umgebungsdaten und die dadurch erfolgende Bildbesetzung vermittelt ist, in ein distanziertes Verhältnis zu seinen Bedürfnissen setzen und sich so von ihrem unmittelbaren Erfüllungsdruck entlasten. Er

„verändert die ‚Umwelt‘, den zufälligen Umgebungsbestand in dem Sinne, dass er auch dauernde Erfüllungslagen herstellen kann und sich so von der Fälligkeit des Bedürfnisses und von der fallweisen Beschaffung der Hilfsmittel entlastet.“²³⁷

Mit der anthropologisch wegweisenden Fähigkeit der Gewinnung von Handlungsmacht angesichts einer bedrängenden und riskierenden Natursituation setzt der *Homo compensator* somit zuallererst bei sich selbst und seiner motivationalen Grundstruktur an. Um als Handlungswesen in der Welt sinnvoll und zu seinen Zwecken tätig werden zu können, muss er sich selbst aus dem Korsett der natürlichen Notwendigkeit der Triebbefriedigung und dem zwingenden Schema der unmittelbaren Bedürfniserfüllung befreien:

„Der Mensch handelt daher nicht notwendig und keineswegs in der Regel in Richtung seiner primären Bedürfnisse, sondern sein Handeln ist in eigener Ebene entwickelbar gerade dann, wenn er von seinen eigenen Bedürfnisse entlastet ist.“²³⁸

Somit findet sich der Mensch tatsächlich in einer ‚biologischen Sonderstellung‘ wieder, als er als das einzige Tier bezeichnet werden kann, dem es darum geht, die direkte Befriedigung seiner Naturbedürfnisse als bestimmende Antriebsfeder hinter sich zu lassen. Soll es dem Menschen gelingen, sein Leben im Vollzug freier und selbstbestimmter Handlungen zu führen, ist es entscheidend, dass seine „unmittelbaren biologischen Bedürfnisse als erste aus der Motivationsebene

237 Gehlen (2004), S. 56.

238 Ebd., S. 70.

ausscheiden“²³⁹. Gehlen spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die Bedürfnisse „in den Zustand der Hintergrunderfüllung übergehen“²⁴⁰, wo sie zu „chronisch abgesättigte[n] und eben deswegen gar nicht mehr aktualisierte[n] Bedürfnissen“²⁴¹ werden. Damit wird der Mensch als sich selbst kultivierendes Wesen konturiert, das seine dranghafte Naturseite in den Griff bekommt, indem er seine Triebe ihrer unmittelbaren Wirkungsgewalt entzieht, um so von diesem Druck entlastet die Erfüllungsbedingungen seiner Bedürfnisse zu steuern.

Dies betrifft sämtliche Arten von Bedürfnissen, sowohl solche, die nur sehr schwach oder indirekt körperlich wirksam sind, als auch jene, die in einem elementaren, biologisch-physiologischen Sinne überlebensnotwendig sind: „Auch ein Primärbedürfnis orientieren heißt, es unter Kulturbedingungen setzen“²⁴². Indem der Mensch seine Bedürfnisse orientiert und somit ‚kultiviert‘, begegnet er dem menschengesellschaftlichen Meta-Bedürfnis nach orientierten Bedürfnissen, hat er doch nach Gehlen

„das vielfach überdeterminierte Bedürfnis, sein Nahrungs- und Geschlechtsleben nicht in triebhafter Weise zu befriedigen, sondern in irgendwie geordneter und eingefasster. Man könnte geradezu von einem Bedürfnis nach Bedürfnissen reden, die über diese Existenzminima überhaupt hinausgehen“²⁴³.

Nach diesem Modell der orientierungsbedürftigen Bedürfnisse ist die Annahme eines urchen, tief verankerten und natürlich invarianten Wesens menschlicher Bedürfnisse entschieden zu relativieren. Das Bedürfnis als motivationale Größe ist weit weniger der Verfügbarkeit durch das betreffende Subjekt entzogen, als es eine verbreitete Rede nahelegt, die von ‚natürlichen Bedürfnissen‘, ‚unabweisbaren Grundbedürfnissen‘, ‚vitalen Bedürfnissen‘ etc. ausgeht und diese Größen mitunter mit Interessen, Wünschen und Vorlieben kontrastiert, welche dann umso beliebiger, individueller und kontingenter erscheinen.

Zwar kann der Begriff des Bedürfnisses gleichwohl im Vergleich mit anderen motivationalen Größen wie Wünschen oder Vorlieben eine gewichtigere Geltung und zwingendere Rechtfertigungskraft beanspruchen, trotzdem handelt es sich auch hier um ein Element menschlicher Verfasstheit, dessen Universalisierungs- und Objektivierbarkeit begrenzt ist und das somit als exemplarischer

239 Ebd.

240 Ebd. Vgl. zu dieser „Aufschiebefigur“ Gehlens auch Delitz (2011), S. 58f.

241 Gehlen (2004), S. 14.

242 Ebd., S. 87f.

243 Gehlen (1986a), S. 331.

Beleg der spezifischen anthropologischen Ambivalenz gelten kann. Einerseits liegt im Wesen des Bedürfnisbegriffs offensichtlich jene tiefer verwurzelte und damit weniger verfügbare intentionale Kraft, die ihn von anderen Motivationsursachen mit eher oberflächlicher und relativer Handlungsbestimmung, wie etwa spontanen Wünschen oder momentanen Gestimmtheiten, abhebt. Andererseits ist jedes Bedürfnis der formgebenden Orientierung an den historisch und kulturell variablen Umständen seiner Erscheinungs- und Erfüllungssituation ausgesetzt, so dass „selbst die physischen Bedürfnisse eingekleidet in Kostüme der Zeit und Gesellschaft“²⁴⁴ erscheinen. Da nun dieses notwendige und notwendig kulturbedingte Auftreten nicht nur etwa abstraktere, d.h. geistige Bedürfnisse betrifft, sondern grundsätzlich das Schicksal aller entsprechenden menschlichen Regungen ist – wie unmittelbar und dominant ihre körperliche Manifestation auch sein mag –, ist die Aussagekraft der Vorstellung von ‚rein körperlichen‘ im klaren Gegensatz zu ‚rein geistigen‘ Bedürfnissen doch deutlich eingeschränkt. Zwar ist freilich weiterhin richtig, dass der Mensch immer schon konfrontiert ist mit Bedürfnissen, die direkt mit den Bedingungen seines Lebens und Überlebens verbunden sind und auf eine Weise existenziell wirken, die ihre Befriedigung zwingend erfordert, doch ist es angesichts der Idee einer grundlegenden hierarchischen Klassifizierung wichtig zu sehen, dass diese überlebenswichtige Dimension eben nur *ein* mögliches Bedürfnismerkmal und Typisierungskriterium neben anderen darstellt.

Gesellschaftliche (Über-)Formung von Bedürfnissen

Aus der Plastizität selbst der existenziellen Grundbedürfnisse des Menschen, welche ihre formierende Orientierung nicht nur möglich, sondern auch notwendig machen, ergibt sich ein weiteres wesentliches Merkmal ihrer konkreten und realen Erscheinung im Leben des Menschen: die Vervielfältigung der Bedürfnisse. Indem Bedürfnisse ihre Form und Gestalt erst bzw. nur durch ihre Orientierung erhalten, welche an Gegenständen und Umständen verläuft, die Ausdruck der gesellschaftlich-kulturellen Prägung und damit dem Menschen äußerlich sind, sind sie in ihrer Herausbildung auch notwendigerweise von diesen Erscheinungs- und Erfüllungsbedingungen abhängig. So liegt es auf der Hand, wie Karin Lederer schreibt, dass Bedürfnisse „unter verschiedenen Lebensformen an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten durchaus unterschiedlich geartet sein“²⁴⁵ können. Daraus wiederum wird ersichtlich, dass Bedürfnisse weder in ihrer qualitativen Ausformung noch in ihrer quantitativen Ausdifferenzierung

244 Ebd., S. 347.

245 Lederer (1979), S. 16.

festgelegt sind. Indem der Mensch im Schritt der Vergegenständlichung seiner Bedürfnisse diese an konkreten Umgebungsbedingungen und Handlungsmöglichkeiten ausrichtet, entsteht nicht nur ein erweitertes Spektrum an möglichen Mitteln zur Bedürfnisbefriedigung, es drängt sich unweigerlich auch die Frage danach auf, welche dieser Optionen hierfür angemessen sind.

Aus der Plastizität der Bedürfnisse und ihrer Befriedigung ergibt sich auch die Möglichkeit, in abgestufter Form auf ihr Auftreten zu reagieren, bestimmte Teilaspekte von Bedürfnissen anderen Facetten vorzuziehen und unter Einsatz der speziell dafür geeigneten Mittel diese Teilbedürfnisse bzw. Bedürfnisteile zu befriedigen. Den anthropologisch charakteristischen Effekt derartiger Differenzierung von Bedürfnissen schon in ihrer Wahrnehmung hat bereits Hegel im Rahmen seiner Überlegungen zur bürgerlichen Gesellschaft gesehen:

„Das *Tier* hat einen beschränkten Kreis von Mitteln und Weisen der Befriedigung seiner gleichfalls beschränkten Bedürfnisse. Der *Mensch* beweist auch in dieser Abhängigkeit zugleich sein Hinausgehen über dieselbe und seine Allgemeinheit, zunächst durch die *Vervielfältigung* der Bedürfnisse und Mittel und dann durch *Zerlegung* und *Unterscheidung* des konkreten Bedürfnisses in einzelne Teile und Seiten, welche verschiedene *partikularisierte*, damit *abstraktere* Bedürfnisse werden. [Herv. i.O.]“²⁴⁶

Durch das Auffächern der vielfältigen Teilaspekte eines Bedürfnisses wird der damit verbundene Erfüllungsdruck ebenfalls ‚zerlegt‘ und so entschärft und abgemildert. Insofern kann Hegels Formel der Zerlegung und Partikularisierung der Bedürfnisse und Befriedigungsmittel als anthropologische Beschreibung eines Verfahrens gelesen werden, das den seine Naturmängel ausgleichenden *Homo compensator* auszeichnet. Auch wenn es Hegel nicht an der Entfaltung einer Theorie des Menschen als Mängelwesen gelegen war, ist es doch bemerkenswert, dass er dieses anthropologische Theorem implizit voraussetzt, wenn er betont,

„dass es der Mensch nicht so bequem hat wie das Tier und es als Geist auch nicht so bequem haben darf. [...] In der Vervielfältigung der Bedürfnisse liegt gerade eine Hemmung der Begierde, denn wenn die Menschen vieles gebrauchen, ist der Drang nach einem, dessen sie bedürftig wären, nicht so stark, und es ist ein Zeichen, dass die Not überhaupt nicht so gewaltig ist.“²⁴⁷

246 Hegel (1986), S. 347f. (§ 190).

247 Ebd., S. 348 (§ 190).

Die Vervielfältigung der Bedürfnisse, welche bei Hegel als „eine ins Unendliche fortgehende Vervielfältigung, welche [...] die *Verfeinerung* ist“²⁴⁸, in ihrer prinzipiell unbegrenzten Maßlosigkeit benannt wird, stellt nun neben dem entlastenden und insofern überlebenswichtigen Effekt ihrer Zerlegung den Punkt dar, der für die Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren von immenser Bedeutung ist. Denn in dem Maße, in dem partikularisierten Bedürfnissen ein nur mehr geminderter Erfüllungsdruck innewohnt, sind diese anfälliger für den formbildenden Einfluss der bereitstehenden Mittel und realen Erfüllungsmöglichkeiten, an denen sie erst orientiert werden müssen. Das heißt, dass Bedürfnisse nicht als der Bedürfniserfahrung vorgängig und von vorhandenen Erfüllungsoptionen unabhängig betrachtet werden können, sondern von dem Angebot der Mittel zu ihrer Befriedigung selbst bestimmt sein können. Dieser Rückkopplungseffekt der Vervielfältigung durch Partikularisierung wird mit Blick auf die Geschichte der bürgerlichen Gesellschaft, wie sie Hegel für seine Skizze des „Systems der Bedürfnisse“ vor Augen hat, kenntlich:

„Die Befreiung der Bedürfnisse von der unmittelbaren Naturabhängigkeit realisiert sich geschichtlich [...] in der Bewegung der Verallgemeinerung, einer gigantischen Ausweitung der Mittel, die Bedürfnisse produzieren und gleichzeitig ‚beantworten‘“.²⁴⁹

Damit ist dasjenige strukturelle Moment der Bedürfnisorientierung benannt, das zahlreichen sozialphilosophischen, soziologischen und ideologiekritischen Ansätzen als Ausgangspunkt für das mitunter vehement vorgetragene Vorhaben dient, die Gefährdungen und wahren Zusammenhänge menschlicher Bedürfnislagen angesichts realer gesellschaftlicher Bedingungen und makroökonomischer Verstrickungen aufzudecken. So spielt in vielen kulturkritisch bis anthropopessimistisch angelegten Untersuchungen die Unterscheidung zwischen ‚wahren‘ und ‚falschen‘ Bedürfnissen, zwischen ‚entfremdeten‘ Begehrlichkeiten und ‚echten‘ bzw. ‚authentischen‘ Erfordernissen eine zentrale Rolle. Dass dabei vor allem manipulative Interessen Dritter ins Spiel geraten können, ist ein gerade für kapitalismuskritische Positionen relevantes Problem, auf das bereits Hegel hindeutet:

„Es wird ein Bedürfnis daher nicht sowohl von denen, welche es auf unmittelbare Weise haben, als vielmehr durch solche hervorgebracht, welche durch sein Entstehen einen Gewinn suchen.“²⁵⁰

248 Ebd., S. 349 (§ 191).

249 Berger et al. (1986), S. 154.

Vor allem von Marx ausgehende sozialphilosophische Untersuchungen und Autoren der Kritischen Theorie wie Theodor Adorno, Agnes Heller oder Herbert Marcuse stellen die Unausweichlichkeit der Marktförmigkeit menschlicher Bedürfnisse unter den Bedingungen kapitalistischer Ökonomien in den Vordergrund ihrer Bedürfnistheorien. Eine paradigmatische Prämisse solcher Systemkritik, die die anthropologische Frage nach der Trieb- und Motivationsstruktur *des* Menschen als untrennbar von dem als problematisch erkannten sozio-ökonomischen Komplex der gesellschaftlichen Machtverhältnissen *der* Menschen begreift, lautet: „Die Bedürfnisbefriedigung ist die *conditio sine qua non* jeglicher Ware.“²⁵¹ Damit rückt die Struktur und Formung der Bedürfnisse an eine Schlüsselstelle des komplexen Aufbaus einer hochgradig arbeitsteiligen Industriegesellschaft. Allerdings steht hierbei weniger die notwendige Formierung jeglicher Bedürfnisse aufgrund anthropologischer Einsichten im Mittelpunkt, wie sie Gehlen mit seiner Formel der ‚Orientierung‘ so prägnant formuliert hat; vielmehr werden die menschlichen Bedürfnisse nur mehr als deformierte Größen wahrgenommen, die als „verarmte“ und „entfremdete“ (Heller), als „repressive“ und „eingepflichtete“ Bedürfnisse (Marcuse) zu Instrumenten der Manipulation und Unterdrückung der Herrschenden ihre reale Potenz im Dienst der Mächtigen im Rahmen eines das Ganze überwölbenden „Verblendungszusammenhangs“ (Adorno) entfalten.²⁵²

250 Hegel (1986), S. 349 (§191).

251 Heller (1976), S. 23.

252 So heißt es bei Marcuse: „‚Falsch‘ sind diejenigen [Bedürfnisse, T.E.], die dem Individuum durch partikuläre gesellschaftliche Mächte, die an seiner Unterdrückung interessiert sind, auferlegt werden: diejenigen Bedürfnisse, die harte Arbeit, Aggressivität, Elend und Ungerechtigkeit verewigen. [...] Sie bleiben, was sie von Anbeginn waren – Produkte einer Gesellschaft, deren herrschendes Interesse Unterdrückung erheischt.“ Marcuse (2004), S. 25. Auch Adorno begreift die Kontrolle über die Bedürfnisse, d.h. über die gesellschaftlich vorstrukturierten Möglichkeiten ihrer Artikulation und Befriedigung, als polit-ökonomisches Herrschaftsinstrument von kaum zu überschätzender Bedeutung: „In der kapitalistischen Gesellschaft ist der Zwang, fürs Bedürfnis in seiner durch den Markt vermittelten und dann fixierten Form zu produzieren, eines der Hauptmittel, die Menschen bei der Stange zu halten.“ Adorno (2003), S. 396. Vor allem die entindividualisierende Tendenz solcher Verstrickungsmechanismen zieht in diesem Zuge radikale Kritik auf sich: „Die prägnanteste Ausdrucksform der Verarmung der Bedürfnisse (und Fähigkeiten) ist die Reduktion bzw. Homogenisierung der Bedürfnisse.“ Heller (1976), S. 62. Marcuse geht sogar soweit, „auch eine nicht-

Bei aller antikapitalistischen und antikonsumistischen Schärfe (deren Angemessenheit und Aktualität hier nicht weiter beurteilt werden soll) bringt die Kritik an der systemimmanenten Bedürfnisermächtigung gesellschaftlicher Großstrukturen doch einen wesentlichen Aspekt in anthropologischer Hinsicht auf den Punkt. Bedürfnisse sind eben nur als Phänomene gesellschaftlich-kultureller Prägung zu verstehen, oder mit Adorno:

„Bedürfnis ist eine gesellschaftliche Kategorie. [...] Jeder Trieb ist so gesellschaftlich vermittelt, daß sein Natürliches nie unmittelbar, sondern stets nur als durch die Gesellschaft produziertes zum Vorschein kommt.“²⁵³

Darin ist nun der Einfluss Hegels auf Adornos „Thesen über Bedürfnis“ zu erkennen. Dieser hebt die Lösung von der Naturfessel als Voraussetzung für die Freiheit des Menschen auch anhand des menschlichen Selbstverhältnisses zu seinen Bedürfnissen hervor:

„Die Vorstellung, als ob der Mensch in einem sogenannten Naturzustande, worin er nur sogenannte einfache Naturbedürfnisse hätte [...], in Rücksicht auf die Bedürfnisse in *Freiheit* lebte, ist [...] eine unwahre Meinung, weil das Naturbedürfnis als solches und dessen unmittelbare Befriedigung nur der Zustand [...] der Rohheit und Unfreiheit wäre und die Freiheit allein in der Reflexion des Geistigen in sich, seiner Unterscheidung von dem Natürlichen und seinem Reflexe auf dieses liegt. [Herv. i.O.]“²⁵⁴

Insofern wäre es verfehlt, von rein natürlichen Bedürfnissen des Menschen jenseits der Umstände seiner konkreten lebensweltlichen, politischen und ökonomischen Bezüge auszugehen. Vielmehr sind alle Bedürfnisse nur als „historische Bedürfnisse“²⁵⁵ aufzuklären. In dieser Betonung der unlösbaren Natur-Kultur-Verschränkung auf der Ebene der motivationalen Triebstruktur des Menschen deckt sich die marxistisch-ideologiekritische Bedürfnistheorie mit einer Grundthese der genealogisch orientierten ‚Anthropo-Biologie‘ Gehlens. So etwa bei

terroristische ökonomisch-technische Gleichschaltung, die sich in der Manipulation von Bedürfnissen durch althergebrachte Interessen geltend macht“, als „totalitär“ zu bezeichnen. Marcuse (2004), S. 23. Vgl. zu Ansätzen interdisziplinärer Bedürfnisforschung im Geist dieses kulturkritischen Pessimismus in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts auch Moser et al. (1978) und Meyer-Abich/Birnbacher (1979).

253 Adorno (2003), S. 392.

254 Hegel (1986), S. 350 (§194).

255 Marcuse (2004), S. 24.

Heller, die im Rahmen ihrer Marxstudie zu dem Schluss gelangt: „Die Entstehungsgeschichte des Menschen ist im Grunde die Entstehungsgeschichte der Bedürfnisse.“²⁵⁶ Auch Gehlen weiß um die wechselseitige Kausalität der Beziehung zwischen dem Bedürfnis als Zweck und den Mitteln zur Bedürfnisbefriedigung. So benennt er explizit die bedürfnisgenerierende Macht kulturell-gesellschaftlicher Faktoren, wenn er mit Blick auf die immer schon vermittelte Bedürfnisformung über Technik schreibt: „sie stellt erfinderisch Mittel bereit für noch nicht vorhandene Zwecke oder für Bedürfnisse, die sie selbst erst miterzeugt, weil sie noch niemand fühlt.“²⁵⁷ In Bezug auf das zielgerichtet-absichtsvolle Handeln des Menschen und dessen Verhältnis zur motivationalen Ebene der Bedürfnisse bedeutet dies die Relativierung einer einseitig gedachten Trieb-Aktions-Wirkrichtung zugunsten einer Betonung der wechselseitigen Formung und Formierung von Handlungsvollzügen und Bedürfnisformen, wie es Gehlen pointiert: „Wir handeln nicht so oder so, weil wir bestimmte Bedürfnisse haben, sondern wir haben diese, weil wir selbst und die Menschen um uns so oder so handeln.“²⁵⁸ Da mit der naturgegebenen Zwangsläufigkeit des Bedürfnis-Erfüllungszusammenhangs auch die fraglose Kraft der darin enthaltenen motivierenden Komponente nicht mehr vorhanden ist, ist es nach Gehlen für den Menschen als

„handelndes und damit der grenzenlosen Zufälligkeit der Wirklichkeit ausgesetztes Wesen lebenswichtig, dass auch noch die speziellsten Fähigkeiten zu Bedürfnissen werden können und deshalb ‚mit Interesse‘ getan werden“²⁵⁹.

Ähnlich sieht Plessner den wechselwirkenden, gewissermaßen autopoietischen Zug des Bedürfnis-Befriedigungsmittel-Komplexes, der dadurch entsteht, dass die Kompensationsmittel und -praktiken vitale Bedürfnisse nicht nur befriedigen, sondern diese immer auch schon mitkonstituieren:

256 Heller (1976), S. 44.

257 Gehlen (2004), S. 12.

258 Gehlen (1986a), S. 330. Vgl. ähnlich auch Wolfgang Eßbach: „Die Instinktreduktion hat auch zur Folge, dass zwischen Antriebsstruktur und erworbenen Lebensführungstechniken ein Leerraum liegt, ein Hiatus, der mehrseitige Verbindungen ermöglicht. So handeln wir, weil wir ein Bedürfnis haben, es gilt aber auch, wir haben ein Bedürfnis, weil wir so oder so gehandelt haben. Handlungen werden in den Formen der Kultur abhängig von der Antriebsstruktur.“ Eßbach (2007), S. 14.

259 Gehlen (1986a), S. 336.

„Welttoffenheit verwirklicht sich daher nur in einer künstlich geschaffenen [...] Umwelt, deren Güter und Einrichtungen vitalen Bedürfnissen dienen, dadurch aber wiederum auf diese zurückwirken, neue hervorrufen, alte verändern, in jedem Falle aber sie formen und regulieren, sie bändigen und domestizieren.“²⁶⁰

Hier klingt an, dass die aus ideologiekritischer Perspektive so unnachgiebig begargwöhnte Anfälligkeit menschlicher Bedürfnislagen für manipulative bis entfremdende Mechanismen freilich nur die Kehrseite einer anthropologischen Einsicht ist, welche auch großes Potenzial verspricht. So kann jedes Bedürfnis, das aufgrund seiner ‚Orientierbarkeit‘ und Orientierungsnotwendigkeit von fremdbestimmter Manipulation und entmenslichender Instrumentalisierung bedroht ist, gleichzeitig qua dieser Offenheit und Plastizität Gegenstand einer in die Gegenrichtung zielenden Formierungsanstrengung werden. In Auseinandersetzung mit Gehlens Anthropologie formuliert Kamlah dementsprechend den optimistischen Zug der Beherrschbarkeit der Bedürfnisse, wenn er darauf verweist, dass es dem Menschen möglich ist, in der handelnden Konfrontation mit Natur und Umwelt zusammen mit der Entwicklung seiner Bedürfnisse auch das Spektrum seiner Fertigkeiten und Kompetenzen zu erweitern:

„Der in Wahrheit bedürftige und tätige Mensch aber ist schon in seinem Drang von Natur auf seine Welt gerichtet und eingerichtet, so dass er finden kann, was er sucht [...], so dass er die natürliche Welt seiner Möglichkeiten und damit seiner natürlichen Bedürfnisse tätig ausbauen und vermehren kann.“²⁶¹

Die Plastizität der Bedürfnisse als Grundlage der Selbst-Bildung

Angesichts dieses besonderen Entwicklungspotenzials verwundert es nicht, dass eine auf Plastizität und kulturelle Formung abhebende Bedürfnistheorie gerade in derjenigen Wissenschaft Zustimmung und fruchtbare Anschlusspunkte finden kann, in deren Zentrum die Beschäftigung mit Fragen der ‚Bändigung‘ und ‚Domestikation‘ des Menschen und seiner Triebstruktur steht: die Erziehungswissenschaft. So macht etwa Wolfgang Brezinka, ein namhafter Vertreter der wissenschaftlichen Pädagogik, ein um den Bedürfnisbegriff zentriertes Menschenbild und namentlich Gehlens Anthropologie vom Mängelwesen zur Grundlage seiner Erziehungstheorie. Für ihn ergibt sich aus der instinktmäßigen Defizitsituation des Menschen die grundsätzlichen Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion und Handlungssteuerung:

260 Plessner (2003), S. 192.

261 Kamlah (1975), S. 127.

„Der Mensch lässt sich nicht automatisch durch grobe artgemäße Auslöser steuern, sondern er ist fähig, zwischen die Wahrnehmung und die Beantwortung von Reizen eine kritische Stellungnahme einzuschieben: er kann den Drang zur unmittelbaren Reaktion abbremsen, er kann seine Triebe hemmen und auf andere Gegenstände umleiten, er kann nachdenken, auswählen und verzichten.“²⁶²

Aus dieser bis zur Versagung der Befriedigung reichenden Verfügung und Kontrollierbarkeit der eigenen Bedürfnisse wiederum ergibt sich nach Brezinka die unabwiesbare Notwendigkeit zur erzieherischen Führung:

„Diese Armut an Instinkten bringt eine dauernde Gefährdung mit sich. Sie macht den Menschen in höchstem Grade lernbedürftig, denn der Mangel an biologisch gesteuerter Verhaltenssicherheit muss durch erlernte Orientierungsweisen ausgeglichen werden.“²⁶³

Ganz im Sinne der entsprechenden philosophisch-anthropologischen Positionen ist der Mensch demnach als nicht-festgestelltes Tier „das einzige Lebewesen, das lernen muss, um überhaupt bestehen zu können“²⁶⁴. Damit wird die kompensatorische Herausforderung, mit der sich das Mängelwesen Mensch zur Lebensbewältigung immer schon konfrontiert sieht, zum anthropologischen Ansatzpunkt einer produktiven Erziehungspraxis, die ihre erste und unvermeidliche Aufgabe darin findet, die amorphen Bedürfnisse in Bahnen zu lenken und in Formen zu bringen. Die bei Gehlen als ‚Orientierung‘ angelegte Formierung jeglicher menschlicher Bedürfnisse schlägt sich auch in der jüngeren Erziehungs- und Sozialisationstheorie in einer pädagogischen Begrifflichkeit nieder, die darin der von Brezinka eingeschlagenen Richtung folgt:

„Selbst die primären Bedürfnisse treten nie ‚rein‘ auf; als naturgegebene und für alle Menschen gleiche physiologisch bedingte Motive sind sie nur eine Abstraktion. Die Bedürfnisse konkreter Personen sind stets untrennbar mit Lernergebnissen durchwoben.“²⁶⁵

Dabei ist die pädagogische Sicht auf die menschliche Bedürfnisstruktur und den zu lernenden Umgang mit Möglichkeiten ihrer Befriedigung größtenteils geleitet von der Zielsetzung, dazu beizutragen, die ‚richtigen‘ oder ‚wahren‘ Bedürfnisse

262 Brezinka (1961), S. 19.

263 Ebd.

264 Ebd., S. 11. Vgl. hierzu auch Eßbach: „Lernen tritt bei Lebewesen überall dort ein, wo Instinkte reduziert sind.“ Eßbach (2007), S. 14.

265 Brezinka (1961), S. 20.

eigenständig identifizieren und herausbilden zu können. Damit geht die negativ konnotierte Vorstellung von der Entfremdung und Verkenntung der Bedürfnisse einher, der es durch erzieherisches Handeln zu begegnen und vorzubeugen gilt.²⁶⁶ Gerade angesichts der immens gewachsenen (und weiter wachsenden) Fülle an Möglichkeiten zur schnellen, leicht verfügbaren und kurzfristig passgenauen Befriedigung von Begehrlichkeiten wird eine zentrale Aufgabe einer zeitgemäßen, bedürfnisorientierten Pädagogik in der „Bildung der Bedürfnisse“ gesehen. So konstatiert Jana Swiderski:

„Damit Kinder glücklich sind und lernen, wie sie aus eigener Kraft glücklich werden können, darf ihnen nicht jeder gerade auftretende Wunsch erfüllt werden. Kinder müssen lernen, ihre Bedürfnisse selbst wahrzunehmen, zu artikulieren und Fähigkeiten zu erwerben, die ihnen helfen, ihre Bedürfnisse aus eigener Kraft zu befriedigen.“²⁶⁷

Die grundlegende Prämisse, die für derartig ausgerichtete pädagogische Konzepte zentral ist und die diese mit der philosophischen Anthropologie Gehlens teilen, ist die Annahme einer charakteristischen Ambivalenz des Bedürfnisbegriffs und -geschehens. Ähnlich wie bei Autoren, die an den gesellschaftstheoretischen und sozialtechnologischen Implikationen und Herausforderungen (bzw. Gefährdungen) der Bedürfnisplastizität unter den Bedingungen spätmoderner Massengesellschaften interessiert sind, stehen hierbei dann die das entwicklungsprägende Spannungsfeld konstituierenden Pole von Individuum und Gesellschaft im Vordergrund:

266 Die in gesellschaftskritischer Hinsicht wohl radikalste und pessimistischste Bedürfnistheorie innerhalb der Erziehungswissenschaften vertritt Marianne Gronemeyer, die davon ausgeht, „dass Bedürfnisse immer im Dienste der Knappheit, also der Macht stehen“. Gronemeyer (2002), S. 77. Gronemeyers engagierter Fundamentalangriff richtet sich gegen die „Gesamtapparatur“ des kapitalistischen Systems mit seiner immanenten Entfremdungs- und Manipulationslogik, das unter dem Deckmantel des Fortschritts das Individuum nicht mehr als Person berücksichtige, sondern als „belieferungsbedürftiges Mängelwesen“ und „Systemmodul“ in seine konsumistische Produktmaschinerie zwänge. In ihrer vehementen Anklage der demütigen Selbstbeschränkung des Einzelnen „in die Rolle des dienstbaren Funktionspartikels in diesem missratenen, aber nichtsdestoweniger mit unerbittlicher Strenge fordernden Kosmosverschnitt“, welche die kollektiven Effekte der Entmündigung und Regression komplettiere, steht Gronemeyer der ideologiekritischen Verve der Kritischen Theorie in nichts nach. Vgl. ebd., hier S. 193.

267 Swiderski (2008), S. 228.

„Bedürfnisse sind angeborene und universelle, aber sozialisatorisch überformte, objekt-orientierte, mit Zielvorstellungen und Richtungstendenzen verbundene Elemente individueller psychischer Dynamik, die bei aller Spezialisiertheit wandelbar sind in der Richtung und der Wahl der Mittel.“²⁶⁸

Dabei liegt der Hauptakzent auf der Wandelbarkeit und unbesetzten Offenheit der Bedürfnisse, die diese damit prinzipiell allen denkbaren Einflussfaktoren bietet: „Fast alles kann zum Bedürfnis werden oder als ein Bedürfnis geltend gemacht werden.“²⁶⁹

Für die Pädagogik als Wissenschaft des Nachdenkens über die Prozesse des Einübens und Bildens von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Lebensverlauf eines Menschen, die auch den Bereich des Geltendmachens von Bedürfnissen und daraus abgeleiteten Ansprüchen einbezieht, folgt daraus, „dass Bedürfnisbefriedigung erlernbar ist“²⁷⁰. Damit ist die Erziehungstheorie in bemerkenswerter Weise mit der Bedürfnistheorie Gehlens kompatibel. Mägdefrau nennt dann auch explizit den klassischen, philosophisch-anthropologischen Urheber der für die Erziehungstheorie so anschlussfähigen Bedürfniskonzeption, auf den sie sich bezieht und dessen Bild vom Menschen – als zwar mangelhaftem, doch multikompetenten *Homo compensator*, der sich durch ein Zuviel und Zuwenig zugleich auszeichnet – sie ihrer eigenen pädagogischen Theorie zugrunde legt: „Nach Gehlen [...] ergab sich eine Vorstellung des Menschen als Mängelwesen auf der physischen, vitalen Seite und als Überschusswesen auf der psychischen, geistigen Seite“²⁷¹. Die gegenläufige Ambivalenz der motivationalen Trieb- und Bedürfnisstruktur des Menschen – ihre ungerichtete Bedürftigkeit, die doch orien-

268 Mägdefrau (2007), S. 26. So besagt für Jutta Mägdefrau der erste Baustein einer pädagogischen Theorie: „Bedürfnisverwirklichung vollzieht sich als Prozess in Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt und zwar situativ gebunden im Rahmen kulturell bestimmter Grenzen und gleichzeitig höchst individuell.“ Ebd., S. 236.

269 Swiderski (2008), S. 11. Vgl. in diesem Sinne auch Brezinka: „Jedes Ziel des menschlichen Strebens kann ein so großes Maß an psychischer Energie binden, dass das Begehren nach diesem Ziel als Bedürfnis erlebt wird.“ Brezinka (1961), S. 20.

270 Mägdefrau (2007), S. 10.

271 Ebd., S. 30. Mit Hegel führt Mägdefrau einen weiteren Gewährsmann aus der Philosophiegeschichte an, wenn sie die Sozialität stiftende Wirkung der Arbeitsteilung in der bürgerlichen Gesellschaft entfaltet, welche für sie auf den Umstand zurückzuführen ist, dass „die meisten Bedürfnisbefriedigungsmittel Produkte der Arbeit anderer sind, [und so] der Mensch auf andere Menschen angewiesen“ sei. Ebd., S. 31.

tiert werden muss, einerseits und die adaptive Mannigfaltigkeit potenzieller Erfüllungsmöglichkeiten andererseits, die das Individuum in seinem soziokulturellen Kontext fundamental herausfordert – diese Ambivalenz im Laufe des Entwicklungs- und Reifungsprozesses zum erwachsenen Menschen in den selbstbestimmenden und selbstbeherrschenden Griff zu bekommen, ist das zentrale Projekt einer anthropologisch reflektierten Pädagogik. Eine entsprechende Erziehung zum bewussten und selbstkritischen Umgang mit eigenen Bedürfnissen verschreibt sich dann in einem doppelten Sinne der ‚Bedürfnisbildung‘:

„Erziehende können [...] zum rational begründeten Abwägen von Bedürfnissen anregen, zur selbstständigen Beurteilung und Artikulation von Bedürfnissen auffordern und Heranwachsende zur selbstbestimmten Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnisse und Interessen befähigen.“²⁷²

Die Befähigung zur souveränen Bedürfnisorientierung ist nun nicht nur als dauernde Überprüfung und kritische Reflexion der Stichhaltigkeit und Angemessenheit der sich immer weiter ausdifferenzierenden und spezialisierten Bedürfnisse erforderlich und somit lediglich in individuell-pragmatischer Hinsicht, d.h. Fragen der persönlichen Lebensführung betreffend, relevant. Die Kompetenz der Bedürfnisbildung kann auch unter anthropologischen Gesichtspunkten, die auf ein allgemeines – und darin philosophisches – Verständnis des Menschen und seiner Lebenssituation zielen, eine Schlüsselrolle beanspruchen. So lässt sich die anthropologische Grundfigur vom Menschen als demjenigen Wesen, das sich von der eigenen biologischen Verfasstheit und Natur-Notwendigkeit in erheblichem Maße abgelöst hat, besonders prägnant mit dem – gänzlich untierischen – Möglichkeitsspektrum des Umgangs mit seinen Bedürfnissen und Überlebensanforderungen charakterisieren. Der Mensch als das Tier, das selbst seine primären Bedürfnisse beherrschen kann.

Das unvermeidbare Bedürfnis nach Sinn

Aus dem tierisch-instinktiven Reaktionskreis von Trieb und Triebbefriedigung herausgelöst, ist dem Menschen mit der Möglichkeit, über die eigenen Bedürfnisse in Auftreten, Ausformung, Akzentuierung und Artikulation verfügen zu können, auch die Notwendigkeit auferlegt, diese ihm zugewachsene Dimension der Selbst-Ermächtigung auch selbst auszuüben. Als Wesen, das sein Dasein nicht mehr eingezwängt in unveränderliche Bedingungen natürlicher Verhaltensmuster fristet, sondern das sein Leben führt, indem es handelt, kann der Mensch

272 Swiderski (2008), S. 230.

auch den Umgang mit seinen Bedürfnissen nicht zufällig ausgestalten und über sich ergehen lassen, sondern muss diesen Prozess bewusst gestalten und steuern. Aus der Natur ableitbare Vorgaben hierfür gibt es nicht, wie Brezinka herausstellt:

„Selbst die ursprünglichen organischen Bedürfnisse determinieren das Verhalten nur insofern, als sie dazu zwingen, überhaupt befriedigt zu werden. Auf welche Weise das aber geschieht, bleibt gänzlich offen.“²⁷³

Hierin tritt die anthropologische Fundamentalambivalenz des von den natürlichen Fesseln losgelösten und in die Unbestimmtheit kultureller Selbstgestaltung entlassenen Menschen unverkennbar zu Tage. Die auch und gerade seine Bedürfnisse prägende Weltoffenheit des Menschen führt nach Gerhard Arlt zu einem

„Freisetzen der Motorik. In die Lücke zwischen aktueller Erregung und aufgeschobener Handlung, in den Hiatus zwischen ‚abgehängtem‘ Trieb und befreitem Handeln springt das Bewusstsein ein [...]. Weltoffene Antriebsstruktur ist gekennzeichnet durch eine von Triebzielen abgetrennte und verschiebbare Energieform. Die Unmöglichkeit kurzschlüssiger Abfuhr führt ‚energetisch‘ zum Triebüberschuss, ‚strukturell‘ zur Eröffnung einer Bewusstseins-Innerlichkeit, einschließlich der Handlungs- und Könnenphantasie.“²⁷⁴

Indem die Bedürfnisse prinzipiell von der Ebene ihrer Befriedigung entkoppelt sind und damit dem formenden Zugriff und freien Umgang des Menschen zur Verfügung stehen, entfaltet sich ein entscheidendes anthropologisches Kennzeichen: die Fähigkeit zur Reflexion, des Bewusstmachens der eigenen Handlungsmöglichkeiten („Handlungs- und Könnenphantasie“), Lebensbezüge und – in Bezug auf die eigenen Bedürfnislagen – der jeweiligen Erfüllungsbedingungen. Eine Orientierung der Bedürfnisse ist somit überhaupt erst im Zuge ihrer Vergegenwärtigung denkbar. Nach Gehlen sind darauf besonders „die *Hemmbarkeit* und *Verschiebbarkeit* der Bedürfnisse und Interessen“ angewiesen, die beide nur „bei Bewußtheit derselben“²⁷⁵ möglich sind. Darin liegt nun ein paradigmatischer Beleg für die Sonderstellung des Menschen. Kein anderes Lebewesen ist in der Lage, seine Bedürfnisse bewusst zu reflektieren und sich durch die

273 Brezinka (1961), S. 20.

274 Arlt (2001), S. 143.

275 Gehlen (1986a), S. 52.

rationale Ver-Gegenständlichung von ihnen zu distanzieren, um anschließend über ihr weiteres Schicksal zu befinden.

Ohnehin ist die Verschiebbarkeit der Bedürfnisse – neben der Berücksichtigung der grundsätzlichen Emanzipation von einem unverzüglichen Erfüllungszwang – nur denkbar im Zuge ihrer Virtualisierung, welche als besonders explizite Form der Vergegenständlichung und distanzierenden Stellungnahme aufgefasst werden kann. Gehlen weist auf diese Art der Bedürfnisgenese zweiter Ordnung hin, wenn er den Mehrwert „dauernder Erfüllungslagen“ betont, der entsteht, wenn in virtueller Antizipation künftiger Bedürfnisse deren aktuelle Befriedigung in vorausschauender Weise stabilisierend wirkt:

„Das Bewußtsein künftiger Bedürfniserfüllung oder die virtuelle Erfüllung ist selbst ein Erfüllungserlebnis, [...] das schon garantierte künftige Bedürfnis, die Entlastung von seiner eigenen Aktualität, das ist die Sicherheit.“²⁷⁶

Auch für Kamlah wird dabei an der Tatsache, dass der Mensch „nicht mehr wie das Tier in seinem Drange einfach aufgeht, sondern seine Bedürfnisse jeweils zu bestätigen oder zu verwerfen hat“²⁷⁷, wiederum die Doppelwertigkeit der Bedürfnisanthropologie kenntlich, ist es doch keinem anderen Lebewesen aufgegeben, diesen Bewusstwerdungs- und rationalen Verarbeitungsprozess bezüglich der eigenen Bedürfnisse leisten zu *müssen*.

Mit der Reflexivität der Bedürfnisse werden nun auch Fragen ihrer Formierung und Orientierung Gegenstand des rational strukturierten (Selbst-)Verhältnisses des Menschen, wie Peter Prechtel schreibt:

„Ein jedes Bedürfnis kann und muss Gegenstand der Stellungnahme sein. Diese Stellungnahme ist möglich, sobald sich die Bedürfnisse ‚auskristallisiert‘ haben und bewusst (faßlich) geworden sind.“²⁷⁸

Ein Effekt der Distanzierung von solchermaßen faßbar gewordenen und disponiblen Bedürfnissen kann darin bestehen, einen einmal direkt auf ein akut orientiertes Bedürfnis reagierenden Erfüllungsverlauf beizubehalten, auch wenn das

276 Gehlen (2004), S. 56. Vgl. dort auch: „Alle Bedürfnisse und Interessen sind, sobald sie an der Umgangserfahrung erwacht und damit bebildert worden sind, als solche auch Gegenstand der Stellungnahme anderer virtueller Interessen und damit verwerfbar resp. ‚unterstrichen‘ zuläblich.“

277 Kamlah (1975), S. 147.

278 Prechtel (1983), S. 86.

ursprüngliche Moment schon nicht mehr vorhanden ist. Daraus können gewohnheitsmäßige, gleichsam institutionalisierte Formen der Formierung hervorgehen, die sich dann in bedürfniserzeugender Weise verselbstständigen, worauf Eßbach hinweist:

„Handlungen werden in den Formen der Kultur abhängig von der Antriebsstruktur. Bedürfnisbefriedigungen können aufgeschoben werden und der Aufschub selbst kann wiederum ein Bedürfnis werden. Dies wird deutlich im Phänomen der Routine: sie kann weiterlaufen, auch wenn der Motivationsgrund erloschen ist, und sie kann selbst Motivation generieren.“²⁷⁹

Das entlastende Moment, das in solcher routinierter Entbindung liegt, pointiert Gehlen mit dem Begriff der „Trivialisierung, welche dadurch eintritt, dass sie [die unmittelbaren biologischen Bedürfnisse, T.E.] in den Zustand der Hintergrund Erfüllung übergehen“²⁸⁰. Bedürfnisse können also mitsamt dem mit ihnen verbundenen Erfüllungsdruck dadurch handhabbar gemacht werden, dass sie in wiederkehrenden und damit bekannten Strukturen orientiert werden und so in eingeübte Muster von Gewohnheitshandeln übergehen. Diese Form der Entlastung durch sich wiederholende und einspielende Abläufe und Handlungsgehnheiten (auf gesellschaftlicher Ebene schließlich in Institutionen manifestiert) stellt für Gehlens Anthropologie ein Zentralkmoment dar: „Bei einem Wesen von chronischer Bedürftigkeit ist daher die Hintergrund Erfüllung ein kaptales Thema, eine echte anthropologische Kategorie.“²⁸¹ Gelingt dieser Mechanismus der entlastenden Habitualisierung, ist wiederum mit entlastenden Auswirkungen auf die mit der Orientierung befasste Instanz, das reflexiv-rationale Bewusstsein, zu rechnen. Dies ist gerade für die Grundlagen von Lernprozessen von entscheidender Bedeutung, was Brezinka hervorhebt:

279 Eßbach (2007), S. 14.

280 Gehlen (2004), S. 70.

281 Ebd., S. 56. Seine materiell-gegenständliche Gestalt findet die für Gehlen so zeitlose wie kulturübergreifende Entlastungsformel im Werkzeug: „In seiner Spezialisiertheit auf bestimmte, einseitige Funktionen spiegelt jedes Werkzeug oder Gerät die Tatsache wider, dass sich chronische Bedürfnisse oder Interessen über wiederkehrende, eingewöhnte Arbeitsgänge auf typische, ebenfalls wiederkehrende Sachlagen und Sachumstände beziehen. Alle Kulturen ruhen, von der Seite der sie tragenden lebensnotwendigen Arbeit her gesehen, auf Systemen stereotypisierter und stabilisierter Gewohnheiten.“ Ebd., S. 19f.

„Sachgerechte Gewohnheiten entlasten auch das Bewusstsein. [...] Sobald jedoch nicht mehr ständig überlegt werden muss, was als nächstes zu tun ist, wird das Bewusstsein frei für andere Aufgaben. Der Mensch kann dann auf der Basis des schon erlernten und daher entlasteten Verhaltens etwas Neues, Vollkommeneres lernen. Jede neue gute Gewohnheit erschließt höhere Stufen der Freiheit.“²⁸²

Mit der enormen technik-evolutionären, kreativen und innovativen Dynamik freiwerdender Leistungsressourcen – wie sie in der Theorie der Technikentwicklung von Michel Serres eine zentrale Rolle spielt (s.o.), die stark an die Gehlen-sche Vorstellung von der prothetischen Organprojektion angelegt ist – gerät gleichzeitig auf der Ebene der Bedürfnisrationalisierung das Bewusstsein und Selbstverhältnis des Menschen in Bewegung. So legt Gehlen großen Wert auf die enorme systematische Bedeutung der Sprachentwicklung des Menschen im Rahmen seiner phylo- wie ontogenetischen Entwicklung als Handlungswesen.²⁸³ Auch für Kamlah spielt die Sprachfähigkeit in anthropologischer Hinsicht eine herausragende Rolle. Indem er die Metabedürftigkeit des Menschen als gleichsam propädeutischen Grundterminus seiner Anthropologie voranstellt, streicht er an der spezifisch menschlichen Fähigkeit, sich symbolisch mittels Lautzeichen zu verständigen, nicht nur die kommunikative Funktion heraus (welche sich kategorial abhebt von jenen Formen der Verständigung und Interaktion im Tierreich, die als sprachlich vermittelt bezeichnet werden können), auch das reflexiv-selbstformende Moment der Sprachfähigkeit des Menschen erkennt er als Schlüsselmerkmal seines Umgangs mit Bedürfnissen („Bedürfnisorientierung“):

„Als Lebewesen hat der Mensch mit anderem Lebenden die ‚Bedürftigkeit‘ gemeinsam. Im Unterschied von den Pflanzen hat er ferner mit den Tieren gemeinsam, dass er seiner Bedürftigkeit inne wird, dass ihm nicht allein stets etwas ‚mangelt‘, sondern dass er diesen Mangel fort und fort verspürt, dass er ‚Mangel leidet‘ [...]. Jedoch als Lebewesen, das sprechen kann, erleidet er nicht allein Mangel, wird er nicht allein zur unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung ‚getrieben‘ oder ‚gedrängt‘, sondern geht er auch gleichsam redend in seinen Drang ein“²⁸⁴.

Die sich in sprachmächtig angelegtem Handeln vollziehende Menschwerdung lässt sich mit Kamlah auch im Verlauf der ersten Lebensphase verfolgen, in der sich der Mensch den gelingenden Umgang mit Primärbedürfnissen aneignet. Das

282 Brezinka (1961), S. 29. Vgl. dazu auch Gehlen (2004), S. 70.

283 Siehe dazu Gehlen (1986a), S. 46ff., 193ff., 236ff., 267ff. u.ö.

284 Kamlah (1973), S. 32.

Kleinkind, dem alle Bedürfnisbefriedigungen und -entsagungen zunächst bloß widerfahren, lernt allmählich, „durch ‚*Handlungen*‘ seine Bedürfnisse selbst zu befriedigen“ und wird so „selbständig‘ als handelnder Mensch“²⁸⁵. Dies verdeutlicht, inwieweit die Genese menschlicher Individuation in einer untrennbar verknüpften Einheit aus den sich parallel vollziehenden und dabei gegenseitig stützenden Entwicklungen des Spracherwerbs, der Ausbildung der Kompetenz zur Bedürfnisbefriedigung sowie der übergreifenden Herausbildung der Handlungsfähigkeit im Sinne einer reflexiven und planvollen Selbstkontrolle verläuft.

Vor dem Hintergrund der unspezifizierten Weltoffenheit, mit der der Mensch versehen und konfrontiert ist, ergibt sich aus der Kombination von sprachmächtiger Welterschließung mit der Notwendigkeit der Bedürfnisformierung nun anstelle eines vorgezeichneten Trieblebens eine Aufgabe, die so umfassend und anspruchsvoll ist, dass sie als das zentrale anthropologische Bedürfnis interpretiert werden kann. Das Fehlen einer eindeutigen Wesensumwelt und seine unzureichende Instinkthilflosigkeit sowie die Befähigung, gleichsam kompensatorisch diese körperlich-natürliche Lücke durch geistig-kulturelle Strebensleistung schließen zu können, führen den mangelhaften Menschen mit seinen unbegrenzten Möglichkeiten der Selbstgestaltung an ein Sinnvakuum, aus dem sich schließlich die ihm spezifisch eignende Bestimmung ergibt: der Mensch ist als Mensch aufgerufen zur Sinnstiftung, zur Deutung und Füllung seines Lebens mit Sinn und Verstand bzw. mit Sinn durch Verstand.

Während es dem Menschen als Naturwesen weiterhin um seine biologische Arterhaltung zu tun ist, sieht er sich gleichzeitig als Kulturwesen mit der Notwendigkeit eigenständiger Lebensführung konfrontiert. Diese Herausforderung vollzieht sich unabweisbar und paradigmatisch an der Offenheit seiner Bedürfnisse, die sich aufgrund fehlender Naturvorgaben in verschiedensten Varianten ihrer Ausgestaltung und Aufarbeitung konkretisieren, d.h. *orientierungsfähig* sind. Daher kann eine objektivistisch verallgemeinernde, d.h. körperlich-physiologisch ansetzende Untersuchung der ‚Natur des Menschen‘ zur Ermittlung seiner Fundamental-Bedürfnisse nicht gelingen, sofern dabei die orientierende Überformung durch sozio-kulturelle Muster und Vorprägungen außer acht gelassen wird, wie Kamlah unmissverständlich herausstellt:

„Da der Mensch Sprache und Geräte hat, da er die Natur um sich und seine eigene, d.h. seine ihm einst eigene Natur eingreifend verändert hat und weiter verändert, da also seine ehemals ‚natürlichen‘ Bedürfnisse in gewisser Weise fortbestehen, in gewisser Weise aber gleichsam überformt sind, umgebildet in ‚Kulturbedürfnisse‘ und ergänzt durch zahllose

285 Ebd.

neue Kulturbedürfnisse, ist die Abgrenzung der Begehungen auch nur von den ‚natürlichen Bedürfnissen‘ auf dem Umwege über die Naturwissenschaft und die Medizin nicht zu erreichen.“²⁸⁶

Wenn die Aufgabe der Sinngebung nun als anthropologisches Grundbedürfnis gelten kann, so macht diese Basalität weniger eine überlebensnotwendige Dimension im biologischen Sinne als vielmehr das spezifisch Menschliche aus, worin der Mensch sich von allen anderen Lebewesen abhebt. Im streng biophysiologicalen Sinne der Lebensfähigkeit – die allen weiteren menschlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten freilich unvermeidlich vorausgeht – ist die Sinnstiftung nicht unabdingbar, rein akzidentiell aber scheint sie freilich auch nicht zu sein. Dass es schwerfällt, hier allein wegen der eingeschränkten biologischen Notwendigkeit nicht mehr von einem Grundbedürfnis des Menschen zu sprechen, zeigt zweierlei: zum einen, dass es durchaus das Menschsein konstituierende Bedürfnisse gibt, die zwar nicht für das pure (Über-)Leben nötig sind, trotzdem aber unabdingbar relevant für seine Existenz als selbstbewußtes und handlungsfähiges Wesen sind und die somit als echte Grundnotwendigkeiten gelten müssen – der antireduktionistische Nachweis also, dass die Beschränkung auf biologisch-körperliche Kriterien hier zu kurz greift und der Komplex physiologischer Existenzbedingungen eines Organismus nicht alleiniges Kriterium bei der Bestimmung des Menschen und seiner Grundbedürfnisse sein kann. Zum zweiten ergibt sich aus dieser Erweiterung der Bedingungen für Grundbedürfnisse des Menschen um geistig-rationale und reflexiv-sinnstiftende Belange, dass die Klärung biologischer Grundbedürfnisse nicht ausreicht, um zu einer hinreichenden, geschweige denn umfassenden Bestimmung des für den Menschen Unabdingbaren zu gelangen.

286 Ebd., S. 56. In Kamlahs Formel des „Kulturbedürfnisses“ verdichtet sich somit ein anthropologisches Spezifikum: „Der Prädikator ‚Kulturbedürfnis‘ weist lediglich darauf hin, dass der Mensch durch seine Sprache, seine Geräte, seine ‚Künste‘ in jedem Sinne, seine gesellschaftlichen Institutionen, kurz: durch seine ‚Kultur‘ aufgehört hat, ein ungeschichtliches bloßes ‚Naturwesen‘ wie Tiere und Pflanzen zu sein.“ Ebd., S. 58.

D. FAZIT: PROBLEME DER NORMATIVIERUNG DES BEGRIFFSPAARS WUNSCH UND BEDÜRFNIS

Nach einer handlungstheoretisch und begriffsanalytisch ansetzenden sowie philosophisch-anthropologisch erweiterten Untersuchung des motivationalen Begriffspaars Wunsch und Bedürfnis lässt sich das eingangs vorgestellte Handlungsmodell in einem Zwischenresümee präzisieren und reformulieren. Ausgehend von der formalen Beschreibung einer Handlung als Zustandsveränderung im Sinne einer bewusst beabsichtigten Transformation der Wirklichkeit (von einem gegebenen Ist-Zustand in einen zu erreichenden Soll-Zustand) kann die Genese und Struktur einer Handlung in einem dreistufigen motivationalen Prozess aus ihrer Entstehung, der unabdingbaren Intentionalitätsstufe sowie ihrem faktischen Ablaufen gefasst werden. Diese drei Stufen sollen im Folgenden als Verlaufsstadien der *Perzeption*, *Reflexion* und *Aktion* bezeichnet werden.

Wie oben gezeigt, lässt sich zunächst als Ursprung einer Handlung jeweils ein entsprechender Mangelzustand feststellen. Der Mangel, der damit den konkreten Gehalt des Ist-Zustands darstellt, betrifft die Situation des Handlungssubjektes und konstituiert bei diesem ein Bedürfnis (Perzeption). An dieser Stelle erreicht der Gang der Handlungs-genese nun seine anthropologisch bedeutsame Stufe: ein Bedürfnis begegnet dem Subjekt nicht ‚rein‘ oder unvermittelt direkt und isoliert als das Bedürfnis *an sich*, sondern tritt stets als ein bereits kulturell und individuell geformtes und interpretiertes Phänomen in Erscheinung und dem Subjekt ins Bewusstsein. Dies muss als Resultat eines teilweise vorbewusst und stark habitualisiert ablaufenden Konstituierungs- und Aneignungsprozesses verstanden werden, innerhalb dessen das Bedürfnis mehr und mehr Gegenstand des reflexiven Zugriffs und der rationalisierenden Verarbeitung wird.²⁸⁷ In der anthropologisch zentralen Kulturleistung der „Bedürfnisorientierung“ (Arnold Gehlen) wird ein Bedürfnis auf die eigene Situation bezogen, welche wesentlich bestimmt ist durch die innere Befindlichkeit und die äußere Umgebung mit ihren Möglichkeiten und Grenzen der Bedürfnisbefriedigung. In diesem Zuge bilden sich nun weitere verschiedene intentionale und motivationale Größen heraus, die

287 Als Ausnahmen hiervon müssen jene instinktiven Verhaltensformen erwähnt werden, die selbstverständlich ebenfalls direkt auf Bedürfnisse reagieren, allerdings aufgrund ihrer typischen Unwillkürlichkeit nicht dem hier angesetzten rationalistischen Handlungsbegriff genügen und somit eher als bloße körperliche Reaktionen oder Reflexe bezeichnet werden können (und damit tierischem Verhalten ähneln). Darunter fallen etwa Bewegungen, die angeborenen Schutz- und Fluchtmechanismen gehorchen.

allerdings nicht völlig neu, wie aus dem Nichts entstehen, sondern die eingebettet in und angebunden an grundsätzlicher angelegte Dispositionen, Wertorientierungen und Einstellungen sind und sich nun bezogen auf das konkrete – und orientierte – Bedürfnis sowie den Umgang mit der entsprechenden Mangellage neu konturieren und herauskristallisieren. Dabei ist dasjenige, worauf der Vorgang der Bedürfnisorientierung im Prozess der Handlungsentstehung letztlich hinausläuft, die Absicht. Zwischen dem grundlegenden Bedürfnis und der konkreten Absicht als zentraler Handlungsintention lassen sich dabei Wünsche als formierend-formierte Momente der Orientierung ansetzen. Allerdings nur jene Wünsche, die aufgrund ihrer Realisierungsbedingungen tatsächlich über das Potenzial handlungswirksamer Umsetzung verfügen (d.h. *Handlungswünsche*, s.o.). In solcherart konkret ausgerichteten Wünschen können Bedürfnisse ihre handlungspragmatisch relevante Form und Gestalt gewinnen, die dann, in Akte des Wollens überführt, die korrespondierenden Handlungen bewirken. So sind es die bedürfnisbezogenen Wünsche eines Menschen, die den Gegenstand seiner reflexiven Abwägungs- und Absichtsentscheidungen als handelndes Subjekt darstellen. Die Abläufe auf der zweiten Stufe dieses Handlungsmodells bestehen somit im Überlegen und Abwägen der verschiedenen Präferenz- und Interessensimplikationen auf mögliche Konsequenzen der verschiedenen Handlungsoptionen und somit auf die konkrete Handlungsentscheidung. Dieses evaluativ-reflexive Stadium, in dem nach Harry Frankfurt *Wünsche zweiter Ordnung* eine entscheidende Rolle spielen, umfasst auch die mentalen Akte des Hierarchisierens und Entschließens, welche Wünsche (erster Stufe) zu handlungswirksamem Wollen werden sollen. Dabei perspektivieren die angestrebten Ziele als Soll-Zustände die Möglich- und Notwendigkeiten des bevorstehenden Eingriffs in den Ist-Zustand, also die Ermittlung und Wahl der hier zweckmäßigen Mittel (Reflexion). Schließlich ist mit dieser nun stattfindenden Veränderung der Wirklichkeit (des gegebenen Mangels) die dritte und direkt praktische Stufe der Handlungs-genese erreicht, nämlich ihre Durchführung (Aktion).

Da im Zuge der Orientierung von Bedürfnissen, bei der Wünschen eine zentrale motivationale Stellung zukommt, die Möglichkeiten der Bedürfnisformierung und nicht zuletzt ihrer sprachmächtigen Ausrichtung sehr weit, flexibel und nicht festgelegt sind, Bedürfnisse selbst demnach alles andere als vorgegeben und unverfügbar sind, sondern vielmehr ein hohes Maß an Plastizität, Reflexivität und Sublimierbarkeit aufweisen, scheint es verfehlt, die beiden sowohl handlungstheoretisch als auch anthropologisch bedeutenden Begriffe des Wunsches und des Bedürfnisses in typologischer Hinsicht radikal abgrenzen und in normativer Absicht gegeneinander ausspielen zu wollen. Dies gilt gerade angesichts der Tatsache, dass kein Bedürfnis so unverstellt in Erscheinung tritt, dass es

nicht entsprechende, seine Befriedigung (oder Sublimierung) betreffende Wünsche hervorrufen würde. Da somit die Verlaufsgrößen innerhalb der motivationalen Situation und Struktur einer Handlung so eng miteinander verflochten sind und dabei aufeinander rückwirken können, ist es nur schwer möglich, das zugrunde liegende Bedürfnis von davon hervorgerufenen Wünschen klar abzusondern, ohne in einem unangemessen abstrakten Schematismus den Bezug zur Relevanz einer tatsächlich-praktischen Erklärung menschlichen Handelns zu verlieren.

Allerdings muss an dieser Stelle auf einen strukturellen Unterschied zwischen Wünschen und Bedürfnissen hingewiesen werden, der die Richtigkeit des skizzierten Ungleichgewichts suggeriert, obwohl er einer differenzierten Sichtweise nach für normative Implikationen irrelevant ist. Was für den Eindruck einer schwächeren legitimatorischen Kraft des Wunschbegriffs verantwortlich ist, ist der im Vergleich zum Bedürfnis weit weniger verallgemeinerbare Erfüllungsdruk. Da ein nicht unbeträchtlicher Anteil von Wünschen der Kategorie unrealistischer Wünsche angehört, wird der Wunschbegriff generell, d.h. durchaus auch in handlungsbezogenen Kontexten, in denen es um realistische Wünsche geht, mit realitätsfernen Vorstellungen, Träumereien und Wunschvorstellungen assoziiert und die als Wünsche bezeichneten Strebungen weniger ernst und wichtig genommen als Zustände, die als Bedürfnissituationen wahrgenommen werden. Diese Dominanz des unrealistischen Wunsch-Verständnisses ist jedoch weder begrifflich noch faktisch gerechtfertigt.

Somit ist deutliche Skepsis angebracht angesichts der mitunter gängigen normativen Aufladung einer Differenzierung zwischen dem Wunsch- und dem Bedürfnisbegriff. Eine derartige stark wertende Unterscheidung baut gewissermaßen auf ontologische Implikationen, die sich allerdings weder motivational-handlungstheoretisch noch philosophisch-anthropologisch in dieser Binarität bestätigen lassen. Auch Bedürfnisse bzw. Ansprüche, vorliegende Bedürfnisse zu befriedigen, sind demnach in ihrer Legitimität prinzipiell nicht weniger zu hinterfragen und angreifbar, als es Forderungen nach Wunscherfüllung sind. Entscheidend für den Umgang mit auf Erfüllung und Befriedigung drängenden Zuständen scheinen vielmehr Aspekte zu sein, die zum einen die angestrebten Sachverhalte selbst betreffen und zum anderen aus den jeweiligen Kontexten hervorgehen, in denen entsprechende Ansprüche geltend gemacht werden und ihre Artikulation üblich und nachvollziehbar ist. Aus einer begrifflich-terminologischen Untersuchung zur Klassifizierung der Strebenszustände allein lassen sich derartige Relevanzkriterien nicht gewinnen.

Die freilich tatsächlich und weiterhin bestehenden Unterschiede in Verwendung und Konnotation der Begriffe Wunsch und Bedürfnis in normativer Hin-

sicht müssen damit weniger in Bezug auf die Möglichkeit anthropologischer Zuordnung, als vielmehr auf ihre rhetorisch-kommunikative Funktion hin ernst genommen werden. Sprachpragmatisch ist mit der Rede von Bedürfnissen häufig der Versuch verbunden, gewichtige(re) normative Bezüge herzustellen. Unbe-zweifelbare Dringlichkeit soll markiert werden, die außerdem dazu beitragen soll, schon im Vorhinein etwaige Kritik an den eigenen, als Bedürfnisse etiket-tierten, Forderungen zu erschweren und zu entkräften. Analog wird mit dem Verweis auf Wünsche – auf ‚subjektive‘ oder ‚individuelle‘ Wünsche – versucht, umstrittenen Anliegen keinen oder einen nur geringen Anspruch auf Erfüllung zuzuerkennen. Der normativen Richtung ihrer sprachlichen Verwendung ent-sprechend wird die Rede von Bedürfnissen in der Regel affirmativ zur Legiti-mierung und Bestärkung von Forderungen geführt, die selbstbezogen sind oder für deren Subjekte einzutreten man sich verpflichtet fühlt, während die Klassifi-zierung von Ansprüchen als Wunsch (oder ‚bloßer Wunsch‘) eher fremdbezogen und entwertend bis diffamierend eingesetzt wird. Gerade in Zusammenhängen, in denen es um Fragen der Verteilung von Gütern, die von der Gemeinschaft ge-schaffen wurden und beansprucht werden, dabei meist knapp sind, lässt sich die-se Form einer Normativierung durch rhetorische Mittel beobachten. So ist die Einstufung der an die Medizin herangetragenen Ansprüche als entweder subjek-tive, oberflächliche und kontingente Wünsche oder aber als universelle, objekti-ve und drängende Bedürfnisse ein paradigmatisches Beispiel dieser argumenta-tiv-normativierenden Funktion des Begriffspaars Wunsch/Bedürfnis. Allerdings trifft die These von einer normativ fraglichen und insofern für ethische Schluss-folgerungen kaum belastbaren Begriffsklärung nun auch für eine Kritik an der so genannten *wunscherfüllenden Medizin* zu, die ihre Hauptargumente und Ein-wände anhand einer Unterscheidung zwischen Wünschen und Bedürfnissen vor-nimmt – einer Unterscheidung, der dabei jedoch ein fundierbarer philosophisch-anthropologischer Rückhalt fehlt.

Gleichwohl ist freilich im Rahmen medizinethischer Einschätzungen die nor-mativ gemeinte und ansetzende Differenzierung zwischen Wünschen und Be-dürfnissen nicht völlig haltlos und ohne tatsächliches Korrelat. Es steht zu vermuten, dass die irrigerweise buchstäblich aufgefasste Gegenüberstellung viel-mehr stellvertretend für eine andere, hinlänglich diskutierte begriffliche Kontra-stierung ist, die im Bereich der Medizin elementare Funktion einnimmt und in geradezu klassischer Weise verankert ist. Das Begriffspaar Wunsch und Bedürf-nis repräsentiert letztlich die hinlänglich diskutierte und problematisierte Unter-scheidung zwischen gesund und krank. So scheint die Rede von einem durch die Medizin zu befriedigenden Bedürfnis auf die zentrale Bezugsgröße der Krank-heit abzuzielen, während das meist abschlägige Einordnen einer an die Medizin

herangetragenen Forderung als Wunsch deutlich machen soll, dass es sich um das Anliegen eines Gesunden ohne medizinische Notwendigkeit handelt. Somit lässt sich der am Wunsch/Bedürfnis-Begriffspaar ansetzende Versuch einer Grenzziehung zwischen ‚medizinischen‘ und ‚nicht-medizinischen‘ Fällen ärztlichen Handelns in die kriteriale Differenzierung zwischen Krankheit und Gesundheit überführen. Da dieses Begriffspaar den Kern der klassischen Definition von Medizin und nach wie vor das maßgebliche Kriterium für die Legitimierung und Limitierung ärztlichen Handelns bildet, ist eine Einschätzung wunscherfüllender Medizin damit auf Aspekte und Kriterien verwiesen, die an der Identität und den Zielen der Medizin ansetzen. Dies bedeutet nun, dass eine ethische Untersuchung der Ausweitung und Neuorientierung der Medizin im Zeichen der Wunscherfüllung nicht umhin kann, zunächst die grundlegende Frage nach der Struktur und Zielsetzung medizinischen Handelns aufzuwerfen, um anschließend die Bedingungen für eine etwaige Ausweitung erörtern zu können.

Zweiter Teil: Ausweitung der Medizin

Ausweitung der Medizin

Medizintheoretische Grundlagen und medizinethische Probleme

A. ZUR STRUKTUR ÄRZTLICHEN HANDELNS

Was Medizin ist und sein kann, bestimmt sich
von ihren eigenen Intentionen und Zielen her.

WOLFGANG WIELAND¹

Da im Zuge einer Ausweitung der Medizin, wie sie im Zeichen der Wunscherfüllung propagiert wird, größtenteils nicht mehr die herkömmlichen Ziele der Medizin als Bezugspunkte für ärztliches Handeln dienen, stellt sich für die Beurteilung derartiger Expansionsformen der Medizin die Frage, inwieweit das Hinzukommen neuer Zielsetzungen für die bisherige Identität und das Selbstverständnis der Medizin in normativer Hinsicht von Belang ist. Hierfür sind zunächst die Grundlagen ärztlichen Handelns zu erörtern, um zu klären, wie die als klassisch zu bezeichnende Konzeption der Medizin mit ihren Orientierungsgrößen und Zielsetzungen in ihrer Handlungsstruktur beschaffen und angelegt ist.

Ausgehend von einem schematischen Grundverständnis, das eine Handlung als Zustandsveränderung auffasst, wird in Bezug auf die Medizin deutlich, dass bei ärztlichem Handeln dieses Modell einer Transformation von Weltzuständen in paradigmatischer Weise gültig ist und zutage tritt. Wie in kaum einem anderen Handlungskontext besteht hierbei das wesentliche Ziel und die leitende Orientierung explizit darin, auf einen Ausgangszustand, der als veränderungsbedürftig empfunden oder zumindest als veränderbar eingeschätzt wird, einzuwirken und

1 Wieland (2004), S. 26.

diesen in einen Ziel- oder Soll-Zustand zu überführen. Wenn man mit Blick auf den konkreten Verlauf medizinischer Tätigkeit sich die Struktur eines ärztlichen Behandlungsprozesses vor Augen führt, zeigt sich, dass das Handeln des Arztes und damit die Entscheidungen, die er bezüglich seines professionellen Vorgehens trifft, sich nicht von selbst, gleichsam aus der Sache heraus und in eindeutiger Weise ergeben, sondern dass jede einzelne Handlung auf bestimmten Vorannahmen und Entscheidungen beruht, die von dem Arzt gemacht und getroffen werden müssen. Auch wenn das im Einzelfall nicht bewusst geschehen muss, handelt es sich dabei doch um Voraussetzungen einer Behandlung, die gemacht werden müssen, um überhaupt (be)handeln zu können. Diese Festlegungen sind meist schon intuitiv getroffen worden und in den Entscheidungen des Arztes implizit enthalten, wenn ein Behandlungsschritt vorgenommen wird.

Zu den wesentlichen Grundlagen einer Behandlung zählen vor allem drei Elemente ärztlicher Kernkompetenz: die Einschätzung des Zustands des Patienten, die Bestimmung des angestrebten Behandlungsziels sowie die Ermittlung des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs. Im medizinisch-technischen Vokabular sind damit die Behandlungsschritte der *Anamnese*, *Untersuchung* und *Diagnose* (erstes Element), der therapeutischen *Indikation* (zweites Element) sowie das regulative *Behandlungsziel* (drittes Element) gemeint. Das Ziel, das mit dem ärztlichen Tun und Wirken erreicht werden soll, wird dabei als orientierender Leitwert der ersten beiden Elemente im Ideal- und auch Normalfall von Arzt und Patient geteilt und als angestrebtes Ziel gemeinsam verfolgt. Die drei Elemente bilden nun den ersten großen Abschnitt der ärztlichen Handlungskette, der dem eigentlichen Behandeln, dem therapeutischen Eingriff vorausgeht. Dieser erste Abschnitt ist ganz ausgerichtet auf den aktuellen Zustand des Patienten in seiner spezifischen Diskrepanz zu einem gewünschten Zustand mit den sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen in Form konkreter therapeutischer Maßnahmen. Um den Zustand des Patienten, der als eine der Initialgrößen ärztlichen Handelns angesehen werden kann, zu verändern und ihn so in einen anderen, von den Beteiligten bevorzugten und daher angestrebten Zustand zu überführen, sind hierfür geeignete Mittel und Maßnahmen erforderlich. So lässt sich in einem nüchtern-funktionalistischen Sinne bei aller ärztlichen Praxis die simple wie basale handlungstheoretische Abfolge eines intendierten Übergangs von einem Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand erkennen, die eine Abfolge von Handlungen darstellt, welche notwendigerweise auf eine leitende Zielvorstellung bezogen sind. Damit steht die Beantwortung der fundamentalen Frage nach dem Wozu ärztlichen Handelns in direktem Zusammenhang mit der Identifikation und Bestimmung der Rahmenzustände einer Behandlung. Sowohl die ersten anamnestischen Schritte als auch die konkrete Gestalt eines diagnostischen Be-

fundes, vor allem aber die Indikationsstellung enthalten immer schon Hinweise auf die dahinterliegenden Ziele der Medizin.

A.1 Indikation und Patientenwille

Im Gang der Handlungskette einer ärztlichen Behandlung kommt der Indikation eine Schlüsselstellung zu. Als der „begründete Entschluss zu einer bestimmten Handlung“² bzw. „die begründete Entscheidung, dass eine bestimmte Heilmaßnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt notwendig ist“³, erfüllt die Indikation eine alle Elemente ärztlichen Handelns verbindende Funktion, indem sie „als Gelenk zwischen Beobachtung, Denken und Handlung“⁴ sowohl die subjektive Dimension der Befindlichkeit und der Wertvorstellungen des Patienten, die objektive Dimension medizinisch-wissenschaftlicher Sachlichkeit als auch die handwerklich-technische Dimension des ärztlichen Könnens zur Deckung einer einheitlichen Ausrichtung der Behandlung bringt. Damit umfasst die Indikation, wie Gerald Neitzke es formuliert,

„alle intellektuellen Prozesse zwischen Wahrnehmung und Bewertung der Situation des Patienten einerseits und den daraus resultierenden ärztlichen Handlungsangeboten und -vorschlägen hinsichtlich weiterer Diagnostik und Therapie andererseits.“⁵

Zwar hat die Indikation im Gesamtverlauf einer Behandlung ihren Ort in einem recht frühen Stadium, bevor die eigentlichen therapeutischen Schritte eingeleitet werden, ist außerdem lediglich „der begründete Entschluss zu einer bestimmten Handlung, nicht die Handlung selber“⁶ und lässt sich demgemäß durchaus als „eine geistige Handlung“⁷ bezeichnen, doch ist ihre praktische Relevanz und systematische Bedeutung nicht zu unterschätzen. So lassen sich die formalen

2 Anschütz (1983), S. 139.

3 Hartmann (1979), S. 335.

4 Gahl (2004), S. 116.

5 Neitzke (2008), S. 53.

6 Anschütz (1982), S. 6.

7 Anschütz (1983), S. 140: „Die Indikation ist eine geistige Handlung, in welcher Argumente gegeneinander abgewogen werden für oder wider den Einsatz einer Maßnahme.“ Ähnlich Raspe: „[S]ie ist das Ergebnis einer Gedanken-Arbeit, eines Probehandelns im Denken.“ Raspe (1995), S. 23.

Grenzen des Bereichs zulässiger medizinischer Eingriffe und Maßnahmen entlang des Indikationsbegriffs bestimmen, wie Neitzke klarstellt:

„Heute dürfen weder diagnostische noch therapeutische Maßnahmen begonnen werden, ohne dass zuvor eine Indikation gestellt wurde. Nicht indizierte oder gar kontraindizierte ärztliche Maßnahmen scheiden von vornherein aus dem Bereich rationaler, verantwortungsvoller Medizin aus.“⁸

Insofern ist die Indikation und ihre Stellung durch den Arzt von fundamentaler Bedeutung für die Zweckhaftigkeit und den kompletten Verlauf ärztlichen Handelns. In ihr „stellt der Arzt die Weichen für das weitere diagnostische und therapeutische Handeln“⁹, wie Richard Toellner diese handlungslogisch maßgebliche Stellung beschreibt. Dabei gilt es einen Umstand zu betonen, der für die folgenreiche Weichenstellung der Indikation wesentlich ist und der zugleich auf den grundsätzlichen Charakter und die wissenschaftstheoretische Besonderheit der Medizin als Disziplin und Tätigkeit verweist. So ergeben sich die Indikationsstellung samt der in ihr enthaltenen Therapieentscheidungen im konkreten Fall eines therapiebedürftigen Patienten nicht wie von selbst aus den medizinisch-naturwissenschaftlich erkennbaren Tatsachen, die, über die methodischen Schritte der Anamnese und Diagnose vermittelt, den weiteren Gang der angezeigten Verfahren und Maßnahmen unzweifelhaft bestimmen und die in ihrem diesbezüglichen, eindeutigen Verweisungscharakter von dem behandelnden Arzt nur mehr korrekt erkannt und aufgegriffen werden müssten. Der Übergang von einem diagnostizierten Ist-Zustand zur Bestimmung der nötigen und geeigneten Maßnahmen und Mittel zur Erreichung des intendierten Soll-Zustands, welcher sich in der ‚geistigen Handlung‘ (Anschütz) der Indikation vollzieht und zum Ausdruck kommt, geschieht nicht etwa einer inneren Logik der Sache gemäß in zwangsläufig-objektiver Weise, auf die der jeweilige Arzt und der Patient dann auch keinen Einfluss nehmen können, sofern sie nicht dem Auftrag der Medizin zuwider handeln wollen; vielmehr gehört es zu den Grundprinzipien ärztlichen Handelns, dass die in ihm zur Anwendung gelangenden Methoden zwar in einem beträchtlichen Umfang sich naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und Verfahren bedienen, selbst jedoch nicht in solchen streng naturwissenschaftlich strukturierten und funktionierenden Wirkprinzipien oder Anwendungsregeln aufgehen.

Für die Bestimmung von Funktion und Bedeutung der Indikation ist der erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Status der Medizin als *Handlungs-*

8 Neitzke (2008), S. 53. Vgl. auch Charbonnier et al. (2008), S. V.

9 Toellner (1983), S. 237.

wissenschaft entscheidend. In dieser Bezeichnung findet das Spezifische des medizinisch-ärztlichen Tuns seinen Ausdruck, das Hans-Georg Gadamer als „eigentümliche Einheit von theoretischer Erkenntnis und praktischer Wissenschaft“¹⁰ bezeichnet. Die Kombination aus der theoretischen Aneignung naturwissenschaftlich gewonnener Erkenntnis mit der praktischen Anwendung erfahrungsgeleiteten Könnens, erfährt ihre Umsetzung in der Behandlung des Patienten als dem Zentrum ärztlichen Handelns.¹¹ Wie es Wolfgang Wieland deziidiert und einschlägig herausstellt, kann Medizin als Wissenschaft demgemäß nicht als theoretische, primär der Grundlagenforschung und Erkenntnis gewidmete Wissenschaft verstanden werden, sondern ist ihrer Grundstruktur und Aufgabenstellung nach als eine „praktische Wissenschaft“ angelegt, „als eine wissenschaftliche Disziplin, die Handlungen nicht nur zum Gegenstand hat, sondern sich selbst in Handlungen realisiert“¹². Inwiefern gerade dem Behandlungsschritt der Indikation im Rahmen des ärztlichen Tuns eine zentrale Schlüsselposition zukommt, macht Wielands handlungstheoretische Erläuterung des disziplinären Wesens der Medizin als praktische Wissenschaft klar:

„Praktische Disziplinen haben primär immer Beurteilungen, Planungen und vernünftige Motivierungen von Handlungen zum Gegenstand. In diesem Sinne ist die Medizin eine praktische Wissenschaft.“¹³

In der untrennbaren Verknüpfungsleistung aus der Beurteilung des gegebenen Sachverhalts – welcher immer auch der Sachverhalt einer Person ist und damit diese Person, der Patient selbst – sowie der Planung und Motivierung des fall- und sachgemäß angezeigten Eingreifens in den Sachverhalt wird die Anforderung der Indikationsstellung als genuin ärztliche Herausforderung kenntlich; und

10 Gadamer (1993d), S. 59.

11 Vgl. auch Wolfgang Kluxen, der betont, dass „die ärztliche Wissenschaft [...] als eine, theoretische Kenntnis benutzende, *praktische* Wissenschaft, [...] ihren Erkenntnisinn durch die Zwecksetzung des ärztlichen Handelns hat.“ Kluxen (1976), S. 465.

12 Wieland (2004), S. 111f.

13 Ebd., S. 27. Diese Sonderstellung wirkt sich selbstverständlich auch direkt auf die Tätigkeit des Arztes aus: „Das Tun des Arztes lässt sich nun einmal nicht gut in naturwissenschaftliches (oder auch sozialwissenschaftliches) Erkennen und ethisches (oder politisches) Engagement trennen.“ Ebd., S. 30.

da „die Indikation stets mehr ist als bloß ein physiologisches Kalkül“¹⁴, wird an der „Scharnierfunktion der Indikation zwischen all den Schritten ärztlichen Handelns“¹⁵ besonders deutlich, dass der Arzt kein Naturwissenschaftler oder technisch versierter Problemlöser ist, sondern ein am individuellen Menschen tätiger Helfer. Freilich ist es für die Stellung einer Indikation unverzichtbar, die zuvor durch den Arzt fachgerecht und gewissenhaft erhobenen Daten und Begleitumstände des gebotenen Beschwerdebildes in einer verallgemeinerbaren Weise zu berücksichtigen, der gewisse objektive Grenzen vorgegeben sind. Und freilich folgt die Erarbeitung des Befundes und die Deduktion der Diagnose gewissen überpersönlichen Prinzipien, doch ist die für die Indikation nötige Gewichtung der Untersuchungsergebnisse und Bewertung der Symptomatik als Grundlage des weiteren therapeutischen Planens und Wirkens in ihrer Ausrichtung auf das Behandlungsziel nicht frei von individuellen Wertvorstellungen, normativen Annahmen und persönlichen Urteilen der unmittelbar beteiligten Personen. Somit kommt es bei der Indikationsstellung ganz darauf an, einen je individuellen Fall situations- und personengerecht einzuschätzen, was auch Raspe betont: „Indikationen müssen auch personalisiert, also abgestimmt werden auf die psychische und soziale Verfassung eines Kranken“¹⁶. In der Bewältigung dieser individuierten Abstimmungsnotwendigkeit wird dann auch die besondere Kompetenz des Arztes gesehen, wie etwa von Gahl: „Es gibt keine entscheidungsunabhängige ‚objektive‘ Indikation. Insofern ist sie eine genuin ärztliche, nicht allein eine medizinische Aufgabe.“¹⁷ Ganz in diesem Sinne schlägt Neitzke für die Pointierung der ‚genuin ärztlichen‘ Dimension eine terminologische Entsprechung vor und plädiert dafür, zwei Indikationstypen zu differenzieren: von der *ärztlichen Indikation*, die in der spezifisch und unauflöslich individuellen Bestimmung jeder Indikation als Einzelfall besteht, lässt sich demnach die *medizinische Indikation* unterscheiden, welche

-
- 14 Sahm (2008), S. 123. Diese Auffassung wird auch in der medizinrechtlichen Diskussion vertreten, etwa von Robert Francke: „Die Annahme der Indiziertheit einer medizinischen Behandlung stellt keine schlichte Schlussfolgerung aus naturwissenschaftlicher Sachgesetzmäßigkeit, sondern eine wertende Entscheidung dar. In sie gehen Urteile über Behandlungsbedarf, Behandlungserfolg, Risiken und Nebenwirkungen, mithin über das Leben des Patienten ein.“ Zitiert nach Stock (2009), S. 98.
- 15 Gahl (2004), S. 116.
- 16 Raspe (1995), S. 23.
- 17 Gahl (2004), S. 120.

„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.]“¹⁸.

Damit ist also der wissenschaftliche Aspekt einer Indikation in Form des unverzichtbaren Wissens von den jeweils relevanten Zusammenhängen und Gesetzmäßigkeiten gemeint, das als verlässliches Resultat verallgemeinerbarer Praxis- und Studienerfahrung sowie daraus gebildeter Analogieschlüsse dann die Grundlage für die Anwendung im Einzelfall bildet. Das Moment der umsichtigen Abwägung und fachkundigen Übertragung solcher „Indikationsregeln“¹⁹ auf den individuell vorliegenden Patienten stellt dem gegenüber die *ärztliche Indikation* dar. Diese trägt dem Umstand Rechnung, dass allgemeine Erkenntnisse mit konkreten Umständen in ihrer je eigenen Beschaffenheit zur Deckung zu bringen sind, und die „partiell objektiven Determinanten der Indikationsstellung werden ergänzt durch eher subjektiv geprägte und wahrgenommene Faktoren“²⁰. In der ärztlichen Indikation kommen dann all jene Faktoren zur Geltung, die den Einzelfall als Einzelfall unvergleichbar und zu einer immer neuen Herausforderung machen: die subjektive Wahrnehmung und Deutung des diagnostizierten Zustands durch den Patienten selbst, damit die faktische Bedeutung, die die Krankheit oder Beschwerden für den Patienten haben, dessen soziokulturelles Umfeld sowie seine biopsychosoziale Situation.

Unter diesen die Indikationsausrichtung mitbestimmenden Faktoren nimmt der Patientenwille eine ganz besondere Stellung ein. Im Zuge der gesellschaftlichen und kulturhistorischen Entwicklung hat heute der Wert der Selbstbestimmung und Autonomie als Ausdruck persönlicher Freiheit und Würde einen unangefochtenen Rang unter den zentralen Werten und Normen westlicher Gesellschaften eingenommen. Im Kontext der Medizin und Medizinethik bildet sich dieses Fundament freiheitlicher Verfasstheit in der Forderung nach unbedingter Respektierung des Willens des Patienten ab, die neben dem Nichtschadens- bzw. Nutzenprinzip als oberstes Gebot ärztlichen Handelns allgemeine Gültigkeit be-

18 Neitzke (2008), S. 56.

19 Vgl. Raspe (1995).

20 Gahl (2004), S. 123. Damit „impliziert Indikation die Spannung von Einzelfall- und Kollektiv-Begründung“. Gahl/Raspe (1992), S. 759.

sitzt und sich weithin unangezweifelter Akzeptanz erfreut (sog. *Autonomieprinzip*).²¹

Innerhalb der Struktur und des Verlaufs einer Behandlung ist der Wille des Patienten für den ärztlichen Schritt zwischen Diagnose und Indikationsstellung relevant. Im Regelfall sucht ein Patient einen Arzt auf, um von diesem Hilfe in seiner durch Krankheit, Verletzung oder anderen Beschwerden gekennzeichneten Lage zu erhalten. In diesem Zuge konfrontiert der Patient den Arzt zunächst mit seiner Situation, indem er mit ihm über seinen Zustand und die für ihn damit verbundenen Überlegungen kommuniziert. Dabei kommt unweigerlich immer auch die subjektive Selbstdeutung des Patienten zum Ausdruck, die der Arzt bei der fachkundigen und an objektiven Maßstäben orientierten Erhebung seines Befundes sowie der Stellung der Diagnose berücksichtigen muss und letztlich gar nicht ignorieren kann. Insofern reagiert der behandelnde Arzt nicht bloß auf einen ihm dargebotenen psycho-physischen Zustand, den es nach allen Regeln der Kunst präzise zu bestimmen und gemäß allgemeingültiger Standards zu verändern gilt, sondern der Arzt hat es mit einem unverwechselbaren Menschen zu tun. Nicht nur befindet sich dieser Mensch als Individuum in einem Zustand, den der Arzt ‚von außen‘ erfassen kann, sondern der Patient verbindet mit seiner individuellen Situation, die ihn zu dem Arzt geführt hat, immer schon bestimmte ‚innere‘ Erwartungen, Hoffnungen und Ängste. Insofern ist ein Arzt nicht (nur) mit einem Zustand, sondern stets mit mehr oder weniger expliziten, auf einen Zustand bezogenen Meinungen konfrontiert, die nicht selten von dem Patienten als Forderungen und Behandlungswünsche formuliert werden. Angesichts der häufig implizit bleibenden, mitunter aber durchaus auch sehr direkt und unverstellt auftretenden Willensäußerungen von Patienten ist es entscheidend, sich hierbei die besondere Fassung des Autonomieprinzips in der Medizin zu vergegenwärtigen.

Das Recht des Patienten, seinen Willen uneingeschränkt zu äußern und so in die Therapieentscheidung eingehen zu lassen, ist kein Anspruchs-, sondern ein Abwehrrecht. Dies bedeutet, dass die Selbstbestimmung des Patienten dem Arzt verbietet, Eingriffe und Behandlungen vorzunehmen, in die der Patient nicht eingewilligt hat.²² Der Patient hat also das uneingeschränkte Recht, eine vorge-

21 Der *locus classicus* dieses fundamentalen ethischen Prinzips für die Medizinethik findet sich im Rahmen der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress. Siehe Beauchamp/Childress (2009).

22 Der entsprechende Passus in der Berufsordnung der Bundesärztekammer belegt die Aufwertung, die die Zustimmung durch den Patienten im Prozess der medizinischen Behandlungsentscheidung erfahren hat. So lautet der dortige § 8 („Aufklärungs-

schlagene und auch indizierte medizinische Maßnahme abzulehnen; der Arzt muss dieses Recht ebenso respektieren und den Patientenwillen in negativer Weise umsetzen (indem er also nicht handelt und behandelt). Daraus folgt nun für den in der Indikationsstellung sich manifestierenden Prozess der Therapiefindung und -entscheidung, dass das Recht auf Selbstbestimmung den Patienten mitnichten in die Position des Entscheiders befördert, dem es frei steht, Art und Umfang der Behandlung positiv zu bestimmen. Vielmehr muss Alt-Epping und Nauck darin beigepflichtet werden, „dass eine Therapieentscheidung kein Akt der freien Wahl (von Therapieoptionen) durch den Patienten ist“²³. So stellt es gerade im Falle unangemessener Behandlungswünsche, deren Erfüllung etwa dem Patienten klarerweise mehr schaden als nutzen würde, die schlicht wirkungs- und damit sinnlos wäre, die in Relation zu dem erwartbaren Effekt unverhältnismäßig hohe Kosten verursachen würde oder die die persönliche Integrität des Arztes verletzen würde, eine wesentliche Anforderung an die ärztliche Kompetenz, Urteilskraft und Kommunikationsfähigkeit dar, dem Patienten einfühlend und unmissverständlich zu vermitteln, dass die geforderten Behandlungsschritte aus gewichtigen medizinischen bzw. ärztlichen Gründen abzulehnen sind. Darauf weist auch Günther Pöltner hin: „Zur ärztlichen Verantwortung gehört gegebenenfalls auch die Ablehnung von Patientenwünschen.“²⁴ Freilich liegt es auf der Hand, dass im Zuge des weithin und mehrheitlich erfolgten Wandels im Arzt-Patient-Verhältnis vom paternalistischen Rollenmodell zu partnerschaftlichen Beziehungskonzepten die Lösung dieser kommunikativ-dialogischen Aufgabe komplizierter und aufwendiger wird. Trotzdem gehört es zur Pflicht und Verantwortung eines Arztes, auch und gerade einem besonders selbstbewusst, informiert und fordernd auftretenden Patienten gegenüber den Grundsatz zu vertreten: „Ein Patient kann nicht verlangen, was nicht indiziert ist.“²⁵

Wenn man davon ausgeht, dass hinter jedem Wunsch, den ein Patient im Zusammenhang mit seinen Beschwerden und dem diesbezüglichen medizinischen Vorgehen vorbringt, ein Anliegen steht, das für den weiteren Behandlungsverlauf eine wichtige Rolle spielen kann – und das für die momentane Interpretation des Zustands durch den Patienten bereits spielt –, so haben alle den Patienten bewegenden Regungen (jedenfalls die auf den Anlass bezogen sind) durchaus

pfligt“): „Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung ist grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.“ BÄK (2006).

23 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 21.

24 Pöltner (2007), S. 199.

25 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 21.

ihre Berechtigung. Für den Arzt bedeutet dies, vom medizinisch Indizierten abweichende Wünsche nicht strikt zurückzuweisen, sondern mit in die diagnose- und indikationsstellenden Erwägungen und Entscheidungen einzubeziehen. Besonders anspruchsvoll kann sich diese Aufgabe bei Äußerungen des Patienten gestalten, die sich auf vordergründig widersinnige oder auf bloß behauptete Sachverhalte beziehen. Während körperliche und psychische Merkmale des Patienten, die als Symptome für Störungen erkannt und als Anzeichen von Behandlungsbedürftigkeit gewertet werden können, in gewisser Weise von sich aus die Form und Funktion eines medizinischen Imperativs annehmen, können Forderungen und Wünsche eines Patienten auch ganz ohne ein überprüfbares ‚tatsächlich vorhandenes‘ Korrelat von diesem in die Abfolge aus Anamnese und Diagnose eingebracht werden. Für den Arzt ist deren Äußerung dann der einzige Anhaltspunkt zur Beurteilung der Angemessenheit und des Stellenwerts der Einstellungen des Patienten. Hieran wird die spezifisch hermeneutische Aufgabe des Arztes deutlich. Da die zunächst geäußerten Wünsche eines Patienten nicht immer den Soll-Zuständen entsprechen, die für den Patienten wirklich erstrebenswert sind, da ein Patient sich in der Deutung seines Zustands also irren kann, erweist sich mit Dirk Lanzerath der Arzt

„als jene Instanz, die dem um Selbstausslegung bemühten Kranken nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch – gegen technizistische Verkürzung – hermeneutische Hilfestellung gibt“²⁶.

Diese Vorstellung bringt auch Wilhelm Kamlah im Rahmen seiner philosophischen Anthropologie dazu, es zur Aufgabe des Arztes zu erklären, die geäußerten Wünsche und Bedürfnisse eines Patienten kritisch zu hinterfragen, um dasjenige zu identifizieren, „das wir begehren, indem wir es gar nicht brauchen, indem wir vielleicht besser daran täten, darauf zu ‚verzichten‘“²⁷. Im praktischen Kontext einer ärztlichen Behandlung konkretisiert sich hierbei das wunschtheoretische Problem der möglichen Diskrepanz zwischen Wunscherfüllung und Wunschbefriedigung.²⁸ Insofern sieht sich ein Arzt gleich welcher Fachrichtung immer auch ein Stück weit einer psychologisch oder gar psychoanalytisch ansetzenden Anforderung gegenüber. Indem es bei einer umfassenden und genauen Anamnese und Diagnose immer auch darum geht, die dem Patienten bewussten und von ihm vorgebrachten Wünsche klar zu benennen, zu untersuchen und auf-

26 Lanzerath (2008b), S. 49f.

27 Kamlah (1973), S. 55.

28 Siehe oben, S. 54ff.

zuklären, d.h. mit dessen restlichen Überzeugungen und Werten abzustimmen, ist es unausweichlich, dafür auch die unbewussten Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen des Patienten zu identifizieren und zu benennen, um sie schließlich in ein kohärentes und authentisches Selbstbild zu bringen. Damit betreibt der Arzt weitreichende Hilfe bei der Orientierung im Dickicht eigener Grundsätze und Wertüberzeugungen, die nicht selten zentrale Belange der eigenen Lebensführung betreffen.

Doch erfüllt abgesehen von der tatsächlich und explizit psychoanalytisch angelegten Therapieform die Dimension der kognitiv-emotionalen Selbstaufklärung und Wunschsortierung für den typischen Behandlungsverlauf nur einen anfänglich nötigen Schritt auf dem Weg zur Bestimmung des gemeinsam geteilten Therapieziels. Die Abstimmung zwischen dem Patientenwunsch oder Patientenwillen einerseits und dem medizinisch gebotenen Vorgehen andererseits bleibt die zentrale Herausforderung für den Arzt. Die Anforderung, die Behandlungswünsche des Patienten mit der fachlichen Einschätzung abzugleichen und an einen überindividuellen Maßstab der Behandlungsbedürftigkeit anzubinden, ist nun direkt an das Konzept der Diagnose und vor allem medizinischen Indiziertheit geknüpft. Während der Diagnose eine wichtige vermittelnde Funktion „zwischen der medizinisch-naturwissenschaftlichen und der gesellschaftlich-kulturellen Wahrnehmung von Krankheit“²⁹ zukommt, fungiert die Indikationsstellung als Bestätigung, aber auch Korrektiv der aus der nichtmedizinischen Selbstausslegung abgeleiteten Wünsche des Patienten. Sie kann mit Alt-Epping und Nauck als

„dialogischer Prozess mit normativem Gehalt verstanden werden, in dem eine auf das Wohl des Patienten gerichtete Fürsorge als auch dessen individuelle Therapieziele eine wichtige Rolle spielen“, sofern sie „über das Angebot einer Auswahl an Therapieoptionen hinausgeht“³⁰.

Der Umstand, dass innerhalb des Spektrums all der verschiedenartigen behandlungsrelevanten Einflussfaktoren abgewogen und entschieden werden muss, welche Rolle und welches Gewicht den einzelnen Aspekten im Blick auf einen möglichst effektiven und nachhaltigen Therapieerfolg zukommen soll, tritt an dem Umgang mit Patientenwünschen am deutlichsten zutage. Ebenfalls macht dieser Aspekt der ärztlichen Indikationsfunktion klar, dass explizit wertende Elemente für ärztliches Handeln unumgänglich sind. Dies betont Anschütz exemplarisch

29 Paul (2006a), S. 145.

30 Alt-Epping/Nauck (2012), S. 20.

(allerdings ohne die Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation vorzunehmen):

„Die Indikationsstellung ist [...] der einzige Ort, wo in den fast zwanghaften naturwissenschaftlichen logischen Gedankengang von Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie ethische Gedankengänge eingebracht werden können.“³¹

Als Anknüpfungspunkt für ‚ethische Gedankengänge‘ bietet die Indikation aber weit mehr als Raum für optionale Erwägungen und Bedenken, sie konturiert vielmehr in ihrer Ausrichtung auf das therapeutisch intendierte Behandlungsziel immer auch die Frage nach der allgemeinen Zielbestimmung ärztlichen Handelns und damit die Grundfrage der Medizin als Medizin. Im Behandlungsgeschehen stellt die Indikation diejenige Größe dar, an der die grundlegende Frage nach dem Warum einer Maßnahme oder eines Eingriffs in doppelter Richtung auftritt. Zum einen ist die Indikation vergangenheitsbezogen, als in sie sämtliche relevanten Voraussetzungen und zeitlich zurückliegenden Vorbedingungen des gegenwärtigen, zu behandelnden Zustands mit einfließen; zum anderen ist die Indikation zukunftsweisend, da sie zwangsläufig wesentliche Hinweise auf die Ausrichtung und Zielsetzung der noch erfolgenden Behandlung enthält. Somit ist die Indikation „retrospektiv und prospektiv“³² zugleich und umfasst den diagnostizierten Ist-Zustand des Patienten ebenso wie den angestrebten, im Idealfall dann als solchen prognostizierbaren Soll-Zustand. Jener eine gelingende Behandlung abschließende Zustand verweist nun direkt auf die grundlegende Bestimmung der Medizin. Im als Therapieziel formulierten Soll-Zustand finden die allgemeinen und übergeordneten Ziele ärztlichen Handelns ihre praktische Konkretion im Einzelfall. Dies stellt Lanzerath fest, wenn er darauf hinweist, dass ein ärztlicher Eingriff erst dann legitimiert ist, „wenn zum Willen des Patienten eine von den umrissenen Zielsetzungen des ärztlichen Handelns geforder-

31 Anschütz (1982), S. 3. Ganz ähnlich sieht das Neitzke, dessen terminologische Differenzierung an diesem Punkt ihren begriffsanalytischen Wert voll entfalten kann: „Die ärztliche Indikation ist das Tor, durch das die Ethik Eingang findet in den überindividuell-rationalen Prozess ärztlicher Entscheidungsprozesse.“ Neitzke (2008), S. 54. Klaus Dörner hebt die große Bedeutung, die der Indikation damit nicht zuletzt für das Handeln des ‚guten Arztes‘ zukommt, besonders hervor, indem er diesen Behandlungsschritt als die „Kerninstitution der Ärzteschaft“ bezeichnet und gar von der „heiligen Indikation“ spricht. Dörner (2008), S. 3.

32 Gahl (2004), S. 117.

te Indikation tritt“³³, was impliziert, dass es die allgemeinen Zielsetzungen ärztlichen Handelns sind, welche eine Indikation und ihre Stellung im Einzelnen unmittelbar bedingen. Auch Matthias Kettner sieht demgemäß in der Indikation „keine wertfreie Tatsachenaussage, sondern eine fach- und fallspezifische Übersetzung allgemeiner Ziele der Medizin für das therapeutische Arbeitsbündnis“³⁴. In der direkten Verknüpfung mit den Zielen der Medizin liegt somit die fundamentale Bedeutung begründet, die der Indikation neben ihrer praktischen Funktion auch in medizintheoretischer Hinsicht zukommt. Dies ist nun vor allem auch in medizinethischer Hinsicht relevant, da der Begriff der Indikation nicht zuletzt deshalb als „einer der Schlüsselbegriffe ärztlicher Arbeit“³⁵ gelten kann, weil sich in ihm nichts weniger als die identitätsstiftende Reflexion des ärztlichen Tuns und der Aufgabe der Medizin sowie das grundierende Menschenbild fokussieren und in praktischen Konsequenzen – den tatsächlichen Be-Handlungsschritten – manifestieren. Wie Klaus Gahl hervorhebt,

„gehört der von uns Ärzten täglich benutzte Begriff der Indikation zu den schwierigsten handlungsleitenden Begriffen. Darin, wie wir ihn verstehen, spiegelt sich unser ärztliches Selbstverständnis wie auch unser Bild vom und unsere Zuwendung zum kranken Menschen.“³⁶

A.2 Das therapeutische Paradigma

Eine Analyse und Evaluation der Orientierung und Begründungsstruktur ärztlichen Handelns muss nicht zuletzt angesichts des besonderen wissenschaftlich-disziplinären Status der Medizin bei einer Untersuchung ihrer Zielbestimmung ansetzen, wenn man mit Johannes Fischer bedenkt, dass „die Medizin in der Vielfalt ihrer Disziplinen und praktischen Tätigkeiten ihre Einheit von den Zielen her“³⁷ gewinnt, denen sie dient. Somit stellt die in der Indikation immer enthaltene Zielausrichtung der Medizin dasjenige Element ärztlichen Handelns dar, dem insofern eine fundamentale Bedeutung für die Bestimmung von Sinn und

33 Lanzerath (2008b), S. 38.

34 Zitiert nach Gahl/Neitzke (2010), S. 163.

35 Gahl/Raspe (1992), S. 759.

36 Gahl (2004), S. 125f.

37 Fischer (2002), S. 37. Vgl. auch Günter Ragers Feststellung: „Die eigentliche Grundfrage an die moderne Medizin richtet sich auf deren Handlungsziele.“ Rager (2000), S. 645.

Zweck der Medizin insgesamt zukommt, als es die Medizin als Medizin überhaupt erst konstituiert.

Von der historisch wohl bedeutendsten, am weitesten verbreiteten und außerordentlich nachhaltig wirkenden Fassung ärztlicher Standesregeln im Hippokratischen Eid über dessen Weiterentwicklung im Genfer Gelöbnis existiert in der Medizingeschichte eine Reihe an Dokumenten, die sich der Aufstellung selbstverpflichtender Grundsätze ärztlicher Praxis widmen und die dabei auch mehr oder weniger umfangreiche und explizite Formulierungen der Zielsetzungen ärztlichen Handelns enthalten. Gegenwärtig gilt als konzeptuelle Bestimmung der für die moderne Medizin maßgeblichen Ziele ein Katalog an Zielen, der 1996 unter der Leitung des US-amerikanischen *Hastings Center* in Zusammenarbeit mit zahlreichen internationalen Forschergruppen erarbeitet worden ist und als weithin anerkannte Formulierung der zentralen Zielsetzungen der Medizin breite Zustimmung erfahren hat.³⁸ Demnach existieren vier Ziele, die die „zentralen medizinischen Werte“³⁹ umfassen, der gegenwärtigen Medizin als Leitgrößen ideelle Ausrichtung und praktische Orientierung geben sowie dazu beitragen können, angesichts verschiedener Herausforderungen ihre Identität zu wahren:

- Prävention von Krankheiten und Verletzungen
sowie die Förderung und Erhaltung der Gesundheit
- Linderung von durch Krankheiten verursachten Schmerzen und Leiden
- Pflege und Heilung von erkrankten Menschen
sowie die Pflege von Kranken, die nicht geheilt werden können
- Verhinderung eines vorzeitigen Todes
und das Streben nach einem friedvollen Tod

Für die besondere Bedeutung dieser Definition als etabliertem Bezugspunkt in Diskussionen über Sinn und Zielbestimmung der Medizin heute ist nun zweierlei verantwortlich. Zum einen spielt hierfür der Umstand eine wichtige Rolle, „dass diese Ziele in hohem Maße konsensfähig sind“⁴⁰, was einerseits auf die recht allgemein gehaltene Formulierung, andererseits aber auf die breite Allgemeingültigkeit dieser Ziele als universalem Kernbestand in synchroner Hinsicht zurück-

38 Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002).

39 Allert (2002), S. 25.

40 Fischer (2002), S. 40.

zuführen ist. Daneben ist für die Einschlägigkeit dieser Zielbestimmung ihr historisches Bewusstsein wesentlich. So stellt die Liste der vier Ziele das Ergebnis einer Untersuchung dar, die sich veranlasst sah, vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen und Probleme (sozialer, kultureller, demographischer, politischer, ökonomischer Art) die traditionellen Ziele der Medizin neu zu hinterfragen. Das Ergebnis zeugt insofern in diachroner Hinsicht von universaler Gültigkeit und kann als „die aktuelle internationale ‚Bestätigung‘ einer sehr alten medizinischen Tradition“⁴¹ bezeichnet werden. Der Kern der hier reflektierten und aktualisierten Tradition lässt sich mit Paul Unschuld auf den Nenner der *Hilfe für den kranken Menschen* bringen:

„Die Medizin besitzt einen eindeutigen Auftrag. Ihr Zweck besteht seit mehr als zwei Jahrtausenden darin, den jeweils zeitgemäßen Stand der Naturwissenschaft zu nutzen, um das Wesen von Krankheiten zu erkennen und auf der Grundlage dieses Wissens Kranksein vorzubeugen, zu lindern oder im Idealfall zu heilen.“⁴²

Damit ist auch die motivische Klammer benannt, die die vier Ziele der Prävention und Gesundheitsförderung, der Leidenslinderung, der Heilung und Pflege sowie der Verhinderung eines vorzeitigen und des Strebens nach einem friedvollen Tod auf ein gemeinsames Handlungsziel ausrichtet: Krankheit bzw. die Vermeidung und Bekämpfung von Krankheit. Auch wenn Versuche, auf theoretischer Ebene einen einheitlichen und praktikablen Begriff von Krankheit zu konzeptualisieren, auf erhebliche und anhaltende Schwierigkeiten stoßen und angesichts der seit Jahrzehnten äußerst kontrovers und wenig instruktiv verlaufenden Auseinandersetzung letztlich als gescheitert angesehen werden müssen, vermochte es die Idee der Krankheit in praktischen Anwendungskontexten ärztlichen Handelns doch lange Zeit, als negative Zielgröße die Funktion einer „bindenden disziplinären Fundamentalmatrix“⁴³ zu erfüllen und der Medizin als zentrales Leitkriterium zu dienen.⁴⁴ So lässt sich die Aufgabenbeschreibung und Zuständigkeit der Medizin, die um den Krankheitsbegriff als „normativ[e] Grö-

41 Hucklenbroich (2011), S. 207.

42 Unschuld (2009), S. 75.

43 Kazem Sadegh-Zadeh, zitiert nach Lanzerath (2000), S. 478.

44 Vgl. dazu jüngst Peter Hucklenbroich, der vorschlägt „um zu klären, welchen Krankheitsbegriff die Medizin in ihren eigenen Zielformulierungen meint, sollte man nicht auf die Positionen der kontroversen philosophischen Diskussion zurückgreifen, sondern die Begriffsbildung der medizinischen Organismus- und Krankheitslehre selbst analysieren“. Hucklenbroich (2011), S. 211.

ße, die ärztliches Handeln *spezifiziert, legitimiert und limitiert*⁴⁵, herum angelegt und somit fundamental an der Behandlung und Beseitigung von Krankheit orientiert ist, als *therapeutisches Paradigma* bezeichnen.

A.3 Integrität und Vertrauen: Grundpfeiler der Medizin

Mit Blick auf die leitende Fragestellung nach der ethischen Einschätzung einer Ausweitung des therapeutischen Paradigmas im Zeichen der Wunscherfüllung ist es unerlässlich, eine Besonderheit des ärztlichen Handelns hervorzuheben, die strukturell in dessen Zielgerichtetheit begründet ist. In der Rede davon, dass der Arzt sein Handeln an den Zielen der Medizin orientiert, ist implizit die wissenschaftstheoretische Besonderheit der Medizin als praktische Handlungswissenschaft enthalten, derzufolge ärztliches Handeln niemals Erfolg garantieren kann. Demgemäß verfolgt der Arzt nicht Zwecke, die er durch sein Tun umsetzt, sondern er orientiert sein Handeln an Zielen, die zu erreichen er sich durch den Einsatz seines ganzen Wissens und Könnens bemüht. Damit wird auch die prinzipielle Begrenztheit der medizinisch-ärztlichen Einflussnahme auf die Zustände und Prozesse deutlich, deren Eintreten und Vorliegen Anlass und Ausgangspunkt für die Behandlung sind. Der Arzt, der sich über die handlungstheoretische Gestalt seiner Tätigkeit im Klaren ist und seinem Beruf aufrichtig und gewissenhaft nachgeht, kann seinem Gegenüber, dem Patienten, niemals die erfolgreiche Heilung, die Beseitigung einer Krankheit oder die Wiedererlangung der Gesundheit garantieren. Das einzige, was der Arzt seinem Patienten versprechen und einlösen kann, ist sein Willen und Bemühen, alles in seiner Macht Stehende für das Erreichen des realistischen Behandlungsziels zu tun. Dass ärztliche Hilfe aufgrund ihrer konstitutiven Ergebnisoffenheit besonders auf die Einbettung in eine klar bestimmte Zielorientiertheit angewiesen ist, betont Giovanni Maio:

„Es ist nicht der Effekt der ärztlichen Handlung, die durch ein solches Hilfsversprechen zugesichert wird, sondern die Zusicherung bezieht sich allein auf die der ärztlichen Handlung zugrunde liegende Motivation zur Hilfe. Daher realisiert sich das Wesen der Medizin nicht in der Anwendung der Mittel, sondern der eigentliche Kern der Medizin liegt in ihrer ganz spezifischen Zielgerichtetheit.“⁴⁶

45 Lanzerath (2000), S. 483.

46 Maio (2009a), S. 17.

Indem sich die Zielgerichtetheit der Medizin in der diese Orientierung verkörpernden Haltung und Einstellung des einzelnen Arztes niederschlägt, wird die Person des Arztes zum Ankerpunkt des Grundvertrauens, das der Medizin entgegengebracht wird und das für ihr Bestehen und Wirken essenziell ist. Gerade als Handlungsform, die in fundamentaler Weise auf die erfahrene Urteilskraft und den praktischen Einsatz fach- und sachgerechten Könnens durch den Handelnden – den *behandelnden* Arzt – angewiesen ist, muss für den vom Ausgang der Handlung abhängigen Patienten sichergestellt sein, dass das prinzipiell nicht vollständig und sicher vorhersehbare Geschehen unumstößlichen Zielen folgt, die unbeeinflusst von anderen Faktoren das Handeln des Arztes leiten. Dass der Glaube an und das Vertrauen in das Bestehen dieser Sicherheit die unabdingbare Voraussetzung ist, um sich als Patient in einer meist ohnehin eingeschränkten Situation der Verfügung eines oft ganz fremden Menschen zu überantworten, stellt Toellner klar:

„Denn das Vertrauen des Patienten bezieht sich nicht primär auf die Sicherheit des medizinischen Wissens oder den Erfolg der ärztlichen Handlung, sondern auf die Zuverlässigkeit des ärztlichen Verhaltens. Nur wenn der Patient überzeugt ist, dass der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen handelt, kann er sich in die Hand des Arztes geben.“⁴⁷

Die Vertrauensannahme, die sich vor allem in Fällen, in denen ein Patient den von ihm aus- und aufgesuchten Arzt nicht kennt, dieser ihm also nicht *vertraut* ist, als unabdingbare Voraussetzung für die Aufnahme einer Arzt-Patient-Beziehung erweist, kann ihre systemische Wirkung nur entfalten, wenn sie sich auf den gesamten Berufsstand bezieht. Wenn ein Patient ungeachtet der persönlichen Eigenschaften und Merkmale des einzelnen Arztes oder der einzelnen Ärztin allen Vertretern und Vertreterinnen des ärztlichen Standes *per se* in der Überzeugung begegnen kann, dass das jeweilige ärztliche Handeln im Falle der Aufnahme einer therapeutischen Beziehung zuallererst am eigenen (Patienten-)Wohl ausgerichtet ist, ist eine etwaige, unter Umständen kräftezehrende Prüfung der ärztlichen Verlässlichkeit durch den Patienten selbst nicht erforderlich. Gerade für Menschen, die sich als potenzielle Patienten typischerweise in Situationen befinden, in denen ihr körperliches oder seelisches Wohlbefinden empfindlich eingeschränkt ist und die deshalb in der Regel nur bedingt willens und in der Lage sind, entsprechende Informationen einzuholen, zwischen verschiedenen Alternativen abzuwägen und zu entscheiden, bedeutet dieses Grundvertrauen eine enorme Entlastung und kann insofern bereits den ersten Schritt der Hilfe auf dem

47 Toellner (1995), S. 5.

Weg zur Besserung oder gar Heilung darstellen. Für Urban Wiesing stellt dieses prinzipielle Zutrauen in die ärztliche Verlässlichkeit des Mediziners die „*conditio sine qua non* für die ärztliche Tätigkeit“⁴⁸ dar und basiert als „rollengebundenes, antizipatorisches Vertrauen“⁴⁹ auf dem bemerkenswerten Umstand standesgemäßer Integrität. In dieser Integrität, welche von beachtlicher normativer Relevanz ist und daher mit Wiesing moralisch genannt werden kann, liegt das spezifische Gewicht des ärztlichen Hilfsversprechens sowie die Garantenstellung der Medizin begründet. Mit ihr ist nicht nur die Integrität des behandelnden Arztes im vorhinein garantiert, sondern als auch die besondere Vertrauensstellung des gesamten Berufsstandes im Ganzen legitimiert. Damit bildet die ärztliche Integrität eine wesentliche Säule, auf der die gesellschaftlich herausgehobene Stellung der Medizin ruht und die das besondere öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung dieser Konstellation erklärt.

Die moralische Grundhaltung, mit der ein Arzt seinen Beruf ausübt, ist somit für seine Tätigkeit nicht nebensächlich oder supererogatorisches Beiwerk, sondern stellt vielmehr einen konstitutiven Wesenszug der Medizin als kollektiver Praxis dar. Auch dieses Spezifikum der Medizin lässt sich an ihrem Umgang mit Wünschen exemplifizieren. So besteht einer der wesentlichen Unterschiede, die die ärztliche Tätigkeit von typischen Dienstleistungen abgrenzen, welche ganz im Sinne eines Handwerks nach Wunsch oder Bestellung von den jeweiligen Spezialisten ausgeführt werden, darin, dass Dienstleister in ihrem Tun nicht (primär) eigenen Prinzipien folgen, welche eine derart selbstverpflichtende, dabei einheitlich und verbindlich gültige Grundhaltung enthielten, dass man sie als moralisch bezeichnen könnte. Es würde auch dem Sinn und Zweck sowie dem Selbstverständnis des Handwerks- und Dienstleistungssektors direkt widersprechen, sich selbst Richtlinien aufzuerlegen und zum normativen Bestandteil der eigenen Berufsidentität zu machen, die so weit über handwerkliche Regeln und Selbstverständlichkeiten der Branche hinausgehen und den Vorstellungen des Auftraggebers in einem Maße übergeordnet sind, dass sie dessen Wünschen regulierend Grenzen setzen könnten. Ganz im Gegenteil ist doch die möglichst wunschgemäße Ausführung und passgenaue Umsetzung der Vorstellungen und

48 Wiesing (1996), S. 324.

49 Ebd., S. 316: „Die alltäglichen und geradezu selbstverständlichen Verhaltensweisen bei einem Arztbesuch werden also durch ein rollengebundenes, antizipatorisches Vertrauen erst ermöglicht. Dieses Vertrauen basiert streng genommen nicht auf dem Erfolg der ärztlichen Maßnahmen, da er nicht garantiert werden kann, sondern auf der moralischen Integrität, die durch die Zugehörigkeit zum Beruf ‚Arzt‘ erwartet werden darf.“

Forderungen des Kunden, die als solche nicht weiter zu hinterfragen sind, das Kernstück jeder offerierten Leistung eines Handwerkers und Dienstleiters. Diese Diskrepanz im Blick, wird deutlich, wie weit die ärztliche Praxis von reiner Auftragsarbeit entfernt ist, die wesentlich gewinnorientiert funktioniert und in unverstellt instrumenteller Weise externen Motiven in Form von an sie herangetragenen Bestellungen und Wünschen folgt. Und so ist es nicht zuletzt der spezifische Moralkodex der Medizin, der diese zu dem besonderen Berufstypus einer Profession macht.⁵⁰

Auch in der medizinrechtlichen Diskussion wird die gesellschaftliche Bedeutung des antizipatorischen Systemvertrauens in die Ärzteschaft gewürdigt. Albin Eser sieht in diesem Zusammenhang als unabdingbare Voraussetzung für „das Vertrauen auf die ärztliche Professionalität“ die Anforderung der „Kunstgerechtigkeit“ jedes ärztlichen Handelns an.⁵¹ Damit verbindet er das ärztliche Versprechen zur Hilfe ohne Ansehen der Person – welches freilich in der konkreten Praxis gerade und buchstäblich nur mittels einer genauen Inaugenscheinnahme des Patienten als individuelle Person eingelöst werden kann – mit der Selbstverpflichtung zur fach- und sachgerechten Ausführung der ärztlichen Kunst *lege artis*, womit auch die Anforderung einer gewissenhaften Indikationsstellung aus der gesellschaftlichen und juristischen Sonderstellung der Medizin abgeleitet wird. Ganz in diesem Sinne weist Gunnar Duttge darauf hin, dass auch aus medizinrechtlicher Perspektive die „Erforderniss[e] einer ‚ärztlichen Indikation‘ und ‚kunstgerechten Ausführung‘“ unmittelbar „mit dem *Interesse der Allgemeinheit an der Wahrung ärztlicher Professionalität* zu tun haben [Herv. i.O.]“.⁵²

50 Wie die beiden anderen „Musterprofessionen“ des Juristen und des Priesters ist die Tätigkeit des Arztes dadurch ausgezeichnet, auf zentrale gesellschaftliche Werte sowie universelles Wissen zur Lösung gesellschaftlicher Probleme bezogen zu sein und außerdem autonom in Form institutionalisierter Selbstkontrolle zu handeln. Siehe Labisch/Paul (2000), S. 637.

51 Eser (1999), S. 466. Hinter die Maßgeblichkeit des „gesellschaftliche[n] Interesse[s]“ an der Integrität des Ärztestandes können sogar Wohl und Wille des Patienten als Prinzipien des Individualschutzes zurücktreten, vgl. ebd., S. 466f.

52 Duttge (2005), S. 708.

B. DIE AUFWERTUNG VON GESUNDHEIT: DYNAMIK UND FOLGEN

Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.

BUNDESÄRZTEORDNUNG § 1, ABS. 1, SATZ 1

Das in die klassischen Zielen der Medizin gefasste *therapeutische Paradigma* ist konzeptionell um das Begriffspaar Krankheit/Gesundheit angelegt. Die zentrale Bestimmung und Zielsetzung der Behandlung von Krankheit in Form von präventiven und therapeutischen Maßnahmen hat darin ihr komplementäres Gegenstück in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Der Ursprung dieser begrifflichen Konstruktion liegt in der unauflöslichen Verschränkung der bezeichneten Gegenstandsbereiche und Zustände. So wie Menschen nicht *nur krank* oder *nur gesund* sind, sondern vielmehr lediglich in einer bestimmten Hinsicht bzw. bezogen auf bestimmte Organe, Körperfunktionen oder psychische Eigenschaften erkrankt sind, also immer krank und gesund zugleich sind (freilich in variierenden Gewichtungen und Bezogenheiten der beiden Befindlichkeitskategorien), genauso fließend ist das Wechselverhältnis auf begrifflicher Ebene. Somit verweisen der Gesundheits- und Krankheitsbegriff notwendig und direkt aufeinander. In diesem Sinne ergibt sich aus den explizit krankheitsbezogen formulierten Zielen der Medizin automatisch ihre implizite gesundheitliche Fassung. Die Heilung einer Krankheit geht unweigerlich mit der Wiederherstellung der Gesundheit einher bzw. kann in dieser bestehen; und die Erhaltung der Gesundheit befördert immer auch die Verhütung von Krankheit. Dabei gilt insbesondere, was Dietrich von Engelhardt treffend zum Ausdruck bringt: „Gesundheit und Krankheit sind vor allem Prozesse, zeigen jeweils ein Spektrum; Krankheit entsteht aus Gesundheit, ebenso Gesundheit aus Krankheit.“⁵³ Demnach wäre es verfehlt, die beiden Begriffe als starre Bezeichnungen von Kategorien zu verstehen, die objektiv bestimmbar Zustände bezeichnen, welche sich zudem gegenseitig ausschließen.

B.1 Wandel des Gesundheitsverständnisses in der Medizin

Nachdem das Bewusstsein der engen Verschränkung von Gesundheit und Krankheit das Denken und Handeln der Medizin viele Jahrhunderte der Mensch-

53 Engelhardt (1989), S. 412.

heitsgeschichte hindurch in unterschiedlichen Ausprägungen bestimmt hatte, verschoben sich mit dem Aufkommen der positivistischen Naturwissenschaften gegen Ende des 18. Jahrhunderts nach und nach die Gewichtungen für die orientierende Zielsetzung der Medizin.⁵⁴ Nicht zuletzt unter dem Eindruck und Nachwirken der dualistischen Philosophie Descartes', die den Grundstein für ein stark mechanistisches Naturverständnis und Menschenbild gelegt hatte, das dann La Mettrie mit seiner Vorstellung vom Menschen bzw. den menschlichen Körper als einer physikalischen Gesetzen gehorchenden Maschine zuspitzte, konnte sich ein Denken etablieren, das Gesundheit als reibungsloses Funktionieren und Krankheit primär als kausal wirkende Störung einer Mechanik auffasste. Diesem Denken gemäß waren Krankheiten als identifizierbare Einheiten eindeutig auffindbar und eliminierbar. So erinnert Klaus Bergdolt daran,

„dass die Kunst der gesunden Lebensführung infolge des naturwissenschaftlichen Paradigmenwechsels der europäischen Medizin zur Mitte des 19. Jahrhunderts ihre traditionelle Bedeutung einbüßte. Fast über Nacht wurde die Gesundheit damals zu einer technischen Größe degradiert.“⁵⁵

Bis in das 20. Jahrhundert hinein dominierte ein biomedizinisch-naturwissenschaftliches Krankheitsverständnis sowie die Vorstellung einer entsprechend ausgerichteten Praxis der Krankheitsbekämpfung die ärztliche Tätigkeit. Vor allem durch die nosologische Benennung und Einteilung der unterschiedlichen Erscheinungsformen menschlichen Krankheitsgeschehens nach standardisierten und verallgemeinerbaren Kriterien, durch die dabei stark naturwissenschaftlich geprägte Herangehensweise, ein klassifikatorisch ausgeklügeltes Register sämtlicher Krankheitseinheiten zu erstellen, um individuelle und mehr oder weniger vage Befunde, Symptome und Beschwerdebilder eindeutigen Krankheitstypen unterscheiden und damit präzise zuordnen zu können, durch diese Konzentration auf das differenzierte Erkennen und Benennen als Voraussetzung für nachhaltige Heilerfolge und beachtliche Fortschritte in der Therapieentwicklung lag das Hauptaugenmerk der Medizin darauf, Krankheiten zu behandeln. Die seit der Antike stets auch an der Erhaltung der Gesundheit interessierte Heilkunst, die ih-

54 Vgl. hierzu ebd. und Seidler/Leven (2003), S. 179ff. Kritisch sieht Ivan Illich diesen Prozess getrieben von der zeitgenössischen „Hoffnung, auch der Medizin jene elegante Vollkommenheit verleihen zu können, die Kopernikus der Astronomie gegeben hatte“, indem „Krankheiten durch den Arzt-Systematiker isoliert und nach Kategorien geordnet werden“ sollten. Illich (1995), S. 115.

55 Bergdolt (1999), S. 15f.

rer entsprechenden Zuständigkeit mit Konzepten der Hygiene und Diätetik nachzukommen versuchte, entwickelte sich im Zeichen der expandierenden Naturerforschung und -beherrschung durch die exakten Wissenschaften der Neuzeit hin zu einer auf die Beseitigung von Störungen konzentrierten kurativen ‚Reparaturmedizin‘. Erst mit dem vergangenen Jahrhundert, vor allem in dessen zweiter Hälfte, erfolgte eine Akzentverschiebung innerhalb des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit zugunsten einer stärkeren Beachtung von Gesundheit als direkt anzustrebendem Ziel der Medizin. Der negativistische Krankheitsbegriff als Ausdruck einer „naturwissenschaftliche[n] Verengung des medizinischen Blicks“⁵⁶ und die daraus abgeleitete, weithin vorherrschende Maxime der Krankheitsbekämpfung wurden ergänzt durch eine Wiederbelebung des längere Zeit in den Hintergrund getretenen, nun wiederentdeckten Bewusstseins von Gesundheit als positiver Qualität.

B.1 (a) Gesundheitsorientierung und Prävention

Als Resultat eines konzeptuellen Ergänzungsprozesses des auf den Krankheitsbegriff fokussierten und an Krankheitsbehandlung ausgerichteten ärztlichen Denkens und Handelns sieht sich die Medizin der Gegenwart „verstärkt vor die Aufgabe gestellt, nicht nur Krankheit zu überwinden, sondern ebenso Gesundheit zu erhalten“⁵⁷. Als einer auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauenden Praxis rückt damit für die Medizin die Frage nach den Bedingungen von Gesundheit in den Mittelpunkt. Die pathogenetische Konzeption in der Medizin, die sich mit den verursachenden Faktoren und Wirkmechanismen von Krankheiten befasst, weicht mehr und mehr einer salutogenetischen Konzeptuierung, die nach den Bedingungen für das Ent- und Bestehen von Gesundheit fragt.⁵⁸ In der Folge des sich vollziehenden Wandels von einer primär kurativ ausgerichteten Heilkunst und nachsorgenden Reparaturmedizin, die sich in erster Linie an der negativen Leitgröße der Krankheit (und deren Bekämpfung) orientiert, hin zu einer Medizin, die an der positiven Zielgröße der Gesundheit (in Form ihrer Wiederherstellung, Erhaltung und Stärkung) ausgerichtet ist, entsteht das Para-

56 Badura/Feuerstein (2007), S. 409.

57 Engelhardt (1989), S. 408.

58 Zu dem Paradigmenwechsel der Krankheits- zur Gesundheitsforschung siehe Antonsky (1997); Maoz (1998); Bengel et al. (2001). Zu den soziologischen Wurzeln dieser Perspektivenverschiebung, die bis zu den Kultur- und Zivilisationstheorien von Marx, Freud, Elias und Durkheim zurückzuverfolgen sind, siehe Badura/Feuerstein (2007), S. 398ff.

digma einer präventiven und gesundheitsfördernden Vorsorgemedizin – das *präventive Paradigma*.

Dass diese Entwicklung weder in ihren Vorlaufbedingungen noch in ihren Auswirkungen auf die medizinische Wissenschaft oder Krankheitslehre beschränkt bleibt, hat mit den vielschichtigen Verflechtungen zu tun, in denen der Begriff der Gesundheit in die soziale, politische, ökonomische und gesellschaftliche Lebenswelt hineinwirkt. Dietrich von Engelhardt bringt dies auf das Motiv von *Gesundheit als Idee*:

„Die Geschichte des Gesundheitsbegriffs ist die Geschichte einer Idee; diese Idee steht immer in einem Zusammenhang mit der medizinischen Praxis und der soziokulturellen Wirklichkeit, mit der Gesundheitspolitik und Gesundheitserziehung eines Landes oder einer Epoche.“⁵⁹

Damit kommt neben der anthropologischen Relevanz, die ein grundlegender Wandel des Verständnisses von Gesundheit als Zeichen einer veränderten Sicht des Menschen auf sich und sein Wesen, seine Körperlichkeit und sein Selbst-Verhältnis bedeutet, nicht nur die Perspektivenverschiebung innerhalb der Medizin, sondern auch die gesamtgesellschaftliche Ausstrahlung des salutogenetischen Denkens in den Blick. Den ideellen Ausgangspunkt bildet dabei ein Gesundheitsverständnis, das sich nicht damit begnügt, Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit zu verstehen: „Gesundheit ist ein Gegenbegriff zur Krankheit, ist aber zugleich mehr als bloß das Fehlen von Krankheit.“⁶⁰ Für die Medizin ergibt sich daraus als Konsequenz, dass das Ziel des Gesundheitserhalts nun nicht allein mit der Beseitigung von Krankheit zu erreichen ist, sondern es vielmehr eigener Anstrengungen bedarf, den Zustand der Gesundheit direkt hervorzubringen – ein Bemühen, dessen Berechtigung und Dringlichkeit weiter verstärkt werden, je mehr der Wert und die Bedeutung, die der Gesundheit zukommen, wachsen. Für die das 19. und 20. Jahrhundert durchziehende kulturhistorische Entwicklungsgeschichte, deren Resultate die gegenwärtige Situation bestimmen, lässt sich mit dem Medizinsoziologen Alfons Labisch ebendiese Dynamik feststellen:

„Die Bedeutung von Gesundheit nimmt indes immer weiter zu. [...] Gesundheit wird als voraussehbare körperliche und vor allem psychomenteale Leistungsfähigkeit zu einem all-

59 Engelhardt (2000), S. 113. Vgl. zur Herausbildung und Metamorphose eines „Gesundheitsimperativs“ auch Mazumdar (2004), S. 18f.

60 Engelhardt (1989), S. 411.

gemein gültigen Austauschmittel. Gesundheit erlaubt wie Geld oder fachliche Qualifikation den reibungslosen Verkehr zwischen den verschiedenartigen Lebenskreisen einer nachindustriellen Gesellschaft.“⁶¹

Die Wandlung des Gesundheitsverständnisses, das nun immer mehr „von neuen und *positiven* Werten aufgeladen“⁶² ist, bleibt nicht ohne Folgen für den Einfluss und Stellenwert, den die Medizin innerhalb des gesamtgesellschaftlichen Umfelds gewinnt. Der Mensch, der sein Leben ganz der eigenen Gesundheit, ihrem Schutz und Erhalt widmet, der nicht nur die ihn umgebenden Lebensverhältnisse und Umweltfaktoren unter gesundheitlichen Aspekten wahrnimmt, sondern auch seine Entscheidungen und Handlungen an salutogenen Einsichten ausrichtet, verkörpert einen spezifisch modernen Menschentypus. Labisch hat für diese Figur die anthropologische Formel vom „*Homo hygienicus*“ geprägt, um damit der umfassenden Reichweite dieses grundlegenden Wandels gerecht zu werden, die den Menschen entwirft als „Individuum, das vor allen anderen Werten Gesundheit als oberstes Lebensziel ansieht und sein Leben daher medizinisch-wissenschaftlichen Prinzipien unterwirft“⁶³.

Für die Realität und Durchschlagskraft dieser Entwicklung ist es bezeichnend, dass die verstärkte Fokussierung auf Gesundheit aus unterschiedlichen Gründen auch jenseits der Medizin Zustimmung findet und propagiert wird. Aus der Perspektive der Markt- und Trendforschung, deren Bestandsaufnahmen ganz im Gegensatz zu eher skeptischen sozialwissenschaftlichen Analysen mit historischem Bewusstsein – kaum überraschend – weit weniger kritisch, sondern vielmehr deskriptiv-affirmativ ausfällt, erhält der beschriebene Wandel ein rundum positives Gesicht. So heißt es in den 2006 von einer „Zukunftsinstitut GmbH“ veröffentlichten „Gesundheitstrends 2010“ geradezu euphorisch, die (bereits begonnene) Zukunft der Gesellschaft liege im Modell einer „Health-Society als Entwurf einer zukünftigen Gesellschaft, die sich zuallererst über das Streben nach Gesundheit und Wohlfühlen definiert.“⁶⁴

Diese programmatische Prognose-Formel für den Rang, den Gesundheit sowohl für das Individuum als auch die Gesellschaft im 21. Jahrhundert einnehmen wird, steht dabei in einer bemerkenswerten Tradition. So hatte die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahre 1946 eine bis heute sehr einflussreiche und dabei höchst umstrittene Gesundheitsdefinition aufgestellt, die nicht minder um-

61 Labisch (1995), S. 196.

62 Mazumdar (2004), S. 16.

63 Labisch (1992), S. 255.

64 Huesmann et al. (2006), S. 7. Ganz ähnlich auch Kickbusch (2004).

fassend und anspruchsvoll lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“⁶⁵ Zwar ist der hierin zum Ausdruck kommende Gesundheitsbegriff alles andere als streng auf medizinische Belange beschränkt, sondern umfasst sozialpolitische, wirtschaftliche und ökonomische Aspekte sowie indirekt Zielsetzungen für die entsprechenden politischen – nichtmedizinischen – Handlungsfelder, enthält aber gerade in seinem übermäßigen, holistischen Verständnis von Gesundheit genau dasjenige Moment, das in den letzten Jahrzehnten auch innerhalb des medizinischen Bereichs immer bestimmender geworden ist: die Expansion des Gesundheitsbegriffs. Was mit dem Vorzeichenwechsel von einem *ex negativo* über den Krankheitsbegriff definierten Verständnis von Gesundheit hin zu einer positiv bestimm- und erlangbaren Größe begann, ist mittlerweile in eine bemerkenswerte evaluative Aufladung von Gesundheit als dem sprichwörtlichen ‚höchsten Gut‘ übergegangen. Dies hat nun dazu geführt, dass der Begriff der Gesundheit nicht mehr länger als die untrennbare Kehrseite des Begriffs der Krankheit verstanden werden muss, sondern sich von seinem pathologischen Komplementärbegriff gelöst hat.

Dies hat weitere Verschiebungen medizinischer Paradigmen zur Folge. So kann an einem gewissermaßen eigenständig gewordenen Gesundheitsverständnis kann die Idee der Prävention nahtlos anschließen, ist es ihre Aufgabe doch, den regulativen Bezugspunkt medizinisch-kurativen Handelns dauerhaft zu vermeiden. Und da laut Definition und Eigenlogik des Vorbeugeprinzips „Prävention erfolgt, wenn ein Problem noch nicht oder noch nicht im erwartbaren Umfang aufgetreten ist“⁶⁶, entspricht es dem neuen Gesundheitsverständnis, wenn nicht mehr (nur) kranke, sondern zunehmend auch gesunde Personen medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Allerdings werden hier Zweifel laut, ob sich die unablässige präventive Aufmerksamkeit, Selbstbeobachtung und ärztliche Kontrolle tatsächlich nur positiv auf den tatsächlichen Gesundheitszustand und dessen Wahrnehmung durch den Vorsorgeklienten auswirkt, wie Christopher Rommel pointiert: „Der jetzt zum Arzt gehen soll, das ist nicht mehr der Kranke, aber auch nicht der Gesunde, sondern eine neue Gattung: der Noch-Gesunde, der Noch-nicht-Kranke.“⁶⁷ Indem die Medizin sich damit nicht mehr in erster Linie der Krankheitsbehandlung verschreibt, sondern sich auch ausdrücklich für Gesunde zuständig erklärt, löst sich die Idee medizinischer Prävention nach und

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

66 Dollinger (2006), S. 147 .

67 Rommel (1994), S. 418.

nach von der Orientierung am Krankheitsbegriff, was den Übergang bzw. Umschlag von gesundheitserhaltender Vorsorge zu leistungssteigerndem Enhancement markiert. Wiederum bringt die konsumgläubige Rhetorik der Trendforschung diese Dynamik genau auf den Punkt, wenn es um die wegweisende Bestimmung des Adressatenkreises medizinischer Leistungen und Angebote geht: „Gesundheitskunde ist auch derjenige, der im klassischen Sinne gesund ist, aber durchaus noch mehr Optimierung seiner Fitness vertragen kann.“⁶⁸

B.1 (b) Eigenverantwortung und Individualisierung

Ein weiteres Moment, das sich parallel zur Umdeutung und Positivierung des Gesundheitsbegriffs herausgebildet hat und das auf das Engste mit der Idee der Vorbeugung harmoniert, ist das Konzept der Eigenverantwortung und Individualisierung in der Medizin. Zunächst entspricht ein eigenverantwortliches Verständnis der Patientenrolle dem heutigen „Leitbild einer Verantwortungspartnerschaft zwischen Arzt und Patient“⁶⁹, das das überkommene paternalistische Arztbild mit seinen charakteristischen Mängeln fehlender Einbeziehung und Aufklärung sowie einer Bevormundung des Patienten als normativer Leitwert abgelöst hat. Das Instrument der informierten Zustimmung (*informed consent*) steht dabei für die explizite Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Einstellungen des Patienten bei Behandlungsentscheidungen. Angesichts der Emanzipation von der autoritativen Figur des fürsorglich entscheidenden Arztes sowie eines impliziten Drucks zu vorausschauender Prävention ergibt sich nun für den Patienten die Chance und Herausforderung, sein gesundheitliches Schicksal in die eigene Hand zu nehmen und selbst zu bestimmen, welche Schritte zur Erhaltung seiner Gesundheit er ergreifen möchte.⁷⁰

Damit sieht sich die Medizin gewandelten Anforderungen gegenüber, indem sie nicht mehr nur mit hilfsbedürftigen Menschen in Krisensituationen konfrontiert wird, sondern es zunehmend mit dem „Wunsch der Kundenpatienten nach

68 Huesmann et al. (2006), S. 12f.

69 Fischer (2002), S. 48.

70 Dass diese Chance zur eigenmächtigen Gesundheitsformung auch die überaus negativen Züge internalisierten Zwangs annehmen kann, macht Bettina Schmidt mit Blick auf die Verlagerung der Adressierung des Gesundheitsimperativs in gesundheitspolitischer Hinsicht deutlich. So ist in den letzten 20 Jahren eine Verschiebung von einer „Public-Health-orientierten Gesundheitsförderung“ zu einer „Private-Health-orientierten Gesundheitsförderung“ zu beobachten, wodurch „der Weg frei [wird] vom fremdbestimmten Sollen zum selbstdisziplinierten Wollen“. Schmidt (2007), S. 96.

ganzheitlicher Behandlung, Selfness, Selfenhancement⁷¹ zu tun bekommt. Adressat und Abnehmer medizinischer Leistungen ist diesem Paradigma nach das selbstbestimmte, eigenverantwortliche und gesundheitsbewusste Individuum, das als Manager der eigenen Lebensrisiken fungiert. Bei allem Zugewinn an persönlicher Freiheit und Entscheidungshoheit wird allerdings gleichzeitig und unweigerlich der Druck erhöht, bei der Realisierung der gesundheitlichen Selbstverantwortung möglichst erfolgreich zu sein und keine Fehler zu machen. Dabei ist zudem, was die Kompetenz zum gesundheitlichen Selbstmanagement angeht, eine bezeichnende Ambivalenz im Zuge dieser Ermächtigungsbewegung zu konstatieren. Denn das Individuum, das gesundheitliche Selbstverantwortung realisieren will, ist hierfür weiterhin angewiesen auf die Fachkompetenz des Mediziners. Der so bei aller Selbstbestimmung hilfsbedürftige Kunde entspricht damit dem Profil der zeittypischen Figur des Klienten, der professionelle Beratung in Anspruch nimmt, um das zu erreichen, was aus eigener Kraft und individuellem Sachverstand nicht gelingt. Diese Verschränkung des Widersprüchlichen, die gewissermaßen in der Figur von ‚Angewiesenheit durch Unabhängigkeit‘ auftritt, entspricht der Eigenlogik von Beratung, worauf Stefanie Duttweiler aufmerksam macht: „Beratung erweist sich als durch und durch ambivalent: Wirksam wird sie durch die Gleichzeitigkeit von Selbstbestimmung und der Abhängigkeit von Experten(wissen).“⁷²

Paradoxerweise ist es die Ermächtigung, Kontrolle und Unabhängigkeit des eigenen Selbst, die nur mit Hilfe anderer erlangt werden kann. Für die Arzt-Patient-Beziehung ergeben sich daraus weitere Verschiebungen im Zeichen einer Stärkung der Selbstverantwortung und Aktivierung des Patienten. Symptomatisch findet der Trend zum Berater-Arzt, der den autonomen Patienten in seinem selbstbestimmten Gesundheits-Programm unterstützt, seinen schulmedizinischen Niederschlag in einer rezenten Initiative Schweizer Hausärzte, die „Gesundheitscoaching“ als wegweisendes Schlüsselkonzept für die Mitwirkung des (Haus-) Arztes an präventiver Gesundheitsförderung skizzieren:

„Der Patient erhält die Hauptrolle. Er entwickelt aktiv sein eigenes Gesundheitsprojekt und setzt es eigenständig um, wobei er sich die individuell nötige Unterstützung in Zusammenarbeit mit dem Arzt holt, statt in der passiven Rolle des zu Behandelnden zu verbleiben. Das Gesundheitscoaching macht gleichzeitig den Arzt zum Coach des Patienten. [...] Arzt und Patient arbeiten zusammen im Team“⁷³.

71 Huesmann et al. (2006), S. 21.

72 Duttweiler (2004), S. 26.

73 Grüninger et al. (2009), S. 1729.

Hieran zeichnen sich sehr deutlich die neuen Kräfteverhältnisse ab, unter denen ärztliches Handeln künftig mehr und mehr abläuft. Im Mittelpunkt medizinischer Praxis stehen nicht mehr (nur) Patienten, die, in Not geraten und auf Hilfe angewiesen, den Arzt aufsuchen, dem sie sich in ihrer Bedürftigkeit anvertrauen, sondern zunehmend Menschen, die ein ‚eigenes Gesundheitsprojekt‘ verfolgen und sich dabei fachkundigen Rat und Unterstützung bei dem dafür qualifizierten Mediziner holen, welcher als Mitglied des ‚Projektteams‘ zum Erfolg beitragen soll, indem er „beim Patienten dessen Gesundheitskompetenzen [und] Ressourcen“⁷⁴ mobilisiert.

Für das *Zukunftsinstitut* liegt die gesundheitliche Beratung durch den zum Medizin-Coach stilisierten Arzt dabei voll im „Selfness-Trend“, was so viel heißen soll wie „ein aktives Sich-selbst-Kennenlernen, die bewusste Steuerungsgewalt über Körper, Geist und Psyche (wieder)zu erlangen“⁷⁵. Da diese Eigen-Verfügung notwendigerweise unverwechselbar persönlich verläuft, müssen auch die darauf exakt abgestimmten Behandlungs- bzw. Präventionsschritte ganz auf die persönlichen Eigenheiten zugeschnitten sein, wozu die Erstellung eines individuellen Gesundheitsprofils nötig ist, das in hohem Maße die jeweilige Person in ihren spezifischen Lebensumständen und gesundheitsrelevanten Faktoren erfasst. Damit schließt die Logik eigenverantwortlicher Vorbeugung nahtlos an die Tendenz zur Individualisierung der Behandlung im Sinne einer „Maßschneidung auf die Gegebenheiten und Präferenzen einzelner Personen“⁷⁶ an.

B.1 (c) Lebensstilmedizin in der Gesundheitsgesellschaft

Die Betonung eigenverantwortlicher Prävention, die nicht nur auf die Besonderheiten der persönlichen Lebensführung zugeschnitten ist, sondern die nahezu sämtliche Bereiche der menschlichen Existenz unter gesundheitlichen Aspekten umfasst, kommt in der relativ jungen Spezialdisziplin der so genannten „Lebensstilmedizin“⁷⁷ zum Ausdruck. Hierbei steht die Erkenntnis im Zentrum, dass viele Erkrankungen und Beschwerden – allen voran die klassischen Zivilisationskrankheiten – direkt mit den alltäglichen Lebensumständen und gewohnten Verhaltensweisen korrelieren bzw. entscheidend durch diese verursacht werden. Als medizinisch-praktische Konsequenz ergibt sich daraus die Erkenntnis, dass

74 Ebd..

75 Huesmann et al. (2006), S. 19. Dabei muss nach Einschätzung der Trendforscher in Zukunft „das Recht gewährleistet sein, die eigene Gesundheit nach individuellen Maßstäben zu pflegen und sicherzustellen.“ Ebd.

76 Hüsing et al. (2008), S. 30.

77 Haber (2007).

im Sinne einer umfassenden Gesundheitserhaltung der schleichenden Entstehung der verschiedensten Erkrankungen am effektivsten mit einer Änderung der Lebensführung (Essgewohnheiten, körperliche Bewegung etc.) vorgebeugt werden kann. Da es aber unter den anti-direktiven Vorzeichen des ‚Postpaternalismus‘ nicht zu den Aufgaben des Arztes gehört (abgesehen von lebensbedrohlichen Ausnahmefällen, etwa in der Notfallmedizin), direkt in die Lebensführung des Einzelnen einzugreifen, um diese nach präventivmedizinischen Gesichtspunkten zu korrigieren, ergeben sich nun auch deutliche Veränderungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. So hat es der ‚Lebensstilmediziner‘ „weniger mit medizinischen als mit pädagogisch-psychologischen Problemen zu tun“⁷⁸. Dazu gehört, dass der Arzt seinem Patienten – bzw. Präventionsklienten – die Notwendigkeit der Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung aller gesundheitsrelevanter Faktoren seines Berufs- und Privatlebens verdeutlichen muss. Gelingt dies, so der Medizin- und Gesundheitssoziologe Hagen Kühn, „dann können mit dem Lebensstilkonzept die Handlungsgrenzen der Individualmedizin bis weit in das Freizeitverhalten symptomloser Menschen hinein vorgeschoben werden“⁷⁹.

Die (präventiv-)medizinische Zuständigkeit erstreckt sich nicht nur in zeitlich synchroner Weise, von den alltäglichen Arbeitsbedingungen bis hin zum Freizeitverhalten, die Notwendigkeit gesundheitlicher Wachsamkeit und Kontrolle nimmt auch eine diachrone Dimension an. Da der Mensch sein Leben lang potenziell von Krankheit und Verletzungen bedroht ist, impliziert auch die Idee der medizinischen Selbstsorge und gesundheitlichen Eigenverantwortung eine virtuell-prophylaktische Dimension der Permanenz. Der Psychiater Christopher Rommel sieht in der Tendenz zu einer ausgreifenden Gesundheitskontrolle und dem unanzweifelbaren Gebot der Gesundheitsspassung des Lebens in all seinen Bezügen eine Grenze überschritten: „Hiermit ist also der Wendepunkt einer verabsolutierten Ganzheitlichkeit in eine Form des Totalitarismus angezeigt.“⁸⁰ Das so kritisch eingeschätzte Moment der Expansion liegt dabei in der Eigenlogik der Unternehmung. Gerade da Prävention – vorbeugend – auf zukünftige Zustände gerichtet ist, die im Idealfall gar nicht eintreten sollen, „haftet dem Verantwortungsimperativ etwas Unabschließbares an“⁸¹. Konsequenterweise

78 Ebd., S. 9.

79 Kühn (1993), S. 12.

80 Rommel (1994), S. 419.

81 Lemke (2007), S. 40. Markus Pawelzik erkennt analog zur Individualprävention in der umfassenden Intention der Public-Health-Idee einen lebenslänglichen Anspruch: „Der Wohlfahrtsstaat sorgt sich um unsere Gesundheit gleichsam von die Wiege bis zur Bahre.“ Pawelzik (2009), S. 279.

Prävention, die möglichst effektive und umfassende Wirkung zeigen soll, bleibt nicht mehr auf die Vermeidung bestimmter Krankheiten auf der Grundlage persönlicher Risikoprofile beschränkt. Vielmehr geht es um die direkte ‚Herstellung‘ von Gesundheit. Dabei kommt das spezifisch Unstatische, das der Gesundheit eignet, dem Projekt der Dauerprävention entgegen, denn „Gesundheit ist kein einmal erreichter Zustand, sondern muss ständig auf neue erworben werden“⁸². Dazu passt, dass analog zur zieloffenen Präventions- und Verantwortungslogik auch das Konzept der Beratung, welche ebenfalls immer mehr Raum im ärztlichen Betätigungsfeld einnimmt, prinzipiell auf Dauer gestellt ist. Rat und Hilfestellung bei Fragen der Lebensführung und Selbstgestaltung werden in aller Regel gesucht, um beste Ergebnisse zu erzielen – doch „da das Optimum nie eintreten kann, ist Beratung immer angezeigt“⁸³.

An der umfassenden Bedeutung von Gesundheit für das alltägliche Leben wird eine weitere Tendenz deutlich, die mit einem sich verändernden Gesundheitsverständnis einhergeht. Indem Gesundheit immer wichtiger für ein gutes Leben und den eigenen Selbstwert geworden ist, ist es auch unerlässlich, den angestrebten Zustand, ist er erreicht, für andere sichtbar zu machen und zu zeigen. So funktioniert mit Herbert Will Gesundheit heute auch als „Botschaft nach außen, die der Ästhetik der Waren entspricht: Ich bin gesund, ich bin leistungsfähig, ich kann arbeiten und genießen.“⁸⁴ Die am fitten und leistungsfähigen Körper sichtbare Gesundheit erhält den Charakter einer beachtlichen Leistung, die, da sie ja eigenverantwortlich und selbstbestimmt erbracht worden ist, den Rang ihres ‚Trägers‘ unmissverständlich erhöht. Damit findet sich eine Medizin, die Gesundheitsförderung und -steigerung zu ihren wichtigsten Kompetenzfeldern erklärt, an einer Schlüsselstellung in einem sozioökonomischen Umfeld wieder, für das Gesundheit, Wohlbefinden und Fitness als „Insignien erfolgreicher Lebensführung“⁸⁵ dienen.

82 So ein Wellnessratgeber aus dem Jahr 1986, zitiert nach Mazumdar (2004), S. 17.

83 Duttweiler (2004), S. 42. Wie gut Anti-Aging als Beratungs-Medizin damit zur gegenwärtigen Hochkonjunktur von Prävention passt, zeigen Projekte, die den präventiven Ansatz auch in der alltäglichen Hausarztpraxis etablieren wollen und dies als „Gesundheitscoaching“ bezeichnen. Siehe Grüninger et al. (2009).

84 Will (1988), S. 58.

85 Schmidt (2007), S. 98. Siehe dort auch zum Einfluss gesellschaftlicher Determinanten dieser Funktion von Gesundheit: „Der Körper wird in der Leistungsgesellschaft zum Schaukasten des eigenen Erfolgs, und Gesundheit als Seinszustand der Selbstoptimierung wird zum Erkennungsmerkmal der Eliten und zum Distinktionsinstru-

In diesem Zusammenhang muss noch angemerkt werden, dass Lebensstilmedizin nicht mit ‚Lifestyle-Medizin‘ identisch ist. Zwar bestehen hier einige Gemeinsamkeiten, doch während Lebensstilmedizin das präventive Potenzial sämtlicher Aspekte der individuellen Lebensführung auslotet, richtet sich Lifestyle-Medizin in erster Linie auf die Verschränkung von Medizin und Wellness mit Eventcharakter (von so genannten ‚Botox-Partys‘ bis hin zu kosmetischen Eingriffen, die in Luxushotels oder in Verbindung mit aufwendigen Urlaubsreisen durchgeführt werden). Damit ist ‚Lifestyle-Medizin‘ dann auch eher als ‚Erlebniskultur-Medizin‘ zu übersetzen.⁸⁶ Nicht selten steht dabei die Vermarktung und der Konsum der entsprechenden Gesundheitsprodukte im Vordergrund, ganz wie es der ‚Zukunftstrend‘ verlangt, wonach Gesundheit künftig in erster Linie „unter Lifestylegesichtspunkten konsumiert wird“⁸⁷.

B.1 (d) Kommerzialisierung und Dienstleistungsparadigma

Der gesamte Bereich der medizinischen Versorgung ist heute ein Sektor der Gesellschaft, der mehr und mehr nach wirtschaftlichen Kriterien strukturiert und an ökonomischen Prinzipien orientiert ist. Permanente Ressourcenknappheit und allgegenwärtige Finanzierungskrisen leisten zudem einem Bedeutungszuwachs von Marktelementen in der Medizin Vorschub.⁸⁸ Dem Strukturwandel des Gesundheitswesens hin zum ökonomisch funktionierenden Marktsystem entsprechen Verschiebungen bei den beteiligten Personen(-gruppen) und ihren Verhaltenseinstellungen.

In einem freien Markt bestimmen Angebot und Nachfrage das Geschehen. Dieses Muster dient nun auch in der Medizin zunehmend als Vorbild, und die Grenzen sowohl zwischen Patienten und Klienten/Kunden als auch zwischen der Arztrolle und der eines Verkäufers werden unklar. So tritt der Arzt immer öfter als Anbieter von medizinischen Dienstleistungen auf, die zwar nur er als kompetenter Experte durchführen kann (und darf), über deren Angemessenheit und Einsatz er aber nicht mehr allein entscheidet. Die ärztliche Urteilskraft und Behandlungsfreiheit wandelt sich zu einer primär beratenden Funktion im Dienste der Meinungsbildung des Kunden, der als selbstbestimmter „Patientensouve-

ment zwischen Masse und Klasse. Wer sich gesund erhält an Körper und Geist, erfüllt die gegenwärtigen Kriterien gesellschaftlicher Passung.“ Ebd., S. 99.

86 Siehe Mühlhausen (2002), S. 14.

87 Huesmann et al. (2006), S. 19.

88 Zur ethischen Diskussion über Gefahren und Grenzen einer Marktorientierung in der Medizin vgl. auch Maio (2008a).

rän“⁸⁹ Wissen und Rat des Mediziners, der entsprechend als „Gesundheits-Consultant“⁹⁰ fungiert, nur mehr als einen Faktor unter anderen im Rahmen seiner freien Entscheidungsfindung berücksichtigt. Dieser wachsenden Dienstleistermentalität auf Seiten der Mediziner entspricht eine erhöhte konsumistische Anspruchshaltung der Kunden-Patienten.

Da angesichts knapper Kassen das Spektrum der solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen begrenzt ist, steigt gleichzeitig die Bereitschaft zu und der Umfang von privaten Investitionen für medizinische Maßnahmen deutlich an. Bezeichnenderweise wird dieser neue und stark expandierende Sektor „Zweiter Gesundheitsmarkt“ genannt, was ein gewisses Maß an Marktförmigkeit des ‚ersten‘, also über Krankenkassenfinanzierung geregelten Gesundheitsbereichs nahe legt.⁹¹ In Deutschland hat diese Entwicklung im umstrittenen Instrument der *Individuellen Gesundheitsleistungen* (IGeL) bereits ihren geregelten Ausdruck gefunden. Diese Selbstzahler-Leistungen sind definiert als „aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar und von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht“⁹². Die Grundbedingung, die eine ärztliche Leistung erfüllen muss, ist also nicht mehr eine quasi-objektiv bestimmbare, krankheits- bzw. heilungsbezogene Notwendigkeit, die nach anerkannten medizinischen Kriterien aus einer Diagnose folgt, sondern die explizit formulierte Präferenz und selbstbestimmte Forderung des „Gesundheitskunden“⁹³ genügt. An IGeL wird somit der ideelle Wandlungsprozess grundlegender Werte und Ziele deutlich, in dem sich die moderne Medizin gegenwärtig befindet.⁹⁴

Der Strukturwandel von Gesundheitswesen und Medizin befördert nun auch ein entsprechend ökonomisiertes Verständnis der medizinischen Grundelemente und Akteure. So bleibt es nicht dabei, Ärzte als „Gesundheitsunternehmer“⁹⁵ und ärztliches (Be-)Handeln als Dienstleistung wie jede andere aufzufassen, viele Apologeten der betriebswirtschaftlichen Medizinoptimierung in Zeiten knapper Kassen gehen – ganz der Logik derartiger marktwirtschaftlicher Begrifflichkeiten gemäß – sogar soweit, den Arzt neben seiner Rolle als Dienstleister gleichzeitig auch zum Produzenten zu deklarieren. Doch stellt sich bei dieser Begriff-

89 Huesmann et al. (2006), S. 11.

90 Ebd., S. 22.

91 Siehe Masekowitz (2007), S. 2612.

92 Raspe (2007), S. 25; vgl. auch Windeler (2006).

93 Huesmann et al. (2006), S. 12.

94 Vgl. Maio (2007c); Raspe (2007); Thanner/Nagel (2009).

95 Rixen (2008), S. 133.

lichkeit die grundlegende strukturelle Frage: Was ist das Produkt, das der Arzt ‚herstellt‘ und der Patient konsumiert? Worauf richtet sich die Nachfrage des Konsumenten im Wartezimmer? Für die Vertreter eines konsequenten Dienstleistungsverständnisses der Medizin scheint die Antwort auf diese Fragen eindeutig zu sein. Was der Patient als Kunde von seinem Besuch in der Arztpraxis erwarten kann, was ihm fehlte, bevor er den Fachmann konsultierte und dieser ihm wieder verschaffen soll, ist Gesundheit. Der Arzt als Gesundheitsdienstleister wird demnach als Fachmann aufgefasst, der dem ihn aufsuchenden Klienten das von diesem verlangte Gut Gesundheit liefert.

In dieser Form einer Objektivierung des Behandlungsziels, die nicht mehr länger die Hilfe beim Gesundungsprozess, als vielmehr die Bereitstellung oder gar Herstellung des Gutes „Gesundheit“ beinhaltet, findet das gewandelte Gesundheitsverständnis überaus deutlich seinen praktischen Ausdruck. Neben ohnehin an Profit interessierten Gruppen und Akteuren im Gesundheitssystem wie Pharmafirmen, Wellnessunternehmen oder auch Apothekern, richten zunehmend auch Mediziner selbst ihr Tun auf die sich abzeichnende Entwicklung aus, „dass Gesundheit mit Lust als Ware gekauft und [...] konsumiert“⁹⁶ wird. Hier zeigt sich unverstellt die materialistische Umdeutung, die der Gesundheitsbegriff unter dem Paradigma der Kommerzialisierung erfährt. Wenn es die Gesundheit selbst ist, die von Medizinern angeboten und verkauft wird, dann kann kein Zweifel an der Waren- und Produktförmigkeit dieser Größe bestehen. Zur Plausibilität dieser Auffassung trägt noch der in manchen Bereichen des Gesundheitssektors betriebene enorme technische Aufwand bei, wie Herbert Will beobachtet: „Im medizinisch-industriellen Komplex werden technische Apparaturen produziert, Arztpraxen, Medikamente und medizinisches Know-how, mit denen sich [...] Gesundheit herstellen lässt.“⁹⁷

96 Huesmann et al. (2006), S. 19. Vgl. dort auch unter zahlreichen ähnlich lautenden Formulierungen: „Gesundheit ist ein Milliarden-Euro-Markt. Und Wohlfühlen und Gesundheit wird immer mehr zum Konsumgut und zum Lifestyle-Produkt.“ Ebd., S. 6.

97 Will (1988), S. 62.

B.2 Grenzen des Gesundheitsbegriffs

Gar nicht krank ist auch nicht gesund.

KARL VALENTIN

Eine kritische Bestandsaufnahme des Bedeutungswandels, den der Gesundheitsbegriff in den letzten Jahren und Jahrzehnten durchlaufen hat, kommt somit zu einem zwiespältigen Ergebnis. Zum einen ist die Renaissance des Leitwertes der Gesundheit nicht nur innerhalb des medizinischen Feldes als Initialgröße des salutogenetischen Ansatzes und Zentrum des Paradigmas einer präventiven und gesundheitsfördernden Vorsorgemedizin zu begrüßen. Auch der gesamtgesellschaftliche Mentalitätswandel, der zu einer deutlichen Stärkung des Bewusstseins für Einflussfaktoren, aber auch Einflussmöglichkeiten auf den eigenen Gesundheitszustand geführt hat und durch die Verankerung der Formel ‚*Vorbeugen ist besser als Heilen*‘ auf individueller wie kollektiver Ebene die Bedeutung gesundheitsfördernden und allgemein vorausschauenden Verhaltens betont, muss als Fortschritt gegenüber einer fatalistisch-bedenkenlosen Einstellung zu Determinanten der eigenen psycho-physischen Verfassung betrachtet werden.

Zum anderen aber muss aus einer medizintheoretischen Perspektive der Aufwertungsprozess der „Gesundheitsidee“ (Dietrich von Engelhardt) differenzierter betrachtet werden. Wenn man von einem Verständnis von Medizin ausgeht, demzufolge das Begriffspaar *gesund/krank* bzw. *Gesundheit/Krankheit* das zentrale und unverzichtbare konzeptuelle Fundament jeglicher Begründung und Orientierung ärztlichen Handelns überhaupt darstellt, dann kommt dem Verhältnis dieser beiden unauflöslich verbundenen Begriffe entscheidende Bedeutung für die Bestimmung dessen zu, was als Medizin und ärztliches Handeln bezeichnet werden kann. Während der Krankheitsbegriff, wie Norbert Paul dies treffend herausstellt, die „*legitimatorische Kategorie*“ für die Notwendigkeit und Zulässigkeit medizinischer Eingriffe darstellt, bildet der Gesundheitsbegriff die „zielführende, *teleologische Kategorie*, auf die alles Handeln bezogen wird“⁹⁸. Dieser teleologischen Funktion entspricht auch die Interpretation des Gesundheitsbegriffs, wie sie in den klassischen Zielformulierungen der Medizin enthalten ist (vgl. dazu exemplarisch das Ergebnis des einschlägigen Projektes am *Hastings Center*⁹⁹). Das hier implementierte Gesundheitsverständnis kann der teleologischen Anforderung einer Ausrichtung auf fest umrissene Ziele deswegen gerecht

98 Paul (2006b), S. 132.

99 Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002).

werden, weil Gesundheit nicht als eigenes Ziel konzipiert ist, das direkt und unabhängig vom Ziel der Krankheitsbehandlung zu verfolgen wäre. Wesentlich ist hierbei, dass die einschlägigen gesundheitsbezogenen Formulierungen durchweg die *Wiederherstellung* und den Erhalt der Gesundheit als Ziel der Medizin konturieren. Das Ziel der Wiederherstellung ist dabei nichts anderes als die gesundheitsbezogene Formulierung des bedeutungsgleichen Ziels, das auf Krankheit, nämlich deren Behandlung, Bekämpfung, Beseitigung etc. bezogen ist. So bestehen zwei dem Gehalt nach austauschbare Möglichkeiten, das finalistische Konditional medizinischen Erfolgs schematisch zu fassen: medizinisches Handeln hat sein Ziel erreicht, wenn der vormals bestehende, nun geminderte Gesundheitszustand wiederhergestellt worden ist, was nicht mehr und nicht weniger bedeutet, als dass die den Gesundheitszustand einschränkende Erkrankung beseitigt, d.h. geheilt worden ist. Das gesundheitsbezogene Ziel lässt sich nun aber nicht nur problemlos in eine ‚pathologische‘ Formulierung übertragen, ihr Sinn und Gehalt kann gar nicht anders praktikabel erklärt und verstanden werden. Wenn von Wiederherstellung der Gesundheit die Rede ist, ist damit stets und unweigerlich auch Krankheit thematisiert. Daraus wird ersichtlich, wie wesentlich es für die Medizin als begründungsbedürftige, aber vor allem als zielbestimmte Praxis ist, dass ihre teleologisch-legitimierenden Grundbegriffe von Krankheit und Gesundheit untrennbar aufeinander bezogen sind.

Ebenfalls aus der begrifflich-konzeptuellen Konstruktion des *gesund/krank*-Begriffspaars geht hervor, dass eine beträchtliche Lockerung und vor allem eine Auflösung dieser direkten Verbindung nicht ohne weitreichende Konsequenzen für die Begründung und Zielbestimmung der Medizin bleiben kann. Wenn für die praktische Umsetzung des Gesundheitsbegriffs in Form konkreter ärztlicher Handlungspraxis das regulative Gegenüber des Krankheitsbegriffs keine Rolle mehr spielt und, wie es in besonders ausgeprägten Formen der *Allround*-Prävention der Fall ist, allein die Gesundheit medizinischer Bezugs- und Angriffspunkt ist, lösen sich umrissene Zielvorgaben auf und dem medizinischen Behandeln bzw. dem Gesundheits-Handeln sind keine Grenzen durch die eigene begriffliche Grundlegung mehr gesetzt. In der Folge einer derartigen Ablösung des Gesundheits- vom Krankheitsbegriff im Rahmen einer Bestimmung medizinischen Handelns werden Überlegungen und Ziele, die die Grenzen der herkömmlichen Zielbestimmung überschreiten und in den Bereich der Gesundheitsoptimierung und -steigerung, von Verbesserung und Enhancement fallen, nachvollziehbar und sind letztlich sogar folgerichtig. Mit den Worten des Psychiaters Markus Pawelzik bedeutet dies, dass wir uns „dank der sich entwickelnden biomedizinischen Möglichkeiten zukünftig immer stärker an positiven Gesundheits-

begriffen orientieren“¹⁰⁰ werden, was dazu führt, dass „der normativ signifikante Schritt von der Prophylaxe zum Enhancement ein immer kleinerer und bedeutungsloserer werden“¹⁰¹ wird.

Diese Neujustierung des Gesundheitsbegriffs, die streng genommen seiner Ent-Justierung im Sinne der Ablösung von festen Bezugspunkten gleichkommt, provoziert nun einen tiefgreifenden Gestaltwandel, der auf die Vorstellung von Gesundheit als direkt herstellbares und steigerbares Gut zuläuft.

Betrachtet man den Gesundheitsbegriff aus einem philosophischen Blickwinkel, wird allerdings schnell deutlich, dass einige der Motive, die im Zuge der skizzierten salutogenetischen Wende dem Verständnis dessen, was Gesundheit ist, mehr oder minder explizit zugeschrieben werden, einer Gesundheitsdeutung, die auch philosophisch-anthropologische Aspekte mit einbezieht, nicht gerecht werden. Zwei Motive einer reduktionistischen Positivierung des Gesundheitsbegriffs sollen im Folgenden als ‚Gesundheitsirrtümer‘ bezeichnet und mit kritischen Einwänden konfrontiert werden. Zunächst wird die Auffassung von Gesundheit als produzierbarem Gut problematisiert (a.), bevor Positionen, die Gesundheit im Zuge einer übersteigerten Hochschätzung als binär-polaren Gegenbegriff zu Krankheit verstehen, integral-holistische Konzeptionen gegenüber gestellt werden (b.).

B.2 (a) Der Irrtum von der Herstellbarkeit und dem Warencharakter: Gesundheit ist kein Produkt

Unter den Leistungen, die im Gesundheitswesen durch die Medizin erbracht werden, findet sich neben den unterschiedlichen Facetten ärztlichen Handelns – in Form von Untersuchungen, Gesprächen, Diagnose-, Indikations- und Prognostellungen, Beratungsleistungen, Operationen, dem Verordnen von Medikamenten, dem Einsetzen medizintechnischer Produkte wie Prothesen oder Implantaten und vielem mehr – immer öfter auch das Angebot ‚Gesundheit‘. Gesundheit kann demnach offeriert, bestellt, geliefert und nicht selten auch gekauft und direkt (und selbst) bezahlt werden. An kaum einer Neuerung im Gesundheitssystem der letzten Jahre wird der Umgang mit Gesundheit so deutlich ersichtlich wie an der Bezeichnung der so genannten *Individuellen Gesundheitsleistungen* (IGeL).¹⁰² Gesundheit rückt hier in die Sphäre des Konsums, wird zur Ware und zum Produkt. Unumwunden kommt in der IGeL-Rhetorik außerdem eine starke

100 Pawelzik (2009), S. 282.

101 Ebd., S. 281.

102 Vgl. auch oben, S. 174f.

Abhängigkeit des individuellen Gesundheitszustands von der jeweiligen Kaufkraft zum Ausdruck.

An dieser Entwicklung sind mehrere Aspekte bemerkenswert. In theoretischer Hinsicht sticht zunächst die begriffliche Verschiebung ins Auge, die ein derart materialistisches Gesundheitsverständnis propagiert. So sind starke Zweifel hinsichtlich der Frage angezeigt, ob sich Gesundheit als definierte Leistung oder gar als Produkt überhaupt erfassen lässt. Schon der alltägliche Sprachgebrauch und ein intuitives Verständnis legen vielmehr nahe, Gesundheit als einen Zustand zu begreifen, in dem Menschen sich befinden können und dessen Hervorbringung alles andere als direkt und kontrolliert steuerbar ist – eine Auffassung, die wiederum auf eine lange medizinische Tradition zurückblicken kann. Einer alten hippokratischen Weisheit zufolge ist es gerade nicht der Arzt, der eine Krankheit bzw. einen kranken Menschen heilt, sondern die Natur: *medicus curat, natura sanat*. Darin kommt die Dimension der komplexen Bedingtheit von Gesundheit (und Krankheit) zum Ausdruck. Genauso wie für das Entstehen, den Verlauf und die Folgen von Krankheiten Faktoren auf den verschiedenen Ebenen des menschlichen Daseins ausschlaggebend sein können und pathologische Zustände somit biologisch-somatisch, seelisch-psychisch und sozial-kulturell bedingt sein können – und meist von allen Faktoren zugleich, d.h. in Wechselwirkung, bedingt sind –, sind auch für das Ent- und Bestehen von Gesundheit immer mehrere Aspekte gemeinsam vonnöten und verantwortlich. Das Zusammenspiel der Wirkkräfte liegt dabei nie vollständig offen und kann dementsprechend immer nur unvollständig und teilweise, ob vom Arzt oder dem Patienten selbst, beeinflusst werden. Das betrifft vor allem die bewusste Steuerung des Genesungsgeschehens, wie Wilhelm Schmid unter Verweis auf das alte Motiv der natürlichen Heilkraft betont, dabei aber auch die eingeschränkten Möglichkeiten, die dem Menschen zur Verfügung stehen, nicht vergisst:

„Was heilt, ist nicht so sehr der Arzt und nicht die Medizin. Was heilt, sind die Kräfte des Körpers, der Seele und des Denkens eines Menschen selbst, die allenfalls von außen zu stimulieren sind. [...] Selbst wenn eine Krankheit ausschließlich somatisch bedingt sein sollte, so ist damit noch nicht gesagt, dass sie auch somatisch bewältigt werden kann.“¹⁰³

103 Schmid (2005), S. 160f. Dabei rückt Schmid seine Kritik an einem somatisch reduzierten Blick der Medizin in die Nähe der Psychosomatik. So liegt seinem Gesundheitsverständnis „ein integrales Menschenbild vom Menschen als Person zugrunde, bei dem die Aspekte Körper, Seele und Geist nicht isoliert voneinander gesehen werden“. Ebd., S. 161.

Auch für den Philosophen Günter Pöltner gehört zum Wesen der Gesundheit, dass sie nicht durch technisches oder Herstellungshandeln machbar ist. Vor allem ist Gesundheit demnach kein Zweck, über dessen Existenz und Gültigkeit der Mensch allein verfügen kann, sondern ein Ziel, das gewissermaßen im Rahmen einer teleologischen Naturverfassung des Menschen mit diesem selbst immer schon gegeben ist:

„Die Gesundheit unterscheidet sich von sonstigen Zwecken, dass sie nicht ein künstlicher, vom Menschen gesetzter, sondern ein von der Menschennatur *vorgegebener* Zweck ist. Gesundheit lässt sich nicht herstellen, sondern eben nur (im besten Fall) wiederherstellen. [Herv. i.O.]“¹⁰⁴

Damit schließt Pöltner gleichzeitig an die traditionellen Ziele der Medizin an, in denen neben der Krankheitsbehandlung und Leidenslinderung die Wiederherstellung der Gesundheit festgeschrieben ist. In dieser Akzentuierung der restituierenden Aufgabe des Arztes ist außerdem die Möglichkeit des Misslingens enthalten, was auf ein grundlegendes Merkmal der Medizin als praktischer Handlungswissenschaft verweist, die zwar auf die Ergebnisse der exakten Naturwissenschaften zurückgreift, diese jedoch immer auf den konkreten und unverwechselbar individuellen Einzelfall anzuwenden hat. Dass der Arzt den Erfolg seines Tuns nie garantieren kann, sondern nur seine Bereitschaft und Einstellung der unbedingten Hilfe versichern kann, hängt nicht zuletzt an der nicht vollständig erkenn- und determinierbaren Bedingtheit von Gesundheit. Der französische Chirurg René Leriche erfasst mit seiner berühmten Definition diese so ungreifbare wie sensible Dimension der Gesundheit, wenn er von Gesundheit als dem „Leben im Schweigen der Organe“¹⁰⁵ spricht.

Zu den bedeutendsten Philosophen, die das Wesen der Gesundheit erörtert haben, gehört Hans-Georg Gadamer. Er schließt an das von Leriche eingefangene Moment der spezifischen Ungreifbarkeit und beschränkten Machbarkeit von Gesundheit an, wenn er die wesentliche Dimension der Gesundheit als „Wunder einer starken, aber verborgenen Harmonie“¹⁰⁶ bezeichnet und in der Verborgenheit jenes Geheimnis der Gesundheit beschreibt, das sich der vollständigen Kontrolle und medizinischen Manipulation letztlich entzieht. Was Gesundheit aus-

104 Pöltner (2007), S. 198.

105 René Leriche: Introduction générale; De la Santé à la Maladie; La douleur dans les maladies; Où va la médecine?, in: Encyclopédie française, Bd. IV, 1937 IV, S. 16-1, zitiert nach Canguilhem (1977), S. 58.

106 Gadamer (1993b), S. 165.

macht und sie bewirkt, geht demnach weder in einer kausalen Erklärung auf, noch ist der Gesundungsprozess vollständig bestimmbar:

„Es handelt sich nicht um die bloße Übereinstimmung von Ursache und Wirkung, von Eingriff und Erfolg, sondern um eine verborgene Harmonie, um deren Wiedergewinnung es geht, und in der schließlich das Wunder der Rekonvaleszenz und das Geheimnis der Gesundheit liegt. Sie bedeutet Geborgenheit.“¹⁰⁷

Gerade die Gesundheit muss mit Gadamer als integrative Größe verstanden werden, die nicht isoliert betrachtet und gesteigert werden kann, sondern immer Teil eines größeren Ganzen ist, innerhalb dessen sie sich auszeichnet als „natürlicher Gleichgewichtszustand“¹⁰⁸, der durch den Arzt nicht hergestellt, sondern nur wiederhergestellt werden kann. Gadamers vielbeachteter gesundheitsphilosophischer Entwurf findet auch einhellige Zustimmung und Bestätigung aus den Reihen der Medizingeschichte. So stellt Heinrich Schipperges heraus, wie eng der geheimnisvolle Zustand und Balanceakt der verborgenen Gesundheit mit dem Wesen des Menschen selbst verbunden ist: „Daher ist Gesundheit auch nicht zu wünschen, nicht zu machen oder zu reparieren; Gesundheit ist ein Teil unseres Selbst!“¹⁰⁹ Und Klaus Bergdolt bezeichnet Gesundheit ganz gadamerisch als „eine Art Schwerelosigkeit, die niemals erzwungen werden kann“¹¹⁰.

Eine materialistische Auffassung von Gesundheit, die diese als Leistung und Produkt begreift, liegt völlig konträr zu diesen anthropologisch-holistischen Einsichten. Produkte und Güter sind Gegenstand wirtschaftlicher Kalküle, sie werden produziert und hergestellt. In Bezug auf das vermeintlich herstellbare *Produkt Gesundheit* und mit Blick auf gegenwärtige Tendenzen der Erweiterung des medizinischen Einfluss- und Handlungsbereichs ist daran vor allem eine Eigenschaft bezeichnend, die Produkten innewohnt. Als Ergebnis eines Herstellungsprozesses sind Produkte in der Regel vorläufige Endstadien mehr oder weniger langer und gewundener Wege der Entwicklung, Verbesserung und Perfektionierung – gemessen an dem jeweiligen Zweck, für dessen Erfüllung das Produkt instrumentell verwendet werden soll. Vorläufig sind Produkte jedoch immer nur

107 Gadamer (1993c), S. 148.

108 Gadamer (1993a), S. 55. Vgl. ähnlich Jürgen Mittelstraß, der die Behauptung von Horst Baier, ‚Gesundheit sei eine herstellbare, beherrschbare und berechenbare Sache geworden‘ rundum zurückweist: „Das ist sie, nicht nur aus Sicht der kurativen Medizin, mit Sicherheit nicht.“ Mittelstraß (2004), S. 145.

109 Schipperges (1980), S. 26f.

110 Bergdolt (2011), S. 22.

deshalb, weil mit den Möglichkeiten sich weiter entwickelnder Techniken und verfeinerter Produktionsmethoden auch die Produkte selbst weiter verbessert werden können und so noch effizienter, noch passgenauer in der Eignung für ihren Zweck gemacht werden können. Ein Produkt lässt sich in diesem Sinne stets noch steigern und optimieren. Ganz dieser Steigerungslogik verhaftet, fragt sich der naturwissenschaftlich denkende Mediziner, der einem materialistischen Gesundheitsbegriff anhängt und sich das optimale Gesundheitsprodukt, d.h. seine Herstellung, Verbreitung und Anwendung, zum Ziel gesetzt hat, dann auch folgerichtig, weshalb dem Hervorbringen und Produzieren dieses erstrebten Ziels Schranken gesetzt sein sollten. Und so wird ersichtlich, dass und wie aus der Logik des technisch-machbaren Zugriffs und der kompletten Verfügbarkeit, die ein Verständnis von Gesundheit als herstellbarer Ware impliziert, die Konsequenz einer prinzipiell unbeschränkten Gesundheitssteigerung in Form optimierenden Enhancements folgt.

Dass die Idee der Steigerung, die Gesundsein dabei auf die Bedingung der Möglichkeit zur Glücksmaximierung reduziert und als instrumentell einsetzbare Ressource sieht, allerdings unvereinbar mit einem Verständnis von Gesundheit ist, das die anthropologische Dimension dieses Zustands berücksichtigt, hebt Michael Sandel (mit Blick auf die von einigen Utilitaristen behauptete Elternpflicht, gesunde Kinder zu optimieren) hervor:

„Gute Gesundheit, wie guter Charakter, ist ein konstitutives Element menschlichen Gedeihens. Obwohl mehr Gesundheit besser ist als weniger, wenigstens innerhalb einer gewissen Bandbreite, ist sie doch kein Gut, das sich maximieren lässt.“¹¹¹

Ganz in diesem Sinne bringt auch Georges Canguilhem – der Gesundheit übrigens dezidiert zu einer „Frage der Philosophie“¹¹² erklärt hat – angesichts des besonderen Charakters der Verborgenheit von Gesundheit den Irrtum ihrer Maximierung mit einer Analogie auf den Punkt. Canguilhem beschreibt Gesundheit als „Wahrheit des Körpers in der Situation der Betätigung“, und diese Wahrheit als die dem Körper „eigene Verfassung oder existentielle Authentizität“¹¹³. Mit Blick auf die Idee der Optimierung stellt sich hier die Frage: wie ließe sich Authentizität oder gar Wahrheit steigern? Kann es Wahrheit geben, die noch nicht optimal ist, die verbessert werden könnte, ohne gerade ihren Gehalt, den Wahrheitsgehalt zu zerstören, etwa durch Zensur oder Beschönigung? Es ist

111 Sandel (2008), S. 70.

112 Canguilhem (2004a).

113 Canguilhem (2004b), S. 64.

wohl richtig, dass es stets zu wenig Informationen geben kann, ungenügend unklare Auskünfte oder völlig unbefriedigende Unwahrheiten. Aber Unwahrheiten sind eben keine verbesserungsbedürftigen oder suboptimalen Wahrheiten, sondern schlicht unwahr und damit *gar keine* Wahrheiten. In dieser Hinsicht scheint es sich nun ganz ähnlich mit dem Konzept der Gesundheit zu verhalten. Wenn hier von Steigerung und Optimierung die Rede ist, so sind doch eher Leistung und Kraft, Ausdauer und derlei andere messbare Größen gemeint. Freilich leisten solche quantifizier- und objektivierbaren Faktoren ihren Beitrag zum individuellen Gesundheitszustand und zu der Möglichkeit gesund zu sein, sie lassen sich aber keinesfalls gleichsetzen mit Gesundheit, dieser immer wieder ungreifbaren Zustandsdimension menschlicher Existenz, welche sich beileibe nicht auf physiologische Parameter reduzieren lässt. Ludger Honnefelder erteilt demgemäß einem somatisch reduktionistischen Blick auf den Menschen und seine Gesundheit eine Absage und plädiert dafür, auch die sozialen und gesellschaftlichen Komponenten in eine Erörterung des Gesundheitsbegriffs mit einzubeziehen, wenn er hervorhebt, dass

„das Verständnis der Gesundheit aber nicht in der Definition des altersgemäßen Zustands der humanbiologischen Basisfunktionen aufgeht, sondern starke Elemente der individuellen und gruppenspezifischen Selbstdeutung enthält, also zutiefst sozio-kulturell geprägt ist. Gesundheit ist stets auch Resultat der Selbstdeutung des Menschen und des Verständnisses von gelungenem Leben.“¹¹⁴

Insofern ist immer zu bedenken, dass Gesundheit eine hermeneutische Dimension aufweist, die gerade in medizinisch relevanten Belangen, im Umgang mit sowohl akuten Krankheiten als auch chronischen Erkrankungen, von enormen Bedeutung sein kann. Das Vermögen, im Kontext des Eingebundenseins mit anderen zu sich selbst in ein reflexives Verhältnis zu treten, um eine gelassene Haltung auch zu störenden und hemmenden, zu beschwerlichen und pathogenen Elementen des Lebens zu erreichen, stellt demnach eine besondere Form des Gesundseins dar. Giovanni Maio schlägt ganz in diesem Sinne vor, Gesundheit zu verstehen als die

„Fähigkeit, sich als Mensch in seiner Angewiesenheit anzunehmen, so dass nach dieser Vorstellung gerade der Mensch gesund wäre, der befähigt ist, in ein gutes und akzeptierendes Verhältnis zu seinem Kranksein zu treten“¹¹⁵.

114 Honnefelder (2007), S. 20f.

115 Maio (2009b), S. 370.

B.2 (b) Der Irrtum vom Selbstzweck:**Gesundheit ist ungreifbare Verborgenheit**

Wie an dem gegenwärtigen Bedeutungswandel hin zu einem positivistischen und materialistischen Gesundheitsbegriff deutlich wird, gerät durch diese Akzentverschiebung der Komplementärbegriff der Krankheit systematisch aus dem Blick. Dem flüchtigen Gleichgewichtszustand, von dem Gadamer in seiner Annäherung an eine Definition von Gesundheit spricht, kommt damit eine wesentliche Stütze abhanden. Denn ebensowenig wie eine brauchbare Zielbestimmung des praktischen Tuns der Medizin auf eine der beiden Hälften des zugrunde liegenden Begriffspaars *Gesundheit/Krankheit* verzichten kann, genauso wenig entspricht ein Gesundheitsverständnis, das Krankheit als der Gesundheit diametral entgegengesetztes Übel auszublenden bemüht ist, der anthropologischen Bedeutung dieser Größen. Auch in dieser Hinsicht spricht vieles für einen holistischen Ansatz. So ist eine Stärke eines ganzheitlichen Modells, dass Gesundheit und Krankheit zwar weiterhin Gegenbegriffe darstellen, jedoch Gegenbegriffe, die sich nicht *per definitionem* ausschließen. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall, wie Canguilhem klarstellt: „Bei guter Gesundheit sein heißt: krank werden können und doch davon genesen.“¹¹⁶ Nach dieser Auffassung bedingen sich Krankheit und Gesundheit als anthropologische Grundkategorien gegenseitig und sind als untrennbarer Doppelaspekt des Lebens zu verstehen, dessen zwei Seiten beständig aufeinander verweisen. Und mehr noch, nicht nur hängen Gesundheit und Krankheit somit konstitutiv voneinander ab, als ambivalent-normative Lebens-Dimensionen können sie sich dabei, was zunächst paradox erscheint, in ihrer Gegensätzlichkeit jeweils mit umfassen. Diese scheinbare Widersprüchlichkeit löst sich auf, wenn man sich mit Wilhelm Schmid klar macht: „Das Gegenteil zu Gesundheit ist nicht Krankheit“, vielmehr kann es „ein Aspekt der Gesundheit sein, krank zu werden, und es krank sein, unter problematischen Bedingungen um jeden Preis gesund zu bleiben“¹¹⁷. Canguilhem geht noch einen Schritt weiter

116 Canguilhem (1977), S. 134.

117 Schmid (2005), S. 155f. Vgl. dazu auch Schmid's anschauliche Beispiele: „Es kann krank machen, immer nur gesund sein zu wollen: Der arbeitswütige Mann, der alle Anzeichen einer Grippe ignoriert und mit Medikamenten niederkämpft, laugt über kurz oder lang seine Körperkräfte völlig aus. Es kann demgegenüber ein Aspekt von Gesundheit sein, krank zu werden: die junge Frau, die sich um Arbeit, Haushalt und Kind zugleich bemüht und all dies nichts weniger als perfekt handhaben will, wird von einem höllischen Rückenschmerz zu Fall gebracht – aber die Krankheit kann ihre Chance sein, die Beziehung zu sich selbst wieder zu gewinnen, die ihr verloren gegangen ist.“ Schmid (2009), S. 450f.

sieht nicht nur in dem Krankseinkönnen, sondern sogar auch in der Fähigkeit des Krankseinwollens ein wichtiges Merkmal des Gesundseins. So ist ihm der Umstand, dass Menschen sich in freier Entscheidung zu kontinuierlichem, gesundheitsschädigendem Verhalten wie Rauchen, regel- und übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum oder hochriskanten Freizeitaktivitäten entschließen können, Beleg für die These, „dass die Möglichkeit, mit der Gesundheit Missbrauch zu treiben, selber Teil der Gesundheit ist“¹¹⁸. Dass demnach also mit den Worten von Franz Vonessen „Krankseinkönnen zur Gesundheit gehört“¹¹⁹, zeigt, wie verfehlt und ‚ungesund‘ eine einseitige und absolute Abwertung von Kranksein und Krankheit sein kann: „Aber um jeden, auch den unvernünftigen Preis gesund sein wollen ist Krankheit.“¹²⁰

Die Umkehrung der Warnung vor einer Dämonisierung von Krankheit gilt natürlich entsprechend, worauf die bekannten und hinlänglich vorgebrachten Einsprüche gegen Körperkult und Gesundheitswahn abzielen. Solche Kritik an einer Überschätzung der Gesundheit setzt ebenfalls bei der Gleichsetzung von Gesundheit mit einer Ware an, mit einem Rohstoff, der als „Schlüsselressource der Zukunft“, zum „Megatrend“, gar zum „Megawert“¹²¹ und schließlich zu einem „Fetisch“¹²² mutiert, auf den sich in der säkularisierten Gesellschaft alles Streben und Verlangen nach transzendenter Sinngebung richtet. Doch wird Gesundheit zum Selbstzweck und obersten Ziel bzw. zum ‚höchsten Gut‘, droht gerade dieses absolut gesetzte Ziel verfehlt zu werden. Mit Volker Gerhardt ist daher daran zu erinnern,

„dass die Gesundheit nicht als Ziel selbstständiger Lebensführung angesehen werden kann, sondern dass sie bei alledem nur als die von uns gewünschte und gewollte Voraussetzung betrachtet werden kann.“¹²³

Angesichts ihrer fragilen Ungreifbarkeit, in der Gesundheit als wichtige und angestrebte, doch nicht unerlässliche Bedingung der Möglichkeit gelingenden Lebens sämtliche Bezüge eines selbstbestimmten Lebens durchzieht, scheint somit die Aufwertung von Gesundheit zum Selbst- und Lebenszweck der sicherste Weg zu sein, ihr ureigenes, konstitutives Wirkprinzip zu zerstören, welches Ga-

118 Canguilhem (1977), S. 135. Vgl. ganz ähnlich Schmid (2005), S. 153f.

119 Vonessen (1971), S. 536.

120 Ebd.

121 Huesmann et al. (2006).

122 Will (1988).

123 Gerhardt (1992), S. 11.

damer mit den Formeln der Verborgenheit und des „selbstvergessenen Weggegebenseins“¹²⁴ eingefangen hat.

C. ZWISCHENFAZIT: DAS GESUNDHEITSMISSVERSTÄNDNIS ALS SCHRITT ZUR AUSWEITUNG DER MEDIZIN

So lässt sich resümieren, dass die Medizin heute zwar einerseits wieder zurückfindet zu einer Orientierung an Gesundheit, die bis zur Neuzeit verbreitet war und im Laufe des epochalen Aufstiegs des naturwissenschaftlichen Denkens und der enormen technischen Fortschrittsgeschichte mehr und mehr von einem pathogenetischen Blick und primär kurativen Interesse verdrängt worden war; dass aber doch andererseits diese medizinische Erinnerung an die Gesundheit als positiven Wert gleichsam über das ‚gesunde‘ Maß einer Ergänzung der Krankheitsorientierung hinausgeht und sich in wechselseitiger Affirmation mit starken gesellschaftlichen und kulturellen Tendenzen zu einem dogmaähnlichen Leitwert, der teilweise wahnhaftige Züge zeigt, verbindet. Vor allem durch die starke Akzentuierung des präventiven Moments wird so aus der traditionellen Aufgabe ärztlichen Handelns, die darin bestand, dem kranken Menschen in seiner Situation beizustehen, die medizinische Zielsetzung, den gesunden Menschen darin zu unterstützen, sich im Vorhinein gegen jede mögliche Gesundheitsgefahr zu wappnen. Zugespitzt geht es der Medizin nicht mehr darum, mit Krankheit umzugehen, sondern Krankheit zu umgehen. Was durch eine derartig radikale Krankheitsnegativierung aber abhanden kommt, ist das Bewusstsein für die anthropologische Grundverfassung, die mit dem Begriffspaar *gesund/krank* zum Ausdruck gebracht wird, ein wesentliches Element der *conditio humana*, in dem die aufeinander verweisende, dialektische Doppelbeziehung von Gesundheit und Krankheit sich entfaltet.

Neben derartigen philosophisch-anthropologischen Bedenken, die die Neuinterpretation des Gesundheitsbegriffs hervorruft, führt der salutogenetisch ansetzende Perspektivenwechsel innerhalb der konventionellen Zielsetzung der Medizin zu medizintheoretisch weitreichenden Konsequenzen. Wenn die Leitgröße der Krankheitsbehandlung mehr und mehr von der Konzentration auf Gesundheit – ihrer Wiederherstellung, ihrem Erhalt und ihrer Stärkung – verdrängt wird, geraten die Stützen der für die Begründungsfrage ärztlichen Handelns essenziellen Konstruktion aus Indikationsstellung, Zielen der Medizin sowie dem Krankheitsbezug – als Kern des therapeutischen Paradigmas – in

124 Gadamer (1993b), S. 165.

Bewegung. Indem eine neue Gewichtung der medizinischen Zielbestimmung zugunsten der direkten Beschäftigung mit Gesundheit den bislang notwendigen ‚Umweg‘ über den Bezug auf Krankheit aufgibt, droht ein Prozess in Gang gesetzt zu werden, an dessen Ende sich der Gesundheitsbegriff als Zielgröße medizinischen Handelns ganz von therapeutischen Intentionen lösen kann. Damit würden die Begründungs- und Normierungsverhältnisse der Medizin erodieren, so dass schließlich keine Anhaltspunkte mehr gegeben wären, um etwa zwischen streng kurativer Krankheitsbehandlung und indikationslos-unbeschränktem Enhancement eine legitimatorisch aussagekräftige Grenze ziehen zu können. Das therapeutische Paradigma würde sich damit auflösen und der beliebigen Ausweitung des medizinischen Handlungsbereiches stünde nichts mehr im Wege.

D. OPTIONEN EINER AUSWEITUNG DER MEDIZIN

Der Arzt ist für die Krankheiten der Kranken da;
nicht die Gesunden bedürfen des Arztes!

HEINRICH SCHIPPERGES¹²⁵

Sämtliche Formen der Anwendung und Umsetzung medizinischer Leistungen und Maßnahmen, die bislang nicht zum Zuständigkeitsbereich der Medizin und dem ärztlichen Tätigkeitsfeld gehörten, stellen Formen einer Ausweitung der Medizin dar. Da es sich bei der Medizin um ein Berufsfeld und zugleich einen Bereich des öffentlichen Lebens handelt, von dem jeder einzelne Mensch – zumindest potenziell – in existenzieller Weise abhängig ist und der nicht nur von hohem gesellschaftlichen Interesse ist, sondern dabei ein in besonderem Maße regulierter und normierter Sektor ist, gehorchen Veränderungen in der Struktur und dem Anwendungsbereich der Medizin nicht den ansonsten weithin herrschenden Prinzipien marktwirtschaftlicher Selbststeuerung von Angebot und Nachfrage und den ökonomisch geleiteten Mechanismen von Expansion und Verdrängung, denen andere Sparten der Dienstleistungsgesellschaft ausgesetzt sind. Die Medizin zählt zu den wenigen so genannten *Musterprofessionen*, was bedeutet, dass sie in einer exponierten und privilegierten Stellung unverzichtbare Dienste für die Gemeinschaft leistet und moralisch hochstehende Aufgaben von gesamtgesellschaftlicher Verantwortung bewältigt.¹²⁶

125 Schipperges (1980), S. 14.

126 Musterprofessionen erbringen als „funktionale Sondererscheinungen moderner Gesellschaften [...] Leistungen, die auf zentrale gesellschaftliche Werte bezogen sind,

Eine Ausweitung des medizinischen Feldes ist daher in besonderer Weise legitimationsbedürftig, und die Art und Weise einer entsprechenden Begründung für die Identität und das Selbstverständnis der Medizin signifikant. Aus medizin-theoretischer Perspektive lassen sich nun zwei prinzipielle Möglichkeiten unterscheiden, wie eine Expansion des ärztlichen Handelns und eine damit einhergehende proklamierte Erweiterung der medizinischen Zuständigkeit begründet werden können. Dabei ist der maßgebliche Bezugspunkt die klassische Definition von Medizin in Form der traditionellen Zielsetzung des therapeutischen Paradigmas. Während neuartige Anwendungsfälle medizinischer Maßnahmen, die sich an der konventionellen Bestimmung ärztlichen Handelns orientieren und sich darauf berufen, krankheitsbezogenen Zielen der Medizin zu folgen, als *pathologisierende* Erweiterungsformen bzw. Argumentationen bezeichnet werden können, stellen Begründungsfiguren, die den Einsatz von Medizin zu Zwecken rechtfertigen, die außerhalb der Zielformulierung liegen und damit auf den Krankheitsbezug verzichten, ihr *medikalisierendes* Gegenüber dar.

Entgegen der mitunter vorzufindenden begrifflichen Unschärfe soll an dieser Stelle nachdrücklich zwischen Medikalisierung und Pathologisierung differenziert werden. So wird im Folgenden ein enges Verständnis des Medikalisierungsbegriffs zugrunde gelegt, das sich nur auf jene Formen einer „Ausweitung eines Marktes für medizinische Dienstleistungen“¹²⁷ bezieht, die nicht über den Krankheitsbezug bzw. therapeutischen Heilungsauftrag der Medizin legitimiert werden – auch wenn rein wunscherfüllende Expansion wiederum pathologisierende Effekte haben kann.¹²⁸

wie etwa Gesundheit, Recht oder Moral; sie beziehen sich auf universelles Wissen, das dazu verwandt wird, durch Werte vorgegebene gesellschaftliche Probleme zu lösen“. Labisch/Paul (2000), S. 637. In diesem Sinne betont der Rechtswissenschaftler Jochen Taupitz die „Zentralwertbezogenheit“ des freiberuflichen Handelns, das in professionsidentifizierender Weise die „Erhaltung und Förderung ‚ethischer Sachgehalte‘“ zur Aufgabe hat. Zitiert nach Kluth (1993), S. 149f.

127 Siegrist (2000), S. 240.

128 Darauf weist etwa Maio hin. Maio (2006), S. 346. Hinsichtlich der Frage jedoch, wie neue Zuständigkeiten der Medizin gerechtfertigt werden, ist das entscheidende Kennzeichen medikalisierender Positionen, Medizin rein instrumentell zu verstehen, als zur Erfüllung nichtmedizinischer Zwecke geeignet – und deshalb auch berechtigt.

D.1 Die Option der Pathologisierung: Neue Krankheiten

Die Behauptung medizinischer Zuständigkeit und der damit einhergehende Anspruch, dass ärztliches Handeln und Behandeln nicht nur zulässig und angemessen, sondern auch geboten und notwendig ist, sind herkömmlicherweise, aber auch begrifflich direkt mit dem Krankheitsbegriff verbunden. Dieses Legitimations- und Begründungsmuster impliziert, dass Zustände, die mit einer gewissen Dringlichkeit, über die der Betreffende nur begrenzt verfügen kann, ihre Beendigung oder zumindest Milderung erforderlich machen, die Medizin als dazu spezifisch geeignete Profession berechtigen und verpflichten, dieser normativen Struktur zu genügen und ihrem Auftrag der unbedingten Hilfe im Krankheitsfall nachzukommen. Die enge Verknüpfung des entsprechenden, am therapeutischen Paradigma orientierten ärztlichen Selbstverständnisses mit dem ebenfalls krankheitsbezogen formierten Gegenstandsbereich ärztlichen Handelns belegt den Anspruch einer doppelten Exklusivität der Medizin, welche durch eine simple Faustregel illustriert werden kann: wer krank ist, geht zum Arzt und wen ein Arzt behandelt, ist krank. Darin kommt die Essenz des therapeutischen Paradigmas zum Ausdruck, wonach die Medizin nur für die Behandlung von Krankheiten zuständig ist und gleichzeitig nur die Medizin für die Behandlung von Krankheiten zuständig ist. Weniger pointiert muss hierbei natürlich ergänzt werden, dass zum einen der klassischen Zielbestimmung zufolge zu medizinischen Aufgaben auch die Leidenslinderung, der Gesundheitserhalt sowie die Ermöglichung menschenwürdigen Sterbens zählen, und dass zum anderen die Medizin nicht völlig exklusiv berechtigt ist, sich der Bewältigung und Besserung von Krankheiten und Verletzungen zu widmen. Trotzdem schränken beide Ergänzungen die These der doppelten Exklusivität nicht ein, da einerseits auch diejenigen klassischen Ziele, die nicht direkt Krankheitsheilung betreffen, auf Krankheit bezogen sind und da andererseits die (Schul-)Medizin doch in paradigmatischer Weise einen unangefochtenen Kompetenz- und Effektivitätsvorsprung sämtlichen alternativen Reaktionsweisen gegenüber für sich in Anspruch nehmen kann.¹²⁹

Die wechselseitige direkte Verweisrelation von ärztlicher Tätigkeit und pathologischer Klassifizierung bietet nun auch für ganz neue Felder medizinischer Behandlung die Grundlage, entsprechendes ärztliches Handeln als legitimen Ein-

129 In diesem Punkt ist Medizin gleichbedeutend mit Schulmedizin, und Formen alternativer Heilmethoden oder der Komplementärmedizin werden der schematischen Klarheit wegen nicht zur Medizin gezählt.

satz und gerechtfertigte Anwendung von Medizin zu begreifen. Die Verankerung dieser Rechtfertigungsstrategie im therapeutischen Paradigma macht es für Expansionsbewegungen des medizinischen Feldes in neue Sphären des Zugriffs und der Kontrolle zur unabdingbaren Voraussetzung, dass „die Medizin ihren Gegenstandsbereich als Krankheit betrachten [muss], um ihren Zugriff auf diese Sphäre zu legitimieren“¹³⁰.

Durch einen definitorisch-explikativen Akt lassen sich Zustände und Prozesse, die bislang nicht als medizinisch relevant wahrgenommen wurden, sondern vielmehr als natürlich, normal und nicht-krankhaft galten, als krank klassifizieren und in den fraglos anerkannten Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns integrieren, ohne die konventionelle Zielbestimmung der Medizin herauszufordern oder gar links liegen lassen zu müssen. Die betreffenden Sachverhalte wechseln durch diesen Vorgang ihren gesundheitsspezifischen Status und werden künftig als pathologisch, krankhaft und damit durch die Medizin behandlungsbedürftig angesehen.¹³¹ Dabei muss die Neudefinition von Zuständen als pathologisch freilich weniger als punktueller, dezisionistischer Moment einer einseitig sich manifestierenden medizinischen Deutungsmacht vorgestellt werden, sondern meint den Effekt eines mitunter schleichenden und oft durchaus hochkomplexen Aushandlungsprozesses, an dem unterschiedliche gesellschaftlich wirksame Faktoren und Akteure beteiligt sind. So ist die öffentliche Meinung, allgemeine Wahrnehmung und mediale Kommunikation der betreffenden Verhaltensweisen, Typisierungen und Problemkontexte ein wichtiges Element dieses Diskurses, das sowohl für die Akzeptanz neuer Krankheiten unerlässlich ist, daneben aber auch durch Pathologisierungstendenzen beeinflusst wird, die von der Medizin vorgeschlagen bzw. vorgegeben werden. Die Rolle, die die Fachautorität medizinischen Sachverstands dabei spielt, hängt meist an ihrer Verbindung mit der durch neu entwickelte pharmakologische oder medizintechnische Mittel und Verfahren geschaffenen Behandelbarkeit der infrage stehenden Zustände und Symptome. Dass mit den Grenzen der Behandelbarkeit sich auch unweigerlich die Grenzen der Einstellungen und Ansprüche, die sich auf die veränderbaren Zustände beziehen, verschieben, betont Pawelzik:

130 So der Medizinsoziologe Fabian Karsch, der die unter dieser begründungstheoretischen Prämisse erfolgenden Pathologisierungsvorgänge auch „Etikettierungsprozesse“ nennt. Karsch (2011), S. 272.

131 Vgl. dazu Pawelzik (2009), S. 278.

„Wie wir biologische Befindlichkeiten einordnen, hängt [...] von Kontextfaktoren ab, zu denen nicht zuletzt die Grenzen des medizinisch Machbaren und die damit einhergehenden Erwartungen und Maßstäbe gehören.“¹³²

Am Moment der Pathologisierung erweist sich somit, wie stark die Interpretation und die Grenzen des Begriffs von Krankheit – und analog von Gesundheit – von dem meist technisch bedingten Grad und Ausmaß der tatsächlich gegebenen Möglichkeiten der Behandlung und Therapie abhängt, was Wolfram Eberbach trefflich hervorhebt:

„Was Gesundheit oder Krankheit ist, [...] wird mitbestimmt durch den Fortschritt der medizinischen Fähigkeiten. So mag heute beispielsweise die Schiefstellung von Zähnen als behandlungsbedürftig gelten, weil sie inzwischen mittels Zahnsperre gerichtet werden kann; Kleinwüchsigkeit, früher ‚gottgegeben‘, aber keine Krankheit, kann grundsätzlich medikamentös behandelt werden. Durch die Zunahme medizinischer Interventionsmöglichkeiten wird so die Messlatte für Krankheit immer höher gelegt, gelten immer mehr gesundheitliche Befindlichkeiten als ‚krank‘, weil nun behandelbar – der Zwang zur Hin- nahme als schicksalsgegeben entfällt.“¹³³

Zweifellos haben der therapeutische Fortschritt und insbesondere die medizintechnischen Innovationen durch das erweiterte Spektrum und gestiegene Niveau der Machbarkeit entscheidenden Einfluss auf pathologisierende Tendenzen. Deshalb ist auch davon auszugehen, dass Pathologisierung als Begleiterscheinung technologischer Entwicklung ein dauerhaftes Phänomen moderner Gesellschaften darstellt.

D.1 (a) Chancen einer pathologisierenden Ausweitung der Medizin

Dass es durch die Fortentwicklung medizinischer Behandlungs- und Manipulationsmöglichkeiten nicht mehr notwendig ist, angeborene bzw. ‚naturegegebene‘ Befindlichkeiten und Eigenschaften fatalistisch hinzunehmen, deutet auf durchaus positive Effekte einer pathologisierenden Expansion der Medizin hin. Bei aller Vorsicht, die im Falle der ‚Entdeckung‘ neuer Krankheiten schon aus begriffstheoretischen Gründen geboten ist, ist auch zu erörtern, ob die Pathologisierung vormals nicht krankhafter Zustände nicht auch Vorteile für die Betroffenen mit sich bringt.

¹³² Ebd., S. 279.

¹³³ Eberbach (2009), S. 18.

Angesichts der in sozialer Hinsicht eminent bedeutungsvollen Normativität des Krankheitsbegriff und seiner Anwendung ist zu berücksichtigen, dass die Einstufung von störendem oder problematischem Verhalten als krank durchaus auch entlastende und entstigmatisierende Auswirkungen zeigen kann. Die Pathologisierung etwa von auffälligen psychischen Störungen kann dazu beitragen, dass der Betreffende, nun in seiner neuen, ‚fachlich zugewiesenen und anerkannten‘ Rolle als pathologisch Leidender und Patient, seinen auch von ihm selbst als problematisch empfundenen Zustand nicht mehr als naturgegebenen Teil seiner Persönlichkeit oder selbstverantworteten Tick verstehen muss, den er aus eigener Kraft zu überwinden oder aber hinzunehmen hat. Vielmehr kann die Klassifizierung als Krankheit von dem Betroffenen den Druck nehmen, sich selbst für seinen Zustand in vollem Umfang verantwortlich zu machen und dementsprechende Schuldgefühle zu entwickeln. Im Rahmen seiner groß angelegten Kritik an der Deutungsmacht der Medizin hat Ivan Illich auch diesen Pathologisierungseffekt individueller Entlastung betont:

„Solange Krankheit als etwas verstanden wird, das von den Menschen Besitz ergreift, das sie ‚befällt‘ oder ‚ereilt‘, können die Opfer solcher natürlichen Vorgänge von der Verantwortung für ihren Zustand freigesprochen werden.“¹³⁴

Und nicht nur eine etwaige Verantwortung für den selbstverschuldeten Zustand wird somit entkräftet; indem dieser mit medizinischer Autorität pathologisiert wird, wird darüber hinaus signalisiert, dass das entsprechende Symptom kontrolliert und vor allem als prinzipiell behandelbar eingestuft wird, was dem Betroffenen Grund zur Zuversicht geben mag. Insofern kann mit der Pathologisierung eines Zustands auch ein implizites Hilfsversprechen der Medizin einhergehen, das zumindest durch die Tatsache der medizinisch-nosologischen Erfassung des Beschwerdetyps eine indirekte Zusage der Behandlungsmöglichkeit trifft und

134 Illich (1995), S. 121. Allerdings steht dies für Illich im Rahmen einer umfassend systemkritischen Position, die die Medizin als willfähiges Ausführungsorgan der herrschenden Klasse in einer politisch unfreien Industriegesellschaft begreift und auch deren Definitionshoheit über die Krankheitsterminologie als Instrument der systemerhaltenden Macht über die Individuen geißelt. Illichs Analyse ist in vielen Grundmotiven zwar zutreffend, muss aber vor allem angesichts der Wechselwirkungen, die heute zwischen Medien, Politik, Medizin und ihrer Wahrnehmung und Wirkung in der Bevölkerung bestehen, differenzierter betrachtet werden. Zur medizinsoziologischen und -psychologischen Aufnahme und Rezeption von Illichs Medizinkritik siehe BÄKNW (1977); Flöhl (1979).

durch eine derartige ‚quasi-objektive‘ Feststellung dem Betroffenen in Aussicht stellt, mit seinem Zustand nicht allein gelassen zu werden.¹³⁵

D.1 (b) Kritische Aspekte einer pathologisierenden Ausweitung der Medizin

Eine Ausweitung des ärztlichen Handlungsbereiches bedeutet unter den Vorzeichen heutiger medizinischer Behandlungspraxis immer auch einen gesteigerten Einsatz und Umsatz von Arzneimitteln (wie Tabletten, Lösungen, Pflaster, Cremes und Implantate) und Medizinprodukten (wie Prothesen, ärztliche Instrumente, Diagnostik- und Behandlungsgeräte). So kann es nicht verwundern, dass die Unternehmen und Lobbygruppen der entsprechenden Wirtschaftszweige nicht uninteressiert an einer expansiven Entwicklung der Medizin sind, sondern als einflussreiche Kräfte die Auseinandersetzung und Meinungsbildung über die Grenzen einer gesellschaftlich akzeptablen Krankheitsdefinition öffentlich (aber auch halböffentlich im direkten Kontakt mit Ärzten und Apothekern) zu beeinflussen versuchen. Daher beschränkt sich die Mitwirkung an der Ausweitung der Medizin von Seiten der Arzneimittelbranche nicht darauf, durch die Neuentwicklung von Medikamenten und Wirkstoffen eine neue, pathologisierende Sicht auf bislang ‚normale‘ Phänomene zu provozieren. Neben dem aktiven, direkten Initiieren einer Krankheitsexpansion hat die Pharmaindustrie vor allem an den real-wirtschaftlichen Effekten von Pathologisierungseffekten höchstes Interesse.

Der Umstand, dass die ‚Entdeckung neuer Krankheiten‘ in den meisten Fällen mit (dem Abschluss) der Entwicklung eines passgenauen Medikaments oder einer speziellen Behandlungstechnik für die jeweilige Symptomatik verbunden ist und somit der Anteil des diesbezüglichen Profitstrebens an einer Neudefinition offen zutage tritt, sorgt regelmäßig für große Skepsis und heftige Kritik. Kern der Befürchtungen und Vorwürfe gegenüber einer Ausweitung des medizinischen Handlungs- und Zuständigkeitsbereiches, die in Form einer Pathologisierung erfolgt bzw. entsprechend begründet wird und die zudem von Akteuren des Gesundheitsmarkts betrieben wird, die von der ‚Entdeckung‘ oder ‚Erfindung‘ neuer Krankheiten direkt profitieren, ist, dass medizinische Kriterien hierbei eine nur untergeordnete Rolle spielen und letztlich von wirtschaftlichen Interessen bestimmt wird, welche Zustände als krank gelten und welche nicht. Diese vor allem von (Wissenschafts-)Journalisten breitenwirksam vorgebrachte Kritik ist darum bemüht, die ‚krankmachende‘ Kehrseite einer vorgeblich am klassischen

135 Vgl. allgemein zu sozialen Eigenheiten und Auswirkungen der Krankheitszuschreibung die klassische Analyse sog. „sick roles“ des US-amerikanischen Soziologen Talcott Parsons. Parsons (1951), S. 428ff. sowie auch Siegler/Osmond (1973).

ärztlichen Heilungsgebot festhaltenden medizinischen Geschäftspraxis aufzudecken und der Gesellschaft ihre eigene Manipulierbarkeit vorzuführen.¹³⁶ Der oft nicht unberechtigte Vorwurf der Geschäftemacherei sieht hierbei die mächtigste Antriebfeder derartiger Expansionsbewegungen in einer marktgetriebenen Dynamik, welche jenseits medizinischer Kriterien und Motive daran interessiert ist, den Bereich anerkannter Krankheitsbilder auszuweiten.

Kommerziell begründeten Pathologisierungsabsichten spielen zudem auch problematische Tendenzen innerhalb der Medizin in die Hände. So verquicken sich die wirtschaftlichen Interessen der Pharmakonzerne mit dem innerhalb der Ärzteschaft vorherrschenden Hang zur Somatisierung von Krankheit, aus dem wiederum eine Konzentration auf medikamentöse Therapieansätze folgt. Die verbreitete Haltung von Medizinern, pharmakologische Methoden häufig zulaufen vermeintlich aufwendigerer und dabei schlechter entlohnter Alternativen wie dem zugewandten Patientengespräch zur Krankheitsbehandlung zu präferieren, die mitunter mit einem technizistischen Menschen- und Krankheitsbild einhergeht, ist freilich ihrerseits wiederum nicht unabhängig von dem Einfluss der Arzneimittelbranche auf die Ärzte zu betrachten und eigens zu hinterfragen.¹³⁷ Dabei scheint mittlerweile selbst aus Sicht sozialstaatlicher Verantwortung das gesundheitspolitische Ziel, möglichst weite Teile der Bevölkerung vor Krankheit zu bewahren und die allgemeine Gesundheit zu fördern, unter den Vorzeichen eines volkswirtschaftlichen Kalküls in einer Konsumgesellschaft, die jede Gruppe der Bevölkerung als Marktsegment betrachtet, nicht mehr von eigenem Interesse. Insofern kann sogar eine gewisse Indifferenz der staatlichen Gesundheitspolitik gegenüber pathologisierenden Tendenzen unterstellt werden, solange die Erweiterung des Krankheitsspektrums eine steigende oder zumindest belebte Binnennachfrage auf dem Gesundheitsmarkt verspricht. Der Medizinhistoriker Paul Unschuld, der darin unter anderem einen Effekt der stärkeren Betonung gesundheitlicher Eigenverantwortung sieht, bringt diese paradoxe Wende einer ursprünglich und eigentlich mit Gesundheit befassten Politik prägnant zum Ausdruck:

„[D]er Staat hat kein Interesse mehr, jeden Bürger gesund zu sehen. Jeder Bürger ist jedoch Konsument, gleichgültig, ob er gesund oder krank ist. [...] Der Kranke kauft Produk-

136 So erfährt der Leser einschlägiger Bestseller, „wie Ärzte und Patienten immer neue Krankheiten erfinden“ und davon, wie „die moderne Medizin dem Menschen [einre-det], die Natur schlage ihn mit immer neuen Krankheiten, die nur von Ärzten geheilt werden könnten“. Bartens (2005); Blech (2005), S. 7.

137 Vgl. dazu etwa Lown (2004); Hontschik (2006); Maio (2008b).

te, die ihm seine Gesundheit wiederbringen oder aber zumindest sein Kranksein erträglich werden lassen sollen. Auf diese Weise tragen heute sowohl Gesunde als auch Kranke ganz erheblich zum wirtschaftlichen Wohlergehen bei.“¹³⁸

Mag nun der Krankenrolle in einer Volkswirtschaft eine gewisse systemerhaltende Funktion zugeschrieben werden können, angesichts der positiven Nebeneffekte von pathologisierenden Formen der Ausweitung der Medizin für die Betroffenen, die unterstützend wirken können, indem sie medizinische Lösungswege für persönliche Probleme aufzeigen, und die daher zu begrüßen sind, muss allerdings besonders hervorgehoben werden, dass in diesem Zusammenhang auch exakt gegenläufige Wirkungen zu beobachten sind. Pathologisierend-expandierende Neudefinitionen können durchaus neben entlastenden Effekten für den ‚Neu-Kranken‘, der nun von dem medizinischen Krankheitsraster aufgefangen wird, gleichzeitig belastende Wirkung zeigen. Denn Krankheit wird längst nicht mehr als fremdgelenktes Schicksal verstanden, das über einen kommt und dem man wahllos ausgeliefert ist, sondern gilt mittlerweile als mach- und gestaltbar sowie so stark individualisiert, dass Krankheit sich – entgegen der beschriebenen Entlastungsfunktion – häufig stigmatisierend auswirkt. Dieser zunächst paradox wirkende Umstand lässt sich auf die Bedeutungsverschiebung zurückführen, die der Krankheitsbegriff im Zuge der Aufwertung von Gesundheit als positivem Leitwert und Ermöglichungsbedingung selbstbestimmter Lebensführung erfahren hat.¹³⁹ Durch die ebenfalls gesteigerte Betonung individueller Eigenverantwortung, die den Prozess der Gesundheitspositivierung flankiert und sich demgemäß ihrem Anspruch nach auf sämtliche medizinisch relevanten Aspekte der Lebensführung erstreckt, wird nun auch der Gesundheitszustand mit in den Bereich einbezogen, in dem der Einzelne sich als selbstbestimmender Gestalter seines Lebens bewähren muss. So gewinnt der sichtbare Körper als Ort, an dem Erfolge in der gebotenen Selbstsorge zuallererst und am deutlichsten ablesbar sind, besondere Bedeutung. Mit der Verlagerung der vollen Verantwortung für die eigene Gesundheit auf das Individuum geht dabei eine „Moralisierung der Gesundheit“¹⁴⁰ einher, indem „aus individuellen Präferenzen verbindliche moralische Werte werden“¹⁴¹. An dieser Umkehr der normativen Aufladung des Krankseins, die im Extremfall „Krankheit“ heute als Synonym

138 Unschuld (2004), S. 55.

139 Siehe oben, S. 162ff.

140 Paul Rozin, zitiert nach Pawelzik (2009), S. 280.

141 Ebd.

für „Das Böse“ und als „ethisch[e] Keule“¹⁴² lanciert, zeigt sich der Wandel des Gesundheitsverständnisses und der Bedeutung von Selbstverantwortlichkeit in paradigmatischer Weise.

Freilich lässt sich aus einer sozialwissenschaftlichen bzw. machtsociologischen Perspektive, die den modernen Sozialstaat unter Gesichtspunkten der Aktivierung und Anpassung kritisch untersucht, dann auch im pathologisierenden Moment des Für-krank-Erklärens die Kehrseite des Motivs der erstrebenswerten und selbstverantworteten Gesundheit als modernes Instrument zur kollektiven Verhaltenssteuerung ausmachen. Die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt versteht die gesellschaftliche Wirkung der Pathologisierung ganz in diesem Sinne:

„Das geltende Gesundheitsdogma bietet die ideale Möglichkeit, jede unerwünschte Lebensweise in eine ungesunde Lebensform umzudeuten und mit Hilfe des Umwegs über die Gesundheit ungewünschtes Verhalten präventiv und kurativ zu kontrollieren und zu sanktionieren.“¹⁴³

Während mit Blick auf die häufig vertretene Negativierung von Krankheit – die an sich problematisch ist¹⁴⁴ – pathologisierende Tendenzen zu vermehrt negativen Konsequenzen für die Betroffenen führen können, lassen sich in einem anderen Bereich der Medizin, der ganz im positiven Zeichen eines umfassenden Zugewinns für den Einzelnen steht, Formen indirekter Pathologisierung feststellen. Das präventive Paradigma, das wie kein zweites ebenfalls stark von dem Gedanken der eigenverantwortlichen Selbstsorge und vorausschauenden Vernunft geprägt ist, führt seiner inhärenten Strukturlogik nach unweigerlich zu dem pathologisierenden Effekt, dass zuvor gesunde Menschen unter dem Eindruck des für die Präventivmedizin unverzichtbaren Risikobewusstseins und durch das Spektrum der Maßnahmen zur Vorbeugung von sich (mit wie geringer Wahrscheinlichkeit auch immer) anbahnenden Störungen ihren selbstvergessenen Status des Gesundseins verlieren und gegen die merkwürdige, aber zutreffende Kategorie des Noch-Gesundseins bzw. des Noch-nicht-Krankseins eintauschen.¹⁴⁵

142 Duden et al. (2006) , S. 36.

143 Schmidt (2007), S. 100.

144 Vgl. oben, S. 184f.

145 Vgl. dazu exemplarisch Christopher Rommel, der die Pathologisierungstendenzen der präventiven Medizin, die aus ihren gesunden Adressaten „Noch-Gesunde“ bzw. „Noch-nicht-Kranke“ macht, kritisiert. Rommel (1994), S. 418. Für Heinz-Harald Abholz ist diese Transformation in den Zustand latenten Krankseins dann auch

Besonders anhand der Möglichkeiten prädiktiver Gendiagnostik und ähnlicher Screeningverfahren und Früherkennungstests ist dieser durch die Schaffung von Risikobewusstsein indirekt pathologisierende Effekt eklatant zu erkennen. Hier entsteht die neue Patientengruppe der „präsymptomatisch“ Kranken, die im „Schatten einer zukünftigen Krankheit“¹⁴⁶ stehen.

An dieser im Rahmen medizinischer *Allround*-Prävention zu beobachtenden Form der Pathologisierung ist nun bemerkenswert, dass in dem Maße, in dem sich die Vorsorgemedizin in ihrer Ausrichtung an den klassischen Zielen der Medizin primär auf den Leitwert der Gesundheit konzentriert und von dem zentralen Bezug auf Krankheit mehr und mehr entfernt (und schließlich abkoppelt)¹⁴⁷, die pathologisierende Begründung für das entsprechende ärztliche Handeln selbst ihre Grundlage verliert. Auf diese Ausweisungslogik, die einer Positivierung des Gesundheitsbegriffs inhärent ist, weist auch Pawelzik hin: „Je positiver der Gesundheitsbegriff wird, desto mehr weitet sich der Behandlungsanspruch [...] aus“¹⁴⁸. Präventivmedizin, die nicht auf konkret drohende Erkrankungen mit hohen Wahrscheinlichkeitswerten hin ausgerichtet ist, sondern eine umfassend-allgemeine Steigerung der Gesundheit als effektivste Strategie der Generalvorbeugung erkennt (ganz nach dem Motto ‚Angriff ist die beste Verteidigung‘), tendiert dann dazu, den Tätigkeitsbereich des Arztes nicht unter Verweis auf pathologisierende Begründungsmuster auszudehnen, sondern vielmehr medikalisierend zu argumentieren.¹⁴⁹

D.2 Die Option der Medikalisierung: Neue Ziele

Werden medizinische Leistungen und Maßnahmen in Fällen eingesetzt, die bislang nicht zum Spektrum ärztlichen Handelns gehörten und deren Befürworter dabei nicht beanspruchen, dass diese neuartigen Behandlungen unter die klassische Zielbestimmung des therapeutischen Paradigmas fallen, handelt es sich um

gleichbedeutend mit dem „Drängen in die Krankenrolle“ durch „die Dramatisierung eines Risikos“. Abholz (1993), S. 54.

146 So Günter Feuerstein, Regine Kollek und Thomas Uhlemann in *Gentechnik und Krankenversicherung* (2002), zitiert nach Viehöver/Wehling (2010b), S. 22f.

147 Vgl. oben, S. 162ff.

148 Pawelzik (2009), S. 283.

149 Vgl. zu dem präventionsspezifischen Übergangsfeld zwischen Pathologisierung und Medikalisierung Alf Trojans Analyse der „Medikalisierung der Prävention“. Trojan (2007).

Formen einer Ausweitung der Medizin, deren Begründung medikalisierend genannt werden kann. Während pathologisierende Argumente neue Krankheiten als Grundlage für expandierende Handlungsforderungen ins Feld führen, sind es bei medikalisierenden Rechtfertigungen neue Ziele jenseits von Krankheitsbehandlung, zu deren Erreichen die Medizin fortan in Dienst genommen werden soll. Eine in diesem Sinne verstandene Medikalisierung ist somit nicht zielkonform krankheitsbezogen, sondern zielüberschreitend wunschbezogen. Freilich kann allein aus dem Umstand, dass eine Zielsetzung nicht den bisherigen Legitimationsansprüchen der Medizin genügt, noch nicht gefolgert werden, dass diese Zielsetzung grundsätzlich nicht zu den legitimen Zielen der Medizin gehören sollte. Daher stellt sich die Frage, wie weit sich „das legitime Territorium der Medizin“ erstreckt, als Frage nach der „Grenze einer legitimen Medikalisierung“¹⁵⁰. Der Begriff der Medikalisierung wird hierbei in einer auf ihre begründungstheoretische Funktion für eine Expansion des medizinischen Feldes eingeschränkten Bedeutung aufgefasst und verwendet.

D.2 (a) Medikalisierung als Modernisierungseffekt

In dem gängigen und allgemeinen Verständnis, welches sich in erster Linie aus soziologischen, gesellschafts- und geschichtswissenschaftlichen Theorien sowie der teilweise politisch motivierten Medizin- und Psychiatriekritik der 1960er und 1970er Jahre speist, umfasst die Bezeichnung der Medikalisierung den gesamten Prozess der Ausbreitung und Etablierung medizinischer Zuständigkeit und des medizinischen Handlungsfeldes.¹⁵¹ So heißt es in der Einleitung eines jüngst erschienenen Bandes zur Wahrnehmung und Vermittlung medizinischen Wissens in Gesellschaft und Kultur:

„Mit ‚Medikalisierung‘ ist die Ausweitung medizinischer Autorität auf immer mehr Bereiche des menschlichen Lebens bezeichnet. Phänomene, die zuvor als soziale Probleme gefasst wurden, werden verstärkt mit Kategorien von Krankheit und Gesundheit klassifiziert.“¹⁵²

150 Allert (2002), S. 29.

151 Vgl. hierzu Viehöver und Wehling, die dabei auch den Einfluss der Arbeiten Michel Foucaults hervorheben und als Hauptvertreter der frühen Medikalisierungsliteratur und -forschung Thomas Szasz, Ivan Illich, Irving Zola und Peter Conrad sowie Strömungen der Medizin- und Professionssoziologie nach Talcott Parsons und Eliot Freidson anführen. Viehöver/Wehling (2010c), S. 86ff. Zur entsprechenden Aufarbeitung in der Medizingeschichtsschreibung vgl. Stolberg (1998).

152 Liebsch/Manz (2010), S. 12.

Diese Definition macht deutlich, wie umfassend das primär soziologisch verstandene Medikalisierungskonzept auf den Anteil und Einfluss der Medizin generell in der Gesellschaft angelegt ist, indem es nicht nur die Expansion des Begriffsfeldes ‚Gesundheit‘, sondern auch die Erweiterung bzw. Modifizierung des Verständnisses von Krankheit als selbstverständlichen Bestandteil medikalisierender Phänomene begreift. Nach dieser weiten Interpretation, wie sie etwa Irving Zola formuliert, sind sämtliche Formen einer „Ausweitung all dessen, was im Leben für wichtig gehalten wird, auf die Praxis der Medizin“¹⁵³ als Medikalisierungsphänomene einzustufen. Aus einer Perspektive, die vornehmlich an den Interaktionsmustern und Machtverhältnissen innerhalb einer Gesellschaft mit ihren auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelten Akteuren und Akteursgruppen interessiert ist, sind dabei auch Auswirkungen von Interesse, die die Zuweisung und Akzeptanz medizinischer Autorität betreffen. So heißt es in einem Lehrbuch der Soziologie:

„Medikalisierung bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf es den Gesellschaftsmitgliedern immer selbstverständlicher geworden ist, die Behandlung gesundheitlicher Probleme einer expandierenden Medizinkultur zu überantworten.“¹⁵⁴

Legt man diese Bestimmung zugrunde, lässt sich der Medikalisierungsbegriff nicht nur auf eine Begleiterscheinung der kultur- und gesellschaftsgeschichtlichen Entwicklungen im 19. und 20. Jahrhundert beziehen, sondern umfasst weit darüber hinaus den bloßen Vorgang der Entstehung medizinischer Bezugnahme an sich, d.h. in jeglicher geschichtlichen Epoche. Ein derartig offenes und formales Verständnis scheint allerdings gefährdet, in seiner weiten Auslegung den zeitspezifischen Kern der gegenwärtigen Ausweitungsbewegung der Medizin zu verfehlen.¹⁵⁵ Daher soll Medikalisierung im Folgenden mit Karsch in einem spe-

153 Zola (1979), S. 65. Ähnlich lautet auch die Medikalisierungs-Definition im Bericht zu den Zielen der Medizin des *Hastings Center*: „Anwendung medizinischen Wissens und medizinischer Technologie auf Problembereiche [...], die historisch nicht als medizinische Probleme gesehen wurden“. Callahan et al. (1996), dt. Allert (2002), S. 35.

154 Badura/Feuerstein (2007), S. 411.

155 In solch einem überzeitlichen Verständnis von Medikalisierung als bloßer Beschreibungsformel binnengesellschaftlicher Strukturdynamik lassen sich dann freilich auch die Manifestationsformen des traditionellen ärztlichen Ethos der Vergangenheit, die unter den Bedingungen einer stark ausgeprägten Wissens- und (Mit-) Be-

zifischeren Sinne als Prozess verstanden werden, der „die Etablierung medizinischer Institutionen, die Vergrößerung medizinischer Einflussbereiche und die Bedeutungszunahme medizinischer Denkweisen“¹⁵⁶ umfasst, wie sie gerade vor dem Hintergrund und im Zuge der Modernisierung erfolgt sind.

Drei Kennzeichen lassen sich als Hauptquellen der soziokulturellen Umbruchsfigur ausmachen, welche die gegenwärtige Situation der Medikalisierung maßgeblich prägt: zunächst die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilbereiche, die nicht zuletzt zu einer hochentwickelten Arbeitsteilung und Spezialisierung professioneller Kompetenz in unterschiedlichsten Berufsgruppen geführt hat (1); daneben die Pluralisierung kollektiv geteilter Maßstäbe und normativ bindender Leitwerte sowie die Diversifizierung individueller Lebensentwürfe im Verbund mit der Hochschätzung persönlicher Selbstbestimmung und Autonomie (2) und schließlich – für die Entwicklung der modernen Biomedizin entscheidend – die anhaltende Technisierung der Lebenswelt, bedingt, intensiviert und beschleunigt durch den stetigen technologischen Fortschritt und Innovationszuwachs (3). Vor dem Panorama dieser alle Lebensbereiche durchdringenden Strukturelemente der Modernisierung lässt sich das Phänomen der Medikalisierung als ein „mehrdimensionaler sozialer Prozess“¹⁵⁷ konturieren, der sich folgerichtig aus den drei genannten Hauptmotiven des Kulturwandels ergibt: indem die individuellen Vorstellungen eines guten Lebens nicht nur immer unabhängiger von vorgegebenen und begrenzenden Richtlinien und Maßgaben werden, sondern der Einzelne darin bestärkt wird, sein Glück eigenverantwortlich finden zu können; indem gleichzeitig durch enorme Fortschritte der medizin-techno-

stimmungs-Asymmetrie zwischen Arzt und Patient standen, als „paternalistisch[e] Medikalisierungsformen“ auffassen. Karsch (2011), S. 276.

156 Ebd., S. 271.

157 Viehöver/Wehling (2010c), S. 90. Bemerkenswert ist dabei, dass das Medikalisierungskonzept insofern ein sehr dynamisches Konzept ist, als es auch flexible und reversible Prozesse umfasst und Fälle von ‚Demedikalisierung‘ sowie erneuter ‚Remedikalisierung‘ beschreiben kann, wie das Beispiel männlicher Homosexualität anschaulich macht. Die gleichgeschlechtliche Veranlagung und Lebensweise wurde zunächst aus dem Deutungsbereich der Kirche und des Rechts (dort in der Begrifflichkeit von ‚Sünde‘ und ‚Schuld‘ bzw. als Straftatsbestand) in das medizinische Feld überführt (als Krankheit bzw. krankhafte Abnormität), bevor sie seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts weitestgehend demedikalisiert wurde, was schließlich im Zeichen gendeterministischer Vorstellungen mit dem Aufschwung der Humangenetik seit den 1990er Jahren wieder punktuelle Gegenbewegungen erlebt, siehe ebd., S. 88, sowie die Arbeiten Peter Conrads.

logischen Möglichkeiten des Eingreifens und Manipulierens des Körpers und der biologischen Grundlage menschlichen Lebens (bis hin zum Erbgut) sich ganz neue Optionen menschlicher Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung eröffnen; und indem schließlich das selbstbestimmte Individuum mit seinen subjektiven Wünschen und Vorstellungen in spezialisierten und hochprofessionalisierten Mediziner*innen eine Anlaufstelle für die kompetente Hilfe bei der Umsetzung der persönlichen Lebensentwürfe findet, schließen sich die diversen Pluralisierungs- und Individualisierungstendenzen der Spätmoderne zur Figur der medikalisierten Sorge um das eigene Selbst zusammen.

D.2 (b) Medikalisierung als Folge eines gewandelten Gesundheitsverständnisses

Anders als das Medikalisierungskonzept der Soziologie und Gesellschaftstheorie, das sich umfassend auf sämtliche Bereiche und Facetten einer Ausweitung des medizinischen Denkens, Kontrollierens, Normierens und Handelns bezieht¹⁵⁸, wird im Folgenden ein Medikalisierungsbegriff verfolgt, der ausschließlich begründungstheoretisch angelegt ist und mit Blick auf die Form der Legitimierung einer Ausweitung der Medizin als Abgrenzungsformel zur parallel bestehenden Option der Pathologisierung fungiert. Das leitende Kriterium für diese Differenzierung stellt der Bezug zu den klassischen Zielen der Medizin dar. Während pathologisierende Argumentationsformen von einem positiven Bezug zu dieser Zielbestimmung ausgehen, kennzeichnet es medikalisierende Begründungsfiguren, explizit auf einen entsprechenden Bezug zu verzichten. Hinsichtlich der Frage, wie neue Zuständigkeiten der Medizin gerechtfertigt werden, ist somit das entscheidende Element medikalisierender Positionen, Medizin rein instrumentell zu verstehen, d.h. sofern Medizin zur Erfüllung nichtmedizinischer Zwecke (im Sinne der klassischen Ziele) geeignet ist, ist sie deshalb auch dazu berechtigt.

Wie sich bereits im Falle konsequenter Präventivmedizin abzeichnet, ist das normative Schlüsselkonzept für eine Expansion der Medizin der Gesundheitsbegriff. Dies zeigt schon ein Blick in die Medizingeschichte, wie Alfons Labisch anhand eines historischen Medikalisierungsschubs in Folge des Aufstiegs der Naturwissenschaften und dessen Auswirkungen auf das Gesundheitsverständnis nachzeichnet:

158 Dies kann auch die Umkehr dieses Prozesses in Form sog. Demedikalisierung beinhalten, siehe vorige Fußnote.

„Es ist nicht zu bestreiten, dass die Medizin als Institution und die Ärzte als Profession in dem Maße gewonnen haben, in dem sich die naturwissenschaftliche Deutung von Gesundheit in der Gesellschaft durchsetzte.“¹⁵⁹

Solange bei einer auf den Erhalt von Gesundheit abzielenden Ausweitung ärztlicher Tätigkeit die konzeptuelle Verbindung zu dem Komplementärbegriff der Krankheit besteht, kann dieser Prozess als pathologisierende Form der Ausweitung verstanden werden. Da der Gesundheitsbegriff selbst jedoch ohnehin in notorischer Weise Objektivierungs-, Positivierungs- sowie Ausweitungsdynamiken ausgesetzt ist und sich zusehends aus seiner Einbindung in das therapeutische Paradigma befreit, führt die Orientierung an dem Leitwert Gesundheit unweigerlich zu medikalisierenden Begründungsfiguren. Wenn nun mit der Herauslösung aus dem normierenden und limitierenden Konzept des therapeutischen Paradigmas, das über die klassischen Ziele der Medizin operationalisiert ist, auch die notwendige Ausrichtung an definierten Kriterien der Krankheitsbestimmung wegfällt, ist damit eine an das offene Gesundheitsverständnis gekoppelte Formulierung neuer Ziele für ärztliches Handeln gleichermaßen unbeschränkt und ziellos möglich.

Das von dem Nationalökonom Robert Crawford 1980 als „Healthism“¹⁶⁰ bezeichnete Phänomen übersteigerten Gesundheitsbewusstseins, das der Epidemiologie und Medizinkritiker Petr Skrabanek aufgegriffen und in der Vokabel der „Gesundheitsideologie“¹⁶¹ zugespitzt hat, bringt prägnant eine mächtige Triebfeder eines derartigen Ausweitungsprozesses der Medizin im Zeichen medikalisierender Rechtfertigungen auf den Punkt. Wie Hagen Kühn hervorhebt, erzwingt eine Hochschätzung von Gesundheit geradezu die Expansion der Medizin jenseits aller therapeutisch-kurativer Zielsetzungen:

„Das Medizinsystem propagiert den Wert der individuellen Gesundheit, die durch den Healthismus der Lifestyle-Propaganda zum Maß aller Dinge, sozusagen zum Megawert gesteigert wird. Die solchermaßen zum Lebenssinn schlechthin gewordene persönliche Gesundheit treibt wiederum die Medikalisierung voran.“¹⁶²

159 Labisch (1992), S. 279.

160 Crawford (1980).

161 Skrabanek (1994), Orig. „health fascism“.

162 Kühn (1993), S. 18.

D.2 (c) Chancen und Potenzial medizinischer Möglichkeiten jenseits von Therapie und Pflege

Medikalisierung im Sinne einer Ausweitung der Medizin jenseits einer Berufung auf die traditionellen Ziele der Krankheitsbehandlung, Leidenslinderung oder der Wiederherstellung der Gesundheit kann ebenso wie die pathologisierende Expansionsform selbstverständlich auch zu positiven Auswirkungen für die Adressaten und Abnehmer der entsprechenden medizinischen Leistungen und Maßnahmen führen. So können mit der gezielten Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in der Regel die angestrebten Ziele erreicht und damit die Lebensqualität der Medizinklienten verbessert werden. Außerdem erlaubt es solchermaßen neuartiges ärztliches Handeln, Probleme zu lösen, denen bislang entweder mit nur sehr langwierigen und unangenehmen Bewältigungsstrategien beizukommen war, oder aber deren Lösung völlig außerhalb des Möglichen lag. Damit fügen sich die Errungenschaften der klinischen und pharmakologischen Forschung, des medizintechnischen Fortschritts sowie der ärztlichen Kompetenz nahtlos ein in das Grundgerüst wesentlicher Eigenschaften des Menschen als *homo faber* und *homo compensator*, dem es um die ständige Weiterentwicklung seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie um das innovative Streben nach einer Verbesserung seiner Lebenssituation mit allen ihm dafür zur Verfügung stehenden Mitteln zu tun ist. Als unverzichtbare Grundvoraussetzung gilt ihm dabei, über sein eigenes Wohl und Wehe selbst und in unbeschränkter Freiheit¹⁶³ zu bestimmen, um sein Leben ganz nach seinem Willen und seinen individuellen Vorstellungen zu gestalten. Dass der Mensch zu diesem Zweck nicht nur die ihn umgebende Umwelt und vorgefundene Natur nach seinen Bedürfnissen formt und nutzt, sondern auch seine eigenen biologischen Grundlagen und seine psychophysische Verfassung jenseits der Abwehr und Bewältigung akuter und existenzieller Bedrohungen zu manipulieren und zu optimieren vermag, ist nicht zuletzt und wesentlich dem beträchtlichen Potenzial der Medizin und ihrer Möglichkeiten zu verdanken.

163 Dies ist strenggenommen nicht ganz korrekt. Der Freiheitsspielraum des Individuums ist nicht völlig unbeschränkt, da die Freiheit des Einen ihre Grenzen dort findet, wo sie die Freiheit des Anderen berührt. Diese – juristisch erhebliche – Differenzierung fällt allerdings für den vorliegenden Zusammenhang nicht wesentlich ins Gewicht.

D.2 (d) Kritische Einwände gegen eine medikalisierende Ausweitung der Medizin

Medikalisierende Positionen erachten allein das Zusammentreffen von medizinischer Machbarkeit und informierter Zustimmung bzw. expliziter Nachfrage durch die Betroffenen oder Nutzer als hinreichend, um den Einsatz medizinischer Leistungen zu legitimieren. Was im Zuge einer derartigen medikalisierenden Anwendung medizinischen Wissens und Könnens einen enormen Vorteil für den Einzelnen darstellen mag, ist gleichzeitig Anlass für elementare Bedenken hinsichtlich einer Ausweitung der Medizin, die jeglichen Bezug auf Krankheit und Therapie aufgibt. So birgt gerade die verlockende Aussicht, nichtmedizinische Probleme mit Hilfe der Medizin effizienter, schneller und kontrollierter zu lösen, als dies ohne ärztliches Zutun möglich ist, Gefahren, die von der betreffenden Person, die mit dem akut bestehenden Problem zu kämpfen hat und vom mitunter starken Verlangen nach seiner Lösung erfüllt ist, oft nur schwer erkannt und als solche ernst genommen werden können. Die beiden wesentlichen Kritikpunkte an medikalisierenden Ausweitungsformen der Medizin betreffen zudem auch weniger Aspekte, die sich in jedem Einzelfall oder auf den Nutzer direkt auswirken müssen, sondern haben vielmehr mit der Rolle der Medizin in der Gesellschaft sowie mit Effekten einer derartigen nichttherapeutischen Öffnung des medizinischen Anwendungsfeldes zu tun, die außerdem zum Teil erst mittel- bis langfristig greifen. Derartige kritische Momente von Medikalisierungsprozessen beziehen sich vor allem auf die Gefahr einer fragwürdigen Komplizenschaft der Medizin sowie auf Probleme einer voranschreitenden Ökonomisierung.

Das Problem der Komplizenschaft

Grundsätzlich kann es als unbestreitbares Gebot kausaler Rationalität und Vernunft gelten, Probleme und Schwierigkeiten dort anzugehen und zu lösen, wo ihre Ursachen und Entstehungsbedingungen liegen. Wenn man nun annehmen kann – und vieles spricht dafür –, dass medizinisch-gesundheitliche Probleme nicht in dem Maße zunehmen, in dem die Anfragen und Ansprüche an die Medizin steigen, jenseits des therapeutischen Paradigmas ihre Dienste zu leisten, dann liegt es auf der Hand, dass bei einer medikalisierenden Ausweitung der Medizin prinzipiell die Gefahr besteht, dass nichtmedizinische Probleme medizinisch gelöst werden sollen. Dies muss deshalb kritisch und als Gefahr gesehen werden, da dann nicht das zugrunde liegende Problem selbst behandelt würde, sondern bloß Symptome an der Oberfläche – was zudem stets nur kurzfristigen Erfolg erwarten lässt, wo nachhaltige Lösungen angezeigt sind.

Wenn medizinische Mittel und Maßnahmen zur Abhilfe unerwünschter Zustände schnelle und effektive Wirkung versprechen, können die komplexen

Hintergründe einer schwierigen Lebenssituation, die nicht durch Medikamente oder Operationen (allein) behandelbar sind, aus dem Blick geraten.¹⁶⁴ Durch die Konzentration auf vor allem somatisch-technisch und pharmazeutisch orientierte Behandlungsverfahren der Medizin drohen alternative Möglichkeiten zum Umgang mit Problemen verdrängt und schließlich gar nicht mehr wahrgenommen zu werden. Wenn Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Leben nur mehr als technisches Problem verstanden und auf physiologisch fundierte Defekte und Unzulänglichkeiten reduziert wird, für deren Behebung allein medizinische Experten zuständig sind (und bereitstehen), gerät die – mitunter recht unkörperliche – Aufgabe der Selbstreflexion und Selbstfindung aus dem Blick. Somit tendiert eine medikalisierende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe immer auch dazu, eine instrumentelle und oberflächliche Perspektive auf die eigene Lebensführung zu befördern, die im Fall von Problemen schnelle Abhilfe ohne tiefergehende Reflexion der komplexen Wechselwirkungen, Spannungen und Hintergründe der bestehenden Situation erwartet.

Da mit einer medikalisierenden Ablösung von den Zielen der Medizin auch der Verzicht auf die etablierten und in der Struktur ärztlichen Handelns fest verankerten Behandlungsgrößen der Diagnose und Indikation einhergeht, hat derart zielloses Handeln außerdem bedenkliche Effekte auf die Stellung und Funktion des Arztes und damit der Medizin als Ganzer. Der Mediziner, der sich nicht (mehr) erlaubt, die an ihn gestellten Anforderungen mit seiner so geschulten wie kritischen Urteilskraft nach Maßgabe etablierter fachlicher Kriterien uneigennützig und weitgehend unbeeinflusst von sonstigen außermedizinischen Faktoren zu prüfen und diese mit Blick auf das gesundheitliche Wohl seines Gegenübers unter Umständen abzulehnen, wird weniger als fürsorglicher Helfer in der Not als vielmehr bloßer Erfüllungsgehilfe individueller Präferenzen und Wunschvorstellungen wahrgenommen und agieren. Auch wenn dies nicht direkt und bewusst intendiert sein muss, macht er sich damit leicht zum Komplizen beliebiger Werte und Normen, die sein Klient mit seiner Hilfe verwirklicht sehen möchte.

Wenn die Medizin beispielsweise auf die Nöte und Probleme von Menschen reagiert, die unter großem Leistungs- und Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt leiden, indem sie diesen bei der – körperlich-somatisch ansetzenden – Kompensation von Nachteilen im Wettbewerb behilflich ist, bestätigt sie unwei-

164 Siehe Lanzerath (2008a), S. 210. Ähnlich warnt auch William Hurlbut davor, dass durch „das Nachgeben gegenüber den Regungen irgendeines Verlangens“ mit dem Bewusstsein „des Zusammenhangs von Anstrengung und Zufriedenheit“ ein wesentlich notwendiger Aspekt für ein gelingendes Leben verloren geht. Hurlbut (2005), S. 264.

gerlich die Geltung und Sinnhaftigkeit der das Berufsleben bestimmenden Prinzipien. Statt sich kritiklos zum Komplizen der Werte und Ziele zu machen, die der Klient vordergründig anstrebt bzw. denen er sich anpasst oder gar zu beugen gezwungen ist, ist es dagegen Aufgabe des Arztes, den Patienten zunächst in seiner individuellen Situation zu erfassen, wozu auch die Berücksichtigung der für seine Lage relevanten externen Einflussfaktoren gehört. Diese Ermittlung der Ausgangslage erfolgt nach dem herkömmlichen Muster ärztlichen Handelns im Behandlungsschritt der Anamnese. Gerade im Fall von Wünschen, die weder im Zusammenhang mit einer Diagnose noch mit einer erkennbaren medizinischen Notwendigkeit stehen und insofern ‚ohne Not‘ vorgebracht werden, gehört es dann zu den unerlässlichen Pflichten des Arztes, die Entstehungsbedingungen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Hintergründe der Veränderungswünsche in ihrem Stellenwert für und ihrer Wirkung auf den Patienten genau und kritisch zu eruieren. Nur so kann ein adäquates Bild der eigentlichen Ursachen und komplexen Gestalt der Probleme entstehen, die in der momentanen Unzufriedenheit und Belastung des Patienten zum Ausdruck kommen.

Mit Blick auf den komplexen Zusammenhang von gesellschaftlichen Normen und daraus folgenden Anforderungen an die Medizin stellt Wolfram Eberbach eindringlich heraus, dass die tatsächlichen Ursachen von Beschwerden und Optimierungswünschen häufig auf einer völlig anderen Ebene als der medizinischen liegen können:

„[D]ie ständig steigende Nachfrage nach solchen medikamentösen oder chirurgischen bzw. dermatologischen Eingriffen weisen in deren überwiegender Zahl darauf hin, dass viele Menschen in ihrem jeweiligen Lebensbereich heute einer *Überforderung* ausgesetzt sind. Sie sind nicht etwa krank – im Gegenteil, oft zählen die Betroffenen sogar zur *Leistungselite* in ihrem Bereich. Jedoch herrschen in Wissenschaft, Wirtschaft, Verbänden, Sport etc. dauerhaft ‚Exzellenz-Terror‘ und Höchstleistungszwang. [Herv. i.O.]“¹⁶⁵

Daran wird sehr plastisch kenntlich, welche implizite Aussage Mediziner durch ihr (Be-)Handeln vornehmen, wenn sie auf solchermaßen geäußerte Anfragen mit zielgenauer Erfüllung der Klientenwünsche reagieren. Jede wunschgemäße Behandlung bestätigt dann den Druck und die Anforderung des Systems, immer höchste Leistungen bringen und extremen Anforderungen gewachsen sein zu müssen, die den Einzelnen an die Grenzen seiner körperlichen, geistigen und seelischen Kapazitäten bringen. So läuft die Medizin Gefahr, sich zum Instrument von Prinzipien zu machen, deren Durchsetzung und Verbreitung eher

165 Eberbach (2009), S. 37.

dazu angetan ist, Krankheiten hervorzubringen als sie zu vermeiden und Gesundheit zu fördern.

Dass diese Gefahr auch im größeren Zusammenhang der gesellschaftlichen und politischen Ordnung besteht, macht Michael Sandel in seinem *Plädoyer gegen die Perfektion* äußerst prägnant klar. Im Zusammenhang der Diskussion um die Möglichkeiten genetischer Optimierung, die durch Eingriffe in das menschliche Erbgut erfolgen und so künftige Generationen immer leistungsfähiger und besser angepasst an die gegenwärtigen und zukünftigen Lebensbedingungen machen soll, führt Sandel angesichts eines bisweilen utopischen Verbesserungsoptimismus die implizite Kehrseite solcher Anpassungsreaktionen vor Augen:

„Es ist verlockend zu glauben, dass es eine Übung in Sachen Freiheit ist, unsere Kinder und uns selbst biotechnisch auf Erfolg in einer auf Wettbewerb orientierten Gesellschaft zu trimmen. Aber unsere Natur zu verändern, damit sie in die Welt passt, und nicht umgekehrt, ist in der Tat die tiefste Form der Entmachtung. Es lenkt uns davon ab, kritisch über die Welt nachzudenken, und betäubt den Drang nach sozialer und politischer Reform.“¹⁶⁶

Aus dieser radikalen Perspektive auf eine Instrumentalisierung der Medizin und Gentechnik zu Zwecken, die letztlich auf die politische Ruhigstellung oder gar Entmachtung des Einzelnen hinauslaufen, tritt die Gefahr der Komplizenschaft ärztlichen Handelns besonders grell zutage. Ein überzogenes Streben, dem – ob in politischer oder wirtschaftlicher Hinsicht – herrschenden Zeitgeist gemäß zu agieren und damit die eigene Unabhängigkeit und Autonomie als Profession aufzugeben, würde in der Tat im Bereich einer ‚liberale Eugenik‘ betreibenden Fortpflanzungsmedizin ungeahnte Dimensionen annehmen, wenn damit gerade die Medizin sich in den Dienst subtil-repressiver Dynamiken stellen ließe, indem sie mit dem Genom das basalste biologische Substrat des Menschen womöglich irreversibel veränderte.

Während dieses Szenario bislang noch hypothetischer Art ist, müssen an dieser Stelle zwei Formen medikalisierender Indienstnahme der Medizin auf überindividueller Ebene genannt werden, an denen das Problem der Komplizenschaft und die Instrumentalisierungsgefahr sehr deutlich wird und die gleichzeitig seit langem zur selbstverständlich akzeptierten Normalität gehören. So ist der Einsatz von Rechtsmedizinern im Rahmen kriminologisch-forensischer Verfahren keineswegs aus den klassischen Zielen der Medizin herzuleiten und unzweideutig ein Fall einer medikalisierenden Ausweitung der Medizin. Offensichtlich werden hierbei Ärzte zu Zwecken herangezogen, die ganz und gar außerhalb der

166 Sandel (2008), S. 118.

Sphäre von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind. Leichen von unter ungeklärten Umständen zu Tode gekommenen Menschen zu sezieren ist vielmehr eine Tätigkeit, die klassischen hippokratischen Prinzipien eher zuwider läuft, da das Öffnen und Untersuchen von Leichen die Totenruhe stört und die Würde des Verstorbenen verletzt, dabei jedoch den Betroffenen in keinsten Weise von Nutzen ist. Dass trotzdem auch eine äußerst medikalisierungskritische Position keinerlei Einwände gegen diese Praxis erheben dürfte, liegt an dem hohen nichtmedizinischen Wert, den der Zweck von Obduktionen hat (und der wohl von allen Bürgern geteilt bzw. akzeptiert werden dürfte).

Im Falle außermedizinischer Zwecke, die weitaus kontroverser sind als die Verbrechensaufklärung, kann allerdings gerade die Medizin in schlimmste Verstrickungen geraten, wie die medikalisierende Beteiligung von Ärzten an der Vollstreckung von Todesurteilen zeigt (wie etwa in US-amerikanischen Bundesstaaten). Der willfähige Einsatz der Medizin bei der Durchführung staatlich verordneter Tötungen, die aus politischen Motiven veranlasst und mit rechtlichen Mitteln durchgesetzt werden, bildet sicherlich den Tiefpunkt gegenwärtiger Instrumentalisierung der Medizin. Zwar mögen sich die ausführenden Mediziner auf das klassische Kernziel der Leidenslinderung beziehen, da dem Verurteilten durch ihre Mithilfe zumindest ein qualvoller Tod erspart werden kann, ein derartiger Rechtfertigungsversuch übersieht dabei aber völlig den alles entscheidenden Zusatz des auch hier implementierten Krankheitsbezuges („Linderung von *durch Krankheit verursachten* Schmerzen und Leiden“¹⁶⁷, Herv. d. Verf.). Diese Form der Komplizenschaft muss um so eklatanter kritisiert werden, als hier nicht nur indirekt durch ärztliches Handeln zweifelhafte Werte bestätigt werden, sondern das medizinisch versierte Handeln selbst einer krassen Pervertierung jeglicher Grundprinzipien und Ziele medizinischer Praxis gleichkommt.¹⁶⁸

Unauffälliger und damit gewissermaßen gefährlicher für die Bewahrung einer eigenen Zielorientierung der Medizin sind Fälle der Komplizenschaft auf individueller Ebene. Hier geht es in aller Regel um ärztliches Handeln, das von dem Empfänger ausdrücklich gewünscht wird, weil er sich einen gewissen Nut-

167 Allert (2002), S. 17.

168 Medikalisierungsformen von politischer bzw. staatlicher Seite aus sind für die vorliegende Untersuchung zwar nicht im Einzelnen relevant, da hierfür Medizin im Rahmen einer dyadischen Beziehung und damit der individuelle Patient bzw. Klient im Mittelpunkt des Interesses steht, doch vermag ein Blick auf diese, z.T. extremen Formen des Einsatzes von Medizin zu völlig nichtmedizinischen Zwecken das Bewusstsein zu schärfen für die Bedeutung von Grenzziehungen und Kriterien der begründeten Grenzüberschreitung, die allgemein ärztliches Handeln definieren.

zen von der Behandlung verspricht, die ihm mithin zumindest nicht direkten Schaden zufügt. Im Falle der Durchführung einer nicht indizierten Maßnahme droht bei aller fachgerechten und sachgemäßen Aufklärung über die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs allerdings grundsätzlich ebenfalls der bedenkliche Effekt der Komplizenschaft und ist stets zu bedenken. Ein Arzt kann die hinter Klientenwünschen stehenden Werte durch nichts effektvoller und eindeutiger anerkennen und bejahen, als durch die dem Klientenwunsch gemäße Ausführung von Maßnahmen, die aus medizinischer Sicht unnötig und nicht indiziert sind. Günther Pöltner hat diese Gefahr mit dem Begriff der „Parteigängerschaft“ umschrieben:

„Eine sich an Präferenzen orientierende Medizin gibt nolens volens zu verstehen, dass sie den hinter den Präferenzen stehenden Lebensentwurf samt seinen ethisch-anthropologischen Implikationen mitbejaht. Sie steht in der Gefahr, zum Parteigänger problematischer Lebensentwürfe zu werden. Für die Vermeidung solch eines Parteigängertums aber steht der Begriff der medizinischen Indikation.“¹⁶⁹

Dass der Medizin (noch) ein besonderer normativer Status zukommt, der indirekt eben auch die Bewertung von Lebensmodellen umfasst, wird an diesem Effekt ihrer Bestärkungsfunktion offenbar. Wieviel hier auf dem Spiel steht, macht der Bericht des *Hastings Centers* zu den Zielen der Medizin deutlich, der die Gefahr für die Medizin betont, sich durch eine radikale Wunschorientierung als Folge der Ablösung von den Leitgrößen Krankheit und Gesundheit zu einer ebenso inhaltsleeren wie ziellosen Anthropotechnik zu wandeln:

„Die Medizin gefährdet sich selbst, wenn sie sich primär als ein Instrument sieht, um die individuelle Wahlfreiheit und die persönlichen Wünsche zu maximieren, und sie verführt die Gesellschaft dazu, von ihr für nicht gesundheitsorientierte Ziele Gebrauch zu machen.“¹⁷⁰

Im Zuge einer derart konsequenten Instrumentalisierung würde sich somit nicht nur das Selbstverständnis der Medizin und Ärzte radikal wandeln, vielmehr würde schließlich die Medizin als Ganze auf den normativ schwachen Rang eines bloßen Handwerks abzusinken drohen, dessen einzige Besonderheiten sein Objektbereich, die Invasivität und unter Umständen die Irreversibilität der Kunst-

169 Pöltner (2007), S. 199. Vgl. ähnlich auch zum Bereich der ästhetischen Chirurgie Maio (2002), S. 143f. sowie Maio (2007b).

170 Allert (2002), S. 60.

griffe darstellten (aus denen dann keinerlei ethische Implikationen mehr folgen müssten).

Die Gefahr der Dienstleistungsorientierung und Kommerzialisierung

Gerade was ihren Rang als normative Praxis angeht, sind medikalisierende Begründungsstrategien für eine Ausweitung der Medizin problematisch. Wenn der Patientenwille die oberste Richtschnur für jede ärztliche Entscheidung und jeden Eingriff darstellt, da der Patient jede medizinische Maßnahme ablehnen kann, und somit normativ in negativer Weise fungiert, nun in Gestalt des frei erklärten Wunsches des Gesundheitskunden zum alleinigen Kriterium für ärztliches Handeln wird und somit den Handlungsbereich des Arztes positiv bestimmt, ist eine zunehmend ökonomistische Ausrichtung und in der Folge eine immer stärkere Kommerzialisierung der Medizin unausweichlich. Die Auffassung, wonach ärztliches Handeln lediglich eine bloße Dienstleistung sei, führt zwangsläufig zu einem Arzt-Patient-Verhältnis, in dem der Patient als Leistungsempfänger einem Kunden gleicht, der die Durchführung bestimmter Eingriffe und Maßnahmen fordert und bestellt. Neben der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der medizinischen Leistung wird dabei die ärztliche Kompetenz nur mehr in Form der sachgerechten Ausführung des Gewünschten beansprucht, ohne eine eigene ärztliche Einschätzung über das *Ob* des Eingriffs zu erwarten, geschweige denn eine kritische Hinterfragung oder gar Ablehnung des Vorhabens zu akzeptieren. Im Rahmen einer konsequent am Dienstleistungsparadigma ausgerichteten Medizin kommt dieser Haltung auf der Nutzerseite eine radikalisierte Konkurrenzsituation entgegen, in der Ärzte im Wettbewerb um Kunden stehen, was bedeutet, dass für die Erfüllung von Wünschen, der eine Arzt skeptisch gegenüberstehen mag, es immer einen Kollegen geben wird, der seine Dienste bereitwillig anbietet.

Durch eine derartige Entwicklung wäre eine bedenkliche Erosion der ärztlichen Garantenpflicht und der Vertrauensstellung der Medizin als Profession zu erwarten; dem moralischen Wert, der in dem uneingeschränkten Hilfsversprechen für Menschen in Not, in der unbedingten Verpflichtung auf das Wohl des Bedürftigen liegt, wäre die Grundlage entzogen.¹⁷¹ Christoph Asmuth bringt in seiner Prognose über den weiteren Verlauf einer solchermaßen kommerzialisierten Entwicklung der Medizin, in deren Zuge „der Ärztestand noch stärker in das Fahrwasser einer Ökonomisierung“ gerät, die Dramatik der Lage auf den Punkt:

171 Siehe Maio (2006) sowie Maio (2012), S. 391ff.

„Wirtschaftliche Erwägungen und Zwänge werden das Selbstverständnis dieses Berufsstandes unweigerlich unterspülen und letztlich aufheben. Zur Selbstbestimmung als Arzt und Therapeut bleibt kein Platz. Man muss nicht in Mitleid mit der Ärzteschaft zerfließen, um zu erkennen, dass dadurch ein gesellschaftliches Bild des Arztes befördert wird, das verheerende Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben wird.“¹⁷²

Da es freilich weiterhin – bei aller medikalisierenden Ausweitung des medizinischen Feldes im Zeichen der Veränderung und Verbesserung normaler und gesunder Körper, Eigenschaften und Fähigkeiten – weiterhin Krankheiten, Unfälle und Behinderungen, und damit kranke, verletzte, behinderte und bedürftige Menschen geben wird, die auf kompetente und umsichtige ärztliche Hilfe angewiesen sind, wäre die Erosion der identitätsstiftenden Zielorientierung des therapeutischen Paradigmas für die Medizin als Profession fatal. Auch in anderen Bereichen des Lebens und der Gesellschaft, die ganz unter die Gestaltungsmacht und Binnenlogik marktwirtschaftlichen Denkens geraten, ist erhöhte Umsicht und kritische Reflexion geboten. Im Falle einer zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung des ärztlichen Handelns droht jedoch der konzeptuelle Kern der medizinischen Praxis verloren zu gehen. Durch eine schrankenlose Dienstleistungsorientierung würde die besondere moralische Stellung und Integrität erodieren, welche die Grundlage für das antizipatorische Systemvertrauen in die Ärzteschaft und Medizin als Ganzer darstellt. Mit dieser herausgehobenen Position würde sich auch das diese legitimierende ärztliche Ethos und Hilfsversprechen, auf das der vulnerable und potenziell bedürftige Mensch unverzichtbar angewiesen ist, auflösen. Somit wäre ein vollständiger Wandel zu einer Medizin als Kundendienst und Wunscherfüllung das Ende der herkömmlichen Medizin, die auf Hilfe angewiesenen Patienten Behandlung und Hilfe versprechen kann – denn was ein hilfsbedürftiger Mensch in der bedrängten Lage von Krankheit und Leid am wenigsten benötigt, ist „das herzlose Zuweisen eines kranken Menschen in die Konsumentenrolle“¹⁷³.

172 Asmuth (2011), S. 161f.

173 Abholz (1993), S. 54.

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 gemeinsamen 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 Wunschkvorstellungen 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.

sellschaft kaum Berufe gibt, die keine Heilberufe sind, wenn er Gesundheit als den Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens begreift.“¹⁹⁷

Im Zeichen einer Medikalisierung des Lebens, wie sie sich gerade in der wunscherfüllenden Medizin manifestiert, bietet das dort propagierte umfassende Gesundheitsverständnis nun die effektvolle Grundlage, um auch den Anspruch der Medizin erheblich auszuweiten. Indem die Medizin – nicht nur als wunscherfüllende Medizin, als solche aber in besonderem Maße – sich direkt, d.h. abgelöst von ihrem Krankheitsbezug *ex negativo*, für Gesundheit zuständig erklärt und dabei den Gesundheitsbegriff der WHO bzw. das korrespondierende Verständnis von „GESUNDHEIT“ zugrunde legt, erklärt sie damit unter der Hand das Geschäft der Optimierung von Gesunden, der Steigerung von normalen Eigenschaften und Fähigkeiten, kurz: *Enhancement*, zu ihrer legitimen Sache. Dass in dieser Neuausrichtung der Medizin als Instrument der Wunscherfüllung und „Vitaloptimierung“¹⁹⁸ weder der Indikationsbegriff noch ein Kern therapeutischer Zielsetzung als limitierende oder nur orientierende Faktoren vorkommen, kann somit als Folge von Verschiebungen des Begriffs und des Verständnisses von Gesundheit verstanden werden. Somit erweist wunscherfüllende Medizin sich als eine Ausweitungsform der Medizin, die zur Begründung ihres Vorhabens in paradigmatischer Weise eine medikalisierende Legitimierungsstrategie verfolgt und für die damit auch die wesentlichen Einwände und ethischen Probleme gelten, mit denen medikalisierende Expansionsphänomene konfrontiert sind.

F. FAZIT: WUNSCHERFÜLLENDE MEDIZIN ALS BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG

Vor dem Hintergrund einer philosophischen Untersuchung des Wunsches als dem titelgebenden Begriff *wunscherfüllender Medizin*, die außerdem den Bedürfnisbegriff ergänzend zu ihren Erörterungen der anthropologischen Bedeutung dieser motivationalen Größen heranzieht, entfaltet die von Kettner poin-

197 Wieland (2004), S. 203. Ganz ähnlich verweist Leon Kass darauf, dass sich die Medizin übernimmt, wenn sie die Gesundheit selbst zu ihrer obersten Aufgabe macht: „Health and only health is the doctor’s proper business; but health, understood as well-working wholeness, is not the business only of doctors. Health is, in different ways, everyone’s business“. Kass (1975), S. 33.

198 Kettner (2006b), S. 82.

tierte Dimension der umfassenden Gesundheitssorge jenseits von Problemen wie Kommerzialisierung und Komplizenschaft als Folge einer medikalisierenden Rechtfertigung noch eine zusätzliche begriffstheoretische Einsicht von erheblicher Brisanz für die Ausgangsfrage und die Bestimmung wunscherfüllender Medizin. Wie bereits ausgeführt, sieht Kettner in der WHO-Gesundheitsdefinition von 1946 die Entwicklung zur gegenwärtigen expandierenden Situation der Medizin im Zeichen der Wunscherfüllung – den „Überstieg von Gesundheit zu GESUNDHEIT“¹⁹⁹ – bereits vorgebahnt. Der Kritikpunkt, dem sich das Gesundheitskonzept der Weltgesundheitsorganisation von dem vollständigen und umfassenden Wohlbefinden seit seiner Veröffentlichung am häufigsten ausgesetzt sieht, besteht in dem nicht von der Hand zu weisenden Einwand, die Definition sei viel zu weit und unrealistisch angelegt, was dieser einen ebenfalls wiederholt bemängelten utopischen Anstrich verleiht. Wenn man nun zunächst von den Schwierigkeiten absieht, die eine Verknüpfung dieser Definition mit einer Zuständigkeit der Medizin für ihren Gegenstand bereitet, und man unabhängig von derartigen Fragen nach der praktischen Bedeutung und Umsetzung der Formel ihren Inhalt anthropologisch liest, fällt eine erstaunliche Parallele ins Auge. Der Definition der WHO nach ist Gesundheit „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“²⁰⁰

Angesichts einer Rekapitulation der diversen Konzepte und Modelle, die aus verschiedenen Fachrichtungen und methodischen Ansätzen in so unterschiedlichen Disziplinen wie der Volkswirtschaftslehre und der Psychologie aufgestellt und entwickelt worden sind, scheint doch der Begriff des Bedürfnisses als einziger motivational-anthropologisch grundlegender Begriff die ganzheitliche Bandbreite der WHO-Definition von Gesundheit adäquat abzubilden. Dabei ist es die Kombination von drei Elementen, die diese Gesundheitsbestimmung dem Bedürfnisbegriff so annähern: (a) die Vokabel des *Wohlbefindens*, die weit über statistisch-funktionalistische Gesundheitskriterien wie durchschnittliches Leistungsniveau, Beschwerdefreiheit, körperlicher Normalzustand oder einwandfreie Funktionsfähigkeit hinausgeht, (b) die superlativische Forderung der *Vollständigkeit* sowie (c) die ausdrückliche Negation der Reduktion auf die Negation von Krankheit – „nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Mit diesen drei Merkmalen wird ein regulativer Zustand konstituiert, dessen Anspruch im Feld handlungstheoretischer Grundbegriffe nur in der Idee von vollständiger Befriedigung aller Bedürfnisse des Menschen sein adäquates Gegen-

199 Kettner (2006a), S. 11.

200 WHO (1946).

über findet. Dementsprechend lässt sich Gesundheit nach dem Verständnis der WHO als ein Zustand umfassender Bedürfnisbefriedigung interpretieren.

Aus der Bedeutung und Funktion, die dem Bedürfnisbegriff im motivationalen Gefüge menschlicher Handlungen zukommen, wird mit Blick auf die Anthropologie Wilhelm Kamlahs und die Handlungstheorie Harry Frankfurts deutlich, dass Bedürfnisse nicht unabhängig von anderen intentionalen und motivationalen Größen bestehen.²⁰¹ Gerade in dem Prozess und Ergebnis ihrer Konkretisierung und Ausrichtung auf reale Möglichkeiten ihrer Befriedigung (oder Unterdrückung) – von Arnold Gehlen prägnant als Vorgang der ‚Bedürfnisorientierung‘ bezeichnet – verknüpfen sich Bedürfnisse nicht zuletzt mit Wünschen. An der Art und Weise, in der sie Wunschform annehmen, zeigt sich, wie realistisch und damit handlungswirksam sich Bedürfnisse umsetzen (sollen).

Damit schließt sich nun der begrifflich-anthropologische Kreis zwischen dem Bedürfnisbegriff, der Gesundheitsdefinition der WHO und wunscherfüllender Medizin. Wenn sich der Gesundheitsbegriff der WHO die Begrifflichkeit von Bedürfnissen und ihrer Befriedigung überführen lässt und gleichzeitig als Folie für die Ausrichtung wunscherfüllender Medizin dient, dann kann die Bezugsgröße, auf die die Wunschmedizin reagiert, nicht nur im geäußerten Wunsch gesehen werden, sondern auch in dem Bedürfnis, das hinter dem Wunsch steht. Diese Deutung ist auch kohärent mit dem Umstand, dass Bedürfnisse als vermeintlich tieferliegende und nur schwer bis gar nicht verfügbare motivationale Größen in einem Maße plastisch und formierungsbedürftig sind, in dem sie Wünschen ähneln. Erstaunlicherweise findet sich dieser komplexe handlungstheoretisch-anthropologische Zusammenhang im Rahmen der ersten Veröffentlichungen, in denen Matthias Kettner das neue Feld wunscherfüllender Medizin programmatisch skizziert, bereits in einer kleinen Nebenbemerkung angedeutet. Dort heißt es (als Hinführung zum wesentlichen Punkt der Orientierung innerhalb wunscherfüllender Medizin an „GESUNDHEIT“):

„Wünsche im hier interessierenden Sinne sind nicht einfach nur gedachte Möglichkeiten, sondern kulturell interpretierte Bedürfnisse. Wunscherfüllende Medizin widmet sich Bedürfnissen, während kurative Medizin am Krankheitsbegriff orientiert ist“²⁰².

Ob von Kettner so intendiert oder nicht, auf diese dichte, an keiner Stelle im weiteren Verlauf mehr aufgenommene und explizierte Bemerkung lassen sich nicht nur die Essenz des motivational-handlungstheoretischen Gefüges von

201 Vgl. oben, S. 25ff., 58ff., 115ff. und 136ff.

202 Kettner (2006a), S. 11.

Wunsch und Bedürfnis sowie die Entsprechung der WHO-Definition mit Bedürfnissen beziehen, auch der Charakter wunscherfüllender Medizin wird in einer Form deutlich, die jeder Gegenüberstellung von vermeintlich normativ starken Bedürfnissen mit vermeintlich oberflächlichen und normativ ungenügenden Wünschen die konzeptuell-begriffliche Grundlage entzieht. Wenn die im Kontext der Medizin relevanten Wünsche letztlich Interpretationsformen von Bedürfnissen sind – nach Gehlens Terminologie Instrumente der ‚Bedürfnisorientierung‘ –, dann richtet sich wunscherfüllende Medizin nicht auf die Erfüllung von Wünschen, *anstatt* sich auf Bedürfnisse zu beziehen, sondern sie widmet sich vielmehr Bedürfnissen, *indem* sie Wünsche zu erfüllen versucht. Aufgrund der intrinsischen Maßlosigkeit des Wünschens sind Wünsche dabei weitaus besser als explikative Zielgrößen geeignet als der Bedürfnisbegriff, um die vielfältigen und sich schnell wandelnden, gesellschaftlich-kulturell wie individuell bestimmten Wunschvorstellungen aufzunehmen, die mit medizinischer Hilfe Wirklichkeit werden sollen.

Dass aus dieser begrifflichen Neuordnung nun keineswegs eine Revidierung der ethischen Bedenken gegen die eingeschlagene Ausweitung des medizinischen Feldes folgt, ergibt sich schließlich aus der Verbindung zu dem dritten elementaren Orientierungsbegriff wunscherfüllender Medizin, der Gesundheit. Da der in einen Zustand vollständiger Bedürfnisbefriedigung übertragbare Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt wird, ließe sich als Fazit feststellen: Genausowenig wie es Aufgabe der Medizin sein kann, für eine allumfassende Wohlbefindensgesundheit zu sorgen, genauso wenig beläuft sich die angemessene Zielsetzung der Medizin in der Befriedigung aller Bedürfnisse, ob körperlicher, geistiger oder sozialer Art. Das aber verspricht und beansprucht wunscherfüllende Medizin tun zu können – als legitime Form ärztlichen Handelns.

Dritter Teil: Anti-Aging-Medizin

Anti-Aging-Medizin

Ein Beispiel für entgrenzte Medizin

Wenn es ein Zentralmotiv gibt in der utopischen Ausfantasierung der künftigen Altengesellschaft, dann ist es die Entgrenzung der Vitalität. Sie ist nicht mehr das Privileg der Jugend und Lebensmitte, sie ist die gute Fee aller Lebensphasen.

LOTHAR MÜLLER¹

Ein Bereich im weiten Feld wunscherfüllender Medizin, der in den vergangenen Jahren innerhalb der Medizin, aber auch darüber hinaus in Teilen der Gesellschaft für Aufsehen sorgte, ist die so genannte *Anti-Aging-Medizin*. Diese neuartige Medizinrichtung ist in mehrfacher Weise geeignet, verschiedene Aspekte und Probleme zu illustrieren, die im Zusammenhang mit dem Phänomen einer Ausweitung des ärztlichen bzw. medizinischen Handlungsbereiches relevante Gesichtspunkte darstellen. So lässt sich am Beispiel der Anti-Aging-Medizin gut zeigen, dass die beiden legitimatorischen Strategien, eine Ausweitung des medizinischen Feldes zu begründen (pathologisierend bzw. medikalisierend), gewichtige Probleme mit sich bringen. Sowohl die Argumentation der Wunscherfüllung, wonach gegen Anti-Aging-Maßnahmen trotz eines fehlenden Krankheitsbezugs nichts einzuwenden ist, solange diese risikoarm und nebenwirkungsfrei an aufgeklärten und der Behandlung zustimmenden Personen vorgenommen wird, als auch die Auffassung, den menschlichen Alternsprozess selbst als Krankheit zu verstehen und somit den klassischen Zielen der Medizin gemäß im Rahmen von Anti-Aging-Anwendungen behandeln zu können, sind aus ethischer und medizinethischer Perspektive sehr kritisch einzuschätzen. Beide Begründungsstrategien befördern nicht nur Tendenzen zu einer weiter zunehmenden Ökonomisierung und offenen Kommerzialisierung der Medizin, gefährden in

1 Müller (2007), S. 24.

diesem Zuge nicht nur die kulturell einzigartige und fest verankerte Stellung, die historisch gewachsene Integrität und den moralischen Status der Medizin als Institution der bedingungslosen Hilfe und des Vertrauens, sondern drängen die Medizin außerdem in die Rolle eines Komplizen zweifelhafter Werte auf der Grundlage impliziter anthropologischer Annahmen, die wesentliche Elemente des Selbstverständnisses des Menschen als endliches und vulnerables Wesen ausblenden.

A. PRAXIS UND LEITMOTIVE DER ANTI-AGING-MEDIZIN

A.1 Mittel und Methoden

Die unter dem Schlagwort ‚Anti-Aging‘ firmierenden Maßnahmen und Produkte bilden ein sehr breit und heterogen zusammengesetztes Feld von Angeboten, die nicht zuletzt in medizinischen Kontexten zur Bekämpfung des Alterns und seiner Begleiterscheinungen offeriert werden. Von eher kuriosen Etikettierungen nicht unbedingt gesundheitsfördernder Nahrungsmittel (Anti-Aging-Pralinen, Anti-Aging-Bier) bis hin zu streng naturwissenschaftlichen Projekten von Zellbiologen, die durch Genmanipulation im Labor die Lebensspanne von Modellorganismen (wie Fruchtfliegen, Hefepilzen oder Fadenwürmern) vervielfachen, findet sich das Anti-Aging-Label in den unterschiedlichsten Kontexten. Mit Medizin hat dabei längst nicht alles zu tun, was von der alltäglichen Konsumwelt des Normalverbrauchers bis zur spezialisierten High-Tech-Forschung mit ‚Anti-Aging‘ in Verbindung steht. Das Zentrum und der Schwerpunkt entsprechender Bemühungen bilden allerdings Fragen medizinischer Anwendbarkeit und therapeutischen Nutzens. In welchem Umfang und welcher Gestalt Anti-Aging als Medizin im deutschsprachigen Raum praktiziert wird, zeigt ein Blick in einschlägige Hand- und Lehrbücher, die Anti-Aging als medizinisches Feld zu etablieren versuchen.²

Das breite Spektrum medizinischer Maßnahmen, Produkte und Leistungen, die therapeutischen Nutzen für Menschen versprechen, denen das Altern und seine Auswirkungen zu schaffen machen, lässt sich in vier große Komplexe unterteilen³: Neben Interventionen, die die persönliche Lebensführung betreffen

2 Siehe Kleine-Gunk (2003a); Römmler/Wolf (2003a); Jacobi et al. (2004); Gasser (2004a); Jacobi et al. (2005a).

3 Vgl. Gothe et al. (2011), S. 80f.

und hauptsächlich mittels Ratschlägen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung wirksam werden sollen (*Lifestyle*), werden medizinisch intendierte Nahrungsergänzungsmittel und mit Zusatzstoffen angereicherte Lebensmittel als Anti-Aging-Präparate angeboten (*Vitalstoffe*) sowie endokrinologische Behandlungen zur Hormonsubstitution (*Hormontherapien*) und dermatologische wie auch plastisch-chirurgische Maßnahmen offeriert, die das äußere Erscheinungsbild – vor allem augenfällige Anzeichen der Hautalterung – korrigieren sollen (*Kosmetische Interventionen*).

Die geringste medizinische Eingriffstiefe weist dabei der *Lifestyle*-Bereich auf. Hier stehen wenig spektakuläre und längst zum Allgemeingut gewordene Ratschläge für eine gesundheitsbewusste Lebensführung im Mittelpunkt: Anweisungen, auf ausreichende körperliche Bewegung, gesunde und ausgewogene Ernährung, Abstinenz von Giften wie Nikotin und Alkohol, genügend Schlaf, Zeit zur Regeneration und kontinuierliches Training geistig-kognitiver Fähigkeiten zu achten sowie Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen, bilden den Grundstock an medizinisch vernünftigen Verhaltensweisen, der ohnehin jedem Gesundheitswilligen als Vorgabe für seine Lebensführung dient. Im Rahmen der Anti-Aging-Medizin werden hier vor allem diejenigen Ratschläge dieses Common-Sense-Wissens akzentuiert, von deren Befolgung man sich wirkliche Effekte gegen Alterserscheinungen und -beschwerden verspricht. Allerdings sind derartig generelle Informationen und Tipps zur Lebensstiländerung wenig altersspezifisch, und Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen, die ein möglichst langes Leben begünstigen, scheinen identisch zu sein mit altersunabhängigen Grundsätzen gesunder Lebensführung.

Im Gegensatz zu Ratschläge zur gesunden Lebensführung zielt der Einsatz von *Vitalstoffen*, wie sie häufig in Anti-Aging-Programmen zu finden sind, deutlich auf direkt lebensverlängernde Effekte ab. Als medizinisch intendierte Nahrungsergänzungsmittel – sog. „*Nutraceuticals*“⁴ – enthalten diese Zusatzstoffe typischerweise Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Aminosäuren, ungesättigte Fettsäuren, Antioxidantien etc. und werden zur Prävention von altersassoziierten Zivilisationskrankheiten wie Osteoporose oder kardiovaskulären und neurodegenerativen Erkrankungen eingesetzt. Hier werden innerhalb der Anti-Aging-Medizin Konzepte der orthomolekularen Medizin, die auf die Bedeutung von Mikronährstoffen zur Krankheitsvermeidung setzt, aufgegriffen und umgesetzt. Im Rahmen von Anti-Aging-Anwendungen sollen die auch als ,funktionel-

4 Begriffsbildung aus ,Nutrition‘ (engl. f. ,Ernährung‘) und ,Pharmaceutical‘ (,Arzneimittel‘).

le Lebensmittel‘ (*Functional Food*) bezeichneten Zusatzstoffe primär dazu beitragen, Vitalität und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten.

Anders als bei alterungsverzögernden Stoffen, die ohne ärztliche Begleitung oder Kontrolle frei gewählt, dosiert und kombiniert werden können, ist für die Anwendung von *Hormontherapien* medizinisches Fachwissen und eine ärztliche Verordnung notwendig. Therapien, die einem altersbedingten Rückgang der körpereigenen Hormonproduktion entgegenwirken und den jugendlichen Hormonspiegel wiederherstellen sollen, spielen im Rahmen der Anti-Aging-Medizin eine besondere Rolle. Insbesondere von Wachstumshormonen, Melatonin, DHEA sowie Östrogenen und Testosteron werden hier deutliche altersverzögernde Effekte erwartet. Allerdings ist die Wirksamkeit solcher Substitutionstherapien bislang nicht nachgewiesen und ihre Anwendung aufgrund der fehlenden Evidenz für eine auch auf Dauer positive Nutzen-Risiko-Bilanz höchst umstritten.

Der vierte Bereich bereits praktizierter Anti-Aging-Maßnahmen umfasst *kosmetische Interventionen*. Hierzu zählen Eingriffe und Anwendungen, die das körperliche Erscheinungsbild verändern sollen, was allerdings kaum als Besonderheit der Anti-Aging-Medizin bezeichnet werden kann. Vielmehr handelt es sich um den spezifischen Einsatz eines schon länger praktizierten und ebenfalls anhaltend umstrittenen medizinischen Feldes. Für das gesamte Spektrum der Anti-Aging-Interventionen, die derzeit angeboten, nachgefragt und durchgeführt werden, bilden kosmetische Eingriffe gleichwohl den wohl größten und wichtigsten Bereich. Während die Änderung von gesundheitsgefährdenden (und damit potenziell lebensverkürzenden) Verhaltensweisen und -gewohnheiten mühsam ist, der Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln und Hormontherapien nur indirekt und erst mittel- bis langfristig Wirkung zeigt, versprechen dermatologische und plastisch-chirurgische Maßnahmen schnelle und vor allem deutlich sichtbare Erfolge im Kampf gegen Alterserscheinungen. Im Mittelpunkt solcher ‚Korrekturen‘ stehen in erster Linie augenfällige Anzeichen der Hautalterung. Kosmetische Anti-Aging-Maßnahmen (‚dermatologische Reparaturmaßnahmen‘ wie ‚Laser Resurfacing‘, ‚Chemical Peeling‘, ‚Dermokosmetik‘, ‚Faltenkorrektur‘ etc.) zielen somit auf die Beseitigung von Falten, schlaffen Hautpartien und Altersflecken sowie die Entfernung von Fettgewebe.

Wie die verschiedenen Formen an Interventionen, die als Anti-Aging-Maßnahmen angeboten und umgesetzt werden, nahelegen, ist auch der Bereich der Akteure, d.h. der Berufsgruppen und Einrichtungen, die solche Leistungen anbieten und durchführen, ebenfalls sehr uneinheitlich. Dies ergibt sich in einigen Fällen direkt aus den Bedingungen der Zugangsmöglichkeiten und Anwendungsbeschränkungen. So ist die Verbreitung und der Konsum des überwiegenden Anteils aller Nahrungsergänzungsmittel (Vitamintabletten, probiotisch angereicher-

te Lebensmittel u.ä.) sowie etlicher Kosmetika zur nicht-invasiven Behandlung der Haut (Anti-Aging- und Anti-Falten-Cremes) keinerlei Einschränkungen unterworfen und auf dem freien Markt erhältlich.⁵ Hier ist vor allem das Angebot entsprechender Produkte in Supermärkten, Drogerien, Apotheken und zunehmend auch in Arztpraxen zu nennen. Auch Ratschläge zu einer gesundheitsbewussten und damit lebensverlängernden Lebensführung sind in vielfältigen Formen (v.a. als Broschüren und Bücher) problemlos für jedermann verfügbar. Dass bei der Vermittlung von Anti-Aging-Tipps und der Verbreitung entsprechender Publikationen eine ärztliche Ausbildung und medizinisch-wissenschaftliche Kompetenz, akademisch bescheinigt durch Doktor- und Facharztstitel, für seriöses Renommee sorgen und durchaus förderlich für die Glaubwürdigkeit der Informationen und den Absatz entsprechender Ratgeber und Produkte sein können, liegt auf der Hand. Allerdings impliziert dies in keiner Weise einen Arztvorbehalt für die genannten Leistungen, was die zahlreich vertretenen nicht-medizinischen Anbieter aus dem Wellnessbereich (wie Vertreter des sog. Gesundheits-Tourismus, Reiseveranstalter, Kurhotels etc.) auch belegen. Hormontherapien und invasive kosmetische Eingriffe dagegen gehören zum regulierten Zuständigkeits- und Kompetenzbereich des chirurgischen und endokrinologischen Faches, unterliegen damit der Auflage des Arztvorbehalts und dürfen nur von dazu autorisierten Medizinern durchgeführt werden.

Mit Blick auf den Einsatz von Anti-Aging als Medizin ist dabei besonders charakteristisch, dass auch schwache Formen von Anti-Aging-Maßnahmen wie Lifestyle-Tipps oder Ernährungsberatung explizit als ärztliche Aufgaben verstanden und entsprechend im fachlich fundierten Duktus von Sicherheit und Vertrauen präsentiert werden. Somit können auch Angebote und Interventionen, die nur in geringem Maße medizinspezifisch sind, dennoch als Leistungen einer Anti-Aging-Medizin verstanden werden.

A.2 Paradigmen eines Transformationsprozesses

Sowohl die Maßnahmen und Leistungen, die die Anti-Aging-Medizin anbietet, als auch die Struktur dieser medizinischen Richtung sind von Paradigmen und Leitmotiven geprägt, die exemplarisch für den grundlegenden Wandel gelten können, den die moderne Medizin seit einiger Zeit durchläuft.⁶ Die beiden zent-

5 Abgesehen von Verordnungen, die Lebensmittel und Kosmetika im Allgemeinen betreffen.

6 Siehe exemplarisch Wieland (1986), Maio (2007c) und oben, S. 162ff.

ralen Größen sind dabei der auf das Interaktionsverhältnis zwischen Arzt und Patient bezogene Wert der *Selbstbestimmung* sowie die den medizinischen Ansatz betreffende Idee der *Prävention*. Während das Prinzip der Selbstbestimmung als Patientenautonomie zu einem der wichtigsten normativen Kriterien für medizinisches Entscheiden und für die medizinethische Reflexion geworden ist, gewinnt in praktischer Hinsicht der nicht nur medizinisch wirksame Vorbeugungsgedanke einen immer größeren Stellenwert. Eingebettet in ökonomische Strukturen, die durch die Verbindung mit den Leitgedanken der Eigenverantwortung und Selbstsorge, einer unabschließbaren und auf Gesundheitssteigerung angelegten Präventionslogik sowie einer nahezu alle Bereiche des Lebens umfassenden Lifestyleausrichtung eine starke Tendenz hin zu einer Kommerzialisierung der Medizin zeigen, nimmt die Anti-Aging-Medizin in spezifischer Weise wesentliche Entwicklungslinien der gegenwärtigen Medizin auf, die sie unter dem Leitmotiv der Altersprävention vereint und besonders akzentuiert. Insofern kann die Anti-Aging-Medizin in mehrfacher Hinsicht als paradigmatisch für die gegenwärtige Ausdifferenzierung und Umbruchsituation der modernen Medizin gelten.

A.2 (a) Eigenverantwortung und Individualisierung

Die Orientierung an dem für die moderne Medizin und Medizinethik zentralen Prinzip der Patientenautonomie gilt besonders für die Anti-Aging-Medizin, die den konzeptuellen Zusammenhang zwischen persönlicher Freiheit, Selbstverantwortung und Individualisierung eindrucklich belegt. Selbst Autoren, die dem Aufschwung von Anti-Aging in der Medizin kritisch gegenüber stehen, können diesem Element aktivierender Alterssorge durchaus Vorteile abgewinnen:

„Positive Auswirkungen des Anti-Aging-Booms sind eine Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, sodass Gesundheit und Leistungsfähigkeit als ureigenes Anliegen begriffen werden, mit der Konsequenz, alles Lebensfördernde zu praktizieren und alles Lebensfeindliche zu meiden.“⁷

Angesichts der Plastizität des menschlichen Alterungsprozesses und der wachsenden medizinischen Möglichkeiten, diesen Prozess zu beeinflussen sowie der Hochschätzung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit steht das „aus der fürsorglichen Belagerung in die Freiheit der Selbstsorge“⁸ entlassene Individuum nun vor der Herausforderung, seiner Verantwortung für das eigene

7 Stöhr (2005), S. 189.

8 Bröckling (2008), S. 46.

Alter(n) gerecht zu werden und gesundheitliche Vorsorge zu betreiben. Dass es dabei ganz auf den Einzelnen selbst ankommt, gemäß dem Motto ‚Jeder Mensch bestimmt selbst, wie alt er und wie er alt wird‘ sein (Alters-)Schicksal in die eigene Hand zu nehmen, liegt an der Tatsache, dass die körperlichen und geistigen Veränderungen im Lebensverlauf bei jedem Menschen in unterschiedlicher Gestalt und Geschwindigkeit erfolgen und so weder allgemeine noch standardisierte Behandlungsmethoden und entsprechend geregelte Therapieverfahren für eine effektive Altersprävention sonderlich angemessen scheinen.

Hinzu kommt noch der Umstand, dass die Behandlungsverfahren der auf Altersvorsorge bzw. -vorbeugung angelegten Anti-Aging-Prävention prinzipiell auf Zustände bezogen sind, die noch nicht eingetreten sind. Damit kann die Anti-Aging-Medizin als paradigmatisch für eine weitere Entwicklung innerhalb der Medizin gelten, die aus dem gestärkten Autonomieprinzip hervorgeht: die Tendenz zur Individualisierung der Behandlung im Sinne einer „Maßschneidung auf die Gegebenheiten und Präferenzen einzelner Personen“⁹. Bezeichnenderweise ist diese Tendenz verbunden mit dem von Thomas Lemke konstatierten „permanente[n] Rekurs auf Selbstbestimmung, informierte Zustimmung und Patientenautonomie in der medizinischen Praxis“¹⁰. Im Bereich der Anti-Aging-Prävention spielt der individuelle Zuschnitt der medizinischen Maßnahmen jenseits von universellen Gesundheitstipps eine Schlüsselrolle, da die Risikoprofile, an denen die Anti-Aging-Medizin als Vorsorgemedizin ihre Behandlung ausrichtet, sehr stark von Klient zu Klient variieren können. Und so sind laut einem einschlägigen Anti-Aging-Handbuch „individuelle Diagnostik, Indikationsstellung und der auf den Einzelnen abgestimmte Behandlungsplan aus spezialisierter ärztlicher Hand unabdingbar“¹¹. Entsprechend werden die drei Komplexe von Anti-Aging-Interventionen *Lifestyle*, *Vitalstoffe* und *Hormontherapien* im Rahmen individualisierter Behandlungskonzepte angeboten.¹²

9 Hüsing et al. (2008), S. 30.

10 Lemke (2003), S. 3.

11 Römmler/Wolf (2003b), S. XII.

12 Vgl. Kley (2003), S. 49. Dabei lassen sich Kennzeichen der individualisierten Medizin erstaunlich passgenau auf die Anti-Aging-Medizin übertragen, wie aus einem Bericht des TAB hervorgeht: „Ein Kernelement der individualisierten Medizin ist die Erwartung, dass in absehbarer Zeit für jedes Individuum eine personalisierte Risikospezifizierung auf Basis der Kenntnis prädisponierender Gene erstellt werden könne, um die betreffenden Personen in die Lage zu versetzen, in Kenntnis ihres Erkrankungsrisikos Eigenverantwortung für die Gesundheit zu übernehmen und präventive Maßnahmen zu ergreifen.“ Hüsing et al. (2008), S. 20.

Ein weiteres Kennzeichen der Anti-Aging-Anwendungen, das eng mit der Individualisierung und dem Bezug auf die Lebensführung zusammenhängt, ist, dass die Behandlungsangebote sich aus einer Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen zusammensetzen. So gilt als ideales Anti-Aging-Konzept eine individuell abgestimmte Mischung aus der Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, Anpassungen des Lebensstils und Verhaltensänderungen, Fitness-Trainingsprogrammen, Maßnahmen zur Hormonsubstitution und ästhetisch-chirurgischen Eingriffen. Das Konzept einer personalisierten Kombinationsbehandlung, die grundsätzlich offen für die Wünsche und Präferenzen des individuellen Klienten ist, bedient damit das Bedürfnis nach Ganzheitlichkeit und Konsum auf Seiten der Leistungsempfänger. Ähnlich wie die Alternativmedizin versucht die Anti-Aging-Medizin in diesem Punkt ebenfalls, durch gezielte Abgrenzung von der etablierten Schulmedizin an Anziehungskraft zu gewinnen und explizit deren Nachteile zu vermeiden. Ganz anders als in der Alternativmedizin spielen in der Anti-Aging-Medizin aber genetische Faktoren für die Erstellung des individuellen Risikoprofils eine wichtige Rolle. So wird angenommen, dass im Zuge der Fortschritte in der Genetik die DNA-Diagnostik für die Anti-Aging-Medizin in Zukunft eine zentrale Rolle spielen wird.¹³ Somit kann die Anti-Aging-Medizin insgesamt als exemplarisch für den in der Medizin zu beobachtenden grundlegenden Paradigmenwechsel hin zu „Prospektion, Prävention und Personalisierung“¹⁴ gelten.

A.2 (b) Gesundheitsorientierung als Prävention

Wie kaum eine andere Innovation innerhalb des medizinischen Bereichs repräsentiert die Anti-Aging-Medizin nicht nur den Strukturwandel hin zu Eigenverantwortung, sondern gleichzeitig auch die Betonung der Vorbeugungsidee. Hier wird der „Megatrend Gesundheit“¹⁵ in konkrete Behandlungskonzepte überführt, und der Perspektivwechsel von einer pathogenetischen zu einer salutogenetischen Konzeptuierung findet in der Anti-Aging-Medizin seine konkrete Gestalt und konsequente Umsetzung.¹⁶ Nicht zufällig verstehen führende Vertreter des medizinischen Anti-Aging ihre Tätigkeit explizit als Form der Präventivmedizin – manch einer vertritt gar den programmatischen Anspruch, „die Präventivmedizin des 21. Jahrhunderts“¹⁷ zu propagieren. Dieses explizit vorsorgeorientierte

13 Siehe Siffert (2005).

14 Baessler et al. (2006).

15 Huesmann et al. (2006).

16 Siehe zum salutogenetischen Paradigmenwandel oben, S. 164ff.

17 Kleine-Gunk (2007), S. 2059.

Selbstverständnis lässt sich dann auch an Namen und Titeln einschlägiger entsprechender Institutionen unschwer erkennen.¹⁸ Abgesehen von medial geschickt gewählten Bezeichnungen und großsprecherischen Verlautbarungen, die primär der Erregung von Aufmerksamkeit dienen sollen, spielt der Konzeption der Anti-Aging-Medizin als Präventivmedizin ein bedeutender, realer und gesellschaftlich relevanter Faktor in die Hände. So scheinen gerade angesichts der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme an chronischen Erkrankungen präventive Ansätze im Allgemeinen besonders erfolgversprechend, den Kostenanstieg, der für die medizinische Versorgung einer alternden Bevölkerung befürchtet wird, zu dämpfen.¹⁹ Und auch jenseits von Fragen, die die Finanzierung des Gesundheitswesens betreffen, betonen Anti-Aging-Mediziner die vorausschauende Vernünftigkeit ihres Behandlungsansatzes, die jedem einzelnen Empfänger ihrer Leistungen mit einem deutlichen Gewinn an Lebensqualität einen großen individuellen Nutzen beschert.

Bedenken gegen eine hier durchweg vertretene bedingungslose Wertschätzung und Anerkennung allumfassender Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen kommen im Bereich der Anti-Aging-Medizin nicht vor, geschweige denn wird die Mahnung erwogen, „dass Interventionen zur Krankheitsverhütung nicht automatisch nützlich sind“²⁰. So heißt es in einem Handbuch der Anti-Aging-Medizin so unzweideutig wie eindrücklich: „Frühzeitige Intervention zur Verhinderung von Alterserkrankungen [...] kann alten Menschen viel Leid und Schmerzen ersparen.“²¹

Allerdings macht der durchaus positive Umstand, dass ein präventiv zu erzielender Nutzen nur indirekt erreicht werden kann, d.h. über das Ausbleiben von Beschwerden, es für die Vermittlung, Akzeptanz und Nutzung entsprechender Anti-Aging-Angebote erforderlich, diesen ‚unsichtbaren‘ Gewinn und Vorteil zu erklären und für das entsprechende Vorgehen zu werben. Da präventive Maßnahmen sich letztlich nicht auf akut zu behandelnde Notstände richten, sondern bei Zuständen ansetzen, die *noch nicht* pathologisch und damit nicht eindeutig behandlungsbedürftig sind, muss der Noch-nicht-Patient als Klient erst überzeugt und motiviert werden, entsprechende Schritte einzuleiten. Dies erfordert

18 So nennt sich die Schweizer Fachgesellschaft für Anti-Aging-Medizin *Swiss Society for Anti-Aging Medicine and Prevention* und die deutsche Vereinigung *German Society of Anti-Aging-Medicine* übersetzt ihren Namen in *Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging-Medizin*.

19 Siehe Baessler et al. (2006), S. 278; Scriba et al. (2001), S. 1013f.

20 Siehe Mühlhauser (2007), S. 294.

21 Römmler/Wolf (2003b), S. IX.

nun ein geschärftes Bewusstsein für die Alternativlosigkeit eigenverantwortlicher Selbstsorge, zu deren zentralen Ansatzpunkten gesundheitliche Belange gehören, welche am besten, d.h. am wirksamsten, in präventiver Ausrichtung erfüllt werden. Damit spiegelt sich die schleichende Erosion der Arzt- und Patientenrolle in Struktur und Rhetorik der neuen Sparte wider. Anti-Aging-Medizin richtet sich explizit an Menschen, die eher selten als Kranke und Bedürftige erscheinen.²² Im Spektrum der Anti-Aging-Leistungen werden gesundheitliche Beratungsleistungen immer wichtiger, was dazu führt, dass gerade der Anti-Aging-Mediziner in erster Linie als Gesundheitsberater auftritt – in einschlägigen Kreisen wird bereits mit der Berufsbezeichnung des „Salutologen“²³ operiert.

Im deutschsprachigen Raum ist demgemäß eine Differenzierung und Profilierung der Anti-Aging-Medizin zu beobachten, die ganz auf die Plausibilität und Seriosität des Präventionsgedankens setzt. So lautet eine der „vier Doktrinen“, die ein österreichisches Lehrbuch für „angewandte Anti-Aging-Medizin“ aufstellt: „Seriöse Anti-Aging-Medizin hat heute das Ziel, [...] vorzeitiges Altern zu verhindern“²⁴. Die Betonung wissenschaftlicher Ernsthaftigkeit ist hierbei vor allem als Reaktion auf die polarisierende Entwicklung der US-amerikanischen Anti-Aging-Bewegung zu verstehen, deren Vertreter seit Mitte der 1990er Jahre mit spektakulären und überzogenen Versprechungen unrealistische Hoffnungen schüren und für z.T. heftige Auseinandersetzungen und Widerstand vor allem von Seiten der Geriatrie und Gerontologie sorgen.²⁵

A.2 (c) Lifestyle und Lebensbegleitung

Wie sich zeigt, führt der Umstand, dass konsequente Altersprävention sich weniger an alte und kranke, als vielmehr an junge und vitale Menschen richtet, dazu, dass es der Anti-Aging-Mediziner nicht mit pathologischen Erscheinungen und manifesten Krankheitsbildern, sondern mit Dispositionen und Verhaltensweisen beschwerdefreier Gesunder zu tun hat. Dementsprechend stehen neben diagnostischen Verfahren, die sich auf die Genese des jeweiligen Risikoprofils richten (wie einer ausführlichen Familienanamnese und DNA-Testung), Maßnahmen zur Beeinflussung und Optimierung der persönlichen Lebensführung im Mittelpunkt individualistischer Anti-Aging-Behandlungen. Hier präsentiert sich

22 Vgl. zum Effekt der Anti-Aging-Medizin, junge in „noch-nicht-alte“ Menschen zu verwandeln, auch die Entstehung einer „potential sick role“ durch überzogene Prävention. Crawford (1980), S. 379.

23 Bleichrodt (2003), S. 203.

24 Gasser (2004b), S. 5.

25 Vgl. Binstock (2003b), Heiß (2008) und Heiß (2011) sowie unten, S. 243ff.

die Anti-Aging-Medizin als „Lebensstilmedizin“²⁶, die die Erkenntnis ins Zentrum rückt, dass vielen Erkrankungen und Beschwerden – vor allem die verbreiteten Zivilisationskrankheiten – am effektivsten mit einer Änderung der individuellen Lebensführung vorgebeugt werden kann (etwa Essgewohnheiten, körperliche Bewegung etc.). Gerade Angebote im Anti-Aging-Betätigungsfeld der *Lifestyle*-Anwendungen sind auf diesen Behandlungsansatz ausgerichtet. Hier ist die Anti-Aging-Medizin ganz wesentlich auf das Bewusstsein für die Notwendigkeit von gesundheitlicher Eigenverantwortung sowie die Bereitschaft zur Selbstsorge angewiesen.

Da Anti-Aging-Medizin als radikale Vorbeugungs- und Vermeidungsmedizin funktionieren soll, betrifft der ganzheitliche Zugriff auf die Lebensführung des Anti-Aging-Klienten dann nicht nur dessen aktuelle Situation, sondern erstreckt sich auf weite Teile des gesamten Lebensverlaufs. So handelt es sich bei Anti-Aging-Maßnahmen weniger um akute Eingriffe, die ein klar definiertes Behandlungsziel erfüllen sollen, als eher um Elemente einer permanent notwendigen Lifestyleberatung und Gesundheitskontrolle. Wie sich zeigt, beansprucht Anti-Aging-Medizin in diesem Zuge weit mehr als punktuelle medizinische Intervention, indem sie „immer auch Modelle der Lebensführung anbietet und verkauft“²⁷. Entsprechend sollen sich Anti-Aging-Mediziner als „Gesundheitslotsen“ nicht nur um sämtliche Bereiche des Lebens kümmern, sie werden außerdem zu „Spezialist[en] mit lebenslanger Sorgefunktion“²⁸. Diese zeitliche Dimension einer lebenslängliche Anti-Aging-Begleitung – „vom Säugling bis zum Senior“²⁹ – ergibt sich aus dem end- und ziellosen Moment, das spezifisch in der Idee von Prävention begründet liegt und das Ulrich Bröckling so treffend auf den Punkt bringt: „Wer vorbeugen will, darf niemals aufhören.“³⁰ Entsprechend ist die Tätigkeit des ratgebenden Anti-Aging-Mediziners von Unabschließbarkeit geprägt, und da präventive Anti-Aging-Begleitung keinen klar definierten Endpunkt kennt, erscheint es umso wichtiger, so früh wie möglich mit der aktiven Sorge zu beginnen. Auch das ergibt sich aus der präventiven Ausrichtung, denn „Vorbeugen kann man nie genug und nie früh genug“³¹ – und so ist Anti-Aging auch nicht an alte, sondern an noch-nicht-alte, an junge Menschen adressiert. Der idealtypische Anti-Aging-Konsument ist somit jung, gesund und fit – und

26 Haber (2007), S. 9.

27 Viehöver (2008), S. 2761.

28 Jacobi (2004), S. 187.

29 Römmeler/Kleine-Gunk (2009).

30 Bröckling (2008), S. 44.

31 Ebd., S. 42.

soll dies mit Hilfe der entsprechenden Leistungen auch möglichst lange bleiben. Indem der präventive Ansatz bei aller Konservierung von Jugendlichkeit aber am Alterungsprozess und dessen Beeinflussbarkeit ausgerichtet bleibt, macht die Anti-Aging-Medizin Altern zum ‚lebenslangen Projekt‘ und stellt aus biopolitischer Perspektive mit ihren Angeboten neue Formen der Politisierung der Lebensführung und „methodischen Selbstdisziplinierung“ bereit.³²

A.2 (d) Kommerzialisierung und Dienstleistungsparadigma

Im Fall der Anti-Aging-Medizin trägt die durchgängige Ausrichtung an einem Dienstleistungsmodell, in dem Produkte bereit gestellt, an den Kunden gebracht und zu diesem Zweck beworben werden müssen, dazu bei, dass nur in geringem Maße neue Therapie- und Behandlungsverfahren für Patienten entwickelt und angewendet werden. Stattdessen agiert der Anti-Aging-Mediziner in erster Linie als Marktteilnehmer. Auch wenn genauere Angaben zum (markt-)wirtschaftlichen Aspekt schwer zu ermitteln sind³³, kann doch festgestellt werden, dass das Feld der Anti-Aging-Medizin in nicht unerheblichem Maße von Profitstreben und Gewinnmaximierung geprägt ist. So treten führende Vertreter und Institutionen der Anti-Aging-Medizin explizit als Akteure eines hart umkämpften Markts auf und werben mit dem dort prognostizierten kommerziellen Potential. Die *American Academy of Anti-Aging Medicine (A4M)*, die weltweit größte Organisation von Anti-Aging-Medizinerinnen und das wohl bedeutendste Sprachrohr der (nicht nur medizinischen) Anti-Aging-Idee, scheut sich nicht, die ökonomische Dimension der Anti-Aging-Medizin explizit und in deutlicher Weise zu nennen: „The Anti-Aging market is a multi-billion dollar industry with a phenomenal average annual growth rate“³⁴. Ärzten, die in Zeiten finanzieller Krisen im Gesundheitswesen mehr und mehr selbst von Sparmaßnahmen und Honorarkürzungen betroffen sind, werden ungewöhnlich dynamische Einkommenssteigerungen und wirtschaftliche Sicherheit durch Teilnahme am beständig expandierenden Anti-Aging-Markt in Aussicht gestellt.

Die Ausrichtung und Anpassung an kommerziell funktionierende Strukturen, die die Medizin allgemein bedrängen, verläuft im Bereich der Anti-Aging-Medizin in besonderer Deutlichkeit, da diese in hohem Maße auf Selbstzahlerleistungen (IGeL) ausgerichtet ist. Angefangen bei den umfangreichen Diagnoseverfahren zur Erstellung eines „Anti Aging Profils“³⁵ über die Gabe von Mikronähr-

32 Vgl. dazu Viehöver (2008), S. 2756.

33 Stuckelberger/Wanner (2008), S. 203f.

34 A4M (2009).

35 Schlink/Helden (2005), S. 283.

stoffen bis zu Hormontherapien sind im üblichen Anti-Aging-Angebot so gut wie keine Kassenleistungen enthalten.³⁶ Dies verdeutlicht, wie sehr Anti-Aging-Medizin auch die zunehmende Tendenz einer Kommerzialisierung der Medizin bedient und damit in nicht unerheblichem Maße dazu beiträgt, die Tätigkeit des Arztes als Dienstleistung auf Abruf aufzufassen, was wiederum charakteristisch für die individualisierte Medizin ist, die doch „in hohem Maße Aspekte der Patientenautonomie und der Konsumentensouveränität“ anspricht.³⁷ In einem Handbuch der Anti-Aging-Medizin wird die stark konsumistische Ausrichtung überdeutlich, wenn unumwunden die Unentbehrlichkeit professionellen Praxismanagements betont wird: „Ihre medizinische Kompetenz allein reicht nicht mehr aus, um den Bedürfnissen und Anforderungen Ihrer ‚gesundheitskonsumierenden‘ Patienten gerecht zu werden.“³⁸ Die richtige Präsentationsform des Leistungsangebots sowie der passgenau zugeschnittene Zugang zu den unterschiedlichen Zielgruppen scheint mitunter einen höheren Stellenwert als die medizinische Fachkompetenz zu besitzen. Anti-Aging-Medizin ist damit weniger als ärztliche Hilfe anzusehen, sondern vielmehr als gewinnorientiertes Projekt, das möglichst viele neue Abnehmer für die offerierten Angebote gewinnen will.

B. ANTI-AGING-MEDIZIN ALS ENTGRENZUNG DER MEDIZIN

Indem die Anti-Aging-Medizin beansprucht, als legitimer Teil des medizinischen Systems anerkannt zu werden und als solcher praktizieren zu können, dabei allerdings zum überwiegenden Teil neuartige und bislang nicht vertretene Behandlungsmethoden und ärztliche Leistungen offeriert, die sich zudem auf bislang nicht als behandlungsbedürftig eingestufte Zustände richten, stößt ihr Expansionsbemühen an verschiedenen Stellen innerhalb der Medizin auf Widerstand. Um diesen Widerständen, die immer auch die Frage der Identität und des Selbstverständnisses der Medizin tangieren, zu begegnen, verfolgen die Protagonisten der Anti-Aging-Medizin verschiedene Strategien. Neben Bemühungen in möglichst geschickter professionspolitischer Selbstdarstellung und Diffamierung der etablierten Konkurrenz (1) zählen hierzu vor allem effektvolle Positionierung-

36 Siehe Bleichrodt (2003), S. 199; Kleine-Gunk (2005), S. 375. Entsprechend wendet sich ein einschlägiges Lehrbuch explizit „an alle Berufssparten, in denen das *Produkt Anti-Aging* in seiner ehrlichen Variante weitergegeben wird“. Jacobi et al. (2005b), S. VI.

37 Hüsing et al. (2008), S. 21.

38 Eibl-Schober (2004), S. 364.

gen in der Auseinandersetzung um die Deutungshoheit und Definitionsmacht über das Wesen des Alter(n)s. Dies ist für die Anti-Aging-Medizin besonders wichtig, da es direkt von dem jeweiligen Altersverständnis abhängt, was als angemessene medizinische Reaktion gelten kann (2). Zur Legitimation von Anti-Aging als Medizin, die über die bislang üblichen Grenzen hinausgeht, lassen sich daran anschließend drei begründungstheoretische Varianten unterscheiden (3).

B.1 Abgrenzungskonflikte

Das Verhältnis der Anti-Aging-Medizin zur etablierten Medizin mit ihren ausdifferenzierten Spezialfächern und Subdisziplinen ist vielschichtig bis ambivalent.³⁹ Einerseits greift die Anti-Aging-Medizin zeittypische Tendenzen der Medizinentwicklung insgesamt auf, andererseits positionieren Anti-Aging-Mediziner sich bewusst und explizit in Opposition zur verbreiteten medizinischen Praxis und Tradition. Dies nicht ohne Grund. Wenn sich in einem Fachgebiet eine neue Bewegung oder Strömung formiert, ist dies in aller Regel mit Abgrenzungsbestrebungen und Verteilungskämpfen verbunden. Um auf sich aufmerksam machen zu können, muss eine neue Idee zunächst identifizierbar sein, was eine deutliche Differenz zu den bestehenden Theorien und gewohnten Praktiken voraussetzt. Das gilt selbstverständlich auch für die Medizin. Um sich vom Kanon der gängigen Therapieverfahren und Methodik abzuheben, kann eine neuartige Forschungsrichtung und Herangehensweise auf gravierende Defizite der vorherrschenden Lehrmeinung aufmerksam machen, die entsprechenden eigenen Alternativen zur Lösung oder Überwindung dieser Mängel aufzeigen und damit ihre Dringlichkeit und Innovativität betonen. Inwieweit die behaupteten mit den tatsächlich nachzuweisenden Unterschieden übereinstimmen, ist dabei allerdings nicht immer so eindeutig, wie es die Vertreter des jeweiligen Lagers gerne hätten. Ob die als wesentlich herausgestellten Unterscheidungsmerkmale zwischen dem etablierten und dem neuartigen Ansatz einer kritischen Überprüfung standhalten oder eher dem Wunschdenken ihrer Verfechter entsprechen, ist ein Streitpunkt, der unweigerlich zur zentralen Frage nach der Legitimation der neuen Richtung führt.

Das Bemühen der Anti-Aging-Medizin, sich von der bestehenden medizinischen Praxis ausreichend deutlich abzuheben und den eigenen Ansatz möglichst innovativ darzustellen, wird gerade aufgrund der spezifischen Konkurrenzsituation im medizinischen Feld notwendig. Da im Gesundheitswesen nur begrenzt

39 Vgl. zum Folgenden auch Eichinger (2011b), S. 202ff.

Ressourcen zur Verfügung stehen, sieht sich jeder Akteur und jede Gruppierung, die in diesem umkämpften Terrain eine relevante Position erreichen und behaupten will, mit einer Situation konfrontiert, die von dem Ringen um limitierte Mittel geprägt ist. Aufgrund ihrer spezifischen Beschaffenheit ist die Anti-Aging-Medizin nun in besonderem Maße dieser Wettbewerbssituation ausgesetzt. Sowohl das breite und sehr heterogen zusammengesetzte Spektrum an Angeboten und Anbietern innerhalb der Anti-Aging-Medizin als auch die Diversität der Kompetenz- und Tätigkeitsfelder, die außerhalb des Anti-Aging-Bereichs sehr ähnliche – in manchen Fällen sogar die gleichen – Leistungen anbieten, führen dazu, dass die Anti-Aging-Medizin sich gegenüber ihrer direkten, fest etablierten Konkurrenz besonders innovativ präsentieren und (über-)deutlich abgrenzen muss.

Da die Anti-Aging-Bewegung sich als Teilbereich der Medizin auf einem Gebiet behaupten muss, das traditionellerweise ein hohes moralisches Ansehen und wissenschaftliches Renommee genießt, sind diese Werte auch für sie von zentraler Bedeutung. Dies gilt sowohl für die Außenwahrnehmung, wenn die Anti-Aging-Medizin sich als neues Angebot für Patienten bzw. Klienten präsentiert, als auch für die Positionierung gegenüber konkurrierenden Ansätzen und Disziplinen im Wissenschaftsbetrieb im Allgemeinen und innerhalb der Medizin im Besonderen. Entsprechend ist die Entwicklung der Anti-Aging-Medizin seit ihren Anfängen eine Geschichte der Abgrenzungen, die in hohem Maße von einem Kampf um öffentliche Aufmerksamkeit, medizinische Attraktivität und wissenschaftliche Anerkennung geprägt ist.⁴⁰ Besonders im Bereich der Geriatrie und Gerontologie sorgt die Anti-Aging-Medizin dabei nicht zuletzt deshalb für ungewöhnlich heftige Reaktionen und Auseinandersetzungen, weil diese Fachrichtungen selbst einen schwierigen und langwierigen Prozess der Etablierung als Wissenschaft bzw. medizinische Subdisziplin hinter sich haben.⁴¹ So werden die Repräsentanten der Anti-Aging-Medizin von den Altersmedizinerinnen und Biogerontologen zuallererst als Opponenten verstanden, die ihren mühsam erreichten und weiterhin unsicheren Status gefährden und von denen es sich daher deutlich abzugrenzen gilt.⁴² Auf dem Spiel steht die eigene wissenschaftliche

40 Vgl. hierzu Binstock (2003b); Vincent (2003).

41 So ließe sich aus einer deskriptiven und makrosoziologischen Perspektive feststellen, dass die Anti-Aging-Medizin gewissermaßen die zweite Stufe in einem Prozess der Medikalisierung des Alters darstellt, die auf den ersten Schritt durch die Geriatrie und Gerontologie folgt.

42 Vgl. Binstock (2003a); Kondratowicz (2003), S. 159; Binstock (2004); Binstock et al. (2006).

Glaubwürdigkeit, mit deren Schwinden auch der Verlust der Zuständigkeit für altersmedizinische Fragen befürchtet wird, was wiederum mit negativen Konsequenzen für die Vergabe von Forschungsgeldern verbunden wird. Diese existenzielle Dimension macht auch verständlich, dass die Konflikte zwischen Geriatrie/Gerontologie und Anti-Aging-Medizin eine Heftigkeit und Schärfe angenommen haben, die es nicht übertrieben erscheinen lassen, hier von einem regelrechten „war on anti-aging medicine“⁴³ zu sprechen. Dabei ähneln sich die Waffen, mit denen der eigene Status verteidigt und die gegnerische Position angegriffen wurden, auf beiden Seiten in bemerkenswerter Weise. So setzen sowohl die Fürsprecher der traditionellen Altersforschung als auch die Vertreter der Anti-Aging-Medizin in erster Linie darauf, die fachliche Reputation der anderen Seite anzuzweifeln und deren wissenschaftliche Seriosität zu bestreiten.⁴⁴ Während vor allem die *American Academy for Anti-Aging Medicine* als die führende Organisation der Anti-Aging-Bewegung sich bald den Vorwurf gefallen lassen musste, wissenschaftlich ungeprüfte, z.T. schädliche Quacksalberei („quackery“) zu betreiben und unhaltbare Hoffnungen zu verbreiten, unterstellen tonangebende Anti-Aging-Mediziner ihrerseits den etablierten Gerontologen und Geriatern beharrlich, aufgrund gänzlich unwissenschaftlicher Motive wie bloßem Eigeninteresse und Machterhalt die neue Herausforderung systematisch totzuschweigen.⁴⁵

Die Betonung der eigenen Wissenschaftlichkeit spielt für die Anti-Aging-Medizin aber nicht nur mit Blick auf die etablierte Altersmedizin eine wichtige Rolle, die ausgewiesene Zugehörigkeit zur *scientific community* ist vor allem für Abgrenzungsbemühungen an der entgegengesetzten Front überlebenswichtig. Um als seriöse Unternehmung ernst genommen zu werden, muss sie sich vor allem von dem unüberschaubar breiten und heterogenen Spektrum gänzlich unwissenschaftlicher Anti-Aging-Produkte und -Anbieter absetzen. Ein probates Instrument ist hierfür die Gründung und Etablierung eines anerkannten Fachjournals, das den akademischen Standards genügt (renommiert besetztes *editorial board*, *peer review*-Verfahren etc.) und so die anvisierte Forschungsrichtung legitimiert und vorantreibt. In diesem Sinne kann die 1998 erfolgte Neugründung des *Journal of Anti-Aging Medicine* als wichtiger Schritt in Richtung wissen-

43 Binstock (2003b).

44 Vgl. Holliday (2009).

45 Siehe hierzu paradigmatisch die von 52 renommierten Biogerontologen unterzeichnete Grundsatzerklärung zum menschlichen Altern sowie das Antwort-Statement der *Academy*, welche so markant wie einschlägig den Abgrenzungstreit dokumentieren. Olshansky et al. (2002); A4M (2002).

schaftlicher Anerkennung gelten. In programmatischen Editorials beruft sich der Gründer und Herausgeber des Journals auch immer wieder auf die Publikation leitende Grundsätze wie Unabhängigkeit, wissenschaftliche Neutralität und „glaubwürdige Wahrheit“⁴⁶. Dabei ist man sich über das Problems der nötigen Unterscheidbarkeit von rein kommerziell orientierten und völlig unwissenschaftlichen Anti-Aging-Unternehmungen im Klaren, wenn über den Titel der Zeitschrift zu lesen ist: „The title had one obvious danger: it might undermine the journal by association with charlatans.“⁴⁷ Ähnlich ist auch die *American Academy for Anti-Aging Medicine* darum bemüht, den Anschein von mangelhaft fundierten Theorien und zweifelhaften Praktiken zu vermeiden und entsprechende Vorwürfe zu entkräften.⁴⁸ Allerdings steht das vehement betonte Selbstverständnis als gemeinnützig-pädagogische Institution („non-profit educational medical organization“) in eklatantem Widerspruch zu dem offensiv auf quantitativ-monetäre Gesichtspunkte abzielenden Eigenmarketing der *Academy*, das unmissverständlich klarstellt: „As a multi-billion dollar industry, aging is a big business“ und dabei nicht müde wird, die eigene Positionierung auf diesem profitablen Markt in einer Mischung aus unaufhaltsamer Welteroberung und visionärem Märtyrertum anzupreisen.⁴⁹

Neben der Aussicht für den einzelnen Arzt, mit einer Spezialisierung als Anti-Aging-Mediziner viel Geld verdienen zu können, steht im Zentrum der Anti-

46 Fossel (1998a); Fossel (1998b); Fossel (2001); Fossel (2002a). Wobei darauf hingewiesen werden muss, dass Fossel nur datengestützte Forschung als Wissenschaft akzeptiert: „Evidenced-based science is, ultimately, the only form of science.“ Fossel (2001), S. 1.

47 Fossel (2002b), S. 319.

48 Dem Ziel, wissenschaftliche Reputation und Akzeptanz in Fachkreisen zu erlangen, soll auch die Vergabe verschiedener Zertifikate erfüllen, die die *Academy* mittlerweile vergibt – nach Selbstaussage „the undisputed leader in advancing anti-ageing medicine around the world“. A4M (2002). Ähnlich bietet die deutsche Gesellschaft für Anti-Aging-Medizin diverse Fortbildungsmöglichkeiten mit sog. „Basis-Zertifizierung“ an. GSAAM (2009a). Inzwischen existiert zudem ein Master-Studiengang „Präventionsmedizin“ an der *Dresden International University*, der u.a. den Themenschwerpunkt „Coaching in der Prävention“ umfasst. DIU (2009).

49 A4M (2002). Gerade die Verschränkung von medizinischen mit kommerziellen Absichten, von der sich die *Academy* offiziell distanziert, deren Geist aber nachdrücklich den Grundton ihrer Selbstdarstellungen angibt, kann Auswirkungen haben, die letztlich auch dem Anliegen der Anti-Aging-Mediziner schaden. Siehe Stuckelberger/Wanner (2008), S. 80.

Aging-Rhetorik der Anspruch, die Speerspitze wissenschaftlicher Forschung und Vorreiter eines so fundamentalen wie dringlichen und medizinisch hochvernünftigen Perspektivenwechsels zu sein. Die Anti-Aging-Medizin versteht und präsentiert sich durchweg als segensreiche Praxis, die das unbezweifelbare Prinzip der Vorbeugung beim Wort nimmt, dabei auf dem neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsstand operiert und sämtliche Defizite der überkommenen Reparaturmedizin zu kompensieren vermag. Damit ist der Anspruch verbunden, kein weiteres Ergebnis der fortschreitenden Binnendifferenzierung der Medizin, sondern einen medizinhistorischen Paradigmenwechsel zu verkörpern.⁵⁰ Und nicht nur die ohnehin weniger zurückhaltenden Protagonisten aus den USA sehen die Anti-Aging-Medizin als „the next great model of health care for the new millennium“⁵¹, auch deutschsprachige Anti-Aging-Mediziner propagieren ihre Mission als Medizin der Zukunft und Zukunft der Medizin. Entsprechend visionär und revolutionär lauten die mitunter beschwörenden Selbstbezeichnungen der wortführenden Anti-Aging-Mediziner: „Anti-Aging ist das Zauberwort des neuen Jahrtausends“⁵², Anti-Aging-Medizin „die absolute Avantgarde der Medizin“⁵³, „bedeutendste Errungenschaft“⁵⁴ und „wichtigster Gesundheitstrend des 21. Jahrhunderts“⁵⁵, „der goldene Weg der Medizin von morgen“⁵⁶, „die Chance auf eine völlig andere Zukunft“⁵⁷, und das alles „nach modernsten Erkenntnissen der Biochemie, Genetik und Medizin“⁵⁸.

Indem zwar einerseits das zugkräftige Schlagwort *Anti-Aging* beibehalten wird, andererseits aber auf das unverdächtige Prinzip der Früherkennung und Risikominimierung abgestellt wird, wird versucht, den Anschein unseriöser Quacksalberei zu vermeiden und wissenschaftliche Anerkennung zu suggerieren.⁵⁹

50 Vgl. Myktyyn (2006); Stuckelberger/Wanner (2008); A4M (2009).

51 A4M (2009).

52 Vorwort von Kleine-Gunk (2003a).

53 Huber/Buchacher (2007), S. 11.

54 Schmitt/Homm (2008), S. 11.

55 Klentze (2003), S. 8.

56 Huber/Buchacher (2007), S. 160.

57 Schmitt/Homm (2008), S. 505.

58 Wüster (2003), S.208. Die Überzeugung von der eigenen Zukunftsfähigkeit führt bei manchen Anti-Aging-Medizinern zu der selbstbewussten Prognose, dass künftig sämtliche medizinischen Richtungen ein Stück von der Anti-Aging-Medizin übernehmen werden müssen, da „jedes Fachgebiet aus seinem Blickwinkel an der Anti-Aging-Medizin interessiert“ ist. Römmler/Wolf (2003b), S. XI.

59 Siehe GSAAM (2009b).

Dieser Spagat in der Verwendung des Zentralbegriffs und Markenzeichens der gesamten Sparte ist durchaus verständlich als Ausdruck der marktgeleiteten Absicht, neue Zielgruppen nicht abzuschrecken und gleichzeitig den Anschluss an die internationale Anti-Aging-Szene nicht aufzugeben (was durch den Verzicht auf die Bezeichnung als ‚*Anti-Aging-Medizin*‘ wohl unweigerlich drohen würde). Dabei macht die amerikanische Mutterorganisation vor, wie mit der Vielzahl der zum Verwechseln ähnlichen Bezeichnungen und Etiketten umzugehen ist, mit denen die verschiedensten Formen von Altersmedizin und Konzepten der Lebensgestaltung im Alter versehen werden. Ob ‚*Longevity Medicine*‘, ‚*Successful Aging*‘, ‚*Healthy Aging*‘, ‚*Optimal Aging*‘ oder ‚*Aging Gracefully*‘ – die *Academy* beansprucht kurzerhand die Deutungs- und Definitionshoheit über sämtliche „alternative phrases“, welche als bloße Synonyme des eigenen „Originalkonzepts von Anti-Aging-Medizin“, zu verstehen seien.⁶⁰ Dies unterstreicht die Bedeutung, die der gezielten Verwendung von Sprache in Form von Bezeichnungen und Etikettierungen im Kampf um Zuständigkeiten zukommt.

Neben dem zukunftsweisenden (natur-)wissenschaftlichen Niveau wird als gewichtigstes Argument, das das Bild von der Anti-Aging-Medizin als der ‚besseren‘ und ‚nachhaltigeren Medizin‘ belegen soll, vor allem der typisch ganzheitliche Ansatz angeführt, der die je spezifischen Lebensumstände und -bereiche des individuellen Anti-Aging-Klienten in Rahmen eines maßgeschneiderten Behandlungskonzeptes berücksichtigt. Damit weist die Anti-Aging-Medizin eine auffallende Parallele zur Alternativmedizin auf, die ihre Attraktivität ebenfalls aus einer programmatischen Abkehr von der herkömmlichen, als unpersönlich empfundenen Schulmedizin bezieht und explizit deren negative Auswüchse wie Anonymisierung, Standardisierung oder Objektivierung zu vermeiden beansprucht.⁶¹

Daneben offenbart der inkonsistente Umgang mit dem Anti-Aging-Label allerdings auch sehr deutlich die grundsätzliche Widersprüchlichkeit, die das Verhältnis der Anti-Aging-Medizin zur (Schul-)Medizin prägt. Während Anti-Aging-Mediziner sich dezidiert als Ärzte verstehen wollen und Attribute des Arztberufs, die eindeutig entsprechende Standeszugehörigkeit markieren und traditionell Vertrauen und Seriosität ausstrahlen (Doktor- und Facharztstitel, Berufskleidung/weißer Kittel, Diagnoseinstrumente/Stethoskop etc.), essenzieller Be-

60 Siehe A4M (2002).

61 Dabei teilt die Anti-Aging-Medizin mit den verschiedenen Formen der Komplementär- und Alternativmedizin auch die Schwierigkeiten, die das Bemühen bereitet, die sog. Alternative Medizin im Sinne ihrer eigenen Ansprüche und Definitionsversuche begrifflich kohärent von der Schulmedizin abzugrenzen. Vgl. dazu Wiesing (2004).

standteil ihrer Selbstdarstellung sind, ist gleichzeitig das Bild einer besseren Alternative zur vorherrschenden Schulmedizin bestimmend, die deren in vielerlei Hinsicht negative Seiten und Mißstände zu vermeiden und zu kompensieren verspricht. Indem die Anti-Aging-Medizin sich als Spezialisierung darstellt, die alles (oder zumindest sehr vieles) ganz anders als herkömmliche Heilkunde macht, dabei aber Medizin zu bleiben beansprucht und sich gewissermaßen als Reform- oder Revolutionsbewegung von innen inszeniert, erscheint sie als Abweichler und Fortschrittsmotor der Medizin zugleich.

B.2 Kampf um Deutungshoheit: Was ist Alter(n)?

Die Auseinandersetzung um Anti-Aging ist im Kern ein Kampf um die Bedeutung des Alter(n)s. Indem verschiedene Arten des medizinischen Umgangs mit dem Altern und seinen Begleiterscheinungen propagiert und verschiedene Formen der Reaktion auf körperliche und geistige Veränderungen im Zeitverlauf des Lebens angepriesen werden, werden immer auch bestimmte Positionen über Wesen und Wert des Alters behauptet und damit die Deutungshoheit darüber beansprucht, was Alter und Altern *eigentlich ist*. So eröffnen die einschlägigen Lehrbücher und Einführungen in die Anti-Aging-Medizin bezeichnenderweise mit mehr oder weniger ausführlichen Abschnitten zur Theorie des Alterns. Diese naturwissenschaftlich gehaltenen Erläuterungen der grundlegenden biologisch-physiologischen Alterungsprozesse sind für alles Weitere von entscheidender Bedeutung – gerade angesichts der Tatsache, dass ein biologisches Verständnis des Alterungsgeschehens erst in Ansätzen vorhanden ist. Es erscheint kaum möglich, ‚die‘ Biologie des Alterns im Sinne einer einheitlichen Erklärung zu identifizieren, und so existieren etliche, z.T. konkurrierende Theorien des Alterns.⁶² Meist handelt es sich dabei um Konzepte, die physiologische Teilaspekte des Alterungsprozesses als Hauptursache und Schlüsselmoment beschreiben.⁶³ Es besteht also beträchtlicher Aufklärungsbedarf über die Faktoren und Mechanismen des Alterns selbst.

Die Theorienvielfalt befördert gleichzeitig Möglichkeiten, durch die Auswahl der deskriptiven Erläuterung des betreffenden Gegenstandes schon eine Positionierung zu setzen und damit eine evaluative Richtung vorzugeben. So hängt

62 Die Anzahl der wissenschaftlich seriösen Theorien über Verlauf und Ursachen des Alterns wird derzeit auf über 300 geschätzt. Vgl. Gems (2009), S. 34.

63 Vgl. Ricklefs/Finch (1996); Kirkwood (2000); Olshansky/Carnes (2002); Appleyard (2008).

die Einstellung zum Altern nicht zuletzt davon ab, wie Ursache und Verlauf dieses Prozesses wissenschaftlich erklärt werden – die Theorie seines Wesens beeinflusst die Annahmen über den Wert des Alterns. Für Anti-Aging-Mediziner ist dies von großer Bedeutung, da die durch eine entsprechende *Alternserklärung* suggerierte Einstellung zum Alter(n) wiederum bestimmte Verhaltensweisen nahelegt und legitimiert. Indem der Streit um die richtige Einstellung zum Altern auf die Ebene naturwissenschaftlicher Forschung verlegt wird, die auf der Basis vermeintlich unbestreitbarer Fakten operiert, scheint es sich nicht mehr länger um eine bezweifelbare Ansichtssache oder eine Frage der persönlichen Einstellung und Weltanschauung zu handeln, sondern um eine Frage objektiver und damit wahrheitsfähiger Erkenntnis. Vor allem das häufig gegen Anti-Aging vorgebrachte Argument, aufgrund der biologischen Tatsache der Unverfügbarkeit des natürlichen Alterungsvorgangs könne es keinerlei wirksame ‚Anti-Aging-Therapien‘ geben und Anti-Aging-Angebote wären demzufolge nichts anderes als geschäftemachende Quacksalberei oder irreführende Gefährdung gutgläubiger Konsumenten, steht und fällt mit der entsprechenden Alterstheorie.⁶⁴

So ist es kaum überraschend, dass die Ergebnisse der biologischen Altersforschung für Anti-Aging-Mediziner durchweg darauf hinauslaufen, Altern als einen defizitären Vorgang aufzufassen, 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.⁶⁵ Auch wenn unterschiedliche definitorische Folgerungen aus dem Defizitmodell des Alterns gezogen werden können und nicht allen Anti-Aging-Medizinern Altern selbst als Krankheit gilt, so besteht doch große Einigkeit darüber, dass dieser kontinuierli-

64 So bringen etwa zwei Anti-Aging-Mediziner aus Manhattan in ihrer Erwiderung auf das oben erwähnte *Position Statement on Human Aging* (siehe oben, S. 246, Fn. 45) die Schlüsselstellung der Altersdefinition für die Bewertung von Anti-Aging auf den Punkt: „If one accepts the strict molecular definition of aging, then almost by definition one will believe that there are no effective anti-aging therapies. But if one defines aging, as do most of us, with the clinical-organismal definition, then the truth is that there are many therapies scientifically proven to at least slow, and in some cases reverse, the changes in the function and structure of aging human bodies“. Zitiert nach Vincent (2003), S. 677. Auch die *American Academy of Anti-Aging Medicine* legte zeitgleich mit ihrer Gründung eine Neudefinition des Alterns vor, um das gesamte Projekt der Altersbekämpfung konzeptuell zu fundieren. Siehe Stuckelberger/Wanner 2008, S. 81.

65 Vgl. Römmler (2003), S. 19.

che Verfallsprozess in seinem Verlauf beeinflussbar ist.⁶⁶ Dies mag freilich nicht verwundern, da die Möglichkeit, überhaupt in die Alterung eingreifen zu können, auch die wichtigste Voraussetzung für das Ergreifen von Anti-Aging-Maßnahmen darstellt. Das Alterskonzept der Anti-Aging-Medizin basiert also auf dem Defizitmodell, dessen pessimistischer Prägung sie die optimistische Botschaft von der Veränderbarkeit des Alterns hinzufügt.⁶⁷

B.3 An den Grenzen der Medizin

Da Anti-Aging-Maßnahmen bislang weder übliche Bestandteile ärztlicher Praxis sind, noch unstrittige Weiterentwicklungen oder Ausdifferenzierungen bestehender Behandlungskonzepte darstellen, müssen Bemühungen, Anti-Aging als Medizin zu etablieren, grundsätzlich als Ansätze zur Ausweitung des medizinischen Feldes verstanden werden – dies zunächst ganz abgesehen von der Frage, ob Anti-Aging-Medizin den klassischen Zielen der Medizin folgt oder nicht. Für die Identität und das Selbstverständnis der Medizin ist dabei von entscheidender Bedeutung, wie eine derartige Entgrenzung der Medizin begründet wird. Ein Blick auf die Bereiche, in denen Anti-Aging-Maßnahmen angeboten werden, zeigt, dass für eine Inanspruchnahme zahlreiche und z.T. sehr unterschiedliche Gründe angeführt werden. Die argumentative Vielfalt *pro Anti-Aging* entspricht dabei der Heterogenität der offerierten Angebote. Dass Argumente, Anti-Aging-Bier zu sich zu nehmen, grundlegend anderer Art sind als diejenigen, die für ästhetisches Anti-Aging per Skalpell ins Feld geführt und akzeptiert werden, liegt auf der Hand.

Um Anti-Aging als medizinische Tätigkeit zu legitimieren, sind aus medizin-theoretischer Perspektive verschiedene Typen der Begründung denkbar.⁶⁸ Wie generell bei einer Expansion des ärztlichen Handlungsbereichs ist hierfür der maßgebliche Bezugspunkt die klassische Definition von Medizin in Form der traditionellen Zielsetzung des therapeutischen Paradigmas. Während Begründungsfiguren, die den Einsatz von Medizin zu Zwecken rechtfertigen, die außerhalb der Zielformulierung liegen, als *medikalisierende* Ausweitungsformen be-

66 Siehe Kleine-Gunk (2003b), S. 18.

67 Dabei beansprucht diese Kombination aus altbekanntem Negativmodell und neuen Manipulationsmöglichkeiten eine geradezu revolutionäre Tragweite, die über den Bereich der Medizin hinausgeht und zu einem epochal neuen Verständnis von Leben und Tod führen soll. Vgl. Römmeler (2003), S. 22.

68 Vgl. zum Folgenden auch Eichinger (2011a), S. 135ff.

zeichnet werden können, stellen neuartige Anwendungsfälle medizinischer Maßnahmen, die sich an der konventionellen Bestimmung ärztlichen Handelns orientieren und sich darauf berufen, krankheitsbezogenen Zielen der Medizin zu folgen, *pathologisierende* Argumentationsformen dar.⁶⁹ Im Fall der Anti-Aging-Medizin kommt nun zu diesen beiden Begründungsfiguren eine dritte Möglichkeit hinzu. Da im Bereich der Anti-Aging-Medizin nicht allein auf die herkömmliche Aufgabenbestimmung der Medizin mit dem expliziten Bezug auf Krankheit verwiesen wird, sondern vor allem präventivmedizinische Ansätze dominieren, die meist so konsequent und umfassend bzw. radikal angelegt sind, dass sie einen Bezug auf Krankheit nur mehr sehr indirekt und abstrakt enthalten, kann die Rechtfertigung jener prophylaktisch konzipierten Verfahren als eigene Form der Legitimation identifiziert werden. Somit lassen sich die bestehenden Ansätze zur Rechtfertigung von Anti-Aging als Medizin in drei Typen einteilen, die sich hinsichtlich ihrer Bezugnahme auf Krankheitszustände unterscheiden. So können Auffassungen von Anti-Aging-Medizin, die ganz auf einen Krankheitsbezug verzichten, als *medikalisierende*, daneben jene, die sich an Erkrankungswahrscheinlichkeiten orientieren und in erster Linie auf weitreichende Prävention setzen, als *probabilisierende*, und schließlich diejenigen Argumente, für deren Selbstverständnis das Ziel der Krankheitsbehandlung zentral ist, als *pathologisierende* Formen der Begründung einer Ausweitung des medizinischen Feldes bezeichnet werden.⁷⁰

Bezogen auf sämtliche Formen einer Ausweitung der Medizin unterscheiden Peter Wehling und Willy Viehöver ganz ähnlich in der Metaphorik der Grenzziehung Fälle von *Grenzverschiebung*, die pathologisierenden Begründungsformen entsprechen, von *grenzüberschreitenden* Formen, die gleichbedeutend mit medikalisierenden Legitimationsfiguren sind und schließlich Fälle von *Grenzverwischungen*, bei denen analog zu probabilisierenden Argumentationen die Abgrenzung zwischen krank und gesund nicht mehr klar zu treffen und die Übergänge fließend sind.⁷¹ Im Folgenden werden diese beiden Bezeichnungsraster verbunden, um sowohl die begründungstheoretische Bezugnahme auf die Zielgrößen der Medizin als auch den Umstand der Expansionsbewegung des Feldes medizinischer Zuständigkeit im Blick zu behalten.

69 Vgl. auch oben, S. 187ff.

70 Diese Dreiteilung trifft auch die Einschätzung der „rhetorical umbrellas for labeling anti-aging interventions“, auf deren strategische Bedeutung für Legitimität und zukünftige Entwicklung der Anti-Aging-Medizin Binstock et al. hinweisen: „medical treatments, enhancements, or prevention“. Binstock et al. (2006), S. 434.

71 Siehe Viehöver/Wehling (2010b), S. 9f.

B.3 (a) Grenzüberschreitung:

Anti-Aging-Medizin zur Erleichterung des Alterns

Anti-Aging als Medizin kann gerechtfertigt werden, indem die Anti-Aging-Zielsetzungen nicht unter die bestehenden Ziele der Medizin subsumiert, sondern als reine Wunscherfüllung neu hinzugefügt werden (*Grenzüberschreitung/Medikalisierung*). Anti-Aging-Medizin ist dann keine therapeutische Praxis, die – ob präventiv oder kurativ – an pathologischen Zuständen ausgerichtet ist, sondern wird als optionale Dienstleistung aufgefasst, die bei beschwerlichen altersbedingten Einschränkungen Abhilfe schaffen und so die Lebensqualität verbessern soll.⁷² Auch die starke Form dieses Arguments, wonach Anti-Aging-Medizin zur Linderung des Leidens am Altern und seinen Auswirkungen geeignet und aufgerufen ist, muss in diesem Sinne als medikalisierender Ansatz verstanden werden, da der Imperativ zur medizinischen Leidensbekämpfung hier gerade nicht unter Verweis auf pathologische Umstände vorgebracht wird – was für die Formulierung innerhalb der vier klassischen Ziele jedoch wesentlich ist.⁷³ Die Zielsetzungen der Anti-Aging-Medizin fallen dann nicht unter die bestehenden Ziele der Medizin, sondern verweisen auf einen Zweck, der diesen neu hinzugefügt wird: die Erfüllung individueller Wünsche ohne medizinische Indikation. Damit fallen Gegebenheiten und Befindlichkeiten in den Zuständigkeitsbereich der Medizin, die vorher außerhalb der Sphäre medizinischen Handelns wahrgenommen und bewältigt wurden. Da für derartige Argumente der Krankheitsbezug keine Rolle spielt, kann hier von *medikalisierenden* Begründungsformen im engeren Sinne gesprochen werden.

In diesem Sinne wird Anti-Aging als eine Form der Wunscherfüllung verstanden, die der Mediziner aufgrund seiner Expertise und Erfahrung besonders zielgenau und professionell leisten kann. Ganz entsprechend formulieren zwei Anti-Aging-Mediziner die antizipierte Erwartungshaltung ihrer Klientel, die völlig ohne einen Verweis auf Krankheit auskommt: „Der Wunsch der Menschen an die so genannte Anti-Aging-Medizin besteht darin, dass man ihnen das numerische Alter nicht ansieht.“⁷⁴ Im Fall von Anti-Aging-Maßnahmen ohne jeglichen Krankheitsbezug erachten medikalisierende Positionen allein die Kombination

72 Siehe Schmitt/Homm (2008), S. 13.

73 Zur Verknüpfung der Anti-Aging-Medizin mit dem Ziel, Leiden zu lindern, siehe Fossel (2002b), S. 320. Zur Frage, inwieweit Leidenszustände ohne direkten Krankheitsbezug Gegenstand legitimer medizinischer Behandlung sein können, siehe Bozzaro (2011).

74 Rabe/Strowitzki (2007), S. 353.

aus medizinischer Machbarkeit und selbstbestimmter Nachfrage als ausreichend, um den Einsatz medizinischer Leistungen zu rechtfertigen.

Diese Legitimierung einer Ausweitung des medizinischen Feldes durch Anti-Aging bringt allerdings beträchtliche Probleme mit sich, die diejenigen Aspekte des menschlichen Lebens betreffen, die damit in den Deutungsbereich der Medizin fallen. Wenn medizinische Maßnahmen zur Lösung von Problemen schnelle und effektive Wirkung versprechen, geraten oft die komplexen Hintergründe einer schwierigen Lebenssituation, die nicht durch Medikamente oder Operationen (allein) behandelbar sind, aus dem Blick. Durch die Konzentration auf die somatisch-technisch orientierten Möglichkeiten der Medizin drohen alternative – und womöglich weitaus nachhaltigere – Möglichkeiten zum Umgang mit dem betreffenden Problem verdrängt und schließlich gar nicht mehr wahrgenommen zu werden. Im Falle von Alterserscheinungen, die die Anti-Aging-Medizin zu bekämpfen verspricht, sind gravierende Zweifel angebracht, ob wirklich die äußerlich erkennbaren Alterungsmerkmale oder nicht eher die dagegen opponierende Einstellung und Unzufriedenheit mit dem Altern das Problem sind – welche sich freilich kaum mit medizinischer Hilfe lösen lassen. Indem die Anti-Aging-Medizin den körperlichen Anzeichen der Zeitlichkeit der menschlichen Existenz (und damit auch ihrer Endlichkeit) den Krieg erklärt, scheint sie sich überdies in ein aussichtsloses Unterfangen zu begeben, welches die empfundenen Schattenseiten des bekämpften Unausweichlichen nur noch verschlimmern dürfte.

B.3 (b) Grenzverwischung:

Anti-Aging-Medizin als Bewahrung vor dem Altern

Eine andere Möglichkeit, Anti-Aging als Medizin zu interpretieren, besteht in dem Ansatz, Anti-Aging-Medizin als konsequente Umsetzung der Idee präventivmedizinischer Vernunft – ‚Vorbeugen ist besser als Heilen‘ – stark zu machen (*Grenzverwischung/Probabilisierung*). Dieser Weg scheint für viele Mediziner, die Medikalisierungstendenzen kritisch bis ablehnend gegenüber stehen, die weitaus akzeptabelste Form zu sein, Anti-Aging-Maßnahmen in das Spektrum ihrer ärztlichen Tätigkeiten aufzunehmen. Entsprechend lauten die programmatischen Erklärungen, mit denen die wortführenden Vertreter der Anti-Aging-Medizin im deutschsprachigen Raum ihre Unternehmung als Präventivmedizin zukunftsweisend zu positionieren versuchen.⁷⁵ Indem pathologischen Erscheinungen, die typischerweise in einem höheren Alter gehäuft auftreten, vorgebeugt werden soll, ist in diesem Ansatz ein Bezug auf Krankheiten vorhanden, der hier

75 Vgl. oben, S. 243ff. sowie den Anspruch Bernd Kleine-Gunks, „die Präventivmedizin des 21. Jahrhunderts“ zu praktizieren. Kleine-Gunk (2007), S. 2059.

allerdings nur indirekt, nämlich über die Ausrichtung an Wahrscheinlichkeiten wirksam ist (des Auftretens von Krankheiten). Anti-Aging als präventive Medizin, die Altern selbst zum Hauptrisikofaktor für altersbedingte oder -assoziierte Erkrankungen erklärt, kann deshalb als *probabilisierende* Ausweitung der Medizin bezeichnet werden.

Das generelle Problem einer an Wahrscheinlichkeiten ausgerichteten Medizin liegt allerdings in der grundsätzlichen Schwierigkeit, Erkenntnisse, die auf statistischen Daten beruhen und die damit immer nur auf Kollektive bezogen sein können, angemessen auf den individuellen Einzelfall des jeweiligen Patienten anzuwenden.⁷⁶ Durch die Einbeziehung genetischer Analyse- und Prognoseverfahren, die herkömmliche Untersuchungsmethoden der Lebensstilmedizin (Befragungen zum individuellen Lebenswandel, Familienanamnesen) ergänzen, scheint in einer Anti-Aging-Behandlung diese prinzipielle Kluft verringert werden zu können.⁷⁷ Doch sowohl für das Bestimmen präventivmedizinischer Schritte, die sich aus quantifizierten Risikowerten ergeben, als auch für die Interpretation eines Genprofils ist besondere Erfahrung und ärztliche Urteilskraft erforderlich.

Dies gilt umso mehr, als das probabilisierende Verständnis von Anti-Aging als Medizin beständig einer doppelten Gefahr ausgesetzt ist: zum einen ist weder eindeutig bestimmbar, wo Prävention anzusetzen hat, noch wann das Ziel erreicht ist.⁷⁸ Diese Schwierigkeit, der Präventionsdynamik sinnvolle Grenzen zu setzen, ist schon in der Idee der Vorbeugung begründet, die einer prinzipiell zieloffenen Logik folgt. Das präventive Prinzip geht somit bruchlos über in das Gebot unabschließbarer Optimierung, was dazu führt, dass probabilisierende Argumente für Anti-Aging als Medizin schließlich weniger Altersprävention als vielmehr Enhancement von Jugendlichkeit und damit die Verbesserung von Gesunden zum medizinischen Ziel erklären. Hinzu kommt, wie Ulrich Bröckling klarstellt, dass Prävention als zielloses Projekt dazu tendiert, „Defizitmenschen“ zu verhindern und „Voll-, bzw. „Normalmenschen“ zu schaffen“⁷⁹, dabei aber keinerlei Kriterien für Normalität bereit hält, was die bedenkliche Tendenz zu einem inhuman-perfektionistischen Menschenbild befördert.

Zum anderen suggeriert das Konzept einer umfassenden Risikomedizin, Krankheit sei grundsätzlich und vollständig vermeidbar, wenn der Einzelne nur

76 Vgl. Wieland (1986), S. 90ff.

77 Vgl. Kley (2003), S. 49.

78 Siehe oben, S. 238ff. sowie Bröckling (2008), S. 43.

79 Ebd., S. 42.

frühzeitig und gründlich genug das Nötige unternehme.⁸⁰ Dem korrespondieren die in der Anti-Aging-Medizin verbreiteten Vorstellungen von Gesundheit und gesundem Altern, die ganz auf die körperlichen Parameter von Leistung und Funktion reduziert sind. So heißt es exemplarisch im Kursbuch Anti-Aging: „Hohes Alter ist nur in Leistungsfähigkeit erstrebenswert“⁸¹, andere Anti-Aging-Mediziner sehen ihre Aufgabe ganz ähnlich darin, „alternde Organe in Aufbau und Funktion wiederherzustellen und zu verbessern“⁸² und im Alter „die Leistungskapazität (physisch und kognitiv) zu erhalten“⁸³. Die Bezugsgrößen der Leistung und Funktion, die als relative Begriffe für sich genommen wenig Aussagegewert besitzen, sind im Anti-Aging-Kontext am Idealmaß jugendlicher Spitzenwerte ausgerichtet, was nicht nur in grundsätzlich anthropologischer Hinsicht, sondern gerade angesichts der Herausforderung einer altersgemäßen Medizin höchst fragwürdig erscheint.⁸⁴

B.3 (c) Grenzverschiebung:

Anti-Aging-Medizin als Therapie des Alterns

Die wohl stärkste Argumentationsform für Anti-Aging als Medizin schließlich beruft sich auf das Ziel der Krankheitsbekämpfung als zentraler Legitimationsgrundlage für medizinisches Handeln und interpretiert Altern selbst als Krankheit, um Anti-Aging-Medizin im klassischen Sinne als ärztliche Aufgabe begründen zu können (*Grenzverschiebung/Pathologisierung*).⁸⁵ Indem Zustände und Prozesse, die bislang als natürlich, normal oder zumindest nicht-krankhaft angesehen wurden, als pathologisch (und damit behandlungsbedürftig) gelten, werden altbekannte Phänomene durch bloße Neudefinition pathologisiert. Der legitime Tätigkeitsbereich des Arztes wird ausgedehnt, ohne weitere, evtl. strittige Zusatzannahmen oder Änderungen an der Aufgabenbeschreibung des Mediziners vornehmen zu müssen. Aus dem Ansatz, Altern zur Krankheit zu erklären, leitet sich dann aber nicht nur die *Möglichkeit* ab, Anti-Aging als legitime Medizin zu betreiben. Vielmehr wird die Bekämpfung des Alterns mit der ‚Entdeckung‘ seines Krankheitswertes zur dringlichen Forderung, vor der der gewis-

80 Vgl. Schmidt-Semisch (2004), S. 224.

81 Jacobi (2005b), S. 3.

82 Huber/Buchacher (2007), S. 155.

83 Rabe/Strowitzki (2007), S. 352.

84 Vgl. zur Gefahr, durch eine Überbewertung von Gesundheit diese zu verfehlen, oben, S. 184ff.

85 Siehe Caplan (2005); De Grey (2005a); De Grey/Rae (2007), S. 321.

senhafte Mediziner nicht mehr länger die Augen verschließen kann.⁸⁶ Anti-Aging-Medizin rückt damit von der Position einer tolerierten Neuerung am Rand der Medizin ins Zentrum ihrer Bestimmung und wird zur Umsetzung eines der obersten Ziele, dem ein Arzt folgen kann: die Rettung vom Tode bedrohter Menschen.

In ihrem Eifer, sich die moralische Tragweite potenzieller Anti-Aging-Effekte zu verdeutlichen, gehen manche Autoren soweit, das Unterlassen von altersbekämpfenden Maßnahmen bedingungslos zu verurteilen und werfen der konventionellen ‚Mainstream-Position‘ vor, durch Ignoranz von Anti-Aging (verstanden als Lebensrettung durch Lebensverlängerung und Altersabschaffung) Menschenleben in unvorstellbarem Ausmaß zu kosten.⁸⁷ Allerdings geht diese Argumentation von recht zweifelhaften Annahmen aus, die zu schwerwiegenden Problemen führen. So lässt sich im Fall des Nichtanwendens von Anti-Aging-Maßnahmen nur von unterlassener Lebensrettung sprechen, wenn in ethischer Hinsicht weder zwischen aktivem Tun und passivem Unterlassen noch zwischen dem ärztlichen Gebot zur Hilfeleistung und dem Schädigungsverbot differenziert wird. Aus dem Umstand, dass man ‚täglich dem vorherzusehenden Alterstod tausender und abertausender Menschen tatenlos zusieht‘ auf eine Verantwortlichkeit für diese Todesfälle zu schließen, ist argumentationslogisch fahrlässig und abenteuerliche Rhetorik.⁸⁸

Grundsätzlich muss sich eine pathologisierende Alterssicht außerdem den nicht unerheblichen Einwand gefallen lassen, kein angemessenes Verhältnis zu unabänderlichen Grundkonstituenten der menschlichen Existenz wie Zeitlichkeit und Endlichkeit einzunehmen. Indem Anti-Aging das Altern als notwendigen Teil des natürlichen Lebensverlaufs eines biologischen Organismus bestreitet, muss nicht nur eine zweifelhafte Negierung der Naturhaftigkeit des

86 Vgl. die prägnante Formulierung des Philosophen und Transhumanisten Nick Bostrom: „Searching for a cure for ageing is [...] is an urgent, screaming moral imperative.“ Bostrom (2005), S. 277.

87 Vgl. De Grey (2005b).

88 Für Aubrey De Grey ist die Logik der Gleichsetzung des passiven Nichteingreifens in natürlich ablaufende Altersprozesse mit aktivem Töten bestechend: „To stand back and (by one’s inaction) cause someone to die sooner, when one could act to let them live a lot longer at no (or even at some modest) cost to oneself or anyone else, is arguably the second most unnatural thing a human can do, second only (and then by a very small margin) to causing someone’s death by an explicit action.“ Zitiert nach Kennedy (2009), S. 25. Siehe zu stichhaltigen Einwände gegen De Greys Position ebd.

Menschen, sondern auch ein prekäres Verhältnis zu seiner prinzipiellen Verletzlichkeit und Sterblichkeit befürchtet werden, das die allseits beklagte Todesverdrängung moderner Gesellschaften noch verschärft. Und selbst wenn die Abschaffung des Alterns und damit die ‚Heilung‘ dieser ‚Lebenskrankheit‘ gelänge, würden mit der Krankheit gerade die basalen anthropologischen Gegebenheiten, die das spezifisch Menschliche des Menschen ausmachen, eliminiert werden.⁸⁹

C. ANTI-AGING-MEDIZIN: SCHRITTMACHER FRAGLICHER TENDENZEN UND WERTE

Unter den verschiedenen Problemen und Gefahren, zu denen eine über die herkömmlichen Zielsetzungen hinausgehende Ausweitung der Medizin führt, lässt sich an der Anti-Aging-Medizin besonders deutlich und in bemerkenswerter Vielschichtigkeit die Gefahr der Komplizenschaft veranschaulichen. So steht ein ganzer Komplex an meist impliziten Werten, Leitbildern und Vorstellungen von erstrebenswerten und im Alter unerlässlichen Eigenschaften und Fähigkeiten hinter den expliziten Wünschen, die die neue Sparte der Alters(bekämpfungs)medizin zu erfüllen verspricht. Daneben gibt es eine Reihe von mittel- bis langfristigen Folgewirkungen, die eine umfassende Einführung und breite Anwendung von effektiven Anti-Aging-Maßnahmen hätte, die im Zusammenhang von Angeboten der Anti-Aging-Medizin aber nie thematisiert werden und in ihrer ganzen Konsequenz nur vereinzelt ernsthaft genug bedacht werden. Dabei kann eine Erörterung medizintheoretischer und vor allem medizinethischer Aspekte der Anti-Aging-Medizin keinesfalls die Frage außer Acht lassen, wie sich eine umfassende und unkritische Umsetzung von medizinischen Anti-Aging-Strategien, die dezidiert das Ziel der Lebensverlängerung anstreben, auf die Rolle und Funktion der Medizin in der Gesellschaft auswirken würde.

Selbst bei Maßnahmen und Angeboten einer Anti-Aging-Medizin, die stark auf präventive Konzepte setzt und sich betont vernünftig und realistisch gibt (wie es mitunter sogar im Zuge einer expliziten Ablehnung der kämpferisch-negierenden Vokabel ‚Anti-Aging‘ geschieht), erscheint es besonders relevant, die Zielrichtung der gesamten Bandbreite medizinischer Alterserleichterung, -verzögerung oder -vermeidung mit ihren unterschwellig transportierten und affirmierten Botschaften offen zu legen, da doch ein fließender Übergang von den moderaten über mittlere bis hin zu den radikalen Zielsetzungen besteht. Ob in der präventivmedizinischen Absicht, Gebrechen und Krankheiten im Alter vorzu-

89 Vgl. Kass (2001); Post (2004); Welsch (2008).

beugen und zu verhindern, ob unter dem Ziel einer geringen bis deutlichen Ausdehnung der menschlichen Lebensdauer oder als Bestreben, die biologischen Alterungsvorgänge direkt zu manipulieren, anzuhalten und umzukehren – was sämtliche Formen und Zielsetzungen der Anti-Aging-Medizin vereint, ist der Wunsch, nicht zu altern sowie die dabei mehr oder weniger offen mitschwingende Wunschvorstellung und Vision, unsterblich zu sein.⁹⁰

So stellt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Medizin-Expansion die Frage, zu welchen Folgen und welcher Entwicklung die Medizin indirekt und mittel- bis langfristig beitragen würde, wenn sie Anti-Aging als neuen medizinischen Ansatz akzeptieren und auf breiter Front praktizieren würde.

C.1 Allokations- und Gerechtigkeitsprobleme

Zunächst sind konkrete ökonomische Auswirkungen einer sich etablierenden Anti-Aging-Medizin zu bedenken. So muss angesichts der akuten Allokationsprobleme, der bestehenden Mittelknappheit und der anhaltenden Finanzierungsnot im Gesundheitswesen bezweifelt werden, ob die Einführung und Anwendung kostspieliger Anti-Aging-Maßnahmen gerechtfertigt werden kann, solange eine konventionelle medizinische Grundversorgung nicht sichergestellt ist und unter ständigem Finanzierungsdruck steht, zumal diese ohnehin als dringlicher eingestuft werden muss als radikal-präventive Maßnahmen an jungen und gesunden Menschen. Statt umfangreiche Mittel für alternsvermeidende Leistungen mit fraglicher Wirksamkeit und zweifelhaften Nebeneffekten aufzuwenden, sollten finanzielle und personelle Ressourcen vielmehr für die Durchführung bewährter Therapien und die Behandlung unstrittiger Erkrankungen und Gebrechen eingesetzt werden. Selbst wenn man von der Möglichkeit schädlicher Nebenwirkungen absieht und Anti-Aging-Maßnahmen harmlose Wirkungslosigkeit unterstellt, wäre ihr Einsatz abzulehnen, wenn dies etablierte Behandlungsalternativen, deren Effektivität nachgewiesen ist, zu ersetzen droht.⁹¹

Doch auch für den Fall, dass sich Anti-Aging-Medizin jenseits eines solidarisch finanzierten Systems etablieren würde und ausschließlich von Selbstzahlern in Anspruch genommen würde, bestehen gravierende Bedenken aus sozialetischer Perspektive. So ist davon auszugehen, dass Anti-Aging-Behandlungen mit deutlich lebensverlängernden Effekten kostspielig und daher nicht für alle Menschen gleichermaßen erschwinglich sein werden. Solange die entspre-

90 Vgl. Kass (2001); PCBE (2003b).

91 Vgl. Moody (2001); Fisher/Hill (2004).

chenden Maßnahmen nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden (was sehr unwahrscheinlich ist) und stattdessen auf dem freien Markt angeboten werden und privat finanziert werden müssen (was bei den bisher existierenden Leistungen bereits der Fall ist), wird sich der Zugang zu Anti-Aging sehr ungleich gestalten. So würden viele Menschen von möglichen positiven Effekten lebensverlängernden Anti-Agings nicht profitieren können, während wenige Wohlhabende (ähnlich wie in anderen gesundheitlichen Belangen) aufgrund ihres privilegierten gesellschaftlichen Standes Anti-Aging-Innovationen relativ problemlos nutzen könnten. Indem dadurch Anti-Aging als Lebensverlängerung den ohnehin (auch gesundheitlich) Bessergestellten vorbehalten bliebe, würden bereits bestehende Ungleichheiten und Diskrepanzen in der gesellschaftlichen Verteilung von Wohlstand, Macht und Einfluss nicht nur nicht gemindert, sondern zudem mit Hilfe der Medizin noch deutlich verstärkt werden.

Als Folge von stark ungleichen Zugangsmöglichkeiten zu Anti-Aging wäre durchaus mit extremen soziopolitischen Verschiebungen zu rechnen. So nimmt etwa John Harris an, dass die Bevölkerung in zwei Lager auseinanderdriften würde und prognostiziert das Schreckensszenario von Parallelgesellschaften, in denen reiche „Langlebige“ armen „Normalsterblichen“ gegenüberstehen, oder es gar zu einer Ausdifferenzierung der menschlichen Spezies in Sterbliche und Unsterbliche käme.⁹² Selbst wenn man in der Abschätzung etwaiger Folgewirkungen von Anti-Aging nicht so weit gehen mag, muss doch betont werden, dass die schon aus anderen Anwendungsgebieten bekannten Schwierigkeiten, Fragen der Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen angemessen zu lösen, im Falle von Maßnahmen, die zu einer deutlichen Lebensverlängerung (oder gar zur Abschaffung eines natürlichen Todes) führen, nur noch verschärft würden und somit eine besonders dringliche Herausforderung darstellten, die gerade mit Hilfe der Medizin zu vermeiden wäre.

C.2 Das Altersbild der Anti-Aging-Medizin

Nimmt man die subtil bis explizit normierende Wirkung medizinischen Handelns in den Blick, stellt sich angesichts des Anti-Aging-Projekts die Frage, welches Bild eine Anti-Aging-Medizin eigentlich vom ihrem Gegenstand, dem Alterungsprozess und den davon betroffenen Menschen propagiert. Indem Anti-Aging dem Alter den Kampf erklärt und als positive Zielvorstellung Funktions-

92 Siehe Harris (2004).

tüchtigkeit, Vitalität und jugendliches Aussehen anstrebt, wird diese Lebensphase und die Menschen, die sich in ihr befinden, unweigerlich und in nicht unerheblichem Maße abgewertet. Insofern muss Anti-Aging trotz gegenteiliger Rhetorik als Form von Altersdiskriminierung (*Ageismus*) bezeichnet werden, die hauptsächlich negative Aspekte des Älterwerdens betont und von einem Defizitmodell des Alterns ausgeht. Dies führt vor allem auch durch die medial verstärkte Präsenz der Anti-Aging-Idee mit ihrer Betonung von Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit zu einer pejorativen Stereotypisierung des (herkömmlichen) Alterns und wachsenden Intoleranz gegenüber alten Menschen in der Gesellschaft. Dies kann durchaus als Rückfall hinter die Errungenschaften des gerontologischen Fortschritts gewertet werden, welcher längst zwischen Erscheinungsformen des ‚normal aging‘ und Alterserkrankungen zu differenzieren versucht. Die so durch die Medizin weiter verstärkte „Ideologisierung der mittleren Lebensphase“⁹³ und „Glorifizierung des Jungseinmüssens“⁹⁴ erscheint dabei als symptomatisch für den auf Jugend und Perfektion fixierten Zeitgeist und die Werte einer leistungsorientierten Konsumgesellschaft.

Nicht übersehen werden darf an dieser Stelle, dass altersabwertende Ideale und entsprechende medizinische Praktiken bei alten Menschen dazu führen können, dass diese die entsprechenden Stigmatisierungs- und Diskriminierungsformen internalisieren und damit ein problematisches Selbstbild aufbauen. Nicht zuletzt der Boom der Anti-Aging-Medizin ist verantwortlich für einen auf ältere Menschen gerichteten Konformitätsdruck, durch Selbstdisziplinierung den eigenen, bislang als normal und natürlich empfundenen Zustand optimieren zu müssen. Dass durch die lebenslange Orientierung an Jugendlichkeit, Fitness und Kraft sowie durch die Anti-Aging-Versprechen, Jugend und Leistungsfähigkeit ewig konservieren zu können, irgendwann doch unausweichliche Erfahrungen wie zunehmende Gebrechlichkeit und Hinfälligkeit, der eintretende Sterbeprozess und der nahende eigene Tod umso schlimmer erfahren werden, liegt in diesem Zusammenhang auf der Hand.⁹⁵

93 Maio (2006), S. 349.

94 Maio (2011b), S. 18.

95 Vgl. Butler (2001); Kondratowitz (2003); Gordijn (2004); Viehöver (2008).

C.3 Das Leben und sein Wert

Indem die Medizin mit einer möglichst umfangreichen Lebensverlängerung das Kernmotiv von Anti-Aging als neuen Zielwert umsetzen würde, würde sie implizit eine Reihe von existenziellen sowie philosophisch-anthropologischen Positionen bestärken, die keineswegs unumstritten sind und bei denen es sehr fraglich erscheint, ob ausgerechnet die Medizin sich diese Überzeugungen zu eigen machen und in die Tat umsetzen sollte. So geht die Idee der erstrebenswerten Ausdehnung der Lebensspanne in unbezweifelbarer Überzeugtheit davon aus, dass allein die bloße Verlängerung ein menschliches Leben auch notwendigerweise erstrebenswerter und besser mache. Dagegen muss eingewendet werden, dass für ein erfülltes und gelungenes Leben Werte und Errungenschaften wesentlich sein können, deren Erreichen nur indirekt von der Anzahl der Jahre abhängt, die zur Verfügung stehen. So kann nicht nur ein Leben der heute erreichten Durchschnittsdauer von rund 80 Jahren, sondern durchaus auch ein kürzeres Leben angefüllt sein mit bedeutenden und bewusst gemachten Erfahrungen, reichen sozialen Beziehungen, tief gehender und befriedigender Selbstentfaltung. Die Vollendung narrativer Vollständigkeit oder eine Steigerung der „lebensholistischen Wohlfahrt“⁹⁶ eines biographischen Ganzen wird durch eine verlängerte Zeitspanne nicht einmal wahrscheinlicher, geschweige denn garantiert. Zudem wird das Problem der Endlichkeit des Lebens durch eine (auch extreme) Verlängerung ohnehin nicht berührt. Das ewige Hinausschieben des eigenen Todes würde vielmehr eine fragwürdige Verdrängung der essenziellen Fragen nach dem Sinn des Lebens bedeuten.⁹⁷

In diesem Sinne lässt sich sogar noch einen Schritt weiter gehen und eine radikale Lebensverlängerung als Gefährdung der Chance auf ein erfülltes Leben verstehen. So vermag die in Jahrtausenden angereicherte kulturelle und geistige Erfahrung und Erkenntnis des Menschen eindrücklich zu belegen, dass die wesentlichen und sinngebenden Werte und Ziele eines (irdischen) Lebens nicht nur im bisherigen zeitlichen Rahmen von 60-80 Lebensjahren erlebt und erreicht werden können⁹⁸, sondern dass eine bewusste und ernsthafte Sinngebung überhaupt nur angesichts der Tatsache der Begrenztheit möglich ist. Erst durch das Bewusstsein der endlichen Zeit und limitierten Möglichkeiten ist der Mensch in

96 Knell (2009), S. 139.

97 Vgl. Lachs (2004); Gordijn (2004); Pijnenburg/Leget (2007).

98 So die von Daniel Callahan einschlägig als „natural life span“ benannte Zeitstrecke. Callahan (1995), S. 65 u.ö.

der Lage, die zahllosen Optionen der Lebensführung einzuordnen und zu bewerten, um sinnvoll auswählen und sich richtig entscheiden zu können. So ist davon auszugehen, dass durch ein radikal verlängertes Leben die Ernsthaftigkeit, Bedeutsamkeit und Entschlossenheit sowie der Sinn für Verbindlichkeiten, die ein endliches Leben ausmachen, schwinden würden und sich stattdessen Langeweile, Lebensüberdruß, Antriebs- und Bedeutungslosigkeit durch ewige Wiederholung und Revidierbarkeit aller Entscheidungen und Handlungen breit machen würden.⁹⁹

Wenn man sich vor Augen führt, dass eine grundlegend veränderte Struktur der Lebenserwartung durch radikale Lebensverlängerung auch das Verhältnis zum Tod und den Umgang mit dem eigenen Sterben erheblich belasten würde, wird die Auffassung von Hans Jonas plausibel, dem die biologische Sterblichkeit des Menschen als ein „Segen“¹⁰⁰ erscheint – für jedes Anti-Aging-Dogma ein Hohn. So würde die weiter bestehende Tötbarkeit bei dem gleichzeitigen Verlust einer natürlichen und in groben Zügen berechenbaren Lebens- und Todeserwartung für den Einzelnen bedeuten, einer beständigen unterschwelligen Angst vor dem plötzlichen Ende ausgesetzt zu sein. Dieser Effekt einer „brutalen Roulette-logik“¹⁰¹ würde die antizipative Zukunftsorientierung sowie die Möglichkeit, im Sinne biographisch-narrativer Vollständigkeit das nahende Ende des eigenen Lebens bewusst zu erfahren, in fataler Weise untergraben. Deshalb ist davon auszugehen, dass durch die Beseitigung des Alterns und natürlichen Sterbens die Angst vor Unfällen oder einem gewaltsamen Ableben sowie der Schrecken des Todes, der dann notwendigerweise immer vorzeitig, unerwartet und schockierend wäre, erheblich zunehmen würden.¹⁰²

C.4 Abschaffung des Menschen: radikales Anti-Aging

Aus philosophisch-anthropologischer Perspektive lässt sich als Folge extremer Lebensverlängerung nichts weniger als die Abschaffung des Menschen antizipieren und radikale Anti-Aging-Maßnahmen als ersten Schritt zum Transhumanismus identifizieren. So ist davon auszugehen, dass die Phasenhaftigkeit des menschlichen Lebenszyklus, der natürliche Alterungsprozess und das sichere

99 Vgl. Williams (1978); Kass (2001); PCBE (2003b); Wittwer (2004); Schramme (2009).

100 Jonas (1992).

101 Knell (2009), S. 148.

102 Vgl. Jonas (1992); Knell (2009); Lacina (2009).

Wissen um die eigene Sterblichkeit als konstitutive Wesensmerkmale des Menschen durch eine erfolgreiche Umsetzung der Anti-Aging-Visionen verschwinden würden, was das menschliche Leben fundamental verändern würde. Da Altern und Tod notwendig zur biologischen Dimension des Menschen gehören und insofern als unverzichtbare Elemente der *conditio humana* angesehen werden können, bedeutet das Vorhaben einer ‚Verbesserung‘ der menschlichen Natur in diesem Sinne letztlich, diese und damit den Menschen in seiner bekannten Gestalt überwinden zu wollen. Auch wenn sich die tatsächlichen Auswirkungen extremer Lebensverlängerung nur äußerst schwer abschätzen lassen, spricht vieles dafür, dass nicht die Probleme, die mit Hilfe radikaler Anti-Aging-Behandlungen vorgeblich gelöst werden sollen, verschwinden, sondern dass sich vielmehr die Phänomene selbst, um die es geht, auflösen würden. Hinter dem Wunsch, dem Älterwerden zu entkommen, ist demnach das Verlangen zu vermuten, das eigene leibliche Selbst abschütteln zu können.¹⁰³

Damit wird deutlich, dass letztlich vor allem die hinter den altersvermeidenen und -bekämpfenden Maßnahmen stehende Grundeinstellung bedenklich ist und die Frage nach dem Menschenbild einen geeigneten Ansatz- und Zielpunkt philosophisch-ethischer Kritik an Anti-Aging als Lebensverlängerung bietet. Das gesamte Projekt, gegen das Altern und seine Erscheinungen biomedizinisch vorzugehen, erscheint symptomatisch für eine gewisse Grundeinstellung zu Leib und Leben, die durchdrungen ist von überzogenem Perfektionismus, kurzsichtiger Oberflächlichkeit und narzisstischem Materialismus. Unter dem Banner der Autonomie und Selbstverwirklichung fügt sich Anti-Aging als Motiv und Praxis in ein zweifelhaftes Wertespektrum aus Makellosigkeit, Jugend, Leistung und Perfektion. Für Kritiker repräsentiert die Altersgegnerschaft die verfehlte Ideologie einer regressiven Gesellschaft voller Berufsjugendlicher und verstärkt bedenkliche Entwicklungstendenzen des technisierten modernen Menschen, was zu Entfremdung, Selbstobjektivierung und einer „Dehumanisierung der Gesellschaft“¹⁰⁴ führen kann. Dabei lehrt ein Blick in die Geschichte des technischen Fortschritts, dass keineswegs davon auszugehen ist, dass die Entwicklung der menschlichen Natur mit derjenigen technologischer Errungenschaften Schritt hält, und Fragen der Gerechtigkeit, Solidarität und friedlichen Kooperation weiterhin große Herausforderungen für die Menschheit darstellen.¹⁰⁵

So muss mit einem Verweis auf philosophisch-anthropologische Positionen gegenüber der starken Fokussierung der Anti-Aging-Idee auf die eigene (körper-

103 Vgl. Fukuyama (2002); Rüegger (2007); Welsch (2008).

104 Borst (2004), S. 125.

105 Vgl. Jonas (1979); Hayflick (2001).

liche) Existenz und deren Verlängerung im Hier und Jetzt eine skeptische Position bezogen werden. Statt solipsistisch bloß mehr um das eigene Selbst und die unmittelbaren egoistischen Belange zu kreisen, gilt es vielmehr, neben Selbstdistanzierung und Bescheidenheit auch Akzeptanz und Wertschätzung äußerer Grenzen einzuüben.¹⁰⁶

D. FAZIT: MEDIZIN ZUR AKZEPTANZ DES ALTER(N)S STATT SEINER BEKÄMPFUNG

Führt man sich die Positionen und Wertvorstellungen vor Augen, die durch das Angebot und die Durchführung von Anti-Aging-Maßnahmen (zwar meist nur implizit, doch) unweigerlich transportiert und bestärkt werden, erscheint die Vertretbarkeit der Anti-Aging-Idee als legitime Form einer Ausweitung ärztlichen Handelns mehr als fraglich. So gehört es vielmehr zu den unverzichtbaren Aufgaben der Medizin, statt das Alter systematisch zu bekämpfen und zu manipulieren, dem Menschen in seiner grundsätzlichen Vulnerabilität und Sterblichkeit beizustehen und gerade keine falschen Hoffnungen auf eine Überwindung der körperlichen und geistigen Unvollkommenheit mit medizinischer Hilfe zu wecken. Es muss bezweifelt werden, ob eine medizinische ‚Behandlung‘ des Alterns überhaupt die richtige Strategie darstellt, um Problemen zu begegnen, die mit dem Älterwerden zusammenhängen und die sich aus dem Altern von Körper und Geist ergeben. Hierzu sind eher Interventionen auf gänzlich anderen Ebenen wie etwa der der Sozialpolitik oder Psychologie gefordert sowie durchaus philosophische Reflexionen angebracht, die für die Bewältigung von Belastungen im Alter angemessener und nachhaltig erfolgreicher scheinen, als es ein Arzt mit seinen medizinischen Eingriffsmöglichkeiten ist.¹⁰⁷

Angesichts starker gesellschaftlicher Tendenzen, die Werte wie Jugendlichkeit, Schönheit und Perfektion verherrlichen und gleichzeitig Alter und Gebrechlichkeit marginalisieren und negieren, muss bei der Anwendung von Anti-Aging durch Ärzte (neben einer zunehmenden Kommerzialisierung) somit vor allem eine bedenkliche Instrumentalisierung der Medizin befürchtet und kritisiert werden. Anstatt sich in eine derartige Komplizenschaft mit nichtmedizinischen Wertvorstellungen und Zielsetzungen zu begeben, sollte der Medizin daran gelegen sein, ihre moralische Autorität und professionelle Integrität zu wahren und sich der besonderen Anforderung zu stellen, die das Altern des Menschen gerade

106 Vgl. Lachs (2004); Maio (2006); Pijnenburg/Leget (2007).

107 Vgl. Juengst et al. (2003); Kondratowitz (2003); Maio (2006); Schramme (2009).

unter den Vorzeichen der bestehenden und künftig zu erwartenden demographischen Situation bedeutet. So ist es Aufgabe der Medizin, den biologischen Vorgang des Alterns keineswegs als pathologisch zu betrachten, sondern als normalen und natürlichen Prozess, der zur menschlichen Natur gehört wie die Nahrungsaufnahme und Fortpflanzung – und dies sowohl gesellschaftlich als auch individuell zu vermitteln. Auch wenn Alter(n) häufig mit Leidenserfahrungen verbunden ist, ist es selbst weder als Leidenszustand noch in erster Linie als negatives Phänomen zu verstehen, sondern kann vielmehr als eine besondere Chance und privilegierte Lebensphase (wieder-)entdeckt werden. So bietet das Alter Gelegenheit, eine Vertiefung und Intensivierung des Lebens zu erfahren, bedeutende soziale Rollen zu übernehmen, dabei gleichzeitig gesellschaftlichem Druck und beruflicher Konkurrenz enthoben zu sein und sich spezifischer Tugenden wie Weisheit, Gelassenheit und generell reicher Lebenserfahrung zu erfreuen.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

Wie eine Rekapitulation der Struktur und Orientierung medizinischen Handelns nach der klassischen Zielsetzung innerhalb des therapeutischen Paradigmas zeigt, ist ärztliches Handeln mit seinen Schlüsselgrößen der Indikation und des Krankheitsbezugs in einer verbindlichen Weise legitimiert und normiert, für die schon eine Verselbstständigung und Aufwertung von Gesundheit als unabhängige Größe und direkter Ansatzpunkt für medizinische Maßnahmen eine ernst zu nehmende Herausforderung darstellen. Im Falle des Einsatzes von Medizin zu nichtmedizinischen Zwecken ohne einen nachvollziehbaren Krankheitsbezug, wie in medikalisierenden Fällen wunscherfüllender Medizin, ist eine Grenzüberschreitung der herkömmlichen Bestimmung der Medizin offensichtlich. Eine derartige Ausweitung des ärztlichen Handlungsfeldes bringt allerdings unweigerlich den Status der Medizin als Profession der Hilfe in erhebliche Schwierigkeiten. So stellt sich unter den Vorzeichen fehlender Zielgerichtetheit das Problem der fragwürdigen und komplizierten Instrumentalisierbarkeit der Medizin, wenn diese als bloße Erfüllungsgehilfin nicht-medizinischer Werte und Zwecke fungiert, die an sie von außen herangetragen werden. Außerdem würde der Abschied von einer definierenden und limitierenden Orientierung an Krankheit einer Konzipierung der ärztlichen Tätigkeit als Dienstleistung auf Wunsch und gegen Bezahlung Tür und Tor öffnen, was die bereits ansatzweise vorhandene Kommerzialisierungstendenz weiter verstärken und verschärfen würde. Dies führt eindringlich vor Augen, dass nach dem klassischen Verständnis von Medizin ein Einsatz medizinischer Mittel und Möglichkeiten zur Wunscherfüllung resp. Bedürfnisbefriedigung und Gesundheitssteigerung jenseits des therapeutischen Paradigmas (im Sinne wunscherfüllender Medizin sowie der umfassenden WHO-Definition von Gesundheit) keine angemessene Aufgabe ärztlichen Handelns sein kann, sofern die essenziellen Prinzipien und Grundwerte ärztlichen Handelns und damit die Medizin in ihrer bekannten und bewährten Form bewahrt werden sollen. Ob eine mancherorts vorgeschlagene Aufspaltung des medizinischen Tätigkeitfeldes in therapeutisch-zielorientierte, am klassischen Ethos festhaltende Ärzte, die Patienten behandeln, auf der einen und medizini-

sche Dienstleister, die nichtmedizinische Enhancement-Wünsche von gesunden Kunden erfüllen, auf der anderen Seite unter medizinethischen Gesichtspunkten eine vertretbare Option sein kann, die geeignet ist, angesichts unaufhaltsamer Instrumentalisierungsbestrebungen den Verlust der medizinischen Moralität und ärztlichen Integrität zu verhindern, ist mehr als fraglich.

In Bezug auf Wünsche und Bedürfnisse, deren Erfüllung und Befriedigung die Menschen anstreben und die nicht auf die anerkannten Ziele der Medizin bezogen sind, kann die Funktion und Aufgabe der Medizin nur darin bestehen, den Einzelnen in eine Lage zu versetzen, in der es ihm selbsttätig möglich ist, die seinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechenden Ziele zu verfolgen und womöglich auch zu erreichen, nicht jedoch kann es zur Zuständigkeit der Medizin gehören, die Wünsche und Bedürfnisse selbst zu erfüllen. Indem die Medizin demgemäß die Bedingungen der Möglichkeit zur Wunscherfüllung und Bedürfnisbefriedigung bereitstellt, erfüllt sie in diesem Sinne gewissermaßen eine transzendente Funktion für die Lebensführung und -gestaltung des Menschen. Bei aller klassifikatorischen Unschärfe an den Rändern und mangelnden Eindeutigkeit in Graubereichen bietet für diese Zielsetzung der Begriff der Krankheit (mit seinem komplementären Begriff der *wiederherzustellenden* Gesundheit) einen bewährten und brauchbaren Orientierungspunkt. Die in der klassischen Definition enthaltene Verpflichtung auf eigene, medizinische Ziele ist die unabdingbare Voraussetzung für die Existenz und den Bestand der Vertrauensstellung und professionellen Integrität der Medizin. Nur unter diesen Vorzeichen kann ärztliches Handeln als uneingeschränktes Hilfsversprechen für darauf existenziell angewiesene Menschen in Not praktiziert werden und von echtem Nutzen für die Betroffenen sein.

In praktischer Hinsicht stellt sich für den Arzt damit die besondere Herausforderung eines angemessenen Umgangs mit Wünschen. Dies bedeutet vor allem, auf Wünsche, mit denen Patienten in die Sprechstunde kommen und die sie mehr oder weniger konkret und bestimmt äußern, weder mit unkritischer Zustimmung und willfähriger Erfüllung noch mit kategorischer und unpersönlicher Ablehnung zu reagieren. Angesichts der Hochschätzung und Achtung der Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten, seiner zentralen Stellung in der Arzt-Patient-Beziehung, seiner Mitwirkung und Beteiligung an der Definition von Behandlungszielen und der Findung von Behandlungsentscheidungen ist eine Fähigkeit, die ärztliches Handeln immer schon wesentlich bestimmt hat, in neuer Dringlichkeit gefragt: die Fähigkeit der Zuwendung. Gerade um die Bedeutung von Wünschen zu erfassen, die den Patienten bewegen und von deren Erfüllung er sich Erleichterung und eine Verbesserung seiner Situation verspricht, ist es für den Arzt unerlässlich, sich auf den Patienten einzulassen, ihm

einen echten und offenen Dialog zu ermöglichen und ihm zuzuhören, um so die relevanten Umstände seiner Vorgeschichte und seines Lebensumfelds, die mit zu seinen Wünschen geführt haben, bei der Einschätzung seines Zustands und vor allem der Bewertung dieser Wünsche zu berücksichtigen. Insofern ist dem Arzt eine hermeneutische Aufgabe abverlangt, die darin besteht, die von dem Patienten geäußerten Anliegen, Forderungen und Wünsche mit dem diagnostischen Befund abzugleichen und in eine medizinische Begrifflichkeit zu übertragen. Die Kunst ärztlicher Hermeneutik besteht dann vor allem darin, bei aller Aufmerksamkeit für die nicht offen geäußerten und mitunter auch dem Patienten selbst verborgenen Facetten seines Anliegens nicht in überkommene paternalistische Muster zurückzufallen und dem Patienten vorschreiben zu wollen, was gut für ihn ist, was er sich ‚eigentlich‘ wünscht. Vielmehr gilt es, dem Patienten in seiner individuellen Lage und subjektiven Befindlichkeit zu begegnen und ihm mit so fachkundiger wie einfühlsamer Hilfe beizustehen. Dass dies für den Arzt (und Patienten) durchaus eine größere Herausforderung und Anstrengung bedeuten kann, als es das Verordnen von konkret verlangten Medikamenten oder die wunschgemäße Durchführung einer Operation sind, macht es umso wichtiger, die individuell ansetzende, dialogisch-hermeneutische Komponente der Medizin ins Zentrum des ärztlichen Handelns zu rücken, anstatt sie unter steigendem ökonomischen Druck und gesellschaftlichen Begehrlichkeiten aus dem Blick zu verlieren.

LITERATUR

- A4M/American Academy of Anti-Aging Medicine (2002): Official position statement on the truth about human aging intervention, unter: worldhealth.net/pages/official_position_statement_on_the_truth (November 2009).
- (2009): Introduction to anti-aging medicine, unter: worldhealth.net/about-anti-aging-medicine/introduction-anti-aging-medicine (November 2009).
- Abholz, Heinz-Harald (1993): Arzt-Konsument-Verhältnis: Ein Blick in die Zukunft. In: Heinz-Harald Abholz et al. (Hg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument, S. 46-55.
- Ach, Johann S./Lüttenberg, Beate (2010): Ungleich besser? Zwölf Thesen zur Diskussion über Neuro-Enhancement. In: Willy Viehöver/Peter Wehling (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, S. 231-250.
- Adorno, Theodor W. (2003): Thesen über Bedürfnis. In: *Gesammelte Schriften*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 392-396.
- Allert, Gebhard (Hg.) (2002): *Ziele der Medizin: zur ethischen Diskussion neuer Perspektiven medizinischer Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Alt-Epping, Bernd/Nauck, Friedemann (2012): Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? In: *Ethik in der Medizin* 24 (1), S. 19-28.
- Anschütz, Felix (1982): *Indikation zum ärztlichen Handeln: Lehre, Diagnostik, Therapie, Ethik*. Berlin: Springer.
- (1983): Aspekte der klinischen Indikation. In: Richard Toellner/Kazem Sadegh-Zadeh (Hg.): *Anamnese, Diagnose und Therapie*. Tecklenburg: Burgverlag, S. 139-146.
- Anscombe, G.E.M. (2010): *Absicht*. Berlin: Suhrkamp.
- Antonovsky, Aaron (1997): *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Appleyard, Bryan (2008): *Das Ende der Sterblichkeit. Ewiges Leben: Traum – Alptraum – Wirklichkeit*. Heidelberg: Spektrum.

- Aristoteles (2006): *Nikomachische Ethik*. Übersetzt und herausgegeben von Ursula Wolf, Reinbek: Rowohlt.
- Arlt, Gerhard (2001): *Philosophische Anthropologie*. Stuttgart: Metzler.
- Asmuth, Christoph (2011): Enhancement – einige Problemfelder aus philosophischer Sicht. In: *Suchttherapie* 12 (4), S. 159-163.
- Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter (2007): *Gesundheit und Gesellschaft*. In: Hans Joas (Hg.): *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt: Campus, S. 395-418.
- BÄK/Bundesärztekammer (2006): (Muster-)Berufsordnung, v. 100. Deutschen Ärztetag beschlossen u.v. 103., 105., 106. sowie 107. Deutschen Ärztetag novelliert.
- BÄKNW/Bezirksärztekammer Nordwürttemberg (Hg.) (1977): *Vom Nutzen der Medizin. Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis – Eine Antwort auf die Thesen von Ivan Illich*. Stuttgart: A.W.Gentner.
- Baessler, Andrea et al. (2006): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen – Paradigmenwechsel in der Medizin. Prospektion, Prävention und Personalisierung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 131 (6), S. 278-281.
- Bartens, Werner (2005): *Die Krankmacher. Wie Ärzte und Patienten immer neue Krankheiten erfinden*. München: Knaur.
- Baumann, Peter (1997): Das Wissen von den eigenen Wünschen und Präferenzen. In: Georg Meggle (Hg.): *Analysomen 2, Volume III: Philosophy of Mind, Practical Philosophy, Miscellanea*. Berlin: de Gruyter, S. 413-418.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2009): *Principles of biomedical ethics* (6th). New York: Oxford University Press.
- Beckermann, Ansgar (Hg.) (1985): *Analytische Handlungstheorie. Band 2: Handlungserklärungen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bengel, Jürgen et al. (Hg.) (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsforschung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bergdolt, Klaus (1999): *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*. München: Beck.
- (2011): Was ist Gesundheit? In: Klaus Bergdolt/Ingo F. Herrmann (Hg.): *Was ist Gesundheit? Antworten aus den Jahrhunderten*. München: Beck, S. 17-26.
- Berger, Willibald et al. (1986): Bedürfnis und Basisgehalt. In: Johann Götschl/Christoph Klauser (Hg.): *Herausforderungen an der Jahrtausendwende*. Wien: Literas, S. 152-164.
- Betzler, Monika (2001): Bedingungen personaler Autonomie. In: Monika Betzler/Barbara Guckes (Hg.): *Harry G. Frankfurt: Freiheit und Selbstbestimmung*. Berlin: Akademie Verlag, S. 17-46.

- Betzler, Monika/Guckes, Barbara (Hg.) (2000): *Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt*. Berlin: Akademie Verlag.
- Bieri, Peter (2001): *Das Handwerk der Freiheit*. München: Hanser.
- (2011): *Wie wollen wir leben?* St. Pölten: Residenz Verlag.
- Biller-Andorno, Nikola (2008): Human Enhancement: Füllhorn der Medizin oder Büchse der Pandora? In: *SGBE bulletin SSEB* 56 (März), S. 3-4.
- Binstock, Robert (2003a): Anti-Aging Medicine and Science: An Area of Conflict and Profound Societal Implications. In: *Geriatrics and Aging* 6 (5), S. 61-63.
- (2003b): The war on „Anti-Aging Medicine“. In: *The Gerontologist* 43 (1), S. 4-14.
- (2004): Anti-aging medicine and research: A realm of conflict and profound societal implications. In: *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 59A (6), S. 523-533.
- Binstock, Robert et al. (2006): Boundaries and Labels: Anti-Aging Medicine and Science. In: *Rejuvenation Research* 9 (4), S. 433-435.
- Birnbacher, Dieter (1979): Was wir wollen, was wir brauchen und was wir wollen dürfen. In: Klaus Michael Meyer-Abich/Dieter Birnbacher (Hg.): *Was braucht der Mensch, um glücklich zu sein? Bedürfnisforschung und Konsumkritik*. München: Beck, S. 30-57.
- (2005): Philosophie des Glücks. In: *e-Journal Philosophie der Psychologie* (1), S. 1-16.
- (2008): Glück – Lustempfindung, Wunscherfüllung oder Zufriedenheit? Der wechselvolle Umgang mit dem Glück im Utilitarismus. In: *Aufklärung und Kritik* (S14), S. 85-95.
- Bittner, Rüdiger (1999): Wozu Wünschen gut ist. In: Brigitte Boothe (Hg.): *Verlangen, Begehren, Wünschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 19-38.
- Blech, Jörg (2005): *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt: Fischer.
- Bleichrodt, Wolf (2003): Praxismanagement für die Anti-Aging-Medizin. In: Alexander Römmeler/Alfred S. Wolf (Hg.): *Anti-Aging Sprechstunde. Teil I: Leitfaden für Einsteiger*. Berlin: congress compact verlag, S. 199-208.
- Bohlen, Eike (2009): Von der natürlichen zur künstlichen Künstlichkeit? Überlegungen zur ethischen Bewertung neurotechnologischer Enhancements aus anthropologischer Perspektive. In: Oliver Müller et al. (Hg.): *Das technisierte Gehirn. Neurotechnologien als Herausforderung für Ethik und Anthropologie*. Paderborn: Mentis, S. 421-437.
- Böhme, Gernot (2003): *Leibsein als Aufgabe*. Zug: Die Graue Edition.

- Boothe, Brigitte (1998): Einige Bemerkungen zum Konzept des Wünschens in der Psychoanalyse. In: Brigitte Boothe et al. (Hg.): *Über das Wünschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 203-249.
- (2003): Der Wunsch im Märchen – der Wunsch als Märchen. In: Barbara Goebrecht et al. (Hg.): *Der Wunsch im Märchen*. Kreuzlingen: Heinrich Hugendubel Verlag, S. 42-55.
- Boothe, Brigitte/Fuchs, Marita (2011): „Wünschen kann zu Nichtstun verführen“ Ein Gespräch mit der Psychoanalytikerin Brigitte Boothe, unter: Universität Zürich: uzh.ch/news/articles/2011/wuenschen-kann-zu-nichtstun-verfuehren.html (Dezember 2011).
- Boothe, Brigitte/Goebel, Thomas (2008): Wunsch Dir was. Ein Gespräch mit der Zürcher Psychoanalytikerin Brigitte Boothe. In: *Alberta – Magazin für Studierende der Freiburger Hochschulen* 12, S. 6-7, unter: alberta-freiburg.de/neu/alberta_12_2008.pdf (Dezember 2011).
- Borst, Eva (2004): Anti-aging: Über die verlorene Zeit der Erkenntnis. In: *Pädagogische Rundschau* 58, S. 125-136.
- Bostrom, Nick (2005): The fable of the dragon tyrant. In: *Journal of Medical Ethics* 31 (5), S. 273-277.
- Bozzaro, Claudia (2011): Der Traum ewiger Jugend. Anti-Aging-Medizin als Verdrängungsstrategie eines Leidens an der verrinnenden Zeit? In: Giovanni Maio (Hg.): *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*. Freiburg: Alber, S. 219-248.
- Brede, Werner (1980): Art. Mängelwesen. In: Joachim Ritter et al. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 712-713.
- Brezinka, Wolfgang (1961): Der erziehungsbedürftige Mensch und die Institutionen. Ein Beitrag zur pädagogischen Anthropologie. In: Wolfgang Brezinka (Hg.): *Weltweite Erziehung*. Festschrift für Friedrich Schneider. Freiburg: Herder, S. 11-39.
- Brockhaus-Enzyklopädie, Online (2011): Art. Wunsch, unter: brockhaus-encyklopaedie.de/pdf_cache/Wunsch.pdf (Dezember 2011).
- Bröckling, Ulrich (2008): Vorbeugen ist besser... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemoth. A Journal on Civilisation* 1 (1), S. 38-48.
- Bruck, Johannes (2006): Ästhetische Chirurgie. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, S. 647-649.
- Butler, Robert N. (2001): Is there an „Anti Aging“ medicine? In: *Generations* 25 (4), S. 63-65.

- Buyx, Alena M (2008): Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine In: *Medical Health Care and Philosophy* 11, S. 113-143.
- Callahan, Daniel (1973): The WHO definition of ‚Health‘. In: *The Hastings Center Studies* 1 (3), S. 77-87.
- (1995): *Setting limits. Medical goals in an aging society*. Washington: Georgetown University Press.
- Callahan, Daniel et al. (1996): The goals of medicine: Setting new priorities. In: *Hastings Center Report* 26 (6 Special Supplement), 28 pages.
- Canguilhem, Georges (1977): *Das Normale und das Pathologische*. München: Ullstein.
- (2004a): *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve.
- (2004b): *Die Gesundheit. Gemeinbegriff und philosophische Frage*. In: *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve, S. 51-69.
- Caplan, Arthur L (2005): Death as an unnatural process. In: *EMBO reports* 6 (SI), S. 72-75.
- Charbonnier, Ralph et al. (2008): Vorwort. In: Ralph Charbonnier et al. (Hg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, S. V-VIII.
- Coenen, Christopher (2008): Schöne neue Leistungssteigerungsgesellschaft? In: *TAB-Brief* 33 (Juni), S. 21-27.
- Crawford, Robert (1980): Healthism and the medicalization of everyday life. In: *International Journal of Health Services* 10 (3), S. 365-388.
- Daniels, Norman (1981): Health-Care needs and distributive justice. In: *Philosophy and Public Affairs* 10 (2), S. 146-179.
- (2000): Normal functioning and the treatment-enhancement distinction. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 9, S. 309-322.
- (2008): *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Darge, Rolf/Schmidhuber, Martina (2009): Das Mängelwesentheorem bei Arnold Gehlen. In: Heinrich Schmidinger/Clemens Sedmak (Hg.): *Der Mensch – ein Mängelwesen? Endlichkeit – Kompensation – Entwicklung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 33-54.
- Davidson, Donald (1990): Handlungen, Gründe und Ursachen. In: *Handlung und Ereignis*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 19-42.
- De Grey, Aubrey (2005a): Curing ageing and the consequences. In: *EMBO reports* 6 (3), S. 198-201.
- (2005b): Life extension, human rights, and the rational refinement of repugnance. In: *Journal of Medical Ethics* 31 (11), S. 659-663.

- De Grey, Aubrey/Rae, Michael (2007): *Ending aging: The rejuvenation breakthroughs that could reverse human aging in our lifetime*, New York: St. Martin's Press.
- Delitz, Heike (2011): Arnold Gehlen. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- DIU/Dresden International University (2009): Masterstudiengang Präventionsmedizin, unter: dresden-international-university.com/1469.html (November 2009).
- Dollinger, Bernd (2006): Prävention. Unintendierte Nebenfolgen guter Absichten. In: Bernd Dollinger/Jürgen Raithel (Hg.): *Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 145-154.
- Dörner, Klaus (2008): ‚Der gute Arzt‘ im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In: Ralph Charbonnier et al. (Hg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, S. 1-6.
- Duden, Barbara et al. (2006): Aspekte des Wandels des Verständnisses von Gesundheit/Krankheit/ Behinderung als Folge der modernen Medizin. In: Arnd T. May/Caspar Söling (Hg.): *Gesundheit, Krankheit, Behinderung: gottgewollt, naturgegeben, gesellschaftlich bedingt?* Paderborn: Bonifatius, S. 25-38.
- Dutge, Gunnar (2005): Zum Unrechtsgehalt des kontraindizierten ärztlichen ‚Heileingriffs‘. In: *Medizinrecht* 23 (12), S. 706-711.
- Duttweiler, Stefanie (2004): Beratung. In: Ulrich Bröckling et al. (Hg.): *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 23-29.
- Düwell, Marcus (2009): Wünsche, Fähigkeiten und Moral: ‚Enhancement‘ als Herausforderung für die Bioethik. In: Matthias Kettner (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 317-327.
- Eberbach, Wolfram (2008): Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin. In: *Medizinrecht* 26 (6), S. 325-336.
- (2009): Möglichkeiten und rechtliche Beurteilung der Verbesserung des Menschen – Ein Überblick. In: Albrecht Wienke et al. (Hg.): *Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-39.
- Eibach, Ulrich (2008): Medizinischer Fortschritt und die Krise der Ziele der Medizin. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54 (4), S. 347-362.

- Eibl-Schober, Petra (2004): Marketing – Erfolgsmittel des modernen Praxisunternehmens. In: Robert Gasser (Hg.): *Angewandte Anti-Aging-Medizin*. Wien: Verlagshaus der Ärzte, S. 359-365.
- Eichinger, Tobias (2011a): Anti-Aging als Medizin? Altersvermeidung zwischen Therapie, Prävention und Wunscherfüllung. In: Giovanni Maio (Hg.): *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*. Freiburg: Alber, S. 118-155.
- (2011b): Ausweitung der Kampfzone: Anti-Aging-Medizin zwischen Prävention und Lebensrettung. In: Willy Viehöver/Peter Wehling (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, S. 195-228.
- Elepfandt, Andreas (2008): Ganz Tier und ganz Kulturwesen. In: Detlev Ganten et al. (Hg.): *Was ist der Mensch?* Berlin: de Gruyter, S. 57-60.
- Elias, Norbert (2005): *Mozart. Zur Soziologie eines Genies*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Engelhardt, Dietrich von (1989): Art. Gesundheit. In: Albin Eser et al. (Hg.): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung*. Freiburg: Herder, S. 408-414.
- (2000): Art. Gesundheit. In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 108-114.
- Engels, Eva-Marie (2009): Der Mensch, ein Mängelwesen? Biotechniken im Kontext anthropologischer und ethischer Überlegungen. In: Heinrich Schmieder/Clemens Sedmak (Hg.): *Der Mensch, ein Mängelwesen? Endlichkeit – Kompensation – Entwicklung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 207-235.
- Eser, Albin (1999): Zur Regelung der Heilbehandlung in rechtsvergleichender Perspektive. In: Thomas Weigend/Georg Küpper (Hg.): *Festschrift für Hans Joachim Hirsch zum 70. Geburtstag am 11. April 1999*. Berlin: de Gruyter, S. 465-483.
- Eßbach, Wolfgang (2007): Denkmotive der Philosophischen Anthropologie. In: *e-Journal Philosophie der Psychologie*, S. 1-18.
- Fehige, Christoph (2004a): Art. Wunsch. In: Joachim Ritter et al. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 1077-1085.
- (2004b): *Soll ich?* Stuttgart: Reclam.
- Feuerstein, Günter (2011): Der Arzt als Gesundheitsingenieur? Wissenschaft, Technik und das Schicksal der Autonomie. In: Sascha Dickel et al. (Hg.): *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 285-300.

- Fischer, Johannes (2002): Ziele und Zielkonflikte der Medizin. In: Medizin- und bioethische Perspektiven. Zürich: TVZ, S. 35-50.
- Fischer, Julia (2008): Ein eigenartiges Tier. In: Detlev Ganten et al. (Hg.): Was ist der Mensch? Berlin: de Gruyter, S. 77-78.
- Fisher, Alfred L/Hill, Renée (2004): Ethical and legal issues in antiaging medicine. In: Clinics in Geriatric Medicine 20 (2), S. 361-382.
- Flöhl, Rainer (Hg.) (1979): Maßlose Medizin? Antworten auf Ivan Illich. Berlin: Springer.
- Fossel, Michael (1998a): Editorial: A new era – a new journal. In: Journal of Anti-Aging Medicine 1 (1), S. 1.
- (1998b): Call for debate. In: Journal of Anti-Aging Medicine 1 (1), S. 3.
- (2001): Editorial: Why we publish. In: Journal of Anti-Aging Medicine 4 (1), S. 1-2.
- (2002a): Editorial: Aging – Science and clinical medicine. In: Journal of Anti-Aging Medicine 5 (1), S. 1.
- (2002b): Anti-Aging: Claims, words, reality. In: Journal of Anti-Aging Medicine 5 (4), S. 319-321.
- Frankfurt, Harry G. (2001): Willensfreiheit und der Begriff der Person. In: Monika Betzler/Barbara Guckes (Hg.): Harry G. Frankfurt: Freiheit und Selbstbestimmung. Berlin: Akademie Verlag, S. 65-83.
- (2007): Sich selbst ernst nehmen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fuchs, Thomas (2000): Psychopathologie von Leib und Raum: phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff.
- Fukuyama, Francis (2002): Das Ende des Menschen. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Gadamer, Hans-Georg (1993a): Apologie der Heilkunst. In: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt: Suhrkamp, S. 50-64.
- (1993b): Behandlung und Gespräch. In: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt: Suhrkamp, S. 159-175.
- (1993c): Über die Verborgenheit der Gesundheit. In: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt: Suhrkamp, S. 133-148.
- Gahl, Klaus (2004): Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. In: Klaus Gahl/Annemarie Gethmann-Siefert (Hg.): Wissen und Verantwortung, Band II: Studien zur medizinischen Ethik. Freiburg: Alber, S. 115-126.
- Gahl, Klaus/Neitzke, Gerald (2010): Medizinische Indikation zwischen Standardisierung und Individualisierung. Workshopbericht. In: Ethik in der Medizin 22 (2), S. 161-163.

- Gahl, Klaus/Raspe, Hans-Heinrich (1992): Klinik für Vorkliniker. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 117 (1-26), S. 757-761.
- Ganten, Detlev et al. (2008): Vorwort. In: Was ist der Mensch? Berlin: de Gruyter, S. V-VI.
- Gasser, Robert (Hg.) (2004a): Angewandte Anti-Aging-Medizin. Wien: Verlagshaus der Ärzte.
- (2004b): Einführung in die Anti-Aging-Medizin. In: Robert Gasser (Hg.): Angewandte Anti-Aging-Medizin. Wien: Verlagshaus der Ärzte, S. 5-6.
- Gehlen, Arnold (1986a): Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt. Wiesbaden: Aula-Verlag.
- (1986b): Die Technik in der Sichtweise der Anthropologie. In: Anthropologische und sozialpsychologische Untersuchungen. Reinbek: Rowohlt, S. 93-103.
- (1986c): Ein Bild vom Menschen. In: Anthropologische und sozialpsychologische Untersuchungen. Reinbek: Rowohlt, S. 44-54.
- (1986d): Zur Geschichte der Anthropologie. In: Anthropologische und sozialpsychologische Untersuchungen. Reinbek: Rowohlt, S. 7-25.
- (2004): Urmensch und Spätkultur. Philosophische Ergebnisse und Aussagen. Frankfurt: Vittorio Klostermann.
- Gems, David (2009): Eine Revolution des Alterns. Die neue Biogerontologie und ihre Implikationen. In: Sebastian Knell/Marcel Weber (Hg.): Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven. Frankfurt: Suhrkamp, S. 25-45.
- Gerhardt, Volker (1992): Gesundheit – wozu? Eine philosophische Betrachtung. In: Agora – Zeitschrift für philosophische Praxis 12/13, S. 7-13.
- (1999): Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität. Stuttgart: Reclam.
- Gethmann, Carl Friedrich (2008): Wunscherfüllende Medizin. Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung? In: Dietrich Grönemeyer et al. (Hg.): Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, S. 333-343.
- Gordijn, Bert (2004): Eingriffe in die biologische Alterung. In: Medizinische Utopien. Eine ethische Betrachtung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 148-190.
- Gosepath, Stefan (1992): Begründung von Wünschen. In: Aufgeklärtes Eigeninteresse. Frankfurt: Suhrkamp, S. 343-377.
- (Hg.) (1999): Motive, Gründe, Zwecke. Theorien praktischer Rationalität. Frankfurt: Fischer.
- Gothe, Holger et al. (2011): Innovationen in der Anti-Aging-Medizin – Eine Analyse des Angebots, der Versorgungssituation und zukünftiger Entwick-

- lungen an drei ausgewählten Beispielen. In: Giovanni Maio (Hg.): *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*. Freiburg: Alber, S. 73-93.
- Gronemeyer, Marianne (2002): *Die Macht der Bedürfnisse. Überfluss und Knappheit*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Gross, Peter (1994): *Die Multioptionsgesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Grüniger, Ueli et al. (2009): Gesundheitscoaching – ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 90 (45), S. 1729-1732.
- GSAAM/German Society of Anti-Aging-Medicine (2009a): Definition und Ziele, unter: gsaam.de/gsaam-ueber-uns/definition-ziele.html (November 2009).
- (2009b): Über uns, unter: gsaam.de/gsaam-ueber-uns.html (November 2009).
- Guckes, Barbara (2001): Willensfreiheit trotz Ermangelung einer Alternative? Harry G. Frankfurts hierarchisches Modell des Wünschens. In: Monika Betzler/Barbara Guckes (Hg.): *Harry G. Frankfurt: Freiheit und Selbstbestimmung*. Berlin: Akademie Verlag, S. 1-17.
- Haber, Paul (2007): Anti-Aging. In: Hartmut Zwick (Hg.): *Bewegung als Therapie. Gezielte Schritte zum Wohlbefinden*. Wien, New York: Springer, S. 1-12.
- Harris, John (2004): Immortal ethics. In: *New York Academy of Sciences* 1019, S. 527-534.
- Hartmann, Fritz (1979): Art. Therapie. In: Eduard Seidler (Hg.): *Wörterbuch medizinischer Grundbegriffe. Eine Einführung in die Heilkunde in 86 Artikeln*. Freiburg: Herder, S. 327-335.
- Hassenstein, Bernhard (1981): Biologische Teleonomie. In: *Neue Hefte für Philosophie* 20, S. 60-71.
- Hayflick, Leonard (2001): Anti-aging medicine: hype, hope, and reality. In: *Generations* 25 (4), S. 20-26.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1986): *Grundlinien der Philosophie des Rechts* (Werke 7), Frankfurt: Suhrkamp.
- Heilinger, Jan-Christoph (2010): *Anthropologie und Ethik des Enhancements*. Berlin: de Gruyter.
- Heiß, H. Wolfgang (2008): Anti-Aging-Medizin: Der Wunsch nach einem langen Leben ohne Altern? In: Giovanni Maio et al. (Hg.): *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Freiburg: Alber, S. 392-404.
- (2011): Anti-Aging-Medizin und Geriatrie im Widerstreit für ein gutes Altern. In: Giovanni Maio (Hg.): *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*. Freiburg: Alber, S. 94-109.

- Heller, Agnes (1976): *Theorie der Bedürfnisse bei Marx*. Berlin: Verlag für das Studium der Arbeiterbewegung.
- Herrmann, Theo (1999): Der Wunsch zwischen Motiv und Wille. In: Brigitte Boothe (Hg.): *Verlangen, Begehren, Wünschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 39-55.
- Heuer, Ulrike (1999): Sind Wünsche Handlungsgründe? In: *Analyse & Kritik* 21 (1), S. 1-24.
- Hildt, Elisabeth (2009): Fremdes im Gehirn. In: Elisabeth Hildt/Eve-Marie Engels (Hg.): *Der implantierte Mensch*. Freiburg: Alber, S. 105-128.
- Höffe, Otfried (2007): *Lebenskunst und Moral oder: Macht Tugend glücklich?* München: Beck.
- (2008): *Animal morabile*. In: Detlev Ganten et al. (Hg.): *Was ist der Mensch?* Berlin: de Gruyter, S. 114-115.
- Holliday, Robin (2009): The extreme arrogance of anti-aging medicine. In: *Biogerontology* 10 (2), S. 223-228.
- Honnefelder, Ludger (2007): Gesundheit als hohes Gut – die anthropologische Perspektive. In: Volker Schumpelick/Bernhard Vogel (Hg.): *Was ist uns Gesundheit wert? Gerechte Verteilung knapper Ressourcen*. Freiburg: Herder, S. 16-33.
- Hontschik, Bernd (2006): *Körper, Seele, Mensch. Versuch über die Kunst des Heilens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Horn, Christoph (2002): Art. Bedürfnis. In: Otfried Höffe (Hg.): *Lexikon der Ethik*. München: Beck, S. 19-21.
- (2008): Ziele und Zwecke. Sind teleologische Begriffe unverzichtbar für die Erklärung unserer Handlungen? In: *Internationale Zeitschrift für Philosophie* 17 (1: Handlungserklärungen), S. 101-122.
- Horn, Christoph/Löhrer, Guido (Hg.) (2010a): *Gründe und Zwecke. Texte zur aktuellen Handlungstheorie*. Berlin: Suhrkamp.
- (2010b): Einleitung: Die Wiederentdeckung teleologischer Handlungserklärungen. In: Christoph Horn/Guido Löhrer (Hg.): *Gründe und Zwecke. Texte zur aktuellen Handlungstheorie*. Berlin: Suhrkamp, S. 7-45.
- Huber, Johannes/Buchacher, Robert (2007): *Das Ende des Alterns: bahnbrechende medizinische Möglichkeiten der Verjüngung, Stammzellentherapie, Organverjüngung*. Berlin: Ullstein.
- Hucklenbroich, Peter (2011): Die Unterscheidung zwischen krankheitsbezogener und ‚wunscherfüllender‘ Medizin – aus wissenschaftstheoretischer Sicht. In: Sascha Dickel et al. (Hg.): *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 205-229.

- Huesmann, Anette et al. (2006): *Gesundheitstrends 2010 – von der Symptom-Medizin zur neuen Gesundheitskultur*. Kelkheim: Zukunftsinstitut.
- Hurlbut, William B. (2005): *Heilberuf oder Erfüllungsgehilfe fremden Willens: Der Weg in eine andere Medizin. Gedankenanstöße aus The President's Council on Bioethics*. In: Hans Thomas (Hg.): *Ärztliche Freiheit und Berufsethos*. Dettelbach: J.H. Röll, S. 256-278.
- Hüsing, Bärbel et al. (2008): *Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem (Zukunftsreport)*. Berlin: TAB – Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag.
- Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: Beck.
- Jacobi, Günther (2004): *Männermedizin – Männerprechstunde*. In: Günther Jacobi et al. (Hg.): *Anti-Aging für Männer*. Stuttgart: Thieme, S. 182-189.
- (2005): *Anti-aging: Sinnbild, Sehnsucht, Wirklichkeit*. In: Günther Jacobi et al. (Hg.): *Kursbuch Anti-Aging*. Stuttgart: Thieme, S. 2-13.
- Jacobi, Günther et al. (Hg.) (2004): *Anti-Aging für Männer*. Stuttgart: Thieme.
- (Hg.) (2005a): *Kursbuch Anti-Aging*. Stuttgart: Thieme.
- (2005b): *Vorwort*. In: Günther Jacobi et al. (Hg.): *Kursbuch Anti-Aging*. Stuttgart: Thieme, S. VI-VII.
- Jonas, Hans (1979): *Lebensverlängerung*. In: *Das Prinzip Verantwortung*. Frankfurt: Insel Verlag, S. 47-50.
- (1992): *Last und Segen der Sterblichkeit*. In: *Philosophische Untersuchungen und metaphysische Vermutungen*. Frankfurt: Insel Verlag, S. 81-100.
- Juengst, Eric (1998): *What does enhancement mean?* In: Eric Parens (Hg.): *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington: Georgetown University Press, S. 29-47.
- Juengst, Eric et al. (2003): *Biogerontology, „Anti-aging Medicine“, and the challenges of human enhancement*. In: *Hastings Center Report* 33 (4), S. 21-30.
- Kamlah, Wilhelm (1973): *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- (1975): *Probleme der Anthropologie*. In: *Von der Sprache zur Vernunft: Philosophie und Wissenschaft in der neuzeitlichen Profanität*. Mannheim: Bibliographisches Institut, S. 123-151.
- Kant, Immanuel (2000): *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Hamburg: Meiner.
- Karsch, Fabian (2011): *Enhancement als Problem der soziologischen Medikalisierungsforschung*. In: Sascha Dickel et al. (Hg.): *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 267-281.

- Kass, Leon R. (1975): Regarding the end of medicine and the pursuit of health. In: *Public Interest* 40, S. 11-42.
- (1985): The end of medicine and the pursuit of health. In: *Toward a more natural science. Biology and human affairs*. New York: The Free Press, S. 157-186.
 - (2001): L'chaim and its limits. Why not immortality? In: *First Things* 113, S. 17-24.
- Kennedy, Thomas D. (2009): Anti-aging, rights and human nature. In: *Ethics & Medicine* 25 (1), S. 21-29.
- Kettner, Matthias (2005): „Wunscherfüllende Medizin“ Zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit. In: *Gen ethischer Informationsdienst GID Spezial Nr. 6: Lifestyle/Anti-Aging*, S. 33-40.
- (2006a): „Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben? In: *G+G Wissenschaft – Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft* 6, S. 7-16.
 - (2006b): „Wunscherfüllende Medizin“ zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit. In: *Ethik in der Medizin* 18 (1), S. 81-91.
 - (Hg.) (2009): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus.
- Kickbusch, Ilona (2004): Die Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat. In: Eberhard Göpel (Hg.): *Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann*. Frankfurt: Mabuse, S. 28-37.
- Kirkwood, Thomas B.L. (2000): *Zeit unseres Lebens. Warum Altern biologisch unnötig ist*. Berlin: Aufbau Verlag.
- Kleine-Gunk, Bernd (Hg.) (2003a): *Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte*. Bremen: UNI-MED Verlag.
- (2003b): *Alterungstheorien*. In: Bernd Kleine-Gunk (Hg.): *Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte*. Bremen: UNI-MED Verlag, S. 18-24.
 - (2005): *Anti-Aging – Institute und Sprechstunden*. In: Günther Jacobi et al. (Hg.): *Kursbuch Anti-Aging*. Stuttgart: Thieme, S. 375-382.
 - (2007): *Anti-Aging-Medizin – Hoffnung oder Humbug?* In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (28-29), S. 2054-2060.
- Klentze, Michael (2003): *Anti-Aging: Die Macht der eigenen Hormone*. München: Südwest-Verlag.
- Kley, Rolof (2003): *Das Anti-Aging-Labor*. In: Bernd Kleine-Gunk (Hg.): *Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte*. Bremen: UNI-MED Verlag, S. 32-52.

- Kluth, Winfried (1993): Probleme der Inanspruchnahme von Ärzten für nicht-ärztliche Dienstleistungen. In: Hans Thomas (Hg.): *Menschlichkeit der Medizin*. Herford: BusseSeewald, S. 143-175.
- Kluxen, Wolfgang (1976): Dauer und Wandel im ärztlichen Ethos. In: *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 342, S. 457-470.
- Knell, Sebastian (2009): Sollen wir sehr viel länger leben wollen? Reflexionen zu radikaler Lebensverlängerung, maximaler Langlebigkeit und biologischer Unsterblichkeit. In: Sebastian Knell/Marcel Weber (Hg.): *Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 117-151.
- Kondratowitz, Hans-Joachim von (2003): Anti-Aging: alte Probleme und neue Versprechen. In: *psychomed* 15 (3), S. 156-160.
- Kotrschal, Kurt (2009): Angepasst woran? Vom Mängel – zum Konfliktwesen. In: Heinrich Schmidinger/Clemens Sedmak (Hg.): *Der Mensch, ein Mängelwesen? Endlichkeit – Kompensation – Entwicklung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 55-63.
- Krauch, Helmut (1981): Bedürfnisse und Handeln. In: Hans Lenk (Hg.): *Handlungstheorien interdisziplinär III*. München: Fink, S. 235-282.
- Krones, Tanja (2009): Patientenwünsche versus Indikation? Überlegungen zum ‚Shared Decision Making‘ auf allen Ebenen des Gesundheitssystems. In: Matthias Kettner (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 137-152.
- Kuhlmann, Andreas (2011): *An den Grenzen unserer Lebensform. Texte zur Bioethik und Anthropologie*. Frankfurt: Campus.
- Kühn, Hagen (1993): Arzt-Konsument-Verhältnis: Der gesunde Patient. In: Heinz-Harald Abholz et al. (Hg.): *Jahrbuch für Kritische Medizin*. Hamburg: Argument, S. 6-20.
- Kusser, Anna (1989): *Dimensionen der Kritik von Wünschen*. Frankfurt: Athenäum.
- Labisch, Alfons (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt: Campus.
- (1995): Der Arzt zwischen Heilkunde und Heilkunst – oder: ist eine zeitgemäße ärztliche Handlungswissenschaft möglich? In: Peter Kröner et al. (Hg.): *Ars medica. Verlorene Einheit der Medizin?* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, S. 191-210.
- Labisch, Alfons/Paul, Norbert (2000): Art. Medizin (Zum Problemstand). In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 630-642.

- Lachs, John (2004): Is aging a disease? In: HEC Forum 16 (1), S. 173-181.
- Lacina, Katharina (2009): Den Tod aufschieben: Altern, Unsterblichkeit. In: Tod. Wien: Facultas, S. 87-105.
- Lanzerath, Dirk (2000): Art. Krankheit. In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Güterloher Verlagshaus, S. 478-485.
- (2008a): Die neuere Philosophie der Gesundheit. Von der Normativität des Krankheitsbegriffs zur Medikalisierung der Gesellschaft. In: Daniel Schäfer et al. (Hg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Stuttgart: Franz Steiner, S. 203-213.
 - (2008b): Was ist medizinische Indikation? Eine medizinethische Überlegung. In: Ralph Charbonnier et al. (Hg.): Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende. Stuttgart: Schattauer, S. 35-52.
 - (2011): Professionsethische Aspekte aktueller Praktiken der Optimierung der menschlichen Natur. In: Willy Viehöver/Peter Wehling (Hg.): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: transcript, S. 251-270.
- Laplanche, Jean/Pontalis, Jean-Bertrand (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lederer, Katrin (1979): Bedürfnisse: ein Gegenstand der Bedürfnisforschung? In: Klaus Michael Meyer-Abich/Dieter Birnbacher (Hg.): Was braucht der Mensch, um glücklich zu sein? Bedürfnisforschung und Konsumkritik. München: Beck, S. 11-29.
- Lemke, Thomas (2003): Gesunde Körper – kranke Gesellschaft? Medizin im Zeitalter der Biopolitik. In: Zeitschrift für Biopolitik 2 (2), S. 67-71.
- (2007): Von der Pflicht zur Selbstverantwortung. Zur Karriere eines Begriffs. In: Carina Plath (Hg.): Demokratie üben. Münster: Westfälischer Kunstverein, S. 38-43.
- Lenk, Christian (2004): Die Unterscheidung von Therapie und Enhancement: Relevanz für die solidarische Finanzierung medizinischer Leistungen. In: Nadia Mazouz et al. (Hg.): Krankheitsbegriff und Mittelverteilung. Baden-Baden: Nomos, S. 113-125.
- Liesch, Katharina/Manz, Ulrika (2010): Einleitung. In: Katharina Liesch/Ulrika Manz (Hg.): Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt? Bielefeld: transcript, S. 7-20.
- Lown, Bernard (2004): Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Frankfurt: Suhrkamp.
- Mägdefrau, Jutta (2007): Bedürfnisse und Pädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

- Maio, Giovanni (2002): Die ästhetische Chirurgie und das ärztliche Selbstverständnis – eine medizinethische Betrachtung. In: Helmut H. Wolff et al. (Hg.): Ethik in der Dermato-Venerologie. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, S. 139-147.
- (2006): Die Präferenzorientierung der modernen Medizin als ethisches Problem. Ein Aufriss am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 52 (4), S. 339-354.
 - (2007a): Ist die ästhetische Chirurgie überhaupt noch Medizin? Eine ethische Kritik. In: Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie 39 (3), S. 189-194.
 - (2007b): Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 312, S. 2278-2281.
 - (2007c): Medizin im Umbruch. Ethisch-anthropologische Grundfragen zu den Paradigmen der modernen Medizin. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 53 (3), S. 229-254.
 - (2008a): Medizin als Markt? Eine ethische Kritik der marktwirtschaftlichen Leitbilder der modernen Medizin. In: Michael Fischer/Kurt Seelmann (Hg.): Ethik im transdisziplinären Sprachgebrauch. Frankfurt: Peter Lang, S. 153-161.
 - (2008b): Medizin und Menschenbild. Eine Kritik anthropologischer Leitbilder der modernen Medizin. In: Giovanni Maio et al. (Hg.): Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Freiburg: Alber, S. 215-229.
 - (2009a): Ethik in der Medizin – eine praxisbezogene Einführung. In: Fred Salomon (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 1-18.
 - (2009b): Gesundheit als oberstes Gut? Ethische Reflexionen zur ideologischen Verstrickung der modernen Medizin. In: Ilona Biendarra/Marc Weeren (Hg.): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 363-370.
 - (2011a): Die wunscherfüllende Medizin auf dem Irrweg. Eine ethische Kritik des Enhancements. In: Ethica 19 (1), S. 37-50.
 - (2011b): Vom Sinn des Alters. Reflexionen zum Alter jenseits des Fitnessimperativs. In: Giovanni Maio (Hg.): Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin. Freiburg: Alber, S. 11-19.
 - (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Schattauer.

- Maoz, Benyamin (1998): Salutogenese – Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Wolfram Schüffel et al. (Hg.): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 13-22.
- Marcuse, Herbert (2004): Der eindimensionale Mensch. Studien zur Ideologie der fortgeschrittenen Industriegesellschaft (Schriften Band 7). Springer: zu Klampen.
- Marquard, Odo (1971): Art. Anthropologie. In: Joachim Ritter et al. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 362-374.
- (1986): Entlastungen. Theodizeemotive in der neuzeitlichen Philosophie. In: Apologie des Zufälligen. Stuttgart: Reclam, S. 11-32.
 - (2000a): Homo compensator. Zur anthropologischen Karriere eines metaphysischen Begriffs. In: Philosophie des Stattdessen. Stuttgart: Reclam, S. 11-29.
 - (2000b): Philosophie des Stattdessen. Einige Aspekte der Kompensationstheorie. In: Philosophie des Stattdessen. Stuttgart: Reclam, S. 30-49.
- Masekowitz, Birgit (2007): Zweiter Gesundheitsmarkt. Minimalisten und Zauderer. In: Pharmazeutische Zeitung 152 (28), S. 2612.
- Mazumdar, Pravu (2004): Der Gesundheitsimperativ. In: Widerspruch. Münchner Zeitschrift für Philosophie 24 (42), S. 11-24.
- Meggle, Georg (Hg.) (1985): Analytische Handlungstheorie. Band 1: Handlungsbeschreibungen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Merker, Barbara (1998): Sind angemessene Wünsche solche, die unseren Bedürfnissen entsprechen? In: Barbara Merker et al. (Hg.): Angemessenheit: Zur Rehabilitierung einer philosophischen Metapher. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 133-144.
- (2000): Der Wille. Eigenheit, Freiheit, Notwendigkeit und Autonomie. In: Monika Betzler/Barbara Guckes (Hg.): Autonomes Handeln. Beiträge zur Philosophie von Harry G. Frankfurt. Berlin: Akademie Verlag, S. 137-152.
 - (2008): Art. Bedürfnis. In: Stefan Gosepath et al. (Hg.): Handbuch der politischen Philosophie und Sozialphilosophie. Berlin: de Gruyter, S. 117-122.
- Meyer-Abich, Klaus Michael/Birnbacher, Dieter (Hg.) (1979): Was braucht der Mensch, um glücklich zu sein? Bedürfnisforschung und Konsumkritik. München: Beck.
- Mittelstraß, Jürgen (2004): Gesundheitsmaße oder: wie gesund wollen (können) wir sein? In: Volker Schumpelick/Bernhard Vogel (Hg.): Grenzen der Gesundheit. Freiburg: Herder, S. 142-154.
- Moody, Harry R. (2001): Who's afraid of life extension? In: Generations 25 (4), S. 33-37.

- Moser, Simon et al. (Hg.) (1978): Die „wahren“ Bedürfnisse oder: wissen wir, was wir brauchen? Basel: Schwabe & Co.
- Mühlhausen, Corinna (2002): Die neue Lifestyle-Medizin. High Touch Dienstleistungen bestimmen das Gesundheitswesen der Zukunft. In: *Der Urologe [B]* 42 (1), S. 14-17.
- Mühlhauser, Ingrid (2007): Ist Vorbeugen besser als Heilen? In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 101, S. 293-299.
- Müller, Lothar (2007): Das Recht auf Gebrechlichkeit. Ein Plädoyer für zivilen Ungehorsam gegenüber dem Vitalitätsterror. In: *Du. Das Kulturmagazin* (775), S. 24-25.
- Müller, Oliver (2008): Der Mensch und seine Stellung zu seiner eigenen Natur. Zum Status anthropologischer Argumente in der bioethischen Debatte. In: Giovanni Maio et al. (Hg.): *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik*. Freiburg: Alber Verlag, S. 15-57.
- Müller, Johann Baptist/Schönpflug, Ute (1971): Art. Bedürfnis. In: Joachim Ritter et al. (Hg.): *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 765-773.
- Myktyyn, Courtney E. (2006): Anti-aging medicine: A patient/practitioner movement to redefine aging. In: *Social Science & Medicine* 62 (3), S. 643-653.
- Neitzke, Gerald (2008): Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. Eine ethische Analyse der Indikationsstellung. In: Ralph Charbonnier et al. (Hg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, S. 53-66.
- Nida-Rümelin, Julian (1995): *Kritik des Konsequentialismus*. München: Oldenbourg.
- (1997): Subjektive Wünsche und objektives Wohlergehen. In: Christoph Hubig (Hg.): *Cognitio humana – Dynamik des Wissens und der Werte*. XVII. Deutscher Kongreß für Philosophie Leipzig 1996. Vorträge und Kolloquien. Berlin: Akademie Verlag, S. 134-142.
- (1998): Angemessenheit als praktische Kohärenz. In: Barbara Merker et al. (Hg.): *Angemessenheit*. Würzburg: Könighausen & Neumann, S. 115-132.
- Nietzsche, Friedrich (1999): *Jenseits von Gut und Böse, Kritische Studienausgabe*, hg. v. Giorgio Colli/Mazzino Montinari. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Olshansky, S. Jay/Carnes, Bruce A. (2002): *Ewig jung? Altersforschung und das Versprechen vom langen Leben*, München: Econ.

- Olshansky, S. J. et al. (2002): Position statement on human aging. In: *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 57A (8), S. 292-297.
- Parsons, Talcott (1951): *The social system*. Glencoe: Free Press.
- Paul, Norbert W. (2006a): Diagnose und Prognose. In: Stefan Schulz et al. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 143-152.
- (2006b): Gesundheit und Krankheit. In: Stefan Schulz et al. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 131-142.
- Pawelzik, Markus R. (2009): Ist Neuro-Enhancement moralisch bedenklich? In: Matthias Kettner (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 273-295.
- Pekrun, Reinhard (2000): Art. Bedürfnis/Bedürfnisethik – Zum Problemstand. In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 296-298.
- Pijnenburg, Martien/Leget, Carlo (2007): Who wants to live forever? Three arguments against extending the human lifespan. In: *Journal of Medical Ethics* 33 (10), S. 585-587.
- Plessner, Hellmuth (1982): Der Mensch als Lebewesen. In: *Mit anderen Augen*. Stuttgart: Reclam, S. 9-62.
- (2003): Die Frage nach der *Conditio humana*. In: *Conditio humana. Gesammelte Schriften VIII*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 136-217.
- Pöhlmann, Ebert (1970): Der Mensch – das Mängelwesen? Zum Nachwirken antiker Anthropologie bei Arnold Gehlen. In: *Archiv für Kulturgeschichte* 52, S. 297-312.
- Pöhlner, Günther (2007): Ärztliche Verantwortung im Spannungsfeld von Heilkunst und Technik. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 157 (9-10), S. 196-200.
- Post, Stephen G. (2004): Decelerating aging: Should I drink from a fountain of youth? In: Stephen G. Post/Robert H. Binstock (Hg.): *The fountain of youth: Cultural, scientific, and ethical perspectives on a biomedical goal*. Oxford: Oxford University Press, S. 72-93.
- Precht, Peter (1983): *Bedürfnisstruktur und Gesellschaft. Die Problematik der Vermittlung von Bedürfnis des Menschen und gesellschaftlicher Versagung bei Gehlen, Fromm und Marcuse*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- (1987): Einleitung. Vom „Wesen“ zur „Strukturierung“ des Menschen. In: Alfred Schöpf (Hg.): *Bedürfnis, Wunsch, Begehren. Probleme einer philosophischen Sozialanthropologie*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 7-15.

- PCBE/President's Council on Bioethics (2003a): Beyond therapy. Biotechnology and the pursuit of happiness. Washington: Dana Press.
- (2003b): Ageless bodies. In: Beyond therapy. Biotechnology and the pursuit of happiness. Washington: Dana Press, S. 179-229.
- Probst, Peter (2004): Art. Weltoffenheit. In: Joachim Ritter et al. (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 496-498.
- Quante, Michael (2009): Therapieren oder Optimieren? Herausforderungen des ärztlichen Selbstverständnisses im 21. Jahrhundert. In: Christian Katzenmeier/Klaus Bergdolt (Hg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin: Springer, S. 171-179.
- Rabe, Thomas/Strowitzki, Thomas (2007): Anti-Aging-Medizin auf dem Weg zur Wissenschaft. In: Christian Herfarth (Hg.): Gesundheit. Berlin: Springer, S. 351-377.
- Rager, Günter (2000): Art. Medizin (Wissenschaftstheoretisch). In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 642-646.
- Raspe, Heiner (1995): Ethische Aspekte der Indikation. In: Richard Toellner/Urban Wiesing (Hg.): Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz. Stuttgart: G. Fischer, S. 21-36.
- (2007): Individuelle Gesundheitsleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Ethik in der Medizin 19 (1), S. 24-38.
- Rehberg, Karl-Siegbert (2008): Eine merkwürdig ‚alte‘ Antwort auf eine noch ältere Frage. In: Detlev Ganten et al. (Hg.): Was ist der Mensch? Berlin: de Gruyter, S. 212-216.
- Ricklefs, Robert E./Finch, Caleb E. (1996): Altern. Evolutionsbiologie und medizinische Forschung. Heidelberg: Spektrum.
- Rixen, Stephan (2008): Zukunftsperspektive Regulierungsrecht? Der Arzt zwischen Heilberuf und Dienstleistung. In: Albrecht Wienke/Christian Dierks (Hg.): Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin. Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhunderts. Berlin: Springer, S. 123-135.
- Rommel, Christopher (1994): Die Präventionsmedizin und das Unbehagen an der Ganzheitlichkeit: Gesundheitspflicht oder Salutogenese? In: Karl-Friedrich Wessel (Hg.): Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin. Bielefeld: Kleine, S. 416-429.
- Römmeler, Alexander (2003): Einführung in die Anti-Aging-Medizin. In: Alexander Römmeler/Alfred S. Wolf (Hg.): Anti-Aging Sprechstunde. Teil I: Leitfaden für Einsteiger. Berlin: congress compact verlag, S. 1-24.

- Römmler, Alexander/Kleine-Gunk, Bernd (2009): Wofür steht die Anti-Aging-Medizin heute? Das große AntiAging News-Interview, unter: antiaging-news.net/magazin/anti-aging-news-032009/das-grosse-antiaging-news-interview.html (November 2009).
- Römmler, Alexander/Wolf, Alfred S. (Hg.) (2003a): Anti-Aging Sprechstunde. Teil I: Leitfaden für Einsteiger. Berlin: congress compact verlag.
- (2003b): Vorwort. In: Alexander Römmler/Alfred S. Wolf (Hg.): Anti-Aging Sprechstunde. Teil I: Leitfaden für Einsteiger. Berlin: congress compact verlag, S. I-XII.
- Rüegger, Heinz (2007): Langlebigkeit, Anti-Aging und die Lebenskunst des Alterns. Von der Ablehnung des Alterns zu einer Kultur des Pro-Aging. In: *Wege zum Menschen* 59 (5), S. 474-488.
- Sahm, Stephan (2008): Autonomie, ärztliche Indikation und Entscheidungsfindung. Das Spannungsfeld medizinischer Entscheidung. In: Ralph Charbonnier et al. (Hg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, S. 121-131.
- Sandel, Michael J. (2008): Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik. Berlin: Berlin University Press.
- Schaber, Peter (1998): Gründe für eine objektive Theorie des menschlichen Wohls. In: Holmer Steinfath (Hg.): *Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 149-166.
- (2002): Was ist ein gutes Leben? In: Hartmut Laufhütte/Reinar Lüdeke (Hg.): *Werte, Wohlfahrt und das gute Leben. Philosophen und Ökonomen im Ethik-Diskurs*. Berlin: Duncker & Humblot, S. 33-46.
- Schälike, Julius (2002): *Wünsche, Werte und Moral: Entwurf eines handlungstheoretischen und ethischen Internalismus*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Scheffer, David/Heckhausen, Heinz (2006): Motive als Ausdruck von Bedürfnissen. Die Grundemotionen als rudimentäres Motivationssystem. In: Jutta Heckhausen/Heinz Heckhausen (Hg.): *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer, S. 54-60.
- Schipperges, Heinrich (1980): Zum Verständnis von Gesundheit in der Geschichte der Medizin. In: Hans Schaefer (Hg.): *Der gesunde kranke Mensch. Gesundheit ein Wert – Krankheit ein Unwert?* Düsseldorf: Patmos-Verlag S. 9-36.
- Schlink, Peter/Helden, Josef van (2005): Präventivmedizin – Anti Aging in der Praxis. In: Oliver Frielingsdorf (Hg.): *IGeL-Erfolg mit System. Konzept-*

- Werkstatt für Hausärzte und Internisten. Landsberg: ecomed Medizin, S. 278-295.
- Schmid, Wilhelm (2005): *Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- (2009): *Gesundheit und Lebenskunst*. In: Ilona Biendarra/Marc Weeren (Hg.): *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*. Würzburg: Königshausen & Neumann, S. 449-458.
- Schmidinger, Heinrich (2009): *Mängelwesen – krankes Tier – Sackgasse der Natur. Bemerkungen zur Geschichte einer normativen Anthropologie*. In: Heinrich Schmidinger/Clemens Sedmak (Hg.): *Der Mensch – ein Mängelwesen? Endlichkeit – Kompensation – Entwicklung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 7-27.
- Schmidt, Bettina (2007): *Von der Gesundheitsforderung zur Selbstoptimierung*. In: Bettina Schmidt/Petra Kolip (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa, S. 95-104.
- Schmidt-Semisch, Henning (2004): *Risiko*. In: Ulrich Bröckling et al. (Hg.): *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 222-227.
- Schmitt, Rüdiger/Homm, Simone (2008): *Handbuch Anti-Aging & Prävention*. Marburg: Kilian.
- Schmücker, Reinold (2006): *Art. Bedürfnisse/Interessen*. In: Marcus Düwell et al. (Hg.): *Handbuch Ethik*. Stuttgart: Metzler, S. 314-319.
- Schockenhoff, Eberhard (2008): *Von der Therapie zur Verbesserung? Überlegungen zum künftigen Weg der Medizin*. In: Daniel Schäfer et al. (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft*. Stuttgart: Franz Steiner, S. 293-302.
- Schramme, Thomas (2009): *Ist Altern eine Krankheit?* In: Sebastian Knell/Marcel Weber (Hg.): *Länger leben? Philosophische und biowissenschaftliche Perspektiven*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 235-263.
- Schreiber, Hans-Ludwig (2006): *Salus aut voluntas aegroti suprema lex?* In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, S. 644-646.
- Scriba, Peter C. et al. (2001): *Prävention in der ärztlichen Versorgung – Potenziale, Wirksamkeit und Umsetzung*. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 126 (45), S. 1013-1014.
- Seidler, Eduard/Leven, Karl-Heinz (2003): *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Serres, Michel (1993): *Die fünf Sinne. Eine Philosophie der Gemeine und Gemische*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Siegler, Miriam/Osmond, Humphry (1973): The ‚Sick Role‘ revisited. In: Hastings Center Studies 1 (3), S. 41-58.
- Siegrist, Johannes (2000): Art. Arzt-Patient-Beziehung – Zum Problemstand. In: Wilhelm Korff et al. (Hg.): Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 238-242.
- Siep, Ludwig (1999): Ethik und Anthropologie. In: Anette Barkhaus et al. (Hg.): Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt: Suhrkamp, S. 274-298.
- Siffert, Winfried (2005): Primär- und Sekundärprävention durch DNA-Diagnostik. In: Günther Jacobi et al. (Hg.): Kursbuch Anti-Aging. Stuttgart: Thieme, S. 277-286.
- Skrabaneck, Petr (1994): The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Dublin: St Edmundsbury Press.
- Sloterdijk, Peter (2004): Die Mängelwesen-Fiktion. In: Schäume (Sphären Bd. III). Frankfurt: Suhrkamp, S. 699-711.
- Spaemann, Robert (2001): Die totale Gesundheit. In: Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 332-335.
- Spijk, Piet van (2002): Positive and negative aspects of the WHO definition of health, and their implications for a new concept of health in the future. In: Paulina Taboada et al. (Hg.): Person, society, and value: towards a personalist concept of health. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, S. 209-227.
- Stemmer, Peter (1998): Was es heißt, ein gutes Leben zu leben. In: Holmer Steinfath (Hg.): Was ist ein gutes Leben? Philosophische Reflexionen. Frankfurt: Suhrkamp, S. 47-72.
- Stock, Christof (2009): Die Indikation in der Wunschmedizin. Ein medizinrechtlicher Beitrag zur ethischen Diskussion über ‚Enhancement‘. Frankfurt: Peter Lang.
- Stoecker, Ralf (Hg.) (2002a): Handlungen und Handlungsgründe. Paderborn: Mentis.
- (2002b): Einleitung. In: Ralf Stoecker (Hg.): Handlungen und Handlungsgründe. Paderborn: Mentis, S. 7-31.
- (2002c): ‚In den Zeiten, wo das Wünschen noch geholfen hat‘. Eine kritische Diskussion des handlungstheoretischen Standardmodells. In: Analyse & Kritik 24 (2), S. 209-230.
- Stöhr, Manfred (2005): Die Wahrheit über Anti-Aging: Risiken erkennen – Chancen nutzen. Frankfurt: Eichborn.
- Stolberg, Michael (1998): Heilkundige: Professionalisierung und Medikalisierung. In: Norbert Paul/Thomas Schlich (Hg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt: Campus, S. 69-86.

- Straub, Jürgen (1999): Wissen, was für ein Mensch ich sein will. In: Brigitte Boothe (Hg.): Verlangen, Begehren, Wünschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 81-98.
- Stuckelberger, Astrid/Wanner, Philippe (2008): *Anti-Ageing Medicine: Myths and Chances*. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Swiderski, Jana (2008): *Die Bildung der Bedürfnisse. Bildungstheoretische, sozialphilosophische und moralpädagogische Perspektiven*. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Synofzik, Matthis (2006): Kognition à la carte? Der Wunsch der kognitionsverbessernden Psychopharmaka in der Medizin. In: *Ethik in der Medizin* 18 (1), S. 37-50.
- (2009): Denken auf Rezept? Ein Entscheidungsmodell für die präferenzorientierte Medizin. In: Matthias Kettner (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 153-182.
- Talbot, Davinia (2009): Ist Neuro-Enhancement keine ärztliche Angelegenheit? In: Bettina Schöne-Seifert et al. (Hg.): *Neuro-Enhancement*. Paderborn: Mentis, S. 321-345.
- Thanner, Mirjam/Nagel, Eckhard (2009): Ärztliche Tätigkeit unter Finanzierungsvorbehalt – Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) als Ausweg? In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55 (1), S. 3-14.
- Thies, Christian (2000): *Arnold Gehlen zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- (2004): *Einführung in die philosophische Anthropologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Toellner, Richard (1983): Der Patient als Entscheidungssubjekt. In: Richard Toellner/Kazem Sadegh-zadeh (Hg.): *Anamnese, Diagnose und Therapie*. Tecklenburg: Burgverlag, S. 237-247.
- (1995): Einführung in das Tagungsthema. In: Richard Toellner/Urban Wiesing (Hg.): *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. Stuttgart: G. Fischer, S. 3-9.
- Toepfer, Georg (2005): Teleologie. In: Ulrich Krohs/Georg Toepfer (Hg.): *Philosophie der Biologie*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 36-52.
- Trojan, Alf (2007): Medikalisierung der Prävention. In: Bettina Schmidt/Petra Kolip (Hg.): *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim: Juventa Verlag, S. 117-127.
- Tugendhat, Ernst (1976): *Vorlesungen zur Einführung in die sprachanalytische Philosophie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Unschuld, Paul U. (2004): Gesundheit als Zweck und Mittel. In: *Widerspruch. Münchner Zeitschrift für Philosophie* 24 (42), S. 54-58.

- (2009): Heilwissenschaft vs. Heilkunde: Über die Zukunft der ärztlichen Profession. In: Matthias Kettner (Hg.): Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Frankfurt: Campus, S. 75-102.
- Viehöver, Willy (2008): Auf dem Wege zu einer protestantischen Ethik des Alterns? Anti-Aging als eine Form der methodischen Selbstdisziplinierung des Leibes. In: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.): Die Natur der Gesellschaft. Frankfurt, New York: Campus, S. 2756-2767.
- Viehöver, Willy/Wehling, Peter (Hg.) (2010a): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: transcript.
- (2010b): Entgrenzung der Medizin: Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive. In: Willy Viehöver/Peter Wehling (Hg.): Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Bielefeld: transcript, S. 7-47.
- (2010c): Erfolgreich schüchtern und niemals alt? Ratgeberliteratur als Medium der Medikalisierung. In: Katharina Liebsch/Ulrika Manz (Hg.): Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt? Bielefeld: transcript, S. 83-111.
- Vincent, John (2003): What is at stake in the 'war on anti ageing medicine'? In: *Ageing & Society* 23 (5), S. 675-684.
- Vonessen, Franz (1971): Krankheit und Freiheit. In: *Antaios* 12, S. 509-539.
- Welsch, Wolfgang (2008): Neuigkeiten über das Alter? In: Ursula M. Staudinger/Heinz Häfner (Hg.): Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage. Berlin: Springer, S. 199-214.
- Wessels, Ulla (2011): Das Gute. Wohlfahrt, hedonisches Glück und die Erfüllung von Wünschen. Frankfurt: Klostermann.
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization, Official Records of the WHO, No. 1
- Wieland, Wolfgang (1986): Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik: philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Heidelberg: Winter.
- (2004): Diagnose: Überlegungen zur Medizintheorie. Warendorf: Hoof.
- Wiesing, Urban (1996): Die Integrität der Arztrolle in Zeiten des Wandels. In: *Jahrbuch für Recht und Ethik* 4, S. 315-325.
- (1998): Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 44 (2), S. 83-97.
- (2004): Was unterscheidet die so genannte Alternative Medizin von der Schulmedizin? In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 50 (4), S. 325-335.

- (2009): Ethische Aspekte der ästhetischen Medizin. In: *Hautarzt* 60 (5), S. 409-413.
- Will, Herbert (1988): Fetisch Gesundheit. In: Herbert Begemann/Peter Voss-winkel (Hg.): *Identifikationen. Arzt und Patient unter Erfolgszwang*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 53-72.
- Williams, Bernard (1978): Die Sache Makropulos: Reflexionen über die Lange-weile der Unsterblichkeit. In: *Probleme des Selbst. Philosophische Aufsätze 1956-1972*. Stuttgart: Reclam, S. 133-162.
- Windeler, Jürgen (2006): Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. In: *GGW* 6 (2), S. 17-27.
- Wittgenstein, Ludwig (1999): *Tractatus logico-philosophicus – Tagebücher 1914-1916 – Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Wittwer, Héctor (2004): Risiken und Nebenwirkungen der Lebensverlängerung. In: Hans-Joachim Höhn (Hg.): *Welt ohne Tod – Hoffnung oder Schreckens-vision?* Göttingen: Wallstein Verlag, S. 19-58.
- Wüster, Christian (2003): Qualitätssicherung in der Anti-Aging-Medizin. In: Bernd Kleine-Gunk (Hg.): *Anti-Aging – moderne medizinische Konzepte*. Bremen: UNI-MED Verlag, S. 207-217.
- Zola, Irving Kenneth (1979): Gesundheitsmanie und entmündigende Medikali-sierung. In: Ivan Illich (Hg.): *Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*. Reinbek: Rowohlt, S. 57-80.

PERSONENREGISTER

- Abholz, Heinz-Harald 196f., 211
Ach, Johann S. 11
Adorno, Theodor W. 122f.
Allert, Gebhard 156, 176, 198f.,
208f.
Alt-Epping, Bernd 151, 153
Anschütz, Felix 145f., 154
Anscombe, Elizabeth 26-29, 31,
39f., 45, 58
Antonovsky, Aaron 164
Appleyard, Bryan 250
Aristoteles 30, 104
Arlt, Gerhard 96f., 130
Asmuth, Christoph 11, 210f.
Badura, Bernhard 164, 199
Baessler, Andrea 238f.
Bartens, Werner 194
Baumann, Peter 51, 57
Beauchamp, Tom L. 150
Beckermann, Ansgar 25
Bengel, Jürgen 164
Bergdolt, Klaus 163, 181
Berger, Willibald 121
Betzler, Monika 63
Bieri, Peter 45, 61-63, 65f.
Biller-Andorno, Nikola 11
Binstock, Robert 240, 245f., 253
Binswanger, Ludwig 92
Birnbacher, Dieter 35, 54, 56, 70-
72, 74, 77f., 123
Bittner, Rüdiger 39, 47, 48
Blech, Jörg 194
Bleichrodt, Wolf 240, 243
Bohlen, Eike 16
Böhme, Gernot 16
Boothe, Brigitte 36, 38, 43f., 46f.,
58, 63
Borst, Eva 265
Bostrom, Nick 258
Bozzaro, Claudia 254
Brede, Werner 104
Brezinka, Wolfgang 125f., 128,
130, 132f.
Bröckling, Ulrich 236, 241, 256
Bruck, Johannes 221
Buchacher, Robert 7, 248, 257
Butler, Robert N. 262
Buyx, Alena 14
Callahan, Daniel 156, 176, 199,
223, 263
Canguilhem, Georges 180, 182,
184f.
Caplan, Arthur 257
Carnes, Bruce A. 250
Charbonnier, Ralph 146
Childress, James F. 150
Cicero 104
Coenen, Christopher 16
Conrad, Peter 198, 200
Crawford, Robert 202, 240

- Daniels, Norman 11, 15
Darge, Rolf 106f., 109
Davidson, Donald 32, 51
De Grey, Aubrey 257f.
Delitz, Heike 107, 110, 116, 118
Descartes, René 163
Dollinger, Bernd 167
Dörner, Klaus 154
Duden, Barbara 196
Durkheim, Émile 164
Duttge, Gunnar 161
Duttweiler, Stefanie 169, 172
Düwell, Marcus 11
Eberbach, Wolfram 191, 206, 218f.
Eibach, Ulrich 11
Eibl-Schober, Petra 243
Eichinger, Tobias 244, 252
Elepfandt, Andreas 108, 111
Elias, Norbert 35, 164
Elster, Jon 59
Engelhardt, Dietrich von 162, 164f., 176
Engels, Eva-Marie 104, 109
Eser, Albin 161
Eßbach, Wolfgang 110, 124, 126, 132
Fehige, Christoph 13, 35, 52-55
Feuerstein, Günter 14, 164, 197, 199
Finch, Caleb E. 250
Fischer, Johannes 155f., 168
Fischer, Julia 111
Fisher, Alfred L. 260
Flöhl, Rainer 192
Fossel, Michael 247, 254
Foucault, Michel 198
Francke, Robert 148
Frankfurt, Harry 17, 59-63, 66, 137, 226
Freidson, Eliot 198
Freud, Sigmund 38
Fuchs, Thomas 16
Fukuyama, Francis 265
Gadamer, Hans-Georg 147, 180f., 186
Gahl, Klaus 145, 148f., 154f.
Ganten, Detlev 102
Gasser, Robert 232, 240
Gehlen, Arnold 16f., 86-91, 93-102, 106-119, 122-128, 130-133, 136, 226f.
Gems, David 250
Gerhardt, Volker 106, 185
Gethmann, Carl Friedrich 14
Gordijn, Bert 262f.
Gosepath, Stefan 13, 25, 51, 56f., 59
Gothe, Holger 232
Gronemeyer, Marianne 127
Gross, Peter 10
Grüninger, Ueli 169f., 172
Guckes, Barbara 60, 63
Haber, Paul 170f., 241
Harris, John 261
Hartmann, Fritz 145
Hassenstein, Bernhard 76
Hayflick, Leonard 265
Heckhausen, Heinz 72, 83
Hegel, Georg Wilhelm Friedrich 120-123, 128
Heidegger, Martin 92
Heilingner, Jan-Christoph 11
Heiß, H. Wolfgang 240
Helden, Josef van 242
Heller, Agnes 122, 124
Herder, Johann Gottfried 92, 104

- Hermann, Friedrich von 69, 75
 Herrmann, Theo 42, 44, 62, 64f.
 Heuer, Ulrike 51
 Hildt, Elisabeth 16
 Hill, Renée 260
 Höffe, Otfried 102f.
 Holliday, Robin 246
 Homm, Simone 8, 248, 254
 Honnefelder, Ludger 183
 Hontschik, Bernd 194
 Horn, Christoph 25, 27, 71
 Huber, Johannes 7, 248, 257
 Hucklenbroich, Peter 157
 Huesmann, Anette 166, 168-170,
 173-175, 185, 238
 Hurlbut, William B. 205
 Hüsing, Bärbel 170, 237, 243
 Illich, Ivan 163, 192, 198
 Jacobi, Günther 232, 241, 243, 257
 Jonas, Hans 264f.
 Juengst, Eric 11, 266
 Kamlah, Wilhelm 15f., 68f., 73,
 76f., 125, 131, 133-135, 152,
 226
 Kant, Immanuel 40
 Karsch, Fabian 190, 199f.
 Kass, Leon R. 11, 224, 259, 260,
 264
 Kennedy, Thomas D. 258
 Kettner, Matthias 12, 15, 155,
 215f., 218, 220, 222, 224-226
 Kickbusch, Ilona 166
 Kirkwood, Thomas 250
 Kleine-Gunk, Bernd 232, 238,
 241, 243, 248, 252, 255
 Klentze, Michael 248
 Kley, Rolof 237, 256
 Kluth, Winfried 188
 Kluxen, Wolfgang 147
 Knell, Sebastian 263f.
 Kollek, Regine 197
 Kondratowitz, Hans-Joachim
 von 245, 262, 266
 Kotschal, Kurt 106
 Krauch, Helmut 68-70
 Krones, Tanja 15
 Kuhlmann, Andreas 16
 Kühn, Hagen 171, 202
 Kusser, Anna 13, 52, 54
 Labisch, Alfons 161, 165f., 188,
 201f.
 Lachs, John 263, 266
 Lacina, Katharina 264
 La Mettrie, Julien Offray de 163
 Lanzerath, Dirk 11, 152, 154f.,
 157f., 205
 Laplanche, Jean 38, 42
 Lederer, Katrin 72, 119
 Leget, Carlo 263, 266
 Lemke, Thomas 171, 237
 Lenk, Christian 11
 Leriche, René 180
 Leven, Karl-Heinz 163
 Liebsch, Katharina 198
 Löhner, Guido 25, 27
 Lown, Bernard 194
 Lüttenberg, Beate 11
 Mägdefrau, Jutta 37, 75, 128
 Maio, Giovanni 8, 11, 14, 16, 80,
 158, 173f., 183, 188, 194,
 209f., 215, 217, 221, 235, 262,
 266
 Manz, Ulrika 198
 Maoz, Benyamin 164
 Marcuse, Herbert 122f.
 Marquard, Odo 100-102, 104, 116
 Marx, Karl 122, 164
 Masekowitz, Birgit 174

- Maslow, Abraham 83
 Mazumdar, Pravu 165f., 172
 McDougall, William 83
 Meggle, Georg 25
 Menger, Carl 74
 Merker, Barbara 16, 36, 59, 70, 72
 Meyer-Abich, Klaus Michael 123
 Mirandola, Picco della 92, 104
 Mittelstraß, Jürgen 181, 223
 Moody, Harry R. 260
 Moser, Simon 123
 Mühlhausen, Corinna 173
 Mühlhauser, Ingrid 239
 Müller, Lothar 231
 Müller, Oliver 105
 Müller, Johann Baptist 69
 Mykytyn, Courtney E. 248
 Nagel, Eckhard 174
 Nauck, Friedemann 151, 153
 Neitzke, Gerald 145f., 148f., 154f., 220
 Nida-Rümelin, Julian 28f., 32, 36, 56f., 61
 Nietzsche, Friedrich 104
 Olshansky, S. Jay 246, 250
 Osmond, Humphry 193
 Parsons, Talcott 193, 198
 Paul, Norbert 153, 161, 176, 188
 Pawelzik, Markus R. 171, 177f., 190f., 195, 197
 Pekrun, Reinhard 68
 Pijnenburg, Martien 263, 266
 Platon 104
 Plessner, Hellmuth 16, 86, 94, 96-100, 111f., 124
 Pöhlmann, Egert 104
 Pöltner, Günther 11, 151, 180, 209
 Pontalis, Jean-Bertrand 38, 42
 Portmann, Adolf 88, 97
 Post, Stephen G. 259
 Prechtel, Peter 67, 115, 131
 Probst, Peter 92
 Quante, Michael 11
 Rabe, Thomas 254, 257
 Rae, Michael 257
 Rager, Günter 155
 Raspe, Hans-Heinrich (alias Heiner) 145, 148f., 155, 174
 Rehberg, Karl-Siegbert 110
 Ricklefs, Robert E. 250
 Rixen, Stephan 174
 Rommel, Christopher 167, 171, 196
 Römmler, Alexander 232, 237, 239, 241, 248, 251f.
 Ross, W.D. 54
 Rozin, Paul 195
 Rüegger, Heinz 265
 Sadegh-Zadeh, Kazem 157
 Sahm, Stephan 148
 Sandel, Michael 182, 207
 Schaber, Peter 54f.
 Schälike, Julius 13, 50f., 55, 63
 Scheffer, David 72, 83
 Scheler, Max 92
 Schipperges, Heinrich 181, 187, 223
 Schlink, Peter 242
 Schmid, Wilhelm 179, 184f., 212
 Schmidhuber, Martina 106f., 109
 Schmidinger, Heinrich 104, 107
 Schmidt, Bettina 168, 172f., 196
 Schmidt-Semisch, Henning 257
 Schmitt, Rüdiger 8, 248, 254
 Schmücker, Reinold 68, 71f.
 Schockenhoff, Eberhard 11
 Schönpflug, Ute 69
 Schopenhauer, Arthur 79

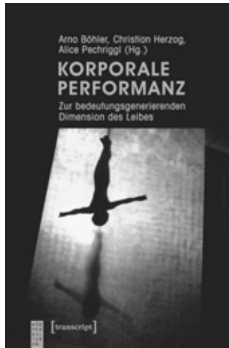
- Schramme, Thomas 264, 266
 Schreiber, Hans-Ludwig 222
 Scriba, Peter C. 239
 Seidler, Eduard 163
 Serres, Michel 94, 133
 Siegler, Miriam 193
 Siegrist, Johannes 188
 Siep, Ludwig 103
 Siffert, Winfried 238
 Skrabanek, Petr 202
 Sloterdijk, Peter 108f.
 Spaemann, Robert 223
 Spijk, Piet van 223
 Stemmer, Peter 56
 Stock, Christof 148, 215, 219,
 221f.
 Stoecker, Ralf 25, 51
 Stöhr, Manfred 236
 Stolberg, Michael 198
 Straub, Jürgen 36, 44, 64-66
 Strowitzki, Thomas 254, 257
 Stuckelberger, Astrid 242, 247f.,
 251
 Swiderski, Jana 127-129
 Synofzik, Matthias 11, 13f., 214
 Szasz, Thomas 198
 Talbot, Davinia 11
 Taupitz, Jochen 188
 Thanner, Mirjam 174
 Thies, Christian 88, 105, 107, 116
 Toellner, Richard 146, 159
 Toepfer, Georg 75
 Trojan, Alf 197
 Tugendhat, Ernst 49
 Uhlemann, Thomas 197
 Unschuld, Paul U. 11, 157, 194f.
 Valentin, Karl 176
 Viehöver, Willy 10f., 197f., 200,
 241f., 253, 262
 Vincent, John 245, 251
 Vonessen, Franz 185
 Wanner, Philippe 242, 247f., 251
 Wehling, Peter 10f., 197f., 200,
 253
 Welsch, Wolfgang 259, 265
 Wessels, Ulla 13, 52, 54f.
 Wieland, Wolfgang 18, 143, 147,
 218, 223f., 235, 256
 Wiesing, Urban 11, 20, 160, 221,
 249
 Will, Herbert 172, 175, 185
 Williams, Bernard 264
 Windeler, Jürgen 174
 Wittgenstein, Ludwig 28, 62
 Wittwer, Héctor 264
 Wolf, Alfred S. 232, 237, 239, 248
 Wüster, Christian 248
 Zola, Irving Kenneth 198f.

DANKSAGUNG

Mit der Fertigstellung dieses Buches über Wünsche und ihre Erfüllung in und mit Hilfe der Medizin, das die veröffentlichte Fassung meiner Doktorarbeit darstellt, wird selbst ein schon länger gehegter Wunsch Wirklichkeit. Dabei führt – im Unterschied zur untersuchten Thematik – diese Form der Wunscherfüllung freilich weniger zu ethischen Problemen, sondern bringt vielmehr einen weiteren Wunsch mit sich: den Wunsch, mich bei einigen Personen für ihre vielfältige Hilfe bei der Verfolgung und schließlich dem erfolgreichen Abschluss dieses Projektes zu bedanken.

So wäre zuallererst das Promotionsvorhaben an sich sowie die Themenwahl gar nicht zustande gekommen und möglich gewesen ohne die Anregung und Unterstützung von Giovanni Maio, dem ich besonders danken möchte für die großzügigen Arbeitsbedingungen und das institutionelle Umfeld, in dem ich meinen Forschungen nachgehen konnte. Außerdem schulde ich Lore Hühn Dank, dieses Projekt als Betreuerin und schließlich als Erstgutachterin angenommen zu haben. Wesentlich dazu beigetragen, dass aus einer ersten Idee schließlich diese Studie werden konnte, hat Oliver Müller. Ihm verdanke ich auch wertvolle und effektive Hilfe dabei, die philosophisch-anthropologischen Untersuchungen mit dem medizinethischen Schwerpunkt stimmig zusammenzuführen. Für ihre kritischen Kommentare und konstruktiven Hinweise in unterschiedlichen Stadien der Arbeit danke ich außerdem Claudia Bozzaro, Joachim Boldt und Uta Bittner – sowie Kerstin Botsch für aufmerksame Korrekturen und Raphael Rauh für seinen unbestechlichen Blick auf das fertige Manuskript. Zuletzt gebührt ganz besonderer Dank für ihre unschätzbare und ausdauernde – ganz unakademische – Unterstützung Marion Kaune sowie meinen Eltern.

KörperKulturen



ARNO BÖHLER, CHRISTIAN HERZOG,
ALICE PECHRIGGL (Hg.)

Korporale Performanz

Zur bedeutungsgenerierenden Dimension
des Leibes

Oktober 2013, 274 Seiten, kart., 29,99 €,
ISBN 978-3-8376-2477-9

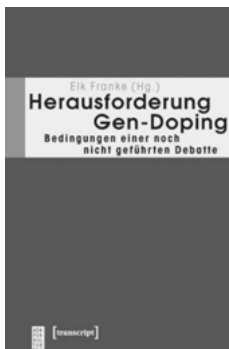


NINO FERRIN

Selbstkultur und mediale Körper

Zur Pädagogik und Anthropologie
neuer Medienpraxen

Juli 2013, 246 Seiten, kart., 29,80 €,
ISBN 978-3-8376-2505-9



ELK FRANKE (Hg.)

Herausforderung Gen-Doping

Bedingungen einer noch nicht geführten Debatte

Juni 2014, ca. 270 Seiten, kart., 19,80 €,
ISBN 978-3-8376-1380-3

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

KörperKulturen



MISCHA KLÄBER

Moderner Muskelkult

Zur Sozialgeschichte des Bodybuildings

April 2013, 276 Seiten, kart., 28,80 €,
ISBN 978-3-8376-2376-5

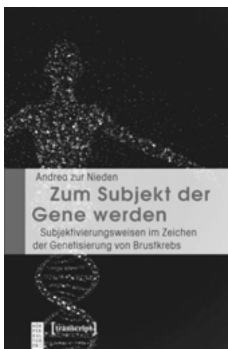


KAREN WAGELS

Geschlecht als Artefakt

Regulierungsweisen in Erwerbsarbeitskontexten

Januar 2013, 276 Seiten, kart., 29,80 €,
ISBN 978-3-8376-2226-3



ANDREA ZUR NIEDEN

Zum Subjekt der Gene werden

Subjektivierungsweisen im Zeichen
der Genetisierung von Brustkrebs

August 2013, 288 Seiten, kart., 29,80 €,
ISBN 978-3-8376-2283-6

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

KörperKulturen

KARL-HEINRICH BETTE

Sportsoziologische Aufklärung

Studien zum Sport
der modernen Gesellschaft

2011, 260 Seiten, kart., 28,80 €,
ISBN 978-3-8376-1725-2

KARL-HEINRICH BETTE,

FELIX KÜHNLE, ANSGAR THIEL

Dopingprävention

Eine soziologische Expertise

2012, 232 Seiten, kart., zahlr. Abb., 25,80 €,
ISBN 978-3-8376-2042-9

FRANZ BOCKRATH (HG.)

Anthropotechniken im Sport

Lebenssteigerung durch
Leistungsoptimierung?

2011, 264 Seiten, kart., zahlr. Abb., 27,80 €,
ISBN 978-3-8376-1868-6

KATHRIN DENGLER,

HEINER FANGERAU (HG.)

Zuteilungskriterien

im Gesundheitswesen:

Grenzen und Alternativen

Eine Einführung mit
medizinethischen und
philosophischen Verortungen

Oktober 2013, 258 Seiten, kart., 33,99 €,
ISBN 978-3-8376-2290-4

JULIA DIEKÄMPER

Reproduziertes Leben

Biomacht in Zeiten der
Präimplantationsdiagnostik

2011, 416 Seiten, kart., 35,80 €,
ISBN 978-3-8376-1811-2

ORSOLYA FRIEDRICH

Persönlichkeit im Zeitalter der Neurowissenschaften

Eine kritische Analyse
neurowissenschaftlicher Eingriffe
in die Persönlichkeit

August 2013, 262 Seiten, kart., 29,80 €,
ISBN 978-3-8376-2307-9

ROBERT GUGUTZER

Verkörperungen des Sozialen

Neophänomenologische Grundlagen
und soziologische Analysen

2012, 256 Seiten, kart., 28,80 €,
ISBN 978-3-8376-1908-9

BIRGIT HEIMERL

Die Ultraschallsprechstunde

Eine Ethnografie pränatal-
diagnostischer Situationen

Oktober 2013, 364 Seiten, kart., 36,99 €,
ISBN 978-3-8376-2551-6

SWEN KÖRNER, PETER FREI (HG.)

Die Möglichkeit des Sports

Kontingenz im Brennpunkt
sportwissenschaftlicher Analysen

2012, 354 Seiten, kart., 33,80 €,
ISBN 978-3-8376-1657-6

BRITTA PELTS

Doing Health in der Gemeinschaft

Brustkrebsgene zwischen
gesellschaftlicher, familiärer
und individueller Gesundheitsnorm

2012, 392 Seiten, kart., zahlr. Abb., 44,80 €,
ISBN 978-3-8376-2225-6

SUSANNE B. SCHMITT

Ein Wissenschaftsmuseum

geht unter die Haut

Sensorische Ethnographie
des Deutschen Hygiene-Museums

2012, 272 Seiten, kart., zahlr. Abb., 32,80 €,
ISBN 978-3-8376-2019-1

CHARLOTTE ULLRICH

Medikalisierte Hoffnung?

Eine ethnographische Studie
zur reproduktionsmedizinischen Praxis

2012, 356 Seiten, kart., 33,80 €,
ISBN 978-3-8376-2048-1

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**