

Stephan Sahn

# Der moderne Patient und seine Ansprüche an die Medizin

## Zusammenfassung

Die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin wecken die Wünsche nach neuen Zielsetzungen, die mit den Schlagworten Enhancement und wunscherfüllende Medizin bezeichnet werden. Beides fordert die Medizin heraus und erfordert eine Reflexion über grundlegende Konzepte wie Gesundheit, Krankheit und – davon abgeleitet – das der medizinischen Indikation. Wenngleich eine Definition dieser Begriffe nicht gelingt, so entwickeln sie eine Autorität, die man in Analogie zu der des Rechts beschreiben kann. Krankheit bezeichnet einen Zustand, der ein Sollen impliziert. Es gründet in der Erfahrung des anderen und seines Leidens. Dem Begriff wohnt ein subjektiv-evaluatives Element inne, das in jeder Diagnose an den Tag gebracht. Das Sollen verliert seine motivierende Kraft, wenn die Zielsetzung der Medizin ungebührlich erweitert wird. Die grenzenlose Ausweitung medizinischer Handlungen weist Merkmale einer Ideologie auf, der nur in einer Selbstbeschränkung der Medizin zu begegnen ist.

**Schlüsselwörter: wunscherfüllende Medizin, Krankheitsbegriff, medizinische Indikation, Ziele der Medizin, Ideologie**

## Abstract

The spectrum of modern medical technology is growing. The mere possibility arouses interest to widen the scope of goals of medicine as is the case with respect to enhancement technologies and wish-fulfilling medicine. Both are challenging basic concepts of medicine such as illness, disease, health and – derived from that – medical indication. Illness/disease escape definition, yet reveal a certain authority which may be described like that of justice analogically. Illness/disease denote a state which implies an ought. This is founded on the experience of the other and his/her suffering. The concept encompasses a subjective-evaluative element which is brought to light if a diagnosis is made. Yet, the ought will lose its motivating power if the goals of medicine are extended improperly. Such an expansion shows characteristics of an ideology, which is to counteract by confinement to the basic concepts of medicine.

**Keywords: wish-fulfilling medicine, concept of disease/ illness, medical indication, goals of medicine, ideology**

Privatdozent Dr. med. habil. Stephan Sahn  
 Chefarzt Medizinische Klinik I, Ketteler-Krankenhaus, Lichtenplattenweg 85, D-63071 Offenbach, und Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Goethe-Universität  
 Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 Frankfurt/Main  
 Stephan.Sahn@t-online.de

## I) Einleitung

Das Verhältnis des modernen Patienten zur Medizin ist prekär. Diese Aussage bedarf kaum einer Begründung. Wo immer sie vorgetragen wird, scheint sie unmittelbar einzuleuchten. Wobei diese Unmittelbarkeit durchaus staunen machen sollte, denn Untersuchungen bestätigen, dass die überwältigende Mehrheit der Patienten mit den sie betreuenden Ärzten höchst zufrieden ist. Ärzte zählen zu den Professionen, denen die höchste soziale Anerkennung zuteil wird.

Dennoch drängt sich angesichts der Ausweitung medizinischer Handlungsmöglichkeiten die Frage auf, welche Ansprüche Patienten haben sollen gegenüber dem System der medizinischen Sorge, wie es in entwickelten Ländern bereitgehalten wird. Bei dem Versuch einer Antwort verschwimmen das Rollenbild des Patienten und des Arztes. Nicht selten meint man eine revolutionäre Umwälzung der Leitbilder beobachten zu können. Da ist von Patienten als Kunden und von der Medizin als einem System der Dienstleistung die Rede. Die Medizin, das folgt daraus, solle ein Menü an Leistungen vorhalten, aus dem der Konsument lediglich auszuwählen habe.

Im Gefolge des biotechnologischen Fortschritts hat die Medizin den Inhalt ihres Portefeuilles längst vervielfacht. Nicht allein Linderung und Heilung von Zuständen, deren Krankheitswert gemeinhin unbestritten ist, strebt sie an, vielmehr rückt das Enhancement im Gewande einer wunscherfüllenden Medizin in den Brennpunkt des Interesses. Damit stehen nichts weniger als die Ziele der Medizin auf dem Prüfstand. Zeitgleich erhöht der Druck, der aufgrund allgegenwärtiger Begrenzungen der Ressourcen auch in reichen Ländern zu beobachten ist, die Dringlichkeit der Suche nach einer Antwort.

Es ist ein leichtes, diese Sachverhalte an Beispielen zu illustrieren. Man entdeckt sie mühelos auf dem Felde wunscherfüllender Medizin. Sie reichen von der Fertilisationstechnologie, die es Frauen jenseits der Menopause erlaubt, Kinder zu gebären, bis hin zu den Medikationen, die die

Hirnleistung zu steigern versprechen. Weitere Stichworte sind Anti-Aging, Life-Style-Drogen, Vaterschaftsteste, Babyfernsehen, Geschlechterwahl bei der In-vitro-Fertilisation.

Die Macht der Medizin geht ein Bündnis mit den wirkmächtigen Wünschen menschlicher Utopien ein, die Triebkräfte freisetzt, denen nur schwer beizukommen sein wird.<sup>1</sup> Noch einmal, im Gefolge dieser Entwicklung stehen die Ziele der Medizin auf dem Prüfstand. Und weiters geht es um die Frage, wer das Recht zur Entscheidung über die Ziele der Medizin haben soll. Dies ist auch eine Machtfrage.

## II) Was ist Krankheit?

Überlegungen zum Verhältnis des modernen Patienten zur Medizin machen eine Betrachtung wesentlicher Grundbegriffe der Medizin unausweichlich. Das gilt zuvörderst für die Begriffe Krankheit und Gesundheit. Die medizinische Wissenschaft und Praxis vermag sie nicht zu definieren. Gesundheit kann nur in der Abwesenheit von Krankheitszuständen begriffen werden. Mit gutem Grund. Die philosophischen Bemühungen, die die Medizin seit der Antike begleiten, haben keinen für alle Zeiten gültigen Begriff zutage gefördert. Was Krankheit ist, können wir nicht wissen. Noch weniger können wir definieren, was wir unter Gesundheit verstehen. Hans-Georg Gadamer sah sich genötigt, über die *Verborgenheit der Gesundheit* zu reflektieren.<sup>2</sup> Sie wird erst im Verlust erfahrbar.

Mit Krankheit verhält es sich nur wenig anders. Sie ist nur scheinbar leichter auf den Begriff zu bringen. Alle Versuche, den Krankheitsbegriff philosophisch, in einem analytischen Sinne dingfest zu machen, haben zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt. Zu nennen wären hier etwa die Arbeiten von Boorse, Fulford, Nordenfeldt u. a. m.<sup>3</sup> Eine maximale und exzessive Definition liefert die WHO, wobei sie alle Formen sozialer Missstände mit einschließt. Dies hat entsprechende Kritik hervorgerufen.<sup>4</sup>

Phänomenologische Beschreibungen, wie sie etwa von Fredrik Svenaeus vor wenigen Jahren vor-

gestellt wurden, können hilfreich sein, uns dem Wesen des Krankheitsbegriffs zu nähern.<sup>5</sup> Svenaeus verweist auf die Philosophie Martin Heideggers und dessen Begriff des *Unheimlichen*. Krankheit ist bezogen auf das Nicht-zu-Hause-sein. Das meint bei Heidegger eine grundlegende Erfahrung des in die Welt-geworfen-Seins. Doch im Falle von Krankheit ist es weniger diese a-priori bestehende Kondition menschlicher Existenz. In der Mehrzahl der Fälle ist die Erfahrung des Unheimlichen von Krankheit etwa durch einen körperlichen Defekt getriggert. Worauf es ankommt: Krankheit ist untrennbar mit der Erfahrung der Fremdheit verbunden. Svenaeus erinnert die Medizin an diese grundlegende Tatsache, die man als einen phänomenologischen Befund bezeichnen kann.

Für die Überlegungen hier ist es nicht notwendig, die vielfältigen und unterschiedlichen Entwürfe zu analysieren, die im Laufe der Geschichte zum Krankheitsbegriff präsentiert wurden. Gemeinsam ist ihnen, dass sich Krankheit einer definitiven Festlegung entzieht. Denn sie enthält neben wissenschaftlich definierten und definierbaren Größen stets ein normatives, ein subjektiv-evaluatives Element. Und dieses kann nicht analytisch hergeleitet werden.

Nun liegt es nahe, den normativen Mehrwert im Krankheitsbegriff sozial und kulturabhängig zu deuten, mithin sozialempririsch zu bestimmen. Doch in diesem Falle löste er sich in der Willkür, etwa von Mehrheitsentscheidungen, auf.

Es bleibt die Merkwürdigkeit: Vom Begriff der Krankheit geht eine von niemandem ernsthaft bestrittene normative Kraft aus. In Begleitung der endlosen Analyse des Krankheitsbegriffes scheint eine Autorität auf, die dem Krankheitsbegriff eignet. Was damit gemeint ist, lässt sich am ehesten in Analogie zur Philosophie des Rechts und der Politik erläutern. Diese Analogie hat Tradition, sind doch für Aristoteles der Politiker und der Arzt die Beispiele schlechthin, in deren Tun sich praktisches Handeln offenbart.

Ausgerechnet der philosophische Meister

der Dekonstruktion, Jacques Derrida, hat auf den *mystischen Grund der Autorität* des Rechts hingewiesen, die am Ende aller dekonstruktiven Anstrengungen aufleuchtet.<sup>6</sup> Recht kann überhaupt nur Autorität entfalten, weil es auf Gerechtigkeit verweist. Gerechtigkeit aber entzieht sich einer Definition – ebenso wie Gesundheit und ihre Negation: die Krankheit.<sup>7</sup> Bei dem Versuch, das, was man unter Krankheit versteht, auf den Begriff zu bringen, sieht man sich unausweichlich mit den gleichen Aporien konfrontiert wie bei der Ausübung des Rechts: etwa der Schwierigkeit, eine Entscheidung für ein Unentscheidbares treffen zu müssen, oder beim Horizont der Dringlichkeit, wie Derrida es nennt, der eine Entscheidung unausweichlich macht.<sup>8</sup> Auch die nach Derrida vielleicht auf den ersten Blick weniger einsichtige (erste) Aporie kennzeichnet die medizinische Praxis. Derrida bezeichnet sie als *Epoché* der Regel. Was damit gemeint ist, verdeutlicht ein Zitat: „Jeder Fall ist anders, jede Entscheidung ist verschieden und bedarf einer vollkommen einzigartigen Deutung, für die keine bestehende, eingetragene, codierte Regel vollkommen eintreten kann und darf. Wenn eine solche Regel ein ausreichend sicherer Garant für die Deutung ist, erweist sich der Richter als Rechenmaschine...“

Ebenso wie der Richter trifft der Arzt bei der Zuschreibung von Krankheit eine einzigartige Entscheidung. Auch hier gilt: Jeder Fall ist anders.<sup>9</sup> Wie die Richter sehen sich Ärzte vor die Aufgabe gestellt, eine Entscheidung im Stande unsicheren Wissens treffen zu müssen.

Satirische Übertreibung kann hilfreich sein, diesen Sachverhalt noch mehr zu verdeutlichen. In seiner Geschichte von Gargantua und Pantagruel parodiert Francois Rabelais den richterlichen Entscheidungsprozess.<sup>10</sup> Der Zwang zur Entscheidung, das Wissen um die Einzigartigkeit jedes Falles und die zugehörige Dringlichkeit werden bis in das Absurde aufgehoben. Da gibt es den Richter Reitgans, der durch eine endlose Kette von Formalitäten jegliches Urteil aufschiebt und – schließlich die Wür-

fel entscheiden lässt. In der Absurdität dieser Episode leuchtet die Autorität, die dem Recht eignet, nur umso mehr auf.

Den Gedanken einer allein analytisch nicht zugänglichen Autorität des Rechts hat die große Rechtsgelehrte Marie Theres Fögen kürzlich verfeinert. Sie illustriert ihn anhand der Gegenüberstellung zweier zentraler Geistesgestalten aus dem vergangenen Jahrhundert, von Franz Kafka und dem Rechtswissenschaftler Hans Kelsen. Kelsen wollte alle Geltung des Rechts auf eine von ihm postulierte Grundnorm zurückführen, die selber nicht ableitbar sei. Bei Franz Kafka erscheint die Autorität auf in der Erzählung *Vor dem Gesetz*. Da wartet ein Mann Tage, Monate und Jahre vor dem Gesetz und bittet um Einlass. Ein Türhüter verweigert ihm den Zutritt. Erst als der Wartende alt ist und fast erblindet, erkennt er „im Dunkel einen Glanz, der unverlöschlich aus der Tür des Gesetzes bricht.“ Im Einzelnen kann dies hier nicht weiter ausgeführt werden. Aber ein Satz Fögens aus ihren Annäherungen an das Problem der Autorität des Rechtes und des Gesetzes, mag den Gedanken verdeutlichen helfen: „Ohne alle Metaphysik, ohne Gott, ohne Gerechtigkeit, ohne Glauben fehlt dem Gesetz die Musik.“<sup>11</sup>

Was für das Recht gilt, kann unmittelbar übertragen werden auf Konzepte und Begriffe, die der Medizin als praktischer Wissenschaft zugrunde liegen. Wie auf dem Felde der Rechtsphilosophie begegnen die gleichen Elemente, die notwendig jede Vorstellung von Gerechtigkeit begleiten, auch beim Versuch, Krankheit/Gesundheit auf einen Begriff zu bringen. Die Aporie entscheiden zu müssen, das Wissen um die Ungenügsamkeit jeglicher Regel wie auch der gehörige Zeitdruck, die Dringlichkeit, verweisen auf ein Charakteristikum ärztlichen Handelns, das *Diagnostizieren*. Der Anspruch der Wissenschaftlichkeit moderner Medizin und ihre Methodik scheinen nahezulegen, dass es sich beim Diagnostizieren lediglich um die Ableitung von Fakten und einen schlussfolgernden Kalkül handelt. Dies ist aber nicht der Fall. *Diagnosein*

(griechisch) heißt entscheiden. Wer eine Diagnose fällt, entschließt sich den diagnostischen Prozess abubrechen. Jetzt ist Schluss mit den Untersuchungen. Doch die empirische Wissenschaft kann diesen Punkt, an dem dies geschehen muss, nicht vorgeben. Er bestimmt sich aus der Unentrinnbarkeit und Dringlichkeit zur Entscheidung.

Die Notwendigkeit zur Diagnose und ihr Zeitpunkt gründen in der Erfahrung des Anderen und seines Leidens, das nur hermeneutisch, phänomenologisch zu ergründen ist. Emmanuel Levinas hat dies zum Ausgangspunkt seiner Philosophie gewählt. Sie ist für die Medizin fruchtbar zu machen.<sup>12</sup> Die Erfahrung des Anderen wird an den Tag gebracht in der Interaktion zwischen Patient und Arzt. Es kann daher auch nicht allein an die Gesellschaft delegiert werden.

Krankheit beschreibt mithin nicht alleine biologische oder seelische „Funktionen“, die neutral, d. h. ohne normativen Bezug zu katalogisieren wären. Die Autorität des Krankheitsbegriffs impliziert ein Sollen, sie gründet in der Selbstdeutung und in der vorerwähnten Wahrnehmung des anderen, dessen Leid danach verlangt zu handeln. Es schreit zum Himmel. Dabei ist eine Rückbindung an die Empirie und wissenschaftliche Beschreibung zugänglicher Elemente der zugrundeliegenden Störung selbstverständlich. Doch für die Einordnung eines Zustandes in die Kategorie Krankheit ist es zwingend, dass ein subjektiv-evaluatives Element hinzutritt. Der Ort, wo es zur Geltung kommt, ist die Beziehung zwischen Patient und Arzt. Man kann dies einen praktischen Krankheitsbegriff nennen.<sup>13</sup>

An dieser Stelle ist es angebracht, auf einen weiteren Zusammenhang aufmerksam zu machen, der nicht selten unter den Tisch gekehrt wird. Wenngleich es nicht möglich ist, ihn in seiner Breite auszuführen, so soll er doch kurz erwähnt werden. Das aus der Erfahrung und Deutung des Leides abgeleitete Sollen ist nicht vorstellbar ohne eine vernünftige Deutung der Natur. Es ist nämlich keinesfalls so, dass aus den Tatsachen - etwa hier

aus den Befunden medizinischer Untersuchungen - kein Sollen folgt. Es verhält sich umgekehrt. Der Natur, wie sie in der Erfahrung erscheint, kommt eine Autorität im Blick auf das Sollen zu. Die vorerwähnte Erfahrung des Leidens anderer und seiner Deutung als Grundlage eines Sollens ist ohne einen in der Vernunft gegründeten Begriff der Natur nicht sinnvoll denkbar. Dies widerspricht zwar der derzeitigen philosophischen *correctness*, wie es Robert Spaemann nennt.<sup>14</sup> Ihr begegnet man auch und gerade im Milieu der Bio- und Medizinethik. Setzt man das Natürliche und das Vernünftige aber in ein Verhältnis, dann ist es selbstredend möglich, einen Begriff des Natürlichen und des Normalen zu entwickeln.<sup>15</sup> Davon abgeleitet kann auch das Krankhafte benannt werden.

Man kann die bisherigen Ausführungen so zusammenfassen. Die Diagnose, die auf die Krankheit verweist und sie kenntlich macht, setzt sich zusammen aus den wissenschaftlich zugänglichen Befunden, deren normativen Gehalte und deren Bedeutung für den jeweiligen Lebenszusammenhang des Patienten (das Nicht-zu Hause-Sein, wie es Sveinaeus beschreibt). Beides erst konstituiert Krankheit, die in der Diagnose bezeichnet wird.

### III) Medizinische Indikation

Die besondere Erfahrung und – das Wort ist hier erlaubt – die Expertise der Ärzte im Blick auf die Befunde, die beim Patienten erhoben wurden, begründen das Recht und die Pflicht zur Indikationsstellung. Medizinische Indikation ist ein für die medizinische Praxis zentraler Begriff, dessen Bedeutung in jüngster Zeit in Vergessenheit geraten zu sein scheint. Sie bezeichnet eine *ärztliche Prärogative* in Analogie zum Begriff aus der politischen Philosophie.<sup>16</sup> Die Wortwahl nimmt hier bewusst eine polemische Konnotation in Kauf. Denn der Begriff der Indikation erweist sich als zentral im Blick auf die eingangs geschilderten Entwicklungen und Gefährdungen, denen die moderne Medizin ausgesetzt ist.

Indikation ist nicht deckungsgleich mit dem Krankheitsbegriff und dem zugehörigen Konzept

der Diagnose. Sie bezeichnet ein Vorrecht, ein Werturteil fällen zu dürfen und die davon abgeleitete Handlungsempfehlung zu rechtfertigen. Diese ärztliche Prärogative dokumentiert keineswegs nur eine ungebührliche Anmaßung der Ärzteschaft. Es gibt sachbezogene Gründe. Die Prärogative sichert die vorerwähnte Rückbindung an beschreibbare und empirisch zugängliche Bedingungen der Krankheitszuschreibung. Sie ist ein Schutz gegen die Gefahr der „Versubjektivierung“ des Krankheitsbegriffs. Andererseits ist die Indikation intrinsisch mit dem Konzept der Krankheit verbunden. Damit erstreckt sich das Vorrecht der Indikationsstellung nicht allein auf den empirisch-analytisch zugänglichen Bereich jeder Krankheitszuschreibung, vielmehr auch auf den evaluativen Anteil. Dies erkennt auch die Rechtsprechung und formuliert damit in einem Zug den Vorrang der Indikation vor dem Recht auf Selbstbestimmung. In einem Urteil des XII. Senats des Bundesgerichtshofes in Deutschland aus dem Jahre 2003 heißt es: „Die medizinische Indikation, verstanden als das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall, begrenzt insoweit den Inhalt des ärztlichen Heilauftrages.“<sup>17</sup>

Beachtung verdient dabei die Formulierung *Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode*. Damit bringt der urteilende Senat zum Ausdruck, dass die medizinische Indikation stets mehr ist als bloß ein physiologisches Kalkül. Vielmehr enthält sie neben der medizinischen Expertise auch einen wertenden Anteil. Darin dokumentiert sich ein normativer Mehrwert jeder Indikationsstellung. Der verunreinigt nicht etwa dieses Urteil (d. h. die Indikationsstellung). Es ist umgekehrt. Erst die Prüfung, ob eine Maßnahme im konkreten Fall sinnvoll ist, dem Kranken in seiner Lage gerecht wird, macht aus physiologischem Wissen ein ärztliches Urteil.

Es wäre verfehlt, den normativen Gehalt aus der Indikationsstellung herauszuhalten zu wollen. Dies führte zu einer inhumanen Medizin, weil es

den Auftrag und die Verantwortung korrumpierte, die sich aus der Fürsorgeverpflichtung herleiten. Es wäre ebenso verfehlt, das Verhältnis von Fürsorgeverpflichtung und Recht auf Selbstbestimmung einzig auf die Frage der Machtverteilung zu reduzieren. Wer darf entscheiden? Wer hat das letzte Wort? Gleichwohl ist es in der Tradition liberaler Rechtsstaaten unbestritten, dass jede Person das Recht hat, Behandlungen abzulehnen. Dies gilt auch dann, wenn daraus ein lebensbedrohliches Risiko folgt.

Die auf das Wohl von Patienten gerichtete Fürsorge fragt nach dem für den einzelnen Angemessenen, d. h. nach dem auf den Fall bezogenen Guten. Daraus wird die Indikation abgeleitet. Sie ist ohne die Rückbindung an den Krankheitsbegriff, nicht rechtfertigbar. Der Krankheitsbegriff ist der Grund des Sollens, eines Handlungsauftrags, der durch die Indikation (d. h. ein Urteil) begründet ist. Und die verweist auf das auf den Fall bezogene Gute, die Therapie, oder ggf. das Unterlassen einer Behandlung. Und dieses Gute wird jedoch nicht nur als ein partikulares erkannt. Es ist vielmehr ein Gutes im Sinne Platons. „Das Gute, wenn es an den Tag kommt, ist allen gemeinsam“, heißt es im Dialog Gorgias.<sup>18</sup> Es bezeichnet damit eine regulative Idee medizinischen Handelns.

Daraus ergeben sich mehrere Folgerungen für die Medizin.<sup>19</sup> Zunächst bedeutet dies, dass die Indikationsstellung ein dialogischer Prozess ist. Mit ihrer Kenntnis über die medizinischen Sachverhalte müssen Ärzte die Indikation im Gespräch mit Patienten oder deren Stellvertretern die Indikation „entwickeln“. Dazu gehört auch, Patienten überhaupt in die Lage zu versetzen, diesen Prozess mitgestalten zu können. Dabei müssen die intellektuellen Voraussetzungen, die emotionale und spirituelle Verfassung der Betroffenen, ihre soziale Situation und vieles andere mehr mitberücksichtigt werden. In dieser Hinsicht erweist sich die Selbstbestimmung der Betroffenen vielfach als heteronom, denn in der Mehrzahl der Fälle wird sie erst durch fürsorgendes Handeln „her- bzw. wieder hergestellt.“

Die Hilfestellung, Selbstbestimmung zu erhalten, ist selbst ein Ziel medizinischen Handelns. Allerdings ist es nicht selten nur schwer zu erfüllen, wie ein Beispiel aus der empirischen Psychologie lehrt. So ist die Wahrnehmung von Patienten durch viele Faktoren beeinflusst. Man spricht von „bounded cognition“. Daher unterscheidet sich die Rate der Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme in Abhängigkeit von der Weise der *Darstellung ihrer Effektivität* durch die Ärzte. Wird sie als Sterblichkeit angegeben, lehnen mehr Betroffene ab. Wird sie dagegen als Erfolgsrate positiv formuliert, steigt die Rate der Zustimmung. Es wurde daher schon vorgeschlagen, eine *formale* von einer *effektiven Selbstbestimmung* zu unterscheiden.<sup>20</sup>

Zweitens folgt daraus, dass Indikationsstellung nicht einfach ein Akt der Wahl ist. Ein Patient kann nicht verlangen, was nicht indiziert ist. Indikationsstellung ist kein Vorgang, der der Auswahl aus einem Menü zu vergleichen wäre, wie es schon vorgeschlagen wurde. Daher wird das Schlagwort vom *Patienten als Kunden* der Realität medizinischer Praxis nicht gerecht. Indikationsstellung ist ein auf fachlichem Wissen basierendes wertendes Urteil.<sup>21</sup> Ihr kommt, wie bereits erwähnt, ein handlungstheoretischer Vorrang zu.

Das Prinzip der medizinischen Indikation verlangt drittens, die darin enthaltenen normativen Anteile offenzulegen. Transparenz ist ein notwendiger Bestandteil der Indikationsstellung. Kriterien der Zuteilung oder Begrenzungen von Behandlungen müssen begründet dargelegt werden. Nur dann sind sie einer Kritik in einer offenen Gesellschaft zugänglich. Dieser Aufgabe muss sich ärztliche Profession stellen. Sie muss die normativen Inhalte jeder Indikationsstellung nach innen, innerhalb der Profession, aber auch nach außen gegenüber der Gesellschaft rechtfertigen.

Im Blick etwa auf die medizinische Behandlung am Lebensende, auf die Frage gerechter Verteilung von Organspenden etc. haben Ärzteorganisationen weltweit versucht, dieser Verpflichtung in geeigneter Weise Rechnung zu tragen. Im Falle der Ster-



bebegleitung hat in Deutschland die Ärzteschaft erstmalig ein besonderes Verfahren zur Sicherung der Transparenz gewählt. Im Jahr 1998 wurden die Grundsätze ärztlicher Sterbebegleitung veröffentlicht. Ein Jahr zuvor wurde ein Entwurf dieses Dokumentes der Öffentlichkeit vorgestellt und in einer Reihe von Veranstaltungen und in unterschiedlichen Medien zum Teil heftig diskutiert. Dieses Vorgehen war vorbildlich. Es sollte zu den vornehmsten Pflichten der Ärzteschaft zählen, die ethischen Grundsätze und normativen Inhalte medizinischer Handlungen, also der ärztlichen Kunst, zu rechtfertigen.

#### IV) Was ist modern am Patienten heute?

Als modern wird nicht selten ein Patient bezeichnet, der selbstbestimmt und informiert seine Geschicke im Umgang mit Personen und Institutionen des Gesundheitswesens steuert. Die Frage muss gestellt werden, ob es diesen Patienten in dieser Form gibt. Die empirische Wissenschaft bestätigt dies nicht ohne weiteres. An einem Beispiel aus einem Bereich der aktuellen Debatten der Medizinethik soll dies demonstriert werden. In vielen Ländern wird über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestritten. Diese Dokumente sind gleichsam ein Lieblingskind nicht weniger Medizinethiker, denn sie sollen helfen, das Selbstbestimmungsrecht von Patienten zu sichern, wenn diese selbst nicht mehr entscheiden können. Im Streit um das Maß ihrer Verbindlichkeit wird stets vorausgesetzt, eine Mehrheit der Mitbürger wolle ein solches Dokument ausfüllen und wünsche eine hohe Verbindlichkeit.

In empirischen Untersuchungen findet man jedoch das Gegenteil. Konfrontiert mit der ethischen Wucht einer Konfliktsituation will eine Mehrheit den Niederlegungen in solchen Dokumenten nicht folgen. Bei der Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung ist eine Mehrzahl unsicher im Blick auf die Behandlungswünsche. Eine überwiegende Mehrheit möchte, dass andere für sie entscheiden.<sup>22</sup> Der ärgste Feind der Selbstbestimmung ist die Krankheit, schreibt Eric Casell.<sup>23</sup>

Wie kommt es, dass in der Debatte diese Befunde nur wenig beachtet werden? Die Sozialpsychologie hält dafür eine Erklärung bereit: das Phänomen der sozialen Erwünschtheit. Es erklärt auch die Diskrepanz zwischen der Millionenzahl kursierender Formulare von Patientenverfügungen und der geringen Zahl ausgefüllter Dokumente.<sup>24</sup>

Die Frage drängt sich daher auf, ob sich der moderne Patient wirklich von demjenigen früherer Zeiten wesentlich unterscheidet. Im Blick auf einen unbestritten Kernbestand dessen, was Krankheit ausmacht, scheint sich nicht sehr viel im Umgang von Patient Medizin geändert zu haben. Sicher, es gibt den aufgeklärten Patienten, der mehr über seine Krankheit wissen möchte, der mehr fragt. Aber dies berührt nicht die Fundamente der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Anders verhält es sich aber in dem Bereich, der eingangs mit den Schlagworten Enhancement und wunscherfüllende Medizin gekennzeichnet wurde. Das Verhältnis von Krankheit, Gesundheit, Diagnose und Indikation ändert sich fundamental.

Während Gesundheit in der herkömmlichen auf die Heilung ausgerichteten Schulmedizin als nicht definierbar gilt und Krankheit als Zustand ihrer Negation verstanden wird, löst sich dieses Bestimmungsverhältnis zueinander auf. Gesundheit wird positiv verstanden. Nicht die (Grenz-)Erfahrung der Krankheit und ihre Deutung, vielmehr das allein subjektiv verstandene Missfallen an einer Situation wird zur handlungsleitenden Motivation. Mehr noch, Zustände höherer Gesundheit werden definiert und vorgegeben. Das Prinzip der Indikationsstellung ändert sich nicht nur, es wird eskamotiert.

Matthias Kettner hat die verschiedenen Gesichtspunkte systematisch gegenübergestellt, die die kurative Medizin von einer wunscherfüllenden unterscheiden.<sup>25</sup> Nicht der Krankheitsbegriff ist handlungsleitend, sondern ein Bedürfnis. Statt Indikation wird nur noch nach einer möglichen Kontraindikation im Falle der Anwendung eines Verfahrens gefragt. Die zuvor beschriebenen Aporien spielen keine Rolle, denn die Verpflichtung

zur Handlung löst sich auf angesichts der bloßen Möglichkeit (Optativ statt Imperativ). Gesundheit ist nicht länger das Verborgene, vielmehr werden willkürlich gewählte Vorlieben des Befindens an ihre Stelle gesetzt.

Die Rückbindung an eine intersubjektiv zugängliche normative Einordnung entfällt überhaupt. Wunscherfüllende Medizin, Anti-Aging und psychopharmakologisches Enhancement verabsolutieren einen Aspekt des Verhältnisses von Arzt und Patient, die subjektiv-evaluative Seite des Krankheitsbegriffes. Damit wird Selbstbestimmung auf Kosten der vorerwähnten Rückbindung an Indikationsstellung und Krankheitsbegriff zur Ideologie. Denn Loslösung eines Prinzips aus seinem Verhältnis zu anderen und Missachtung seiner inhärenten Grenzen ist charakteristisch für das, was man eine Ideologie nennt.

Im Falle der allein ideologisch begründeten Ausweitung medizinischen Handelns erschöpft sich ärztliche Kompetenz dann lediglich in einer Darstellung der Wahrscheinlichkeit einzelner Wenn-Dann-Ereignisse aufgrund fachwissenschaftlicher Expertise. Medizin degeneriert von einer praktischen Wissenschaft zu einer bloßen Anwendungswissenschaft. Denn das Wesen einer praktischen Wissenschaft erweist sich im Handeln an Personen. Für die Folgen trägt sie nicht nur im Falle von Kunstfehlern, sondern als Institution dem Grunde nach moralische Verantwortung. Dies gilt nicht für eine bloße Anwendungswissenschaft.

Die Medizin kann ihre Identität nur bewahren in der Selbstbeschränkung auf den Ausgleich der für sie konstitutiven Elemente. Dabei ist es nur zu verständlich, dass neue Erkenntnisse der Biomedizin diese Selbstbeschränkung immer auf das Neue herausfordern. Daher gehört die Auseinandersetzung über ihre Ziele selbst zum Merkmal der Medizin. Vor ideologischer Entartung kann dieses Gespräch aber bewahrt werden, wenn nicht einzelnen Aspekten, wie etwa dem Verweis auf Selbstbestimmung, von vornherein eine vorrangige Geltung zukommen. Selbstbestimmung gewinnt, wenn sie in

einen angemessenen Ausgleich mit anderen Prinzipien gebracht wird.

Die geforderte Selbstbeschränkung begrenzt den Einsatz neuer Technologien des Enhancements und der wunscherfüllenden Medizin. Sie rettet aber, was man die Identität und Selbstverständnis der Medizin nennen kann, auf die viele Patienten heute wie in allen Zeiten rechnen und hoffen.

## Referenzen

- 1 vgl. etwa Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin – zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit* (2005), <http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/6/kettner/quot-wunscherfuellende-mezizin-quot-zwischen-kommerz-und-patientendienlichkeit>; (28. September 2008). Er schreibt: „Der heutigen Medizin beginnt zu dämmern, dass wissenschaftliche Heilkunst sich in einem Ausmaße mit der Macht menschlicher Wünsche verquickt, wie es sich die rationale, auf Naturwissenschaft setzende Medizin noch vor wenigen Jahrzehnten nicht hätte träumen lassen.“
- 2 Gadamer H.-G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt (1993), S. 133-148
- 3 Boorse C., *On the distinction between disease and illness*, *Phil Public Affairs* (1975); 5: 49-68  
Fulford K. W. M., *Moral theory and medical practice*, Oxford University Press, Cambridge (1989)  
Nordenfeldt L., *The concepts of health and illness revisited*, *Med Health Care Philos* (2007); 10(1): 5-10
- 4 Callahan D., *The WHO definition of „health“* (1973), in: Beauchamp T. L., Walters L., *Contemporary Issues in Bioethics*, Wadsworth Publishing, Belmont (1989)
- 5 Svenaeus F., *Das unheimliche – Towards a phenomenology of illness*, *Med Health Care Phil* (2000); 3: 3-16
- 6 Derrida J., *Gesetzeskraft: Der „mystische Grund der Autorität“*, Suhrkamp, Frankfurt (1991)
- 7 In Derridas Traktat geht es weniger um die Entfaltung einer Idee der Gerechtigkeit, vielmehr ist dem Autor an der Autorität gelegen, ohne die Recht nicht denkbar ist. Der Referenzbegriff ist jedoch die Gerechtigkeit. Sie ist nicht zu definieren. Darin besteht die Analogie.
- 8 Derrida J., siehe Ref. 6, S. 49 ff.
- 9 Was nicht bedeutet, es gäbe keine Regeln, die zu beachten wären. Die Evidence based medicine wird damit nicht ausgehebelt. Es folgt nur, dass sich medizinische Praxis nicht in der Befolgung der Regeln der Evidence based medicine bereits erschöpft.
- 10 Rabelais F. (1532, 1534, 1546, 1552) in: Rabelais F., *Gar-*



- gantua und Pantagruel*, Insel, Frankfurt (2003)
- 11 Fögen M. T., *Das Lied vom Gesetz*, Carl Friedrich von Siemens Stiftung (Band 87), München (2007), hier S. 93
  - 12 vgl. Dörner K., *Der gute Arzt*, Schattauer, Stuttgart (2001), hier S. 44 ff.
  - 13 vgl. hierzu Lanzerath D., *Was ist medizinische Indikation?*, in: Charbonnier R., Dörner K., Simon S., *Medizinische Indikation und Patientenwille*, Schattauer, Stuttgart (2008)
  - 14 Spaemann R., *Wenn ein schlimmer Zufall des Lebens uns das Glück raubt*, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 26. November 2007
  - 15 vgl. hierzu Spaemann R., *Das Natürliche und das Vernünftige*, in: Spaemann R., *Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns*, Klett-Cotta, Stuttgart (2001) sowie Foot P., *Die Natur des Guten*, Suhrkamp, Frankfurt (2004)
  - 16 Sahlm S. W., *Selbstbestimmung am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ethik und Recht. Eine medizinethische Analyse der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung und ihrer akademischen Kritik*, *Ethik Med* (2004); 16: 133-147
  - 17 BGH, *AZ XII ZB 2/03*, *N Jur Wochr* (2003) 56: 1588-1594
  - 18 Platon, *Gorgias*, in: Platon, *Sämtliche Werke*, Band I, Schneider Lambert, Heidelberg (1982)
  - 19 vgl. Sahlm S., *Sterbebegleitung und Patientenverfügung*, Campus, Frankfurt (2006), hier S. 64 ff., hier S. 64 ff.
  - 20 siehe Schwab A. P., *Formal and effective autonomy*, *J Med Ethics* (2006); 32: 575-579. Diese Einsicht sollte nicht überraschen, ist sie doch Grundlage aller Werbung. Doch wird zweifelsohne diesem Phänomen im Bereich medizinischer Entscheidungsfindung bislang keine hinreichende Aufmerksamkeit geschenkt.
  - 21 Vgl. Sahlm S., siehe Ref. 19 und Taupitz J., *Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens?*, C. H. Beck, München (2000)
  - 22 siehe Sahlm S. W., Will R., *Angehörige als natürliche Stellvertreter. Eine empirische Untersuchung zur Präferenz von Personen als Bevollmächtigte für die Gesundheitsvorsorge bei Patienten, Gesunden und medizinischem Personal*, *Ethik Med* (2005); 17: 7-20 und Sahlm S., siehe Ref. 19. Eine Zusammenfassung findet sich in Sahlm S., siehe Ref. 19.
  - 23 Casell E. J., *Consent or obedience? Power and authority in medicine*, *N Engl J Med* (2005); 352: 328-330
  - 24 siehe Sahlm S., siehe Ref. 19, hier S. 162
  - 25 Kettner M., *„Wunscherfüllende Medizin“ – Assistenz zum besseren Leben?* (2006), [http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%FCllende+Medizin\\_Kettner.pdf](http://www-theol.kfunigraz.ac.at/cms/dokumente/10004575/2a85af7c/Wunscherf%FCllende+Medizin_Kettner.pdf) (9. Oktober 2008)