

Jahrestagung 2005

Wunscherfüllende Medizin

**Tagungsprogramm
und Abstracts**

Witten, 29.09.–01.10.2005

**in Zusammenarbeit mit der
Privaten Universität Witten/Herdecke**

Tagungsprogramm

Donnerstag, 29. September 2005

15:30 – 17:30 Uhr (Audimax der UWH)

Mitgliederversammlung der AEM

18:30 – 19:00 Uhr (Rathaussaal, Witten/City)

Verleihung des Nachwuchspreises

19:00 – 20:30 Uhr (Rathaussaal, Witten/City)

Öffentliche Vorträge: Wunscherfüllende Medizin – Pro und Contra

Moderation: *M. Kettner*

D. Grönemeyer: Wunscherfüllende Medizintechnik: Von High Tech zu High Care

C.F. Gethmann: Moderne Medizin: Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung?

Freitag, 30. September 2005

09:00 – 09:20 Uhr

Eröffnung und Grußworte

C. Wiesemann, Präsidentin der AEM

W. Glatthaar, Präsident der UWH

P. Gängler, Wiss. Geschäftsführer d. UWH

09:20 – 09:30 Uhr

Einführung in das Tagungsthema

M. Kettner

09:30 – 12:30 Uhr

Plenarsitzung: Alternativ- und Komplementärmedizin: Wer heilt? Wer zahlt? Wer steuert?

Moderation: *U. Wiesing*

P.U. Unschuld: Heilwissenschaft versus Heilkunde und die Zukunft der Profession

10:30 – 11:00 Uhr

Kaffeepause

P.F. Matthiessen: Ethik, Rhetorik und Theorie unkonventioneller Heilverfahren

H. Müller: Die GKV zwischen Leistungslast und Leistungspflicht

12:30 – 14:00 Uhr

Mittagessen

14:00 – 16:00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

A: Utopie und Wirklichkeit

R. Charbonnier: Wunsch und Wirklichkeit – Theologisch-ethische Überlegungen zu einem selbstbestimmten und realitätsgerechten Umgang mit wunscherfüllender Medizin

S. Hilgart: Ethische Beurteilung von Antiaging-Maßnahmen

C. Schäfer, O. Kölbl: Therapeutische Utopien in der Onkologie. Die moderne Medizin braucht eine Interessenbasierte Ethik

S. Schickanz, H. Petermann: Brave New World? Überlegungen zur Rolle von Utopien in der modernen Medizin

B: Grenzen der Verfügung über den eigenen Körper

R. Damm: Indikation und informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin – eine medizinrechtliche Betrachtung

E. Wagner, B. Fateh-Moghadam: Freiwilligkeit als Verfahren. Zum Verhältnis von Lebendorganspende, medizinischer Praxis und Recht

T. Schramme: Erwünschte Körpermodifikationen und Verstümmelungen: Warum eigentlich nicht?

E. Feldhaus-Plumin: Pränataldiagnostik und die Illusion der Vermeidbarkeit von Behinderung

C: Kinderwunsch – Wunschkinder

T. Krones, E. Schlüter, E. Neuwohner, S. El Ansari, T. Wissner, G. Richter: Kinderwunsch und Wunschkinder – Ansichten der Allgemeinbevölkerung, von Experten und IVF-Paaren zu Kinderwunsch, Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung

S. Ude-Koeller, L. Müller, C. Wiesemann: Junge oder Mädchen? Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei intersexuellen Kindern

S. Siegel: Moralische Einschätzung der In-vitro-Fertilisation durch Betroffene. Eine qualitative Interviewstudie

P. Thorn: Der „Gayby“ Boom. Medizinische Maßnahmen für soziale Unfruchtbarkeit?

D: Comparing Cultural Perspectives on Medicine of Desire (Workshop)

C. Braune, N. Biller-Andorno, C. Wiesemann: Cultural Perspectives on Key Players: Family Wishes in Medical Decision Making

P. Joung: Modern Reproductive Medicine for the Purpose of Fulfilling Ancient Dreams: Sex Selection in South Korea

T. Eich: The Assessment of PGD related Medical Sex Selection on Demand According to Islamic Scholars

O. Döring: The Cultural Meaning of Desire in Medical Ethics. Reflections about China

L. Hu: New Challenges to Chinese Family's Role in Medical Decision-Making. Assessing the "desire factor" regarding "futile treatment" at the end of life

C. Yali: Changing doctor-patient relationships in a transforming healthcare system. Traditional culture, and the new "medicine of desire"

16:00 – 16:30 Uhr

Kaffeepause

16:30 – 18:00 Uhr

Plenarsitzung: Assistierte Körperinszenierungen – von der heilenden zur erlösenden Medizin?

Moderation: *M. Rabe*

C. Rohde-Dachser: „Denn alle Lust will Ewigkeit“ – Medizin im Konflikt mit der Unstillbarkeit menschlichen Begehrens

M. Kettner: „Und erlöse uns von allen Übeln“ – Schöne Körper, schönes Altern, schönes Sterben

18:00 – 18:30 Uhr

Erfrischungen

18:30 – 20:00 Uhr

Podiumsdiskussion: IGeL & Co – wie nachfrageorientiert darf Medizin werden?

Moderation: *G. Richter*

Teilnehmer: *J.-D. Hoppe, H. Raspe, T. Katzorke, H. Hofheinz*

ab 20:00 Uhr

Abendprogramm in der Halle und im Audimax der UWH: Großes Buffet / Filme / Gespräche / Wellness / Musik

Samstag, 1. Oktober 2005

09:00 – 11:00 Uhr

Freie Vorträge in parallelen Sektionen

E: Gehirn-Doping

E. Winkler: Treatment versus Enhancement – eine sinnvolle Grenzziehung?

F. Stahnisch: Zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des menschlichen Gehirns – Neuroprothetik als wunscherfüllende Medizin

M. Synofzik: Kognition à la carte? Die pharmakologische Verbesserung mentaler Leistungen zwischen Anspruch, Wirklichkeit und ethischer Berechtigung.

E. Walcher-Andris: Ethische Aspekte des pharmakologischen „Cognition Enhancement“ am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulantien durch Kinder und Jugendliche

F: Indikation versus Patientenentscheidung

G. Marckmann, B. Nüßle: Die Wunschsektio – eine ethisch vertretbare Form der wunscherfüllenden Medizin?

C. Hellmers, B. Schücking: Die Sectio caesarea als Geburtsmodus der Wahl

A.T. May: Piercing – Körpermodifikation oder Selbstverstümmelung?

T. Krones: „Health needs assessment“ und „Evidence based patient choice“ im Rahmen einer kontextsensitiven Ethik

G: Schönheitsideale und Interessen

B. Herrmann: Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation: Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?

K.W. Schmidt: Schönheit und Skalpell – Ethische Fragen der Körperveränderung

D. Groß: Zwischen Wunscherfüllung und Körperverletzung: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellnessoase

M. Düwell: Wünsche, Fähigkeiten und Moral

11:00 – 11:30 Uhr

Kaffeepause

11:30 – 13:00 Uhr

Plenarsitzung: Möglichkeit und Wünschbarkeit von Enhancement

Moderation: *M. Düwell*

B. Schöne-Seifert: Enhancement und ärztliches Ethos

J.L. Scully: Körnernormen, Überschreitung und Ambivalenz

13:00 Uhr

Schlusswort und Verabschiedung

Geladene Referenten

Prof. Dr. med. Dietrich **Grönemeyer**
Grönemeyer Institut für MikroTherapie
Universitätsstr. 142
44799 Bochum

Prof. Dr. Dr. h.c. Carl Friedrich **Gethmann**
Europäische Akademie GmbH
Wilhelmstraße 56
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

Prof. Dr. Paul U. **Unschuld**
Medizinische Fakultät
Institut für Geschichte der Medizin
Lessingstr. 2
80336 München

Prof. Dr. Peter F. **Matthiessen**
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke

Hardy **Müller**
Techniker Krankenkasse
Leiter des Referates
Versorgungsmanagement / Projekte
Bramfelder Strasse 140
22305 Hamburg

Prof. Dr. Christa **Rohde-Dachser**, Dipl.-Psych.
Colmarstrasse 2
30559 Hannover

Prof. Dr. Jörg-Dietrich **Hoppe**
Präsident der Bundesärztekammer
Postfach 120 864
10589 Berlin

Prof. Dr. Heiner **Raspe**
Sozialmedizinisches Institut
Beckergrube 43-47
23552 Lübeck

Prof. Dr. Matthias **Kettner**
Fakultät für das Studium fundamentale
Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50
58448 Witten

Prof. Dr. Thomas **Katzorke**
Reproduktionsmedizinische
Gemeinschaftspraxis
Akazienallee 8-12
45127 Essen

Prof. Dr. Holger **Hofheinz**
Klinik am Rhein
Kaiser-Wilhelm-Ring 43 a
40545 Düsseldorf

Prof. Dr. Bettina **Schöne-Seifert**
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
der Medizin
Waldeyerstr. 27
48149 Münster

Dr. Jackie Leach **Scully**
Arbeitsstelle für Ethik in Biowissenschaften
Institut für Geschichte und Epistemologie
der Medizin
Schönbeinstrasse 20
CH-4056 Basel

Freie Vorträge

Abstracts

A.1 Wunsch und Wirklichkeit – Theologisch-ethische Überlegungen zu einem selbstbestimmten und realitätsgerechten Umgang mit wunscherfüllender Medizin

Charbonnier R

Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum

Ärztliches Handeln orientiert sich in aller Regel an der Fundamentalunterscheidung ‚gesund/krank‘. In der Praxis gilt diese Unterscheidung prima facie als einleuchtend und plausibel. Wunscherfüllende Medizin jedoch setzt an medizinischen *Möglichkeiten* und individuellen *Wünschen* nach einer physiologischen oder psychologischen Behandlung an.

Hinter dieser Entwicklung kann man eine Verschiebung bei der Bestimmung der ethischen Kriterien sehen: Während die Unterscheidung ‚gesund/krank‘ zumeist in *erkenntnistheoretisch* unkritischer Weise an physischen oder psychischen ‚Realitäten‘ festgemacht wird, schickt sich die wunscherfüllende Medizin nicht selten in *ontologisch* unkritischer Weise an, ihr Handeln allein am Wunsch eines Menschen zu orientieren und bestimmte physische und psychische Realitäten in kriterieller Hinsicht auszublenden.

Während die erkenntnistheoretisch naive Kriterienfindung gesellschaftliche Einflüsse auf Bestimmungen von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ verschleiert, droht eine ontologisch unkritische Kriterienfindung an physischen und psychischen Realitäten vorbeizugehen. Beide Wege erscheinen darum als unbefriedigend und ethisch unververtretbar.

Aus ethischer Perspektive stellt sich die Frage, welche erkenntnistheoretisch aufgeklärte und zugleich in ontologischer Hinsicht realitätsgerechte Rahmentheorie in der Lage ist, medizinisches Handeln unter Aufnahme der traditionellen Leitunterscheidung ‚gesund/krank‘ unter den Bedingungen einer wunscherfüllenden Medizin ethisch zu orientieren.

Eine solche Rahmentheorie ist mit der von Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack entwickelten, auf systemtheoretische und semiotische

Konzepte gestützte ‚Theorie der Humanmedizin‘ gegeben: Erkenntnis wird in dieser Theorie als prinzipiell relationale Bedeutungserteilung verstanden, nach der das erkennende Subjekt mit seinen biographisch ausgebildeten Interpretationsmustern Wirklichkeiten beschreibt. Einem naiven, subjekt-unabhängigen Realitätsverständnis wird hiermit die Grundlage entzogen. Die o.g. ontologischen Ausblendungen werden in der Rahmentheorie von von Uexküll und Wesiack vermieden, weil die von den Autoren aufgenommene semiotische Theorie Ch. S. Peirce‘ es erlaubt, wechselseitige Bedeutungserteilungen und -verwertungen zwischen physiologischen Abläufen, psychischen Erlebnisweisen des Körpers und sozialen Bedingungen zu erheben. Aus theologischer Sicht fällt allerdings auf, dass menschlicher Religiosität in der Rahmentheorie von von Uexküll und Wesiack kein Ort zugewiesen wird. Dies ist jedoch unter Bezug auf die in Anspruch genommene semiotische Theorie von Peirce nicht nur möglich, sondern unter dem Anspruch einer unverkürzten Peirce-Rezeption auch zu fordern.

Die Leistungsfähigkeit dieses Ansatzes zeigt sich bei der exemplarischen Anwendung auf Behandlungsmethoden der wunscherfüllenden Medizin: Schönheitschirurgische Eingriffe, reproduktionsmedizinische Verfahren wie die Geschlechtswahl, bewusstseinserweiternde Drogen und Maßnahmen eines Enhancement werden in ihrer physischen, psychischen und gesellschaftlichen Dimension begriffen. Damit erhält man für die ethische Reflexion ein weites Feld individueller Handlungsmotive, ethischer Prinzipien sowie physischer, psychischer und sozialer Folgenabschätzungen. Selbstbestimmung wird auf Grundlage einer solch umfassenden ethischen Reflexion unter Bezug auf physische, psychische und soziale Realitäten möglich. Ärztliche Aufklärung und partnerschaftliche Entscheidungsfindung können sich auf nachvollziehbare Kriterien beziehen.

A.2 Ethische Beurteilung von Antiaging-Maßnahmen

Hilgart S

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Fragestellungen: 1. Lassen sich innerhalb der anwachsenden Fülle an Forschungen und Anwendungen im Bereich von Antiaging-Maßnahmen unterscheidbare Zielsetzungen

herausarbeiten? 2. Wie sind diese Zielvorstellungen aus medizinethischer Perspektive zu bewerten?

In einer in *Science* im Februar 2003 veröffentlichten Stellungnahme, die „Antiaging Research and the Need for Public Dialogue“ betitelt war, urteilten Eric T. Juengst et al. folgendermaßen über die Bedeutsamkeit einer breiten gesellschaftlichen Diskussion zu den erwartbaren Folgen der sich ausweitenden biogerontologischen Forschung: „Success in this field will make the ramifications of most other current biomedical policy issues – such as the ethics of research on embryonic stem cells – seem relatively minor.“¹ Außerdem findet sich die These, die Alternforschung habe das Ende ihres Anfangs erreicht, doch die Diskussion der richtigen Anwendung der Kenntnisse befinde sich noch in ihrer Kindheit.² An der Richtigkeit der beiden zitierten Beurteilungen hat sich auch zwei Jahre später nicht viel geändert.

Die Behauptungen vieler Biogerontologen und ihrer Apologeten³, Altern sei eine Krankheit oder doch mindestens ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem und könne in absehbarer Zeit aufgehalten werden, bewirken eine tiefgreifende Verunsicherung, welche unsere alltägliche menschliche Erfahrung des Alterns an uns und unserer sozialen Umgebung radikal in ihrer Natürlichkeit in Frage stellt.

Im ersten Teil des Vortrags wird eine Definition des Alter(n)s und seiner Charakteristika aus medizinisch-biologischer Perspektive sowie eine kurze Bemerkung zu aktuellen Ergebnissen der biogerontologischen Forschung (u.a. Telomerase, endokrine Regulation, oxidativer Stress etc.) gegeben. Die bisher vorliegenden Studien lassen bedeutsame Durchbrüche in der Erforschung der Alterungsprozesse des Menschen erwarten.

In einem zweiten Teil werden drei sich unterscheidende Zielvorstellungen innerhalb der biogerontologischen Forschung vorgestellt und anschließend einzeln auf ihre medizinethische Haltbarkeit überprüft:

1. eine sanfte Variante, deren Ziel es ist, das Alter(n) angenehmer und lebenswerter zu gestalten;
2. eine Variante, deren Zweck darin besteht, Alterungsprozesse zu verlangsamen und die maximale Lebenserwartung zu erhöhen;
- und 3. eine Variante mit dem Ziel, Alterungsprozesse zu stoppen bzw. rückgängig zu machen und den menschlichen Organismus unsterblich werden zu lassen.

Die Spanne der befürwortenden Argumente reicht von dem liberalen Argument bezüglich des Rechts eines jeden Menschen auf ein möglichst langes Leben, über forschungsökonomische Erwägungen bis zu der These einer ethischen Verpflichtung gegenüber den an Alterskrankheiten leidenden Menschen.

An contra-Argumenten werden analysiert: u.a. Risiko einer ansteigenden Überbevölkerung, Ausweitung der Einflussmöglichkeiten auf die (menschliche) Natur, Unmöglichkeit akzeptabler Folgeeinschätzungen, Verschärfung sozialer Ungleichheiten, Unvereinbarkeit des ärztlichen Ethos mit der Befähigung zu dem Stoppen und der Durchführung des Stoppens von menschlichen Alterungsprozessen etc.

Ergebnisse: Deutlich wird, dass die beiden erstgenannten Zielsetzungen aus medizinethischer Perspektive akzeptabel erscheinen, wohingegen die Realisierung einer biotechnologisch ermöglichten Unsterblichkeit weder unseren Intuitionen entspricht noch gegen die vielen stichhaltigen Gegenargumente zu halten ist. Die Verlängerung der maximalen Lebenserwartung ist unter Einschränkungen unterstützenswert.

A.3 Therapeutische Utopien in der Onkologie. Die moderne Medizin braucht eine Interessenbasierte Ethik

Schäfer C, Kölbl O

Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universität Regensburg

Fragestellung: Die Sichtweisen von Arzt und Patient lassen sich immer schwerer miteinander in Deckung bringen. Im klinischen Alltag begegnen sich beide zunehmend als Fremde, die sich unterschiedlichen ontologischen Sphären zugehörig wissen. Dies kommt einer Situation gleich, wie sie nordamerikanische Bioethiker wie Robert Veatch schon vor Jahrzehnten beschrieben haben.

Objektive Vorgaben wie die Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien, aber auch politische Änderungen wie die Neufassung des EBM und

¹ Eric T. Juengst et al. in: *Science*, Vol. 299, 28 February 2003, 1323

² George M. Martin et al. in: *Science*, Vol. 299, 28 February 2003, 1341

³ z.B. Tom Mackey in: *Journal of Anti-Aging Medicine*, Vol. 6, Number 3, 2003, 188

die DRG's prägen den ärztlichen Berufsalltag. Sie engen zunehmend den Handlungsspielraum des Arztes ein. Dagegen wecken medizinische Fortschritte immer neue Wünsche auf Seiten der Patienten. Es stellt sich deshalb die Frage, wie Arzt und Patient gemeinsam diesen Interessenkonflikt lösen können.

Methodik: Typische therapeutische Utopien onkologischer Patienten werden dargestellt, die in unterschiedlichen Kulturkreisen beobachtet werden. Das 'Well-being-Paradox' und der unrealistische Optimismus sind dafür klinische Beispiele. Viele Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung glauben an ihre Heilung. Auch wenn therapeutische Utopien allgemein als unvernünftig angesehen werden, unternehmen wir den Versuch, Gründe dafür anzuführen, inwiefern sie berechtigt sind. Wir diskutieren therapeutische Utopien psychoonkologisch unter dem Stichwort 'Coping' und interpretieren sie philosophisch als 'future possibilities' im Sinne Thomas Nagels.

Ergebnisse: Sollen therapeutische Utopien als besondere Interessen im Entscheidungsprozeß neben anderen Interessen Berücksichtigung erfahren, könnte eine Interessen basierte Ethik hilfreich sein. Entgegen der herkömmlichen Beschränkung auf vernünftige Interessen, wie es zum Beispiel im Utilitarismus praktiziert wird oder auch von deutschen Ethikern wie Norbert Hoerster propagiert wird, vertreten wir ein umfassenderes Verständnis einer Interessen basierten Ethik. Dieses erkennt auch unvernünftige Interessen dann an, wenn sie dem 'Mensch-Sein' dienlich sind. Wir beabsichtigen mit unserem Vorschlag, die Natur des Menschen ganzheitlich in Blick zu nehmen. Mit diesem Verständnis ausgestattet, kann der Arzt in einen offenen Dialog mit seinem Patienten treten und versuchen die Utopien ausfindig zu machen, die überflüssig sind. Somit könnte eine Interessen basierte Ethik in Rekurs auf das allgemeine 'Mensch-Sein' als erster Ansatz dienen, die derzeit herrschende Entfremdung zwischen Arzt und Patient wieder zu überwinden.

A.4 Brave New World? Überlegungen zur Rolle von Utopien in der modernen Medizin

Schicktanz S, Petermann H

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Der Beitrag will das Verhältnis von historischer Entwicklung humangenetischer Utopien und der Rolle, die sie in der aktuellen ethischen Auseinandersetzung einnehmen, beleuchten.

Auch aktuelle Wunschvorstellungen in der Medizin sind von Utopien geprägt, die die Idee der Beherrschbarkeit und Machbarkeit des menschlichen Körpers sowie der Vervollkommnung der menschlichen Natur mit den Mitteln der modernen Medizin propagieren (Gordijn 2004). Für die Diskussion über legitime und übersteigerte Ziele der modernen Medizin, über die Abgrenzung von Therapie und Enhancement sowie von individuellem Wunsch und gesellschaftlicher Erwünschtheit spielen Utopien und ihre negative Wendung in Dystopien eine nicht zu unterschätzende Rolle. Dabei lässt sich zeigen, dass alle medizinische Utopien im Spannungsverhältnis von reeller Folgenabschätzung (Plausibilitätsanspruch), Fakten (Stand der Forschung) und Fiktionen (öffentliche und kulturelle, z.B. literarische Interpretation) stehen.

Diese Überlegungen bauen auf drei Thesen auf: 1. *Die historische Entwicklung verdeutlicht, dass in den bio-medizinischen Wissenschaften entwickelte Utopien einen durchgängigen Topos in der Literaturgeschichte darstellen, wobei sie meist als Dystopien gedeutet werden.* Ein Beispiel ist der Roman *Brave New World*, in dem Aldous Huxley (1932) die zu seiner Zeit vertretende humangenetischen und eugenischen Überlegungen und Experimente (u.a. von H.J. Mueller, G. Pincus, A. Carrel und Huxleys Bruder) zu reproduktionstechnologischen und psycho-sozialen Maßnahmen unter dem Zeichen totaler sozialer Kontrolle in einer zukünftigen Welt thematisierte. Nicht nur in den literarischen Utopien, sondern bereits in den bio-medizinischen Vorstellungen wurde die Kategorie der indikationsgebundenen Medizin verlassen. Die Vision vom Einsatz der Medizin zur Erfüllung (sämtlicher) individueller und sozialer „Wünsche“ rückt zunehmend in den Mittelpunkt, und machte sie für politische Instrumentalisierung einerseits und kulturkritischen Diskussion andererseits anfällig. Daher stellt sich die Frage, inwiefern kann eine selbstkritische Prüfung von „Wünschen“ innerhalb der medizinischen Disziplin einer problematischen Deutung vorbeugen?

2. *Moderne medizinische Utopien verfolgen nicht mehr ideale Gesellschaftsform(en), sondern es wird vielmehr die Erfüllung individuel-*

ler Wünsche und Zukunftsvisionen propagiert. Dabei wird oft übersehen, dass auch individuelle Wünsche wie Lebensverlängerung, Prävention und Heilung von Krankheiten sowie Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungen historisch gewachsene Vorstellungen sind, deren sozial-politische Funktion in der Geschichte implizit (und manchmal explizit) auch heute noch eine Rolle für ihre Bewertung spielen kann. Dies spiegelt sich in der Problematik der sozialen Erwünschtheit als möglicher Hintergrund (bzw. sozialer Druck) auf individuelle Wünsche wieder. Es stellt sich für uns die Frage, wie lässt sich methodisch und normativ die Unabhängigkeit individueller Wünsche sichern?

3. *Utopien und ihre negativen Interpretationen nehmen aus methodischer Sicht als Forschungsmotivation einerseits und als normativ aufgeladene Szenarien (z.B. Dambruchargumente) andererseits eine wichtige Rolle in der aktuellen Diskussion ein.* Utopien haben nicht nur als ‚science fiction‘ Unterhaltungswert, sondern können einen heuristischen Beitrag zur ethischen Debatte, Forschungssteuerung und Technikfolgenabschätzung leisten. Dabei sollte die Auseinandersetzung über Utopien weniger am Gesamtszenario erfolgen, sondern zu einer konkretisierten Auseinandersetzung über Plausibilität einzelner Folgen und Praktikabilität einzelner Schritte führen. Dies wirft allerdings die kritische Frage auf, inwiefern können Zukunftsszenarien, sei es als positive Motivation oder als Dambruchargument überhaupt normative Kraft haben?

Zumindest zeigt die historisch-kulturwissenschaftliche Auseinandersetzung, dass sich auch heutige Wunschvorstellungen im ähnlichen Spannungsfeld bewegen wie die eugenischen Sozialutopien am Anfang des 20. Jahrhundert.

B.1 Indikation und informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin - eine medizinrechtliche Betrachtung

Damm R

Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen

Indikation und informed consent stellen auch medizinrechtlich nicht nur wichtige Basisgrößen der normativen Verfasstheit des Arzt-Patient-Verhältnisses dar. Sie bilden vielmehr, was mitunter vergessen zu werden scheint, zu-

sammen mit einer standardgemäßen Behandlung, die drei „Kernstücke ärztlicher Legitimation“⁴. Es kommt daher diesen Leitgrößen auch in der aktuellen Diskussion um bereichsspezifische Entwicklungstendenzen von der überkommenen „Indikationsmedizin“ zu einer „Wunschmedizin“ oder „wunscherfüllenden Medizin“ eine besondere Relevanz zu. Das auch aus rechtlicher Sicht eigentlich Bemerkenswerte ist allerdings der Umstand, daß sich die einschlägigen medizinethischen und -rechtlichen Fragen zu *Indikationskonzept und Informationskonzept als Verbundproblem* stellen. Dies gilt schon für vertraute medizinrechtliche Grundsätze, ist aber, und dies ist hier entscheidend, für die Bereiche der zunehmend als „moderne Medizin“ bezeichneten Handlungsfelder offensichtlich von besonderer Bedeutung.

Seit langem wird auf die rechtliche „Formel vom reziproken Zusammenhang zwischen Indikation und Aufklärungspflicht“ verwiesen, wonach gelten soll: „Je dringender die Indikation ... desto leichter wiegt die Aufklärungspflicht“⁵ beziehungsweise: „Je weicher die Indikation, desto härter die Aufklärung“⁶. Versteht man unter Indikation „Grund“ oder „Rechtfertigung“ für den Einsatz eines medizinischen Verfahrens, so könnte diese Formel in einer Grenzwertbetrachtung darauf hinauslaufen, daß die medizinische „Grundlosigkeit“ als Verflüchtigung der Indikation bis zu deren gänzlichem Verschwinden als durch ein immer weiter sich steigerndes Informationsniveau kompensierbar erscheint. Jedenfalls eröffnet sich immer deutlicher die Perspektive, wonach Eindeutigkeitsverluste der Indikation zu einem Bedeutungszuwachs der informationellen Dimension oder mit anderen Worten zur *Kompensation fehlender/problematischer Indikation durch Information* führen.

Dies wird für expandierende Medizinbereiche immer häufiger zum Thema und Problem. Verwiesen sei insofern nur auf Fortpflanzungsmedizin („Wunschkind“), Geburtshilfe („Wunschsektio“), Transplantationsmedizin (Organ-„Spende“) und Humangenetik (Wunsch-, Gefälligkeits-, Lifestylediagnostik).

⁴ Laufs: *Arztrecht*, 5. Aufl., 1993, Rz. 690.

⁵ Laufs, a.a.O., Rz. 198, 200.

⁶ Husslein/Langer: *Elektive Sektio vs. vaginale Geburt - ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe?*, *Der Gynäkologe* 2000, 849 (854).

In diesen und anderen Bereichen stellt sich, sei es auf der Grundlage des geltenden Rechts, sei es im Rahmen rechtspolitischer Projekte, die Frage nach dem verbleibenden Stellenwert medizinischer Indikation verknüpft mit der Folgefrage, ob „Indikationsverluste“ durch „Informationsgewinne“ kompensiert werden können. Es sei, um Missverständnisse zu vermeiden, klargestellt werden, dass die damit angesprochenen Indikationsverluste auch Eindeutigkeitsverluste umfassen, die, nur auf den ersten Blick paradox, in der Form teils drastischer *Ausweitungen* von Indikationskatalogen erscheinen.⁷

Der Vortrag soll diesem Problemzusammenhang am Beispiel konkreter Medizin- und Regelungsbereiche nachgehen, insbesondere dem der *genetischen Diagnostik*⁸. Es stellen sich die drei Fragen, nämlich einmal: Soll medizinisches Handeln stets oder nur noch in eingeschränkter Weise an einen medizinischen „Grund“, also eine Indikation im überkommenen Verständnis gebunden bleiben? Und bei Bejahung dieser Frage weiterhin: Was bedeutet Indikation eigentlich in der modernen Medizin? Und schließlich: Welche Rolle kommt dem Informationskonzept bei zweifelhafter Indikation zu? Es stammt die Frage nach der Indikation in der genetischen Diagnostik bezeichnenderweise von einem Humangenetiker: „Wann sind genetische Tests eigentlich 'indiziert'?“⁹ und auch, für die Pränataldiagnostik, das Postulat, „dass der klassische Indikationsbegriff, der immer das medizinisch Notwendige impliziert (Indikation = zwingender Grund), in einem Bereich nicht greifen kann, der in erster Linie einer persönlichen Abwägung unterliegt“.¹⁰ Der Übergang der Indikationshoheit auf den Patienten wird in einer Formulierung der Bundesärztekammer sehr deutlich: „Die Voraussetzung für eine prädiktive genetische

⁷ Hier ist etwa die Ausweitung von „Indikationen“ in der Pränataldiagnostik zu verweisen, einschließlich der Sonderrolle der „psychologischen Indikation“. Zur „Unterminierung“ des medizinischen Indikationskonzepts durch nachfrageorientierte Anwendungsexpansion nachdrücklich Nippert in: Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, 2001, S. 293, 295.

⁸ Ausführlich hierzu Damm: Gesetzgebungsprojekt Gentestgesetz. Regelungsprinzipien und Regelungsmaterien, MedR 2004, 1 (9 ff zur Indikationsproblematik).

⁹ Schmidtke: Vererbung und Ererbtes, 1997, S. 95.

¹⁰ Schmidtke: Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, in: Winter/Fenger/Schreiber (Hrsg.), Genmedizin und Recht, 2001, S. 440.

eine prädiktive genetische Diagnostik ist dann gegeben, wenn ein Patient nach angemessener Aufklärung und Beratung eine solche Diagnostik für sich als angemessen erachtet“.¹¹ Es wird, den im Abschnitt „Indikationsstellung“ stehenden Text beim Wort genommen, die Entscheidung des aufgeklärten Patienten nicht nur als *eine* Voraussetzung der Diagnostik begriffen, sondern mit der Indikation gleichgesetzt bzw. die Indikation durch Aufklärung ersetzt. Damit wird die mögliche, aber umstrittene Basisregel verlassen, nach der gelten könnte: Die freie Selbstbestimmung ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Einsatz dieser Diagnostik (wie auch grundsätzlich anderer medizinischer Behandlungen¹²). Allerdings handelt es sich dabei um eine umstrittene Regel, anderenfalls bliebe die Diskussion um „Health purposes“ und Indikationsstellung als Kriterien der Anwendung“ prädiktiver Gentests unverständlich¹³.

Die ganze Tragweite der zitierten Richtlinienformel und zahlreicher weiterer Texte ist durch ihren Wortlaut kaum abschließend bestimmt. Für die hier angestellten Überlegungen ist die darin zum Ausdruck kommende Verknüpfung von Indikation und Selbstbestimmung von entscheidender Bedeutung. Natürlich besteht insofern ein Zusammenhang mit dem jedenfalls normativen Siegeszug der *Patientenautonomie* einschließlich des *informed consent* als auch rechtlichem Rückgrat dieser Autonomie¹⁴. In deren historischer Entwicklung stand der Schutz vor ärztlicher Eigenmachtbehandlung im Vordergrund und später die Beteiligung des

¹¹ Bundesärztekammer: Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik, 2003 (Abdruck etwa in DÄBl. 2003, PP-277, 281)

¹² Natürlich ist mittlerweile von einer Bandbreite ärztlicher Tätigkeit außerhalb gesundheitlich begründeter Eingriffe bei Nichtpatienten auszugehen, die von der Schönheitsoperation bis zur Organlebendspende reicht. Mit der Grundsatzregel ist aber zugleich ein besonderer medizinethischer und rechtlicher Begründungsbedarf für derartige Eingriffe reklamiert.

¹³ Fuchs/Lanzerath/Schmidt (Hrsg.): Prädiktive Gentests. „Health purposes“ und Indikationsstellung als Kriterien ihrer Anwendung, 2004.

¹⁴ Zu Entwicklung und Stand Damm: Imperfekte Autonomie und Neopaternalismus. Medizinrechtliche Probleme der Selbstbestimmung in der modernen Medizin, MedR 2002, 375; Damm: Systembezüge individueller Patientenrechte, in: Brand/v. Engelhardt/Simon/Wehkamp (Hrsg.), Individuelle Gesundheit versus Public Health?, Jahrestagung der AEM 2001, 2002, S. 48.

informierten Patienten an der ihn betreffenden Entscheidung über die Behandlung. Die Bestimmung der Indikation als *medizinischem* Grund stand demgegenüber nach überkommenem Verständnis in professioneller Zuständigkeit. Nunmehr geht es um eine gänzlich andere Dimension von Patientenselbstbestimmung als Ersatz für schwindende originär fachwissenschaftliche Kriterien für den Einsatz einer Behandlungsoption. Damit geht es einerseits um eine Neubestimmung und Aufwertung von Patienten- oder auch Klientenselbstbestimmung und andererseits um eine Neubestimmung und Relativierung der Reichweite eines kompetenziellen Professionsvorbehaltes.

Ungeachtet eines unübersehbaren Anschwellens fach- und normwissenschaftlicher Stellungnahmen sind die einschlägigen Fragen keineswegs geklärt, zum Teil sind die angemessenen Fragen nachgerade erst zu formulieren. Auch von ihrer weiteren Bearbeitung und Beantwortung hängt nicht nur die zukünftige Entwicklung der modernen Medizin und ihres Rechts ab, sondern auch des Gesundheitssystems und der gesellschaftlich wünschenswerten Medizinkultur.

B.2 Freiwilligkeit als Verfahren. Zum Verhältnis von Lebendorganspende, medizinischer Praxis und Recht

Wagner E, Fateh-Moghadam B

Institut für Soziologie, Universität München

Die Option der Lebendorganspende erfordert eine Entscheidung, die der Performanz des Medizinischen gleichzeitig entspricht und entgegensteht: Die *therapeutische* Behandlung des Organempfängers ist notwendig mit einem *nicht-therapeutischen* Eingriff beim Organspender verbunden. Die Organentnahme beim Lebenden schädigt den Spender und ist mit nicht unerheblichen Kurz- und Langzeitrisiken verbunden, ohne dass eine *medizinische Indikation* für den operativen Eingriff bestehen würde. Sie teilt somit ein wesentliches Kennzeichen derjenigen medizinischen Verfahren, die derzeit unter dem Label der ‚*wunscherfüllenden Medizin*‘ diskutiert werden, also etwa Schönheitsoperationen, Gefälligkeitssterilisationen und die In-vitro-Fertilisation. Diese Verfahren zwingen zu einer partiellen Umstellung der in Medizinethik und Medizinrecht traditionellen Unterscheidung medizinisch indiziert/nicht me-

dizinisch indiziert, auf die Unterscheidung freiwillig/nicht freiwillig. Während eine inzwischen etwa dreißigjährige sozialwissenschaftliche Debatte die mangelhafte Berücksichtigung der Patientenautonomie durch den Arzt beklagt, scheint Autonomie hier als Problemlösungsformel funktional zu sein. Dass diese Neuorientierung, und die damit verbundenen *Autonomiezumutungen*, jedoch ihrerseits zu Legitimationsproblemen führt, zeigt die gesetzliche Einrichtung von interdisziplinären *Lebendspendekommissionen*, in denen die Freiwilligkeit der Organspende in jedem Einzelfall geprüft werden soll. Die Umstellung der materiellen Entscheidungsgrundlage wird durch rechtlich-prozedurale Verfahrensmodelle ergänzt, da die Medizin für Fragen des autonomen Willens offenbar keine alleinige Zuständigkeit beanspruchen kann.

Zur Darlegung dieses Zusammenhangs, der bereits in anderweitigem Kontext unter der These der Ethisierung und Deprofessionalisierung der Medizin diskutiert wird, werden wir in einem ersten Schritt erläutern, inwiefern die Lebendorganspende als Problem einer wunscherfüllenden medizinischen Praxis auftritt (1) und die Lebendspendekommission als rechtlich-prozedurale Lösung hierfür angesehen werden kann (2). In Rekurs auf empirisches Material aus Experteninterviews mit Mitgliedern von Lebendspendekommissionen können wir dabei zeigen, dass diesen Kommissionsverfahren ein von medizinischer Praxis abweichendes Patientenkonzept unterliegt. Die Kommission interessiert sich in erster Linie nicht wie typischerweise die Medizin für *Körper*, sondern für die *authentische Rede von Personen* in Bezug auf die Plausibilisierung eines *autonomen Willens*. Was die Verfahrenslösung mit der medizinischen Praxis gemeinsam hat, ist ihre asymmetrische Form: Sowohl der Patient als Körper (Medizin) als auch der Patient als autonomer Entscheider (Verfahren) wird durch eine asymmetrische Struktur erzeugt. Gezeigt werden kann nicht nur, wie symmetrische Personenkonzepte durch asymmetrische Zuschreibungsprozesse im Verfahren erst hergestellt werden, sondern auch, dass diese Prozedur aus Sicht des Organspenders äußerst voraussetzungsreich ist. Die verfahrensmäßige Verklammerung von Medizin und Recht durch das Kommissionsmodell stellt sich dabei als eine engere Form von struktureller und operativer Koppelung dar (3). Zusam-

menfassend kann die Prozeduralisierung medizinischer Entscheidungsprozesse als Lösungsversuch für eine Legitimationskrise moderner Medizin gekennzeichnet werden, der seinerseits zu Irritationen und Folgeproblemen für die Medizin, die Medizinethik und das Recht führt.

B.3 Erwünschte Körpermodifikationen und Verstümmelungen: Warum eigentlich nicht?

Schramme T

LS für Philosophie II, Universität Mannheim

Der Tagungstitel „wunscherfüllende Medizin“ weckt Assoziationen, die in erster Linie auf „verbessernde“ medizinische Eingriffe verweisen. Doch der Ausdruck birgt eine Rückseite, die sich weniger aufzudrängen scheint: Viele Menschen hegen den Wunsch, Eingriffe an ihrem Körper vornehmen zu lassen, die allgemein als verstümmelnd angesehen werden und daher auf Missfallen stoßen. In der Geschichte der Menschheit finden sich seit jeher Beispiele für rituelle oder kulturell bedingte Verstümmelungen des Körpers. Man könnte sogar argumentieren, dass sich gerade darin die spezifisch menschliche Freiheit äußert – Tiere verstümmeln sich nicht freiwillig -, indem die natürlichen Gegebenheiten am eigenen Körper überschritten werden. Dementsprechend sind Tattoos und Ohrlöcher für Ringe als Körperschmuck weithin akzeptiert, aber auch massivere Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit wie die Beschneidung bei Jungen bzw. Männern oder der Schmiss bei Mitgliedern schlagender Verbindungen. Spezifisch moderne Formen der Körperverstümmelung bzw. -modifikation, wie die Sterilisation, die Lebenspende bestimmter Organe, sowie geschlechtsumwandelnde Operationen sind durch medizinische Fortschritte möglich geworden und werden ebenfalls üblicherweise akzeptiert, sogar häufig positiv bewertet.

Im deutschen Strafrecht wird die freiwillige Körperverletzung durch den §228 StGB geregelt. „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“ Anscheinend hatte der Gesetzgeber Angst, durch das bloße Kriterium der Freiwilligkeit Handlungen zulassen zu müssen, die dem allgemeinen Verständnis nach nicht zulässig sein

sollten und führte daher eine substantialistische Auswegsklausel ein.

Doch welche Körpermodifikationen verstoßen gegen die guten Sitten? Das hängt davon ab, was „die guten Sitten“ festlegen. Das bayerische Oberlandesgericht urteilte beispielsweise im Jahre 1999 zu dieser Frage: „Ein Verstoß gegen die guten Sitten liegt nach ständiger Rechtsprechung vor, wenn eine Handlung dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden zuwiderläuft.“ Philosophen werden in dieser Argumentation sofort (und zu Recht) einen Zirkelschluss wittern. Die billig und gerecht Denkenden sind offenbar nicht identifizierbar, ohne erneut Rekurs auf Moral und gute Sitten zu nehmen.

Eine drohende freiwillige Verstümmelung zu verhindern, bedeutet, einen paternalistischen Akt zu begehen. In liberalen Gesellschaften bedürfen solche Eingriffe in die Autonomie üblicherweise der Rechtfertigung. In meinem Vortrag möchte ich mich mit deren Grundlage beschäftigen, die letztlich in einem Urteil besteht, dass freiwillige Verstümmelung unmoralisch, unklug oder in anderer Weise schlecht ist. Es wird sich zeigen, dass es innerhalb eines liberalen Denkmusters gar nicht so einfach ist, überzeugende Argumente gegen die Zulassung erwünschter Körpermodifikationen zu finden.

B.4 Pränataldiagnostik und die Illusion der Vermeidbarkeit von Behinderung

Feldhaus-Plumin E

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Fragestellung: Auf dem Hintergrund der Illusion der Vermeidbarkeit von Behinderung wird den Frauen aus gynäkologischer Perspektive häufig die Pränataldiagnostik angeboten. Andere Frauen wiederum möchten aus Eigeninitiative heraus die Pränataldiagnostik nutzen, da sie primär die Bestätigung für ein gesundes Kind ersehnen. Im Kontext unzureichender Information und Aufklärung ist ihnen meist der mögliche Entscheidungskonflikt zwischen der Austragung des Kindes mit Behinderung und dem Spätabbruch als eingeleitete Geburt mit Todesfolge nicht bewusst.

Folgende Forschungsfragen wurden untersucht: Welche Bedürfnisse und Erwartungen haben Frauen bezogen auf Beratung zu Pränataldiagnostik? Wie wird in der aktuellen Beratungspraxis psychosoziale und medizinische Beratung zu Pränataldiagnostik durchgeführt? Wel-

chen Stellenwert hat in diesem Kontext die interdisziplinäre Beratung?

Methodik: Mit neun Frauen wurden retrospektive qualitative Interviews erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Frauen hatten 0 bis zwei Kinder sowie einen negativen oder positiven Befund. Bei letzterem entschieden sie sich zum Spätabbruch oder zur Austragung des Kindes mit Behinderung. Die Erhebung und Auswertung von 12 qualitativen ExpertInnen-Interviews mit medizinischen und psychosozialen BeraterInnen sowie eine Versorgungsstrukturanalyse der Beratungssituation in Berlin folgte.

Ergebnisse: Die ethische Dimension der Anwendung von Pränataldiagnostik wird in den individuellen Situationen professioneller Beratung und Begleitung häufig nicht hinterfragt. Dies geschieht in Einzelfällen in psychosozialer Beratung, Hebammenbegleitung oder im „stillen Kämmerchen“. Die Frauen fühlen sich allein gelassen mit ihren Entscheidungskonflikten.

Das Dilemma der Nicht-Übertragbarkeit epidemiologischer Daten auf das Individuum verdeutlicht die Diskrepanz zwischen der von Frauen gewünschten Objektivität und Aussagekraft der Pränataldiagnostik und der Unmöglichkeit, diese abstrakten Zahlen in der konkreten Situation auf sich selbst übertragen zu können.

Die primär medizintechnische Versorgung in der Schwangerschaft im Kontext der Pränataldiagnostik wird den Bedürfnissen der Frauen nicht immer gerecht. Bezüglich ihrer Entscheidungen für oder gegen die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik, insbesondere aber auch im Entscheidungskonflikt zwischen der Austragung des Kindes mit Behinderung oder dem Spätabbruch erwarten die Frauen von medizinischen und nicht-medizinischen ExpertInnen Hilfe bei der Entscheidungsfindung. Keine von ihnen fühlt sich ausreichend unterstützt auf diesem Weg. Dies verstärkt die Forderung nach psychosozialen Beratungsangeboten.

Die Frauen mit auffälligem bzw. positivem Befund erleben in der 'Sekunde' der Übermittlung des Befundes die Zerstörung ihrer Illusion, da ihre ursprüngliche Motivation die Bestätigung für ein gesundes Kind war. Meist reißt nach positiver Befundmitteilung die Kontinuität der Versorgung ab.

Diskussion: Wie kann die ethische Dimension im Kontext der (Nicht-) Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik in die momentane Beratungspraxis einbezogen werden?

Wie kann eine Kontinuität in der psychosozialen Beratung und Begleitung gewährleistet werden?

Wie kann die Schnittstellenproblematik zwischen medizinischer Intervention und dem Beratungsbedarf der Frauen und Paare abgebaut werden?

C.1 Kinderwunsch und Wunsch Kinder - Ansichten der Allgemeinbevölkerung, von Experten und IVF-Paaren zu Kinderwunsch, Präimplantationsdiagnostik und Stammzellforschung

Krones T, Schlüter E, Neuhöner E, El Ansari S, Wissner T, Richter G
AG Bioethik-Klinische Ethik & Institut für Allgemein- und Familienmedizin, Universität Marburg

Eines der medizinischen Felder, in denen die ethische Diskussion um die 'Wunscherfüllende Medizin' am stärksten sichtbar ist, ist die Reproduktionsmedizin, welche die Erfüllung des 'Kinderwunsches' (sic!) verspricht. Gerade bei der Bewertung reproduktionsmedizinischer Techniken treffen die klassischen bioethischen Bewertungskriterien der Gleichheit und Autonomie und die Frage nach einer gerechten Gesundheitspolitik wie in kaum einem anderen medizinischen Feld aufeinander. Zentral sind hierbei die Fragen, ob Sterilität als Krankheit definiert wird, die eine medizinische Intervention rechtfertigt, und ob sich aus der Sterilität lediglich ein Abwehrrecht oder auch ein positives Anspruchsrecht hinsichtlich der Erfüllung des Kinderwunsches ergibt, welches der Gesellschaft abverlangt, für die Infertilitätsbehandlung Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Die Konfliktlinien werden am Beispiel eigener BMBF-geförderter Studien zur Bewertung neuer reproduktionsmedizinischer Technologien (*in vitro*-Fertilisation, Präimplantationsdiagnostik, Stammzellforschung) empirisch dargestellt. Es wurden qualitative und standardisierte repräsentative Befragungen von direkt betroffenen deutschen und türkischstämmigen genetischen Hochrisiko- und IVF Paaren (n=624), Paaren ohne Sterilitäts- und Hochrisikoproblematik (n=298), verschiedenen Expertengruppen (Humangenetiker, Ethiker, Pädiater,

Hebammen und Gynäkologen, n=879) und der Allgemeinbevölkerung (n=1017) als face to face Befragungen und postalische Befragungen durchgeführt.

Hierbei zeigten sich extrem unterschiedliche Auffassungen der befragten Gruppen zur Reproduktionsmedizin. Während beispielsweise die Mehrheit der befragten Ethikexperten das 'Recht auf ein Kind' lediglich als negatives Abwehrrecht definiert, entspricht der Kinderwunsch für die Mehrheit der befragten Hebammen, Pädiater und Humangenetiker am ehesten einem legitimen Wunsch, der jedoch größtenteils selbst von den Paaren finanziert werden sollte. Gynäkologen, sowie alle befragten Laiengruppen sind dagegen mehrheitlich der Ansicht, das ein positives Anspruchsrecht bestünde, und die Finanzierung durch die Krankenkassen erfolgen sollte.

Wie weit der 'Kinderwunsch' auch die Etablierung der Präimplantationsdiagnostik bis hin zur Erfüllung von Geschlechtspräferenzen und eine Forschung an präimplantativen Embryonen nach Ansicht der Befragten einschließen sollte, und welche Auswirkungen die partielle Eigenfinanzierung der IVF durch die Paare seit Anfang 2004 zeitigt, wird ebenfalls dargestellt.

Die Ergebnisse werden zum einen auf der Basis des Capability- Ansatzes und des freiheitsfunktionalen Liberalismus von Amartya Sen und Herlinde Pauer –Studer diskutiert. Dabei bildet auf der Basis universeller Achtung und Anerkennung die distributive (Befähigungs-)gerechtigkeit die Grundlage für soziale (reale) Freiheit als zentralem vorrangigem Wert. Zum anderen werden Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von 'Laienperspektiven' in Prioritätensetzungen im Gesundheitswesen abschließend ausgelotet.

C.2 „Junge oder Mädchen? Elternwunsch, Geschlechtswahl und geschlechtskorrigierende Operationen bei intersexuellen Kindern“

Ude-Koeller S, Müller L, Wiesemann C
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Göttingen

In dem Vortrag sollen ethische Probleme diskutiert werden, die bei der chirurgischen, aber auch medikamentösen Behandlung intersexueller Kinder entstehen können. Gefragt werden soll, welcher Stellenwert dem Elternwunsch nach einer eindeutigen Geschlechtszuweisung

zuzumessen ist und welche medizinethischen Konfliktfelder zwischen konkurrierenden Wunschvorstellungen der Eltern und behandelnden Ärzte zum einen und Kindeswohl und Kinderrechten zum anderen entstehen können.

Entgegen der vorherrschenden Meinung, dass es ein eindeutig männliches und ein weibliches Geschlecht gibt, sind aufgrund von Abweichungen von der typischen somatosexuellen Entwicklung zur Frau oder zum Mann bei intersexuellen Menschen Merkmale beider Geschlechter vorhanden, d.h. es besteht eine Diskrepanz zwischen dem chromosomalen Geschlecht, den inneren Geschlechtsorganen und dem Erscheinungsbild der äußeren Geschlechtsorgane. Neugeborenen, die mit einem uneindeutigen Genitale zur Welt kommen, das eine klare Geschlechtsbestimmung unmöglich macht, wird noch heute oft trotz unsicherer Prognose über die Behandlungsergebnisse ein Geschlecht zugewiesen und dieses dann operativ erstellt. Dieses Vorgehen ist von verschiedenen Seiten aus ethischer Perspektive heftig kritisiert worden. Kipnis und Diamond argumentierten 1998 im Journal of Clinical Ethics für ein Moratorium für alle nicht vital indizierten geschlechtskorrigierenden Eingriffe.

Die unklare Datenlage und die lange, zu prognostizierende Zeitspanne haben jedoch zur Folge, dass gerade bei Neugeborenen oft nicht zu entscheiden ist, welche Vorgehensweise tatsächlich im besten Interesse des Kindes zum einen und des zukünftigen Erwachsenen zum anderen ist. Sowohl ein interventionelles als auch ein rein abwartendes Verhalten kann gegen die Interessen des Betroffenen verstoßen. Partizipationsrechte des Kindes einerseits und Selbstbestimmung des zukünftigen Erwachsenen andererseits können ebenfalls zu gegensätzlichen Handlungsoptionen führen. Aus diesem Grund können Eltern ihr Recht auf Stellvertretung des Kindes in seinen Belangen oft nicht mit guten Gründen ausüben. Pädiatrische Praxis ist es dann in diesen unklaren Fällen zumeist, den Wünschen der Eltern ein großes Gewicht bei Handlungsentscheidungen einzuräumen.

Jenseits von zur Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit notwendigen Behandlungen angesiedelt, dienen die Geschlechtszuweisung und die daraus resultierenden Therapien in diesen Fällen letztlich der Befriedigung von Elterninteressen, die sich meist ein eindeutig

männliches oder eindeutig weibliches und damit in ihren Augen gesundes Kind wünschen. Im Vortrag soll der Frage nachgegangen werden, ob und unter welchen Umständen sich eine solche Orientierung an den Elternwünschen im Umgang mit Neugeborenen mit intersexuellem Genitale ethisch rechtfertigen lässt. Kipnis, K./Diamond, M.: Pediatric Ethics and the surgical assignment of sex. In: Journal of Clinical Ethics (9) 1998, 398-410

C.3 Moralische Einschätzung der In-vitro-Fertilisation durch Betroffene. Eine qualitative Interviewstudie

Siegel S

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Erlangen-Nürnberg

Mit der erfolgreichen Geburt des ersten Retortenbabys nach einer extrakorporalen Befruchtung in Deutschland im Jahre 1982 wurde die Ära der modernen (kinder-) wunscherfüllenden Medizin eingeleitet. Inzwischen sind die medizinischen und psycho-soziale Folgen für die Entwicklung der Kinder und auch für die Familien gut untersucht.

Bisher gibt es jedoch unseres Wissens – auch international – keine Studie darüber, wie diese heute jungen Erwachsenen ihre Entstehung mit Hilfe der Reproduktionsmedizin bewerten und welche Auswirkungen die Zeugung durch In-vitro-Fertilisation auf ihr Selbstbild hat.

Vor diesem Hintergrund erschien es interessant die allerersten Betroffenen der Kinderwunschbehandlung in Deutschland zu befragen. Von Interesse waren insbesondere die Beurteilung der ethischen Bedenken gegen die IVF im Hinblick auf die individuelle Würde sowie die Bedeutung von IVF bezüglich „der eigenen Identität“, dem „technisch gemacht sein“ („im kalten Labor“, „Produkt sein“, „Planung“, „Technik“, „kalte Petrischale“). Welche Bedeutung wird der IVF innerhalb der eigenen Biografie beigemessen? Wie haben die Betroffenen diese Information aus eigener Sicht aufgenommen? Wissen Familie/Freunde von der IVF-Zeugung? Wie sollte nach Einschätzung der Betroffenen mit der IVF gesellschaftlich umgegangen werden?

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden die ersten IVF-Familien Deutschlands interviewt. Die Teilnehmenden wurden über die Studie aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einwilligung. Dabei wurden separate Inter-

views mit den heute erwachsenen Kindern und ihren Eltern geführt. Die Interviewinhalte orientierten sich an einem halbstrukturierten Interviewleitfaden. Inhalt des Leitfadens waren Fragen zu den Themenfeldern „Bewertung der IVF“, „Bedeutung der IVF für die eigene Identität“, „Umgang mit dem Thema künstliche Zeugung“. Im Interview wurden die Themen in der Reihenfolge ihres Auftretens behandelt. Am Ende der Interviews wurden soziodemographische Daten der Befragten erhoben. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, wörtlich transkribiert und einer vollständigen Datenkontrolle unterzogen. Die Datenanalyse erfolgte mit Techniken der „Grounded Theory“. Diese qualitative Forschungsmethode gestattet neue Theorien auf der Grundlage systematisch erhobener Daten formulieren zu können. Das methodische Vorgehen der „Grounded Theory“ ist durch eine zirkuläre Abfolge von Datenerhebung und Datenanalyse gekennzeichnet. Daher begann die Datenanalyse bereits, nachdem die ersten Interviewtranskripte vorlagen. Die „Grounded theory“ ermöglicht Erkenntnisse über komplexe und persönliche Themen anhand von relativ kleinen Stichproben allerdings bei einem maximalen Aufwand in der Datenerhebungstechnik und in der Datenanalyse.

Wir präsentieren Ergebnisse („work-in-progress“) aus der aktuellen Analyse der bisher mit 13 Familien geführten Interviews. Dabei wird schwerpunktmäßig die Einschätzung der IVF durch die heute erwachsenen Kinder behandelt werden. In der Analyse zeigte sich bei ihnen ein breites Interesse für die Art ihrer Zeugung. Zugleich wurde häufig eine wie auch immer geartete Bedeutung für die persönliche Identitätsentwicklung verneint. Die Ergebnisse werden erstmals vorgestellt und diskutiert.

C.4 Der „Gayby“ Boom. Medizinische Maßnahmen für soziale Unfruchtbarkeit?

Thorn P

Traditionell wurden die Möglichkeiten der assistierten Reproduktionstechnologien (ART) benutzt, um verheiratete Paaren mit Fruchtbarkeitsstörungen zu behandeln und ihnen die Möglichkeit zu bieten, mit medizinischer Unterstützung ein Kind zu zeugen. Hierzu gehören vor allem die Insemination, die In-vitro-Fertilisation (IVF) bei weiblichen Fruchtbarkeitsstörungen und darauf basierende weitere

Technologien. Immer häufiger werden diese Methoden der ART jedoch von Gruppen benutzt, die nicht an Sterilität oder Unfruchtbarkeit leiden. Hierzu gehören lesbische Paare, die Geschlechtsverkehr mit einem Mann grundsätzlich ablehnen, alleinstehende Frauen, die nicht in einer festen Partnerschaft sind und Geschlechtsverkehr nur zur Zeugung eines Kindes ablehnen oder auch schwule Paare, bzw. alleinstehende Männer, die ohne die Möglichkeiten von ART kein Kind zeugen könnten. Im angelsächsischen Sprachraum wird dies mit dem Begriff „social infertility“ umschrieben. Hiermit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Unfruchtbarkeit nicht auf eine körperliche Einschränkung zurückzuführen ist, sondern aufgrund der sozialen Ausrichtung dieser Personen entsteht.

Allen vier o.a. Gruppierungen kann mit Hilfe von ART der Kinderwunsch erfüllt werden. Lesbische Paare greifen bereits seit mindestens 20 Jahre auf die Behandlung mit Spermien zurück. Hierbei wird eine Partnerin mit dem Samen eines Spermien spenders inseminiert. Dies ist auch eine Option für alleinstehende Frauen vorangeschrittenen Alters mit starkem Kinderwunsch, die aufgrund moralischer und gesundheitlicher Bedenken einen sog. „one-night stand“ ablehnen. Der Anstieg von schwulen Partnerschaften, die mit Hilfe einer Leihmutter ein Kind zeugen, ist z.Zt. in den USA so rasant, dass dies zu einem regelrechten „gayby boom“ geführt hat. Auch alleinstehende Männer könnten mit Hilfe einer Leihmutter ein Kind zeugen und dies, ähnlich wie alleinstehende Frauen, ohne zweiten Elternteil aufziehen. Dies scheint jedoch zur Zeit nur eine theoretische Möglichkeit zu sein; noch sind hiervon keine Fälle bekannt geworden.

Diese Möglichkeiten von ART werfen nicht nur kontroverse medizin-ethische, sondern auch sozialpsychologische Fragestellungen auf:

1. Ist es gerechtfertigt, in solchen Fällen medizinische Ressourcen zu verwenden, obgleich keine Krankheit vorliegt, die geheilt oder gelindert werden kann?
2. Gilt es als Einschränkung der individuellen reproduktiven Autonomie und damit als Diskriminierung, wenn reproduktionsmedizinische Maßnahmen bestimmten Gruppierungen aufgrund ihrer sexuellen Präferenzen oder ihrem sozialen Status vorenthalten werden?

3. Ist es gesellschaftlich erwünscht oder zumindest toleriert, dass zu der bereits vielfältigen Familienlandschaft neue Familienformen hinzukommen?
4. Gibt es Anzeichen, dass die psychosoziale Entwicklung und damit das Kindeswohl von Kindern, die in gleichgeschlechtlichen Familien oder in Familien mit einem Elternteil aufwachsen, gefährdet ist?

Diese vier Themenkomplexe sind miteinander verbunden; medizinische Maßnahmen, die aus der Sicht einer Mehrheit „lediglich“ Wünsche erfüllen, sind abhängig von normativen Vorstellungen von Familienformen. Eine Einschränkung individueller Autonomie ist gesellschaftlich dann akzeptiert, wenn das Wohl Anderer, in diesen Fällen die so gezeugten Kinder, gefährdet ist. Den Fragestellungen soll im Vortrag nachgegangen und anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse, soweit vorhanden, diskutiert werden.

D Comparative Perspectives on Cultural, Social, and Economic Factors in Medicine of Desire (Workshop)

Forschungsverbund Kulturübergreifende Bioethik, Bochum University & Göttingen University

In many countries medicine is becoming a sector of the free market. Health care services thus turn into ventures of commodification. Medical indications and individuals' desires as well as social and economic factors reshape the demand for medical services and the expectations and perceptions related to the improvement of bodily conditions. The relevant traditional concepts and practices of medicine are challenged on different social, scientific and cultural levels.

People in rapidly developing countries are confronted with an underlying belief that a free market economy will help to improve health care, while basic economic means are not always at their disposal. The impression arises that the patient should be treated as consumer and any desire that can be paid for should be fulfilled. However, medicine traditionally is also part of cultural and professional systems of care and social support, defining its services according to implicit or explicit normative rules. The relationship between health care professionals and patients, or his or her proxies, is shaped according to cultural and professional

beliefs. Services are limited not just because of financial constraints but also because of individual's concepts of health and moral principles or rules.

This workshop is organised by a group of researchers working in the DFG-sponsored research group, "Culture-Transcending Bioethics", since 2002. It intends to present empirical findings together with theoretical and methodological results from this ongoing project. Part of the methodology is the involvement of colleagues from different related disciplinary backgrounds and from the respective countries or cultures.

Our aim is to analyze the role of a "medicine of desire" in selected countries with different cultural, political and social-economic characteristics, including Germany, China, Islamic countries and South Korea. We aim to identify key motifs and limitations for a "medicine of desire" in relation to cultural and professional norms and to discuss these findings in terms of comparison and general ethical reflection.

The guiding theme for this workshop, (as a general heuristic reference scheme), will be the exploration of the validity of the distinction between "cultural" and "social and economic" factors as analytical categories. On the basis of the empirical situation in different countries we will discuss, to what extent this distinction can help improve the analysis of different practices or systems, (such as nations, communities or traditions), regarding a "medicine of desire".

In detail we will ask:

- What type of professional ethics has been developed in countries such as China, Islamic countries and South Korea, and how do they respond to patients' desires, cultural norms, or consumerism and commodification of health care?
- What is the impact of different social and political situations on the importance and meaning attached to elements of a „medicine of desire“?
- Which are the boundaries to the commodification of health care on a normative and on a practical level, respectively, and how are they put into practice?
- Which roles of the patient as a consumer can be described in different cultural contexts?
- How are personal wishes/desires of the family/proxies respected in health care in different cultural contexts and what kind of (e.g.,

economic or moral) justification is given for involving or not involving these interests?

- How do social-economic and cultural aspects interact in these systems?

The workshop is structured so as to facilitate discussion and integrate different relevant disciplinary and regional perspectives, according to these guiding questions.

After overviews of the situation in an East Asian secular country (South Korea) and an Islamic religious approach, both regarding sex selection upon demand, two cases from China will be introduced for an in depth analysis of cultural versus social-economic factors in a different country. This focus will be conjoined with the previous discussion by a meta-reflection upon the role of culture in medical ethics.

Speakers will structure their presentation¹⁵ according to the guiding questions described above.

We expect a small group of about 20-25 participants in addition to the panelists. Discussion style will be a moderated round-table (if feasible) debate, following introductions and presentations of pointed overview papers. Chair persons will briefly summarise each presentation and facilitate discussion by offering pointed comments or observations, especially in light of the comparative interests. After discussion of individual papers the workshop will conclude with a general debate, reflecting upon the relationship between medicine of desire and cultural and social-economic factors.

E.1 Treatment versus Enhancement – eine sinnvolle Grenzziehung?

Winkler E

Medizinische Klinik und Poliklinik III – Großhadern, Universität München

Die zunehmende Nachfrage nach Behandlungen und Eingriffen, die nicht ins Kerngebiet der krankheitsbezogenen Medizin fallen, wirft die Frage auf, was Ärzte als Ärzte an Leistungen in diesem Bereich erbringen sollen oder unterlassen sollen, was also die richtigen Ziele der Medizin sind.

In diesem Kontext wird häufig die Unterscheidung zwischen der Therapie einer Krankheit

¹⁵ Elaborated abstracts and two background papers are available on request from www.rub.de/kbe

(treatment) gegenüber einer bloßen Verbesserung eines Zustandes ohne Krankheitswert (enhancement) herangezogen, um zu entscheiden, was innerhalb beziehungsweise außerhalb der Grenzen der Medizin fällt.

In diesem Artikel soll am Beispiel der gewichtsreduzierenden Chirurgie diskutiert werden, welche Kriterien geeignet sind für die Bewertung von Eingriffen der „wunscherfüllenden Medizin“, da sie das ganze Spektrum von der klassischen krankheitsbezogenen Medizin bis hin zur kosmetischen Chirurgie. Die gewichtsreduzierende Operation kann einerseits als eine medizinisch notwendige Intervention eingesetzt werden kann oder andererseits als technische Abhilfe für eine unangenehme Befindlichkeit verstanden werden, die eine Folge freie Entscheidungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung ist. Ist die Differenzierung zwischen Patienten mit biomedizinisch gesicherter Erkrankung und solchen, die sich „nur“ eine Verbesserung ihres Zustands ohne pathophysiologischen Krankheitswert erhoffen, moralisch begründbar?

Hier wird argumentiert, dass die Behandlung/Verbesserung-Unterscheidung als Bewertungskriterium nicht leistet, was sie verspricht: nämlich eine normative Grenze zu markieren, die den Bereich der Medizin von dem Bereich trennt, der zwar immer noch wünschenswert sein mag, aber nicht mehr durch Ärzte oder Krankenversicherung abgedeckt werden muss. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Unterscheidung nicht auf einen restriktiven biomedizinischen Krankheitsbegriff gründet, sondern von einem erweiterten Krankheitsbegriff ausgeht – wie er etwa von der WHO vertreten wird und in anderen Bereichen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge, Prävention und der Krankheitsentstehung gängig ist.

Die moralischen Bedenken gegenüber der wunscherfüllenden Medizin sind nicht entlang der Grenze zwischen Behandlung und Verbesserung angesiedelt, sondern lassen sich drei Ebenen zuordnen: (1) der Authentizität und Integrität des Individuums, (2) den Zielen der Medizin / der professionellen Integrität der Ärztin und (3) den Zielen und Interessen der Gesellschaft. Daher wird dem Unterscheidungskriterium Behandlung/Verbesserung ein Bewertungsrahmen mit diesen Ebenen gegenübergestellt, die auf einem Krankheitsverständnis mit drei Elemente basieren – der subjektive

Leidenserfahrung, dem medizinische Wissen und dem gesellschaftlichen Kontext .

Mit Hilfe dieses Bewertungsrahmens werden Argumente für und gegen die Inanspruchnahme wunscherfüllender Medizin kategorisiert und gewichtet. Dabei wird deutlich, dass die moralischen Bedenken hauptsächlich in Kategorie 1 und 3 – also auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene angesiedelt sind. Die Probleme für die Rolle der Medizin sind weniger in einem Selbstverständnis, das der Medizin inhärent ist, begründet als dem Konflikt, gleichzeitig im Dienste des Individuums und der Gesellschaft zu stehen und daher eine Vermittlerfunktion zwischen der individuellen und gesellschaftlichen Ebene einnehmen zu müssen.

Da Institutionen auf der Ebene zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft angesiedelt sind, kommt die Vermittlerfunktion hier besonders zum tragen. Abschließend soll daher am konkreten Beispiel eines Krankenversicherers in den USA ausgeführt werden, welche Argumente in der Diskussion um die Kostenabdeckung von gewichtsreduzierender Chirurgie entscheidend waren und wie sich diese entsprechend des vorgestellten Bewertungsrahmen einordnen lassen.

E.2 Zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des menschlichen Gehirns – Neuroprothetik als wunscherfüllende Medizin

Stahnisch F

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Mainz

Neuroprothesen finden seit etwa 15 Jahren bei der Therapie von Krankheiten und Behinderungen des Zentralen Nervensystems ihren Einsatz. So werden Patienten und Patientinnen, die an der Parkinson'schen Krankheit oder an dystonen Bewegungsstörungen leiden, Elektroden ins Gehirn implantiert, die das parkinsontypische Zittern oder überschießende Bewegungen bei Dystonien unterdrücken können. Zumeist geben die Patienten und Patientinnen, die vor diesen operativen Eingriffen therapierefraktär waren, eine hohe Linderung ihres subjektiven Leidensdruckes und eine weitgehende Wiederherstellung ihres ursprünglichen Gesundheitszustandes an. Das Einsatzgebiet solcher Neuroprothesen lässt sich nahezu unbegrenzt erweitern, wobei derzeit etwa ein Einsatz von Cochlea-Implantaten bei Innenohrschwerhörigkeit

oder von Retina-Implantaten bei verschiedenen Formen der Blindheit klinisch erprobt wird. Zunächst werden am Fallbeispiel der Neuroprothetik in der Therapie des M. Parkinson und der Dystonien aus einer anthropologisch-medizinhistorischen Perspektive die Genese und die Leitideen dieses zentralen Einsatzbereiches der Neuroprothetik herausgearbeitet. In einem

3-Phasen-Schritt soll anschließend verdeutlicht werden, wie sich die allgemeinen Hoffnungen auf die Neuroprothetik und die Motivationen für ihren therapeutischen Einsatz parallel zu biomedizinischen Forschungsschritten in der Regenerativen Medizin (Stichwort: Gehirngewebe-Transplantation) wie auch der stereotaktischen Operationslehre der Neurochirurgie (Stichwort: Thermokoagulatorische Läsionen motorischer Systemanteile) entwickelt haben.

Im Vergleich mit der Debatte um leistungssteigernde Psychopharmaka – etwa aus den Arzneimittelgruppen der Antidepressiva, der Hormonsubstituenten oder der Kardiaka – weisen die Neuroprothesen ein ähnliches leistungssteigerndes und somit ethisch konfliktbehaftetes Potential auf. Schließlich erlauben diese modernen Technologien, mit großer Präzision in die Funktionen des Gehirns einzugreifen, und die Neuroprothetik besitzt somit einen klar leistungssteigernden und optimierenden Charakter. Hierdurch können die höheren kognitiven und emotionalen Gehirnfunktionen, die bislang als Grundlage des Bildes von einem autonom handelnden Menschen in Medizin, Recht und Ethik begriffen wurden, prinzipiell zum Gegenstand der technischen Manipulation, des Missbrauchs oder der Fehlfunktion werden. Am Beispiel der neuroprothetischen Methoden wird die Unschärfe der wichtigen Begrenzungslinie zwischen dem, was noch eine funktionsrestitutive Medizin ist, und dem, was schon als funktionsverbesserndes *Bioengineering* gelten muss, augenfällig und besonders diskussionswürdig.

Im anvisierten Beitrag werden die technischen Möglichkeiten der Neuroprothetik im Sinne Arnold Gehlens als Form eines „Organersatzes“ wie als Aufhebung der „Organbesonderheit“ des Menschen begriffen und interpretiert. Dabei soll die Motivation nach einer wunscherfüllenden Medizin auf der Grundlage eines technischen *Enhancements* der Gehirnfunktionen als Begleitkonsequenz des manipulativen Einsatzes und Zugriffs von biomedizinischen Therapie-

verfahren verdeutlicht werden. Hier treten Möglichkeiten und Grenzen einer Neuroethik besonders deutlich hervor. In einem letzten Schritt werden einige Auswirkungen der neuroprothetischen Verfahren auf das moderne Menschenbild diskutiert, insbesondere die Frage nach persönlicher Integrität und Selbstbestimmung des menschlichen Handelns.

E.3 Kognition à la carte? Die pharmakologische Verbesserung mentaler Leistungen zwischen Anspruch, Wirklichkeit und ethischer Berechtigung.

Synofzik M

Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin, Universität Tübingen

Die zunehmenden psychopharmakologischen Möglichkeiten lassen neue Hoffnungen und Wünsche wach werden, die sich direkt an die Medizin wenden: Es scheint, als könnte diese nun nicht mehr allein unsere körperlichen Beeinträchtigungen, sondern auch unsere kognitiven Fähigkeiten und emotionalen Stimmungen immer gezielter und wirkungsvoller verbessern. Wie aber sollen wir mit den Hoffnungen und Wünschen nach kognitiver Verbesserung in der Medizin umgehen? Wann ist der Einsatz von Psychopharmaka gerechtfertigt und wann nicht? Die vorliegende Arbeit versucht eine Antwort auf diese Frage zu entwickeln, indem sie zunächst eine kurze Analyse der neuropharmakologischen Möglichkeiten und Grenzen der Verbesserung kognitiver Leistungen vornimmt, um dann zwei unterschiedliche Möglichkeiten ihrer ethischen Bewertung zu diskutieren.

Die Analyse aktueller neurowissenschaftlicher Ergebnisse zeigt, dass psychopharmakologische Anwendungen bereits jetzt, aber vor allem auch in den kommenden Jahren, die Hoffnungen und Wünsche auf eine gezielte Verbesserung kognitiver Leistungen erfüllen könnten: Viele Medikamente bewirken nicht nur bei diagnostisch eindeutigen Zuständen von Depression oder Alzheimer eine kognitive Verbesserung, sondern auch bei „alltäglichen“ Beeinträchtigungen der Kognition und Stimmung, z.B. bei leichten Konzentrationsschwächen, Missstimmungen oder Gedächtniseinbußen. Dieses „neurokognitive Enhancement“ erfolgt heute im Vergleich zu den Zufallsfunden und Unkenntnissen der Anfangszeit der Psychopharmakologie viel präziser und direkter. Im Ge-

gensatz zu neurotechnologischen Verfahren, deren Anwendungspotential hinsichtlich kognitiver Verbesserung bisher lediglich hypothetisch ist, ist die psychopharmakologische Verbesserung schon oft Teil unseres Alltags.

Wie aber kann die Medizin eine ethische Bewertung darüber treffen, wann es gerechtfertigt ist, Psychopharmaka anzuwenden, und wann nicht? Eine naheliegende Möglichkeit ist die in der Medizinethik oftmals getroffene Bewertung der Psychopharmaka danach, ob sie der „Verbesserung“ (enhancement) oder der „Therapie“ eines mentalen Zustandes dienen. Letzterer gilt meist als legitimer Verwendungszweck, ersterer hingegen nicht. Aus mehreren Gründen überzeugt diese Unterscheidung jedoch nicht als Bewertungskriterium für den Einsatz von Psychopharmaka. Zum einen beruht sie auf verschiedenen Grundannahmen, die sich in der Anwendung auf kognitive Vermögen und deren Veränderung als höchst fragwürdig erweisen. Beispielsweise wird der Unterscheidung oftmals implizit ein statistischer Normalitätsbegriff oder ein bestimmter Krankheitsbegriff zugrunde gelegt, die bei genauerer Betrachtung nicht überzeugen können. Zum anderen suggeriert die Unterscheidung dort eine objektiv klare, binäre Differenzierung, wo in der Realität der neuropharmakologischen Maßnahmen vielmehr ein Kontinuum vorliegt. Beispiele zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtniseinschränkungen und Stimmungsschwankungen machen deutlich, dass auch jede „Therapie“ eine „Verbesserung“ ist. Noch grundsätzlicher soll gefragt werden, ob es nicht sogar eines der wesentlichen Grundelemente der Medizin ist, nach Verbesserungsmöglichkeiten menschlicher Leistungen zu forschen und sie anzuwenden.

Aus diesem Grunde wird abschließend eine alternative Möglichkeit der ethischen Bewertung von Psychopharmaka vorgeschlagen, die nicht auf allgemeine, duale Einteilungen anhand bestimmter „kryptonormativer“ Begriffe zurückgreift, sondern vielmehr auf differenzierteren ethischen Kriterien aufbaut. Diese Kriterien, die spezifisch für den neurowissenschaftlichen Kontext entworfen wurden, beziehen sich im wesentlichen auf die Prinzipien des Nutzens, des Nicht-Schadens, der Autonomie und der Verteilungsgerechtigkeit. Die Grundfrage ist also weniger, ob etwas ein Psychopharmakon der „Therapie“ oder der „Verbesserung“ dient,

sondern vielmehr, welche Bewusstseinszustände unter welchen Umständen von dem Individuum, den Intervenierenden und der Gesellschaft angestrebt werden.

E.4 Ethische Aspekte des pharmakologischen „Cognition Enhancement“ am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulantien durch Kinder und Jugendliche

Walcher-Andris E

Graduiertenkolleg Bioethik, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften

Der geplante Beitrag befasst sich mit der ethischen Bewertung von pharmakologischem „Cognition Enhancement“, also mit der Frage, wie eine Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit mit pharmakologischen Mitteln bei gesunden Menschen zu bewerten ist.

Entsprechend einer verbreiteten Auffassung beschreibt der Begriff „Enhancement“ die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bzw. die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Indikation, d.h. „Enhancement“ wird hier über die Abgrenzung zu Therapie definiert. Als Beispiel werden Diagnose und Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beschrieben und daraus auf verschiedenen Ebenen ethisch relevante Fragen entwickelt.

Hierbei zeigt sich, wie fließend die Übergänge von Gesundheit zu Krankheit sein können, wie unscharf daher die Trennung von Therapie und Enhancement ist und wie schwierig eine Definition von Enhancement allein über die Abgrenzung zu Therapie ist. Die Definitionen des Krankheitsbegriffs, über die eine breite Diskussion geführt wird, spielen auch hier eine Rolle und es wird deutlich, dass die medizinische Perspektive allein nicht ausreicht, dieses Phänomen in seiner Vielfalt zu beschreiben. In meinem Beitrag wird daher unter Berücksichtigung sozialer und gesellschaftlicher Aspekte eine weitere Differenzierung des Enhancementbegriffs vorgeschlagen.

Die Verwendung von Methylphenidat (Ritalin) außerhalb seines Indikationsgebietes ADHS bei amerikanischen Studenten zur Verbesserung der Auffassungsgabe und zur Stimulation von Denkprozessen macht außerdem deutlich, dass „Cognition Enhancement“ kein rein theoretisches Phänomen ist. Es schließt sich die Frage

an, ob in Anbetracht des deutlichen Anstiegs der Verschreibungsraten auch in Deutschland ein gewisser Prozentsatz der Anwendungen von Ritalin als Enhancement einzustufen ist.

Der mögliche Einsatz von Ritalin als Enhancer wirft ethisch relevante Fragen auf, die über die Klärung von denkbaren oder wahrscheinlichen unerwünschten Folgen in medizinisch- biologischer Hinsicht hinausgehen und z.B. Aspekte der Persönlichkeit und des sozialen Gefüges, der Autonomie und der Verantwortung betreffen. Besonderes Gewicht erhalten diese Fragen, wenn die Anwender bzw. Betroffenen Kinder und Jugendliche sind, denn bei Eingriffen in das sich entwickelnde System von Kindern ist mit noch weiter reichenden Folgen zu rechnen als bei einem ausgereiften System. Aus diesem Grund werden entwicklungspsychologische und entwicklungsneurologische Überlegungen ein wesentlicher Bestandteil des Beitrags sein.

Nicht zuletzt wird anhand des Beispiels der Zusammenhang von gesellschaftlichem Rahmen und „Cognition Enhancement“ sichtbar gemacht und dabei die Perspektive persönlichen Strebens nach Selbstverwirklichung der Perspektive der Erwartungen und Anforderungen, die aus gesellschaftlich-kulturellen Normen resultieren, gegenübergestellt.

F.1 Die Wunschsektio – eine ethisch vertretbare Form der wunscherfüllenden Medizin?

Marckmann G, Nüßle B

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

Durch die Fortschritte in Operationstechnik und Anästhesie ist die Entbindung mittels Kaiserschnitt (Sektio) zu einem für Mutter und Kind immer sichereren Verfahren geworden. Während früher die Sektio in der Regel nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation, wie z.B. bei Geburtskomplikationen, durchgeführt wurde, wünschen heute immer mehr Frauen die Wunschsektio als primäre Form der Entbindung. Neben dem starken Rückgang der eingriffsbedingten Mortalität und Morbidität ist hierfür sicher auch eine stärker akzentuierte Autonomie der Schwangeren mit einem veränderten, mehr kundenorientierten Arzt-Patient-Verhältnis verantwortlich. Die medizinisch nicht indizierte, primäre Sektio stellt damit ein – häufig praktiziertes – Beispiel par excellence für eine „Wunsch-erfüllende“ Medizin dar.

Aus ethischer Perspektive stellt sich die Frage, ob und ggf. unter welchen Bedingungen es vertretbar ist, dem Wunsch der Schwangeren nach einer Schnittentbindung bei fehlender medizinischer Indikation zu entsprechen. Dabei sind drei Argumentationslinien relevant, die sich von zentralen ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns ableiten. (1) Die Prinzipien des *Wohltuns* (beneficence) und des *Nichtschadens* (nonmaleficence) verpflichten Ärztinnen und Ärzte dazu, das Wohlergehen der Patientinnen zu befördern und ihnen keinen Schaden zuzufügen. Im Mittelpunkt der Diskussion muss folglich eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung beider Strategien, Wunschsektio und vaginale Geburt, stehen, sowohl für die Schwangere als auch für das Kind. Dabei sind nicht nur die aktuellen Gesundheitsgefahren durch den operativen Eingriff, sondern auch Risiken für Folgeschwangerschaften sowie Langzeitfolgen für die körperliche und seelische Gesundheit der Schwangeren zu berücksichtigen. (2) Das *Autonomie-Prinzip* fordert die Respektierung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Schwangeren, jeder Eingriff ist an die explizite Einwilligung – nach entsprechender Aufklärung – gebunden. Dem Autonomie-Prinzip als negativem Abwehrrecht korrespondiert jedoch nicht ein gleichermaßen uneingeschränktes positives Anspruchsrecht: Grundsätzlich erscheint es deshalb durchaus legitim, dem Wunsch der Schwangeren nach einer primären Sektio zu widersprechen, wenn z.B. der Eingriff insgesamt mehr Schaden als Nutzen für die Schwangere und das Kind erwarten lässt. In jedem Fall sind besondere Anforderungen an den „informed consent“ zu stellen (Entscheidungsfähigkeit, Aufklärung über Chancen und Risiken sowie mögliche Alternativen). (3) Im Hinblick auf das Prinzip der *Gerechtigkeit* ist schließlich zu prüfen, ob die Kosten für eine Sektio auf Wunsch von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden sollten. Darüber hinaus soll diskutiert werden, wie tragfähig sich das Kriterium der Natürlichkeit („natürliche Geburt“) sowie die Unterscheidung zwischen medizinisch indizierten und (lediglich) wunscherfüllenden Eingriffen für die Bewertung der Wunschsektio erweist.

Die aktuelle Datenlage zu den Risiken von elektiver Sektio und vaginaler Geburt scheint eine kategorische Ablehnung der Wunschsektio nicht hinreichend zu begründen. Abschließend

sollen deshalb Kriterien formuliert werden, unter welchen Bedingungen eine elektive, primäre Schnittentbindung ethisch vertretbar ist. Da der Wunsch der Schwangeren häufig durch eine starke Angst vor der Entbindung und weniger durch eine rationale Nutzen-Risiko-Abwägung motiviert ist, könnte es sinnvoll sein, der Wunschsektio ggf. eine psychologische Betreuung als „Filter“ vorzuschalten – nicht um die Entscheidungsfreiheit der Schwangeren einzuschränken, sondern um ihre Autonomie zu stärken.

F.2 Die Sectio caesarea als Geburtsmodus der Wahl

Hellmers C, Schücking B

Fachbereich 8, Gesundheitswissenschaften, Forschungsgruppe Maternal Health, Universität Osnabrück

Einführung und Fragestellung: Der präventive Charakter der Sectio caesarea hat in der Geburtshilfe eine bedeutende Funktion übernommen, und die nicht-medizinischen Indikationen nehmen neben den medizinischen inzwischen eine zentrale Stellung im Entscheidungsprozess ein. In Bezug auf die Indikationsstellung zur Sectio caesarea findet ein Paradigmenwechsel statt, der die Integration der Sectio auf Wunsch, insbesondere im Hinblick auf die geforderte Akzeptanz der Gesellschaft, umso einfacher erscheinen lässt. Das Recht auf Selbstbestimmung bzw. der Wille der Frau wird in diesem Kontext immer wieder thematisiert und als Argumentationshilfe genutzt. Kontrovers werden Risiken und Nutzen des Kaiserschnittes diskutiert und ein Zusammenhang zwischen den kontinuierlich steigenden Sectioraten und dem maternalen Wunsch zur Durchführung dieses Eingriffs vermutet.

Dabei lassen sich zudem differierende Einstellungen der geburtshilflichen Experten (Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen) zum Wunschkaiserschnitt erkennen.

In der vorliegenden Studie wurde die Fragestellung verfolgt, wie viele Primiparae den Wunsch zur Sectio in der Gravidität äußern, welche subjektiven Gründe die Schwangeren dafür angeben, welche Personen zu dieser Entscheidung beitragen und welchen Geburtsmodus die Frauen tatsächlich erleben.

Methoden und Sample: Durchgeführt wurde eine prospektive Kohortenstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten. Der erste Untersuchungs-

zeitpunkt (T1) lag in der Gravidität (28. bis 35. Schwangerschaftswoche) und der zweite Untersuchungszeitpunkt (T2) nach der Geburt (7-18 Wochen post partum).

Mittels Fragebogen wurden 366 Primiparae zu T1 schriftlich (entspricht Rücklauf 50,8%) und zu T2 telefonisch (Rücklauf 93,4%; n=342) befragt.

Ergebnisse: Sieht man sich den Wunsch der Frauen für einen präferierten Geburtsmodus an, liegt das Verlangen, das Baby mittels Kaiserschnitt zu gebären, während der Schwangerschaft (T1) bei 3,8% und am Ende der Gravidität (zu T2 retrospektiv erhoben) bei 6,7%.

Die zu T1 am häufigsten angeführten Motive für den Wunsch zur Sectio sind die „Angst vor Schmerzen“, die „schnelle Geburt“, „weniger Risiken/Stress für das Kind“, die „schmerzarme Geburt“ und „gesundheitliche Probleme der Frau“.

Zu T2 werden die „Beckenendlage des Kindes“, die „Angst allgemein“, „gesundheitliche Probleme der Frau“, „Erfahrungen von Dritten“ und die „Makrosomie des Kindes“ am häufigsten genannt.

83,1% der Schwangeren geben an, dass sie sich in Bezug auf die Entscheidung für die Spontangeburt oder den Kaiserschnitt auf den Rat der Ärztin/des Arztes verlassen würden. 56,8% würden sich auf den Rat der Hebamme verlassen. Für die Wahl des Geburtsmodus zeigt sich außerdem, dass das Besprechen der Geburtswünsche mit den geburtshilflichen Experten einen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung der Frauen hat, während die Diskussion mit nahe stehenden Personen keinen signifikanten Einfluss zeigt. Dabei tendieren die Frauen, die ihre Geburtswünsche mit einer Hebamme besprochen haben, stärker in Richtung Spontangeburt, während die Frauen, die ihre Wünsche mit einer Gynäkologin/einem Gynäkologen besprochen haben, stärker in Richtung Sectio tendieren.

Trotz des geringen Anteils der elektiven Sectiones in der Gesamtstichprobe (0,6%) entbinden 60,9% der Frauen mit präferiertem Geburtsmodus Kaiserschnitt tatsächlich mittels Sectio. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Schnittentbindungen in der Gruppe der Frauen, die sich eine Spontangeburt gewünscht haben, bei 23,4%. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit der subjektiven Präferenz zum Kaiserschnitt

diesen Geburtsmodus auch signifikant häufiger erleben.

F.3 Piercing – Körpermodifikation oder Selbstverstümmelung?

May AT

Zentrum für Medizinische Ethik

Universität Bochum

Die aktuelle Diskussion zu Schönheitsoperationen strahlt auch auf die Diskussion über Piercings. Dabei werden zur Vermeidung unüberlegter Entscheidungen besondere Ansprüche an die Aufklärung gestellt. Dies stellt bei Piercings eine besondere Herausforderung dar, denn Piercings werden in der Wahrnehmung vieler „Nachfrager“ nicht als ärztliche Maßnahme angesehen.

Piercings können ohne spezielle Gerätschaften, anders als Tätowierungen, vorgenommen werden und somit stellt sich die Frage nach geeigneten Personen als Piercer. Die Ärzteschaft scheint Piercings gegenüber gespalten und z.B. die Ärztekammer Nordrhein bewertet Piercen als „nicht sinnvoll“ und „aus berufsethischer Sicht als unärztlich“. Aber als strafbare oder „unwürdige“ Handlung sieht der Justitiar der Ärztekammer Nordrhein Piercen nicht. In europäischen Nachbarländern ist die Vornahme von Piercings allein Ärzten vorbehalten. Der Beitrag geht der Geschichte von Piercings nach und versucht eine Einordnung von Piercings als einerseits Enhancement und gewollter Veränderung oder Schönheitswahn.

Ob Piercings heute bereits als Standard betrachtet werden können bleibt fraglich, jedoch untersucht der Beitrag die Standards für professionelles Piercen und leitet daraus Veränderungsbedarf ab. Dabei werden Gemeinsamkeiten der Regelungen von Schönheitsoperationen festgestellt und auf die Besonderheiten von Piercings als „low tech-Dienstleistung“ eingegangen. Das Angebot von Piercings in der ärztlichen Praxis hat Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis. Ein Seitenblick beleuchtet versicherungstechnische Implikationen der Folgen und Risiken für ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen. Dabei muss das Selbstbestimmungsrecht und Eigenverantwortung mit Fürsorgeleistungen der Solidargemeinschaft austariert werden.

Zu Piercings besteht eine breite Meinungsvielfalt und implizite Wertvorstellungen über Menschen mit Piercings. Die Ergebnisse einer der-

zeit laufenden *Befragung* sollen dazu Aufschluss geben. Es werden in verschiedenen Einrichtungen (Krankenhaus, Geriatriezentrum, Altenzentrum, betreutes Wohnen) Bewohner und deren Angehörige und Mitarbeiter (Pflegeschüler, Pflegende, Ärzte, Sozialdienst, Seelsorger) befragt. Weiterhin werden Schülerinnen und Schüler der 12. Jahrgangsstufe einzelner konfessioneller Schulen und kirchliche Gruppen zu ihren Einstellungen befragt. Der Beitrag wird die Ergebnisse der Befragung darstellen.

Die Meinungsvielfalt zu Piercings ist ein konkretes Beispiel für unterschiedliche Ansichten und Bewertungssysteme, die Ausdruck der Selbstbestimmung des Menschen sind und Teil seiner Freiheit. Diese Freiheit muss respektiert werden. Nicht allein die Kosten für (noch) solidarisch finanzierte Komplikationsbehandlung durch das Gemeinwesen sollten die Diskussion prägen, sondern die Interessenten eines Piercings sollten Interesse an für sie optimalen Rahmenbedingungen zur Vornahme von Piercings haben.

F.4 `Health needs assessment´ und `Evidence based patient choice´ im Rahmen einer kontextsensitiven Ethik

Krones T

AG Bioethik-Klinische Ethik & Institut für Allgemein- und Familienmedizin, Universität Marburg

Drei medizinethisch bedeutsame Entwicklungen kennzeichnen die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre: 1) die Etablierung evidenzbasierter Medizin, 2) die Diskussion um knapper werdende Ressourcen im Gesundheitswesen und 3) die immer lauter werdende Forderung nach wahrhaft stattfindender Einbeziehung von Patienten in medizinische Entscheidungen, Qualitätssicherung und Prioritätensetzung. Die Integration von Bedürfnissen, Nachfrage und Angebot/Versorgung auf dem Boden dieser Entwicklungen stellt eine große gesundheitspolitische Herausforderung dar.

Medizinethisch relevant ist hierbei insbesondere die drängende Frage, inwieweit die Desiderate der Verteilungs-/ Befähigungsgerechtigkeit und die Patientenautonomie zu vereinbaren sind. Die Einbeziehung der `Patienten-/ Konsumentenperspektive´ sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene führte Ende der 90er Jahre international zu zwei neueren Ent-

wicklungen. 1) dem Health needs assessment (HNA), welches das Health Technology Assessment ergänzen soll, sowie 2) dem Evidence based patient choice (EBPC) als ein Modell, welches die partizipative Entscheidungsfindung (engl. 'Shared decision making') mit patientengerechter, evidenzbasierter Information, sogenannten Entscheidungshilfen, verbindet.

In diesem Vortrag wird zunächst dargestellt, inwieweit 'Evidence based patient choice' möglich und sinnvoll ist und welche Auswirkungen dieses neue Paradigma auf der Makroebene haben könnte. Dies wird auf der Basis der internationalen Literatur, sowie anhand den in jüngster Zeit vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studien zur Implementierung von EBPC, an denen die Verfasserin beteiligt ist (u.a. Entscheidungen am Lebensende, Entscheidungen in der Herz-Kreislaufprimärprävention, Screening auf genetische Prädispositionen) erläutert. Abschließend werden diese Entwicklungen auf der Basis des Modells der kontextsensitiven Ethik, welche als Diskurs-/Gesprächsethik auf der Mesoebene die Alltagsethik empirisch untersucht und einer Kohärenzanalyse auf dem Boden ethisch relevanter Prinzipien unterzieht, diskutiert.

G.1 Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation: Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?

Herrmann B

Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften

Der Schönheitsmarkt boomt. Die Inanspruchnahme der kosmetischen Chirurgie ist längst nicht mehr nur ein Privileg von wenigen, sondern umfasst mittlerweile alle Gesellschaftsschichten, alle Altersstufen und auch beide Geschlechter. Die Sorge um Schönheit und die Manipulation des Körpers zu diesem Zweck sind kein neues, und sie sind kein kulturspezifisches Phänomen. In allen Kulturen der Welt gab und gibt es Bestrebungen, den Körper entsprechend bestehender Schönheitsideale zu formen und zu verändern. Mit den jüngeren medizinischen, insbesondere den entsprechenden chirurgischen Möglichkeiten, ist dieser Wunsch vielfältig realisierbar – und er ist uns zugleich aus verschiedenen Gründen problema-

tisch geworden. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, worin der moralisch signifikante Unterschied zwischen den Schönheitschirurgischen Körpertechniken und traditionellen Mitteln der Verschönerung des Körpers zu sehen ist.

Im Unterschied zu frühen Formen der Körpermanipulation, die eingebunden waren in einen überindividuellen ethnischen, rituellen und sozialen Zusammenhang kollektiver Sinnstiftung, ist heute die individuelle Körperlichkeit des Einzelnen und sein Selbstbild Gegenstand gezielter Veränderungsbestrebungen. Interpretieren die einen die Möglichkeit, den eigenen Körper mittels dieser Techniken zu verändern, als Ausdruck einer autonomen Lebensgestaltung, so erblicken die anderen hierin eine Unterwerfung unter das Diktat fremdbestimmter Schönheitsstandards.

In anbetracht der zweifellos omnipräsenten Konfrontation mit normierenden Vorstellungen nicht nur ästhetischer Standards ist zu fragen: Kann davon gesprochen werden, dass Personen in *selbstbestimmter* Weise ihren Körper verändern; ist dies Ausdruck einer autonomen Lebensgestaltung? Eine entsprechende Konzeption autonomer Handlungsfähigkeit ist mit feministischen Perspektiven zu kontrastieren, die eine Normierung, Kolonialisierung und Fremdbestimmung des weiblichen Körpers durch internalisierte männliche Schönheitsstandards beklagen. Den feministischen Ansätzen ist dabei jedoch entgegenzuhalten, dass die Tatsache, dass das Selbstbild u. a. auch durch soziokulturelle und sozioökonomische Rahmenbedingungen konstituiert wird, die sich dem individuellen Einfluss weitgehend entziehen, noch keine hinreichende Bedingung darstellt, um die Möglichkeit autonomer Entscheidungsfähigkeit zu negieren.

Als Ergebnis der vorangegangenen Überlegungen wird gezeigt, dass weder die allgemeine Beobachtung, dass die Gesellschaft Normierungsdruck auf den einzelnen ausübt, noch der Rekurs auf ein (notwendig normativ voraussetzungsvolles) Konzept der Natürlichkeit dasjenige auf den Punkt bringen, was speziell an Schönheitschirurgischen Eingriffen ethisch problematisch ist. Vielmehr scheinen *bestimmte* Verschiebungen von Werthaltungen und *bestimmte* Formen der Manipulation am menschlichen Körper moralisch fragwürdig zu sein,

während andere als unproblematisch zu bewerten sind.

Die kosmetische Chirurgie ist eine unter vielen (Körper-)Techniken, die als solche moralisch indifferent ist. Gegenstand der ethischen Bewertung sollten vielmehr bestimmte Heilserwartungen sein, zu deren (vermeintlicher) Realisierung die kosmetische Chirurgie benutzt wird sowie bestimmte Ideologien der Machbarkeit, Manipulierbarkeit und Herstellbarkeit, denen sie möglicherweise Vorschub leistet, für die sie jedoch nicht ursächlich ist. Welche Formen der (nicht nur ästhetischen) Körpermanipulation wir aus welchen Gründen für problematisch halten, lässt sich nur im Horizont sehr viel allgemeinerer ethischer und anthropologischer Reflexionen darüber beantworten, welche Auffassung vom Menschen wir in Anbetracht biotechnologischer Machbarkeitsideologien in zukünftigen Gesellschaften realisieren möchten.

G.2 Schönheit und Skalpell - Ethische Fragen der Körperveränderung

Schmidt KW

Zentrum für Ethik in der Medizin am Markus-Krankenhaus

Die Fähigkeiten vieler plastischer Chirurgen sind beeindruckend. Indem schreckliche Verletzungen behandelt, schwerste Entstellungen operiert und Operationswunden überdeckt werden, kann den Patienten entscheidend geholfen werden, ihr Leben unbeschwerter fortzuführen. Das Unbehagen und die Kritik setzt häufig dort ein, wo ein Eingriff bei einem gesunden, unverletzten Menschen mit dem Ziel erfolgt, sein Aussehen zu verbessern und/oder einen „natürlichen“ (Alterungs)Prozess zu korrigieren. Sollte der Mensch, so wird gefragt, nicht vielmehr zu seiner äußeren Erscheinung stehen, zu seinem Alter, zu seiner Gebrechlichkeit und damit zu den Zeichen seiner Endlichkeit? Dieser Einwand zerbricht jedoch regelmäßig beim Versuch der Konkretisierung: Wo genau verläuft die Grenze des „zulässigen Eingriffs“ und wer hat die Autorität, dies festzulegen? Die jüngsten Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Übernahme der Behandlungskosten bei kosmetischen Eingriffen machen deutlich, wie schwierig der Rückgriff auf objektive Kriterien ist. Viele Menschen kritisieren die Künstlichkeit dieser Eingriffe und schreiben damit der Natur intuitiv einen ihr innewohnenden

Wert zu und dieser Wert verbietet es, nach Belieben mit der Natur zu verfahren. Die Aufgabe der Medizin besteht für sie darin, die Natur in ihrer Integrität zu bewahren, aber nicht, sie zu verbessern oder ästhetisch neu zu gestalten.

Naomi Wolf hat in ihrem klugen und zornigen Buch ›The Beauty Myth‹ den Schönheitskult angeprangert und aufgezeigt, wie Schönheitsideale vor allem gegen Frauen benutzt werden. Wenn jedoch Millionen Frauen in den USA, Südamerika und Europa eine kosmetische Operation durchführen lassen (und der Anteil der Männer ständig zunimmt), dann stellt sich die Frage nach dem Warum. Und warum ist es vor allem der Körper, der nun verändert wird? Es greift zu kurz, das Verlangen nach der Veränderung des Äußeren als einen übermächtigen Zwang auf gesellschaftliche Normen und Idealvorstellungen zurückzuführen. Der Wunsch, das Äußere zu verändern, speist sich aus vielen Quellen, von denen drei Aspekte besonders betrachtet werden sollen:

1. *die Kultur des Offenbarens*: Ich zeige, wie ich mich selbst sehe, was aber bisher durch meine körperliche Erscheinung verhüllt wurde.
2. *die Kultur des Verbergens*: Ich verhülle (bzw. lasse das operativ entfernen), was andere an mir entdecken könnten
3. *die Kultur der Authentizität*: Ich komme zu mir selbst

Für alle drei Kulturen finden sich vielfältige Verwurzelungen in der Gesellschaft; besonders der Rückschluss vom äußeren Erscheinungsbild auf die „inneren Werte“ hat eine lange und tragische Geschichte. Zum Ideal der Moderne ist die Authentizität geworden. „Werde Du selbst!“ ist die Aufgabe des modernen Menschen. Dieser Aufruf, der auf tiefsitzende Mythen, Märchen und Vorstellungen zurückgreift, deckt sich zugleich mit der modernen Kultur der Selbsthilfe-Seminare und liegt vielen Beratungskonzepten zu Grunde: selbst entdecken, was ich wirklich will und dieses dann einfordern. Wenn dies aber ausgesprochen ist, bedeutet dies das Ende der Diskussion: dann bleibt dem aufgeklärten Zeitgenossen – wenn auch kopfschüttelnd – vielfach nur noch die Toleranz. Genau dies bestätigen die bundesdeutschen Talkshows, wenn sie sich mit dem Thema „Schönheitsoperation“ befassen: Befürworter und Gegner streiten darüber, wer wen ‚überredet‘ hat und wer sich von welchem Schön-

heitsideal unterjochen lässt. Sobald jedoch der/die Angegriffene äußert: „Ich tue es für niemand anderen, ich tue es *nur für mich!*“ kommt die Kritik an ihre Grenze, denn dies ist genau das, was gesellschaftlich eingefordert wird: autonome Entscheidung, Identität, Ankommen beim eigenen Ich.

Die Toleranz wird jedoch dort auf eine harte Probe gestellt, wo die Wünsche „extrem“ werden. Wenn wir fragen, ob der Arzt derartige Eingriffe vornehmen darf, so fragen wir letztlich nach dem Grundverständnis der Medizin selbst. Der Beitrag wird aufzeigen, dass Grenzziehungen möglich und notwendig sind.

G.3 Zwischen Wunscherfüllung und Körperverletzung: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellnessoase

Groß D

Institut für Geschichte der Medizin, Universität Würzburg

Während die Beseitigung von Zahnschmerzen und der Erhalt des Zahnsystems bis weit in das 20. Jahrhundert hinein im Mittelpunkt zahnärztlicher Bemühungen standen, zeichnet sich in jüngster Zeit ein neuer internationaler Trend ab: Die Zahnarztpraxis als Kosmetik- und Wellnessoase. In Deutschland hat sich der Umsatz im Bereich „esthetic dentistry“ innerhalb der letzten fünf Jahre verdoppelt. Gab es hierzulande vor zehn Jahren nur drei private Zahnkliniken, sind es inzwischen bereits 20. Hinzu kommen mittlerweile ca. 1000 auf ästhetische Zahnheilkunde spezialisierte Zahnarztpraxen – bei stark steigender Tendenz. Das Angebot reicht von dentalen Verblendschalen (veneers), inneren und äußeren Zahnaufhellungen (dental bleaching), Zahnschmuck (dazzlers und twinkles) aus Gold(folie), Diamanten oder Kristallglas, Zahn-Tattoos bzw. dem aufwändigeren Tatooth über Maßnahmen wie Sofortimplantate, Lippen-, Labret- und Zungenpiercings oder Botoxinjektionen bis zu seltenen Spezialbehandlungen wie z.B. den in der Rapper-Szene beliebten Zahn-Caps.

Dabei wird das Geschäft mit der oralen Ästhetik zunehmend mit Wellness- und Serviceangeboten kombiniert: An die Stelle eines Wartezimmers treten beim sogenannten „Spa-Dentisten“ u.a. luxuriös möblierte Lounges mit Internetanschluss, individualisiertem Musikprogramm, Massageoptionen oder einem Angebot an duftgetränkten warmen Tüchern. Er-

probt werden darüber hinaus neue räumliche Konzepte: So soll im Mai 2005 in einer Karstadt-Filiale in Bremen erstmals eine auf Mundhygiene und Ästhetik spezialisierte Zahnarztpraxis eröffnet werden.

Die beschriebenen ästhetischen Maßnahmen unterscheiden sich in mehrfacher Hinsicht von herkömmlichen zahnärztlichen Therapien: Zum ersten sind sie nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern in der Regel ausschließlich privat zu erbringende Leistungen. Zum zweiten bergen sie – insbesondere bei nicht sachgemäßer Durchführung - teilweise erhebliche medizinische Risiken. Wie sich am Beispiel des Piercings zeigen lässt, schließen diese Risiken lokale Komplikationen (Rezessionen, Schmelz-Dentin-Frakturen, Beschädigung zahnärztlicher Arbeiten, Fremdkörpergranulome, Hämatombildungen, Narbenkeloide, Nervenschäden, Wundinfektionen, lokale Allergien u.v.m.) ebenso ein wie systemische Folgen (anaphylaktische Reaktionen, mikrobiologische Probleme, Infektionen [Hepatitis, HIV], Tetanus, Sepsis u.a.). Zum dritten werfen die beschriebenen neuen Behandlungstrends gerade in ethischer Hinsicht einen erheblichen Klärungsbedarf auf, der im Mittelpunkt des Referats stehen soll. Er manifestiert sich u.a. in folgenden Fragen:

1. Inwieweit sind die angesprochenen Maßnahmen noch mit dem traditionell kurativ bzw. palliativ ausgerichteten (zahn-)ärztlichen Berufsbild vereinbar?
2. Inwiefern folgt das neue Angebot tatsächlich veränderten Bedürfnissen, oder ist es vor allem das Ergebnis ausgeklügelter dentaler Marktstrategien und suggestiver Werbekampagnen?
3. Wie soll sich die organisierte Zahnärzteschaft in der betreffenden Frage positionieren? Ist das Problem über regulative Gegenmaßnahmen (z.B. wissenschaftliche Stellungnahmen, Erstellung von Leitlinien, Modifikation der [Muster-]Berufsordnung) zu lösen?
4. Ist es zielführend, als approbierter Zahnarzt Piercings und ähnliche invasive Maßnahmen konsequent abzulehnen – unbeschadet der Tatsache, dass diese dann von medizinischen Laien durchgeführt werden, wo sie mit einer höheren Komplikationsrate behaftet sind?
5. Wer übernimmt die Folgebehandlung von Gesundheitsschäden, die dentalästhetische

Eingriffe von Laienhand nach sich ziehen, und wer trägt die Kosten?

6. Wie lassen sich ästhetische Behandlungsmaßnahmen, die dem psychosozialen Wohlbefinden des Patienten dienen bzw. einem echten Leidensdruck entgegenwirken, von nachfragegesteuertem „Overtreatment“ abgrenzen?

G.4 Wünsche, Fähigkeiten und Moral

Düwell M

Ethiek Instituut, Universität Utrecht

Das klassische Konzept der liberalen Gesellschaft und die korrespondierende Moralkonzeption gehen von einer Pluralität legitimer menschlicher Bedürfnisse aus. Das autonome Individuum muss selbst darüber entscheiden, welche Bedürfnisse es handelnd befriedigen will und wie andere mit seinem Körper umgehen sollen. Für die Medizin bedeutet dies, dass alle Behandlungen vom Selbstverständnis und Einverständnis des Individuums her legitimiert werden müssen.

Verschiedene Entwicklungen in den Lebenswissenschaften machen dieses Selbstverständnis fragwürdig. Die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten in der Medizin macht es erforderlich, menschliche Bedürfnisse in ihrer Bedeutung zu gewichten, sicherlich angesichts der Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitssystems. Darüber hinaus werden, etwa im Zusammenhang mit der plastischen Chirurgie, Wünsche an die Medizin herangetragen, von denen es fraglich ist, ob ihre Erfüllung moralisch vertretbar oder wünschbar ist. Es ist daher nicht verwunderlich, dass stets mehr ethische Konzepte attraktiv erscheinen, die eine starke moralische Beurteilung menschlicher Bedürfnisse, Wünsche und Fähigkeiten möglich machen: Theorien von Grundbedürfnissen, starke Werttheorien oder ein ‚capabilities approach‘. Diese Theorien sind moralphilosophisch in vieler Hinsicht noch wenig ausgearbeitet und die philosophischen Voraussetzungen solcher Theorien müssen untersucht werden. Man muss zudem fragen, inwiefern etwa eine objektive Theorie menschlicher Bedürfnisse mit den Grundlagen einer liberalen Gesellschaft überhaupt vereinbar ist. Dagegen kann man einwenden, dass eine gewisse Bewertung menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse auch für die Logik der Rede von (Menschen-)Rechten erforderlich ist. Wir müssen wissen, welche

Fähigkeiten so fundamental sind, dass sie einen universalen Schutz erforderlich machen. Wenn diese Überlegung zutrifft, dann scheint auch die liberale Gesellschaft eine Theorie menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse vorauszusetzen.

Der Vortrag will verschiedene Konzepte zur Bewertung von Bedürfnissen und Fähigkeiten (Kitay, O’Neill, Nussbaum, Sen, Rawls, Gewirth) hinsichtlich ihrer Eignung untersuchen, im Rahmen „wunscherfüllender“ medizinischer Techniken eine moralische Orientierungsfunktion zu übernehmen. Dabei geht es auch darum, die moralphilosophischen und anthropologischen Voraussetzungen herauszuarbeiten und kritisch zu evaluieren, die sich mit dem Projekt einer Beurteilung menschlicher Wünsche und Fähigkeiten verbinden. Dabei geht es a) um das Problem einer universalisierbaren Hierarchie menschlicher Bedürfnisse und Fähigkeiten, b) und das Problem einer verbindlichen Anthropologie und c) um das Problem, warum notwendige Bedürfnisse des einen zu moralischen Verpflichtungen anderer führen. Der Beitrag will ein Forschungsterrain näher untersuchen.

Veranstalter:

Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)
Private Universität Witten/Herdecke (UWH)

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Matthias Kettner, Witten/Herdecke
Tel.: +49 (0) 2302 / 926 -811, E-Mail: kettner@uni-wh.de

Tagungsort:

Forschungs- und Entwicklungszentrum FEZ an der UWH,
Alfred-Herrhausen-Straße 44, D-58448 Witten

Tagungsorganisation:

Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36, D-37073 Göttingen
Tel.: +49 (0) 551 / 39 -9680, Fax: +49 (0) 551 / 39 -3996
E-Mail: info@aem-online.de