

Matthias Kettner (Hg.)

# Wunscherfüllende Medizin

---

Ärztliche Behandlung im Dienst  
von Selbstverwirklichung  
und Lebensplanung

Wunscherfüllende Medizin

# Kultur der Medizin

Geschichte – Theorie – Ethik

Herausgegeben von Andreas Frewer

Band 27

Editorische Mitbetreuung:

Andreas Frewer und Jan-Peter Beckmann

Wissenschaftlicher Beirat:

Jan-Peter Beckmann (Philosophie, Medizinethik)

Nikola Biller-Andorno (Medizinethik, Anthropologie)

Andreas Frewer (Medizingeschichte, Medizinethik)

Brigitte Lohff (Medizingeschichte, Medizintechnik)

Volker Roelcke (Medizingeschichte, Anthropologie, Ethnologie)

Thomas Schlich (Wissenschaftstheorie, Medizingeschichte)

Alfred Simon (Medizinethik, Philosophie)

*Matthias Kettner* ist Professor für praktische Philosophie an der Privaten Universität Witten/Herdecke.

Matthias Kettner (Hg.)

# Wunscherfüllende Medizin

Ärztliche Behandlung im Dienst  
von Selbstverwirklichung und Lebensplanung

Campus Verlag  
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.  
ISBN 978-3-593-38881-6

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne  
Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
Copyright © 2009 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main  
Satz: Campus Verlag, Frankfurt/Main  
Druck und Bindung: PRISMA Verlagsdruckerei GmbH  
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.  
Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: [www.campus.de](http://www.campus.de)

© Campus Verlag GmbH

# Inhalt

Wunscherfüllende Medizin: Die Beiträge im Kontext <i>Matthias Kettner</i> .....	9
I. Kulturwandel in der Medizin	
»Wunscherfüllende Medizin« und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse <i>Alena Bnyx/Peter Hucklenbroich</i> .....	25
Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung <i>Iris Junker/Matthias Kettner</i> .....	55
Heilwissenschaft versus Heilkunde: Über die Zukunft der ärztlichen Profession <i>Paul U. Unschuld</i> .....	75
Wunscherfüllende Zahnmedizin: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase? <i>Dominik Groß</i> .....	103
Patientenwunsch »Spiritual well-being«: Utopisches Konstrukt oder Versorgungsrealität? <i>Thomas Ostermann/ Arndt Büssing</i> .....	123

## II. Mitsprachewünsche

Patientenwünsche versus Indikation? Überlegungen zum »Shared Decision Making« auf allen Ebenen des Gesundheitssystems <i>Tanja Krones</i> .....	137
Denken auf Rezept? Ein Entscheidungsmodell für die präferenzorientierte Medizin <i>Matthias Synofzik</i> .....	153
Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin: Eine medizinrechtliche Betrachtung <i>Reinhard Damm</i> .....	183

## III. Verschönerungswünsche

Im Dienste der Schönheit: Schönheit und Schönheitschirurgie unter psychoanalytischer Perspektive <i>Christa Rohde-Dachser</i> .....	209
Piercing: Körpermodifikation oder Selbstverstümmelung? <i>Arnd T. May</i> .....	229

## IV. Perfektionierungswünsche

Moderne Reproduktionsmedizin als Erfüllungsgehilfin alter Wunschträume: Geschlechtsselektion in Südkorea <i>Phyllan Joung</i> .....	253
Ist Neuro-Enhancement moralisch bedenklich? <i>Markus R. Pavelczik</i> .....	273
Enhancement: Plädoyer für einen Liberalismus mit Auffangnetz <i>Bernward Gesang</i> .....	297

---

Wünsche, Fähigkeiten und Moral: »Enhancement« als Herausforderung für die Bioethik <i>Marcus Düwell</i> .....	317
Autorinnen und Autoren .....	329
Personenregister .....	333



# Wunscherfüllende Medizin: Die Beiträge im Kontext

*Matthias Kettner*

Wandlungen im professionellen Selbstverständnis der Medizin sind per se interessant. Während sie unter empirischen Gesichtspunkten die Aufmerksamkeit der Medizinsoziologie, Medizinhistorik und der Gesundheitswissenschaften finden, interessiert sich die Medizinethik besonders für Veränderung in den normativen Texturen aller Praktiken, die wir Medizin nennen. In den letzten Jahren sind besonders Phänomene der Ökonomisierung des Gesundheitssystems eindringlich analysiert worden, empirisch wie normativ ethisch. Der rote Faden aller Beiträge des vorliegenden Bandes ist der Begriff einer »wunscherfüllenden Medizin«, den ich 2006 im Rahmen einer kulturreflexiv erweiterten Medizinethik programmatisch eingeführt habe. Er wirft Licht auf ein sehr viel breiteres Spektrum von Phänomenen.

Die Linderung krankheitsbedingten Leidens sowie die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit waren seit jeher wichtige Aufgaben in allen Kulturen, in denen wir Praktiken finden, die wir summarisch als Medizin bezeichnen würden, und sind in der westlichen Medizin seit ihrem modernen naturwissenschaftlichen Aufschwung noch mehr ins Zentrum ihrer gesellschaftlichen Funktionszuweisungen gerückt. Das Verhältnis zwischen Zentrum und Peripherie ändert sich und wird komplexer. Diese Ausgangsbeobachtung motiviert die Redeweise vom Aufkommen neuartiger, nämlich explizit wunscherfüllender Formen innerhalb der Kultur der Medizin. Die lang bewährte, für die Krankheiten behandelnde »kurative« Medizin maßgebliche Selbstbeschränkung medizinischen Wissens und Könnens auf die Zentralfunktion beginnt sich von den Rändern her aufzulösen. Die anthropologische Grundkategorie der vertrauten, an Krankheitsindikationen gebundenen Medizin, ist bisher allein die Bedürftigkeit kranker und krankheitsgefährdeter Menschen gewesen. Die wunscherfüllende Medizin gewinnt ihre gesellschaftliche Attraktivität aus anderen Menschenbildern. Sie öffnet das medizinische Wissen und Können für das Be-

gehen nach Schönheit und längerem Leben, für die Nachfrage nach psychosomatischen Ganzheitsqualitäten, für Visionen der Selbstperfektionierung, die Optimierung von subjektiv empfundener Lebensqualität, persönlicher Leistungsfähigkeit, für das Einbringen persönlicher Bedürfnisse in den angeblich objektiven ärztlichen Blick und in die undurchsichtigen, angeblich weltanschaulich neutralen gesundheitspolitischen Mechanismen, die das verfügbare Leistungsspektrum lokal und national steuern.

Die Beiträge des vorliegenden Bandes sind folgendermaßen angeordnet: Den Anfang machen fünf Texte, die auf je verschiedene Weise den mit dem Stichwort »wunscherfüllende Medizin« angezeigten Kulturwandel in der Medizin als solchen beleuchten. Der Bogen spannt sich von der Wissenschaftstheorie der Medizin über Medizinethik und -geschichte bis hin zur kulturellen Beschreibung und statistischen Erhebung (I). Eine zweite Gruppe von Texten thematisiert die mit dem Trend zur wunscherfüllenden Medizin einhergehenden, ihn teils verstärkenden, teils von ihm verstärkten Mitsprachewünsche von Patienten auf allen Ebenen des Gesundheitssystems (II). Die Beiträge der dritten Gruppe analysieren Verschönerungswünsche und stellen die medizinisch assistierte Körperästhetik in den Mittelpunkt (III). In den Texten der vierten Gruppe werden Kontroversen über jene auf Selbstverbesserungswünsche eingehenden Optimierungen ausgetragen, die man im Newspeak der Bioethik »Enhancement« nennt (V).

## I

*Alena Buyx* und *Peter Hucklenbroich* (»Wunscherfüllende Medizin und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse«) versuchen den vorläufig eingeführten Begriff einer »wunscherfüllenden« Medizin zu klären und zu präzisieren. Gestützt auf Überlegungen zu den theoretischen Grundlagen der ärztlichen Behandlungskunst beschreiben sie einen allgemeinen Krankheitsbegriff, in dessen Licht einige Phänomene der wunscherfüllenden Medizin näher an die bekannten Handlungsziele des ärztlichen Umgangs mit Krankheit heranrücken. Ein Einfallstor für genuin wunscherfüllende Medizin sehen Buyx und Hucklenbroich in der zunehmenden Medikalisation von Lebensproblemen und in der Tendenz, schon geringfügige Schwankungen des Wohlbefindens zu pathologisieren und medizinisch zu behandeln (»Dr. Feelgood-Syndrom«). Die wichtigsten Entwick-

lungen, die mit einem robusten Begriff wunscherfüllender Medizin besser verstanden werden können, entspringen unseren zusehends erweiterten Idealvorstellungen von Gesundheit. Nicht zuletzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat solche Idealvorstellungen definiert. Wenn Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, womöglich sogar innere Zusammenhänge zwischen Lebensglück und Gesundheit hergestellt werden, dann öffnet sich ein weites Feld für die wunscherfüllende Medizin.

*Iris Junker und Matthias Kettner* (»Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung«) führen den Begriff der wunscherfüllenden Medizin als ein medizinphilosophisches Beobachtungsinstrument ein, um markante Veränderungen der Kultur der Medizin zu beschreiben, die womöglich für die Zukunft der Medizin tiefgreifende Konsequenzen haben werden. Die Durchdringung der Medizin durch die Konsumkultur, der steigende Wettbewerbsdruck, unter den alle Akteure im Gesundheitssystem gesundheitspolitisch absichtlich gesetzt werden, und der doppelte Code von Krankheit und Gesundheit, der auf der »positiven« Seite der Gesundheit eine nahezu endlose Nachfragesteigerung und Produktdifferenzierung zulässt, sind drei Entstehungsfaktoren des neuen Trends der wunscherfüllenden Medizin. Die Pointe der wunscherfüllenden Medizin lässt sich am besten in Abgrenzung zur kurativen Medizin erklären. Deren Kerngeschäft ist die Krankenversorgung unter der regulativen Idee der Heilung. Wunscherfüllende Medizin hingegen setzt medizinisches Wissen und Können für individualisierte Zwecke ein – jenseits des objektiven Zwecks der Krankenversorgung. Sie konzentriert sich auf die Gesundheit von Gesunden und erzeugt neben der Patientenrolle, wie wir sie kennen, Klienten- und Kundenrollen für ihre Rezipienten. Sie öffnet das medizinische Wissen und Können aus der Sicht der Rezipienten für diverse Zwecke der Lebensplanung, Selbstverwirklichung und Selbstverbesserung. Aus der Sicht der Anbieter wächst der Sektor einer privaten Dienstleistungsmedizin.

*Paul U. Unschuld* (»Heilwissenschaft versus Heilkunde: Über die Zukunft der ärztlichen Profession«) unterscheidet analytisch zwischen einer medizinischen Heilwissenschaft (das sind die naturwissenschaftlich begründeten Therapien und deren theoretische Grundlagen) und einer medizinischen Heilkunde (das sind die noch nicht oder nicht allgemein naturwissenschaftlich begründbaren Therapien und ihre Ideengebäude). Unschuld empfiehlt, Heilwissenschaft und Heilkunde als ein unauflösbares

Paar zu betrachten und aus dieser Komplementarität zu begründen, dass sich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf erstere, individualvertragliche Gesundheitsleistungen auf die letztere beziehen sollten. Arzt und Patient entscheiden in freier Meinungsbildung, welche Leistungen in einer Therapie einzusetzen sind. Aber dieses Ideal trifft auf eine widerständige Realität, vor allem auf die 2004 eingeführte Trennlinie zwischen verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, die Unschuld als »medizinisch unsinnig« kritisiert. Unschuld untermauert seine Auffassung mit einer geschichtlichen Rekonstruktion: Die Professionalisierung des Arztberufs ist auf der Basis naturwissenschaftlichen Wissens zustande gekommen, denn nur solches Wissen ist allgemeinverbindlich und wirkt standardisierend. Die Ausbreitung von Heilkunde auf Kosten von -wissenschaft ist ambivalent: Rettungsversuch professioneller Autonomie und Deprofessionalisierung zugleich. Weiter ausgreifend bezieht Unschuld den Public-Health-Gedanken in die geschichtliche Rekonstruktion ein und kommt zu einer ernüchternden Gegenwartsdiagnose: Heute, anders als noch im 19. Jahrhundert, fehle der volkswirtschaftlich begründete politische Druck, die gesamte Bevölkerung auf höchstem Gesundheits- und somit Leistungsniveau zu halten. Gesunde wie Kranke seien heute und in absehbarer Zukunft ökonomisch gleichermaßen von Nutzen. Das erreichte ärztliche Ethos und die Autonomie der Profession bilden sich derzeit zurück, ohne dass Landespolitik diese Auszehrung aufzuhalten vermöchte. Die Ökonomisierung erweist sich auch hier als eine mächtige Schubkraft für die Entwicklung einer wunscherfüllenden Medizin, indem sie über geänderte gesellschaftliche Strukturen die konsumartige Erfüllung individueller Wünsche fördert. Zudem kritisiert Unschuld die akademisch ausdifferenzierte Bio- und Medizinethik. Gefährlich würde diese, wenn unter dem Deckmantel vermeintlicher weltanschaulicher Neutralität kollektive Werte die Menschenwürde des Einzelnen überlagerten. Unschuld's Warnung betrifft weniger die derzeit dominante liberale amerikanische Bioethik als die geschichtlichen Beispiele politisch vereinnahmter Ärzteehtik in totalitären Regimen.

Der Zahnmediziner *Dominik Groß* setzt sich in seinem Beitrag mit Konsequenzen des Trends zur wunscherfüllenden Zahnmedizin auseinander: »Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellness-Oase«. Ein Blick auf die gegenwärtige dentale Dienstleistungspalette zeigt, dass der herkömmliche, an konventioneller Schönheit orientierte Kosmetikbegriff sich um Standards der Hässlichkeit, der provokanten Normabweichung, erweitert. Dies

geht einher mit der Herausbildung neuer dentaler Berufsbezeichnungen und -sparten. Freilich dominiert die Orientierung an Attraktivität und Wohlbehagen den neuen Trend: In den Dental Wellness- und Dental Spa-Praxen wird ein neues Verständnis von Kundenorientierung ausprobiert, das zugleich im Verständnishorizont eines erweiterten Heilauftrags erscheinen soll, der die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Kunden berücksichtigt. Viele der neuen Dienstleistungen sind von den zahnärztlichen Berufsordnungen normativ nicht gedeckt. Groß beschreibt vier Konsequenzen des Trends zur wunscherfüllenden Zahnmedizin für die zahnärztliche Profession. Dem Zahnarztberuf drohe die Einbuße des kurativen zugunsten eines gewerblichen Charakters; die Konkurrenz von nicht-aprobierten Anbietern, die der Berufsordnung nicht unterliegen; der Vorwurf der Stimulation einer künstlichen Nachfrage und die Beförderung einer Zwei-Klassen-Medizin; und in der Summe dieser Tendenzen: eine Gefährdung des wissenschaftlichen Charakters und der Seriosität des Faches.

Mit »Patientenwunsch Spiritual well-being: Utopisches Konstrukt oder Versorgungsrealität?« stellen *Thomas Ostermann* und *Arndt Büssing* eine empirisch-statistische Untersuchung vor. Ihr Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass Patienten zunehmend auch spirituelle Bedürfnisse im Rahmen ihrer Behandlung anmelden. Bevor die praktisch folgenreiche Frage aufgeworfen wird, ob und inwieweit die medizinischen Versorgungsleistungen den »spiritual needs«, der Patienten genügen, stellt sich zunächst die Frage, ob es Prädiktoren für Patienten gibt, die in ihrer Krankheitssituation auf der Suche nach spiritueller Unterstützung sind oder aber keinen Zugang zu spirituellen Angeboten wünschen. Büssing und Ostermann haben hierfür auf der Basis von Routinedaten der Patientenversorgung ein recht valides und reliables Prädiktionsmodell entwickelt. Im Ergebnis kommen sie zu der folgenden, für Klinikseelsorger ebenso wie für Klinikpsychologen wichtigen Einschätzung: Patientenwünsche nach erkennbar spirituellen Aspekten ihres Wohlergehens sind kein leeres Konstrukt, sondern eine Versorgungsrealität, mit der die kurative Medizin rechnen muss. Sie sollte sich im Interesse vieler Patienten um geeignete wunscherfüllende Anteile erweitern.

## II

*Tanja Krones* (»Patientenwünsche versus Indikation? Überlegungen zum »Shared Decision Making« auf allen Ebenen des Gesundheitssystems«) geht die große Frage an, wie wir zu einem Gesundheitssystem kommen können, das patientenorientiert und evidenzbasiert ist, Transparenz, Autonomie wie auch Wahrhaftigkeit fördert und gerecht mit stets knappen Ressourcen haushält. Für wunscherfüllende Medizin, die Krones als die nachfrageorientierte Erfüllung von Patientenpräferenzen modelliert, spricht medizinethisch die hohe Responsivität für die ausdrücklichen Bedürfnisse von Patienten und Klienten, dagegen sprechen aber sozialmedizinisch untermauerte Gerechtigkeitsprobleme. Das Gegenmodell einer strikt evidenzorientierten Expertenmedizin würde den Zirkel von Bedürfnis, Angebot und Nachfrage unerträglich eng regulieren.

Durch eine differenzierte Betrachtung der verschiedenen Arten medizinisch relevanter Bedürfnisse mit ganz unterschiedlich hoher Resonanz im bestehenden Medizinsystem führt Krones vor Augen, wie wichtig in Zukunft der Ausbau von Gesundheitsbedürfnisabschätzung (Health Needs Assessment) für die Demokratisierung des Medizinsystems sein wird. Um einer normativ guten Regulierung des Zirkels von medizinischem Angebot, Nachfrage und Bedürfnis näher zu kommen, wird alles auf geeignete Verfahren der Zusammenführung von ganz verschiedenartigen Betroffenenperspektiven ankommen, meint Krones und empfiehlt das von ihr und Gerd Richter entwickelte Modell einer »kontextsensitiven Ethik« als eine gute Basis, um auf allen Ebenen des Gesundheitswesens Entscheidungen zwischen Experten und Patienten oder Bürgern auszuhandeln. Die kontextsensitive Ethik geht davon aus, dass es verschiedene Rationalitäten und Lebenswirklichkeiten gibt, die in einem Prozess im Hinblick auf ein gemeinsames Ziel gemeinsam diskutiert werden müssen. Sie könnte ein wichtiger Schritt sein auf dem Weg zu einem Gesundheitssystem, wie wir es uns wünschen.

*Matthis Synofzik* (»Denken auf Rezept? Ein Entscheidungsmodell für die präferenzorientierte Medizin«) analysiert den Wunsch nach kognitionsverbessernden Psychopharmaka in der Medizin. Synofzik sichtet eine Reihe von möglichen normativen Grundlagen, die für den (ärztlichen) Entscheidungsprozeß im weiten Bereich von nur schwach oder gar nicht durch Indikationen gedeckten Leistungsangeboten zur Verbesserung mentaler Zustände und kognitiver Fähigkeiten zunächst Orientierung zu bieten

scheinen – die Unterscheidung zwischen Behandeln (»treatment«) und Verbessern (»enhancement«), die Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit, die Bezugnahme auf statistische oder speziestypisch-funktionale Normalitätsstandards, den Verweis auf intrinsische Ziele der Medizin. Diese Sichtung weckt ernsthafte Zweifel an der Tragfähigkeit dieser Grundlagen. Der Krankheitsbegriff als solcher, meint Synofzik, verrichte keine normative Arbeit. Daher taue er auch wenig für die Abgrenzung der wunscherfüllenden Medizin, die Synofzik im Übrigen nicht in Disjunktion zur herkömmlichen Medizin sieht.

Synofzik rekonstruiert die wunscherfüllende Medizin »als subjektive Medizin mit ärztlichem Empfehlungs- und Vetovorbehalt«. Für diese »Präferenzmedizin« schlägt er ein dazu passendes Einzelfall-Entscheidungsmodell vor, das mit den normativen Grundlagen des bekannten Ansatzes der biomedizinischen Ethik von Beauchamp und Childress auskommt, nämlich den Prinzipien der Respektierung von Selbstbestimmung, des professionellen Nutzens (»beneficence«), der Vermeidung von Schädigung. (Die Sorge für Gerechtigkeit, das vierte Prinzip, spielt für Synofziks Argumentation keine Rolle.) Die Pointe des Modells ist die deliberative Verflüssigung von Patientenpräferenzen (»subjektive Medizin«) und ärztlicher Autorität (»Empfehlungs- und Vetovorbehalt«). Für die Durchführung einer Maßnahme sind die Präferenzen eines Patienten letztlich ausschlaggebend, seine Entscheidung wird jedoch wesentlich informiert und geleitet durch eine ärztlich-fachliche Abschätzung von Nutzen und Risiken. Maßgeblich ist am Ende der reflektierte Nettonutzen für den Nutzer. Die Form gemeinsamer Deliberation von Arzt und Patient, die Synofzik skizziert, kommt weitgehenden Mitbestimmungswünschen von Patienten entgegen.

Eine konsequent medizinrechtliche Perspektive auf Phänomene der wunscherfüllenden Medizin nimmt *Reinhard Damm* ein. In seinem Beitrag »Informed Consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin« untersucht Damm eine Reihe von wichtigen Praxisbereichen der modernen Medizin auf Anzeichen einer Abwertung der normativen Rolle des medizinischen Indikationsbegriffs und Aufwertung der informierten Patienteneinwilligung. Diese eigentümliche Konstellation, Bedeutungszuwachs von Information und Bedeutungsschwund von Indikation, findet Damm in der Fortpflanzungsmedizin, bei Pränataldiagnostik und prädiktiver genetischer Diagnostik, bei der Schnittenbindung auf Wunsch und bei der Organlebenspende. Damm interpretiert diese Befunde als eine Krise des überkommenen medizinischen Indikationsbegriffs. In den betrachteten Berei-

chen wird dessen Legitimationskraft für ärztliches Handeln, die Rückhalt in objektivierbaren Kriterien verlangt, von der Legitimationskraft von wohl-informiert wählenden Individuen, die keinen solchen Rückhalt verlangt, übersteuert und aufgehoben. Damm betrachtet diese Entwicklung mit großer Skepsis. Als Triumph der subjektiven Autonomie sollte sie nicht gefeiert werden. Vielmehr erscheint sie ihm als Ausdruck einer gleichsam naturwüchsig ihre Optionen erweiternden, ihre Ziele wechselnden und eben darin spezifisch modernen Medizin. Womöglich zerbricht das Konzept der informierten Selbstbestimmung unter der legitimatorischen Last, die ihm dort aufgebürdet wird, wo es die Krise des überkommenen medizinischen Indikationsbegriffs auffangen soll.

### III

Nirgends wird die Tendenz der wunscherfüllenden Medizin deutlicher am im weiten Feld der Wünsche, das eigene körperliche Erscheinungsbild durch den Einsatz medizinischen Wissens und Könnens zu verschönern. Wann dürfen wir annehmen, dass diejenigen, die sich Schönheitsoperationen unterziehen, dies wirklich und maßgeblich als Ausdruck ihrer eigenen Wünsche tun (»autonom«) und nicht bloß vorgeblich, in Wirklichkeit aber als Ausdruck von sozialem Druck oder anderen, die persönliche Wahlfreiheit einschränkenden Einflüssen? Ein Hintergrund des anscheinend dominanten subjektivistischen Autonomiekonsenses ist die Überzeugung, dass entsprechende Körpereingriffe in dem Maße gerechtfertigt sind, wie sie dem Einzelnen zu einem gelungenen, authentischen Lebensentwurf verhelfen, in dem sich Selbstbild und körperliche Erscheinung decken statt leidvoll auseinanderzuklaffen. Wenn nicht jede Form von Entscheidungsdruck eine moralisch erhebliche Einschränkung von Freiwilligkeit ist, wie können wir diejenigen Formen erkennen, die es doch sind? Zu diesen normativen Fragen bietet die medizinethische Fachliteratur bereits einigen Aufschluss<sup>1</sup>. Was treibt die Entwicklungen an, die zu diesen Fragen führen?

---

<sup>1</sup> Vgl. Beate Herrmanns interessante Rekonstruktion dieser Diskussion (Ethik in der Medizin, Band 18, Heft 1, 2006, S. 61–80. Im metakritischen Durchgang von Positionen einiger feministischer Kritikerinnen, die Kundinnen der Schönheitschirurgie allzu schnell zu Opfern patriarchaler Schönheitsstandards erklären, entwickelt Hermann zwei prag-

Die Psychoanalytikerin und Soziologin *Christa Rohde-Dachser* diskutiert »Schönheit und Schönheitschirurgie unter psychoanalytischer Perspektive«. Was erhoffen sich Menschen bewusst und unbewusst, wenn sie sich zur möglichen Verbesserung ihrer körperlichen Erscheinung einer Schönheitsoperation unterziehen, auch wenn diese mit Schmerzen und Risiken verbunden ist? Was verleiht körperlicher Schönheit unbewusst eine so große Bedeutung, dass immer mehr Menschen bereit sind, ihren Körper auch mit chirurgischen Mitteln nach ihren Maßstäben zu formen? Wie hängt das Ideal körperlicher Schönheit mit dem menschentypischen Begehren und dem Mangel zusammen, der, glaubt man Jaques Lacan, für menschliches Begehren sogar konstitutiv ist? Unter Berücksichtigung evolutionsgeschichtlicher Erklärungen von Schönheitsstandards entwickelt Christa Rohde-Dachser eine genuin psychoanalytische, auf unbewusste Wünsche und Konflikte fokussierende Perspektive. In dieser Betrachtungsweise lassen sich charakteristische Phantasien über die Schaffung von Schönheit mit dem Instrument Körper ausmachen und deuten. Schönheitsoperationen können als Mittel der narzisstischen Selbsterschaffung, als Austragungsort innerer Konflikte, als Inszenierung ödipaler Phantasien und als Medium erlösender Verwandlung verstanden werden. Rohde-Dachser charakterisiert auch einige erwartbare Verwicklungen im personalen Selbstverhältnis und Arzt-Klient-Verhältnis in diesen Konstellationen der Inszenierung und Aushandlung unbewusster Konflikte und Wünsche. Der Wunsch nach gesteigerter Schönheit der eigenen körperlichen Erscheinung ist zunächst und vor allem ein tiefer und verständlicher menschentypischer Wunsch.

*Arnd T. May* untersucht in »Piercing: Körpermodifikation oder Selbstverstümmelung?« die Vorgeschichte und die gegenwärtige Erscheinung der modischen Praxis ästhetisch motivierter Hautdurchbohrungen. Er diskutiert Möglichkeiten ihrer normativen medizinethischen Bewertung in den Grenzen des Selbstbestimmungsrechts und vor der Forderung nach Eigenverantwortung in einer durch Fürsorgeleistungen geprägten Solidargemeinschaft. Steht das Stechen von Piercings, das sicher nicht zum Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der kurativen Medizin gehört, im Widerspruch zum ärztlichen Handeln? Das verneint May und argumentiert, die Beteiligung von Ärzten am Piercen könne als Beitrag zur Qualitäts-

---

matistisch bescheidene Bedingungen anerkennenswerte Entscheidungsautonomie. Die an Schönheitsnormen orientierte Operation sollte Fixierungen lösen, den Weg für weitere Lebensziele freimachen, und sie sollte nicht zur moralisch vorwerfbaren Diskriminierung von Menschen, die von diesen Normen abweichen, führen.

sicherung gesehen werden. Nach einer sorgfältigen Abwägung unter Zuhilfenahme der bekannten vier biomedizinischen Prinzipien von Beauchamp und Childress kommt May zu einer differenzierten Empfehlung: Bis eine effektive Kontrolle von Piercern und gesundheitserhaltende Rahmenbedingungen erreicht sind, sollten Ärzte, um größeren Schaden abzuwenden, Piercings stechen dürfen.

## IV

Perfektionierungswünsche gehören zu den stärksten, aber auch zwiespältigsten Antrieben der modernen Kontingenzkultur, wie viele geschichtliche Beispiele aus allen Lebensbereichen beweisen. Vielfältige Veränderungen, die Perfektionierungswünsche im Feld der medizinischen Praktiken hervorrufen, werden heute zunehmend unter dem Stichwort Enhancement zusammengefasst. Der Begriff der wunscherfüllenden Medizin steigert die Beobachtungs- und Differenzierungsmöglichkeiten in Diskussionen über Enhancement. Starke Perfektionierungswünsche verändern gegenwärtig auch unsere kulturellen Deutungsmuster der »normalen« menschlichen Fortpflanzung und der psychosexuellen Identität.<sup>2</sup>

*Phillan Joung* analysiert Wechselwirkungen zwischen traditionellen medizinischen Praktiken und der Nutzung moderner, naturwissenschaftlich und technisch orientierter westlicher Medizin in Südkorea – »Moderne Reproduktionsmedizin als Erfüllungsgehilfin alter Wunschträume: Geschlechtsselektion in Südkorea«. In ihrer kulturwissenschaftlich-medizinethischen Fallstudie zu patriarchalen kulturellen Deutungsmustern in Südkorea, die die ungewollte Kinderlosigkeit zu einem Stigma und den Wunsch nach einem Sohn zu einem soziokulturellen Zwang machen, beschreibt Joung subtil die Zwiespältigkeit der wunscherfüllenden Fortpflanzungsmedizin:

---

2 Wie die Frage nach dem Sinn und der moralischen Legitimität von geschlechtskorrigierenden chirurgischen Eingriffen an intersexuellen Kindern auf Elternwunsch als eine Kontroverse über wunscherfüllenden Medizin begriffen werden kann, führen Suanne Ude-Koeller, Luise Müller und Claudia Wiesemann in ihrem Beitrag »Junge oder Mädchen? Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei Kindern mit Störungen der Geschlechtsentwicklung«, vor (Ethik in der Medizin, Band 18, 1, 2006, S. 63–70). Fragwürdig finden die Autorinnen die vorherrschende Geschlechtsordnung, die Intersexualität stigmatisiert, und eine willfähige wunscherfüllende Medizin, die sie pathologisiert.

Obwohl die moderne Reproduktionstechnik in Südkorea humanisierend wirkt, weil sie die übliche selektive Abtreibung von weiblichen Föten überflüssig machen kann, trägt sie doch auch zur Fortsetzung jener tief verwurzelten Sichtweise bei, die das weibliche Geschlecht diskriminiert und daher nach modernen Massstäben ethisch fragwürdig ist. Von ihrer Zwiespältigkeit könnte sie sich nur durch verstärkte Reflexion auf die besondere kulturelle Einbettung der ärztlichen Praxis befreien.

Die nahe liegende Frage nach der »moralischen Bedenklichkeit von Neuro-Enhancement«, der Verbesserung neuronaler Funktionen für nichtmedizinische Zwecke, problematisiert *Markus Pawelzik*, indem er die erstaunliche normative Kraft des Faktischen in den Blick nimmt. Es geht Pawelzik um Grenzverschiebungsprozesse – heute gilt als eindeutig krank, was vormals als gesund galt, morgen wird als normal gelten, was heute noch als rechen-schaftspflichtiges Enhancement erscheint. Auf der Bahn des medizinischen und sozialen Fortschritts steigt ein positiver, nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit geltender Gesundheitsbegriff auf, in dessen Licht wir von einem guten Leben zukünftig ein Ausmaß an Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit erwarten dürfen, das uns heute noch supra-normal erscheint.

Pawelzik sieht in den Glückspsychologen der »Positiven Psychologie« den Übergang zu einer »Positiven Medizin« vorgezeichnet, die in den Dienst des privaten Strebens nach Glück tritt. Absehbare Exzesse des positiven Gesundheitsbegriffs werden vermutlich weniger durch moralische Kritik als durch Kostenargumente der Versicherungen begrenzt werden, die die endlos sich erweiternden subjektiven Behandlungsansprüche nicht mehr bedienen können. Auch die Privatisierung der Nutzung von Enhancement-Techniken bietet dann keinen Ausweg, wenn sie gravierende neue Gerechtigkeitsfragen aufwirft. Anhand einer Typologie von fünf Enhancement-Modi argumentiert Pawelzik, dass ein liberal verstandenes Schädigungsverbot den harten Kern jeder moralischen Beurteilung von Neuro-Enhancement ausmachen sollte. Risiken können und müssen die aufgeklärten Konsumenten tragen, allerdings unter der einschränkenden Bedingung, dass weder irreversible Schäden noch erhebliche Einschränkungen der autonomen Entscheidungsfähigkeit zu erwarten sind. Hier weckt der genetische Modus von Enhancement die stärksten moralischen Bedenken. Wenig Gutes erwartet Pawelzik von der Vereinnahmung von Enhancement durch die in westlichen Ländern dominante, eher glücksab-trägliche Wettbewerbsmentalität. Pawelzik erwägt den guten Sinn von sanft

paternalistischen staatlichen Maßnahmen (analog zur Gurtpflicht für Autofahrer), die die Nachfrager von Neuro-Enhancement vor den erwartbaren Beschränkungen ihrer vernünftigen Selbstbestimmung schützen würden.

*Bernward Gesang*, »Enhancement: Plädoyer für einen Liberalismus mit Auffangnetz«, betritt die verschlungenen Argumentationswege der philosophischen Debatte über Enhancement, die übernormale Verbesserung menschlicher Fähigkeiten und Eigenschaften. Er geht das Problem direkt an, wie man mögliche technische Verbesserungsoptionen menschlicher Fähigkeiten, wenn diese gewünscht werden, ethisch bewerten sollte. Gegen das Nein der Konservativen und das Ja der Liberalen gilt es Differenzierungen vorzunehmen. Dabei diagnostiziert Gesang als den kardinalen Schwachpunkt aller liberalistischen Pro-Positionen die psychologisch unrealistische Voraussetzung eines rationalen Entscheiders, der sich selbst hinreichend verlässlich im Zustand vor und nach einer Verbesserung vorstellen und alle Vor- und Nachteile abwägen könnte. Hingegen liegt bei allen konservativen Kontra-Positionen ein Schwachpunkt darin, dass sie Annahmen über die für Menschen generell beste Welt oder das für Menschen generell beste Leben machen müssen, die aber kaum allgemeinverbindlich ausweisbar sind. Hilft uns die Forderung, nur reversible Techniken einzusetzen, aus dem Streit zwischen kritischen Liberalen und Konservativen heraus? Gravierend sind Fälle, in denen das Selbst(ent)täuschungsrisiko der Betroffenen so groß ist, dass die initial erwünschte Verbesserung sich am Ende als massiv unerwünscht herausstellt. An dieser Problematik lässt sich ein normatives Kompromissangebot an Konservative und Liberale plausibilisieren, das Gesang »Liberalismus mit Auffangnetz« nennt: Er plädiert im Licht einer Ethik der Mehrung des Wohlergehens aller für einen vorsichtigen, Reversibilität bevorzugenden, der Einführung neuer Arzneimittel (Stichwort: klinische Prüfungen) und neuer Technologien (Stichwort: Technikfolgenabschätzung) nachempfundenden Umgang mit Enhancement-Angeboten. Wenn wir die normative Enhancement-Problematik statt auf schon autonom gewordene Erwachsene auf Kinder beziehen, also auf autonome Wesen (erst) im Werden, dann wachsen konservative Bedenken, wie sie zuletzt Jürgen Habermas vorgebracht hat, gewaltig an. Gesang zeigt, dass man zumindest mit Blick auf vielseitig vorteilhafte Eigenschaften (zum Beispiel Gesundheit, Intelligenz) solche Bedenken zerstreuen kann.

*Marcus Düwell* (»Wünsche, Fähigkeiten und Moral. »Enhancement« als Herausforderung für die Bioethik») greift zwei theoretische Probleme

wunscherfüllender Medizin auf. Er beobachtet (ähnlich wie Synofzik in seinem Beitrag), dass die Grenzziehung zwischen Therapie und Enhancement einen robusten Krankheitsbegriff voraussetzt, der so gar nicht zur Verfügung steht. Düwell konzentriert sich aber auf ein anderes Problem, nämlich auf die Unvermeidbarkeit der moralischen Bewertung menschlicher Wünsche und Fähigkeiten in der biomedizinischen Ethik trotz der Ausklammerung solcher Bewertungen im Credo des politischen Liberalismus, das Neutralität gegenüber unterschiedlichen Ideen des guten und gelingenden Lebens nahelegt. Einen neoaristotelischen Ausweg aus diesem Dilemma verspricht der von Martha Nussbaum und Amartya Sen entwickelte Fähigkeiten-Ansatz in der Ethik. Düwell kritisiert diesen Ansatz und skizziert einen an Kant orientierten, von Alan Gewirth weitergedachten alternativen Ausweg aus dem Dilemma. Im normativen Zentrum steht der unzweifelhafte moralische Wert, eine handlungsfähige Person zu sein. Das hält Düwell für den Schlüssel zu einer nicht willkürlichen Hierarchie von moralisch schützenswerten Gütern. Sie ergeben einige Gesichtspunkte, die Düwell zufolge bei der Technikfolgenabschätzung von Enhancement-Technologien Berücksichtigung finden sollten.

Ich versuche ein Resümee: Die innere Verwandtschaft der heterogenen Phänomene, die der Begriff der Wunscherfüllung hervorheben soll, liegt in der wachsenden Spannung zwischen überkommenen professionsethischen Selbstbeschränkungen ärztlichen Handelns im jeweiligen Praxisbereich und dem Druck von weit darüber hinaus gehenden Anwendungswünschen, die die herkömmlichen, mehr oder weniger guten Gründe für die Selbstbeschränkungen in Frage stellen oder entwerten. Bereits dieser kleinste gemeinsame Nenner erklärt die zwiespältigen Bewertungen der wunscherfüllenden Medizin und die Provokationen, die von ihr ausgehen: Während die einen vom Vorrücken der *medicine du désir* den Ausverkauf zentraler medizinethischer Werte befürchten, verbinden viele Menschen mit ihr, und überhaupt mit der Angleichung von Medizin an andere nachfragegesteuerte Dienstleistungsgewerbe, eine bessere Zukunft für Patienten, Klienten und Konsumenten. Enger auf die medizinethische Diskussion gesehen, erscheint es mir angebracht, eine pauschale Zurückweisung dieses Trends ebenso zu vermeiden wie die unkritische Billigung im Vertrauen auf benevolente Marktkräfte und souveräne Kunden. Vielleicht liegt die wichtigste positive, auch moralisch *prima vista* positive Qualität der wunscherfüllenden Medizin in der gesteigerten Berücksichtigung von Subjektivität und Individualität ihrer Rezipienten. In vielen Kontexten kann sie offenbar die

Inanspruchnahme medizinischen Wissens und Könnens vergleichsweise passgenauer und zufrieden stellender auf legitime Wünsche nach solchen Leistungen beziehen, zum Beispiel durch Verbesserung der Klientenorientierung bei der assistierten Erfüllung des Kinderwunschs infertiler Paare. Durchweg besteht allerdings die moralische Gefahr einer totalen Kommerzialisierung bestimmter medizinischer Leistungen. Deren Erhältlichkeit wird an Zahlungsbereitschaft gekoppelt. Unter Umständen werden dadurch die nicht Zahlungsfähigen in einem Ausmaß benachteiligt, dass unsere – begrenzte – Bereitschaft, Versorgungsungerechtigkeiten zu tolerieren, überzogen wird. Moralisch empörende Ungerechtigkeiten könnten entstehen. Wunscherfüllende Medizin ist ein moralisch ambivalenter Trend und muss als solcher weiterhin die medizinische Ethik beschäftigen.

Mein besonderer Dank gilt der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), die ihren wissenschaftlichen Jahreskongress 2005, der an der Privaten Universität Witten/Herdecke stattfand, ganz der wissenschaftlichen Diskussion über die wunscherfüllende Medizin widmete. Gisela Bockenheimer-Lucius sei für das Zustandekommen eines Sonderhefts der Zeitschrift für Ethik in der Medizin im Anschluss an die Tagung gedankt,<sup>3</sup> Juliane Slotta und Christiane Burmeister für ihre sorgfältige redaktionelle Arbeit, ohne die der vorliegende Band nicht hätte erscheinen können. Ich danke auch Andreas Frewer und Petra Zimlich für die gute redaktionelle und verlegerische Betreuung. Nicht zuletzt allen Autoren möchte ich als der Herausgeber des Bandes nicht nur für ihre wertvollen Beiträge danken, sondern auch für ihre Geduld in einem langen und nicht immer einfachen Prozess. Das Ergebnis kann sich sehen lassen und ist wegweisend für die weitere Diskussion über wunscherfüllende Medizin. Sie hat gerade erst angefangen.<sup>4</sup>

*Witten, im Februar 2009*  
*Matthias Kettner*

---

3 Ethik in der Medizin, Band 18, Heft 1, 2006.

4 Vgl. dazu Gethmann, C.F. (2008), »Wunscherfüllende Medizin. Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung?«, in: Grönemeyer, D. /Kobusch, T./Schott, H. (Hg.), *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen*, Berlin, S. 133–143.

# I. Kulturwandel in der Medizin



# »Wunscherfüllende Medizin« und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse

*Alena Buyx und Peter Hucklenbroich*

Der vorliegende Beitrag analysiert den von Kettner (2006a) eingeführten Begriff der wunscherfüllenden (im Unterschied zur kurativen) Medizin mit dem Instrumentarium der Krankheitstheorie (bzw. Theoretischen Pathologie) und der medizinischen Wissenschaftstheorie.<sup>1</sup> Er möchte zeigen, dass sich dadurch eine Re-Kategorisierung des betrachteten Phänomenbereichs gewinnen lässt, die dessen theoretisches Verständnis weiter voranbringt. Dazu formulieren wir abschließend einige Thesen, an die weitere Untersuchungen anknüpfen könnten.

## 1. Probleme mit Kettners Begriff der wunscherfüllenden Medizin

Kettner führt den Begriff der wunscherfüllenden Medizin ein, um eine Anzahl von Phänomenen ab- und eingrenzen zu können, die seines Erachtens nicht mehr zur traditionellen, kurativen Medizin gerechnet werden können. Letztere ist in seiner Sicht durch ein *Grundverständnis* gekennzeichnet, das sich primär am *kranken* Menschen und damit am *Krankheitskonzept* orientiert. Das Grundverständnis lässt sich durch bestimmte traditionelle Ziele charakterisieren, wie sie beispielsweise vom *Hastings Center* (Hanson/Callahan 2007) formuliert werden als Krankheitsprävention und Gesundheitsfürsorge, Linderung von Schmerzen und krankheitsbedingtem Leid, Heilung oder Linderung von Krankheiten, sowie Vermeidung vorzeitigen Todes und Ermöglichung eines friedvollen Sterbens.

---

<sup>1</sup> Zu dem hier zugrunde gelegten Konzept von Medizintheorie vgl. ausführlicher Hucklenbroich 2005, 2006a, 2006b und 2009a.

Von diesem Grundverständnis seien die neuen Entwicklungen, um die es hier geht, nicht oder nur noch partiell abgedeckt. Es handelt sich um Phänomene, die Kettner (2006a: 7) zunächst in vier Gruppen zusammenfasst:

1. Medizinische Maßnahmen zur Vitaloptimierung und Lebensplanung,
2. medizinisch bewirkte Leistungssteigerung und Verwirklichung medizinischer Utopien,
3. Anwendungen alternativmedizinischer Techniken und eines ganzheitlich-personalen Gesundheitskonzepts,
4. die Inanspruchnahme nicht erstattungsfähiger ärztlicher Leistungen.

Zur ersten Gruppe zählen zum Beispiel Maßnahmen zur Gewährleistung oder Erhaltung von Schönheit und Jugendlichkeit, Schwangerschaftsverhütung und -abbruch, assistierte Reproduktion, Beeinflussung des Schwangerschaftsverlaufs und des Geburtszeitpunkts, Wahl und Bestimmung des Geschlechts und weiterer Merkmale des Nachwuchses sowie medizinische Maßnahmen zur Stimmungsaufhellung, Bewusstseinsweiterung und Potenzsteigerung (so genannte *Lifestyle-Medizin*). Zur zweiten Gruppe rechnet Kettner medizinische Maßnahmen, die kognitive oder vitale Funktionen über das Normalmaß hinaus steigern sollen. Auch die künstliche Verlängerung der menschlichen Lebensspanne und die genetisch »individualisierte« Medizin gehören hierhin. In die dritte Gruppe gehört die Nachfrage nach (alternativ-)medizinischen Leistungen, soweit sie nicht primär der Heilung oder Prävention, sondern der Steigerung des individuellen Wohlbefindens und Lebensgenusses dienen, sowie die auf *Wellness* bezogene Medizin. Unter der vierten Gruppe fasst Kettner schließlich solche Angebote und Leistungen von Ärzten zusammen, die in der Regel nicht von der Krankenversicherung erstattet werden, aber als individualvertragliche Leistungen (IGeL) privat gekauft werden können (zum Beispiel zusätzliche präventive Untersuchungen und Screenings, Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit Freizeit, Reisen oder Sport). Als Gemeinsamkeit dieser verschiedenen Phänomene wunscherfüllender Medizin versucht Kettner herauszuarbeiten, dass es sich um medizinische Maßnahmen oder Leistungen handle, die bestimmte (kulturell interpretierte) Bedürfnisse befriedigen, wobei letztere zwar im weiteren Sinne als *gesundheitliche* oder gesundheitsbezogene Bedürfnisse aufzufassen seien, aber nicht mehr von der traditionellen (kurativen) Zielsetzung abgedeckt würden. Gesundheit sei hier nicht mehr im Sinne der doppelten Negation als *Abwesenheit* von (*negativ* gewerteten) Krankheitszuständen, sondern als eine »komplexe, positive, sozio-bio-

physische Qualität gedacht, die immer mehr gesteigert und verbessert werden kann« (ebd.: 11). Hier denkt Kettner nicht nur an rein quantitative Steigerungen von Vitalfunktionen, sondern auch an Verbesserungen – Enhancement – »in puncto körperliche Erscheinung, Wohlgefühl, Selbstbejahung, Liebesfähigkeit, Arbeitsfähigkeit« (ebd.), also an die Einbeziehung weiterer psychosozialer Dimensionen des menschlichen Lebens in den Gesundheitsbegriff.

Diese von Kettner ausdrücklich als vorläufig und heuristisch gekennzeichnete Kategorisierung führt bei genauerer medizintheoretischer Betrachtung zu einigen Problemen.

1. Wie sich anhand einer genauen Rekonstruktion unseres Krankheitsbegriffs zeigt, weist dieser in mehreren Hinsichten eine spezifische Unschärfe und *Offenheit* auf, die einerseits von fundamentaler, unaufhebbarer Art ist, andererseits bis in den Begriff der Medizin und die Auffassung von den Zielen und Aufgaben der Medizin »durchschlägt«. Welche Konsequenzen sich daraus für die Abgrenzung einer wunscherfüllenden Medizin ergeben, wird im Abschnitt 3 genauer untersucht.
2. Ist die von Kettner diagnostizierte »Positivierung« des Gesundheitsbegriffs ihrerseits durch irgendwelche positiv zu fassende Kriterien bestimmt und begrenzt? Die Feststellung, dass die ihr zugrunde liegenden Bedürfnisse über das traditionelle Grundverständnis von Medizin hinausgehen, ist als bloß negative Bestimmung nicht dazu geeignet, sondern lässt *beliebige* Erweiterungen zu. Aber intuitiv würden wir bestimmte Maßnahmen zur Bedürfnisbefriedigung auch dann nicht als Gesundheitsverbesserung betrachten, wenn sie mit medizinischen Techniken herbeigeführt werden. Mit einem ganz drastischen Beispiel: Auch wenn wir den Stoffwechsel eines Menschen biochemisch so verändern könnten, dass er in seinem Körper die überall vorkommenden Edelmetallspuren anreichern und von Zeit zu Zeit in Form einer Gold- oder Silbermünze ausscheiden könnte, würden wir dies wohl kaum als gesundheitliche Verbesserung betrachten – obgleich dieser Mensch sicherlich soziale bzw. ökonomische Vorteile davon hätte. Und umgekehrt würden wir nicht jede Verbesserung in einer der von Kettner genannten Dimensionen automatisch als gesundheitliche Verbesserung werten: Man kann die körperliche Erscheinung eines Menschen auch durch Kosmetik oder Bodybuilding, die Arbeitsfähigkeit auch durch Ausbildungs- und Trainingsmaßnahmen verbessern. Niemand würde dies als *gesundheitliche* Verbesserung bezeichnen. Warum sollte es dann

- eine gesundheitliche Verbesserung sein, wenn derselbe Effekt mit *medizinischen* Techniken erreicht wird?
3. Die Maßnahmen, die hier unter der Rubrik *IGeL* aufgeführt werden, sind zu einem großen Anteil *sinnvolle präventivmedizinische* Maßnahmen – sinnvoll jedenfalls, wenn primär der Maßstab der Gesundheitsbewahrung angelegt wird, dagegen vielleicht nicht immer sinnvoll unter primär ökonomischem Aspekt (und daher auch nicht erstattungsfähig). Dies lässt sich zum Beispiel für Maßnahmen der Früherkennung von malignen Erkrankungen oder Organdefekten, des vorbeugenden Schutzes bei besonderen Risikobedingungen (Reisen, Sport) oder der Risikoausschaltung bei Schwangerschaft sagen. Dass diese Maßnahmen überhaupt unter der Rubrik *wunscherfüllende Medizin* geführt werden müssen, liegt sicherlich nicht an der Enge des traditionellen medizinischen Selbstverständnisses, sondern an ökonomischen Vorgaben und der sozioökonomischen Struktur des Gesundheitswesens. Hier liegt also auch keine Ausweitung des *Verständnisses* von Gesundheit vor, sondern lediglich eine besonders hohe ökonomische Priorisierung des *Wertes* von Gesundheit.

Wir möchten die Begriffe *wunscherfüllende Medizin* und *positive Gesundheit* präzisieren und untersuchen zunächst, inwieweit bestimmte scheinbare Erweiterungen des Gesundheitsbegriffs sich bei genauerer Analyse darauf zurückführen lassen, dass der traditionelle Krankheitsbegriff selbst Spielräume aufweist, die sich enger oder weiter interpretieren lassen (2.2). Dazu muss die Theorie der Krankheit etwas ausführlicher dargestellt werden (2.1). Wir werden dann untersuchen, ob das Konzept der *Salutogenese* – das nach Kettner Element der wunscherfüllenden Medizin ist – wirklich den Boden des traditionellen medizinischen Selbstverständnisses verlässt bzw. einen positiven Begriff von Gesundheit konstituiert, und welche begrifflichen Probleme das Projekt einer Positivierung des Gesundheitsbegriffs generell aufwirft (3.1). Anschließend werden wir unser Augenmerk darauf richten, inwieweit sich Maßnahmen der wunscherfüllenden Medizin anhand ihrer Zielsetzung und der jeweils verwendeten Mittel genauer kategorisieren lassen (3.2). Das Resümee wird in einer Re-Kategorisierung der Phänomene wunscherfüllender Medizin bestehen (4).

## 2. Analyse auf dem Boden der Theorie der Krankheit

Die folgenden Ausführungen beruhen auf der Analyse des Krankheitsbegriffs und der medizinischen Krankheitslehre, die von einem der Autoren (P.H.) in verschiedenen früheren Arbeiten vorgelegt wurde und derzeit Gegenstand der medizintheoretischen Diskussion ist (vgl. Hucklenbroich 1986; 1989; 2003; 2006a–c; 2007a–b; 2008; 2009a–c). An dieser Stelle können nicht die dazugehörigen, zum Teil subtilen medizintheoretischen Argumente und Überlegungen im Detail dargestellt werden. Vielmehr setzen wir voraus, dass die in 2.1 vorgestellte Rekonstruktion grundsätzlich korrekt ist, und führen die Analyse der wunscherfüllenden Medizin in 2.2 auf dieser Basis weiter.

### 2.1 Krankheitsbegriff und Krankheitskriterien

Das Lehrgebäude der heutigen Medizin präsentiert das Krankheitswissen in der Form eines *nosologischen Systems*, das heißt als eine strukturierte und hierarchisch organisierbare Menge von Krankheiten. »Krankheit« tritt also im Plural auf, im Gegensatz zur Gesundheit, die nicht in verschiedene »Gesundheiten« aufgesplittert wird. Mit diesen Krankheiten im Plural sind die vielen verschiedenen *Krankheitseinheiten* (-entitäten, -bildern) gemeint, die in den klinischen Disziplinen voneinander unterschieden und systematisch geordnet werden. Beispielsweise unterscheidet die Innere Medizin in ihrem Bereich unter anderem eine Gruppe von Krankheiten, die als »Infektionskrankheiten« bezeichnet werden, von allen anderen Krankheiten; innerhalb dieser Gruppe wird eine Untergruppe als »virale Infektionen« abgegrenzt; entsprechend der mikrobiologischen Systematik der Viren wird diese Gruppe weiter differenziert, bis man zum Beispiel bei der »Infektion durch Influenza-A-Viren« angekommen ist; dies ist die als »Grippe« (»echte« Virusgrippe) bekannte Krankheitseinheit. Der werdende Arzt lernt zu solchen Krankheitsbildern Ursache(n), Verlauf, Symptome, Diagnostik und Therapie als das klinisch-praktisch relevante Wissen. Von einem Facharzt wird verlangt, dass er die zu seinem Fachgebiet gehörigen Krankheitseinheiten in den genannten Hinsichten vollständig beherrscht.

Diese nosologische Systematik, die das Gebiet der Krankheitslehre mit dem Anspruch auf Vollständigkeit strukturiert, lässt sehr leicht übersehen, welches der ursprüngliche und immer noch grundlegende Sinn der Unter-