

„Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben?

von Matthias Kettner*

ABSTRACT

Der neue Begriff einer „wunscherfüllenden Medizin“ wird eingeführt und mit der kurativen, heilenden Medizin kontrastiert. Am Beispiel der Schönheitschirurgie und der Kritik des „Schönheitswahns“ wird deutlich gemacht, dass die Bewertung von Phänomenen wunscherfüllender Medizin in liberalen Gesellschaften sich nur auf schwache normative Argumente stützen kann: Nutzen-Risiko-Argumente und Kohärenzargumente, bezogen auf Lebensentwürfe. Wunscherfüllende Medizin hat medizinisch positiv zu bewertende Seiten. So könnte sie die Klientenzentrierung und Responsivität des Medizinsystems verbessern. Sie hat aber auch negativ zu bewertende Seiten: Sie könnte Kommerzialisierungstendenzen im Gesundheitssystem über ein moralisch erträgliches Maß hinaus befördern.

Schlüsselworte: Ziele der Medizin, Enhancement, Wunschmedizin, ästhetische Chirurgie, Kommerzialisierung, Alternativmedizin, Komplementärmedizin, Utopismus, Paternalismus

The article contrasts the new concept of “desire-driven medicine” with curative medicine. The example of cosmetic surgery and criticism of the obsession with beauty demonstrate that in liberal societies the governance of desire-driven medicine can be morally justified by only two normative arguments: risk-benefit analyses and the coherence of a person’s desires and his or her life script. In a manner of speaking, in terms of medical ethics, there are positive sides to desire-driven medicine, as it might improve client-centeredness and responsiveness of the medical system. On the other hand, it might aggravate commercialisation tendencies of the health care system far in excess of what is morally tolerable.

Keywords: goals of medicine, enhancement, desire-driven medicine, cosmetic surgery, commercialisation, alternative medicine, complementary medicine, utopianism, paternalism

■ 1. Einleitung

Das amerikanische Hastings Center¹, eines der berühmtesten Forschungsinstitute für Bioethik und andere Bereiche angewandter Ethik, hat in einer Bestandsaufnahme zum professionellen Selbstverständnis der Medizin die vorherrschenden Ziele der Medizin folgendermaßen beschrieben:

- Prevention of disease and promotion of health (Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung),
- Relief of pain and suffering caused by maladies (Erleichterung von Schmerz und Leid, die von Krankheiten verursacht werden),
- Cure of maladies; care when cure is not possible (Heilen von Krankheiten; Fürsorge, wenn eine Heilung nicht möglich ist)

- Avoidance of premature death and the pursuit of peaceful death (Vermeiden eines frühzeitigen Todes und Streben nach einem friedvollen Tod).

Die identifizierten Ziele haben im zwanzigsten Jahrhundert den Umfang der „ärztlich indizierten“, also vom Expertenurteil gedeckten Behandlungsmöglichkeiten bestimmt. Nennen wir den Zusammenhang dieser Ziele das „medizinische Grundverständnis“. Dieses Grundverständnis hat sich auch in der Entwicklungsgeschichte der solidarisch finanzierten Krankenversicherung ausgeprägt: Es rechtfertigt die Ausgrenzung all dessen, was gesetzlich Versicherte nicht beanspruchen können, weil es wegen mangelnder medizinischer Notwendigkeit in der Regel von den Kassen nicht bewilligt und von Ärzten nicht bewirkt werden soll.

*Prof. Dr. phil. Matthias Kettner, Dipl.-Psych.
Private Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50,

58448 Witten · Tel.: 02302 926-811 · Fax: 02302 926-813
E-Mail: Kettner@uni-wh.de

■ 2. Gestaltwandel der Medizin?

Vier Entwicklungen, die ich im Folgenden kurz darstellen will, erschüttern das herkömmliche medizinische Grundverständnis. Wenn sie weiterhin zunehmen, können wir von einem Gestaltwandel der Medizin sprechen. Das Grundverständnis gilt dann zwar weiterhin, aber nicht mehr als das unangefochtene und zentrale Selbstverständnis der Medizin.

2.1 Vitaloptimierung und Lebensplanung

In der ersten Gruppe von Phänomenen konkurriert die herkömmliche Vorstellung von Medizin als Patientenversorgung mit einer zunehmenden Nachfrage nach Vitaloptimierung und Lebensplanung. Das Ziel vieler Kunden der modernen Fortpflanzungsmedizin sind zum Beispiel Kinder, deren Anzahl, Entstehungszeitpunkt und Geschlecht besser zur eigenen Lebensplanung passen – nicht zu reden von Leihmutterchaft und anderen ethisch umstrittenen, gleichwohl von vielen Eltern gewünschten Fortpflanzungsmethoden. Die Reproduktionsmedizin muss zwei tendenziell gegenläufigen Forderungen nachkommen. Einerseits wird Hilfestellung bei der Verhinderung von Schwangerschaften erwartet, die aus ganz unterschiedlichen Gründen unerwünscht sind. Andererseits soll sie mit Hilfe medizinisch-technischer Behandlungen und Hilfsmittel den Wunsch nach eigenen Kindern in Erfüllung gehen lassen und zudem der vorgeburtlichen Gesunderhaltung dienen (*Kettner 2001*). Im letzten Punkt ist sie deutlich im Grundverständnis verankert, im ersten, der Geburtenkontrolle, nur schwach, im zweiten, der assistierten Reproduktion, bewegt sie sich aus dem medizinischen Grundverständnis heraus. Einer von vielen Indikatoren sind Umfrageergebnisse, die zum Beispiel für Deutschland zeigen, dass junge Erwachsene Leihmutterchaft und vorgeburtliche Merkmalsfestlegung zunehmend als eine moralisch akzeptable Leistung betrachten, die sie von der Medizin glauben erwarten zu dürfen (*Katzorke und Kolodziej 2004*).

Auch die so genannte Schönheitschirurgie, „Anti-Aging“² und „Life-Style-Medizin“ (zum Beispiel Stimmungsaufheller, bewusstseinserweiternde Drogen, potenzsteigernde Medikamente) gehören zu einem Bereich von Phänomenen, die ersichtlich von einer wachsenden Nachfrage nach Vitaloptimierung und Lebensplanung hervorgerufen werden (*Ensel 1996; Gilman 1999; Hönig 2000; Stoff 2004; Post und Binstock 2004*). Sie entzweien derzeit die Ärzteschaft in Verächter und Verfechter. Massenmedien und Konsumismus, die unsere Lebenswelt durchgängig prägen, drücken zunehmend der ärztlichen Kunst ihren Stempel auf – auch wenn diese Einsicht im Medizinsystem noch nicht so recht angekommen zu sein schien. Inzwischen betreibt die Bundesärztekammer die Bildung einer Koalition aus politischen und gesellschaftlichen Kräften, die zum Widerstand gegen den sanften Zwang der Schönheits- und

Werbeindustrie aufrufen soll. Der Verführung mit System soll durch systematische Aufklärung Einhalt geboten werden, um zu verhindern, dass Jugendliche ihr Aussehen als menschlichen Makel betrachten, dem nur operativ abgeholfen werden kann.

Die rekonstruktive Chirurgie beschäftigt sich mit der „Wiederherstellung der Körperoberfläche nach Trauma- und Tumoroperation“ sowie der „Schaffung normaler Formen und Funktionen erworbener und angeborener Fehlbildungen“. Hauptaufgaben sind die Rekonstruktion von Hautweichteilgewebe, Muskeln, Sehnen, peripheren Nerven sowie die Rekonstruktion ganzer Gewebekombinationen.³

Illusionslos bestimmen hingegen die drei medizinischen Verfasser eines schönheitschirurgischen Leitfadens die gesellschaftliche Stunde, die derzeit der „ästhetischen Medizin“ schlägt: „Der Wunsch, Altersveränderungen und ästhetische Unzulänglichkeiten zu beeinflussen, ist so alt wie die Menschheit. Untersuchungen bestätigen, dass die Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten des Einzelnen in vielen gesellschaftlichen Bereichen auch abhängig sind von einem attraktiven Erscheinungsbild. Außerdem hat sich das Selbstverständnis der so genannten älteren Generation gewandelt; dass Menschen bis ins hohe Alter beruflich und gesellschaftlich aktiv bleiben ist keine Seltenheit“ (*Dirschka et al. 2003*).

Was gemeinhin als Schönheitschirurgie bezeichnet wird, deckt sich ungefähr mit dem, was in der Facharztspezialisierung ästhetisch-plastische Chirurgie heißt und von der so genannten rekonstruktiven Chirurgie abzweigt. Zwei wichtige deutsche Akteure der schönheitschirurgischen Bewegung waren (und sind) die Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen (VDPC) und die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC). Erstere hatte im September 2004 gut über 1.000 Mitglieder, 120 ordentliche VDPC-Mitglieder gehören auch der Tochtergesellschaft der VDÄPC an. 660.000 Eingriffe wurden im Jahr 2002 vorgenommen, davon 150.000 Eingriffe im Gesicht, 160.000 Eingriffe an der Brust, 140.000 Eingriffe am restlichen Körperstamm sowie 210.000 Eingriffe an Extremitäten einschließlich der Hand.⁴

Eine interessante Entwicklung, die ich als Allianzenbildung in Reaktion auf steigenden Druck im ökonomischen Wettbewerb verstehe, ist die Zusammenlegung der bis vor kurzem noch getrennt agierenden Fachgesellschaften unter dem Dach der Plastischen Chirurgie. Die VDPC hat bei ihrer Mitgliederversammlung 2005 ihren Namen geändert⁵ und heißt jetzt: Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen.

Das Einspritzen von Botulinumtoxin, Brustkorrekturen, Facelifting, Faltenunterspritzung, Fettabsaugung, großflächige Hauterneuerungsverfahren, Schweißdrüsenentfernung, Korrekturen

an Augenlidern, an Kinn, Lippen, Nase, Ohren und Genitalien, die Straffung von Bauchdecke, Oberarmen und Oberschenkeln, Po- und Wadenimplantate, dies alles ist im Leistungsspektrum der ästhetisch-plastischen Chirurgie gut vertreten, in der rekonstruktiven Chirurgie sind es Korrekturen von Unfall-, Verbrennungs-, Operationsnarben, Ektropium- und Entropiumkorrekturen bei Lidrandveränderungen, Deckung von Hautdefekten, die Korrektur von Ohrmuscheldeformitäten, Brustwiederaufbau (nach Krebschirurgie), Gynäkomastieoperationen (bei zu großer männlicher Brust), Entfernen von gutartigen Hauttumoren (Naevi, Hämangiome, Atherome) und von bösartigen (Basaliome, Karzinome). Man sieht: Viele Techniken sind in beiden Zweigen der Chirurgie gleich, doch können die verschiedenen Handlungsumgebungen einen Unterschied machen. Werden abstehende Ohren im Vorschulalter „korrigiert“, kann die dann als therapeutisch geltende Operation von der Kasse bezahlt werden. Nach Schuleintritt gilt derzeit die technisch gleiche Operation in der Regel als ästhetische oder kosmetische Chirurgie, für die der Nutzer zu bezahlen hat.

2.2 Der neue medizinische Utopismus

Die zweite Entwicklung, die in das medizinische Grundverständnis folgenreich eingreift, ist das Begehren nach medizinischen Utopien (Gordijn 2004). Seit der Entschlüsselung des Genoms spinnt die molekulargenetisch revolutionierte Zellbiologie die Fäden der großen Erzählung von der Verbesserung der gebrechlichen menschlichen Konstitution. Geweberegenerierung, Stammzelltherapie, Keimbahnveränderung, die „individualisierte“ (das heißt auf die spezifische genetische Konstitution eines Menschen abgestimmte) Medizin und die Aussicht auf anormale Verlängerung der Lebensspanne wecken quasireligiöse Euphorien, die man nach der postmodernen angeblichen Erschöpfung aller Utopien nicht mehr für möglich gehalten hätte.

Der in den letzten Jahren in der bioethischen Diskussion sehr produktive Begriff des Enhancement (zu deutsch: Verbesserung, Optimierung, Erweiterung) bringt viele Phänomene dieser zweiten Entwicklung auf den Punkt. Enhancement ist zuinnerst eine utopische Idee. (Dem entsprechend sind negative und positive Enhancement-Utopien in Umlauf.) Der Begriff ist vieldeutig, aber ein sinnvoller semantischer Kern kommt in der folgenden Definition des Medizinethikers Eric T. Juengst gut heraus: „The term enhancement is usually used in bioethics to characterize interventions designed to improve human form or functioning beyond what is necessary to sustain or restore good health.“ („Mit dem Begriff Enhancement bezeichnet man in der Bioethik gewöhnlich Eingriffe, um die Konstitution oder Funktionalität des Menschen über das Maß hinaus zu treiben, das für gute Gesundheit nötig ist.“) (Parens 1998).

Man kann diese Definition auf zwei Weisen verstehen. Die erste Lesart ist: Kognitive und vitale Funktionen einer Person, die Wertschätzung genießen (zum Beispiel, weil sie nützlich sind), sollen gesteigert werden, obwohl sie in einem Ausmaß ausgeprägt sind, das im menschentypischen Normal- oder Durchschnittsbereich liegt. Nimmt man als zweite Lesart von Enhancement hinzu, dass die unwahrscheinlichen Extreme im Hochleistungsbereich eigentlich das sind, was noch mehr gesteigert werden soll, dann lassen sich auch medizinisch ermöglichte Doping-Phänomene, zum Beispiel von Extremsportlern, als Enhancement (mit intendierter Unfairness in Wettbewerbssituationen) und somit als wunscherfüllende Medizin begreifen.

2.3 Alternativmedizin

Noch ein weiterer Bereich von Phänomenen lässt sich umreißen. Unübersehbar wächst die Nachfrage nach alternativen Heilmitteln, Diagnose- und Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit sich eher subjektiv erweist. Akupunktur, natur- und pflanzenheilkundliche Verfahren, Homöopathie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und Anthroposophie befriedigen verbreitete Bedürfnisse nach einer ganzheitlichen, von der Person selbst bestimmten und die Person selbst auch in den Mittelpunkt stellenden Auffassung von Gesundheit und Krankheit. Hier ist nicht nur eine interessante Grauzone entstanden, sondern ein auch für Heilpraktiker und andere Heilhilfspersonen großer und lukrativer Schattenmarkt. Viele alternativ behandelte Menschen sind krank im Sinne des medizinischen Grundverständnisses, viele sind es nicht. Deshalb lässt sich die Alternativ- oder Komplementärmedizin (in der Schweiz auch „Erfahrungsmedizin“ genannt) nicht einfach in das etablierte Grundverständnis einordnen, sondern gehört zum Trend der wunscherfüllenden Medizin.

Das Entgegenkommen der Ärzte, neuerdings auch der Kassen, ist beträchtlich, tritt in Konkurrenz zur so genannten Schulmedizin und beginnt deren Begriff innerlich zu verändern. Schon 40.000 Ärzte in Deutschland führen Zusatzbezeichnungen im Umfeld der alternativen Methoden. In der Schweiz macht es neuerdings ein Online-Portal für Alternativmedizin möglich, Therapeuten zu finden, die bestimmte Zertifizierungsbedingungen erfüllen.⁶ Ende 2005 waren bereits 25 Prozent der ungefähr 13.000 erfahrungsmedizinischen Therapeuten, die in der Schweiz gelistet sind, aufgeschaltet.

Einen auch für Laien verständlichen Überblick als Online-Angebot bietet in Deutschland die vom Lehrstuhl für Medizintechnik und Komplementärmedizin der Universität Witten/Herdecke eingerichtete Datenbank für komplementärmedizinische Literatur.⁷

2.4 Individuelle Gesundheitsleistungen

Die wachsende Bereitschaft der Ärzte, auf die Wünsche auch von nicht kranken Menschen nach medizinischen Leistungen sehr bereitwillig einzugehen, ähnelt der der Apotheker (und der Pharmaindustrie), die längst die Wünsche auch von nicht kranken Menschen nach Medikamenten mit gutem kommerziellem Erfolg befriedigen. Sie zeigt sich auch an den angestregten Versuchen der Bundesärztekammer, mit professionsinternen Mitteln (zum Beispiel mit ärztlichem Berufsrecht und anderen, sanfteren normativen Regimes wie Zertifizierungsregeln) die Kontrolle zu behalten über den schnell wachsenden und womöglich ausufernden Spielraum für medizinisch administrierte Leistungen, die die Quasi-Patienten wie Kunden wählen können, aber privat bezahlen müssen, da die betreffenden Leistungen bestenfalls medizinisch sinnvoll, aber keinesfalls medizinisch notwendig sind: individuelle – genauer: individualvertragliche – Gesundheitsleistungen (IGeL). Gemäß der Definition ihres Erfinders, des ehemaligen stellvertretenden KBV-Hauptgeschäftsführers Lothar Krimmel, sind dies solche ärztlichen Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die dennoch von Patienten nachgefragt werden und die ärztlich empfehlenswert oder je nach Intensität des Patientenwunsches zumindest ärztlich vertretbar sind. Im IGeL-Sektor (und in den Kontroversen, die er derzeit in den Ärztekammern noch auslöst) sehe ich einen vierten Bereich von Phänomenen, die einen Trend zur wunscherfüllenden Medizin darstellen.

Es gibt derzeit in verschiedenen Berufsverbänden verschiedene Listen von Leistungen, die als IGeL gelten sollen, aber noch nicht „die“ eine autoritative Liste. Auf solchen Listen tauchen zum Beispiel die in Tabelle 1 aufgeführten Leistungen auf.

Darüber hinaus haben nicht nur viele alternativ- und komplementärmedizinischen Leistungen für nicht indikationsgerecht kranke und gesunde Menschen, sondern auch viele Leistungen der kosmetischen beziehungsweise ästhetisch-plastischen Chirurgie und der Reproduktionsmedizin IGeL-Status oder sollen ihn erhalten.

In der Offenheit für das Alternative bis hin zur Quacksalberei, wenn es denn gewünscht wird, in der wachsenden Kundenorientierung, wenn denn die Klienten Kaufkraft haben, in der Servicementalität und dem kommerziellen Kalkül, die an der IGeL-Debatte abzulesen sind, erreicht wunscherfüllende Medizin ihre größte Nähe zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems, von der sie gleichwohl unterschieden werden muss. Ein Portal für IGeL⁸ pries unlängst ein Buch an, das den unternehmerischen Geist im IGeL-Sektor sehr gut illustriert: „IGeL-Erfolg mit System. IGeL-Konzepte für die Praxis“, herausgegeben von Diplom-Wirtschaftsingenieur Oliver Frielingsdorf, Geschäftsführer der Frielingsdorf Consult GmbH, die sich seit 20 Jahren auf Beratungsleistungen für niedergelassene Mediziner spezialisiert hat.

TABELLE 1

Beispiele für IGeL-Angebote

- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“)
- Ultraschall-Check-up von Organen („Sono-Check“)
- Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs
- Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und gegebenenfalls transrektaler Ultraschall
- Freizeit, Urlaub, Sport, zum Beispiel
 - reisemedizinische Beratung einschließlich Impfberatungen und Impfungen,
 - sportmedizinische Beratungen und Untersuchungen
- Ärztliche Serviceleistungen, zum Beispiel
 - Berufseingangsuntersuchungen,
 - Bescheinigung für den Besuch des Kindergartens, der Schule oder des Sportvereins
 - Bescheinigung für Reiserücktritt,
 - ärztliche Begutachtung zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit
- Labordiagnostische Wunschleistungen, zum Beispiel
 - Blutgruppenbestimmung auf Wunsch,
 - Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (z.B. AFP, Toxoplasmose, Triple-Test)
- psychotherapeutische Wunschleistungen, zum Beispiel
 - Stressbewältigungstherapie
 - Paartherapie

Quelle: eigene Zusammenstellung (www.igelarzt.de/02/0202/020201.html)

3. Charakteristika wunscherfüllender Medizin

Menschenbild und Anthropologie der herkömmlichen Medizin beziehen sich auf den kranken Menschen. In vielen medizinischen Bereichen zeichnet sich nun ein neuer Mensch der neuen Medizin ab, nämlich der Nutzer medizinischer Leistungen als ein Klient, der medizinisches Wissen und Können nicht mehr dazu braucht, um aus Leiden mit Krankheitswert sozusagen das normale Elend zu machen, sondern der medizinisches Wissen und Können dazu braucht, um sich zu der eigenen körperlichen Verfassung genau diejenige Nähe und Passung zu seiner Lebensführung zu schaffen, die er oder sie sich wünscht. Ich möchte solche verschiedenartigen Phänomene wie die im vorangehenden Abschnitt beschriebenen in einen kulturellen Zusammenhang bringen. Mein Stichwort der „wunscherfüllenden Medizin“ gibt diesem Zusammenhang einen Namen. Der Begriff ist ein neues, philosophisch konstruiertes Beobachtungsinstrument. Es gibt noch keine fertige Theorie der wunscherfüllenden Medizin. Vielleicht hätte sie die Form einer Theorie von Beratung und Assistenz, von der Fortpflanzung („medizinisch assistierte Fortpflanzung“) über die Lebensspanne hinweg bis zum Tod („medizinisch assistiertes Sterben“).

In Tabelle 2 sind einige Gesichtspunkte aufgelistet, um zwischen kurativer, fest im Grundverständnis gehaltener Medizin, und wunscherfüllender, aus dem Grundverständnis mehr oder weniger weit ausscherender Medizin, charakteristische Unterschiede zu machen.

Wünsche im hier interessierenden Sinne sind nicht einfach nur gedachte Möglichkeiten, sondern kulturell interpretierte Bedürfnisse. Wunscherfüllende Medizin widmet sich Bedürfnissen, während kurative Medizin am Krankheitsbegriff orientiert ist beziehungsweise an einem Gesundheitsbegriff, der strukturell als eine doppelte Negation verstanden wird: Gesundheit im hier relevanten Sinne ist allemal die Abwesenheit (= erste Negation) von etwas Negativem, nämlich der krankheitswertigen Beeinträchtigung (= zweite Negation), und die medizinische Behandlung führt im Idealfall zur Wiederherstellung des unmarkierten Zustands, der Gesundheit. Die zu kurierenden Krankheiten sind idealiter wohlumschriebene, bestimmte Zustände („Krankheitsentitäten“) und entsprechend genau „weiß“ man, wann der Zustand mit Krankheitswert gebessert („die Krankheit besiegt“) ist. Dagegen wird im Denken der wunscherfüllenden Medizin die Gesundheit sozusagen groß geschrieben (GESUNDHEIT) und als eine komplexe, positive, sozio-bio-physische Qualität gedacht, die immer mehr gesteigert und verbessert werden kann: Es geht einem Menschen nie so gut, dass es ihm in bestimmten für Entwürfe eines subjektiv guten Lebens wichtigen Hinsichten nicht noch besser gehen könnte (zum Beispiel in puncto körperliche Erscheinung, Wohlfühl, Selbstbejahung, Liebesfähigkeit, Arbeitsfähigkeit).

Während die Sorge für Gesundheit als Nichtvorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit prinzipiell ein definierter Prozess ist, ist die Sorge für GESUNDHEIT prinzipiell unabschließbar, sozusagen ein Fass ohne Boden. Interessanterweise wird man von der offiziellen Gesundheitsdefinition der WHO („Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheiten und Gebrechen“) sagen müssen, dass sie schon den Überstieg von Gesundheit zu GESUNDHEIT und somit zur wunscherfüllenden Medizin sinngemäß unterstützt. Mit weit reichenden Folgen: Im November 1987 fand die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung statt. Dort wurde die Ottawa-Charta verabschiedet, die an den umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO anknüpft. Außerdem wird in der Erklärung die wichtige Bedeutung der Arbeit für die Gesundheit hervorgehoben⁹: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

TABELLE 2

Gesichtspunkte zur Kontrastierung kurativer und wunscherfüllender Medizin

Kurative Medizin	Wunscherfüllende Medizin
Krankheit	Bedürfnis
Gesundheit	GESUNDHEIT
Pathogenese	Salutogenese
Indikation	Kontraindikation
Krankenrolle	Klientenrolle
Imperativ	Optativ
Autonomie	Deregulierung
Schulmedizin	Alternativmedizin

Quelle: M. Kettner 2006

Die herkömmliche Medizin interessiert sich mehr für Erklärungen, warum man krank wird (Pathogenese), die wunscherfüllende mehr für die Erklärung, wie GESUNDHEIT entsteht und aufrechterhalten wird (Salutogenese). Was mit GESUNDHEIT, großgeschrieben, gemeint ist, lässt sich gut an der Rhetorik der Anhänger des Salutogenese-Konzepts ablesen: In den letzten Jahren hat sich im Bereich wissenschaftlicher Arbeit zu Krankheit und Gesundheit ein Paradigmenwechsel vom biomedizinischen zum bio-psycho-sozialen Modell vollzogen (Antonovsky 1997). Dieses Umdenken hat zur Entwicklung des Lebensweisenkonzeptes und einem veränderten Gesundheitsverständnis und zur Aufwertung von Gesundheitsförderung geführt, die umfassender als im Krankheitsmodell der kurativen Medizin verstanden wird. In der (oben zitierten) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung heißt es deshalb: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“ Eine Lösung aktueller Gesundheits- und Krankheitsfragen kann im Lichte des Salutogenese-Konzepts auf Dauer nur gelingen, wenn die Vielzahl der heute bekannten Determinanten von Gesundheit berücksichtigt wird. Der pathogenetische Ansatz „Was macht Menschen krank?“ muss ergänzt werden durch den salutogenetischen Ansatz „Was hält Menschen gesund“.¹⁰

Im herkömmlichen medizinischen Grundverständnis, wie es im ersten Abschnitt beschrieben wurde, reguliert Medizin den Einsatz ihrer Mittel an etablierten Kriterien für Behandlungsbedürftigkeit (Indikationen). Der Patient willigt in Maßnahmen ein, die der Mediziner nicht deshalb vorschlägt, weil er sie vornehmen möchte, sondern weil es lege artis begründet ist, dass er diese vornehmen sollte. Im Denken der wunscherfüllenden Medizin hingegen genügt für einen Einsatz des Wissens und Könnens, dessen die Medizin mächtig ist, dass der Einsatz lege artis nicht schädlich ist (Kontraindikationen) und aus Expertensicht im Ergebnis verspricht, einen Nutzen zu bringen, wie ihn sich diejenigen versprechen, die den Mediziner als Helfer ihrer Wunsch-erfüllung engagieren.

Wunscherfüllende Medizin behandelt ihre Abnehmer nicht als Patienten (Krankenrolle) mit einem sozialstaatlich oder sonst wie institutionell abgesicherten Recht auf eine hinreichend gute Behandlung, die bereitgestellt werden muss (therapeutischer Imperativ), sondern vielmehr als Kunden (Klienten), die seitens eines professionellen Providers eine individualisierte, von ihnen erwünschte Dienstleistung nachfragen und dabei positive Rechte auf Wahlfreiheit ausüben und Qualitätspräferenzen sowie negative Rechte auf Verbraucherschutz geltend machen dürfen (konsumentischer Optativ).

Die traditionelle Arztrolle stellt die Kontrolle der Angebote medizinischen Wissens und Könnens in die Verantwortung des Arztes (professionelle Autonomie). Im Kontext wunscherfüllender Medizin gestaltet sich das Angebot letztlich durch die Nachfrage der Klienten – auch dort, wo Mediziner mehr oder weniger geschickt diese Nachfrage ihrerseits steuern, zum Beispiel neue Erwartungen und Wünsche erzeugen, nicht anders als es die Konsumgüterindustrie in vielen Bereichen mit ihren Endverbrauchern macht. (Man denke nur an die vielen medial inszenierten „Mangelerscheinungen“ wie Eisenmangel, Kalziummangel, Selenmangel und so weiter, und die Industrie medizinischer oder medizinisch verbrämter Präparate, um den je modischen Mängeln abzuhelfen.) Gerade diese marktförmige Seite des medizinischen Geschäfts (= liberale Deregulierung) übersteigt noch die Urteilskraft der üblichen medizinischen Ethik. Sie braucht ein wirtschaftsethisch erweitertes Blickfeld. Alte Fragen zur Kulturkritik am Konsumismus müssen im Feld der wunscherfüllenden Medizin neu gestellt werden.

Auch die Parteinahme gegen „Schulmedizin“ gehört zu den für wunscherfüllende Medizin charakteristischen Verschiebungen des Grundverständnisses. Historisch auf die Postmoderne der 80er Jahre datierbar, ist die Konjunktur der „Alternativ“- oder „Komplementärmedizin“ wohl am besten zu erklären durch eine weit verbreitete reaktive Skepsis und Misstrauen gegen ein als blind und arrogant empfundenes Zutrauen des medizinischen Mainstream in die naturwissenschaftliche Prägung der modernen Medizin (Wiesing 2004).

■ 4. Wie ist der neue Trend zu bewerten?

Die Auseinandersetzung über wunscherfüllende Medizin steht gewiss erst am Anfang – eine von moralischen Bewertungen auch aus anderen Bereichen, zum Beispiel der Technikfolgenabschätzung neuer Technologien, gut bekannte Verzögerung. Viele befürchten vom Vorrücken der wunscherfüllenden Medizin den Bankrott medizinethischer Werte. Dagegen stellen ihre Befürworter sich vor, dass durch die Angleichung von Medizin an andere nachfragegesteuerte Dienstleistungsgewerbe alle Seiten gewinnen: Anbieter ebenso wie Patienten, Klienten, Konsumenten werden besser gestellt sein als heute. Im Trend zu wunscherfüllender Medizin liegt offensichtlich auch, dass die Inanspruchnahme medizinischen Wissens und Könnens vergleichsweise passgenauer und zufriedenstellender auf legitime Wünsche nach solchen Leistungen bezogen wird, zum Beispiel durch Verbesserung der Klientenorientierung bei der assistierten Erfüllung des Kinderwunschs infertiler Paare oder der Zugänglichkeit alternativer, von vielen Menschen präferierten Heilverfahren.

Durchweg besteht allerdings die Gefahr einer totalen Kommerzialisierung bestimmter medizinischer Leistungen (außerhalb

einer von der kurativen Medizin monopolisierten Menge), die deren Erhältlichkeit so an Zahlungsbereitschaft koppelt, dass nur wenige in den Genuss kommen. Nun ist Luxus zwar keine per se kritische Kategorie. Das würde sie erst unter der Bedingung, dass berechtigte Ansprüche der einen nicht erfüllt werden, weil andere sich ihre Luxusansprüche erfüllen. Ob und wie dies eintritt, bleibt zukünftigen Fallstudien überlassen. Der Aufstieg der wunscherfüllenden Medizin verschafft einem Gesundheitswesen ein gutes Gewissen, das ohnehin nach Kaufkraft gestaffelt ist (GKV-Versicherte versus Privatversicherte), dies aber nur schwer eingestehen kann.

Ein anderer Grund für Skepsis wiegt schwerer: Falls im großen Supermarkt der *médecine du désir* wirklich kein Kundenwunsch auf Dauer unerfüllt bliebe, kämen alle auf ihre Kosten, Zahlungsfähigkeit vorausgesetzt. Das heißt freilich nicht, dass jeder erhält, was er wirklich medizinisch braucht. Es könnte dann nämlich sein, dass sich die aufwändige Pflege und Behandlung vieler schwerkranker und bedürftiger Menschen für niemanden mehr so recht lohnt. Aber: Wie realistisch dieses denkbare Risiko moralisch fragwürdiger Fehlallokation ist, hängt wiederum entscheidend davon ab, welchen Bestand von Leistungen die im Grundverständnis bleibende Medizin wahrt und aufrechterhält. Das ist letztlich eine politische Frage: Mit welchem unbedingten, nämlich kaufkraftunabhängigen Bestand wollen wir sie betrauen?

■ 5. Normative Beschränkungen wunscherfüllender Medizin ohne Biss

Der heutigen Medizin beginnt zu dämmern, dass wissenschaftliche Heilkunst sich in einem Ausmaß mit der Macht menschlicher Wünsche verquickt, wie es sich die rationale, auf Naturwissenschaft setzende Medizin noch vor wenigen Jahrzehnten nicht hätte träumen lassen. Gewiss, seit ihrer Geburt aus Schamanismus, Ritus und Körperhandwerk hat Medizin schon immer von tiefsten menschlichen Wünschen gelebt, vorab von dem Wunsch, Krankheit zu überwinden. Aber die für uns maßgebliche moderne Medizin versteht sich nicht als eine Praxis, die mit Wünschen selbst arbeitet wie der Alchemist mit Metallen, sondern als eine Praxis, die Krankheiten mit Methoden bearbeitet, die objektiv helfen – das Wünschen mag mithelfen oder auch nicht. Aber dieses Selbstbild wird man angesichts wachsender Befunde über die Bedeutung von Placeboeffekten als bloßes Wunschbild bezeichnen müssen. Placeboeffekte sind reale Effekte von Heilmitteln und Therapien, die sich aber in der Sprache des Doppelblindversuchs nicht produktiv beschreiben lassen. Das kausale Unterfutter der Placebowirkung sind wunschartige Heilerwartungen. Wenn, wie nun herauskommt, Placebowirkungen in immer mehr Bereichen der Medizin eine große Rolle spielen, auch in so ordentlichen wie der Chirurgie, dann geraten lieb gewonnene, identitätsstiftende

Abgrenzungen gegen mutmaßlich weniger heilsame Unternehmungen unter Druck. Und so wird denkbar, dass gute, „seriöse“ kurative Medizin nicht am Wunschen vorbei wirkt, sondern größtenteils durch dieses hindurch.

Vielleicht wäre ja für die Wissenschaftstheorie der Medizin das, was man terminologisch noch auf Distanz hält, wenn man es „Placebowirkung“ nennt, ihr eigentliches Thema. Und ein kardinales Thema der Medizinethik wäre der moralisch integre Umgang mit der Macht von Wünschen in allen Formen therapeutischen Handelns. Denn auch die kurative Medizin antwortet in gewissem Sinne auf tiefe berechtigte Wünsche (oder „existenzielle“ Bedürfnisse), versteht sich selbst aber nicht als wunscherfüllend. Die wirklich wunscherfüllende Medizin hat ein gutes, vielleicht ein allzu gutes Gewissen und versteht sich aufs Wunscherfüllen, aber sie droht die Unterscheidungskraft einzubüßen zwischen Wünschen, die tief und berechtigt sind und solchen, die flach, arbiträr, selbsttorpedierend oder sonstwie fragwürdig sind. In jedem Phänomenbereich wunscherfüllender Medizin stoßen wir auf das für die Bewertung notorische Problem der kraftlosen oder unspezifischen normativen Begrenzer. Woher sollen gute Rechtfertigungsgründe für Normen kommen, die der Wunscherfüllung (die als solche schon tendenziell unstillbar und endlos ist) gegebenenfalls Schranken auferlegen würden? Im Hinblick auf die sich ausbreitenden Praktiken wunscherfüllender Medizin wird die Frage unabweisbar, in welchen ihrer Leistungsbereiche wir welche normativen Beschränkungen geltend machen wollen. Diese Frage ist im Ansatz eine genuin medizinethische. Denn noch bevor die Regulative der Politik und dann des Rechts in Anschlag gebracht werden, müssen wir vernünftigerweise in eine Verständigung darüber eintreten, was an den neuen Praktiken wir aus welchen Gründen für moralisch einwandfrei (erlaubt oder sogar geboten) halten und was aus welchen Gründen für moralisch unrecht (fragwürdig oder sogar verboten). Sicherlich ist eine Regelung über bindendes Recht immer möglich. Doch diese *Ultima ratio* hätte alle Nachteile, die aus Erfahrungen mit Verrechtlichung in der Medizin bekannt sind. Die Frage ist vielmehr: Wie steht es mit Ethik, mit moralischer Normativität in der wunscherfüllenden Medizin?

Ich kann diese Frage im Folgenden nur beispielhaft auf die Schönheitswünsche erfüllende Medizin beziehen und möchte die Aufmerksamkeit auf die Verschiedenheit von Normen lenken, die hier ins Spiel kommen. Wir sollten ästhetische, rechtliche und moralische Normen (und deren jeweiligen Normativitätssinn) nicht konfundieren. Schon erwähnt wurde die Kampagne der Bundesärztekammer gegen „Schönheitswahn“. Ist sie berechtigt? Auf welche Art von Gründen kann sie sich stützen? Man fragt: Ist es Medizin, wenn sich junge Frauen unter dem Druck von medial verstärkten omnipräsenten Schönheitsidealen in Fernsehshows wie „The Swan – Endlich schön!“ und unter den Augen eines

Millionenpublikums Lippen, Augen, Po und Busen verändern lassen? Gewiss, so etwas kann man ekelerregend finden, wie viele andere TV-Genres auch (zum Beispiel „Big Brother“). Aber ästhetische Kritikgründe sind noch keine moralischen.

Die rein ästhetischen Maßstäbe innerhalb der Schönheitschirurgie, das zeigt jedes Lehrbuch der ästhetisch-plastischen Chirurgie, sind hochkonventionell: Sie orientieren sich, von wenigen spektakulären und von den Medien deshalb übertrieben herausgestellten Ausnahmen („Michael Jacksons Nase“) am durchschnittlich und weithin als gefällig und passend Beurteilten (*Hönig 2000*). Dieses normativ-ästhetische Vakuum der Schönheitschirurgie ruft dann doch wieder die Moralisten und Kulturkritiker auf den Plan (und zurecht!), die Folgendes zu bedenken geben: Gerade weil die ästhetische Urteilskraft innerhalb der ästhetisch-plastischen Profession so dürftig und schwach ist, schießen die Mode und andere massenmediale Meinungsmächte widerstandslos ein und beherrschen mit ihren Bewertungsgründen allenthalben die ästhetischen Urteile über Körpernormen, und dies nicht nur auf Seiten der Klienten/Kunden, sondern auch der Experten/Ärzte. Und diese ungebrochen einströmenden Bewertungsgründe (so sagen wir Moralisten und Kulturkritiker vielleicht) sind nichts weiter als der Ausdruck einer kulturindustriell nivellierten Konsumgesellschaft, verdienen daher bei Licht besehen wenig Anerkennung. Willfährig zielt alle Schönheitschirurgie doch immer nur auf das gerade kulturell tonangebende geschlechtsspezifische Schönheitsideal, ohne dies noch reflektieren zu können. So wird wunscherfüllende Medizin zur Magd der Kulturindustrie.

Libertär gesinnte Geister vermuten ohnehin hinter Versuchen, Bürger vor ihren eigenen Wünschen in Schutz zu nehmen, nur schlichte Bevormundung durch selbst ernannte Hüter einer Tradition, die die je eigene Körperlichkeit noch als ein anzunehmendes Schicksal begreift, wozu heute niemand mehr gezwungen ist. Schon die Problemdefinition „Schönheitswahn“, also Verfallenheit an einen „Wahn“, lässt sich ihrerseits problematisieren: Die Massenmedien sensationalisieren nämlich die Ausbreitung der kosmetischen, die körperliche Erscheinung verbessernden Medizin enorm, um Erregungswerte zu produzieren und sicher nicht, um wehrlose jugendliche Opfer vor dem Vampirismus der Kulturindustrie zu schützen. Monoton in den Massenmedien wiederholte Zahlen wie die von den dramatischen „Hunderttausenden“, die sich angeblich in Deutschland der Verbesserung ihrer Schönheit zuliebe „unter’s Messer“ legen, verdecken, dass ein großer Teil der Maßnahmen überhaupt nicht operativ ist (zum Beispiel chemische Peelings) und ein anderer großer Teil zwar operativ, aber ohne dramatisches Risiko ist (zum Beispiel Botulin-Einspritzungen oder Lidstraffungen).^{11, 12} „Zwischen 500.000 und einer Million Schönheitsoperationen werden Jahr

für Jahr in Deutschland durchgeführt“.¹³ Die Beschwörung eines Booms der Schönheitsmedizin in Deutschland und die Beschreibung gehen oft ineinander über, wie zum Beispiel in folgender Metameldung über die Welt am Sonntag vom 18.09.2005: „2004 legten sich mindestens 450.000 Bundesbürger in Sachen Schönheit unters Messer und zahlten dafür rund 1,6 Milliarden Euro, schätzt die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) (...) Die Zahl dieser Eingriffe hat in den letzten fünf bis zehn Jahren deutlich zugenommen.“¹⁴ Die nach Maßnahmen und Ländern differenzierte Statistik der International Society for Aesthetic and Plastic Surgery, die für das Jahr 2004 fast 600.000 Maßnahmen erfasst, zeigt: "Of all the procedures performed by ISAPS members in 2004, 25% are non-surgical."¹⁵ („Von allen Eingriffen, die von ISAPS-Mitgliedern im Jahr 2004 vorgenommen wurden, waren 25 Prozent nichtoperativ.“)

Manchmal sind die Auskünfte von Fachgesellschaften auch vorsichtiger: „Hochgerechnet schätzt die GÄCD die Gesamtzahl der Schönheitsoperation für das Jahr 2004 in Deutschland auf 353.000.“¹⁶ Die oft gehörte Behauptung, nun verfielen auch die Männer und überhaupt auch immer jüngere Menschen den gleisnerischen Versprechungen und unwiderstehlichen Verführungen der Schönheitschirurgie, verliert bei nüchterner statistischer Betrachtung viel von ihrem Beunruhigenden.

Boom ist ein Begriff ohne klare Kriterien. Die sensationalistische Rhetorik verdeckt im Positiven wie im Negativen, dass Schönheitsmedizin in Deutschland ein Normalbetrieb ist. Aber selbst wenn die Nachfrage nach den Produkten und Dienstleistungen dieses Betriebs ungeahnt hochschnellen würde, wäre über die medizinethische Bewertung damit allein noch überhaupt nichts gesagt.

■ 6. Normative Beschränkungen wunscherfüllender Medizin mit mehr Biss

Ein robusterer Kritikgrund könnte aus folgender Frage entspringen: Wollen wir denn wirklich, dass ästhetische Körpernormen, die unter die Haut gehen (und insofern schwer rücknehmbare Resultate haben), genauso unter das Diktat von Moden kommen wie ästhetische Kleidernormen? Oder unter den Konkurrenzdruck im Berufsleben kommen wie humankapitalverbessernde skills? Ist es Medizin, wenn sich Banker und Börsenhändler von „plastisch-ästhetischen Chirurgen“ markante Kinn-Implantate verpassen lassen, um das in ihren Peer Groups geschätzte energische Aussehen zu erhalten? Eine moralisch interessantere Wendung dieser Frage wäre: Sind diese Klienten wirklich gut beraten mit dem, was sie wünschen und tun, oder machen sie sich vulnerabel (zum Beispiel für Wechsel der Mode)? Schädigen sie sich vielleicht langfristig

oder erhöhen signifikant ihre Risiken, sich massive Übel einzuhandeln? Gekonnt wünschen ist keine leichte Sache, wie viele Märchen vorführen.

Wir sehen nun immerhin eine vergleichsweise robuste Argumentationsform: Die Form der Nutzen-Risiko-Argumentation. Sie bleibt auch in kulturell ultraliberalen Gesellschaften ein gültiger Bezugsrahmen, nämlich als „Nichtschädigungsprinzip“: Niemandem soll es freistehen, ohne guten Grund jemanden zu schädigen. Auch wenn negative Konsequenzen einer individuellen Selbstschädigung auf andere übertragen werden (zum Beispiel die anfallenden Behandlungskosten für Gesundheitsschäden gesetzlich versicherter starker Raucher), greift das Nichtschädigungsprinzip. Die Übertragung muss sich durch Gründe, die alle Betroffenen gut finden können, rechtfertigen lassen. (Im Beispiel rechtfertigt sich die Übertragung aus dem Versicherungsprinzip der Solidargemeinschaft ohne Ansehen individueller Verschuldung.)

Dennoch wird auch dieses Prinzip seltsam kraftlos, sobald man nachfragt, aus welchen Gründen wir andere daran hindern dürfen sollten (oder aus welchen Gründen man sich selbst daran hindern sollte), sich selbst sehenden Auges zu schädigen. Das Nichtschädigungsprinzip als solches kann keine Pflichten gegen sich selbst begründen. Als der Vorwurf, „in Wirklichkeit tust du dir damit nichts Gutes, du schädigst dich“ schrumpft es auf einen Klugheitsappell. Gewiss, jemand, der sich mit massivem Piercing „schmückt“ und zugleich weiß, dass er in einigen Jahren große Probleme haben wird, mit den Löchern und Narben zurechtzukommen, handelt bis zur Unerträglichkeit dumm, aber solange anderen dadurch keine Nachteile entstehen, nicht unmoralisch. In einer liberalen Gesellschaft hat jeder prima facie das moralische und juristische Recht, sich unklug (und unästhetisch) zu verhalten.

Ich sehe noch ein zweites, zwar nicht schlagendes, aber doch auch nicht ganz kraftloses Argument, um (schönheitsoperative und andere) Wünsche gegebenenfalls zu kritisieren: Kohärenzargumente. Ein Wunsch und mehr noch, seine Erfüllung, sollte den Selbstentwurf und die Ideen eines subjektiv guten Lebens der betreffenden Person fördern, nicht stören. Die konsequenzenreiche Wunscherfüllung sollte stimmig sein (ich-synton): sie sollte zu allem Übrigen, was der Person richtig, wichtig und wahr ist, passen. Sie sollte das Geflecht von Vorstellungen einer Person vom Richtigen, Wichtigen und Wahren, das wesentlich die personale Identität der Person ausmacht, nicht fragmentieren, chaotisieren, labilisieren. Damit gewinnt die Wunschkritik eine vergleichsweise starke Beurteilungsperspektive zurück, die im Zuge der Modernisierung der Ethik fast in Vergessenheit geraten ist: die Bewertung der Kohärenz von Lebensentwürfen aus der Innen- und Außenperspektive zugleich.

■ 7. Fazit

Die wunscherfüllende Medizin zwingt die medizinische Ethik zur Steigerung der Komplexität ihrer Argumentationsformen. Und das verspricht interessant zu werden. Möglicherweise erfährt der Trend zur wunscherfüllenden Medizin bald Unterstützung durch gesundheitspolitische Sparzwänge. Denkbar ist, dass sich unsere Gesundheitsversorgung systematisch auf eine Spaltung hin entwickelt. Herkömmliche heilende („kurative“) Medizin soll sich auf die Patienten konzentrieren, veredelnde und erlösende Medizin auf Selbstzahler, die mit medizinischen Mitteln ihre Idealkörper inszenieren, ihren großgeschriebenen Gesundheits- und Wohlergehensvorstellungen nachgehen und ihre Lebensführung optimieren wollen.

Wie sich die rund 250 gesetzlichen Krankenversicherer in Deutschland (mit ihren im Jahr 2006 etwa 70 Millionen Versicherten) und die privaten Krankenversicherer (mit zirka 8 Millionen Versicherten) unter Konkurrenzdruck, der sicher eher wächst als nachlässt, zur Dezentrierung des medizinischen Grundverständnisses verhalten werden, ist derzeit noch genauso wenig auszumachen, wie die Veränderungen der Regulierung des medizinischen Wissens und Könnens, die sich aus der Dezentrierung des medizinischen Grundverständnisses ergeben. Hier besteht ein empirisch-wissenschaftlicher und ethisch-normativer Forschungsbedarf im Hinblick auf eine Entwicklung von zweifellos großem gesundheits- und sozialpolitischem Gewicht. ◆

Fußnoten

Web-Quellen

(letzter Zugriff im März 2006)

- 1 <http://www.thehastingscenter.org/>
- 2 <http://www.gsaam.de> (German Society for Anti-Aging Medicine/Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin)
- 3 <http://www.ukb.de/de/kliniken-institute/bvz/leistungsspektrum4.shtml>
- 4 <http://www.mezizin.de/gesundheit/deutsch/926.htm>
- 5 <http://www.vdpc.de/presseinformationen/deutsche-gesellschaft-der-plastischen-rekonstruktiven-und-aesthetischen-chirurgen/>
- 6 http://www.emindex.ch/index_d.las („Erfahrungsmedizinischer Index Schweiz, das Internetverzeichnis der komplementärmedizinisch tätigen Therapeuten mit Qualitätslabel EMR“; „EMR“ steht für: Erfahrungsmedizinisches Register)
- 7 <http://www.cambase.de>
- 8 <http://www.igel-select.de/>
- 9 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Ottawa-Charta for Health Promotion auf englisch, deutsch, französisch und russisch)
- 10 <http://www.optipage.de/salutogenese.html>
- 11 <http://www.isaps.org/stats2004PopProc.asp>
- 12 <http://www.isaps.org/stats2004res.asp>
- 13 <http://www.lifeline.de/special/schoenheitschirurgen/cda/page/frame/0,2862,29-15654,00.html>
- 14 http://www.dgaepc.de/html/medien_2005.html
- 15 <http://www.isaps.org/stats2004res.asp>
- 16 <http://www.dgac.de/index2.html> (→ Presse)

Literatur

- Antonovskys A (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dirschka T/Sommer B/Usmiano J (Hrsg.) (2003):** Leitfaden ästhetische Medizin. München, Jena: Urban & Fischer.
- Ensel A (1996):** Nach seinem Bilde. Schönheitschirurgie und Schöpfungphantasien in der westlichen Medizin. Bern: EFef-Verlag.
- Gilman SL (1999):** Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery. Princeton: Princeton University Press.
- Gordijn B (2004):** Medizinische Utopien. Eine ethische Betrachtung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hönig JF (2000):** Ästhetische Chirurgie. Darmstadt: Steinkopff.
- Katzorke T/ Kolodziej FB (2004):** Neue Perspektiven für die Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Auswertung einer Umfrage. In: Kettner M (Hrsg.). Biomedizin und Menschenwürde. Frankfurt: Suhrkamp, 103–121.
- Kettner M (2001):** Neue Formen gespaltener Elternschaft. Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament), B27: 34–43.
- Parens E (1998):** Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Post SG/Binstock RH (Hrsg.) (2004):** The Fountain of Youth. Cultural, Scientific, and Ethical Perspectives on a Biomedical Goal. Oxford: Oxford University Press.
- Stoff H (2004):** Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich. Köln: Böhlau Verlag
- Wiesing U (2004):** Was unterscheidet die so genannte Alternative Medizin von der Schulmedizin? Zeitschrift für medizinische Ethik, Jg. 50, 325–336.

DER AUTOR



Prof. Matthias Kettner, Dr. phil., Dipl.-Psych.
 geboren 1955, Professor für Philosophie. Er studierte in seiner Geburtsstadt Frankfurt sowie in Heidelberg und in Madison/Wisconsin Philosophie und Psychologie. 2000–2003 leitete er am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen ein DFG-Forschungsprojekt über die Organisationsformen und den moralischen Anspruch klinischer Ethik-Komitees. Seit 2003

Vorstandsmitglied der Göttinger Akademie für Ethik in der Medizin. Seit 2004 Dekan der Fakultät für das Studium Fundamentale an der Universität Witten-Herdecke. Hauptforschungsgebiet ist die angewandte Ethik, besonders die Medizin- und Wirtschaftsethik, neben zahlreichen Veröffentlichungen über Kulturphilosophie sowie über Methodenprobleme der Psychoanalyse.