

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

Angesichts 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.

