

Medikalisierte Phantasien – Ethische Aspekte ärztlicher Hilfe zur Selbstoptimierung

Tobias Eichinger

Abstract

Perfektes Aussehen und ewige Jugend, Intelligenz und Kreativität, Kraft und Konzentration. All diese Wünsche soll und will die Medizin heute erfüllen. Ob Anti-Aging, Schönheitschirurgie, Neuroenhancement oder Gendoping – neben ihrem klassisch-therapeutischen Auftrag folgt ärztliche Hilfe zunehmend auch dem Ziel der Wunscherfüllung und Selbstoptimierung, ganz ohne Krankheitsbezug und Indikationsstellung, als *Medizin für Gesunde*. Damit folgt sie dem uralten Verlangen des Menschen, sich selbst zu verbessern, seinen Körper und Geist wunschgemäß zu gestalten, um so ein (noch) besseres Leben führen zu können. Phantasien vom ewigen Leben bei nicht nachlassender Leistungsfähigkeit tauchen am Horizont derartigen medizinischen Enhancements als realisierbare Optionen auf. Doch führt der Einsatz von Medizin jenseits der Therapie gleichzeitig auch zu erheblichen ethischen Herausforderungen. So steht durch die willfähige Erfüllung individueller Kundenwünsche im Sinne eines Dienstleistungsangebots die hergebrachte gesellschaftliche Sonderstellung und moralische Verantwortung der Medizin als Profession und Institution der Hilfe für Patienten in Not auf dem Spiel.

Einleitung

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 Alterungsprozesse als auch einer limitierten Lebensspanne in nicht allzu ferner Zukunft der Vergangenheit angehören könnte. Im Namen der so genannten *Anti-Aging-Medizin* nähren Biowissenschaftler¹ und Mediziner die Hoffnung, das Altern nicht länger fürchten zu müssen und machen sich daran, den menschlichen Alterungsprozess mithilfe modernster Wissenschaft zu verlangsamen, hinauszuschieben und gar umzukehren. Anti-

¹ Der leichten Lesbarkeit halber wird im Folgenden stets nur die männliche Form verwendet. Biowissenschaftlerinnen, Medizinerinnen, Ärztinnen, Patientinnen etc. sind aber selbstverständlich immer gleichermaßen gemeint.

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 Ärzte, 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 von Erkrankungen und Verletzungen 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 Medizinern zur nichttherapeutischen Anwendung angeboten und umgesetzt (vgl. Eichinger 2013). 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 Körperpartien entfernen und fehlende ergänzen lassen. Wer gerne leistungsfähiger wäre, ob im Sport, im Beruf oder der Freizeit, kann seine motorischen und kognitiven Fähigkeiten mit Hilfe von Medikamenten und Implantaten erheblich steigern. Wer sich emotional 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 moderns-

ter 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 Beispiele veranschaulichen, wie die Medizin und ihre Möglichkeiten heute bereits wahrgenommen, nachgefragt und genutzt werden – vom allerersten Startpunkt eines menschlichen Lebens bis zu seinem bitteren Ende – als 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 Zuständigkeitsbereichs der Medizin sowie des ärztlichen Handlungsfeldes ab, wir haben es also mit einem Medikalisierungsphänomen zu tun, das durchaus als Entgrenzung bezeichnet werden kann (vgl. Viehöver & Wehling 2010a).

Für dieses Phänomen einer Verbesserungsmedizin auf Wunsch oder einer Medizin für Gesunde hat sich in den letzten Jahren die Formel der *wunscherfüllenden Medizin* durchgesetzt. Im Kontrast zur herkömmlichen oder klassischen kurativen Medizin gilt als Hauptmerkmal wunscherfüllender Medizin, medizinisches Wissen und Können primär als Hilfestellung zu einem besseren Leben zu verstehen und in Anspruch zu nehmen. Dabei werden die Wünsche der Nutzer medizinischer Leistungen zur ausschlaggebenden Bezugsgröße für Behandlungsentscheidungen. Wunscherfüllende Medizin nimmt demnach exakt die Folgerungen auf, die sich aus der Erschütterung und Erosion traditioneller Leitwerte und einer schwindenden normativ verbindlichen Zielbestimmung für ärztliches Handeln ergeben. Nicht zuletzt durch die prägnante Titelgebung wird hierbei die maßgebliche legitimatorische Funktion des Wunsches betont. Doch mag man sich hier fragen, was das Besondere bzw. besonders Neue an dieser Form der Medizin sein soll, Wünsche zu erfüllen, erfüllt doch auch herkömmlich orientierte Medizin immer auch Wünsche, nämlich in aller Regel den Wunsch nach Heilung oder zumindest Besserung. Doch scheint sich ein Großteil der Wünsche, die neuerdings an die Medizin herangetragen werden, insofern von solchen Therapiewünschen abzuheben, als sie nicht aus der Not geboren sind. Es handelt sich weniger um Wünsche, dass es einem wieder gut gehen möge, sondern dass es einem besser als gut gehen solle, es sind Optimierungswünsche. Außerdem richten sich derartige Wünsche auf die Veränderung von Zuständen und Eigenschaften, 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. Bevor hier die medizintheoretischen und medizinethischen

Dimensionen dieser Entwicklung erörtert werden, soll zunächst das Phänomen des Wunsches bzw. des Wünschens beleuchtet werden.

Wunsch und Wünschen

Nähert man sich dem Wunschbegriff in analytisch-systematisierender Weise und betrachtet die Möglichkeiten und Kontexte seiner Verwendung, so fällt schnell auf, dass mit und in der Rede von Wünschen sehr unterschiedliche Dinge und Sachverhalte zum Ausdruck gebracht werden können: Wünschen kann man sich vieles. Zunächst ist ein Wunsch als mentales Phänomen, als eine positive Einstellung aufzufassen, die auf einen Gegenstand oder einen Zustand gerichtet ist. Wobei genau genommen nur Sachverhalte gewünscht werden können. Wünsche haben stets den Inhalt, *dass* etwas der Fall ist. Wenn man sich also einen bestimmten Gegenstand wünscht, wünscht man sich das Eintreten des (noch) nicht bestehenden Sachverhalts, *dass* man den betreffenden Gegenstand besitzt. Der gewünschte Zustand oder Sachverhalt muss dabei nicht unbedingt realisierbar sein. Anhand der Frage, ob und unter welchen Umständen die gewünschten Zustände überhaupt eintreten können, lassen sich dann auch zwei Grundtypen von Wünschen unterscheiden. Einerseits können Wünsche, deren Erfüllung unter keinen Umständen möglich ist, als *unrealistische Wünsche* und andererseits grundsätzlich erfüllbare Wünsche als *realistische Wünsche* bezeichnet werden.

Realistische Wünsche sind Wünsche, die ihre prinzipielle Erfüllbarkeit implizieren bzw. voraussetzen, hoffen etwa auf gutes Wetter (in der Zukunft) oder einen Sieg der Lieblingsfußballmannschaft, imaginieren einen Lottogewinn oder fungieren als Bestellung in einem Lokal. Auf diese Wunschform soll hier nicht weiter eingegangen werden (zur weiteren Differenzierung vgl. Eichinger 2013, S. 45ff.). Für den vorliegenden Zusammenhang relevant ist die entgegengesetzte Klasse von Wünschen: unrealistische Wünsche. Dabei handelt es sich um Wünsche, die auf Ereignisse und Zustände gerichtet sind, die *per definitionem* gar nicht eintreten können, die unter allen Umständen unerfüllbar sind. Dies sind in einem gewissen Sinn Wünsche *par excellence*. Solche Wünsche bewegen sich ausschließlich im Bereich der Gedanken-spielerei und lustvollen Imagination. Ihre Unrealisierbarkeit kann sich dabei in unterschiedlicher Form manifestieren. So können die gewünschten Sachverhalte typischerweise aus zeitlichen Gründen unrealisierbar sein, indem sie Ereignisse und Handlungen in der Vergangenheit betreffen. Das Kernmotiv solcher Wünsche besteht darin, „das Rad der Geschichte zurückzudrehen“, ob nun auf eigenes Handeln bezogen oder auf Ereignisse, auf die die wünschende Person keinerlei Einflussmöglichkeit hatte.

Eine andere, besonders radikale Form von unrealistischen Wünschen ist in einem kategorischen Sinne unerfüllbar. Diese Wünsche betreffen Zustände, die auch nicht durch Korrekturen am historischen Verlauf der Ereignisse herbeigeführt werden könnten, die also unter keinen denkbaren Umständen jemals möglich (gewesen) wären. Zu solchen Wünschen gehören der legendäre ewige Menschheitstraum von Unsterblichkeit oder nicht zuletzt der Wunsch, in der Zeit reisen zu können. Solche Wünsche spielen sich in einem Bereich reiner Imagination zwi-

schen spektakulären Visionen, utopischen Entwürfen und phantastischen Traumvorstellungen ab, der gemeint ist, wenn von ‚Wunschdenken‘ oder ‚Wunschträumen‘ die Rede ist.

Auch wenn unrealistische Wünsche ihrem Inhalt nach nichts mit der realen Wirklichkeit zu tun haben, sind sie bzw. ihre Äußerungen gleichwohl nicht sinnlos. So können mit utopischen Wünschen für die Realität relevante Botschaften transportiert werden. Ihr Wert liegt 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. Neben dieser expressiven und kommunikativen Leistung können unrealistische Wünsche auch positive Funktionen für den Wünschenden selbst erfüllen, indem sie diesem Wege eröffnen, 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.

Hervorzuheben ist hierbei, dass selbst auf unrealistische Wünsche immer auch die Frage nach rationalen Kriterien zu ihrer Beurteilung, eine Art Rationalitätskriterium anwendbar ist. Auch unrealistische Wünsche müssen in ihrer intentionalen und kommunikativen Funktion zu dem stimmigen Gesamtbild des Wünschenden passen. Selbst Wünsche, die in keiner Weise auf ihre reale Erfüllung angelegt sind, können unpassend, unplausibel oder unvernünftig sein, denn Wünschen ist kein beliebiges Fantasieren. Somit kann der Vorgang der Wunschbildung, -korrektur und -präzisierung auch als Mittel zur vertieften Selbsterkenntnis und differenzierten Wahrnehmung und Einschätzung der Wirklichkeit fungieren. Rationales und erfolgreiches Wünschen ist in diesem Sinn erlernbar. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit, zu den eigenen Wünschen Stellung nehmen zu können und diese auch bewusst zu formen.

Somit lässt sich sagen, dass es für das menschliche Selbstbild als reflektierendes Vernunft- und Handlungswesen demnach zentral 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. Über die Identifikation und Aneignung von Wünschen konturiert der Mensch also seine Identität, und das in dreifacher Dimension, hinsichtlich seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Wunschreflexion hat somit die Funktion, sich zu vergegenwärtigen, wer man *geworden ist* und wer man *fortan zu sein wünscht*. So bringt es auch Norbert Elias auf den Punkt: „Um einen Menschen zu verstehen, muss man wissen, was die beherrschenden Wünsche sind, nach deren Erfüllung er sich sehnt.“ (Elias 2005, S. 14)

Angeichts ihrer umfassenden anthropologischen, reflexiven und psychologischen Bedeutung für die Identitätsbildung und das Selbst- und Weltverhältnis des Menschen ist es nun verwunderlich, dass in praktisch-normativen Zusammenhängen wie etwa der Medizin Wünschen ein eher schwacher Status zukommt. Wie es scheint, 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 (vgl. Maio 2007,

Gethmann 2008). So wird etwa mit dem Verweis auf Wünsche – auf ‚subjektive‘ oder ‚individuelle‘ Wünsche – versucht, umstrittenen Anliegen keinen oder einen nur geringen Anspruch auf Erfüllung zuzuerkennen. Die Klassifizierung von Ansprüchen als Wunsch (oder als ‚bloßer Wunsch‘) wird dann entwertend bis diffamierend eingesetzt. Gerade in Zusammenhängen, in denen es um Fragen der Verteilung von Gütern geht, die von der Gemeinschaft geschaffen wurden und beansprucht werden, dabei meist knapp sind, lässt sich das beobachten. So ist die Einstufung der an die Medizin herangetragenen Ansprüche als subjektive, oberflächliche und kontingente Wünsche ein paradigmatisches Beispiel dieser normativierenden Funktion. Und gleichzeitig ist in dem entsprechenden abschlägigen Einordnen einer an die Medizin herangetragenen Forderung als Wunsch, die deutlich machen soll, dass es sich um das Anliegen eines Gesunden ohne medizinische Notwendigkeit handelt, der Kern der Kritik an der sog. Wunscherfüllenden Medizin enthalten: weil es sich hierbei um bloße Wunscherfüllung handele, sei das nicht Sache der Medizin.

Ärztliches Handeln zwischen Selbstbestimmung und Vertrauen

Die Diskussion um Gefahren und Grenzen einer Ausweitung der Medizin, wie sie im Zeichen der Wunscherfüllung propagiert wird, führt zwangsläufig zu der Frage, inwieweit das Hinzu-kommen neuer Zielsetzungen für die bisherige Identität und das Selbstverständnis der Medizin in normativer Hinsicht von Belang ist. Hierfür erscheint es unerlässlich, zunächst ganz generell 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 angelegt ist.

Als Ausdruck persönlicher Freiheit und Würde hat heute der Wert der Selbstbestimmung und Autonomie einen unangefochtenen Rang unter den zentralen Werten und Normen westlicher Gesellschaften eingenommen. Dies bildet sich auch im Kontext der Medizin und Medizinethik in der Forderung nach unbedingter Respektierung des Willens des Patienten ab, die neben dem Nichtschadens- bzw. Nutzenprinzip als oberstes Gebot ärztlichen Handelns allgemeine Gültigkeit besitzt (sog. *Autonomieprinzip*, vgl. exemplarisch Beauchamp & Childress 2009).

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. Dabei kommt unweigerlich die subjektive Selbstdeutung des Patienten zum Ausdruck, die der Arzt bei der Erhebung seines Befundes sowie der Stellung der Diagnose berücksichtigen muss. Insofern kann der Arzt den Patienten nicht nur ‚von außen‘ erfassen, sondern ist stets auch mit mehr oder weniger expliziten Meinungen, Erwartungen, Hoffnungen und Ängsten des Patienten konfrontiert, die nicht selten als Forderungen und Behandlungswünsche formuliert werden. Deshalb ist es wichtig, 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. Der Patient hat also das uneingeschränkte Recht, eine vorgeschlagene 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. Eine Therapieentscheidung ist kein Akt der freien Wahl (Alt-Epping & Nauck 2012, S. 21). 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 einführend und unmissverständlich zu vermitteln, dass die geforderten Behandlungsschritte aus guten Gründen abzulehnen sind. Zur ärztlichen Verantwortung gehört demnach eben auch die Zurückweisung von Patientenwünschen (Pöltner 2007, S. 199). Freilich liegt es auf der Hand, dass im Zuge des weithin 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, dass ein Patient nicht verlangen kann, was nicht indiziert ist.

Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, Wünsche, die vom medizinisch Indizierten abweichen, nicht strikt zurückzuweisen, sondern mit in die diagnose- und indikationsstellenden Erwägungen einzubeziehen. Besonders anspruchsvoll kann dies bei Äußerungen des Patienten sein, die sich auf vordergründig widersinnige oder auf bloß behauptete Sachverhalte beziehen. Hieran wird die spezifisch hermeneutische Aufgabe des Arztes deutlich. Da die zunächst geäußerten Wünsche eines Patienten nicht immer dem entsprechen, was für den Patienten wirklich erstrebenswert sind, da ein Patient sich in der Deutung seines Zustands also irren kann, ist es Aufgabe des Arztes, die geäußerten Wünsche eines Patienten kritisch zu hinterfragen. Im praktischen Kontext konkretisiert sich hierbei das wunschtheoretische Problem der möglichen Diskrepanz zwischen Wunscherfüllung und Wunschbefriedigung. Bei aller Selbstaufklärung und Wunschsortierung bleibt die Abstimmung zwischen dem Patientenwunsch einerseits und dem medizinisch Gebotenen andererseits die zentrale Herausforderung für den Arzt (Lanzerath 2008b, S. 49f.). Die Ermittlung des therapeutisch intendierten Behandlungsziels im Einzelfall wirft dabei immer auch die Frage nach der allgemeinen Zielbestimmung ärztlichen Handelns auf und damit die Grundfrage der Medizin *als Medizin*. Worin bestehen nun diese Ziele?

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 gelten als konzeptuelle Bestimmung der für die moderne Medizin maßgeblichen Zielsetzungen vier Ziele, die die „zentralen medizinischen Werte“ umfassen, der gegenwärtigen Medizin ideelle Ausrichtung und praktische Orientierung geben sowie dazu beitragen können, angesichts verschiedener Herausforderungen ihre Identität zu wahren (Callahan et al. 1996, dt. Allert 2002):

- 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

Die motivische Klammer, die diese vier Ziele auf ein gemeinsames Handlungsziel ausrichtet, ist das Vorliegen von Krankheit bzw. deren Vermeidung und Bekämpfung. 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 verlaufenden Auseinandersetzung letztlich als gescheitert angesehen werden müssen (vgl. Düwell 2009, Quante 2009), vermag es das Konzept der Krankheit in praktischen Anwendungskontexten ärztlichen Handelns doch, im Sinne einer negativen Zielgröße der Medizin als zentrales Leitkriterium zu dienen. So lässt sich die Aufgabenbeschreibung und Zuständigkeit der Medizin, die um den Krankheitsbegriff herum angelegt ist und somit fundamental an der Behandlung und Beseitigung von Krankheit, also an Therapie orientiert ist, als *therapeutisches Paradigma* bezeichnen.

Die Tatsache, dass diese Ziele und eine eigene Zielsetzung für die Medizin und ihre Identität so wichtig sind, hängt mit ihrer wissenschaftstheoretischen Besonderheit zusammen. Zunächst scheinen verschiedene Auffassungen davon denkbar, was das Wissenschaftliche an oder in der Medizin ist, welcher Art von Wissenschaft Medizin eigentlich zuzuordnen ist. Nahe liegt, gerade wenn man an die Ausbildung denkt, die Zuordnung zu den Naturwissenschaften. Gleichzeitig scheint bei einer derartigen Bestimmung als Naturwissenschaft aber gerade das Wesentliche zu fehlen: die Anwendung, das Handeln, die Praxis. Und so ist doch eine der zutreffendsten Bestimmungen die von Medizin als praktischer Handlungswissenschaft, „als eine wissenschaftliche Disziplin, die Handlungen nicht nur zum Gegenstand hat, sondern sich selbst in Handlungen realisiert“, wie Wolfgang Wieland es formuliert (Wieland 2004, S. 111f.). In diesem Begriff ist enthalten, dass Medizin ihr Ziel nicht im Erkenntnisgewinn etwa im Labor oder am Schreibtisch hat, sondern sich wesentlich in einem Handeln vollzieht. Und entscheidend ist nun, dass dieses ärztliche Handeln niemals Erfolg garantieren kann. Demgemäß verfolgt der Arzt nicht Zwecke, die er durch sein Tun auf zweckrationale Weise umsetzt, sondern er orientiert sein Handeln an Zielen, die er sich bemüht zu erreichen, indem er sein ganzes Wissen und Können einsetzt. Dies bedeutet, dass ein Arzt, der seinem Beruf in diesem Sinne aufrichtig und gewissenhaft nachgeht, dem Patienten niemals die erfolgreiche Heilung, die Beseitigung einer

Krankheit oder Schmerzen, oder die Wiedererlangung der Gesundheit garantieren kann. Das Einzige, was der Arzt seinem Patienten versprechen und einlösen kann, ist seine Absicht und sein Bemühen, alles in seiner Macht Stehende für das Erreichen des realistischen Behandlungsziels zu tun. Gerade aufgrund dieser prinzipiellen Ergebnisoffenheit ist ärztliche Hilfe besonders auf eine klar bestimmte Zielorientierung angewiesen (vgl. Toellner 1995).

Und auch der Patient, der ja vom Ausgang der Behandlung abhängig ist wie kein Zweiter, muss sicher gehen können, dass das ärztliche Handeln eigenen und unumstößlichen Zielen folgt, und das möglichst unbeeinflusst von anderen Faktoren. Dieses Vertrauen ist die unabdingbare Voraussetzung für einen eigentlich ja merkwürdigen oder zumindest bemerkenswerten Umstand: dass sich der Patient nicht nur im übertragenen Sinne in die Hände eines ihm oft gänzlich fremden Menschen begibt. Vor allem in Fällen, in denen ein Patient den von ihm aus- und aufgesuchten Arzt nicht kennt, dieser ihm also nicht *vertraut* ist, ist diese Vertrauensannahme die notwendige Bedingung für die Aufnahme einer Arzt-Patient-Beziehung. Dabei muss sich dieser Vertrauensvorschuss auf den gesamten Berufstand beziehen (vgl. Wiesing 1996). Der Patient muss ungeachtet der persönlichen Eigenschaften und Merkmale des einzelnen Arztes allen Vertretern des ärztlichen Standes qua ihrer Zugehörigkeit zu diesem Berufsstand in der Überzeugung begegnen können, dass das jeweilige Behandeln zuallererst am eigenen (Patienten-)Wohl ausgerichtet ist. Andernfalls müsste der Patient selbst zuerst die ärztliche Verlässlichkeit prüfen, was keine kleine Hürde darstellt. Gerade Patienten befinden sich typischerweise (und sozusagen im Wortsinne) in einer vulnerablen Situation, sind körperlich oder seelisch empfindlich eingeschränkt und deshalb in der Regel nur bedingt willens und in der Lage, entsprechende Informationen einzuholen, zwischen verschiedenen Alternativen abzuwägen und zu entscheiden. Für diese Menschen bedeutet das Grundvertrauen in die Ärzteschaft an sich eine enorme Entlastung und kann insofern bereits den ersten Schritt auf dem Weg zur Besserung oder gar Heilung darstellen. Dieses rollengebundene und antizipatorische Vertrauen ist damit Effekt des ärztlichen Hilfsversprechens sowie der Garantenstellung der Medizin und kann als Beleg der besonderen standesgemäßen Integrität des Arztberufs gelten.

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 Forderungen des Kunden, die als solche nicht weiter zu hinterfragen sind, das Kernstück jeder offerierten Leistung eines Handwerkers und Dienstleisters. 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.

Ausweitung der Medizin

Jede Einschätzung neu aufkommender Formen ärztlichen Handelns, die als wunscherfüllende Medizin bezeichnet werden können, muss von den theoretisch-moralischen Grundlagen der Medizin als Profession und Praxis ausgehen. Dann wird schnell ersichtlich, dass es sich bei wunscherfüllender Medizin um Formen einer Ausweitung des Medizinischen über das therapeutische Paradigma hinaus handelt. Dabei sind wiederum zunächst ganz allgemeine theoretische Bezüge von Bedeutung. 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, der nicht nur von hohem gesellschaftlichen Interesse ist, sondern ein Feld ist, das in besonderem Maße reguliert und normiert ist, gehorchen Veränderungen hier nicht den Prinzipien marktwirtschaftlicher Selbststeuerung von Angebot und Nachfrage sowie 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.

Eine Ausweitung des medizinischen Feldes ist daher in besonderer Weise legitimationsbedürftig, und die Art und Weise einer entsprechenden Begründung ist für die Identität und das Selbstverständnis der Medizin signifikant (Eichinger 2011, S. 133ff.). Aus medizintheoretischer Perspektive lassen sich nun zwei prinzipielle Möglichkeiten unterscheiden, wie eine solche Expansion des ärztlichen Handelns und der medizinischen Zuständigkeit begründet werden kann. Dabei ist der maßgebliche Bezugspunkt die erwähnte klassische Definition von Medizin in Form der traditionellen Zielsetzung des therapeutischen Paradigmas. Daran gemessen, können neuartige Anwendungsfälle medizinischer Maßnahmen, die sich weiter an dieser konventionellen Bestimmung ärztlichen Handelns orientieren und sich darauf berufen, krankheitsbezogenen Zielen der Medizin zu folgen, als *pathologisierende* Erweiterungsformen bezeichnet werden. Begründungsfiguren, die den neuartigen Einsatz von Medizin zu Zwecken rechtfertigen, die außerhalb dieser Zielformulierung liegen und damit auf den Krankheitsbezug verzichten, stellen ihr *medikalisierendes* Gegenüber dar. Entgegen der mitunter vorzufindenden begrifflichen Unschärfe soll an dieser Stelle nachdrücklich zwischen Medikalisierung und

Pathologisierung differenziert werden und ein enges Verständnis des Medikalisierungsbegriffs zugrunde gelegt werden.

Option Pathologisierung

Die Behauptung medizinischer Zuständigkeit, d.h. der Anspruch, dass ärztliches Handeln und Behandeln nicht nur zulässig und angemessen, sondern auch geboten und notwendig ist, ist üblicherweise und begrifflich direkt mit dem Krankheitsbegriff verbunden. Zustände, die mit einer gewissen Dringlichkeit ihre Beendigung oder zumindest Milderung erfordern, berechtigen und verpflichten die Medizin als dazu spezifisch geeignete Profession, ihrem Auftrag der Hilfe im Krankheitsfall nachzukommen (vgl. Karsch 2011). Dies beinhaltet eine doppelte Exklusivität der Medizin, welche auf eine simple Faustregel gebracht 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.

Die wechselseitige Verschränkung von ärztlicher Tätigkeit und pathologischer Klassifizierung bietet nun auch für ganz neue Felder medizinischer Behandlung die Grundlage, entsprechendes Handeln als legitimen Einsatz von Medizin zu begreifen. Durch einen definitorischen 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 somit in den fraglos anerkannten Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns integrieren, ohne die konventionelle Zielbestimmung der Medizin herauszufordern oder gar links liegen lassen zu müssen. Die Neudefinition von Zuständen als pathologisch kann dabei Effekt eines schleichenden und komplexen Aushandlungsprozesses sein, an dem unterschiedliche gesellschaftliche Faktoren und Akteure beteiligt sind. Bemerkenswert ist hierbei etwa die Rolle, die neu entwickelte pharmakologische oder medizintechnische Mittel und Verfahren spielen. Denn mit den Grenzen der Behandelbarkeit von Zuständen und Symptomen verschieben sich auch unweigerlich die Grenzen der Einstellungen und Ansprüche, die sich auf diese veränderbaren Zustände beziehen.

Am Moment der Pathologisierung erweist sich also, wie stark die Interpretation und die Grenzen des Krankheitsbegriffs von dem meist technisch bedingten Grad und Ausmaß der tatsächlich gegebenen Möglichkeiten der Behandlung und Therapie abhängt (vgl. Pawelzik 2009). So gilt heute beispielsweise die Schiefstellung von Zähnen als behandlungsbedürftig, weil sie inzwischen mittels Zahnsperre gerichtet werden kann; nach diesem Muster gelten immer mehr gesundheitliche Befindlichkeiten als ‚krank‘, weil sie nun behandelbar sind und nicht mehr als Schicksal hingenommen werden müssen. Dementsprechend ist wohl davon auszugehen, dass Pathologisierungstendenzen eine Begleiterscheinung technologischer Entwicklung sind und damit ein dauerhaftes Phänomen moderner Gesellschaften darstellen.

Die Bewertung dieses Phänomens fällt zweischneidig aus, birgt doch eine pathologisierende Ausweitung der Medizin Chancen und Risiken gleichermaßen. Die Pathologisierung vormals

nicht krankhafter Zustände mag zunächst gerade für die Betroffenen Vorteile mit sich bringen. Durch die Fortentwicklung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten ist es nicht mehr notwendig, angeborene bzw. ‚naturegegebene‘ Befindlichkeiten und Eigenschaften fatalistisch hinzunehmen, was durchaus als positiver Effekt einer solchen pathologisierenden Expansion der Medizin gesehen werden muss. So kann die Einstufung von störendem oder problematischem Verhalten als krank durchaus entlastende und entstigmatisierende Auswirkungen zeigen. Die Pathologisierung etwa von auffälligen psychischen Störungen kann dazu beitragen, dass sich der Betreffende nun in einer neuen, ‚fachlich zugewiesenen und anerkannten‘ Rolle als pathologisch Leidender und Patient wiederfindet. Dies kann von dem Betroffenen den Druck nehmen, sich selbst für seinen Zustand in vollem Umfang verantwortlich zu machen und dementsprechende Schuldgefühle zu entwickeln (Illich 1995, S. 121). Der Kranke kann sich als Erkrankter jetzt vielmehr als Opfer seiner Krankheit sehen, die ihn befallen hat. Darüber hinaus wird mit medizinischer Autorität 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 eine indirekte Zusage der Behandlungsmöglichkeit trifft und durch eine derartige ‚quasi-objektive‘ Feststellung dem Betroffenen in Aussicht stellt, mit seinem Zustand nicht allein gelassen zu werden.

Eine pathologisierende Ausweitung der Medizin bringt aber auch kritische Aspekte mit sich. Eine Ausweitung des ärztlichen Handlungsbereiches bedeutet 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). Es wird also nicht verwundern, dass die Unternehmen und Lobbygruppen der entsprechenden Wirtschaftszweige nicht gerade uninteressiert an einer expansiven Entwicklung der Medizin sind. So ist etwa der Pharmaindustrie vor allem an den realwirtschaftlichen Effekten von Pathologisierungseffekten gelegen. Die ‚Entdeckung neuer Krankheiten‘ ist in den meisten Fällen mit der Entwicklung eines passgenauen Medikaments oder einer speziellen Behandlungstechnik für die jeweilige Symptomatik verbunden, und der Anteil des diesbezüglichen Profitstrebens an einer Neudefinition tritt offen zutage, was regelmäßig für große Skepsis und heftige Kritik sorgt (vgl. Bartens 2005; Blech 2005). Kern der Befürchtungen und Vorwürfe ist hier, dass medizinische Kriterien nurmehr eine untergeordnete Rolle spielen und letztlich von wirtschaftlichen Interessen bestimmt wird, welche Zustände als krank gelten und welche nicht.

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. Pharmakologische Methoden werden häufig vermeintlich aufwendigeren und dabei schlechter entlohten Alternativen vorgezogen, wie dem zugewandten Patientengespräch.

Neben ökonomisch ansetzenden Bedenken sind aber auch belastende Nebenwirkungen für die Betroffenen zu erwägen. Denn Krankheit wird längst nicht mehr nur als fremdgelenktes Schicksal verstanden, das über einen kommt und dem man wahllos ausgeliefert ist, sondern gilt mehr und mehr auch als machbar und ist dabei so stark individualisiert, dass Kranksein sich – entgegen der beschriebenen Entlastungsfunktion – häufig stigmatisierend auswirkt. Der sichtbare Körper gilt zunehmend als Ort, an dem Erfolge und Misserfolge in der gebotenen Selbstsorge zuallererst und am deutlichsten ablesbar sind. Mit der entsprechenden Verlagerung der vollen Verantwortung für die eigene Gesundheit auf das Individuum geht dabei eine Moralisierung von Gesundheit und Krankheit einher.

Es ist bemerkenswert, dass sich mittlerweile in einem anderen Bereich der Medizin, der ganz im positiven Zeichen eines umfassenden Zugewinns für den Einzelnen steht, Formen indirekter Pathologisierung feststellen lassen. Das präventive Paradigma, das wie kein zweites ebenfalls stark von dem Gedanken der eigenverantwortlichen Selbstsorge und vorausschauenden Vernunft geprägt ist, führt seiner Logik nach unweigerlich zu pathologisierenden Effekten. Zuvor gesunde Menschen verlieren unter dem Eindruck des durch die Präventivmedizin geweckten und präzisierten Risikobewusstseins und durch das Spektrum der vorhandenen Maßnahmen zur Vorbeugung ihren selbstvergessenen Status des Gesundseins und tauschen diesen gegen die merkwürdige, aber zutreffende Kategorie des Noch-Gesundseins bzw. des Noch-nicht-Krankseins ein (Rommel 1994, S. 418). 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“ stehen.

Option Medikalisierung

Werden medizinische Leistungen und Maßnahmen in Fällen eingesetzt, die bislang nicht zum Spektrum ärztlichen Handelns gehörten und die dabei nicht beanspruchen, unter die klassische Zielbestimmung des therapeutischen Paradigmas zu fallen, handelt es sich um 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.

Der Begriff der Medikalisierung umfasst in dem gängigen 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, den gesamten Prozess der Ausbreitung und Etablierung medizinischer Zuständigkeit und des medizinischen Handlungsfeldes. Dazu gehören nicht nur die Etablierung medizinischer Institutionen und die Vergrößerung medizinischer Einflussbereiche, sondern auch die Bedeu-

tungszunahme medizinischer Denkweisen (vgl. Zola 1979, Conrad 2007, Viehöver & Wehling 2010b, Karsch 2011).

Als ursächliche Triebfedern solcher Entwicklungen lassen sich hier drei Elemente festhalten: zunächst die Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilbereiche mit einer hochentwickelten Arbeitsteilung und Spezialisierung professioneller Kompetenz in unterschiedlichsten Berufsgruppen (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). Das Phänomen der Medikalisierung ergibt sich folgerichtig aus diesen drei Hauptmotiven des Kulturwandels:

- indem die individuellen Vorstellungen eines guten Lebens nicht nur immer unabhängig 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-technologischen 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.

Eine Ausweitung der Medizin im Zeichen der Medikalisierung verzichtet ganz auf einen Bezug zu den klassischen Zielen der Medizin. Für die Frage, wie neue Zuständigkeiten der Medizin demgemäß gerechtfertigt werden, ist es also entscheidend, 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.

Wer so argumentiert, denkt vor allem an die positiven Auswirkungen für die Adressaten und Abnehmer der entsprechenden medizinischen Leistungen und Maßnahmen. So können mit der gezielten Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in der Regel die angestrebten Ziele auch 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 unmöglich war. Dieses simple Prinzip des zweckrationalen Einsatzes möglicher Mittel zur Problemlösung steht in der langen kulturgeschichtlichen Tradition, in der es dem Menschen als *homo faber* stets um eine Verbesserung seiner Lebenssituation mit allen

ihm dafür zur Verfügung stehenden Mitteln zu tun ist. 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 zu optimieren vermag, ist eben nicht zuletzt und wesentlich dem beträchtlichen Potenzial der Medizin und ihrer Möglichkeiten zu verdanken.

Daneben gilt es, ähnlich wie bei vielen anderen Beispielen einer technisch unterstützten Ermächtigung bzw. Optimierung, auch kritische Aspekte zu identifizieren. Wie bereits angeführt, erachten medikalisierende Positionen 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 einerseits einen Vorteil für den Einzelnen darstellen mag, ist jedoch gleichzeitig Anlass für elementare Bedenken. Gerade die verlockende Aussicht, nichtmedizinische Probleme mit Hilfe der Medizin effizienter, schneller und kontrollierter zu lösen, als dies ohne ärztliches Zutun möglich ist, birgt 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. Dazu kommt noch, dass die beiden wesentlichen Kritikpunkte an medikalisierenden Ausweitungsformen der Medizin auch weniger Aspekte betreffen, die sich in jedem Einzelfall oder auf den Nutzer direkt auswirken müssen, sondern die vielmehr mit der Rolle der Medizin in der Gesellschaft zu tun haben sowie mit Effekten, die zum Teil erst mittel- bis langfristig greifen. Derartige Kritikpunkte 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 der Vernunft gelten, Probleme dort anzugehen und zu lösen, wo ihre Ursachen und Entstehungsbedingungen liegen. Wenn man nun annehmen kann, dass medizinisch-gesundheitliche Probleme nicht in dem Maße zunehmen, in dem die Anfragen und Ansprüche an die Medizin steigen, 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 gesehen werden, da dann nicht das zugrunde liegende Problem selbst behandelt würde, sondern bloß Symptome an der Oberfläche, was wiederum zur Folge hätte, dass nur kurzfristiger und oberflächlicher Erfolg zu erwarten ist, 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 (vgl. Lanzerath 2008a). 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 physiognomische Äußerlichkeiten und physiologische Defekte und Unzulänglichkeiten reduziert wird, gerät die – mitunter recht unkörperliche – Aufgabe der Selbstreflexion und Selbstfindung aus dem Blick. Somit tendiert eine medikalisierende Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe immer auch dazu, eine materialistische und instrumentelle 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.

Aber auch was die Stellung und Funktion des Arztes und damit die Medizin als Ganze betrifft, sind bedenkliche Effekte zu erwarten. 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 außermedizinischen Faktoren zu prüfen und diese mit Blick auf das gesundheitliche Wohl seines Gegenübers unter Umständen auch abzulehnen, wird weniger fürsorglicher Helfer in der Not sein als vielmehr bloßer Erfüllungsgehilfe individueller Präferenzen und Wunschvorstellungen. Damit macht er sich 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, etwa durch sog. *Hirndoping* oder das Implantieren markanter Kieferknochen für Börsenmakler, dann bestätigt sie damit unweigerlich das Berufsleben bestimmenden kompetitiven 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. Dazu gehört es auch, die für dessen Lage relevanten externen Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Gerade im Fall von Wünschen, die in keinem Zusammenhang mit einer erkennbaren medizinischen Notwendigkeit stehen und insofern ‚ohne Not‘ vorgebracht werden, gehört es dann zu den Pflichten des Arztes, die Entstehungsbedingungen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Hintergründe der Veränderungswünsche genau und kritisch zu eruieren. Nur so kann ein adäquates Bild der eigentlichen Ursachen der Probleme entstehen, die in der momentanen Unzufriedenheit und Belastung des Patienten zum Ausdruck kommen. So liegen die tatsächlichen Ursachen von Beschwerden und Optimierungswünschen häufig auf einer völlig anderen Ebene als der medizinischen; viele Menschen sind in ihrem jeweiligen Lebensbereich heute primär einer Überforderung ausgesetzt. Sie sind nicht etwa krank, im Gegenteil, oft zählen die Betroffenen sogar zur Leistungselite in ihrem Bereich, in dem sie dann aber eben auch permanent unter Höchstleistungsdruck stehen (Eberbach 2009, S. 18).

Daran wird sehr plastisch deutlich, welche implizite Aussage Mediziner durch ihr (Be-)Handeln vornehmen, wenn sie auf entsprechende 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, die eher dazu angetan sind, Krankheiten hervorzubringen als sie zu vermeiden und Gesundheit zu fördern.

Doch existieren durchaus Bereiche, in denen die Medizin aus guten oder zumindest mehrheitlich akzeptierten Gründen zur Erlangung nicht-medizinischer Zwecke eingesetzt wird. 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. Hierbei werden Ärzte zu Zwecken herangezogen, die ganz und gar außerhalb der 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 medizin(eth)ischen 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 Wert, den der Zweck von Obduktionen hat (und der wohl von allen Bürgern geteilt bzw. akzeptiert werden dürfte) – dies ist allerdings ein nichtmedizinischer Wert.

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). Die Indienstrafe von Medizinern 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“). 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 – das Ziel dieses ärztlichen Handelns besteht ja im Töten gesunder Menschen.

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 Betroffenen ausdrücklich gewünscht wird, weil er sich einen gewissen Nutzen von der Behandlung verspricht. Bei aller fachgerechten und sachgemäßen Aufklärung über die Risiken und Nebenwirkungen des Eingriffs droht im Falle der Durchführung einer nicht indizierten Maßnahme allerdings grundsätzlich ebenfalls der bedenkliche Effekt der Komplizenschaft. Ein Arzt kann die hinter Klientenwünschen stehenden Werte durch nichts effektvoller und eindeutiger anerkennen und bejahen, als durch die

Erfüllung dieser Wünsche – umso mehr wenn dies aus medizinischer Sicht unnötig und nicht indiziert ist. So besteht die Gefahr für die Medizin, sich durch eine radikale Wunschorientierung als Folge der Ablösung von den Leitgrößen Krankheit und Gesundheit zu einer ebenso inhaltsleeren wie ziellosen Anthropotechnik zu wandeln.

Im Zuge einer derart konsequenten Instrumentalisierung würde sich nicht nur das Selbstverständnis der Medizin und Ärzteschaft 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 Kunstgriffe darstellten.

Die Gefahr der Dienstleistungsorientierung und Kommerzialisierung

Gerade was den Rang der Medizin als normative Praxis angeht, sind medikalisierende Begründungsstrategien für eine Ausweitung der Medizin problematisch. Nun stellt im Rahmen des therapeutischen Paradigmas der Patientenwille die oberste Richtschnur für jede ärztliche Entscheidung und jeden Eingriff dar, insofern der Patient jede medizinische Maßnahme ablehnen kann, der Patientenwille fungiert also normativ in negativer Weise. Wenn nun aber der frei erklärte Wunsch 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 dem zugrunde liegende 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 Garantspflicht 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, das Selbstverständnis des Berufsstandes geriete vollends unter den Druck wirtschaftlicher Erwägungen und Zwänge (vgl. Maio 2006, Asmuth 2011, S. 161f.).

Doch wird es bei aller medikalisierenden Ausweitung des medizinischen Feldes im Zeichen der Veränderung und Verbesserung normaler und gesunder Körper, Eigenschaften und Fähig-

keiten freilich weiterhin Krankheiten, Unfälle und Behinderungen, und damit kranke, verletzte, behinderte und bedürftige Menschen geben, die auf kompetente und umsichtige ärztliche Hilfe angewiesen sind. Aus deren Sicht – und potenziell gehört ausnahmslos jede/r Einzelne zu dieser vulnerablen Gruppe – 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 Ganze darstellt. Damit würde über kurz oder lang auch das ärztliche Ethos Gehalt und Bindungskraft verlieren. 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 in die Konsumentenrolle.

So verlockend Phantasien von Körperoptimierung und Enhancement auch sein mögen und so sehr dies einem zutiefst menschlichen Streben entsprechen mag – dem Drang, vorgegebene Grenzen und natürliche Zufälligkeiten zu überwinden, alle möglichen Technologien auch anzuwenden und dabei nicht vor dem eigenen Körper Halt zu machen – und so sehr es auch zutrifft, dass gerade diesbezügliche Wünsche eine wichtige anthropologische Bedeutung haben, sowohl für die Bildung der eigenen Identität als auch für den Menschen als dasjenige Tier, das sich als Naturwesen und in seiner Naturhaftigkeit reflektieren kann und ein Stück weit natürlich vorgegebene Fesseln abwerfen kann, so sehr es also verfehlt wäre, gegen den Wunsch nach Wunscherfüllung an sich Einspruch zu erheben, so sehr sind doch Zweifel angebracht, wenn für derartige Optimierungsprojekte die Medizin und ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden sollen. Es ist mehr als fraglich, ob die Medizin mit ihrem Ethos und ihrer inhärenten Moralität, wie wir sie nicht nur kennen und schätzen, sondern auf die wir auch angewiesen sind, einer grenzenlosen Medikalisierung von Phantasien der Selbstoptimierung standhalten kann.

Literatur

- 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.
- Asmuth, Christoph (2011): Enhancement – einige Problemfelder aus philosophischer Sicht. In: *Suchttherapie* 12 (4), S. 159-163.

- Bartens, Werner (2005): *Die Krankmacher. Wie Ärzte und Patienten immer neue Krankheiten erfinden*. München: Knaur.
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2009): *Principles of biomedical ethics*. 6. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Blech, Jörg (2005): *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt: Fischer.
- Callahan, Daniel et al. (1996): The goals of medicine: Setting new priorities. In: *Hastings Center Report* 26 (6 Special Supplement), S. 28.
- Conrad, Peter (2007): *The medicalization of society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Düwell, Marcus (2009): Wünsche, Fähigkeiten und Moral: ‚Enhancement‘ als Herausforderung für die Bioethik. In: Kettner, Matthias (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 317-327.
- Eberbach, Wolfram H. (2009): Möglichkeiten und rechtliche Beurteilung der Verbesserung des Menschen – Ein Überblick. In: Wienke, Albrecht et al. (Hg.): *Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-39.
- Eichinger, Tobias (2011): Anti-Aging als Medizin? Altersvermeidung zwischen Therapie, Prävention und Wunscherfüllung. In: Maio, Giovanni (Hg.): *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*. Freiburg: Alber, S. 118-155.
- (2013): *Jenseits der Therapie. Philosophie und Ethik wunscherfüllender Medizin*. Bielefeld: transcript.
- Elias, Norbert (2005): *Mozart. Zur Soziologie eines Genies*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gethmann, Carl Friedrich (2008): Wunscherfüllende Medizin. Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung? In: Grönemeyer, Dietrich; Kobusch, Theo & Schott, Heinz (Hg.): *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, S. 333-343.
- Illich, Ivan (1995): *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. München: Beck.
- Karsch, Fabian (2011): Enhancement als Problem der soziologischen Medikalisierungsforschung. In: Dickel, Sascha; Franzen, Martina & Kehl, Christoph (Hg.): *Herausforderung Biomedizin. Gesellschaftliche Deutung und soziale Praxis*. Bielefeld: transcript, S. 267-281.
- Lanzerath, Dirk (2008a): Die neuere Philosophie der Gesundheit. Von der Normativität des Krankheitsbegriffs zur Medikalisierung der Gesellschaft. In: Schäfer, Daniel et al. (Hg.): *Gesundheitskonzepte im Wandel*. Stuttgart: Franz Steiner, S. 203-213.

- (2008b): Was ist medizinische Indikation? Eine medizinethische Überlegung. In: Charbonnier, Ralph; Dörner, Klaus & Simon, Steffen (Hg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*. Stuttgart: Schattauer, S. 35-52.
- Maio, Giovanni (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.
- (2007): Medizin auf Wunsch? Eine ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel der Ästhetischen Chirurgie. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 312, S. 2278-2281.
- Pawelzik, Markus R. (2009): Ist Neuro-Enhancement moralisch bedenklich? In: Kettner, Matthias (Hg.): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*. Frankfurt: Campus, S. 273-295.
- Pöltner, Günther (2007): Ärztliche Verantwortung im Spannungsfeld von Heilkunst und Technik. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 157 (9-10), S. 196-200.
- Quante, Michael (2009): Therapieren oder Optimieren? Herausforderungen des ärztlichen Selbstverständnisses im 21. Jahrhundert. In: Katzenmeier, Christian & Bergdolt, Klaus (Hg.): *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Berlin: Springer, S. 171-179.
- Rommel, Christopher (1994): Die Präventionsmedizin und das Unbehagen an der Ganzheitlichkeit: Gesundheitspflicht oder Salutogenese? In: Wessel, Karl-Friedrich (Hg.): *Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin*. Bielefeld: Kleine, S. 416-429.
- Toellner, Richard (1995): Einführung in das Tagungsthema. In: Toellner, Richard & Wiesing, Urban (Hg.): *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. Stuttgart: G. Fischer, S. 3-9.
- Viehöver, Willy & Wehling, Peter (Hg.) (2010a): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: Transcript.
- (2010b): Erfolgreich schüchtern und niemals alt? Ratgeberliteratur als Medium der Medikalisierung. In: Liebsch, Katharina & Manz, Ulrika (Hg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld: Transcript, S. 83-111.
- Wieland, Wolfgang (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.
- Zola, Irving Kenneth (1979): Gesundheitsmanie und entmündigende Medikalisierung. In: Illich, Ivan (Hg.): *Entmündigung durch Experten. Zur Kritik der Dienstleistungsberufe*. Reinbek: Rowohlt, S. 57-80.