

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 14 · Heft 4 · 2007

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Das Spiel mit dem
schönen Körper**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriele Eisenring (Privatrecht, Rom)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Christoph Gisinger (Geriatric, Wien)
Martin Glöckler (Chirurgie, Wien)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Gunther Ladurner (Neurologie, Salzburg)
Reinhard Lenzofer (Interne Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Innsbruck)
Heinrich Resch, (Innere Medizin, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

Das IMABE-Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 auf Initiative von Medizinern, Juristen und Geisteswissenschaftlern in Wien gegründet. Ziel des Instituts ist es, den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlichen Menschenbildes zu fördern. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz des Vereins. Die wichtigste Aufgabe des Institutes ist eine interdisziplinäre und unabhängige Forschung auf den Gebieten von Medizin und Ethik. Darüber hinaus sollen Werte und Normen in der Gesellschaft durch Entwicklungen in Medizin und Forschung kritisch beleuchtet werden.

Editorial	287	
Aus aktuellem Anlass	290	Petra Mihály Medizin-Nobelpreis 2007: Von Mäusen und Menschen
	293	Jan Stejskal Wachkompatient. Zur Problematik der künstlichen Ernährung
Schwerpunkt	297	Hildegunde Piza-Katzer, Susanne Kummer Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand
	307	Raphael M. Bonelli, Hans-Peter Kapfhammer Die Körperdysmorphie Störung
	323	Anita Rieder Schönheitsmedizin aus der Public Health-Perspektive
	331	Klaus Bergdolt Gesundheitswahn heute – Gesundheitsreligion und/oder Beauty Business?
	341	Roman A. Siebenrock Doch aus meinem Fleisch werde ich Gott schauen
Diskussionsbeitrag	349	Kornelia Böhler-Sommeregger Die Ware Schönheit
	352	Bernadette Wegenstein Body Image and Mass Media: the Example of the US Television Makeover Show
	358	Regula E. Umbricht-Sprüngli Ethische Reflexionen zur Plastischen Chirurgie aus der Sicht der Praxis
Dokumente	363	Kongregation für die Glaubenslehre Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung
Nachrichten	367	
Zeitschriftenspiegel	371	
Buchbesprechungen	373	

Herausgeber:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: *Imago Hominis* ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout: concept8, Schönbrunner Straße 55, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Robert Glowka

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert Glowka

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,

Studentenabo € 20, Förderabo € 80

Abo-Service: Robert Glowka

Bankverbindung: BA-CA, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800,
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen Sachexperten begutachtet.

IMABE gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl. Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 5. Dezember 2007

Plastische Chirurgie und die boomende „Schönheitschirurgie“ liegen in einem Spannungsfeld. Zum einen sind da die großartigen Errungenschaften und Fortschritte der Chirurgie im Dienste des Patienten, zum anderen gerät ein „Nebenzweig“, die sogenannte Schönheitschirurgie, zunehmend ins kritische Blickfeld. In Österreich unterziehen sich jedes Jahr rund 40.000 Menschen einer Schönheitsoperation. Der überwiegende Teil der Patienten sind Frauen. Nach aktuellen Umfragen ist ein Viertel der Österreicherinnen und Österreicher bereit, sich für ein schöneres Körperbild unters Messer zu legen. Damit wächst auch der soziale Druck auf junge Menschen, sich dem herrschenden und medial vermittelten Schönheitsbegriff anzupassen. Woher kommen bestimmte Schönheitsvorstellungen? Wer prägt die Vor-Bilder? Wie steht es um unser Körperversständnis? Welche chirurgischen Eingriffe sind ethisch vertretbar? Was wird gemacht? Wo liegen die Grenzen der „Schönheit um jeden Preis“?

Namhafte Expertinnen und Experten aus der Plastischen Chirurgie, Sozialmedizin, Psychiatrie, Theologie, Kulturwissenschaften u. a. haben sich an einem von IMABE in Kooperation mit der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck und dem Management Center Innsbruck organisierten interdisziplinären Symposium am 11. und 12. Mai 2007 mit diesem brisanten Thema befasst. Die Referate, die in dieser *Imago Hominis*-Ausgabe nun auch schriftlich, teils erweitert vorliegen, beleuchten die ethischen Problemfelder der ästhetischen Chirurgie, ihre kulturelle Dimension und hinterfragen Facetten und Hintergründe ihrer Entwicklung.

Noch nie haben sich so viele gesunde Menschen freiwillig auf den Operationstisch gelegt. Wer hat den Trend, mit dem Messer nachzuhelfen, wenn man meint, von der Natur in seinem Äußeren benachteiligt zu sein, angestoßen? Die von den Medien propagierten Schönheitsideale sind auf das körperlich Äußere fixiert. Das Äußere scheint immer stärker die Identität der Individuen

prägen zu können, während das Innere, die geistige Dimension des Menschen, ausgeblendet und damit in seiner charakterbestimmenden Bedeutung vernachlässigt wird. Daher die erste Frage: Wird nicht am Ende dieser Entwicklung der Vergegenständlichung und Materialisierung des Körpers dieser zur beliebig verfügbaren Konsumware im Dienste einer Scheinidentität degradiert? Werden nicht lauter seelenlose Leiber und Barbie-Puppen produziert, statt Schönheit des Menschen in einem ganzheitlichen Sinn zu verwirklichen? Dem Äußeren muss zweifelsohne eine große Bedeutung für die Selbstfindung zugebilligt werden, aber seine einseitige Überbetonung zerstört die Leib-Seelische-Ganzheit des Menschen und destabilisiert ihre Harmonie.

Die zweite Frage betrifft die Rolle der Medizin: Thomas von Aquin hat das Schöne schlicht, aber tief als das definiert, „was im Schauen gefällt“. (*Pulchra sunt, quae visa placent*). Eine Definition, die ihre Wurzel in der klassischen Ontologie hat: Das Schöne ist neben dem Guten, dem Wahren und dem Einen ein Attribut des Seins, das sich nur dem wachsamem, sensiblen, beschaulichen Geist erschließen kann. Bei dieser Beschauung und Vertiefung kommt den spielerischen Fähigkeiten des Menschen eine nicht ganz unbedeutende Rolle zu. Steht das Spiel mit dem schönen Körper, wie er von Schönheitsmedizin und medialen Schönheitsbildern vorgeführt wird, im Dienste jener Beschauung, die dem menschlichen Geist die Fülle des Seins erschließen lässt und daher Selbstfindung, Vertiefung und Erfüllung bedeutet?

Unser Dank gilt bei diesem bereits vierten interdisziplinären Symposium, das IMABE gemeinsam mit Innsbrucker Institutionen in der Tiroler Landeshauptstadt veranstaltete, ganz besonders Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza, Vorstand der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck. Sie hat uns mit ihrer Faszination für das Thema angesteckt und sich mit großer Hingabe bei den Vorbereitungen eingebracht. Ohne ihre Erfahrung und Kompetenz wäre dieses Symposium nicht möglich gewesen. Für die ausgezeichnete Zusammenarbeit danken wir auch dem Management Center Innsbruck, in dessen Räumlichkeiten das Symposium abgehalten wurde sowie Mag. Isabel Jeschke, die als Koordinatorin vor Ort zur Planung und zum geordneten Ablauf der Veranstaltung wesentlich beigetragen hat.

Kurz vor Redaktionsschluss erreichte uns die Nachricht des Ablebens von Univ.-Prof. Dr. Franz Seitelberger, der im 91. Lebensjahr stand. Der renommierte Neurologe war Dekan der Medizinischen Fakultät und Rektor der Universität Wien von 1975

bis 1977 und jahrzehntelang Vorstand des Neurologischen Instituts der Universität Wien. Seitelberger, der die Neurologische Forschung in Wien nachhaltig geprägt hat, unterstützte auch unser Institut und war viele Jahre Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats unserer Zeitschrift. In *Imago Hominis* publizierte er zum Konzept des Hirntods. Seitelbergers Wachheit für ethische Fragen, die er auf Basis seiner christlichen Grundeinstellung diskutierte, sind uns Ansporn und Wegbegleiter.

Die Herausgeber

Petra Mihály

Medizin-Nobelpreis 2007: Von Mäusen und Menschen

Die Vergabe des Medizin-Nobelpreises 2007 hat die mediale Aufmerksamkeit erneut zwei besonders „heißen“ wissenschaftlichen Forschungsgebieten zugewandt: der Stammzellenforschung und der Gentechnik. Und tatsächlich hat das Nobel-Komitee in Stockholm drei Forscher geehrt, die diese beiden Bereiche eng miteinander verstränkt haben.

Die beiden US-Forscher Mario R. Capecchi und Oliver Smithies entdeckten unabhängig voneinander, dass die Veränderung des Genoms einer Zelle von außen möglich ist, indem man manipulierte Gensequenzen in die DNA einbringt. Der Einbau erfolgt dann durch einen Mechanismus namens *homologe Rekombination*. Der spezifische enzymatische Apparat in Säugerzellen bietet nämlich ein äußerst effizientes System zur genetischen Modifikation. Die Rekombinationsereignisse erfolgen dabei über kurze Erkennungsstellen. Der US-Forscher Joshua Lederberg hatte 1958 für die Entdeckung dieses Mechanismus den Medizin-Nobelpreis erhalten.

Bei der von Capecchi und Smithies entwickelten Vorgangsweise des *gene targeting* wird nun eine manipulierte Gensequenz gezielt in die DNA-Struktur eingebracht. Capecchi konnte zeigen, dass die in tierische Zellen eingebrachten Allele tatsächlich durch homologe Rekombination in die Chromosomen eingebaut wurden und dabei auch defekte DNA durch gesunde ersetzt werden konnten. Smithies entdeckte wiederum, dass Genomsequenzen auch unabhängig davon ausgetauscht werden konnten, ob sie aktiv waren oder nicht. Das nährte die Hoffnung, eines Tages das gesamte Genom einer Zelle durch die Technologie des *gene targeting* gezielt manipulieren zu können.

Zunächst ungelöst blieb jedoch das Problem, wie die Auswirkungen derartiger Genveränderun-

gen *in vivo*, also am lebenden Organismus, studiert werden konnten. Wollte man nämlich herausfinden, welche Funktion die jeweiligen Gene hatten, so musste man eruieren, wie ihre Ausschaltung sich auf Aussehen und Gesundheit des Gesamtorganismus auswirkte. Doch Capecchi und Smithies konnten zunächst nur *in vitro*, an Zellkulturen in der Petrischale, arbeiten.

Hier kamen die Forschungen des Briten Sir Martin J. Evans ins Spiel. Seine Entdeckung erwies sich als noch weit folgenreicher als die Untersuchungen seiner beiden Nobelpreis-Kollegen: Evans gelang es nämlich erstmals, embryonale Stammzellen der Maus zu isolieren.

Mäuse sind ideale Modellorganismen in der humanmedizinischen Forschung: Sie haben eine hohe genetische Ähnlichkeit mit dem Menschen, vermehren sich sehr schnell – mit sechs Wochen ist eine Maus bereits geschlechtsreif, die Tragezeit beträgt nur 18 Tage, bei einem Wurf werden mehrere Junge geboren – und sind unkompliziert zu halten.

Es war bereits früher bekannt, dass Zellen aus Hodenkarzinomen von Mäusen, also Krebszellen, sich, in einen Embryo eingeführt, in verschiedene Zelltypen des Organismus entwickeln können, also *pluripotent* sind. Evans hatte die Idee, diese Zellen als Grundlage für Eingriffe in die Keimbahn von Mäusen zu verwenden. Doch erste Versuche schlugen fehl, da sich aus dieser Art von Zellen keine fortpflanzungsfähigen Tiere entwickeln konnten. Auf der Suche nach Alternativen entdeckte der britische Forscher, dass aus Mäuseembryonen im Blastozysten-Stadium der Embryoblast isoliert und diese embryonalen Stammzellen dann *in vitro* kultiviert werden konnten. Diese Zellen waren nämlich fähig, sich in alle Zelltypen – einschließlich Keimzellen – des Organismus zu entwickeln (*Pluripotenz*).

In der zweiten Hälfte der 1980er Jahre war nun die Zeit reif für eine Kombination der beiden Forschungsgebiete. Capecchi und Smithies gelang es, in embryonale Stammzellen der Maus Gensequenzen einzubringen, die „ausgeschaltet“ worden waren. Sie nutzten also den Vorgang der homologen Rekombination, um zelluläre Gene durch Kopien zu ersetzen, in die zum Beispiel Mutationen oder neue Genabschnitte eingebaut wurden. Bringt man solche DNA-Stücke in Zellen ein, so werden sie genau an der Stelle ins Genom integriert, an der sich zuvor das zelluläre Gen befand. Wenn man dabei ein funktionierendes Gen ausschaltet, spricht man von „Knockout“. Je nach Funktion des betroffenen Gens wird ein solcher Effekt schon früh in der Embryogenese oder erst später im erwachsenen Organismus phänotypisch erkennbar. Vor allem an Mäusen wird das Prinzip der homologen Rekombination mit Erfolg eingesetzt, um Gene auszuschalten („Knockout-Mäuse“), da dieses Prinzip hier sehr gut funktioniert. Auch in der somatischen Gentherapie wird die homologe Rekombination eingesetzt, wobei man hier das Ziel verfolgt, kranke, d. h. mutierte Gene durch homologe Rekombination mit nicht mutierten Genen zu ersetzen.

Wie erfolgt nun die „Herstellung“ von Knockout-Mäusen? Zunächst werden aus Mäuse-Embryonen im Blastozysten-Stadium embryonale Stammzellen gewonnen und vermehrt. Anschließend wird ihre Erbsubstanz manipuliert, indem eine bestimmte DNA-Sequenz durch ihr „ausgeschaltetes“ Allel ersetzt wird. Diese in die Zellen eingebrachten Sequenzen sind mit einem so genannten „Marker-Gen“ ausgestattet; in den meisten Fällen ist das eines, das eine Antibiotikaresistenz verursacht. So können durch die Zugabe von Antibiotika schnell die erfolgreich „manipulierten“ Zellen aussortiert werden, da nur jene überleben, die die neu hinzugefügte Gensequenz in ihre DNA eingebaut haben. Diese Zellen werden nun in Blastozysten von Mäusen inseriert, die dann einem Weibchen eingesetzt werden. Die so entstehenden Mäuse-Jungen sind

„Chimären“, die sowohl manipuliertes als auch nicht-manipuliertes Erbgut in sich tragen. Nun werden durch weitere Kreuzungen Mäusestämme gezüchtet, die nur mehr das ausgeschaltete Allel der jeweiligen Gensequenz in sich tragen. Diese Tiere werden dann Knockout-Mäuse genannt.

Knockout-Mäuse sind heute aus der medizinischen und genetischen Forschung nicht mehr wegzudenken, wie auch das Nobel-Komitee anlässlich der Würdigung der Preisträger hervorhob. Sie sind für die Erforschung der Funktionsweise der Gene und die Entwicklung des Organismus bei Säugetieren genauso unentbehrlich wie für die Untersuchung des genetischen Einflusses auf Krankheiten, insbesondere auf Krebs. Smithies entwickelte Mausmodelle zur Erforschung von zahlreichen menschlichen Krankheiten, etwa Arteriosklerose oder die angeborene Stoffwechselerkrankung Mukoviszidose. Mittlerweile sind Mausmodelle für 500 verschiedene Krankheiten entwickelt worden, und laufend werden es mehr. Die verwendete Technologie ist zudem im Laufe der Jahre kontinuierlich verfeinert worden: So werden am Ludwig-Boltzmann-Institut für Krebsforschung in Wien bereits Mäuseorganismen mit sehr komplexen, mehrere Gene betreffenden Konstrukten („Multi-Hit-Konstrukte“) hergestellt, die man dann noch gezielt am erwachsenen Organismus „ein- und ausschalten“ kann.

Unter dem Jubel des Nobel-Komitees über die Knockout-Mäuse und die vielfältigen Forschungsergebnisse ging die Frage nach dem ethischen Risiko, das sie potenziell in sich tragen, fast unter. Dass man für die Entwicklung der Humanmedizin und Pharmakologie auf Tierversuche zurückgreift, hat neben zahlreichen praktischen Vorteilen auch einen ethischen Grund: Vieles, was im Tierversuch möglich ist, wäre bei der Anwendung am Menschen unethisch. Doch gerade in diesem Punkt verschwimmen seit einigen Jahren die Grenzen zwischen „erlaubt“ und „unerlaubt“ in alarmierendem Maße.

Eine der stärksten Versuchungen für Wissenschaftler heute scheint nämlich zu sein, die an

Mäusen entwickelten Methoden auch auf andere „Lebewesen“ zu übertragen – insbesondere auf den Menschen. Als eine der ersten, faulen Früchte dieser Entwicklung gilt die „verbrauchende Forschung“ mit menschlichen embryonalen Stammzellen, bei der menschliches Leben im Frühstadium getötet wird. Dieser ethisch hochumstrittene Forschungszweig wird mittlerweile – trotz neuester Erkenntnisse von Alternativmethoden sowie zahlreicher medialer und politischer Debatten – zu den Mainstreamverfahren in der medizinischen Grundlagenforschung stilisiert.

Laut jenen Forschern, die selbst mit humanen embryonalen Stammzellen arbeiten, könne die Wissenschaft gar nicht auf diese Art der Forschung verzichten. Nobelpreisträger Capecchi selbst meinte in einem Interview mit dem deutschen Onlinedienst „Telepolis“ (10.10.2007), es wäre gar „kriminell“, nicht mit humanen embryonalen Stammzellen zu forschen.

Der zweite Aspekt der Herstellung von Knock-out-Mäusen – der Eingriff in die Keimbahn von Lebewesen – scheint ebenfalls sehr verführerisch zu sein. Im Interview mit „Telepolis“ brachte Capecchi genau diesen Wunsch zum Ausdruck: „Das menschliche Genom liegt schon vor, diese Informationsbasis haben wir. (...) Ich würde auf diese Informationsbasis aber gern funktionell zugreifen, statt einfach nur Gensequenzen zu vergleichen.“ Im Klartext: Was bei Mäusen möglich ist – die Manipulation des Genoms durch *gene targeting* – soll doch auch beim Menschen erlaubt sein. Ethische Bedenken scheinen da keine Rolle mehr zu spielen. Alles, was möglich ist, soll man auch machen – so lautet offenbar die Devise.

Sollten die juristischen und ethischen Verbote auf diesem Gebiet eines Tages tatsächlich fallen, und sollten als Produkte derartiger Genmanipulation tatsächlich lebensfähige Menschen zur Welt kommen, dann ist die Zeit des „Designer-Babys“, des „normierten“ Menschen aus dem Katalog angebrochen. Dies wird auch die Zeit eines genetischen Totalitarismus sein, wie man es sich heute

noch kaum ausmalen kann. Aldous Huxleys *Schöne neue Welt* lässt grüßen.

Dr. Petra Mihály, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Jan Stejskal

Wachkomapatient. Zur Problematik der künstlichen Ernährung

In diesem Jahr wurde die deutsche Rechtsprechung um einen neuen Präzedenzfall bereichert. In einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamm vom Mai 2007 stellte das OLG fest, dass Eltern die künstliche Ernährung ihrer vierjährigen Tochter, die sich infolge eines ärztlichen Kunstfehlers in einem Wachkoma befand, einstellen können. In der Begründung verwies das OLG auf das „Kindeswohl“ des Mädchens, das offenbar auch dann gewahrt bleibe, wenn die Entscheidung der Eltern den Tod des Kindes herbeiführen würde. Das OLG hielt das Absetzen der Ernährung für gerechtfertigt, wenn durch die weitere ärztliche Behandlung keine Besserung des Gesundheitszustandes zu erzielen ist. Durch die Entscheidung des OLG wurde den Eltern das elterliche Sorgerecht zurück übertragen, nachdem ihnen dieses in erster Instanz entzogen wurde. Das Mädchen wurde aus der Klinik entlassen, es verstarb jedoch noch im Juni eines natürlichen Todes, bevor die Maßnahmen umgesetzt wurden.

Abgesehen davon, dass das OLG das Sterben eines Wachkoma-Patienten durch Nahrungsentzug mit einem „Wohl“ gleichsetzt, stellt sich die Frage, inwiefern ein Therapieabbruch, sprich Absetzen der künstlichen Ernährung, bei solchen Patienten ethisch zu beurteilen ist. Handelt es sich bei künstlicher Ernährung der Wachkomapatienten um eine Therapie, oder gehört sie vielmehr in den Bereich der einfachen Pflege? Heißt es in so einem Fall, das Sterben zu ermöglichen oder wird vielmehr durch Unterlassung das Sterben aktiv eingeleitet? Sind diese Patienten überhaupt Sterbende im engeren Sinne?

Im September erschien ein Kommentar der Kongregation für die Glaubenslehre, der sich mit der Problematik der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung von Patienten im sog. „vegeta-

tiven Zustand“ befasst (Gesamtwortlaut in diesem Heft). Die Kongregation ging darin der Frage nach, ob eine solche, auch auf künstlichen Wegen erfolgte Versorgung nicht als eine übermäßig schwere Belastung für den Patienten sowie sein Umfeld bzw. als ein außergewöhnliches oder unverhältnismäßiges Mittel einzustufen und somit moralisch nicht verpflichtend sei. Diese Frage wurde im Bezug auf diejenigen Patienten untersucht, die nicht mehr auf natürlichem Weg ernährt werden können, bei denen jedoch die übrigen vegetativen Funktionen erhalten bleiben und die klinisch stabil sind, wie es z. B. beim fortgeschrittenen Morbus Alzheimer oder bei Patienten mit Ausfall der Großhirnfunktion, dem sog. apallischen Syndrom, der Fall ist.

Die Kongregation stellt klar, dass die künstliche Wasser- und Nahrungsversorgung in diesen konkreten Fällen nicht als eine außergewöhnliche Belastung zu verstehen sei und somit moralisch bindend, denn *„...sie steht im Verhältnis zur Erreichung ihres Zieles, nämlich das Sterben des Patienten durch Verhungern und Verdursten zu verhindern. Sie ist keine Therapie, die zur Heilung führt, und will es auch nicht sein, sie ist nur eine gewöhnliche Pflege zur Erhaltung des Lebens.“* Die künstliche Wasser- und Nahrungsversorgung kann jedoch sehr wohl im Einzelfall für einen Angehörigen eine erhebliche Belastung bedeuten, pflegerisch unterscheiden sich die Patienten im Wachkoma jedoch kaum von anderen bettlägerigen Patienten.

Im weiteren Text werden die Dokumente des Lehramts der Kirche aufgegriffen, ausgehend von der Erklärung zur Euthanasie aus dem Jahre 1980. Darin heißt es im Bezug auf Therapieverzicht: *„Wenn der Tod trotz der angewandten Mittel unausweichlich näher kommt, ist es erlaubt, im Gewissen die Entscheidung zu treffen, auf Therapien zu verzichten, die nur eine*

kurze und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken würden, ohne jedoch die normale Pflege zu unterlassen, die man in solchen Fällen den Patienten schuldet.“ Demgegenüber betont die Kongregation, dass ein Abbruch der Pflege bei Patienten, die sich nicht in unmittelbarer Todesgefahr befinden, wie dies beim „vegetativen Zustand“ der Fall ist, den Tod bewirken würde. Sie dürfe deshalb nicht unterlassen werden.

In Anbetracht dieser Unterscheidung sowie in Anlehnung an weitere Dokumente der Kirche wird unterstrichen, dass die sog. minimalen Mittel streng verpflichtend bleiben, „...die normalerweise und unter gewöhnlichen Umständen der Erhaltung des Lebens dienen“. Papst Johannes Paul II. bekräftigte in diesem Zusammenhang, dass weder „von wirksamen therapeutischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung noch von der Anwendung der normalen Mittel zur Lebenserhaltung“ dispensiert werden kann, wozu auch Wasser- und Nahrungszufuhr zählen. Als unerlaubt werden jegliche Unterlassungen erwähnt, welche auf eine Lebensverkürzung zwecks Leidensvermeidung hinzielen würden.

Obwohl die künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr bei Patienten im „vegetativen Zustand“ unter ärztliche Handlungen fallen können, versteht die Kongregation diese vielmehr als Teil der Pflege. Dafür scheint die Tatsache ausschlaggebend zu sein, dass dadurch kein therapeutisches Ziel, sondern lediglich die Erhaltung des Lebens angestrebt wird. Deziert heißt es: „Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Pflege, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist.“ Anschließend wird darauf hingewiesen, dass ein Abbruch bzw. Nichtverabreichung von Wasser- und Nahrungszufuhr eine Euthanasie durch Unterlassung zur Folge hätte.

Auf diesen Grundsätzen aufbauend betonte Johannes Paul II. die menschliche Würde auch jener Patienten, die sich in einem „anhaltenden vegetativen Zustand“ befinden. Darunter werden Fälle verstanden, wo nach einem Jahr im Bezug auf Prognose kaum Aussichten auf eine mögliche Besse-

rung bestehen. Eine Unterbrechung der minimalen Pflege inklusive Ernährung wäre bei solchen Patienten nicht zulässig, denn sie hätte einen sicheren Tod durch Verhungern bzw. Verdursten zur Folge. Zusammenfassend sprach er unmissverständlich: „Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen erfolgt, immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Behandlung ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als gewöhnlich und verhältnismäßig und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, und zwar in dem Maß, in dem und so lange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Nahrung und Schmerzlinderung zu verschaffen.“ Dieser Text wurde in unserer Zeitschrift im Vorjahr ausführlich kommentiert.²

Auch Patienten mit einer infausten Prognose bzgl. möglicher Besserung im sog. andauernden vegetativen Zustand steht die künstliche Verabreichung zu. Im Sinne der Devise „Ad impossibilia nemo tenetur“ kann dies jedoch in manchen armen Regionen unmöglich sein, die Verpflichtung zur minimalen Pflege bleibt jedoch aufrecht. Dazu wird ferner auch nicht ausgeschlossen, dass aufgrund von Komplikationen in manchen Fällen die künstliche Nutrition unnütz sein kann, bzw. für den Patienten aufgrund supportiver Mittel eine zusätzliche Belastung bedeuten kann.

In Anbetracht dessen ist ein Wachkomapatient kein Sterbender. Wie bereits U. Eibach in diesem Zusammenhang erklärte: „Sterbend im biologischen Sinne ist ein Mensch dann, wenn es zu einem unwiderruflichen und fortschreitenden Prozess kommt, der erfahrungsgemäß in absehbarer Zeit zum Zusammenbrechen lebenswichtiger Organfunktionen und damit zum Tod führt. Der Entzug der Nahrung richtet sich dagegen gegen das Leben. Ziel ist die Herbeiführung des nicht natürlicherweise eintretenden Todes. Der Nahrungsentzug hat nichts mit einem Verzicht auf eine Bekämpfung der Krankheit zu tun. Der Grund ist das Urteil, dass ein Leben nicht mehr wert ist gelebt zu werden, also ein Lebenswerturteil.“³

Da allerdings in der Ärzteschaft – zumal im ös-

terreichischen Recht – die künstliche Ernährung als therapeutische Handlung angesehen wird, verschwimmen die Grenzen zwischen der künstlichen Ernährung als Bestandteil der Therapie beim gewöhnlichen Patienten und als pflegerische Maßnahme bei einem Wachkomapatienten. Trotz Gemeinsamkeiten wird bei dem letzteren nicht ein gewisses therapeutisches Ziel im Sinne einer Genesung verfolgt, sondern lediglich die Erhaltung des Lebens angestrebt. Die künstliche Ernährung eines solchen Patienten ist vielmehr mit dem Füttern eines Säuglings bzw. alten Menschen zu vergleichen, auch wenn dies auf eine künstliche Art und Weise, sprich mit einem Löffel geschieht. Denn „auch die orale Ernährung einer Person durch eine andere Person ist ja kein bloßer Naturprozeß, sondern ein sozialer Akt, ebenso wie die Einstellung dieser Ernährung“.⁴

Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass ein Wachkomapatient per se kein Sterbender ist und seine künstliche Ernährung zwar zum Teil im Dienste der Therapie steht, hauptsächlich aber eine pflegerische Maßnahme darstellt. Ihre Unterlassung wäre mit einer Euthanasie gleichzusetzen. Dies schließt allerdings nicht aus, dass, sobald der Sterbeprozess beim Wachkomapatienten beginnt, eine Therapiereduktion bzw. Abbruch inklusive Nahrungszufuhr abgewogen werden kann, so wie dies bei den übrigen Patienten in der terminalen Phase der Fall ist. Dies erfordert jedoch die Sensibilisierung der Ärzteschaft gegenüber der Würde des Menschen, insbesondere bei Menschen im Wachkoma, und verlangt, sich von jeglichen utilitaristischen Bewertungen und Fragen nach dem Nutzen so eines Lebens fernzuhalten. Nur mit solchem Feingefühl können auch die richtigen Entscheidungen zur Erhaltung des Lebens dieser Patienten getroffen werden, um der Gefahr zu entgehen, den Zustand des eingeschränkten Bewusstseins eines „Apallikers“ mit Sterben gleichzusetzen.

Referenzen

1 Kongregation für die Glaubenslehre, *Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten be-*

züglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung, Imago Hominis (2007); 14: 363-366

2 vgl. Prat E. H., *Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr*, Imago Hominis (2006); 13: 311-317

3 Eibach U., *Tödliches Mitleid. Wehret den Anfängen: Kritik am Urteil des Bundesgerichtshofes zur „Sterbehilfe“*, Luthische Monatshefte (1994); 11: 22

4 Bobbert M., Werner M. H., *„Keine wesentlich neuen Gesichtspunkte“? Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung*, Ethik in der Medizin (1997); 9: 217

Dr. Jan Stejskal, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien
stejskal@imabe.org

ZAK-Pharma
Dienstleistung
Ges.m.b.H.

CRO
für Klinische Studien und
Arzneimittelzulassung

Jubiläum
1997 – 2007

www.zakpharma.at

Hildegunde Piza-Katzer, Susanne Kummer

Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand

Zusammenfassung

Die Kluft zwischen individueller Körperzufriedenheit und Lebensqualität einerseits sowie gesellschaftlich diktiertem Körnernormen und Wertvorstellungen andererseits wird in der Konsumgesellschaft immer größer. Der Wunsch nach einem idealen Körper oder aber ein starker Leidensdruck bringen deshalb zahlreiche gesunde Menschen dazu, sich als Klienten einem Plastischen oder „Schönheits“-Chirurgen anzuvertrauen. Diese aktuellen Entwicklungen werfen medizinische, ethische, soziale und ökonomische Fragen auf. Es ist zu prüfen, unter welchen Vorzeichen ästhetisch-chirurgische Eingriffe erlaubt, angezeigt und unter welchen Bedingungen sie ethisch abzulehnen sind. Dem Plastischen Chirurgen kommt eine eminent wichtige Rolle bei der Aufgabe zu, den Menschen unserer Gesellschaft zu helfen, in ihrer Beziehung zum eigenen Körper jene Ausgewogenheit wieder zu finden, die der Würde des Menschen als Körper-Seele-Einheit entspricht.

Schlüsselwörter: Ästhetische Chirurgie, Ethik, Schönheitschirurgie, Körperkult

Abstract

In this consume society, we note an increasing gap between values and norms pertaining to the human body on the one side, and personal satisfaction with one's bodily appearance-based quality of life on the other. A high degree of suffering or merely longing for an ideal body causes many basically healthy people to see a plastic or "beauty" surgeon. This phenomenon raises pertinent medical, ethical, social and economic questions. In each case the prevailing motivation has to be assessed, whether or not esthetical surgery is justified and indicated, or ethically unacceptable. The plastic surgeon is challenged to educate the public in rediscovering a balanced relationship toward one's body, in accordance with human dignity based on the unity of body and soul.

Keywords: Esthetic surgery, ethics, beauty surgery, cult of the human body

o. Univ.-Prof. Dr. Hildegunde Piza-Katzer
Vorstand der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
Medizinische Universität Innsbruck
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck
Hildegunde.Piza@i-med.ac.at

Mag. Susanne Kummer, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

Die Plastische Chirurgie ist ein faszinierendes und kreatives chirurgisches Gebiet. Sie beschäftigt sich einerseits in der Wiederherstellungschirurgie mit Unfall- und Verbrennungsoptionen, mit Patienten, die wegen einer bösartigen Neubildung operiert werden müssen, und sie umfasst das Gebiet der Handchirurgie. Das Ziel des Eingriffs ist jeweils ein therapeutisches: deformierte, abnorme, verletzte oder funktionsuntüchtig gewordene Körperpartien in einen möglichst „normalen Zustand“ zu bringen. Andererseits beschäftigen sich Plastische Chirurgen mit der ästhetischen Chirurgie, deren Ziel es ist, bei einem an sich gesunden, normal aussehenden Klienten durch einen operativen Eingriff eine Veränderung zu erreichen, die im Bereich des Normalen bleibt, aber weder notwendig noch indiziert ist. Es geht also um „verbessernde“ Interventionen am Körper (Enhancement). Die Nachfrage nach solchen Eingriffen wächst: Immer mehr nicht kranke Menschen nehmen medizinisches Wissen und Können in Anspruch, um ihre Körperlichkeit und ihre Lebensgestaltung zu optimieren. Damit wandelt sich auch das Selbstverständnis der Medizin, in der es nicht mehr bloß um Heilung von Krankheiten oder die Erhaltung von Gesundheit geht. Die Entwicklung des Phänomens der „wunscherfüllenden Medizin“ wirft für den Bereich der plastisch-ästhetischen Chirurgie dringende Fragen auf:

1. Körperkult und Wunsch nach Veränderung: Noch nie hatten Menschen (in wohlhabenden Gesellschaften) so viel Zeit, ihren Körper zu trainieren, zu pflegen, sich vernünftig zu ernähren. Dennoch steigt die Anzahl jener, die sich - unzufrieden mit (sich und) ihrem Körper - an die Medizin, den Chirurgen wenden mit dem Wunsch nach Veränderung und nach Verbesserung ihres Aussehens. Sie tun das aus individuellen Wünschen und Erwartungen. Sie tun es aber auch als Folge eines kulturellen Wandels des Körperverständnisses.

2. Die technischen Möglichkeiten in der Ästhetischen Chirurgie sind in den letzten Jahrzehnten gewachsen. Man denke etwa an die Entwicklung von Silikon oder die Fortschritte im Bereich des

Faceliftings, der Laserbehandlung u. v. a. m. Die Verfügbarkeit neuer Techniken weckt neue Wünsche. Vom Plastischen Chirurgen wird heute hohe fachliche und ethische Kompetenz erwartet. Unter welchen Vorzeichen sind ästhetisch-chirurgische Eingriffe erlaubt, ja angezeigt und unter welchen Bedingungen sind sie ethisch abzulehnen?

Körperkult und Wunsch nach Veränderung

Geschichte

Die ästhetische Chirurgie ist keine Modeerscheinung der letzten Jahre. Höchst schmerzhaft und zum Teil deformierende Manipulationen des Körpers waren bereits Teil vieler Kulturen. Für die Entwicklung der Plastischen Chirurgie wurden im frühen 19. Jahrhundert die technischen Grundlagen geschaffen, wobei vor allem der Berliner Ordinarius für Chirurgie Johann Friedrich Dieffenbach (1792 - 1847) hervorzuheben ist. Eugen Holländer (1867 - 1932) in Berlin und Erich Lexer (1867 - 1937) in Königsberg führten die ersten Gesichtsstraffungen (Facelift) durch. In kurzer Zeit wurden somit bereits vor etwa 100 Jahren Operationstechniken zur Behandlung von Altersstigmata und „Schönheitsfehlern“ entwickelt, die einzig dem Ziel dienten, bei ansonsten gesunden Menschen die Attraktivität zu steigern.¹ Der Berliner Jacques Joseph (1865 - 1934) befand, dass der kranke und unschöne Körper auch zu einem kranken Geist führt. Für seine Anleitung zur Brustreduktion legte er, selbst jüdischer Herkunft, rassenkundliche Annahmen zu Grunde, was verdeutlicht, wie sich auf dem Gebiet der ästhetischen Chirurgie naturwissenschaftlich-technische Medizin und Ideologie immer wieder kulturspezifisch verbanden.² Es wurde der Begriff der „psychischen Gesundheit“ eingeführt.

Sinnmacher Schönheit?

Gesundheit ist ein vielschichtiger und vieldeutiger Begriff, der im Alltagsverständnis das normale Befinden, Aussehen und Verhalten des Menschen bezeichnet. Doch was ist normal? Laut Definition der Weltgesundheitsorganisations-

on (WHO) 1946 ist Gesundheit der „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen“. Aus psychologischer Sicht gehört das umfassende Wohlbefinden zur Gesundheit. Doch lässt das auch den Umkehrschluss zu? Ist man als krank zu bezeichnen, wenn das „vollständige Wohlfühlen“ fehlt? Ist der Zustand völligen Wohlfühlens überhaupt erreichbar, als Konstante zu halten und immer mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln anzustreben – auch durch einen ästhetischen Eingriff?

Um diese Fragen in den richtigen Kontext zu bringen, ist es notwendig, einen kritischen Blick auf die steigende Bedeutung des optimalen Körpers als Sehnsuchtsfläche und Sinnstifter, als Garant sozialer Anerkennung und beruflichen Erfolgs zu werfen.

Wir beobachten heute, dass der „freizeit- und konsumorientierte“ Körper nicht nur eine Mode ist, sondern auch zunehmend wichtig für das „Überleben“ in der heutigen Gesellschaft wird. Gutes Aussehen sichert die Karriere und die Sympathien, nicht nur bei Schauspielern. Längst finden sich Kosmetikerinnen, die an sich Brustvergrößerungen vornehmen lassen, weil sie das „für den Beruf brauchen“ oder Berufstätige aus der Tourismusbranche, die immer erholt, gestrafft und jung aussehen müssen, um so selbst die Botschaft des eigenen Unternehmens zu verkörpern. Körperveränderungen werden also nicht nur akzeptiert, sie sind ausschlaggebend, um die eigene Arbeitsleistung gewinnbringend zu vermarkten. Die Kluft zwischen individueller Körperzufriedenheit und Lebensqualität einerseits, sowie gesellschaftlich diktiertem Körpervorstellungen andererseits wird immer größer. In der Praxis führt dies, insbesondere bei Frauen, zu einer großen Verunsicherung gegenüber der eigenen Körperlichkeit. Bezeichnend ist, dass das vielfältige Angebot die Nachfrage schürt. Die Bereitschaft wächst, sich „etwas machen zu lassen“. So sind laut einer Studie des Österreichischen Gallup-Instituts, bei der

100 Personen auf ihre Einstellung zu Schönheitsoperationen und den Zusammenhang zwischen Aussehen und Erfolg befragt wurden, 47 Prozent der Führungskräfte bereit, einen Schönheitschirurgischen Eingriff bei sich vornehmen zu lassen.⁴ Unter den Argumenten für eine Schönheitsoperation lagen mit jeweils 55 Prozent Zustimmung zwei Argumente an der Spitze: „gutes Aussehen steigert das Selbstbewusstsein“ und „wer gut aussieht, fühlt sich auch wohler“. Dass man mit gutem Aussehen leichter eine/n Partner/in findet, glauben immerhin noch 38 Prozent.

Die Ware Schönheit

Das Problem ist nicht die Einschätzung, dass Schönheit ein Wert ist. Das Problem ist, dass sie zum Wert schlechthin stilisiert wurde, für den zu opfern man bereit ist und an dem zu verdienen man interessiert ist. Die Glücksverheißungen, die mit gutem Aussehen, Gesundheit und Schönheit verbunden werden, fallen offenbar in einer Konsumkultur zunehmend auf fruchtbaren Boden. Welches Ideal von Schönheit als Garant für Anerkennung und Wohlfühlen fungiert, diktiert der Markt, transportiert via Unterhaltungsmedien.⁵ Die Anzahl junger Menschen, die sich dazu verführen lässt, ihre Schönheitsvorstellungen an Schönheitsmodelle aus der Konserve anzupassen, steigt – ein Phänomen, das zu denken gibt und ein besorgniserregendes Zeichen der Manipulierbarkeit des heutigen Menschen darstellt.⁶ Die Industrie profitiert von der Fetischierung eines Ideal-Körpers: Der perfekte Körper ist nämlich unerreichbar. Und gerade die Unerreichbarkeit garantiert immer neuen Konsum.⁷ Annoncen mit Versprechen von makelloser Schönheit, TV-Beauty-Soaps, Live-Operationen, bei der echte und vermeintliche Plastische Chirurgen aktiv mitwirken, Versteigerungen von Schönheitsoperationen im Internet, sogar Rabattkarten für häufige Schönheitsoperationen in Großbritannien, die erst im Mai 2006 für Wirbel sorgten⁸, zeigen, dass das Geschäft mit fragwürdigen Körper„verbesserungen“ blüht. In den letzten

zwei Jahrzehnten ist ein rasanter Anstieg der ästhetisch-chirurgischen Eingriffe vor allem in Ländern der westlichen Welt zu verzeichnen. 60 Prozent der Operierten sind zwischen 21 und 50 Jahren alt, zehn Prozent sogar unter 20 Jahren, wobei exakte Zahlen fehlen. Zu den häufigsten Eingriffen gehören Fettabsaugungen, Ohrkorrekturen, Lidoperationen Nasenkorrekturen, Gesichts- (Facelift), Bauchdecken- und Hautstraffungen sowie Brustoperationen (Vergrößerungen und Verkleinerungen). Dass jeder Arzt ästhetische Eingriffe durchführen kann bzw. bei weitem nicht alle diese Eingriffe von ausgebildeten Fachärzten für Plastische Chirurgie angeboten bzw. angepriesen werden, ist ein weiteres Problem. Viele wollen am boomenden Markt mitnaschen und sehen die steigende Schönheitsindustrie vor allem als eines: als schnelles Geschäft.⁹

Patientenautonomie: selbstbestimmt oder fremdbestimmt?

Wie gestalte ich meinen Körper, was lasse ich mit meinem Körper machen, damit ich mich darin wohl fühle, darin „zu Hause“ bin? Menschen empfinden sich, eine bestimmte Körperpartie, als hässlich, unattraktiv, weil ihr eigener Körper nicht dem vorherrschenden Körperideal entspricht. Der Plastische Chirurg steht häufig weniger als Arzt, sondern als Dienstleister einem Klienten gegenüber, der möchte, dass ihm seine Wünsche erfüllt werden. Hinter dem Wunschdenken steht vermehrt ein realer, subjektiver Leidensdruck, den der Chirurg als Arzt ernst zu nehmen hat. Die Frage ist, den Kern des Problems gemeinsam mit dem Klienten/Patienten aufzudecken. Denn die Verheißung, mit der nicht wenige kommen, lautet: Der Körper ist das Medium, das man verändert, wodurch man sich schließlich selbst und damit auch die Haltung der Umgebung zu einem selbst verändern wird. Dahinter steht nicht selten der Druck, sich (vor allem) über den Körper Anerkennung, Wertschätzung, Geliebt-Sein erkaufen zu müssen. Das schürt enorme Hoffnungen: durch „Körperarbeit“ und „Körpertuning“ die Idealvorstellung erreichen und da-

ran gekoppelt all das, was einem auf sozialer oder seelischer Ebene versagt geblieben ist. Doch die Hoffnung, dass allein ein Eingriff mit dem Skalpell das Leben verändert, bleibt Utopie.

Treffen die Kunden für ästhetische Operationen eine freie, selbstbestimmte Entscheidung oder werden sie zu diesen „freien Entscheidungen“ durch gesellschaftliche Normen, die sie internalisieren, gezwungen? Angesichts einer von Persing durchgeführten Studie kann der Einfluss der Medien nicht hoch genug eingeschätzt werden.¹⁰ Persing befasste sich mit Reality-TV-Shows, in denen es um Schönheitschirurgische Eingriffe und deren Einfluss auf Menschen geht. Das Ergebnis: Je öfter potentielle Patienten diese Fernsehshows ansahen, desto häufiger landeten sie tatsächlich bei einem Plastischen Chirurgen, mit teils unrealistischen Erwartungen. Vier von fünf Klienten/Patienten gaben an, direkt von einer dieser Fernsehshows beeinflusst worden zu sein. Fast ein Drittel gab an, ihre Meinung über die Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie über TV-Reality-Shows bezogen zu haben¹¹. In den USA wurden im Jahr 2006 rund 11 Millionen ästhetisch-chirurgische Eingriffe vorgenommen, so die offiziellen Zahlen der American Society of Plastic Surgeons, um 7 Prozent mehr als im Jahr 2005. Als Arzt muss man sich dieses Paradoxons bewusst sein, das Herrmann¹² aufgezeigt hat. Der „Schönheitsimperativ“ sei vor allem infolge der medialen Verbreitung omnipräsent und entfalte eine normierende Kraft: Dass Frauen gezwungen würden, sich dieser Technik zu bedienen und die daraus resultierende Umkehrung der Normalitätsstandards bezeichne das „Paradoxon der erzwungenen Freiwilligkeit“.¹³ Nicht mehr zu übersehen sind die Folgen derartiger Versuche körperlicher Perfektionierung; der Körper selbst scheint sich gegen die zunehmenden Zumutungen zu wehren. Gerade bei jungen Frauen kommt es zunehmend zu Selbstschädigungstendenzen wie Essstörungen, Medikamentenmissbrauch oder auch Selbstverletzungen.

Neben der großen Zahl der einem „Ideal“ nachjagenden jungen Menschen ist aufgrund der demo-

grafischen Entwicklung aber auch ein immer größer werdendes anderes, nämlich älteres Klientel, das sich durch einen ästhetischen Eingriff in die Jugend zurückretten will, vorhanden. Der alternde Mensch fühlt sich vielfach nach dem Ausstieg aus dem Berufsleben und durch das Nachlassen der Sinneskraft weniger anerkannt. Sein Selbstbewusstsein wird durch den natürlichen Alterungsprozess geschmälert und seine soziale Stellung verändert. Er fällt heraus aus den gesellschaftlichen Parametern der Anerkennung, zu denen Leistung und körperliche Perfektion zählt. Alle wollen lang leben, alt werden, aber niemand will alt sein. So greifen auch immer mehr Menschen höheren Alters nach den Möglichkeiten der „Schönheitsmedizin“. Da in allen Altersgruppen nicht jeder, der sich verändern will, über die für so einen Eingriff notwendigen finanziellen Mittel verfügt und Operationen über Banken finanziert werden, erheben sich auch Überlegungen und Fragen zu den sozialen und ökonomischen Folgen ästhetischer Eingriffe.

Ist das alles noch jene Medizin, die wir meinen? Nämlich jene, wo ein körperlich oder seelisch Kranker einen Arzt aufsucht, der nach hippokratisch ethischen Prinzipien handelt?

Ethische Überlegungen

Klient oder Patient?

Im Folgenden soll auf das spezielle Verhältnis zwischen Arzt und gesundem Menschen, der sein Äußeres durch einen Arzt gestalten lassen will, eingegangen werden. Leven hat das Problem auf den Punkt gebracht: Während der Patient, der einen Allgemeinchirurgen aufsucht, im Allgemeinen hofft, zu hören, dass keine Operation notwendig ist, will der Klient, der zum „Schönheitschirurgen“ geht, hören, dass er operiert werden kann, damit sein Aussehen verbessert wird.¹⁴ Das Ziel besteht darin, mit einem operativen Eingriff eine Verbesserung seines Selbstwertgefühls innerhalb seines sozialen Umfeldes zu erreichen und an Lebensqualität zu gewinnen. Gewinnt er durch solch einen Eingriff an Lebensqualität, ist der Eingriff als sinn-

voll zu bezeichnen. Entscheidend ist es, sich im ärztlichen Gespräch über die Motive des Patienten im Klaren zu werden und jene Personen herauszufiltern, in denen ein psychopathologisches Problem vorliegt. In diesen Fällen ist eine Operation eine Ersatzhandlung. Der Patient wird bei einem noch so guten Operationsergebnis unzufrieden sein. Insbesondere Patienten mit einer Dismorphophobie oder Schizophrenie müssen unbedingt identifiziert werden.¹⁵

Die Frage lautet also, wie wir in der ästhetischen Chirurgie Lebensqualität messen. Welche Mindestbeobachtungszeit nach dem Eingriff muss eingehalten werden, um auch eine dauerhafte Steigerung der Lebensqualität nachzuweisen? Dazu gibt es erst wenige Studien.

In der ästhetischen Chirurgie gehört heute die Brustvergrößerung neben der Fettabsaugung zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen. Brisson und Latulippe orteten in einer breit angelegten Studie ein erhöhtes Selbstmordrisiko bei Frauen mit Brustimplantaten.¹⁶ Studienteilnehmerinnen waren 24.600 Frauen, die sich aus kosmetischen Gründen zwischen 1974 und 1989 Brustimplantate einbringen ließen. Zum Zeitpunkt der Operation waren sie im Schnitt 32 Jahre alt. In den 15 Jahren nach der Operation verstarben 480 der Frauen. Die Mortalitätsrate entsprach dem Durchschnitt der Bevölkerung. Ein Blick auf die Todesursache zeigte jedoch, dass die Selbstmordrate unter den Studienteilnehmerinnen um 73 Prozent höher war als in der Gesamtbevölkerung. Frühere Untersuchungen hatten gezeigt, dass Frauen, die sich die Brust vergrößern lassen, meist ein geringes Selbstwertgefühl hatten, häufiger unter seelischen Erkrankungen wie Depressionen litten und einen risikoreicheren Lebensstil führten. Die Wissenschaftler forderten Plastische Chirurgen auf, vor dem Eingriff die Motive der Frauen zu klären und ihnen gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. McLaughlin zieht aus einer ähnlichen Studie¹⁷ denselben Schluss. Patientinnen, die mit ihrem

Körper nicht zufrieden seien, suchten Hilfe in der Plastischen Chirurgie. Die oftmals psychologischen zugrunde liegenden Probleme könnten aber durch den Eingriff nicht behoben werden. Frauen, die eine Brustvergrößerung anstreben, sollten sich deshalb einer umfangreichen psychologischen Untersuchung unterziehen. Wer die Praxis kennt, weiß, wie schwierig so ein Schritt zu erreichen ist, da die Patienten im allgemeinen davon überzeugt sind, dass ein physisches Problem vorliegt, kein psychisches.

Aufklärung des Patienten

Die ästhetischen Eingriffe werden meist als harmlose und einfache Eingriffe angepriesen. Am Beginn jeder Behandlung sollte ein detailliertes Beratungsgespräch ohne Zeitdruck und in einem möglichst großen Abstand zum Eingriff stehen. Die Patienten eines plastischen Chirurgen lassen sich nur ungern davon überzeugen, dass eine Operation womöglich die falsche Behandlung ist. Die Reklame der Schönheitschirurgie hat ihnen suggeriert, dass solche Eingriffe immer und in jedem Fall ein Gewinn sind und dass sie so risikolos sind wie ein Besuch beim Frisör.

Menschen, die einen ästhetischen Eingriff an sich durchführen lassen möchten, sollten sehr realistisch aufgeklärt werden. Man sollte auf die physischen und emotionalen Strapazen eines derartigen Eingriffs hinweisen. Unvollständige Informationen, emotionale Manipulation, Halbwahrheiten, bewusste Fehldarstellungen, vor allem aber die Durchführung ästhetischer Eingriffe durch unqualifizierte Ärzte müssen als unprofessionell, unehrlich und unethisch betrachtet werden. Bei der präoperativen Aufklärung eines Patienten, der sich einem ästhetischen Eingriff unterziehen möchte, muss auch darauf hingewiesen werden, dass das erzielte Resultat mit der Zeit verschwinden wird. Aus diesem Grund ist es unethisch, einem Patienten den ästhetischen Eingriff so früh wie möglich zu empfehlen, weil er dadurch Gefahr läuft, zu einem sogenannten „Plastoholic“ zu werden.

Im primären Aufklärungsgespräch muss auch über notwendige Folgeeingriffe im Laufe der Jahre gesprochen werden. Kehren wir nochmals zum Thema der Vergrößerung der weiblichen Brüste durch Fremdkörper zurück. Hier ist vor allem bei jungen Frauen größte Wahrhaftigkeit bei der Aufklärung von Seiten des behandelnden Arztes zu fordern, da mit heutigem Wissen z. B. jedes zu große eingebrachte Brustimplantat bei jugendlichen Frauen diese zu Dauerpatientinnen macht. Dies deshalb, da durch Druck auf die schon kleine Brust das spärliche Brust-Eigengewebe verringert wird, ja verschwinden kann und somit immer wieder ein Fremdkörper eingesetzt werden muss.

Risiken

Jede Operation ist mit einem Risiko verbunden, und sei es nur das Risiko, dass sie nicht gelingt. Das gilt natürlich auch für ästhetisch-chirurgische Eingriffe. Sie sollten in Spitälern oder Kliniken, die auch entsprechend technisch ausgestattet sind und über hoch qualifiziert ausgebildetes Personal verfügen, vorgenommen werden. Es wäre unethisch, den Patienten nicht über diese Risiken aufzuklären und ihm nur zu sagen, dass dieser Eingriff einfach in der Ordination durchgeführt werden kann. Fachleute stellen mit Sorge fest, dass immer öfters mehrere Eingriffe bei einer Operation durchgeführt werden, meist mit dem Anreiz eines verbilligten Kombi-Angebotes. Bei der Untersuchung des Patienten sind sein Lebensumfeld und seine Lebensgewohnheiten in den Blick zu bekommen. Kein Patient hört es gern, dass er weniger essen soll, statt sich sein Fett vom Chirurgen (oder Allgemeinmediziner) absaugen zu lassen. Zum Beispiel erhöhen sich bei starken Rauchern die Komplikationen drastisch, so dass der Chirurg eine geplante Operation nur dann durchführen soll, wenn der Patient bereit ist, das Rauchen aufzugeben. Wenn dies nicht geschieht, sollte der Chirurg den Eingriff verweigern. Das Problem ist, dass zu Recht abgelehnte Patienten erfahrungsgemäß solange den Arzt wechseln, bis sie einen finden, der es mit der

Indikation nicht so genau nimmt, vermutlich auch mit seiner Ausbildung. Fast immer muss der Plastische Chirurg damit rechnen, dass der Patient sich dann einer Behandlung unterwirft, die alles andere als optimal ist.¹⁸ Es gibt nicht nur eine Ethik des Arztes, es gibt auch eine Ethik des Patienten.

Kosten

Bei diesen ärztlichen Tätigkeiten und vor allem Operationen, deren Ziel es ist, den menschlichen Körper zu verändern, können natürlich Komplikationen auftreten, über die im Detail aufgeklärt werden muss. Diese selbst gewählten Eingriffe werden von den „Klienten“ selbst bezahlt. Bei schweren Komplikationen allerdings werden Krankenhäuser mit öffentlichem Recht aufgesucht und dort die durch die Komplikationen zu Patienten mutierten Kunden behandelt, wodurch das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem belastet wird. Deutschland hat auf diese Entwicklung reagiert: Für die Belastungen des Gesundheitssystems, die durch eventuelle Folgebehandlungen nach Komplikationen entstehen, kommen Deutschlands Krankenkassen seit der Gesundheitsreform 2006 unter Umständen nicht mehr auf.¹⁹

Ausbildung des Plastischen Chirurgen

Die Risiken bei ästhetischen Operationen steigen auch dann enorm an, wenn der Plastische Chirurg ungenügend ausgebildet ist. Ein Plastischer Chirurg kann seine Geschicklichkeit und sein Können nicht in Schnellsiedekursen erwerben. Eine erhöhte Revisionsrate ist die Folge. Zu recht fordert Stark, dass „in der Facharztausbildung der Assistenten zum Plastischen Chirurgen eine qualitativ hohe technische und psychologisch-ethische Unterweisung auch in der ästhetischen plastischen Chirurgie (auf Grundlage der rekonstruktiven Techniken) gewährleistet werden“ muss, um zu sichern, dass die „Facharzturkunde auch ein Indikator für die Qualifikation“²⁰ ist. Sich in Wochenendkursen zum Star-„Schönheitschirurgen“ küren zu lassen, ist fachlicher Unsinn und ethisch unzulässig.

Ästhetische Eingriffe und Ethik

Die Wiederherstellungschirurgie – d. h. die rekonstruktive Chirurgie, die Handchirurgie und die Verbrennungschirurgie –, wirft als operative Disziplin, die jene durch Unfall oder Krankheit sichtbar verunstaltete Regionen wiederherstellt, vom ethischen Standpunkt keine besonderen Fragen auf. Es gehört zum medizinischen Heilungsziel, nicht nur die Funktion, sondern auch das meist mit ihr zusammenhängende zerstörte äußere Erscheinungsbild wiederherzustellen. Darin hat von Anfang an das Ethos des ärztlichen Berufes die ureigentliche Aufgabe der Medizin gesehen.

Ganz anders stellt sich die Frage der ethischen Beurteilung jener Eingriffe der ästhetischen Chirurgie, die das Ziel haben, das Erscheinungsbild von an sich gesunden Menschen zu verändern.

Vom medizinisch ethischen Standpunkt aus gilt prinzipiell, dass jeder invasive Eingriff, also auch jener in der ästhetischen Chirurgie, rechtfertigungsbedürftig ist. Der Wunsch des Patienten allein genügt aus ethischer Perspektive nicht. Ein Arzt würde nämlich ethisch unzulässig und rechtlich strafbar handeln, wenn er einen kontraindizierten chirurgischen Eingriff vornimmt, nur weil der Patient es so wünscht. Im Zeitalter der Patientenautonomie kann der Patient sein Selbstbestimmungsrecht auf sinnlose, nicht aber auf kontraindizierte Handlungen geltend machen. Sinnwidrige Handlungen (kontraindiziert) kann ein Patient nicht durchsetzen, ohne den Arzt dafür strafbar zu machen. Man sieht an diesem Punkt, dass mit dem Entstehen und der Entfaltung der wunscherfüllenden Medizin, der die „Schönheitschirurgie“ zuzuordnen ist, auch die Kluft zwischen Ethik und Recht immer größer wird. Denn in dieser neuen Sparte der Medizin ist die Spannung zwischen Kommerz und Patientenfreundlichkeit besonders groß.²¹ Die Grenze zwischen gesetzlich erlaubten, ethisch aber unzulässigen, kontraindizierten chirurgischen Behandlungen, wird unschärfer.

Bei der ethischen Beurteilung eines Wunsches nach einem ästhetisch-chirurgischen Eingriff zur

Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes, muss auf die Motivation und Absicht dieses Wunsches Bedacht genommen werden, zuallererst also auf den psychischen Zustand des Patienten. Es wird die Aufgabe des ästhetischen Chirurgen sein, zu beurteilen, ob er es mit einem psychisch gesunden oder einem psychisch instabilen Patienten zu tun hat, wobei auch da die Grenzen nicht immer eindeutig festzustellen sind.

Im Falle des psychisch gesunden Menschen, der eine Verbesserung seines Äußeren wünscht, muss einfach eine Risiko-Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden, die über Angemessenheit und Zweckmäßigkeit des Eingriffes Auskunft gibt. Natürlich ist die Beurteilung der Verbesserung immer eine subjektive Frage. Wenn der Patient psychisch gesund und der Mangel nicht so störend ist, wird meistens auf den Eingriff zu verzichten sein. Der Druck des Umfeldes kann aber manchmal sehr groß sein, so dass es de facto zur echten psychischen Belastung kommt, nicht aber zur Krankheit. Diese Fremdbestimmung durch internalisierte Schönheitsstandards und soziokulturelle Normierungen²² muss auch bei der Beurteilung des Wunsches berücksichtigt werden.

Im Falle des psychisch belasteten Patienten muss zwischen zwei Fällen unterschieden werden:

a) Der Patient/die Patientin leidet psychisch als Folge einer ganz bestimmten, objektiv kleinen oder größeren Abnormität, z. B. ein Kind mit abstehenden Ohren, das von seinen Mitschülern immer wieder ausgelacht wird. Die psychische Belastung ist Folge des physischen Mangels. Hier müssten die Intensität der psychisch subjektiven Belastung, der Objektivitätsgrad des Mangels, die Wirksamkeit einer Psychotherapie als Alternative zum Eingriff und die Risiko-Kosten-Nutzen-Balance berücksichtigt werden. Ein Eingriff kann sehr wohl gerechtfertigt sein.

b) Das psychische Leiden des Patienten/der Patientin ist nicht Folge, sondern Ursache des physischen Mangels, z. B. im Fall der Magersucht oder eines sexuellen Missbrauchs. In der psychia-

trischen Literatur sind diese Fälle als körperdysmorphe Störung bekannt, d. h. als grundsätzliche Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Identität: In solchen Fällen braucht der Patient eine psychiatrische Behandlung. Der chirurgische Eingriff würde letztlich wenig bringen, die Störung würde weiter bestehen.²³

Kritische Zusammenfassung

Klar ist, dass durch ästhetisch-chirurgische Eingriffe keine unrealistischen Erwartungen aufgebaut werden sollen – so dass man der Meinung ist, das ganze Leben durch einen ästhetischen Eingriff verändern zu können. Das Ziel der ästhetischen Chirurgie ist die Verbesserung des Aussehens, aber nicht die Perfektion. Das Resultat, das erreicht werden kann, ist nicht nur vom Können des Chirurgen, sondern unter anderem vom Alter, dem allgemeinen Gesundheitszustand oder der Hauttextur abhängig. Sowohl der behandelnde Chirurg wie der Patient müssen sich über die Möglichkeit des Erreichbaren im Klaren sein. Eine Garantie über ein positives Resultat vor der Therapie kann und darf kein Chirurg abgeben. Die Verbesserung des Aussehens mag eine Verbesserung der psychischen Grundhaltung geben, es kann aber dadurch nicht garantiert werden, dass der oder die Betreffende einen Liebhaber oder einen Lebenspartner, neue Freunde oder eine Spitzenposition im Beruf finden wird. Ein Plastischer Chirurg sollte in seinen Versprechungen gegenüber unsicheren Personen vorsichtig sein, ihnen nicht zu große Hoffnungen machen und vor Illusionen dringend warnen. Dem Plastischen Chirurgen kommt eine eminent wichtige Rolle bei der Aufgabe zu, den Menschen unserer Gesellschaft zu helfen, in ihrer Beziehung zum eigenen Körper jene Ausgewogenheit wieder zu finden, die der Würde des Menschen als Körper-Seele-Einheit entspricht.

Referenzen

- 1 vgl. Stark G. B., *Ästhetische Chirurgie. Ethische Aspekte aus Sicht des Facharztes für Plastische Chirurgie*, Zschr

- med Ethik (2006); 52: 105
- 2 vgl. Leyen K.-H., *Eine höchst wohltätige Bereicherung unserer Künste*, Zschr med Ethik (2006); 52: 135
 - 3 Man müsste sich dann auch fragen, ob Phänomene wie Liebeskummer oder Trauerschmerz Krankheiten sind.
 - 4 Studie des Österreichischen Gallup-Instituts/Karmasin Marktforschung im Auftrag der Schwarzl-Tagesklinik, 27. 09. 2007, Psychologische Interviews mit 100 Personen, davon ein Drittel Männer und zwei Drittel Frauen im Alter zwischen 25 und 60 Jahren.
 - 5 Bekannt geworden ist in diesem Zusammenhang die Studie auf den Fidschi-Inseln von Anna Becker, Psychiaterin in Harvard. Mit der Einführung des Fernsehens verändert sich das Schönheitsideal der Inselbewohner und führt zu Essstörungen bei Frauen. Sie begannen sich am westlichen Schönheitsideal zu orientieren. Im Jahr 1998, also drei Jahre nach Start der TV-Ära auf Fidschi, waren Essstörungen bei jungen Frauen fünf Mal häufiger als in der TV-freien Zeit. 15 Prozent der Teenager waren bereit, ihr Gewicht durch Erbrechen zu kontrollieren, zuvor waren es lediglich drei Prozent. Becker hat sich des Themas in zahlreichen Studien angenommen, z. B. in *Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls*, Br J Psychiatry (2002) 180: 509-514
 - 6 Um Kinder und Jugendliche vor verharmlosenden Darstellungen von Schönheits-OPs zu schützen, hat die Deutsche Kommission zum Jugendmedienschutz 2004 beschlossen, dass Schönheits-OP-Sendungen im Realty-TV-Format wie „Beauty Queen“ und „Alles ist möglich“ (RTL) sowie den Vorbericht zur TV-Show „The Swan“ (ProSieben) erst ab 23.00 Uhr gesendet werden dürfen. (Quelle: http://www.kjm-online.de/public/kjm/index.php?show_1=55)
 - 7 Die Beispiele werden immer grotesker: So fanden sich im Katalog der britischen Bekleidungsfirma Grattan neben den neuesten Bekleidungstrends auch Angebote für faltenstraffende Botox-Injektion – Ratenzahlung inklusive. Die Werbekooperation zwischen dem Versandhaus und dem Anbieter für Schönheitschirurgie *Transform* wurde von der British Association of Aesthetic Plastic Surgeons (BAAPS) heftig kritisiert, vgl. Die Presse, 09. 07. 2007.
 - 8 „Rabattkarte für Schönheits-OPs sorgt für Unruhen in Großbritannien“, vgl. Deutsches Ärzteblatt, 16. 05. 2006
 - 9 Heinrich K.-G. (Allgemeinmediziner in Wien), *Das Geschäft mit der Schönheit ist kein Monopol*, Wirtschaftsblatt, 15. 10. 2007, Replik von Deutinger M. (Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie), *Medizin ist kein schnelles Geschäft*, Wirtschaftsblatt, 19. 10. 2007
 - 10 Crockett R. J. et al., *The Influence of Plastic Surgery “Reality TV” on Cosmetic Surgery Patient Expectations and Decision Making*, *Plast Reconstr Surg* (2007); 120: 316-324
 - 11 Die meisten waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren. Die Sendungen hätten sie dazu animiert, selbst einen plastischen Chirurgen aufzusuchen. Ein sehr hoher Anteil waren Hispanics und afro-amerikanische Frauen. Erschreckend war für Persing die Tatsache, dass die Quoten-Unterhaltungsshow von den meisten Zusehern als Sachinformation gewertet wurde. Vgl. dazu auch in diesem Heft Wegenstein B., *Body Image and Mass Media: the Example of the US Television Makeover Show*, *Imago Hominis* (2007); 14: 352-357
 - 12 Herrmann B., *Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulationen. Invasive Selbstgestaltung als Ausdruck autonomer Entscheidung oder „sozialer Unterwerfung“?*, *Ethik Med* (2006); 18: 76-77
 - 13 Morgan K. P., *Women and the knife: cosmetic surgery and the colonization of women’s bodies*, *Hypatia* (1991); 6(3): 38 ff
 - 14 Zitiert nach Stark G. B., a. a. O, S. 110
 - 15 vgl. Bonelli R., Kapfhammer H., *Die Körperdysmorphie Störung*, *Imago Hominis* (2007); 14: 307-322
 - 16 Villeneuve P. J. et al., *Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants*, *Am J Epidemiol* (2006); 164: 334-341
 - 17 Lipworth L. et al., *Excess Mortality From Suicide and Other External Causes of Death Among Women With Cosmetic Breast Implants*, *Ann Plastic Surg* (2007); 59: 119-123
 - 18 Sarwer D. B. et al., *Cosmetic Breast Augmentation and Suicide*, *Am J Psychiatry* (2007); 164: 1006-1013
 - 19 Vgl. Schmidt-Tintemann U., *Plastische Chirurgie: Zwischen Therapie und Tiraden*, Festvortrag am 124. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1. – 4. Mai 2007, München
 - 20 Laut einem Bericht des Informationsdienstes Wissenschaft (11. August 2006) dienen rund 80 Prozent der Brusteingriffe von Plastischen Chirurgen bereits der Schadensreparatur nach kosmetischen Operationen. Rund 13 Prozent der Zungen-Piercings führten zu Entzündungen, zwei Prozent zu dauerhaften Schäden. Innerhalb von drei Jahren wurden in Deutschland zwölf Todesfälle nach Absaugen von Fettpolstern dokumentiert. Die „Reparaturen“ verursachten dem Gesundheitssystem Kosten in Milliardenhöhe. Ein Eckpunkt der Gesundheitsreform 2006 lautete deshalb, dass Menschen, die ohne Rücksicht auf Risiken und Notwendigkeit Schönheitsoperationen durchführen lassen, selbst die Kosten für etwaige Nachbehandlungen übernehmen müssen. Streitpunkt ist aber, wie diese

Richtlinie in der Praxis sinnvoll umzusetzen ist.

- 20 Stark G. B., a. a. O., S. 113
- 21 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientenfreundlichkeit*, Ethik Med (2006); 18: 81-91
- 22 Herrmann B., *Schönheitsideal und medizinische Körpermanipulation*, Ethik Med (2006), 18: 71-80
- 23 Bonelli R., Kapfhammer H., a. a. O.

Weiterführende Literatur

- Bergdolt K., *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*, C. H. Beck Verlag, München (1999), S. 25
- Burk J. et al., *More than sin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery*, Plast Reconstr Surg (1985); 76: 270-275
- Dorf Müller M., *Das ärztliche Gespräch aus medizin-psychologischer Sicht und das Angehörigenespräch aus medizin-psychologischer Sicht*, in: Dorf Müller D., *Die ärztliche Sprechstunde*, Ecomed Verlag, Landsberg (2001), S. 9-29 bzw. 30-41
- Lexer E., *Die Verwendung der freien Transplantationen und der plastischen Operationen in der Kriegschirurgie*, in: von Schjerning O., *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914/1918*, Bd. 2: Chirurgie, 2. Teil, J. A. Barth Verlag, Leipzig (1922), S. 658-723
- Lösch G. M., *Systematik und Ethik der Plastischen Chirurgie*, in: von Engelhardt D. (Hrsg.), *Ethik im Alltag der Medizin*, Springer Verlag, Berlin (1989), S. 163-183
- Lütz M., *Der Preis der Gesundheit*, in: Schumpelick V., Vogel B., *Grenzen der Gesundheit*, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau (2004), S. 112-120
- Schürer N. Y., *Anti-aging. Fakten und Visionen*, Hautarzt (2003); 54: 833-838
- Spilker G., Stark G. B., *Quality-of-life considerations in plastic and reconstructive surgery*, Theor Surg (1991); 6: 216-220
- Wiesing U., *Die ästhetische Chirurgie. Eine Skizze der ethischen Probleme*, Zschr med Ethik (2006); 52: 139-154

Raphael M. Bonelli, Hans-Peter Kapfhammer

Die Körperdysmorphie Störung

Zusammenfassung

Die Körperdysmorphie Störung, „Dysmorphophobie“ oder „Missgestaltsfurcht“ lässt sich als eine überwertige oder wahnhaftige Überzeugung beschreiben, dass ein Körperteil verunstaltet sei, obwohl er objektiv als normal erscheint. Es liegen allenfalls geringfügige Anomalien vor. Trotzdem besteht subjektiv das Gefühl, hässlich zu sein, einen ästhetischen Mangel im äußeren körperlichen Erscheinungsbild zu zeigen, der in den Augen der anderen zur Zielscheibe von Spott, Verachtung und Beschämung werde. Die Prävalenzraten variiert in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,7% und 2,3%. Patienten mit körperdysmorphen Beschwerden werden in psychiatrischen Praxen und Kliniken relativ selten gesehen. Sie stellen sich wesentlich häufiger in einem dermatologischen oder kosmetisch-chirurgischen Behandlungsrahmen vor. So erfüllten etwa 6% des Patientenkontingents einer plastisch-kosmetischen Chirurgie die diagnostischen Kriterien für eine Körperdysmorphie Störung. Typischerweise beginnen Körperdysmorphie Beschwerden in der Adoleszenz.

Schlüsselwörter: Körperdysmorphie Störung, plastische Chirurgie, Psychiatrie

Abstract

Body dysmorphic disorder or dysmorphophobia is a psychiatric disease that can be frequently encountered in an aesthetic practice. Body dysmorphic disorder is characterized by a preoccupation with a minimal or nonexistent appearance defect and causes significant distress and interferes with the social life of the patient. The perceived physical anomaly may involve the shape and size of the whole body or may be centered around single units. Body dysmorphic disorder patients are known to request multiple aesthetic procedures that leave them unsatisfied. Only a timely diagnosis will enable the surgeon and staff to adequately address the patient's needs. Body dysmorphic disorder patients cannot be cured with surgery. Diagnostic techniques such as patient interview and observation are presented in this article. With this, also the surgeon should be able to diagnose body dysmorphic disorder preoperatively. Using the presented algorithm to approach body dysmorphic disorder patients will avoid disappointment for patients and surgeons alike.

Keywords: Body dysmorphic disorder, plastic surgery, psychiatry

Univ.-Doz. Dr. med. et scient. Raphael M. Bonelli
o. Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer
Universitätsklinik für Psychiatrie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz
Raphael.Bonelli@klinikum-graz.at

Definition

Nach einer klassischen Arbeit von Morselli (1886) lässt sich die „Dysmorphophobie“ oder „Missgestaltsfurcht“ als eine überwertige oder wahnhaftige Überzeugung beschreiben, dass ein Körperteil verunstaltet sei, obwohl er objektiv als normal erscheint. Es liegen allenfalls geringfügige Anomalien vor. Trotzdem besteht subjektiv das Gefühl, hässlich zu sein, einen ästhetischen Mangel im äußeren körperlichen Erscheinungsbild zu zeigen, der in den Augen der anderen zur Zielscheibe von Spott, Verachtung und Beschämung werde. Syndromal imponiert also eine Störung des Körperbilds in seinen subjektiven und interpersonellen Dimensionen.²

Die neutralere Bezeichnung „körperdysmorphe Störung“ wurde in den letzten beiden DSM-Manualen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gewählt, um zum einen die engere diagnostische Konzeptualisierung als eine nichtwahnhaftige, somatoforme Störung zu verdeutlichen, und um zum anderen, die häufig irreführende psychopathologische Konnotation einer „Phobie“ bzw. „phobischen Vermeidung“ zu korrigieren. Während das DSM-IV die körperdysmorphe Störung als eine eigenständige Kategorie der „somatoformen Störungen“ behandelt, wird sie in der ICD-10 (letzte Ausgabe der International Classification of Diseases) als eine *Variante der hypochondrischen Störung* gesehen.

Epidemiologie

Epidemiologische Studien deckten variierende Prävalenzraten der körperdysmorphen Störung in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,7% und 2,3% auf.³ Im Rahmen einer landesweit an der deutschen Bevölkerung durchgeführten Untersuchung (repräsentatives Sample: n = 2552) betrug die aktuelle Prävalenz einer körperdysmorphen Störung nach DSM-IV-Kriterien 1,7%.⁴

Der Einschluss sowohl überwertiger als auch wahnhafter körperdysmorpher Störungen als Indexpfälle in den vorliegenden Studien erschwert die

Interpretation dieser berichteten Prävalenzdifferenzen. Die klinische Erfahrung unterstreicht nämlich die zuweilen großen diagnostischen Probleme, klinisch-phänomenologisch zwischen „wahnhaft“ und „nicht wahnhaft“ bei körperdysmorphen Beschwerden zu diskriminieren.⁵

Körperdysmorphie Beschwerden in medizinischen Spezialsettings

Patienten mit körperdysmorphen Beschwerden werden in psychiatrischen Praxen und Kliniken relativ selten gesehen. Sie stellen sich wesentlich häufiger in einem dermatologischen oder kosmetisch-chirurgischen Behandlungsrahmen vor. Körperdysmorphe Patienten werden in diesen speziellen medizinischen Versorgungskontexten zunehmend deutlicher als diagnostische und therapeutische Herausforderung erkannt, die nur in einer interdisziplinären Kooperation wirkungsvoll aufgenommen werden kann.⁶

So erfüllten etwa 6% des Patientenkontexts einer plastisch-kosmetischen Chirurgie die diagnostischen Kriterien für eine körperdysmorphe Störung, 18% wiesen unterschwellige körperdysmorphe Beschwerden auf.⁷

Abgrenzung zur „geringfügigen Deformität“

Die nach den diagnostischen Kriterien geforderte Einschätzung einer allenfalls „geringfügigen Deformität“ beinhaltet erhebliche Schwierigkeiten einer objektiven Bestimmbarkeit angesichts einer subjektiven Beschwerde. Diese Problematik ist gerade in der Beurteilung von Grenzfällen einer Indikation zu einem kosmetisch-korrektiven Eingriff zu reflektieren. Zudem ist eine hohe Variabilität in Abhängigkeit von aufeinanderfolgenden Moden, kulturellen Standards und ästhetischen Idealen zu beachten.

In einer Befragung stimmten beispielsweise 70% einer Gruppe von Studenten (n = 258) mindestens einem der 3 geforderten diagnostischen DSM-III-R-Kriterien für eine körperdysmorphe Störung zu, 28% allen 3 Kriterien.⁸

Geschlechtsdifferenzielle Aspekte

In den spezialmedizinischen Settings wie der kosmetischen Chirurgie scheint das weibliche Geschlecht noch klar zu überwiegen.⁹ Dieser Häufigkeitsunterschied ist aber in einem klinisch-psychiatrischen Kontext nicht so ausgeprägt.¹⁰ Entsprechend soziokulturellen Normen beziehen Frauen ihre körperdysomorphen Klagen aber vermehrt auf Lippen, Gesicht, Brüste, Hüfte, Gewicht, Männer hingegen häufiger auf Genitalien, Muskulatur, Haupthaar.¹¹ Körperdysmorphie Beschwerden bedingen bei Frauen möglicherweise ein stärkeres Verlangen nach operativer Modifikation ihres körperlichen Erscheinungsbildes entsprechend eines multimedial vermittelten Attraktivitätsideals. Vielfach soziokulturell determinierte, epochale Trends tragen allerdings zu einer Annäherung von Frauen und Männern auch in der Suche nach kosmetisch-chirurgischer Veränderung bei.

Bei Männern kann hinter manchem exzessivem Body-Building eine besondere Variante einer körperdysomorphen Störung vermutet werden, die von der quälenden Sorge bestimmt ist, in der muskulären Ausstattung als Mann unzulänglich zu erscheinen („body dysmorphia“, „muscle dysmorphia“, „Adonis Komplex“).¹² Klinisch bedeutsam ist, dass viele dieser Männer sekundär auch zu einer verstärkten missbräuchlichen Einnahme von anabol-androgenen Steroiden neigen. Hieraus können wiederum sekundäre psychiatrische Komplikationen resultieren.¹³

Krankheitsbeginn

Typischerweise beginnen körperdysmorphie Beschwerden in der Adoleszenz. Zwar kann bereits in der Frühadoleszenz entwicklungs- und reifungsbedingt sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen relativ häufig eine Besorgnis um die Adäquatheit und Integrität des körperlichen Erscheinungsbildes bestehen; diese ist bei der Mehrheit der Pubertierenden aber nur von passagerer Natur.¹⁴ Bei wenigen Jugendlichen entsteht hieraus ein körperdysmorphes

Syndrom, das dann allerdings klinisch häufig eingebettet ist in andere psychische Störungen wie depressive, Angst-, posttraumatische und dissoziative Störungen.¹⁵ Zur ersten Kontaktaufnahme mit Ärzten wegen explizit körperdysmorpher Symptome kommt es typischerweise meist im jungen Erwachsenenalter.¹⁶ Der Zusammenhang mit einem gestörten Essverhalten ist dann gerade bei jungen Frauen zu beachten.¹⁷ De Leon et al.¹⁸ markierten bei Frauen einen zweiten Häufigkeitsgipfel in den *menopausalen Jahren*. Bei dieser Gruppe von Patientinnen soll eine starke Assoziation zwischen körperdysomorphen Beschwerden und affektiven Störungen bestehen.

Ätiopathogenese

Ätiopathogenetische Faktoren werden auch bei der körperdysomorphen Störung heute vorteilhaft innerhalb eines multifaktoriellen Bedingungsmodells diskutiert. Neben wichtigen psychosozialen und psychodynamischen Aspekten in einem bedeutsamen Entwicklungsabschnitt werden auch neurobiologische Aspekte verstärkt thematisiert. Wichtige Anregungen stammen hierbei auch aus dem Versuch, den nosologischen Status der körperdysomorphen Störung gegenüber anderen psychischen Störungen zu klären.

Entwicklungspsychologische, psychosoziale und psychodynamische Aspekte

Prämorbidie Persönlichkeit, normative Entwicklungsaufgaben und belastende Lebenssituation verschränken sich bei der körperdysomorphen Störung pathogenetisch bedeutsam.

Auslösesituationen. Unter diesen sind häufig zentrale Reifungs- und Entwicklungsprobleme der Adoleszenz auszumachen. Besondere Störungen der körperlichen und sexuellen Identität liegen dann vor, wenn sehr enge Zusammenhänge zwischen Störungen des Körperbilds, des Selbstkonzeptes und der interpersonalen Beziehungen bestehen.¹⁹

Andererseits können körperdysmorphie Klagen auch in anderen kritischen Lebensabschnitten entstehen, z. B. als Ausdruck einer gestörten

Partnerbeziehung und auf gravierende Probleme der Selbstwertregulierung oder der sexuellen Kontaktfähigkeit hinweisen. Die Verschiebung einer konflikthafter Beziehungsstörung auf einen bestimmten Körperteil und die Konkretisierung der assoziierten narzisstischen Vulnerabilität unterstreicht psychodynamisch den stark introjektiven Verarbeitungsmodus. Gleichzeitig wird ein brüchiger Kontakt zu den Mitmenschen aufrechterhalten, indem ihnen projektiv eine kritische und beschämende Beobachtungsfunktion zugesprochen wird.²⁰

Psychodynamik am Beispiel Brustgröße. Unterschiedliche psychodynamische Konstellationen müssen insbesondere bei Frauen berücksichtigt werden, die um eine plastisch-chirurgische Korrektur ihrer Brustgröße nachsuchen.²¹

Wunsch nach Brustvergrößerung. Frauen, die sich wegen einer Augmentationsplastik vorstellen, sind häufig in den 30er- oder 40er-Jahren, leben meist in hochkonflikthafter Ehen, berichten über enttäuschende Beschämungserlebnisse durch den Ehepartner, große sexuelle Schwierigkeiten und einen selbstwertgeminderten Status als Frau und Mutter. Ihre gynäkologische Anamnese weist gehäuft operative Interventionen, Fehlgeburten oder Fälle von plötzlichem Kindstod auf.

Wunsch nach Brustverkleinerung. Frauen, die sich wegen einer Reduktionsplastik vorstellen, sind deutlich jünger und meist ledig. Sie scheinen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung schwererwiegend gestört zu sein, tragen vielfältige anorektische und/oder bulimische Verhaltenszüge. Sie weisen in ihrer frühkindlichen Anamnese gehäuft körperliche und sexuelle Traumatisierungen auf.

Persönlichkeitsaspekte

Die Persönlichkeitsstruktur der Patienten wird vorrangig als zwanghaft, selbstunsicher, vermeidend, schizoid, sensitiv und hypochondrisch beschrieben, gelegentlich werden aber auch narzisstische und histrionische Züge bzw. Persönlichkeitsstörungen betont.²²

Joraschky u. Moesler²³ weisen darauf hin, dass sich zwischen diesen unterschiedlichen Strukturanteilen der Primärpersönlichkeit eine gemeinsame psychodynamische Vermittlungsstrecke in tiefliegenden Minderwertigkeitsgefühlen und einer besonderen Schamananfälligkeit einerseits, in einer hierzu kontrastierenden narzisstischen Ansprüchlichkeit und Überschätzung der eigenen Person andererseits herauskristallisiert. Diese geht mit einer leichten Kränkbarkeit und Kontaktscheu einher und bedingt eine kompensatorisch gesteigerte Selbstbeobachtung und grüblerische Introversion.

Es ist anzunehmen, dass diese Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur auf eine langfristige biographische Vorgeschichte verweisen. Hochaversive und traumatisierende Erfahrungen in den frühen Entwicklungsjahren können bei einer bedeutsamen Subgruppe von Patienten mit körperdysmorpher Störung ganz ähnlich wie auch bei den anderen somatoformen Subkategorien nachgewiesen werden.²⁴

Perzeptive und neurokognitive Aspekte

Wie bei der Hypochondrie können auch bei der körperdysmorphen Störung eine auffällig gesteigerte Wahrnehmungssensibilität und eine selektive Aufmerksamkeit identifiziert werden („amplifying somatic style“).²⁵ Es bestehen jedoch Unterschiede in der perzeptiven Ausrichtung. Fokussiert die Perzeption bei der Hypochondrie auf körperliche Sensationen, so richtet sie sich bei der körperdysmorphen Störung auf das äußere körperliche Erscheinungsbild.

Diesem klinisch-psychopathologisch beschreibbaren Wahrnehmungsstil liegt wahrscheinlich eine Reihe von neurokognitiven Defiziten zugrunde, die exekutive und mnestiche Funktionen, das Erkennen von diskreten Affektexpressionen an Gesichtern und das Attributionsverhalten von Affektsignalen betreffen.²⁶

Körperdysmorphe Patienten weisen keine grundlegende Schwierigkeit auf, an Gesichtern anderer definierte emotionale Emotionen zu identifizieren.

zieren. Sie zeigen aber einen verstärkten Irrtumsbias in Richtung Ärgerepression, vor allem wenn die Beurteilung in einer selbstreferentiellen Position vorgenommen werden muss.²⁷ Diese selektive Aufmerksamkeitsfokussierung geht mit einer Tendenz einher, spontan vermehrt negative Selbstbilder und -erinnerungen zu evozieren, die eine aversive Bewertung des eigenen körperlichen Erscheinungsbildes durch andere in sozialen Interaktionen betreffen.²⁸ Hiermit sind inadäquate Strategien der Kategorisierung und Fehlersuche in der allgemeinen Wahrnehmungsorganisation assoziiert,²⁹ die in einer Spezifizierung auf die Bewertung des eigenen Körpers im dysfunktional wahrgenommenen, vermeintlich negativen Affekturteil anderer das typische körperdysmorphie Beschwerdebild vermitteln.³⁰

Neuroimaging-Studien

Bildgebungsstudien zum Körperschema bzw. Körperbild sprechen für eine multisensorische Integration innerhalb eines komplexen neuronalen Netzwerks.³¹ Domänenspezifische Funktionen in der Repräsentation des Körperschemas (rechter parietaler Kortex),³² in der Prozessierung von Körperbildern im Allgemeinen (lateralen okzipitotemporalen Kortex),³³ in der Erkennung und emotionalen Bewertung von Gesichtern im Besonderen (Gyrus fusiformis),³⁴ und auch in der Beurteilung von Gesichtern hinsichtlich Attraktivität und Symmetrie zeichnen sich ab. Diese Erkenntnisse sind für ein Studium der körperdysmorphen Störung mittels funktioneller Bildgebung und gezielter kognitiver Untersuchungsparadigmata bisher noch nicht umgesetzt worden.³⁵

In der derzeit einzigen vorliegenden funktionellen Neuroimagingstudie mittels SPECT wiesen sechs Patienten mit körperdysmorpher Störung ein Aktivierungsmuster in typischen parietalen Regionen auf, das als konsistent mit einer veränderten Körperwahrnehmung erschien.³⁶ Eine morphometrische Untersuchung zeigte wiederum Auffälligkeiten im Nucleus caudatus, die auch bei Zwangsstörungen gefunden werden können.³⁷

Nosologischer Status in der Diskussion der Zwangsspektrumserkrankungen

Der nosologische Status der körperdysmorphen Störung innerhalb der Gruppe der somatoformen Störungen ist noch stärker umstritten als die Hypochondrie.³⁸ Als alternative Positionierung wird seit längerem eine Klassifikation innerhalb eines Zwangsspektrums intensiv diskutiert.

- In der Tat besitzen die intrusiv wiederkehrenden Ruminationen um das körperliche Erscheinungsbild einen stark obsessiven Charakter.³⁹
- Betroffene Patienten zeigen auch eine Reihe von ritualisierten Verhaltensweisen, wenn sie z. B. ständig ihr körperliches Erscheinungsbild im Spiegel überprüfen, sich zwanghaft schminken und verkleiden müssen. Gelegentlich geht hiermit auch ein impulshaftes Haarereißeln einher.⁴⁰
- Es besteht eine bidirektional nachweisbare Komorbidität zwischen beiden Störungen.⁴¹
- Beide Störungen sprechen positiv auf serotonerg wirksame Antidepressiva an (s. unten).
- Eine ätiologisch relevante Beteiligung des Serotonin-Systems wird ferner unterstrichen, wenn körperdysmorphie Beschwerden gelegentlich nach einer prolongierten Einnahme von serotoninantagonistisch wirksamen Substanzen wie Marijuana⁴² oder Cyproheptadin⁴³ beobachtet werden.

Eine vorschnelle Auflösung der körperdysmorphen Störung in einem breit konzipierten Spektrum heterogener Zwangsstörungen würde aber über diese Gemeinsamkeiten wichtige differenzielle Aspekte vernachlässigen.⁴⁴ Studien, die Patienten mit einer körperdysmorphen Störung und Patienten mit einer Zwangsstörung miteinander direkt verglichen haben, sind selten.

- Frare et al.⁴⁵ verglichen 34 Patienten mit einer körperdysmorphen Störung, 79 Patienten mit einer Zwangsstörung und 24 Patienten, die gleichzeitig an einer körperdysmorphen und Zwangsstörung litten, hinsichtlich klinischer und soziodemographischer Variablen. Das

Geschlechterverhältnis war in den drei diagnostischen Gruppierungen ausgewogen. Beide körperdysmorphen Gruppen (ohne und mit Zwang) waren signifikant jünger und berichteten über einen früheren Krankheitsbeginn als die Zwangsgruppe. Beide Gruppen lebten signifikant seltener in Partnerschaften, waren häufiger ohne Arbeitsverhältnis, auch ihr Ausbildungsniveau war geringer, selbst wenn die Altersvariable kontrolliert wurde. Das Muster der psychiatrischen Komorbidität war bei den drei Gruppen unterschiedlich. Insgesamt wies die Gruppe mit körperdysmorpher und Zwangsstörung die höchsten Raten an komorbiden psychischen Störungen auf, die Gruppe mit Zwangsstörung die niedrigsten. Die Gruppe mit sowohl körperdysmorpher als auch Zwangsstörung zeigte häufiger eine komorbide bipolare II-Störung und eine soziale Phobie. Beide körperdysmorphen Gruppen waren sich in einem repetitiven körperbezogenen Kontrollverhalten sehr ähnlich. Die Autoren sprachen sich insgesamt nicht gegen eine konzeptuelle Nähe der körperdysmorphen Störungen zur Zwangsstörung, wohl aber gegen die nosologische Annahme einer einfachen Zwangsvariante aus.

- Phillips et al.⁴⁶ fanden in einer analog konzipierten Vergleichsstudie mit höheren Fallzahlen in den drei Patientengruppierungen sehr ähnliche Befunde.
- Körperdysmorphie Patienten beweisen sehr häufig eine nur geringe Einsichtsfähigkeit in die Natur ihrer Beschwerden.⁴⁷ Diese klinische Beobachtung kann in der nosologischen Diskussion aber nicht als spezifische Differenz gegenüber Zwangspatienten angeführt werden,⁴⁸ berücksichtigt man die sehr ähnlichen, wenngleich geringer ausgeprägten Auffälligkeiten, die im Rahmen einer Feldstudie zu Zwangsstörungen erhoben worden sind.⁴⁹ In Langzeitbeobachtungen können bei einer großen Gruppe von Patienten mit körperdysmorpher Störung (n = 161) sowohl Assoziationen zur Zwangsstörung als

auch zur Major Depression aufgezeigt werden. Und doch dürfen körperdysmorphe Beschwerden nicht einfach als integrale Symptome dieser komorbiden Störungen angesehen werden.⁵⁰

Psychiatrische Komorbidität

Die Diskussion einer nosologischen Nähe der körperdysmorphen Störung zum Spektrum der Zwangsstörung ist noch nicht abschließend zu beurteilen. In einer Perspektive der psychiatrischen Komorbidität sind weitere Assoziationen zur Major Depression, speziell zu einer atypischen Depression⁵¹, zur sozialen Phobie⁵², zu Essstörungen⁵³ und zu Substanzmissbrauch⁵⁴ als bedeutsam hervorzuheben.

Symptomatologie

Im Zentrum der schamerfüllten Selbstwahrnehmung eines Patienten mit einer körperdysmorphen Störung stehen meist leichte Unebenheiten des Gesichtes, eine subjektiv störende Konfiguration von Lippen und Nasen, eine angeblich entweder zu groß oder zu klein geratene weibliche Brust, ein vermeintlich verkümmertes Penis. In einer extremen Ausformung kann auch die Überzeugung imponieren, die gesamte körperliche Erscheinung sei clownesk verunstaltet.⁵⁵ Es besteht eine große Variabilität im Schweregrad und Muster der Symptome. In aller Regel liegt keine globale Störung des Körperbilds vor wie bei der Anorexia nervosa oder der Transsexualität, sondern ist auf einzelne Körperteile fokussiert.

Wenngleich körperdysmorphe Beschwerden gelegentlich als eine Reaktion auf passagere Anspielungen oder Kommentare von umstehenden Personen auftreten können, spielen diese Urteile in aller Regel keinen prägenden Einfluss. Es ist vielmehr die vorgestellte Kritik, Beschämung oder Verachtung anderer auf den subjektiv registrierten, vermeintlichen körperlichen Defekt, der zur überwertigen Idee wird. Und psychopathologisch kennzeichnend ist, dass Dysästhesien zumeist nicht primär diese Entwicklung anstoßen, sich infolge

der schambesetzten Überzeugung und zentrierten Wahrnehmung aber sekundär einstellen können.⁵⁶

Am Bericht der Patienten über ihre körperzentrierten Symptome fällt sehr häufig ein vager Charakter auf. Parallel hierzu können Erwartungen z. B. an kosmetische Eingriffe völlig überzogen und unrealistisch sein. Erwartungsgemäß werden solche chirurgische Eingriffe häufig nicht mit einem Gefühl der Entlastung und Befreiung, sondern mit großer Enttäuschung und Unzufriedenheit erlebt; der Boden für chirurgische Nachkorrekturen wird hierdurch bereitet.

Beziehungsstörung

Regelmäßig wird das körperdysmorphie Syndrom von einer schwerwiegenden Beziehungsstörung begleitet:

- Die Patienten zeigen eine zunehmende soziale Isolierungstendenz;
- sie sind besonders in Intimkontakten sehr gehemmt, zeigen große Bindungsängste, wobei rationalisiert der ästhetische Körpermangel als Ursache für sehnlichst erwünschte, aber strikt gemiedene Sozialkontakte vorgeschützt wird;⁵⁷
- in einer extremen Übersteigerung kann sich hieraus ein sog. „phobisches Beziehungssyndrom“ entwickeln, das in einen definitiven Beobachtungswahn übergehen kann;⁵⁸
- im sozialen Rückzugsverhalten wird zwar die unerträgliche Qual, zur Zielscheibe des Spotts anderer Personen zu werden, vermieden. Es tritt aber keine eigentliche Symptomlinderung hierdurch ein. Sekundär können vielmehr schwere depressive Verstimmungen und suizidale Krisen resultieren.⁵⁹

Verlauf und Prognose

Verlauf und Prognose sind abhängig von der psychiatrischen Grunderkrankung bzw. der psychodynamischen Ausgangslage. Bei der körperdysmorphen Störung besteht eine starke Neigung zur Chronizität.⁶⁰

- Typischerweise persistieren die monomorphen

Klagen unverändert über die Jahre hinweg, fluktuieren aber in ihrer Intensität.⁶¹

- Nicht so selten ist ein Übergang in eine wahnhaftige Störung zu beobachten;⁶²
- Es ist fraglich, ob eine diagnostische Separierung nach dem Kriterium einer „überwertigen Idee“ vs. „wahnhaften Überzeugtheit“ unter Verlaufsgesichtspunkten sinnvoll ist;⁶³
- Übergänge zu einer schizophrenen Psychose können im Einzelfall vorkommen.⁶⁴
- Ein erhöhtes Suizidrisiko ist im Verlauf zu bedenken.⁶⁵
- Bedeutsame psychosoziale Behinderungsgrade und assoziierte Einbußen in der Lebensqualität sind charakteristische Verlaufsmkmale der körperdysmorphen Störung.⁶⁶
- Typischerweise zeigen körperdysmorphie Patienten ein hohes Inanspruchnahmeverhalten bei den unterschiedlichsten ärztlichen Spezialisten. Von den zahlreichen nicht-psychiatrischen, medizinischen Therapien, insbesondere von kosmetisch-chirurgischen Interventionen profitieren sie in aller Regel nicht.⁶⁷
- Die beträchtliche psychiatrische Komorbidität kann den Verlauf zusätzlich komplizieren.⁶⁸
- Als Prädiktoren für einen eher ungünstigen Verlauf kristallisierten sich im Rahmen einer prospektiven Follow up-Studie heraus: Schwere und Dauer der körperdysmorphen Störung bei Studienbeginn, vorliegende Persönlichkeitsstörung, nicht aber Geschlecht, Alter, Rasse, sozio-ökonomischer Status, Achse-I-Komorbidität.⁶⁹
- Unter den Routinebehandlungsbedingungen einer Outpatient-Clinic mit prinzipiell verfügbaren psycho- und pharmakotherapeutischen Ansätzen zeigte sich in einer 4-jährigen Follow up-Studie mit psychiatrischen Evaluationen alle sechs Monate bei 95 Patienten in 58,2% eine Vollremission, in 83,8% eine Teil- oder Vollremission zumindest zu einem Kontrolltermin, bei 28,6% wurden nachfolgende Rezidive beobachtet. Zum 4-Jahres-Follow up-Zeitpunkt waren 16,7 % der Patienten in voller Remission,

37,8% in Teilremission, 45,6% erfüllten die vollen diagnostischen Kriterien einer körperdysmorphen Störung.⁷⁰

Diagnostik und Differentialdiagnose

In der ICD-10 wird die körperdysmorphe Störung als eine Variante der Hypochondrie aufgeführt. Diese Sicht wird der Eigenständigkeit des charakteristischen klinischen Bildes nicht gerecht. Eine Orientierung am DSM-IV(-TR) erscheint angemessener, wenngleich die Positionierung innerhalb der diagnostischen Kategorie der somatoformen Störungen umstritten ist. Die strengeren diagnostischen DSM-Kriterien verlangen eine Einengung auf eine nichtwahnhaft, jedoch überwertige Beschäftigung mit einem vermeintlichen, objektiv nicht existenten oder allenfalls geringfügigen Defekt des körperlichen Erscheinungsbildes. Die körperdysmorphen Symptome müssen ein hohes subjektives Leiden und eine bedeutsame Behinderung in diversen psychosozialen Bereichen verursachen. Sie dürfen nicht durch eine andere psychiatrische Störung besser erklärt sein. Wichtige Hinweisreize auf das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Psychopathologisch ähnliche Syndrome

Differentialdiagnostisch sind die körperdysmorphen Beschwerden von einer Reihe ähnlicher psychopathologischer Zustandsbilder abzugrenzen:⁷¹

- Während bei der *körperdysmorphen Störung* der schamvoll erlebte, lokale ästhetische Körpermangel imponiert, steht im hypochondrischen Syndrom die körperliche Gesundheit insgesamt oder eine vermeintlich krankhaft veränderte Körperfunktion im Zentrum der Befürchtungen.
- In *narzisstischen Einstellungen* gilt die Sorge vorrangig dem Verlust des jugendlichen Körpers im Alterungsprozess.
- *Transsexuelle Überzeugungen* gehen wiederum davon aus, das wahre Geschlecht befinde sich im falschen Körper, der als solcher aber als intakt erachtet wird.
- *Anorexie*. Bei einem anorektischen Verhalten rückt der Körper insgesamt, die globale Erscheinungsform, das Körpergewicht, speziell die oral-digestiven und sexuellen Funktionen in den Mittelpunkt der subjektiven Wahrnehmung und kognitiven Einschätzung.
- *Erythrophobie*. Die Erythrophobie teilt mit dem

1. Überprüfen Sie Ihr Körperäußeres oft in Spiegeln oder auf glatten Oberflächen wie z. B. Fenstern? Oder überprüfen Sie Ihr Körperäußeres ohne Benutzung eines Spiegels, indem Sie direkt auf den verabscheuten Körperteil schauen?
2. Vermeiden Sie Spiegel, weil Sie Ihr Aussehen nicht mögen?
3. Vergleichen Sie sich oft mit anderen und denken Sie, dass Sie schlechter aussehen als diese?
4. Fragen Sie oft andere – oder möchten Sie fragen –, ob Ihr Aussehen in Ordnung ist oder ob Sie so gut wie andere aussehen?
5. Versuchen Sie andere Leute davon zu überzeugen, dass irgendetwas an Ihrem Erscheinungsbild nicht in Ordnung ist, aber diese halten das Problem für nichtexistent oder minimal?
6. Verbringen Sie viel Zeit damit, sich herzurichten, z. B. sich zu kämmen, das Haar richtig zu legen, das Haar zurecht zu zupfen oder zu schneiden, ein Make up aufzulegen oder sich zu rasieren? Verwenden Sie zu viel Zeit darauf, sich am Morgen zurecht zu machen, oder richten Sie sich häufig auch tagsüber her? Beklagen sich andere darüber, dass Sie zuviel Zeit im Bad verbringen?
7. Zupfen Sie an Ihrer Haut, weil Sie versuchen, dass sie besser aussieht?
8. Versuchen Sie, Teile Ihres Körpers zu bedecken oder zu verstecken mit einem Hut, einem Kleidungsstück, einem Make up, einer Sonnenbrille, Ihrem Haar, Ihrer Hand oder mit anderen Dingen? Ist es für

- Sie schwierig mit anderen zusammen zu sein, wenn Sie diese Vorkehrungen nicht getroffen haben?
9. Wechseln Sie oft Ihre Kleider, um herauszufinden, ob diese abgelehnte Körperpartien bedecken oder verbessern? Verwenden Sie viel Zeit darauf, ein Outfit für den Tag auszuwählen, um herauszufinden, welches Outfit Sie besser erscheinen lässt?
 10. Versuchen Sie bestimmte Aspekte Ihres Erscheinungsbildes zu verstecken, indem Sie eine bestimmte Körperhaltung einnehmen, z. B. indem Sie Ihr Gesicht von anderen abwenden? Fühlen Sie sich unbehaglich, wenn Sie nicht in Ihren bevorzugten Haltungen sind?
 11. Denken Sie, dass andere Personen Sie in besonderer Weise negativ wegen Ihres Körperäußeren ansehen? Denken Sie zum Beispiel, wenn Sie spazieren gehen, dass andere feststellen, was an Ihnen unattraktiv ist?
 12. Glauben Sie, andere denken negativ oder machen sich lustig über Ihr Erscheinungsbild? Ist das bei Ihnen zur „fixen Idee“ geworden?
 13. Ist es für Sie schwierig, von zu Hause wegzugehen, oder sind Sie gar ans Haus gebunden wegen Ihres Erscheinungsbildes?
 14. Messen Sie häufig Teile Ihres Körpers in der Hoffnung, dass sie so klein, so groß oder so symmetrisch sind, wie Sie sie gerne hätten?
 15. Verbringen Sie viel Zeit damit, über Ihre körperlichen Erscheinungsprobleme zu lesen, in der Hoffnung, sich Ihres Aussehens zu versichern oder eine Lösung für Ihr Problem zu finden?
 16. Hatten Sie schon den Wunsch nach kosmetisch-chirurgischer, dermatologischer oder anderweitig medizinischer Behandlung, um Ihr Erscheinungsbild zu korrigieren, während andere Personen (z. B. Freunde, Ärzte) der Meinung waren, dies sei nicht notwendig? Waren Chirurgen zögerlich, eine kosmetische Operation durchzuführen und sagten, der Defekt sei zu klein, oder weil sie befürchteten, Sie könnten mit dem Resultat nicht zufrieden sein?
 17. Sind Sie mit einem kosmetisch-chirurgischen Eingriff unzufrieden gewesen? Hatten Sie schon mehrfache Operationen in der Hoffnung, der nächste Eingriff werde Ihr Erscheinungsproblem endlich lösen?
 18. Arbeiten Sie exzessiv daran, Ihr Erscheinungsbild zu verbessern?
 19. Halten Sie eine Diät ein, obwohl andere sagen, dies sei nicht notwendig?
 20. Vermeiden Sie es, dass man Sie fotografiert, weil Sie Ihr Äußeres so schlecht finden?
 21. Kommen Sie öfters zu spät, weil Sie sich Sorgen machen, Ihr Äußeres sei nicht okay, oder weil Sie versuchen, Ihr Erscheinungsproblem zu korrigieren?
 22. Werden Sie depressiv oder ängstlich wegen Ihres Erscheinungsbildes?
 23. Haben Sie schon einmal gedacht, das Leben sei wegen des Körperäußeren nicht lebenswert?
 24. Werden Sie sehr enttäuscht oder ärgerlich wegen Ihres Körperäußeren?
 25. Benötigen Sie bei der Verrichtung von Aufgaben länger Zeit, weil Sie wegen Sorgen um Ihr Erscheinungsbild oder damit zusammenhängender Verhaltensweisen, wie vor dem Spiegel stehen, zerstreut sind?
 26. Gehen Sie lieber abends aus oder sitzen lieber in einem dunklen Raum, weil dann die Mängel Ihres Körperäußeren weniger sichtbar sind?
 27. Bekommen Sie Panik oder werden Sie sehr ängstlich, wenn Sie wegen Ihres Erscheinungsbildes in den Spiegel blicken?

Tabelle 1: Hinweisreize auf das Vorliegen einer körperdysmorphen Störung. (Nach Phillips 1996)

körperdysmorphen Syndrom ähnliche Grundzüge: Die Beschämung des betroffenen Individuums ist im ersteren Fall als interpersonales Affektssignal in sozialen Situationen unverkennbar, im zweiten Fall hingegen meist ein sehr privates, sozial abgeschirmtes Erleben.

- **Zwangssyndrom.** Während in einem Zwangssyndrom intrusive Bilder oder Gedanken mit überwiegend aggressiv oder sexuell getönten Inhalten als Ich-dyston erfahren werden, denen ein heftiger affektiver, wenngleich selten erfolgreicher Widerstand entgegengesetzt wird, herrscht im körperdysmorphen Syndrom eine Überzeugung ohne gerechtfertigte Evidenz vor, löst Besorgnis über den Inhalt aus, ohne aber einen affektiven Widerstand nach sich zu ziehen.
- **Adoleszentenkrise.** Die körperdysmorphen Beschwerden gehören aber sicher nicht zum normativen Erscheinungsbild einer jugendlichen Entwicklung,⁷² sie besitzen vielmehr ein gefährliches Potential zu einer sensitiven Entwicklung, die schließlich in eine sog. „monosymptomatische hypochondrische Psychose“ bzw. psychotische Störung, somatischer Subtypus einmünden kann.⁷³ Prägnanztypisch müssen von der wahnhaften körperdysmorphen Störung noch abgegrenzt werden:⁷⁴
- **Eigengeruchshalluzinose oder Eigengeruchsparanoia.** Syndromal steht die Überzeugung im Vordergrund, der Körper ströme einen abstoßenden Geruch aus, der von anderen wahrgenommen werde und Ekel, Abscheu und soziale Verachtung verursache. Typischerweise verstärkt sich dieses Erlebnis in der sozialen Öffentlichkeit und schwächt sich deutlich ab, wenn sich die Patienten zurückziehen oder im engen Familienkreis sind. Psychopathologisch liegt ein primäres Geruchserlebnis vor, das jedoch zum Kern für eine sensitive Wahnentwicklung werden kann.
- **Dermatozoenwahn oder chronische taktile Halluzinose.** Es besteht syndromal eine überwertige oder wahnhaftige Überzeugung, von Würmern, Käfern, Ungeziefer usw. befallen zu sein. Es im-

poniert ein primäres taktiles Erleben auf oder unter der Haut, das sich als Kribbeln, Sich-Einnisten, Bohren usw. von kleinen Tierchen beschrieben wird. Die taktilen Sensationen tragen einen außerordentlich hohen Realitätscharakter und motivieren zu aktiver Suche, Manipulieren und Dekontaminationsritualen. Es besteht ein hohes Inanspruchnahmeverhalten bei Dermatologen, Hygienikern, Seuchenexperten oder Veterinärmedizinerinnen. Hierbei wird eine enorme Affektdynamik entfaltet, der sich die konsultierten Ärzte nur schwer entziehen können. Nicht selten wird beim Partner ein symbiontisches Wahnerleben induziert.

- Gelegentlich markieren körperdysmorphe Symptome aber auch den Beginn einer *schizophrenen Psychose*.⁷⁵ Sie gelten deshalb bei einigen Autoren als ein „ominöses Zeichen“.⁷⁶
- Relativ selten ist das körperdysmorphe Syndrom Bestandteil einer *endogenen Depression*.⁷⁷ Körperdysmorphe Symptome können relativ häufig Anpassungsstörungen bei individualtypischen Konfliktsituationen in Partnerschaft und Sexualität charakterisieren.⁷⁸

Therapie

Die Therapie der körperdysmorphen Störung kann sich erst allmählich auf empirisch evaluierte Standards beziehen.⁷⁹ Es liegen mittlerweile einige Erfahrungen aus kontrollierten psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen vor. Obwohl die Therapie sehr häufig multimodal angelegt ist, existieren gerade für eine Kombinationsbehandlung bisher keine empirischen Studien.

Psychopharmakotherapeutische Ansätze

Serotonerge Antidepressiva haben bei der körperdysmorphen Störung ihre Indikation, eine Überlegenheit der modernen selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) gegenüber den klassischen Trizyklika und MAO-Hemmern zeichnet sich ab.⁸⁰

- In einer offenen Studie fanden Philipps et al.⁸¹, dass Fluvoxamin (238,3 ± 85,8 mg/die) nicht nur sicher und wirksam die körperdysmorphen Beschwerden reduzierte, sondern auch dann noch effektiv war, wenn eine paranoide Variante vorlag. Eine langfristige Behandlungsempfehlung ist auszusprechen, wenn man die sehr hohe Rückfallquote nach Absetzen von Fluvoxamin und anderen SSRI betrachtet, wie sich in einer unkontrollierten Therapieverlaufsstudie zeigte.⁸²
- Günstige Effekte fanden Phillips und Najjar⁸³ in einer offenen Studie für Citalopram sowie Phillips⁸⁴ für Escitalopram.
- In einer randomisierten, doppelblinden Studie mit Crossover-Design bewies Clomipramin gegenüber Desipramin (jeweils maximale Tagesdosis: 250 mg) eine statistisch signifikante Überlegenheit.⁸⁵ Der Behandlungseffekt zeigte sich als unabhängig von einer koexistenten Zwangsstörung, Depression oder sozialen Phobie. Clomipramin vermochte auch wahnhaftige körperdysmorphie Symptome positiv zu beeinflussen.
- Philipps et al.⁸⁶ bestätigten diese positiven therapeutischen Erfahrungen in einer doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie auch für Fluoxetin. Neben einer statistisch abgesicherten Reduktion der körperdysmorphen Symptome kann hierdurch auch eine bedeutsame Verbesserung der Lebensqualität erzielt werden.⁸⁷

In der frühen psychopharmakotherapeutischen Literatur finden sich einige sporadische Berichte über den positiven Einsatz von Antipsychotika der 1. Generation wie Pimozid oder Fluspirilen, wenn die körperdysmorphen Beschwerden wahnhaften Charakter besitzen.⁸⁸ In einer großen Fallserie konnten Phillips et al.⁸⁹ diese Effekte aber weder bei „überwertigen“ noch bei „wahnhaften“ körperdysmorphen Symptomen bestätigen. Auch in einer Placebo-kontrollierten Studie zeichnete sich in einem add-on-Design kein signifikanter zusätzlicher Benefit von Pimozid gegenüber Placebo bei einer Grundmedikation mit Fluoxetin ab.⁹⁰ Außer

vereinzelt kasuistischen Beobachtungen über den Erfolg versprechenden Einsatz von Olanzapin alleine oder als Zusatzgabe zu einem SSRI⁹¹ gibt es derzeit keine empirische Datenbasis, den Stellenwert der atypischen Neuroleptika bei der körperdysmorphen Störung näher bewerten zu können.

Psychotherapeutische Ansätze

Frühe verhaltenstherapeutische Ansätze konzentrierten sich in erster Linie auf die Reduktion sozialer Ängste, den Abbau von Vermeidungsverhalten und bemühten sich um ein adäquateres Coping.⁹² Therapeutische Erfahrungen mit der Technik der „systematischen Desensibilisierung“⁹³ und der „systematischen Exposition“ in Situationen mit auslösender Wirkung⁹⁴ liegen als kasuistische Berichte vor (Evidenz-Level D).

Ein stärkeres Gewicht haben kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren erlangt.⁹⁵ Rosen et al.⁹⁶ und Veale et al.⁹⁷ legten positive Resultate aus kontrollierten Studien vor. Eine Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie zeichnete sich auch in Gruppensettings ab.⁹⁸ Die prädiktive Bedeutung der psychopathologischen Dimension „überwertige vs wahnhaft“ Ideen für einen geringeren Behandlungserfolg oder ein Therapieversagen ist allerdings zu beachten.⁹⁹

In einer metaanalytischen Bewertung der vorliegenden kognitiv-behavioralen Psychotherapieergebnisse aus insgesamt 8 Fallserien (n = 85) und zwei kontrollierten Untersuchungen (n = 19; n = 54) errechneten Williams et al.¹⁰⁰ eine Effektstärke von 1,63, die insgesamt höher lag als jene einer psychopharmakologischen Intervention mit 0,92. In einer Perspektive der Evidence-based Medicine (EbM) kann der Evidenz-Level B/C zugeteilt werden.

Über eine verstärkte Beachtung der spezifischen Dysfunktionen in der Körperwahrnehmung und -evaluation, den hierüber in Gang gesetzten obsessiven Ruminationen und zwanghaften Überprüfungs- und Camouflageritualen als psychopathologischer Kernsymptomatik der körperdysmorphen Störung lassen sich nicht nur Fortschritte in

der theoretischen Konzeptualisierung einzelner Therapieschritte, sondern möglicherweise auch ein günstigeres Gesamtergebnis erwarten.¹⁰¹

Psychodynamisch orientierte Behandlungsverfahren können in ausgewählten Fällen angezeigt sein und auch erfolgreich durchgeführt werden (Evidenz-Level D).¹⁰²

Behandlung beim Dermatologen

Erscheinen Patienten mit körperdysmorphen Beschwerden bei Dermatologen, so ist es im Kontext einer einfühlsamen ärztlichen Führung durchaus konstruktiv, kosmetische Ratschläge zu geben, evtl. auch eine entsprechende Therapie einzuleiten. Integraler Bestandteil eines solchen Vorgehens sollte aber möglichst immer auch eine psychotherapeutische Gesprächsführung sein.¹⁰³

Ist das Syndrom aber als Ausdruck einer psychiatrischen Störung, nämlich einer körperdysmorphen Störung klar erkennbar, dann sollte der Patient nicht unvorbereitet zu einem Psychiater überwiesen werden, da sonst sehr schnell Therapieabbruch und Arztwechsel drohen.

Psychiatrisches Konsil in der Chirurgie

Im Rahmen der kosmetischen Chirurgie stellt sich gelegentlich als konsiliarpsychiatrisches Problem, den vom Patienten vorgetragenen Operationswunsch zu bewerten.¹⁰⁴ Hierbei ist empfehlenswert,

- das Niveau der Überzeugung abzuklären,
- das objektive Ausmaß der beklagten Deformität zu erfassen,
- v. a. auch Hinweise auf eventuelle psychiatrische Störungen zu erkennen,
- in der Anamneseerhebung den Beginn der körperdysmorphen Beschwerden, der damaligen psychosozialen Situation, die psychologischen Bedeutungen des vermeintlichen oder tatsächlichen Körpermangels, die Qualität emotionaler und sexueller Beziehungen, aber auch die vorliegende Persönlichkeitsstruktur und die hiermit einhergehenden zentralen psychodynamischen Konflikte exakt zu explorieren.

Eine klare Kontraindikation im Hinblick auf einen angestrebten operativen Eingriff muss gestellt werden, wenn eine psychiatrische Störung, z. B. eine depressive oder schizophrene Erkrankung vorherrscht. Diese verlangt zunächst immer eine psychiatrische Behandlung.¹⁰⁵ In einer konsiliarpsychiatrischen Beurteilung sollen v. a. im Hinblick auf negative Operationsergebnisse vorsichtig stimmen.¹⁰⁶

- vage, inkonsistente Beschreibungen,
- unklare und diffuse Zielvorstellungen bei einer angestrebten operativen Korrektur,
- frühere Fehlschläge, heftige Schuldattribuierungen an die früheren Operateure,
- eine magische Erwartung, durch einen chirurgischen Eingriff wegen des beklagten körperlichen Mangels würden auch sämtliche anderen psychologischen und sozialen Probleme gelöst,
- sensitive Beziehungsideen, ausgeprägte Beschämungsaffekte, niedriger Selbstwert,
- soziale Isolation, Vermeidung interpersonaler Kontakte, unbefriedigende Beziehungen.

Eine bedenkliche Dynamik kann die Arzt-Patienten-Beziehung annehmen, wenn in der Anamnese Anhaltspunkte für ein sog. „Chirurgenshopping“ oder „Koryphäen-Killer-Syndrom“ gegeben sind.

Zusammenfassung

Patienten mit körperdysmorpher Störung werden am aussichtsreichsten mit einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelt, und sie profitieren psychopharmakologisch am ehesten von serotonergen Antidepressiva. Für beide psychotherapeutischen wie psychopharmakologischen Ansätze liegt derzeit ein Wirksamkeitsnachweis mit Evidenz-Level B/C vor. Für eine Kombinationsbehandlung, die sehr wahrscheinlich klinisch am häufigsten zu empfehlen ist, gibt es derzeit keine Evidenzbasierung.

Referenzen

- 1 Morselli E., *Sulla dismorfofobia e sulla tafofobia*, Bollettino Accademia delle Scienze, Mediche di Genova (1886); VI: 110-119

- 2 Lacey J. H., Birtchnell S. A., *Body image and its disturbances*, J Psychosom Res (1986); 30: 623-631
- 3 Faravelli C. et al., *Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence*, Soc Psychiatry Epidemiol (1997); 32: 24-29
Otto W. et al., *Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women*, Am J Psychiatry (2001); 158: 2061-2063
Mayville S. et al., *Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents*, J Clin Fam Stud (1999); 8: 357-362
- 4 Rief W. et al., *The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey*, Psychol Med (2006); 36: 877-885
- 5 De Leon J. et al., *Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder or delusional disorder, somatic subtype?*, Compr Psychiatry (1989); 30: 457-472
- 6 Buescher L. S., Buescher K. L., *Body dysmorphic disorder*, Dermatol Clin (2006); 24: 251-257
Grant J. E. et al., *Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder*, Gen Hosp Psychiatry (2006); 28: 487-493
Hodgkinson D. J., *Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery*, Aesth. Plast Surg (2005); 29: 5063-5069
Honigman R. et al., *A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery*, Plast Reconstr Surg (2004); 113: 1229-1237
- 7 Altamura C. et al., *Clinical and subclinical body dysmorphic disorder*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2001); 251: 150-108
- 8 Fitts S. N. et al., *Body dysmorphic disorder: Implications for its validity as a DSM III-R clinical syndrome*, Psychol Rep (1989); 64: 655-658
- 9 Altamura C. et al., siehe Ref. 7
- 10 Phillips K. A. et al., *Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder*, Psychosomatics (2005); 46: 317-325
- 11 Daig I. et al., *Körperdysmorphie Beschwerden: Welche Rolle spielt die Diskrepanz zwischen Ideal- und Realkörperbild*, Psychother Psych Med (2006); 56: 259-267
- 12 Pope H. G. et al., *The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession*, The Free Press, New York (2000)
Pope C. G. et al., *Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic*, Body Image (2005); 2: 395-400
- 13 Kanayama G. et al., *Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users*, Am J Psychiatry (2006); 163: 697-703
- 14 Salmons P. H. et al., *Body shape dissatisfaction in school-children*, Br J Psychiatry (1988); 153(Suppl 2): 27-31
- 15 Dyl J. et al., *Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: Prevalence and clinical characteristics*, Child Psychiatry Hum Dev (2006); 36: 369-382
- 16 Küchenhoff J., *Dysmorphophobie*, Nervenarzt (1984); 55: 122-126
Zauner J., *Psychosomatische Aspekte der Adoleszenz*, Z Psychosom Med (1987); 24: 17-30
- 17 Tiggemann M., *The impact of adolescent girls' life concerns and leisure activities on body dissatisfaction, disordered eating, and self-esteem*, J Genet Psychol (2001); 162: 133-142
- 18 De Leon J. et al. siehe Ref. 5
- 19 Frank O. S., *Dysmorphophobia*, Curr Themes Psychiatry (1985) 4: 257-278
Joraschky P., Moesler T. A., *Die Dysmorphophobie*, in: Kaschka W. P., Lungerhausen E. (Hrsg.), *Paranoide Störungen*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (1992), S. 82-93
Veale D. et al., *Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases*, Br J Psychiatry (1996); 169: 196-201 [19]
Veale D. et al., *Body dysmorphic disorder: A cognitive behaviour model and pilot randomized controlled trial*, Behav Res Therapy (1996); 34: 717-729
Zauner J., siehe Ref. 16
- 20 Birtchnell S. A. et al., *Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty*, J Psychosom Res (1990); 34: 509-514
Maier C., *Selbsterleben und Wunsch nach kosmetischer Brustoperation*, Prax Psychother Psychosom (1989); 34: 133-142
Mester H., *Der Wunsch einer Frau nach Veränderung der Busengröße – Ein Beispiel zur Frage der Dysmorphophobie*, Z Psychosom Med (1982); 28: 69-91
- 21 Birtchnell S. A., Lacey J. H., *Augmentation and reduction mammoplasty: Demographic and obstetric differences in women attending a National Health Service clinic*, Postgrad Med J (1988); 64: 587-589
Mester H., siehe Ref. 20
- 22 Andreasen N. C., Bardach J., *Dysmorphophobia: Symptom or disease?*, Am J Psychiatry (1977); 134: 673-676
Birtchnell S. A., *Dysmorphophobia: A centenary discussion*, Br J Psychiatry (1988); 153: 41-43
Neziroglu F. et al., *Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses*, Behav Ther (1996); 27: 67-77
Veale D. et al., siehe Ref. 19
- 23 Joraschky P., Moesler T. A., siehe Ref. 19
- 24 Didie E. R. et al., *Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder*, Child Abuse Negl (2006 a); 30: 1105-1115
- 25 Barsky A. J., *Patients who amplify bodily sensation*, Ann

- Intern Med (1979); 9: 63-70
- 26 Castle D. J. et al., *Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement*, Aust N Z J Psychiatry (2004); 38: 439-444
Castle D. J., Phillips K. A., *Obsessive-compulsive spectrum of disorders: A defensible construct*, Aust N Z J Psychiatry (2006); 40:114-120
- 27 Buhlmann U. et al., *Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder*, J Psychiatr Res (2006); 40: 105-111 [27]
Buhlmann U. et al., *Emotion recognition deficits in body dysmorphic disorder*, J Psychiatr Res (2004); 38: 201-206
- 28 Osman S. et al., *Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder*, Memory (2004); 12: 428-436
- 29 Deckersbach T. et al., *Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder*, J Int Neuropsychol Soc (2000); 8: 673-681
- 30 Yaryura-Tobias J. A. et al., *Computerized perceptual analysis of patients with body dysmorphic disorder: a pilot study*, CNS Spectr (2002 a); 7: 444-446
Yaryura-Tobias J. A. et al., *Neuroanatomical correlates and somatosensorial disturbance in body dysmorphic disorder*, CNS Spectr (2002 b); 7: 432-434
- 31 Stein D. J. et al., *Beauty and the beast: Psychobiologic and Evolutionary perspectives on body dysmorphic disorder*, CNS Spectr (2006); 11: 419-422
- 32 Maravita A. et al., *Multisensory integration and the body schema: Close to hand and within reach*, Curr Biol (2003); 13: R531-R539
- 33 Chan A. W. et al., *The effect of viewpoint on body representation in the extrastriate body area*, Neuroreport (2004); 15: 2407-2410
Downing P. E. et al., *A cortical area selective for visual processing of the human body*, Science (2001); 293: 2470-2473
- 34 Peelen M. V., Downing P. E., *Selectivity for the human body in the fusiform gyrus*, J Neurophysiol (2005); 93: 603-608
Downing P. E. et al., *Domain specificity in visual cortex*, Cereb Cortex (2006); 16: 1453-1461
- 35 Stein D. J. et al., siehe Ref. 31
- 36 Carey P. et al., *Spect imaging of body dysmorphic disorder*, J Neuropsychiatry Clin Neurosci (2004); 16: 357-359
- 37 Rauch S. L. et al., *A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder*, Psychiatry Res (2003); 122: 13-19
- 38 Mayou R. et al., *Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V*, Am J Psychiatry (2005); 162: 847-855
- 39 Castle D. J., Phillips K. A., siehe Ref. 26
- 40 Castle D. J., Phillips K. A., siehe Ref. 26
- 41 Cororove M. B., Gleaves D. H., *Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies*, Clin Psychol Rev (2001); 21: 949-970
Phillips K. A. et al., siehe Ref. 10
- 42 Hollander E. et al., *Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin uptake blockers*, Am J Psychiatry (1989); 146: 768-770
- 43 Craven J. L., Rodin G. M., *Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder*, Can J Psychiatry (1987); 32: 143-145
- 44 Lochner C., Stein D. J., *Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder*, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry (2006); 30: 353-361 (Epub 2006)
- 45 Frare F. et al., *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic: A comparison of clinical features*, Eur Psychiatry (2004); 19: 292-298
- 46 Phillips K. A. et al., *Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: A comparison study of two possibly related disorders*, Depress Anxiety (2006, Epub ahead of print)
- 47 Phillips K. A. et al., *Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness*, J Psychiatr Res (2006); 40: 95-104
- 48 Vitiello B., De Leon J., *Dysmorphophobia misdiagnosed as obsessive-compulsive disorder*, Psychosomatics (1990); 31: 220-222
- 49 Foa E. B., Kozak M. J., *DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder*, Am J Psychiatry (1995); 152: 90-96
- 50 Phillips K. A., Stout R. L., *Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia*, J Psychiatr Res (2006); 40: 360-369
- 51 Phillips K. A. et al., *A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder*, Am J Psychiatry (2006); 163: 907-912
- 52 Coles M. E. et al., *Body dysmorphic disorder and social phobia: Cross-sectional and prospective data*, Depress Anxiety (2006); 23: 26-33
Pinto A., Phillips K. A., *Social anxiety in body dysmorphic disorder*, Body Image (2005); 2: 401-405
- 53 Grant J. E. et al., *Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features and delusionality of body image*, Int J Eating Disord (2002); 32: 291-300
Ruffolo J. S. et al., *Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance*, Int J Eat Disord (2006); 39: 11-19
- 54 Grant J. E. et al., *Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder*, J Clin Psychiatry (2005);

- 66: 309-316
- 55 Klages W., Hartwich P., *Die Clowndysmorphophobie*, Psychother Med Psychol (1982); 32: 183-187
- 56 McKenna P. J., *Disorders with overvalued ideas*, Br J Psychiatry (1984); 145: 579-585
- 57 Joraschky P., Moesler T. A., siehe Ref. 19
- 58 Walter K., *Über das „phobische Beziehungssyndrom“*, Nervenarzt (1965); 36: 7-11
- 59 Hardy G. E., Cotterill J., *A study of depression and of obsessionality in dysmorphophobic and psoriatic patients*, Br J Psychiatry (1982); 140: 19-22
- 60 Phillips K. A. et al., *Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder*, J Affect Disord (2006); (2007); 1-3: 129-135
- 61 Frank O. S., siehe Ref. 19
- 62 De Leon J. et al., siehe Ref. 5
- 63 Marazziti D. et al., *Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder*, CNS Spectr (2006); 11: 494-498
Phillips K. A. et al., siehe Ref. 47
- 64 Connolly A. N., *Dysmorphophobia. A long term study*, Br J Psychiatry (1978); 132: 568-570
Munro A., Pollock B. G., *Monosymptomatic psychoses which progress to schizophrenia*, J Clin Psychiatry (1981); 42: 474-476
- 65 Phillips K. A., Menard W., *Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study*, Am J Psychiatry (2006); 163: 1280-1282
Veale D. et al., siehe Ref. 19
- 66 Didie E. R. et al., *Social functioning in body dysmorphic disorder: Assessment considerations*, Psychiatr Q (2006 b); 77: 223-229
Phillips K. A. et al., *Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder*, Compr Psychiatry (2005 c); 46: 254-260
- 67 Crerand C. E. et al., *Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder*, Psychosomatics (2005); 46: 549-555
- 68 Phillips K. A. et al., siehe Ref. 10, Tabelle 62.20
- 69 Phillips K. A. et al., *Predictors of remission from body dysmorphic disorder: A prospective study*, J Nerv Ment Dis (2005 d); 193: 564-567
- 70 Phillips K. A. et al., *A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder*, Compr Psychiatry (2005 e); 46: 315-321
- 71 Sims A., *Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*, 3rd ed. Saunders, London, Philadelphia (2003)
- 72 Kapfhammer H. P., *Psychosoziale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter. Entwicklungspsychopathologische Vergleichsstudien an psychiatrischen Patienten und seelisch gesunden Probanden. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 77*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York Tokyo (1995)
- 73 Munro A., Stewart M., *Body dysmorphic disorder and the DSM-IV: The demise of dysmorphophobia*, Can J Psychiatry (1991); 36: 91-96
- 74 Kapfhammer H. P., *Bizarre Körpergefühlsstörungen*, in: Hippus H., Lauter H., Greil W. (Hrsg.), *Psychiatrie für die Praxis 14: Körperliche Beschwerden bei psychiatrischen Erkrankungen*, MMV Medizin Verlag, München (1991), S. 35-52
- 75 Blankenburg W., *Schizophrene Psychosen in der Adoleszenz*, Jpn J Psychopathol (1983); 4: 151-170
Munro A., Pollock B. G., siehe Ref. 64
- 76 Bychowsky G., *Disorders of the body image in the clinical picture of the psychoses*, J Nerv Ment Dis (1943); 97: 310-334
Connolly A. N., siehe Ref. 64
Hay G. G., *Paranoia and dysmorphophobia*, Br J Psychiatry (1983); 142: 309-310
- 77 Thomas M. et al., *Long-term prognosis of patients with psychogenic movement disorders, Parkinsonism Relat Disord* (2006); 12: 382-387
- 78 Birtchnell S. A., siehe Ref. 22
- 79 Williams J. et al., *A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder*, Behav Res Therapy (2006); 44: 99-111
- 80 Phillips K. A. et al., *Pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: Treatment received and illness severity*, Ann Clin Psychiatry (2006 f); 18: 251-257
- 81 Phillips K. A. et al., *Efficacy and safety of flovoxamine in body dysmorphic disorder*, J Clin Psychiatry (1998); 59: 165-171
Phillips K. A. et al., *Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder*, J Clin Psychiatry (2001); 62: 87-91
- 82 Phillips K. A. et al., *Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: A chart-review study*, J Clin Psychiatry (2001); 62: 721-727
- 83 Phillips K. A., Najjar F., *An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder*, J Clin Psychiatry (2003); 64: 715-720
- 84 Phillips K. A., *An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder*, Int Clin Psychopharmacol (2006); 21: 177-179
- 85 Hollander E. et al., siehe Ref. 42
- 86 Phillips K. A. et al., *A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder*, Arch Gen Psychiatry (2002); 59: 381-388
- 87 Phillips K. A., Rasmussen S. A., *Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dys-*

- morphic disorder treated with fluoxetine: A placebo-controlled study, *Psychosomatics* (2004); 45: 438-444
- 88 Munro A., *Monosymptomatic hypochondriacal psychosis*, *Br J Psychiatry* (1988); 153(suppl 2): 37-40
- 89 Phillips K. A., *Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges*, *Bull Menninger Clin* (2000); 64: 18-35
- 90 Phillips K. A., *Placebo-controlled trial of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder*, *Am J Psychiatry* (2005 a); 162: 377-379
- 91 Grant J. E., *Successful treatment of nondelusional body dysmorphic disorder with olanzapine: A case report*, *J Clin Psychiatry* (2001); 62: 297-298
- Phillips K. A., *Olanzapine augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder*, *Am J Psychiatry* (2005 b); 162: 1022-1023
- 92 Braddock A. E., Abramowitz J. S., *Listening to hypochondriasis and hearing health anxiety*, *Expert Rev Neurother* (2006); 6: 1307-1312
- 93 Munjack D. J., *The behavioral treatment of dysmorphophobia*, *J Behav Ther Exp Psychiatry* (1978); 9: 53-56
- 94 Marks I. M., Mishan J., *Dysmorphophobia avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy*, *Br J Psychiatry* (1988); 152: 674-678
- 95 Goodacre T. E. E., Mayou R., *Dysmorphophobia in plastic surgery and its treatment*, in: Mayou R., Bass C., Sharpe M. (Eds.), *Treatment of functional somatic symptoms*, Oxford University Press, Oxford (1995), pp 231-251
- Neziroglu F., Yaryura-Tobias J. A., *A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder*, *Behav Modification* (1997); 21: 324-340
- Sarwer D. et al., *Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behaviour therapy*, *Psychiatr Ann* (2004); 34: 934-941
- 96 Rosen L. C. et al., *Cognitive-behavioural body image therapy for body dysmorphic disorder*, *J Consult Clin Psych* (1995); 63: 263-269
- 97 Veale D. et al., siehe Ref. 19
- 98 Cororove M. B., Gleaves D. H., siehe Ref. 41
- 99 Neziroglu F. et al., *Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder*, *Behav Res Ther* (2001); 39: 745-756
- 100 Williams J. et al., siehe Ref. 79
- 101 Veale D., *Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder*, *Body Image* (2004); 1: 113-125
- 102 Bloch S, Glue P., *Psychotherapy and dysmorphophobia: A case report*, *Br J Psychiatry* (1980); 152: 271-274
- Joraschky P., Moesler T. A., siehe Ref. 19
- Philippopoulos G. S., *The analysis of a case of dysmorphophobia: Psychopathology and psychodynamics*, *Can J Psychiatry* (1979); 24: 397-407
- 103 Phillips K. A., Dufresne R. G., *Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons*, *Am J Clin Dermatol* (2000); 1: 235-243
- 104 Pruzinsky T., *Collaboration of plastic surgeon and medical psychotherapist: Elective cosmetic surgery*, *Med Psychother* (1988); 1: 1-13
- 105 Kapfhammer H. P., siehe Ref. 74
- 106 Bellino S. et al., *Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery*, *Psychiatry Res* (2006); 144: 73-78
- Castle D. J. et al., siehe Ref. 26
- Castle D. J. et al., *Body dysmorphic disorder*, *Psychiatr Clin N Am* (2006); 29: 521-538
- Goodacre T. E. E., Mayou R., siehe Ref. 95

Anita Rieder

Schönheitsmedizin aus der Public Health-Perspektive

Zusammenfassung

Public Health definiert sich als die Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, von Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum. Public Health geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme durch physische Faktoren, psychosoziale Faktoren und durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld beeinflusst sind. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird als starker Einflussfaktor auf die Morbidität und Mortalität definiert. Die Public Health Perspektive bedeutet auch die „Big Picture“-Perspektive gemeinsam mit dem Public Health Auftrag, die Bedingungen zu erschaffen, unter denen Menschen gesund bleiben können – auch der Zugang zum Thema Schönheitsmedizin ist so zu sehen. Schönheitsmedizin kann sowohl aus einem Zustand mit der Zuordnung Krankheit in Anspruch genommen werden, oder aus einem Zustand eines sehr subjektiven sich krank Fühlens. Es kann somit zum Public Health Thema für viele werden, genauso aber auch zu einer sehr individuellen Behandlung führen.

Schlüsselwörter: Public Health, Schönheitsmedizin, Präventivmedizin, Gesundheitsförderung

Abstract

Public health is defined as the science of the prevention of illness, the prolongation of life, and health promotion with the focus rather on populations and than the individual. Public Health emanates from the assumption that illness and health problems are influenced not only by physical factors, but also psychosocial factors and through the social and health political environment. Personal health behaviour is defined as a strong influencing factor on morbidity and mortality. The public health perspective also means looking at the “big picture” with the mission to create the conditions in which people can remain healthy. The approach to plastic surgery can also be seen as such. Plastic surgery can be called upon in the case of defined illness, or in the case of the more subjective state of feeling unwell. Thus it can become a public health issue for many, as well as an individual treatment.

Keywords: Public Health, plastic surgery, preventive medicine, health promotion

Univ. Prof. Dr. med. Anita Rieder
Zentrum für Public Health, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien
Rooseveltplatz 3, A-1090 Wien
Anita.Rieder@meduniwien.ac.at

Public Health definiert sich als die Wissenschaft von der Prävention von Erkrankungen, von Lebensverlängerung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf Bevölkerungen und nicht so sehr auf das Individuum. Public Health geht davon aus, dass Krankheiten und Gesundheitsprobleme durch physische Faktoren, psychosoziale Faktoren und durch das soziale und gesundheitspolitische Umfeld beeinflusst sind. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird als starker Einflussfaktor auf die Morbidität und Mortalität definiert.

Die zentralen Fragen der Public Health-Wissenschaft lauten:

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen bzw. der aktuelle Status vor dem Horizont neuer Gefahren (Umwelt, Infektionen, soziale Destruktion, usw.) sichern?
- Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten erreichen?

Public Health hat ein Mission Statement, welches lautet „to fulfil society's interest in assuring conditions in which people can stay healthy“. Die Public Health Perspektive bedeutet auch die „Big Picture“-Perspektive und so ist gemeinsam mit dem Public Health Mission Statement auch der Zugang zum Thema Schönheitsmedizin zu sehen. Wie definiert sich Schönheitsmedizin? Wie definiert sich Gesundheit? Die Definition von Schönheitsmedizin ist vermutlich noch schwieriger als die Definition von Gesundheit, auch wenn die Definition von Gesundheit viele Diskussionen auslöst und noch immer am Laufen hält. Die Konzepte von Gesundheit und Krankheit variieren nach Lebensalter, Geschlecht, aber auch sozioökonomischer Lage und soziokulturell-religiöser Orientierung. Konzepte, die Gesundheit repräsentieren, orientieren sich an Fähigkeiten oder Befindlichkeiten oder an Gesundheit als Voraussetzung von zum Beispiel Aktivitäten, Wohlbefinden und sozialen Funktionen.¹

Subjektive Konzepte von Krankheit zeigen ähnliche Grunderfahrungen laut Schwartz et al., wie

Krankheit als Beeinträchtigung, als Rollenverlust, Inaktivität, soziale Isolation und Abhängigkeit. Krankheit kann aber danach auch als Ruhephase, Chance für Ausstieg oder Reife erlebt werden.² Gesundheit sei zu einem Grundwert und einem Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden, meinen Schwartz et al., wobei sie anführen, dass es auch Kritiker in diesem Sinn gibt, die von „Healthism“ sprechen.

Grundsätzlich lassen sich drei Bezugssysteme im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit analysieren:³

- „Bezugssystem Gesellschaft (speziell auch des Gesundheitssystems und legislativer Regelungen). Gesundheit und Krankheit werden hier unter dem Aspekt der Wertorientierung, eines normativen Rechts auf Gesundheit, der wirtschaftlichen Ausgaben der Gesellschaft und der gesellschaftlich legitimierten Definitionsmacht bei Krankheit (zur Feststellung von Leistungsminderung bzw. der Notwendigkeit, Hilfe zu gewähren) betrachtet.“
- „Bezugssystem der betroffenen Person: sich subjektiv gesund bzw. krank fühlen.“
- „Bezugssystem der Medizin und anderer Professionen: Gesundheit und Krankheit werden als Erfüllung bzw. als Abweichung von objektiverbaren Normen und physiologischer Regulation bzw. organischen Funktionen verstanden.“
„Mit dem medizinischen Fortschritt der vergangenen 100 Jahre, aber auch mit der sozialstaatlichen Entwicklung einer Zusammenarbeit zwischen Staat, Arbeitgebern, Krankenkassen und Ärzteschaft hat das ärztliche Definitionsmonopol von Krankheit neben der medizinimmanenten eine hohe gesellschaftliche Bedeutung erhalten: Diagnostische Entscheidungen bilden die Voraussetzung für die Übernahme der ‚Krankenrolle‘⁴ und einer staatlich abgesicherten Leistungsgewährung“.⁵

Schwartz et al. sehen es in großen Bereichen der Medizin als Wissenssystem angezeigt, von einer klaren Dichotomie Gesundheit/Krankheit zugunsten eines Kontinuums Abstand zu nehmen.

Während für die Medizin als Wissenssystem eine Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit häufig nicht gegeben ist, erscheint es für die Medizin als Handlungssystem notwendig, klare Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ zu ziehen.

Diese Definitionen und Aussagen führen im Prinzip auch alle in die Diskussion der Schönheitsmedizin.

Schönheitsmedizin kann sowohl aus einem Zustand mit der Zuordnung Krankheit in Anspruch genommen werden oder aus einem Zustand eines sehr subjektiven Sich-krank-Fühlens. Es kann somit zum Public Health Thema für viele werden, genauso aber auch eine sehr individuelle Behandlung. Die Grauzonen zwischen Schönheitsmedizin und den klassischen in den Leistungskatalogen enthaltenen Bereichen der kurativen Medizin sind unterschiedlich groß und leichter oder schwerer abgrenzbar, da subjektive Faktoren stärkere oder schwächere Einflussfaktoren darstellen. Die Bezugssysteme spielen eine entsprechend große Rolle. Die gesellschaftlichen Faktoren sind in Bezug auf den Begriff oder die Begriffe der Gesundheit enorme „driver“ geworden. „Health sells“ wird in vielen Konzepten verfolgt. Wie man zu einem „added value“ kommt, ist letztendlich auch für die Gesundheitsgesellschaft und in einem Markt ein wesentliches Thema. Somit öffnet sich zwar der Gesundheitsbegriff, bleibt aber doch mit den genannten Bezugssystemen verbunden.

Es gibt noch andere Definitionen von Gesundheit, die hier noch erwähnt werden sollen, wie die von Hurrelmann.⁶

„Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.“⁷ Was brauchen Menschen für so ein dynamisches Gleichgewicht und für die Einstellung des Einklanges? Für man-

che wird es möglicherweise die Schönheitsmedizin sein, die sie darin unterstützt, einen solchen Zustand zu erreichen oder vielleicht eher ermöglicht, diesem Zustand einen Schritt näher zu kommen.

Gesundheit kann auch abhängen von Normen. Wenn der Body Mass Index und die Prävalenz des Übergewichtes in einer Bevölkerung steigen, so verschiebt sich mit der Zeit die Norm, was als Übergewicht empfunden und angesehen wird, unabhängig von medizinischen Definitionen. Aussehen und Erscheinungsbild prägen damit auch die äußerlichen Normen der Gesundheit.

Der Fortschritt der Medizin und auch der Präventivmedizin verhindert vieles an akuten oder späteren Komplikationen durch Krankheiten. Es entsteht damit auch eventuell eine bestimmte „fix the problem“-Einstellung. Dieses „fix the problem“ ist im kurativen Bereich wie im präventiven Bereich sicher oft problematisch, weil sich „Gesundheit“ nicht wieder so einfach herstellen lässt bzw. ein Zustand wieder erreicht wird, der keinerlei Einschränkungen oder Veränderungen bedeutet. Ein Beispiel ist der Typ 2-Diabetes. Man könnte 40 – 60 Prozent neuer Diabetesfälle bei Risikogruppen verhindern⁸, wenn einfache Maßnahmen, die vor allem im Lebensstilbereich liegen, getroffen werden würden, die jedoch langfristig durchgeführt werden müssen. Eine kurzfristige Maßnahme mit Langzeitwirkung ist in diesem Fall nicht bekannt. Das „fix the problem“-Prinzip lässt sich hier kaum umsetzen. In der Schönheitsmedizin kommt man in manchen Bereichen diesem Prinzip wohl schon eher näher, jedoch kann dieses „fix the problem“ selbst zum Problem werden, wenn die Outcomekriterien vor allem aus subjektiven Kriterien bestehen.

Insgesamt ist es vielleicht nicht nur ein Phänomen unserer Zeit, dass Schönheitsmedizin ein zentrales Gesundheitsthema ist, und die Trends in der Anzahl der Eingriffe, der Anwendungen und die Zahl der PatientInnen steigen. Der Fortschritt in der Medizin beeinflusst natürlich auch stark den Fortschritt in der Schönheitsmedizin und einen sich entsprechend entwickelnden Markt.

Cosmetic Plastic Surgery

11 million cosmetic procedures

7% ↑ from 2004

48% ↑ from 2000 to 2006

\$11.5 billion spent on cosmetic procedures

Surgical Cosmetic Procedures

1.9 million cosmetic surgical procedures

2% ↑ from 2005

3% ↓ from 2000

55% ↑ in breast augmentation

First time as #1 procedure since the 1992 silicone implant restriction

22% ↓ in facelifts from 2000 to 2006

Top Five Surgical Cosmetic Procedures

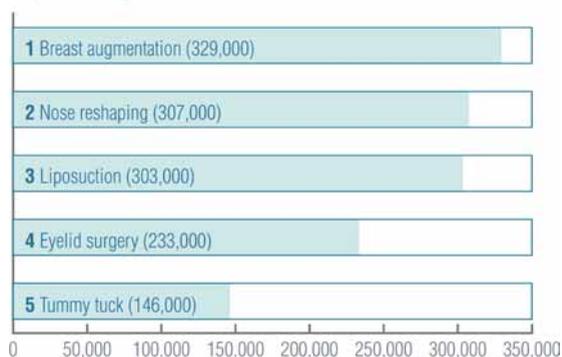


Abb. 1: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends⁹

Die Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen veröffentlichte Zahlen (2004) zu den entsprechenden Eingriffen im Jahr 2002 im Vergleich zu 1990. Es kam zu einem Anstieg von 109.000 Eingriffen auf 660.000 Eingriffe im Jahr. Die 3 häufigsten Lokalisationen waren Extremitäten einschließlich Hand (210.000), Brust (160.000) und Gesicht (150.000). Frauen sind die häufigsten PatientInnen, nämlich zu 86 – 88 Prozent (Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, 2004). 30% der PatientInnen sind über 50 Jahre, 10% sind unter 20 Jahre.

Die Österreichische Gesellschaft für plastische, ästhetische und rekonstruktive Chirurgie (ÖFPÄRC) spricht von 40.000 PatientInnen pro Jahr mit ästhetischen Eingriffen, 90% an Frauen (2006).

Die Zahlen in den USA sind natürlich entspre-

chend hoch, und der Trend nach oben bei Frauen und bei Männern ist anhaltend. In den Abbildungen 1, 2 und 3 sieht man die Aufteilung der entsprechenden Eingriffe.

Surveys (2004, 2005, 2006) der American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery (Februar 2007) gingen unter anderem der Frage nach, was die Zukunft für diese plastischen ChirurgInnen bereit halten wird. Die größten Zustimmungen der ChirurgInnen fanden sich bei Statements wie nach der Frage der Patientensicherheit (94%), die eine immer größere Rolle spielen wird, weiters nach der Ausweitung auf größere Bevölkerungen, auch verstärkt ethnischer Gruppen. Die Frage nach zusätzlichen Angeboten durch die ChirurgInnen von allgemeinen Lifestylemaßnahmen und Wellnessangeboten wird zunehmend weniger

Minimally-Invasive Cosmetic Procedures

9.1 million minimally-invasive cosmetic procedures

8% ↑ from 2005

66% ↑ from 2000 to 2006

420% ↑ in Botox[®] from 2000 to 2006

59% ↑ in hyaluronic acid injectables

First time in top 5

22% ↓ in cellulite treatment from 2005

Top Five Minimally-Invasive Cosmetic Procedures

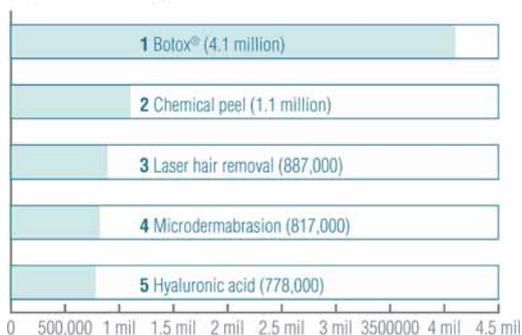


Abb. 2: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends – Minimally invasive cosmetic procedures⁹

Reconstructive Plastic Surgery

5.3 million reconstructive procedures

3% ↓ from 2005

31% ↓ in breast reconstruction from 2000 to 2006

5% ↑ in dog bite repairs from 2005

23% ↑ in breast reduction from 2000 to 2006

Top Five Reconstructive Procedures

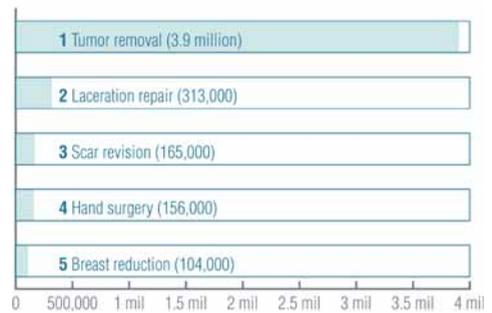


Abb. 3: 2006 Quick Facts Cosmetic and Reconstructive Plastic Surgery Trends – Reconstructive plastic surgery⁹

zustimmend betrachtet, ebenso die Fragen nach Spas und Realityshows und deren Relevanz und Popularität (Abb. 4).

Die Patientensicherheit ist immer ein Grundsat, jedoch ist dies in der Schönheitsmedizin – hier vergleichbar mit präventiven Maßnahmen, die in einer gesunden (oder symptomlosen) Population eingesetzt werden – noch viel stärker ein

Abwägen von Nutzen und Risiko. Bei (schweren) Erkrankungen unterliegt die Nutzen-Risiko-Abwägung einer anderen Grundvoraussetzung, und „keine Maßnahme“ zu setzen ist zumeist nicht die Option.

Die „wünscherfüllende Medizin“ hat wie alle anderen Bereiche der Medizin den ethischen Grundsätzen zu folgen. Kettner spricht in diesem

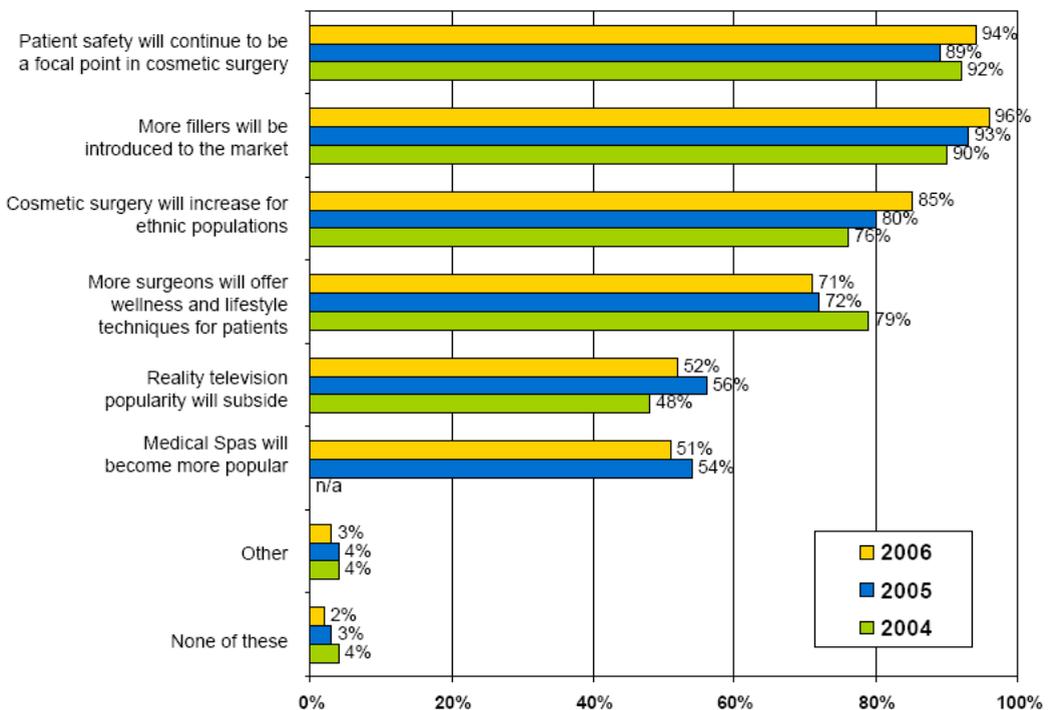


Abb. 4: Trends in facial plastic surgery - Report 2007¹⁰

Zusammenhang von zwei moralisch-normativ begrenzenden Argumenten:¹¹

- Nutzen-Risiko-Argumente
- Kohärenzargumente: Die Wunscherfüllung muss stimmig sein und zu allem Übrigen, was der Person richtig, wichtig und wahr ist, passen.

Eine andere ethische Frage wird auch in der wissenschaftlichen Literatur aufgeworfen, wie jene der *“Prophylactic interventions on children: balancing human rights and public health”*.¹² Als Beispiel wird die Korrektur von abstehenden Ohren bei Kindern in einem Alter, wo sie selber noch nicht entscheiden können, angeführt. Intuitiv würde man einer solchen Korrektur sicher zustimmen, vor allem aufgrund der Normen, denen wir unterworfen sind, ist es jedoch ethisch vertretbar?

Die wissenschaftlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit Schönheitsmedizin sind vielfache. Es sind nicht nur die Ergebnisse, die optisch und funktionell messbar sind, sondern immer stärker die Konsequenzen und die Auseinandersetzung mit den betroffenen Populationen (wobei es noch vorwiegend Frauen sind). Eine der wissenschaftlichen Fragestellungen beschäftigt sich seit einigen Jahren mit der Suizidgefährdung von Frauen mit Brustimplantaten, mit der Häufigkeit von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen,¹³ wie auch von Borderline-Störungen in dieser Population.

Auf der anderen Seite zeigt die wissenschaftliche Befassung mit den Ergebnissen der Brustverkleinerung signifikante positive Auswirkungen auf Schmerz, soziale, mentale Funktion, subjektiven Gesundheitszustand, etc. Diese sind damit auch Argumente für die Übernahme der Kosten durch die Öffentliche Hand.¹⁴ Die Langzeiteffekte und Outcomes werden in vielen Bereichen, die heute in der Schönheitsmedizin im sogenannten Vormarsch sind, von besonderem, auch wissenschaftlichem Interesse sein.

Wie viele plastische Chirurgen beziehungsweise kosmetische Chirurgen braucht der „Markt“ beziehungsweise die Gesellschaft und die Bevölkerung? In einer rezenten Ausgabe des BMJ geht

Zaman den Fragen nach *„Do plastic surgeon trainees want to become cosmetic surgeons?“* und *„Have the rights of the individual surpassed the rights of the community?“* Zuletzt kommt er zu dem Schluss, dass wir vermutlich viel mehr Public Health-Spezialisten als Schönheitschirurgen brauchen – *„Probably we need public health specialists more than we need plastic surgeons“*¹⁵. Aus Public Health Sicht sicherlich eine nicht unwesentliche Debatte, die für einen Public Health Professional mit großer Sicherheit in der Bejahung der Frage resultiert.

Jedoch muss sich der Public Health Bereich auch die Frage stellen, was Schönheitsmedizin aus der Public Health Sicht zur Bevölkerungsgesundheit beiträgt? Eine wohl noch schwierigere Frage, die zum Beispiel schon aus der Sicht der Brustverkleinerung anders zu beantworten sein wird, als vermutlich im Zusammenhang mit der Brustvergrößerung. Im Public Health Bereich befinden wir uns häufig in einem Spannungsfeld, so auch wenn es um den Stellenwert der Schönheitsmedizin geht. Wir müssen uns auch die Frage stellen, wie viel Schönheitsmedizin haben wir mit verursacht durch Gesundheitskampagnen, intensives Thematisieren von Altern und Anti-Ageing, von Übergewicht und Adipositas, etc.

Soziale Diskussionen über den Zugang zu Schönheitsmedizin, sind ebenso ein Spannungsfeld wie die Diskussion um die Schnittmenge zwischen Privatmedizin und Übernahme von Kosten durch das Öffentliche Gesundheitswesen. Strategien zu formulieren, um die Bevölkerung und PatientInnen zu informierten Einstellungen (*„Attitudes“*) und Entscheidungen zu führen,¹⁶ wird immer dringlicher werden.

Referenzen

- 1 Schwartz F. W. et al. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, Urban & Fischer, München (2003), 2. Auflage
- 2 Schwartz F. W. et al., siehe Ref. 1
- 3 nach Schwartz F. W. et al., S. 23-24, siehe Ref. 1
- 4 Parsons T., *The Social System*, The Free Press, New York (1951)

- 5 Schwartz F. W. et al., S. 24, siehe Ref. 1
- 6 Hurrelmann K., Laaser U. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, Beltz, Weinheim, Basel (1993)
- 7 Hurrelmann K., Laaser U., siehe Ref. 6
- 8 Rieder A. et al., *Österreichischer Diabetesbericht 2004. Daten, Fakten, Strategien*, <http://www.alternmitzukunft.at/cono3DE/page.asp?id=619> (2004)
- 9 American Society of Plastic Surgeons ASPS Procedural Statistics represent procedures performed by ASPS Member Surgeons certified by The American Board of Plastic Surgery, Inc.® as well as other physicians certified by American Board of Medical Specialties-recognized boards. © ASPS 2007
- 10 American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery, February 2007
- 11 Kettner M., *Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit*, *Ethik Med* (2006); 18: 81-91
- 12 Hodges F. M. et al., *Prophylactic interventions on children: balancing human rights with public health*, *J Med Ethics* (2002); 28: 10-16
- 13 McLaughlin J. K. et al., *Increased risk of suicide among patients with breast implants: Do the epidemiologic data support psychiatric consultation?*, *Psychosomatics* (2004); 45: 277-280
 McLaughlin J. K. et al., *Suicide Among Women with Cosmetic Breast Implants: A Review of the Epidemiologic Evidence*, *J Long Term Eff Med Implants* (2003); 13: 445-450
 Villeneuve P. J. et al., *Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants*, *Am J Epidemiol.* (2006); 164: 334-341
- 14 Klassen A. et al., *Should breast reduction surgery be rationed? A comparison of the health status of patients before and after treatment: postal questionnaire survey*, *Br Med J* (1996); 313: 454-457
- 15 Zaman M. J. S., *We don't need another 400 plastic surgeons*, *Br Med J* (2007): 334-344
- 16 Beispiel: Fonds Soziales Wien, *Selbst ist die Frau: Schönheit um jeden Preis*, www.fsw.at (2006)

Wir bedanken uns für die Unterstützung von:



Klaus Bergdolt

Gesundheitswahn heute – Gesundheitsreligion und/ oder Beauty Business?

Zusammenfassung

Die äußere Schönheit spielt in der westlichen Mediengesellschaft eine herausragende Rolle. Die industrielle Werbung, der Einfluss von Film und Fernsehen, aber auch die Selbstinszenierung schillernder Schönheitschirurgen sowie die Manipulation der Mode und des stets wechselnden Schönheitsideals unterstützen eine Tendenz, die menschliche Existenz rein äußerlich zu definieren. Die Schattenseiten dieser Entwicklung, hinter der eine boomende Schönheits-Industrie steht, werden, auch unter Berücksichtigung medizinhistorischer Aspekte, kritisch analysiert.

Schlüsselwörter: Schönheitskult, plastische Chirurgie, Körper, Manipulation, Gesellschaftskrise

Abstract

The outer appearance of men and women plays a crucial role in the Western world. A professional publicity, the influence of gigantic TV and film industries as well as the self-righteous presentation of some cosmetic surgeons are favouring this tendency which seems to be a logic consequence of a continuous manipulation of fashion design and beauty ideals. This “beauty mania” which is to a great extent dominating young people`s all day life, reflects also a crisis of our society which reduces its spiritual values more and more to aspects of the outer appearance. This problematic development which is fostered by a gigantic beauty business will be analysed and compared with corresponding historic phenomena.

Keywords: Beauty cult, cosmetic surgery, body, manipulation of fashion, crisis of the society

Prof. DDr. Klaus Bergdolt
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Universität Köln
Josef-Stelzmann-Straße 20/Geb. 42, D-50931 Köln
bergdolt@uni-koeln.de

Der neue Schönheitskult

Die äußere Schönheit des Menschen spielt, allen ethisch-moralischen oder politisch-korrekten Vorbehalten zum Trotz, in der westlichen Jugendkult-Gesellschaft eine herausragende Rolle. Im beruflichen wie privaten Alltag implizieren körperliche Attraktivität und jugendliche Ausstrahlung nicht nur einen Sympathiebonus. Sie erscheinen vielmehr derart erstrebenswert, dass das Selbstwertgefühl und Lebensglück unzähliger Menschen durch sie entscheidend bestimmt werden. Wer in seinem Erscheinungsbild vom Ideal der Werbung sowie einiger schillernder Fernsehsendungen abweicht, muss – besonders bei geschwächtem Selbstbewusstsein – angesichts der medialen Dominanz der „jungen Schönen“ resignieren. Selbst Menschen, die wenig fernsehen, werden hier, etwa durch Freunde oder auch Printmedien, nachhaltig beeinflusst. In einer deutschen Reality-Show wurden monatelang junge Mädchen und Männer wegen ihres Äußeren und ihres (zugegebenermaßen oft) kläglichen Singtalentes verspottet, ja regelrecht vorgeführt. Fast alle hatten sich mit Hilfe von Kosmetik, Body Building oder operativen Korrekturen bemüht, schöner zu erscheinen und verzweifelten nun, weil sie vor laufender Kamera nicht bewundert wurden. „Bin ich nicht schön, kann ich nicht glücklich sein“ – diese Devise wird durch solche Trivialsendungen immer populärer. Für psychisch Labile können sich durchaus dramatische Situationen ergeben. Selbstmorde sind in der Gruppe enttäuschter Schönheitsoperierter, wenn langfristig das Gegenteil aller Wünsche erreicht wurde, signifikant häufiger, zumal seelische Stabilität nicht gerade ein Charakteristikum der Verführten darstellt, denen Spott und Häme nicht erspart bleiben. Abschreckende Wirkung auf andere hat dies allerdings kaum. Vorwürfe an Ärzte, hier nur des Geldes wegen aktiv zu werden, greifen ins Leere. Das schlüssige Gegenargument lautet: Auch Verhütung oder Abtreibung, weite Bereiche der Sport-, Reise- und Kurmedizin sowie z. B. die Applikation von Psychopharmaka oder

Betablockern in Prüfungs- oder Stresssituationen (all dies fällt ja in der Regel in die Kompetenz von Ärzten) haben wenig Bezüge zu Krankheiten. Kritiker werden so schnell und leicht zu Heuchlern abgestempelt.

Der Jugend- und Schönheitskult scheint dabei überkommene gesellschaftliche Werte abzulösen. Viele Zeitgenossen nehmen durchaus schmerzhafte Einschränkungen ihrer Lebensqualität und ihres Budgets in Kauf, um ihren Körper, dem Zeitgeist entsprechend, attraktiv zu halten oder zu verschönern. Freizeit bedeutet, folgt man einer aggressiven Werbung, vor allem Sport, Fitnessstraining und bedingungslose Arbeit an der Perfektion des eigenen Äußeren. Im Wellness-Center, wo man sich quält (und viel Geld verlieren kann), wird der optimale Körper konstruiert. Wer nicht schön ist, ist, folgt man der dort propagierten simplen Logik, selbst schuld. Er hat, so der an das Gewissen appellierende Vorwurf, seine Pflichten vernachlässigt. Das hier verbreitete tückische Fazit lautet: Jeder kann „schön“ sein. Zahllose Firmen, Fitness-Studio-Ketten und auch Ärzte bieten dabei ihre „Hilfe“ an. Kein Wunder, dass es die um *beauty business* bemühte Sparte der Plastischen Chirurgie war, wo das alte Werbeverbot der Ärzte am schnellsten und radikalsten aufgeweicht wurde. Wissenschaftlich verbrämten Hochglanzanzeigen kann ein Teenager, der sich im Spiegel sieht und bewusst oder unbewusst mit Heidi Klum oder Claudia Schiffer vergleicht, kaum widerstehen. Lifestyle-Zeitschriften und Trivialpresse, Fernseh- und Kinofilme sowie eine schillernde Mega-Unterhaltungsindustrie reproduzieren diesen Trend und suggerieren eine Normalität körperlicher Attraktivität, die von der Realität kaum eingeholt werden kann. 80 Prozent des Umsatzes der Kosmetikindustrie werden von der Werbung verschlungen. Sie vermarktet in der Regel ein ebenso illusorisches (inzwischen häufig nur noch virtuell produziertes) wie kostspieliges Schönheitsbild, dessen Unerreichbarkeit den *anhaltenden* Verkaufserfolg zahlloser Kosmetika und Lifestyle-Mittel erst garantiert. Die ökonomischen

mische Rückversicherung dieses Geschäftszweigs besteht letztlich im kontinuierlichen Wechsel des Geschmacks. Tatsächlich besteht ein Problem des aktuellen Körper- und Jugendkults darin, dass sich das anvisierte Schönheitsideal (wie auch die sich an ihm orientierende Mode) infolge gezielter Manipulation stets ändert, wodurch weitere Investitionen notwendig werden. Vor allem der Verbraucherin wird suggeriert, immer neue Kosmetika, Frisuren, Kleider und Accessoires seien erforderlich, um sich im harten Wettbewerb gegenüber den Konkurrentinnen zu behaupten. Ein Modeschöpfer, der sich dem Wechsel verweigern würde, wäre in der Tat zur Erfolglosigkeit verdammt. Kleider und Frisuren kann man freilich wechseln. Beim Gesicht ist das nicht so leicht.

Anklänge des „Dorian-Gray-Syndroms“, d. h. des krankhaften Versuchs, den Wunsch nach makelloser Schönheit mit allen Mitteln zu befriedigen, aber auch den eigenen Alterungs- und Reifungsprozess zu verdrängen (Vorbild ist die Romanfigur von Oscar Wilde), sollen sich bei etwa zehn Prozent aller Jugendlichen finden. Suchen solche Patienten einen Arzt oder Schönheitschirurgen auf, um ihr Erscheinungsbild verbessern zu lassen (in Deutschland geschieht dies nach Angaben der zuständigen Fachgesellschaft rund 400 000 Mal, dazu kamen rund 82 000 Faltenbehandlungen¹⁾), stehen – und das ist ein weiterer bedenklicher Nebeneffekt – nur selten ein *interessantes* Äußeres, ein differenzierter Ausdruck der Persönlichkeit oder tradierte Sympathieeffekte auf der Wunschliste, welche fehlende äußere Schönheit in gewissem Grad ersetzen könnten. Unter dem Einfluss angehimmelter Schauspielerinnen, Sängerinnen, Pop- und Sportstars sowie meist um die Medienbranche kreisender Prominenter, die ihre Popularität besonders vorabendlichen Fernseh-Soap-Operas sowie Trivialjournalen verdanken, wird eher einer langweilig-trivialen Ebenmäßigkeit der Vorzug gegeben. Diese Barbie-Ästhetik wird höchst werbewirksam vermarktet, wobei skandalöserweise bereits Kinder eine wichtige Zielgruppe bilden,

was wiederum die seit Jahren anhaltende Beliebtheit der gleichnamigen Puppen erklärt.

Körperliche Makel und Märkte

Das hier skizzierte fragwürdige Schönheitsideal verrät aber auch, vom Verdacht *individueller* Neurosen und psychologischer Probleme abgesehen, eine Wertekrise der Gesellschaft, deren Symbol das Fitness-Studio geworden ist. Viele Bewohner der Dritten Welt, aber auch Osteuropas assoziieren mit Westeuropa und den USA vor allem eine Glamour-Welt oberflächlicher Makellosigkeit. Äußerlichkeit, Trivialisierung des Alltags, geistige und religiöse Bedürfnislosigkeit – hierum kreisen auch spöttische Vorwürfe, die dem Westen z. B. von islamischer Seite gemacht werden. Love-Parade und ähnliches bieten die Gelegenheit, das Produkt *Körper*, geölt und im Fitness-Studio gestählt, zur Schau zu tragen. Nicht nur die Attraktivität des Menschen, sondern seine gesamte Befindlichkeit wird dabei rein säkular, ja technisch verstanden. Krankheit, Gesundheit und Schönheit, d. h. die Varianten menschlicher Existenz haben ihre geistigen und historischen Dimensionen verloren. In ethisch bedenklicher Weise sucht die Werbung gerade Jugendliche zu verunsichern, bei denen, wie die Kinder- und Jugendpsychologie lehrt, die Akzeptanz der eigenen Erscheinung „wie sie nun mal ist“ eine schwierige, wenn auch normale Entwicklungsaufgabe darstellt. Im sensiblen Pubertätsstadium werden die Opfer ebenso raffiniert wie gezielt verunsichert und an ihre körperlichen Makel erinnert.

Mehr denn je verbreitet sich aber auch, glaubt man psychologischen Studien, die zunächst vor allem in der Evolutionsbiologie des 19. Jahrhunderts kultivierte Vorstellung, ein schöner Partner sei gesünder als ein „hässlicher“ und besonders geeignet, die eigenen Gene gesunden Nachkommen weiterzugeben. Fast sind wir wieder beim Schlagwort der altgriechischen Kalokagathia angekommen, wonach sich in einem schönen Körper per se ein guter Charakter befindet (was freilich zur Folge hatte, dass missgestaltete oder für hässlich gehalten

tene Menschen im Verdacht standen, ethisch und charakterlich verkommen zu sein – nicht umsonst wurden Zwergwüchsige oder Missgestaltete, wie Thersites in der Ilias, mitleidlos verspottet!). Nach Aelian sollen hässliche Menschen in Sparta sogar bestraft worden sein, und in der hippokratischen Schrift „Über die Heilige Krankheit“ wird berichtet, dass Epileptiker, drohte ein Anfall, in der Regel die Gesellschaft verließen bzw. in Gegenwart anderer Menschen „ihre Häupter verhüllten“. Nach dieser Gesundheitslehre, die Kranke zum Rückzug in die Privatheit, häufig aber auch Einsamkeit zwang, wurde ein idealisiertes Menschen- und Schönheitsbild gefördert, das freilich schon früh, vor allem in römischer Zeit und natürlich im frühen Christentum, Kritik erfuhr. Auch das berühmte römische Erziehungsideal „Mens sana in corpore sano“ konnte als Appell für die Äußerlichkeit missverstanden werden.

Schönheit steht auch heute – mit den geschilderten, durchaus grausamen Begleiterscheinungen – hoch im Kurs, während Charakter, Intelligenz, Bildung und soziale Kompetenzen unter den zur Beschreibung des Traumpartners herangezogenen Kriterien eine untergeordnete Rolle spielen. Zwanzigjährige – und dann vor allem wieder ältere Frauen – verzweifeln angesichts dieser Entwicklung häufig. Als Lösung bietet sich scheinbar nur eine Option an: die operative Korrektur. Die Rede ist hier natürlich nicht von Eingriffen nach Verkehrs- oder Brandunfällen, sondern von der Anpassung des Äußeren gesunder Personen an einen bestimmten Trend. Zu viel Moralismus, zu viel Pädagogik, zuviel Entrüstung forcieren die Entwicklung eher, die dann – wie angedeutet gerade in der pubertären oder postpubertären Phase – zur Protesthaltung werden kann. Mit Verboten, wie sie in Deutschland gefordert wurden, ist es nicht getan. Die psychologischen bzw. psychiatrischen Interdependenzen sind zu kompliziert, als dass man ihnen juristisch oder durch wohlmeinende Reglementierungen gerecht werden könnte. Dass im medizinischen *beauty business* Verführung, Un-

sicherheit und Manipulation im Sinne eines harten Werbekalküls allerdings eine herausragende Rolle spielen, ist unbestritten. So ist z. B. längst bekannt, dass der Anorexie eine komplizierte Psychostruktur zugrunde liegt, doch werden viele gefährdete junge Mädchen erst infolge des medial verbreiteten, von Freundinnen und der (ebenfalls manipulierten) Umwelt demonstrierten Schönheitskults ins Unglück getrieben. Die Nutznießer dieser Entwicklung zögern nicht, von der Freiheit der Werbung zu reden. Sie profitieren von der Tatsache, dass das Argument einer fragwürdigen Nutzen-Risiko-Relation bei kosmetischen Operationen kaum greift, zumindest solange man nur den äußerlichen Befund berücksichtigt. In etwa bringen die Eingriffe vor allem *kurzfristig* tatsächlich, was zuvor versprochen wurde. Die Krähenfüsse verschwinden, die Brüste werden größer, die Oberlider straffer. Ist die Verunsicherung allzu groß, gilt der Status quo ante als psychisches Leiden, dessen operative (!) Therapie in Deutschland, trotz einschneidender gesetzlicher Maßnahmen, legt man nur einen geschickt formulierten ärztlichen Antrag vor, immer noch von den Kassen übernommen wird. Welcher Arzt mag schon Suizidalität im Gutachten kategorisch ausschließen! Unbedenklich, ja ethisch geboten erscheint dagegen, dass die gesetzlichen Kassen die Beseitigung starker Entstellungen, etwa nach Unfällen, finanzieren. Oft sind die Grenzen freilich willkürlich. Bei abstoßenden Ohren gilt in Österreich wie in Deutschland, dass der Winkel zwischen Ohrmuschel und Schädel mehr als 45 Grad betragen muss. Das Beispiel zeigt auf plakative Weise die Schwierigkeiten. Für den Außenstehenden mag es lächerlich klingen, für viele Betroffene sind solche Fragen und Grenzwerte dagegen von zentraler Bedeutung.

Problematisch wird es besonders dann, wenn Selbstmodifikationen angestrebt werden, die nach dem gesunden Menschenverstand oder der Meinung der Mehrheit der Bevölkerung als unschön, ja als Reduktion der Lebensqualität gelten. Wie sehr auch hier kulturhistorische Kontexte eine

Rolle spielen – Geschmacksvorlieben können sowohl *innerhalb* von wie *zwischen* gesellschaftlichen Gruppierungen variieren –, zeigt ein Blick in die Vergangenheit. Fußverkleinerungen, Brustverkleinerungen, Halsverlängerungen galten zeitweise als ästhetische Ziele, heute dagegen schlicht als Verstümmelungen. In der Hautkosmetik wird erst seit etwa 80 Jahren das angestrebt, was inzwischen weltweit als Ideal gibt: der gebräunte, makellose Teint (vorher galt jahrhundertlang die Blässe als Zeichen der Vornehmheit – auch sie wurde von manchen Frauen der Oberschichten mit allen Tricks herbeigezaubert). Tatsächlich besteht – es wurde schon darauf hingewiesen – bei jeder kosmetischen Operation das Risiko, dass das neue Äußere morgen „out“ sein kann. Dass am Ende zuweilen nur erbarungswürdig vernarbte, maskenhaft ein Lächeln versuchende oder Tränen unterdrückende Schönheitsruinen übrig bleiben, erfährt man, meist spät am Abend, in kritischen Fernsehsendungen. Autonome Entscheidungen – seit der Aufklärung ein Kennzeichen der Würde des westlichen Menschen – werden hier, da sie unter äußeren, weder vom Patienten noch vom Arzt durchschauten Einflüssen zustande kommen, ins Gegenteil verkehrt, ja zur Farce. Jeder Chirurg, der entsprechende Operationen durchführt, sollte hierüber nachdenken.

In der Schönheitschirurgie, die sich die Konstruktion von Idealbildern zum Ziel gesetzt hat, vermischen sich in der Regel ästhetische, chirurgische und psychische Aspekte. Immerhin gibt es das Krankheitsbild der Dismorphophobie: Man leidet extrem unter dem eigenen Äußeren und glaubt, dass andere einen – wegen der äußeren Erscheinung – ähnlich negativ sehen wie man selbst. Versuchen Eltern, Partner, Freundinnen oder Freunde das Gegenteil zu beweisen, wird man noch misstrauischer. Doch genau dies ist der Punkt. Taugt die subjektive Sicht der Dinge (vulgär Einbildung) als Basis eines folgenreichen operativen Eingriffes? Wo liegen bei kassenfinanzierten Schönheitsoperationen Logik und Gerechtigkeit? Kann man andererseits Frauen mit ungleich großen Brüs-

ten die operative Korrektur verweigern, während Transsexuellen eine extrem umfangreiche Operation bezahlt wird? Letztere fühlen sich, ganz und gar, hässlich, unglücklich und unattraktiv, weil sie glauben, das falsche Geschlecht zu haben. Die Frage ist nur, ob vordergründiges „Nachgeben“ durch eine operative Korrektur wirklich eine nachhaltige Lösung darstellt. Die Narbe im Gesicht eines männlichen Mode-Models hat zweifellos ein anders gefärbtes subjektives Gewicht als diejenige eines Burschenschaftlers. Was aber, wenn der erste plötzlich Messuren schlagen und der zweite Moden präsentieren will? Letztlich dürfte das Problem aber noch tiefer liegen. Der Philosoph Jürgen Mittelstraß fragt, wie viele Falten ein Mensch in der Seele haben muss, wenn er sie im Gesicht, das doch auch Spiegel seiner Biographie, seiner Persönlichkeit, seines Charakters ist, wegoperieren lässt.² Manchmal sind diese seelischen Narben wohl die eigentliche Krankheit. Sie bedarf allerdings eher einer philosophisch-psychologischen, manchmal sogar psychiatrischen Betreuung, d. h. der Stärkung des Selbstbewusstseins als des Skalpells.

Schönheitsideale im Wandel der Zeit

Angesichts der fragwürdigen Grundproblematik, die für weite Kreise der westlichen Gesellschaft (sowie die westlich orientierten Oberschichten vieler Länder der Dritten Welt) als charakteristisch gelten kann, uns gleichzeitig aber zu wichtigen Fragen – nicht zuletzt über unser Selbstverständnis – anregt, mag es erstaunen, dass der rein körperbezogene, säkulare Schönheitswahn (wenn auch nicht als alltägliches *Massenphänomen*) eine uralte Tradition hat. Im folgenden soll deshalb kurz auf die historische Entwicklung von Schönheitsmoden und ästhetischer Normierung eingegangen, gleichzeitig aber auch verdeutlicht werden, worin die Besonderheiten der aktuellen Trends liegen, die einige ethisch bedenkliche Begleiterscheinungen zeigen.

Schon im alten Ägypten orientierten sich Kosmetik und Schönheitspflege an prominenten Leitbildern, die von der Herrscherfamilie vorgegeben

wurden. Schminktechniken und Schönheitsrezepte spielten bei den Frauen der Oberschicht, aber auch bei Priestern eine herausragende Rolle, während – und dies sollte bis zum 19. Jahrhundert so bleiben – die bäuerliche Gesellschaft davon weitgehend unberührt blieb. Zur Mitte des 5. Jahrhunderts beschrieb der griechische Bildhauer Polyklet in seinem legendären, wenn auch nur sekundär überlieferten *Kanon* die ideale Proportionierung des menschlichen Körpers. Sie korrelierte mit der Vorstellung einer auch von vielen Ärzten postulierten Norm-Gesundheit, welche der geglückten *mimesis* idealisierter bzw. idealisierender Kunstobjekte entsprach und eine Eigenverantwortung für den körperlichen und seelischen Zustand propagierte. Kein geringerer als Galen (2. Jh. n. Chr.), dessen Schrifttum die Medizin des Spätmittelalters und der Renaissance entscheidend beeinflusste, sollte sich, was seine gesundheitstheoretischen und ästhetischen Vorstellungen anging, auf Polyklets Vorbild berufen. Doch war hiermit das Problem geboren, das uns heute quält: die Normierung ästhetischer Ideale. Schön oder hässlich, das war stets auch eine Frage der Mehrheit, der Arroganz und Toleranz, der inneren Verarbeitung und Sublimierung, des Verzichts und des Anspruchs. Pech hatte allerdings, wer nicht der festgelegten Norm entsprach, vor allem, wenn er für sich die Regeln der Norm akzeptiert hatte und nicht souverän darüber stand. Wenn Plinius der Ältere (1. Jh. n. Chr.) von dem Maler Zeuxis berichtet, der nach dem Modell der fünf schönsten Jungfrauen von Kroton deren jeweils ästhetisch bestechendste Eigenschaften zu einer idealen Naturschönheit kombinierte, geht er unausgesprochen von der Tatsache aus, dass diese konstruierte Schönheit, welche sozusagen die Natur optimiert, objektivierbar und allgemeingültig ist.

Was die historische Schönheitspflege (hier kann nur in nuce auf sie eingegangen werden), die im höfischen Umfeld des 17. und 18. Jahrhunderts einen weiteren Höhepunkt erreichte, von heutigen, weder vor finanzieller Verschuldung noch vor physischer Selbstquälerei zurückschreckenden Bemü-

hungen um körperliche Perfektion unterscheidet, ist der Umstand, dass sie, von Ausnahmen abgesehen, keinen Eigenwert erhielt und nicht zur Ersatzreligion wurde. Sauberkeit und ein gepflegtes Äußeres (wozu vor allem das Pudern und Parfümieren beitrugen) galten so zur Zeit Ludwigs XIV. eher als tugendsame Eigenschaften, die – so wollte es die Etikette – vor allem den Höfling auszeichneten, der mehr zum Gehorsamen als zur Selbstverwirklichung erzogen war und sich nicht zuletzt aus taktischen Gründen, selbst um den Preis der Lächerlichkeit, dem wechselnden Schönheitskodex anpasste. Natürlich versuchte man seit uralten Zeiten auch, durch Betonung der eigenen Schönheit Eitelkeiten zu befriedigen und das Selbstwertgefühl, Heiratschancen sowie den beruflichen wie gesellschaftlichen Erfolg zu steigern. Nirgends herrschten allerdings – wie ansatzweise in der griechischen Polis – bis zum 18. Jahrhundert *kollektive* ästhetische Vorstellungen vor, welche eine größere Fraktion der Bevölkerung über alle Standesgrenzen hinweg zur Anpassung zwangen – und alle anderen benachteiligten. Fast immer waren nur der Adel und – in der frühen Neuzeit – die gehobene Bürgerschaft bereit, den neuen Geschmack zu teilen. Die Masse der Bevölkerung war gegen solche Modetrends schon aus Gründen der Armut und des damit verbundenen Informationsdefizits gefeit.

Dies änderte sich im 19. Jahrhundert. Zwar favorisierte die Romantik zunächst die „körperlose“ Frau, eine Vorstellung, die durch den „Spitzenanzug“ der Ballerinen und bestimmte Tanzformen gefördert wurde. Gegen 1850 galten in Deutschland Hellhäutigkeit, Hohlrücken und eine üppige, häufig mit falschen Haarteilen vorgetäuschte Lockenpracht sowohl im Adel wie im aufstrebenden Bürgertum als weibliches Schönheitsideal. Unzählige Varianten, vom Gewicht bis zur Hautfarbe, kamen bis zum Ende des Jahrhunderts in Mode. Das „Kokettieren“ mit den eigenen, nach dem Zeitgeschmack herausgestellten Reizen wurde üblich. Nicht wenige Zeitgenossen ahnten, dass wirkliche Attraktivität andere Wurzeln hatte, was Nietzsche

zu dem Satz veranlasste: „Um schön zu werden, darf ein Weib nicht für hübsch gelten wollen“. In Frankreich, Deutschland, Italien und England wurden nun, allerdings nur in den Städten, Modeschneider tonangebend. Die Mode führte bald zu einem Diktat der Norm, das in bestimmten Fällen physische Schäden wie Skelettdeformierungen und ernsthafte Erkrankungen bewirkte. Auch die Erfindung der „Kleidung von der Stange“ Ende des 19. Jahrhunderts ging von normierten Proportionen aus. Bis heute blieb das weibliche *Modell* für Werbung und Modepräsentation – letztlich eine Schöpfung des späten 19. Jahrhunderts – „das glorreichste Objekt unter den Konsumgütern“. Während sich das Schönheitsideal der Oberschicht zwischen Paris und Wien annäherte, kümmerte sich die seit etwa 1840 naturwissenschaftlich argumentierende Medizin zunehmend auch um die Ärmere. Dabei wurde die Tradition der Medizin als *ars reparatoria*, die auf Tagliacozzi, einen Arzt des 16. Jahrhunderts (der die Hautlappenplastik anwandte) zurückging, intensiviert. Nasenplastiken (sie wurden häufig nach syphilitischen Entstellungen notwendig), Hauttransplantationen sowie die Korrektur von Gaumenspalten und Schiefhälsen wurden technisch verbessert. Entstellungen wurden nicht nur, wie zuvor, bei wohlhabenden Minderheiten korrigiert, sondern auch, nicht zuletzt nach Kriegen, bei gemeinen Soldaten behandelt. Die Angst vor Ausgestoßensein, Isolierung und Elend, nicht etwa die Jagd nach Schönheit und Attraktivität waren bei den meisten Eingriffen Primärgründe, sich einer Operation zu unterziehen. Schon in den Zwanziger- und Dreißigerjahren des 20. Jahrhunderts wurden die Erkenntnisse und Fortschritte der plastischen Chirurgie in den USA allerdings auf Frauen angewandt, die schöner werden wollten.

Fragile Werte der Gesundheitsreligion

Seitdem sich, wie der Psychiater Klaus Dörner im Deutschen Ärzteblatt kritisch formuliert hat,³ die westliche Gesellschaft infolge der Aufklärung und nachfolgenden Säkularisierung „vom meta-

physischen Ballast aller Transzendenz“ befreit hat, scheinen zu Beginn des 21. Jahrhunderts Gesundheit und Schönheit zum bloßen „Aneignungsobjekt“ geworden zu sein. Gesundheit wurde, wie Manfred Lütz, ebenfalls Psychiater, sich äußerte, zur Ersatzreligion, der man allerdings sehr fanatisch anhängt.⁴ Gegen Bezahlung scheint fast jede gewünschte Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes möglich, wobei die rasch wachsende Fraktion der Schönheitschirurgen der schon gestellten Frage, ob hinter manchem Wunsch junger Menschen nach plastischer Körperkorrektur nicht eine krankhafte Einstellung zum Körper steht, eher ausweicht. Die gesundheitsakzentuierte Ersatzmetaphysik, die weitgehend von der Gesundheits- und Wellnessreligion lebt, projiziert die Höhen und Tiefen des Lebens allein auf den Körper. Selbst die Leichenkosmetik – bis hin zum Lifting frisch Verstorbener – wird in den USA zu einem boomenden Geschäftszweig. Für nicht wenige hängt alles Glück der Welt vom guten Aussehen ab, ein Zusammenhang, der in einer nach neuen Werten suchenden Beliebigekeitsgesellschaft zentrale Bedeutung gewinnen kann. In verblüffender Parallele zum alten Hellas gelten „Geistesschärfe, zwischenmenschliche Fähigkeiten (interpersonal skills), Leistungsfähigkeit und Moral“ als Charakteristika der Schönen. Nur was Treue in der Partnerschaft und Vertrauenswürdigkeit angeht, schneiden sie im öffentlichen Meinungsbild schlechter ab. Wem Schönheit, nicht zuletzt infolge „hypochondrischer Überaufmerksamkeit auf sich selbst“, als höchster gesellschaftlicher Wert gilt, wer sie für problemlos plan- und herstellbar hält, könnte, so Dörners Sorge, auf der Jagd nach ihr freilich erst richtig krank werden. *Body dissatisfaction*, d. h. die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, und *body-image-distorsion*, die verzerrte Wahrnehmung des Körpers oder eines Körperteils sind Ursachen wie Folgen dieser Entwicklung.

Die Manipulation in Sachen Schönheit lässt sich auch in wissenschaftlichen Studien belegen: Wie die Arbeitsgruppe von Groesz 2002 in einer

Meta-Analyse von 25 Studien nachweisen konnte, zeigen nicht essgestörte, gesunde Frauen nach der Konfrontation mit Bildern von schlanken Models eine signifikant zunehmende Unzufriedenheit mit ihrem Körper (was nicht der Fall ist, wenn ihnen Bilder normal- oder übergewichtiger Frauen präsentiert werden).⁵ Unzählige Varianten dieses Versuchs sind, etwa vor Bildschirmen oder im Kino, tägliche Praxis. Im Gegensatz zu allen genannten historischen Parallelen steht die aktuelle Gesundheitswelle zudem im Zeichen einer gezielten Werbung, deren Strategen solche Zusammenhänge längst erkannt haben. Auch die Assoziation eines quasi automatischen sozialen Erfolgs schöner Menschen erscheint – zumindest in dieser verabsolutierten Form – neu (wobei dieser, folgt man dem Wunschdenken der Betroffenen, häufig mit einer Medienkarriere gleichgesetzt wird). Vor allem ein schlanker Körper gilt bei Frauen der westlichen Welt bis heute als Voraussetzung für Erfolg und Wohlstand. „Eine Frau kann nie reich und dünn genug sein“, soll die frühere Herzogin von Windsor einmal gesagt haben. Worte und Meinungen solcher Frauen – inzwischen wäre natürlich ihre Nachfolgerin Diana zu nennen – wurden und werden über Familienzeitungen und Frauenzeitschriften, vor allem aber durch die *yellow press* unter das Volk gebracht. Twiggy's kindliches Äußeres (1967) wurde bekanntlich von unzähligen jungen Frauen bis zur Anorexie nachgeahmt.

Vieles spricht dafür, dass die meisten Patienten Opfer äußerer Beeinflussung sind, aber auch auf Grund psychischer Alterationen – von leichten Persönlichkeitsstörungen über die Borderline-Symptomatik bis zur echten Psychose – zu ihrer Entscheidung gelangen. Der Wille zur Schönheit wie auch der Beschluss, sich einem Anti-Aging-Programm, vor allem aber einer operativen Korrektur, etwa einem Face-Lifting zu unterziehen, dürfte wahrscheinlich nur selten einer wirklich autonomen Entscheidung entspringen. Manche Frau versucht hierdurch z. B. Ehe und Partnerschaft zu retten. Furchtbar ist es, wenn solche Menschen durch ei-

nen Unfall oder infolge von Krankheiten sich noch weiter vom Ideal entfernen. Der Hoffnungspfeiler der Zukunft, dessen Fragilität und Hohlheit verkannt wurde, bricht dann zusammen. Dazu nährt der psychosoziale Druck auf die Alten, welche, was täglich versichert wird, die Renten- und Krankenversicherungen belasten und – unter ökonomischen Gesichtspunkten – vielfach bereits als gesellschaftliche Stör- und Problemfaktoren gelten, den Wunsch, den Eintritt in diese Altersgruppe hinauszuzögern. Als größtes Unglück erscheint es, selbst krank oder alt zu werden und damit die äußere Attraktivität einzubüßen. Die Angst hiervor wird nicht selten selbst zur Krankheit. Da es nun aber einmal menschliches Schicksal ist, kontinuierlich zu altern, sind Pessimismus, Unzufriedenheit und Depressionen vorprogrammiert.

Dörner stellte sogar die pessimistische These auf, dass die neue „Gesundheitsgesellschaft“ durch ihre ständige Bemühung um körperliche Perfektion jene Vitalität verliert, ohne die sie „weder in Lebenslust noch in Verantwortungsbereitschaft, noch in wissenschaftlichen oder industriellen Spitzenleistungen“ ihre Wettbewerbsfähigkeit erhalten kann. Andere sehen in der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper allerdings sogar eine ökonomische Chance. Der deutschen Gesellschaft steht hier zwar – kommt sie den Wünschen der Schönheitsindustrie und ihrer Adepten entgegen – eine weitere, gigantische Belastung ihres maroden Gesundheitssystems ins Haus, die bisher nur dadurch aufgefangen wurde, dass die Betroffenen bereit sind, jährlich aus eigener Tasche Milliarden für die Erhaltung ihrer Schönheit aufzubringen. Doch gerade hier könnte man staatlicherseits einhaken. Soll man sich dieses Geschäft, diese Steuereinnahmen entgehen lassen? 550 Milliarden Mark werden jährlich in Deutschland von den Krankenkassen ausgegeben. Viele „Therapien“ dienen freilich nicht der Beseitigung eigentlicher Krankheiten, sondern der Kaschierung des Unwohlseins, vor allem in psychisch-sozialer Hinsicht. Dazu gehören auch zahllose Schönheitskorrekturen, deren „Not-

wendigkeit“ mit psychiatrisch bzw. psychologisch akzentuierten Gutachten begründet wird. Der Umgang mit gesundheitlichen Störungen ist so sehr organisiert, verkünstelt, politisiert und (ungeachtet jüngster Gegenregulationen) für den Einzelnen finanziell entschärft worden, dass man – ohne jedes Gefühl für die Kostenfrage – die Abweichung von der Norm als Krankheit empfindet und aktive Korrekturen als selbstverständliche Konsequenz erachtet. Kritik an solchen Phänomenen wird von vielen Politikern und Medizinern zwar durchaus geübt, doch erscheint die Lobby des *beauty business* weitaus einflussreicher. Dass biologische Prozesse (und so auch das menschliche Leben) wellenförmig verlaufen, ist in Vergessenheit geraten. Das eigene Äußere hängt von vielerlei Determinanten ab, nicht nur vom Alter.

Schlussfolgerung

Dass ein fünfzigjähriger Zufriedener besser aussehen kann, weil er ausgeglichener ist, als ein zwanzigjähriger, der verzweifelt hinter einem äußerlichen Schönheitsideal herläuft, wird ausgeblendet. Nach dem französischen Medizintheoretiker Georges Canghulem zählen gelegentliche Erkrankungen (und natürlich auch Störungen des Glücks) zur Norm des Lebens. Sie stärken sogar die Leidens- und Hoffnungsfähigkeit: „Was die Gesundheit ausmacht, ist die Möglichkeit, die das augenblicklich Normale definierende Norm zu überschreiten, Verstöße gegen die gewohnheitsmäßige Norm hinzunehmen und in neuen Situationen neue Normen in Kraft zu setzen“.⁶ Dies gilt natürlich ebenso für die Hinnahme äußerer, ästhetisch-kosmetischer Normabweichungen. Dass Krankheit und Leid – und wohl auch gewisse Benachteiligungen, was die äußere Attraktivität betrifft – durchaus positive Kräfte freisetzen können, ist ein Stück uralter abendländischer Lebenserfahrung. Absurderweise gilt sie heute als philosophisch-misanthropische Spitzfindigkeit. Das Beispiel des Sokrates kann nicht mehr überzeugen. Aber genau hier wäre ein didaktisch-therapeutischer Ansatz denkbar. Wer

mit jeder Einschränkung, jedem Missgefühl, jeder Enttäuschung, jedem Unglück hadert, kann nur verzweifeln. Dass solche Erfahrungen schlicht zur *conditio humana* gehören, muss in Erinnerung zurückgerufen werden. Eine Medizin, die Ungestört-heit, Freiheit von negativ empfundenen Gedanken, andauernde Schönheit, Fitness sowie ewige Jugend verspricht, hat – vom Lächerlichen, woran man zunächst denkt, abgesehen – etwas Diabolisches. In einer nun einmal von Natur aus befristeten, von Sorgen belasteten Existenz (Heinrich Schipperges) muss der frustrane anhaltende Versuch, Unmögliches zu erreichen, wirklich krank machen, so krank, dass sich die Spuren dieser Krankheit auch äußerlich niederschlagen – im unglücklichen, nicht ausgeglichenen Gesichtsausdruck, in bestimmten Körperhaltungen und jener Körpersprache, die verrät, dass der Mensch nicht „in seiner Mitte“ ist. Gelassenheit in äußeren Dingen verschafft jene existentielle Schwerelosigkeit, welche die eigentliche Gesundheit darstellt und wirkliche Schönheit bedingt. Es ist bedauerlich, dass zwischen einer (nicht nur von den Schönheitschirurgen, sondern auch von einigen Psychologen betriebenen) Pathologisierung und Medikalisierung äußerer „Defizite“ und harten Ökonomisierung des Schönheitsmarktes, in dem viele Menschen seelisch zerrieben und für die wirklichen Herausforderungen des Lebens untauglich werden, solche uralten, eigentlich selbstverständlichen Erkenntnisse keinen Platz mehr haben. Das Problem ist alles andere als gelöst. Es hängt zusammen mit der tiefen Verunsicherung der westlichen Gesellschaft, die immer mehr auf den bloßen Körper zurückgeworfen wird. Körperlichkeit ist etwas Schönes, allein aber zu wenig, um dem Leben einen Sinn zu geben.

Referenzen

- 1 Pressemitteilung der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD) vom 14. September 2007, www.gacd.de
- 2 Jürgen Mittelstraß bei der Diskussion seines Vortrags „Die Zukunft des Alters zwischen Jugendkult und Al-

- tersweisheit“ bei der Tagung „Alter als Last und Chance“ der Konrad-Adenauer-Stiftung am 1. Oktober 2004 in Cadenabbia
- 3 Dörner K., *In der Fortschrittsfalle*, Dt Ärzteblatt (2002); 99: 2104-2108
 - 4 Groesz L. M., Levine M. P., Murnen S. K. (Hrsg.), *The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction – a meta-analytic review*, Int J Eating Disord (2002); 31: 1-16
 - 5 Lütz M., *Lebenslust*, Pattloch Verlag, München (2002)
 - 6 Canghulhem G., *Das Normale und das Pathologische*, Hanser Verlag, München (1974), S. 132

Weiterführende Literatur

- Bergdolt K., *Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens*, Beck Verlag, München (1999)
- Bergdolt K., *Ästhetik und Schönheit. Historische und aktuelle Aspekte des Schönheitswahns*, Zschr Med Ethik (2006); 52:115-126
- Bergdolt K., *Schönheitspflege*, in: *Lexikon des Mittelalters VII*, Deutscher Taschenbuch-Verlag, München (2002), S. 1537
- Bower A. B., *Highly Attractive Models in Advertising and the Women Who Loathe Them: The Implications of Negative Affect for Spokesperson Effectiveness*, J Advertising (2001); 30: 51-63
- Gadebusch Bondio M., *Medizinische Ästhetik, Kosmetik und plastische Chirurgie zwischen Antike und früher Neuzeit*, Fink Verlag, München (2005)
- Knibiehler Y., *Die bürgerliche, die öffentliche und die private Frau. Leib und Seele*, in: Duby G., Perrot M. (Hrsg.), *Geschichte der Frauen IV*, Fischer Verlag, Frankfurt/Main (1994), S. 373-416
- Kudlien F., *Gesundheit*, in: *Reallexikon für Antike und Christentum V*, Hiersemann Verlag, Stuttgart (1962), S. 902-945
- Leven K., *Eine höchst wohlthätige Bereicherung unserer Kunst – Plastische Chirurgie in medizinhistorischer Perspektive*, Zschr Med Ethik (2006); 52: 127-137
- Lütz M., *Der Preis der Gesundheit*, in: Schumpelick V., Vogel B. (Hrsg.), *Grenzen der Gesundheit*, Herder Verlag, Freiburg im Breisgau (2004), S. 112-120
- Régnier-Bohlen D., *Fiktionen. Der Körper*, in: Ariès P., Duby G. (Hrsg.), *Geschichte des Privaten Lebens*, Bd. II, Fischer Verlag, Frankfurt/Main (1990), S. 341-355
- Schenda R., *Gut bei Leibe. Hundert wahre Geschichten vom menschlichen Körper*, Beck Verlag, München (1998)
- Schipperges H., *Gute Besserung. Ein Lesebuch über Gesundheit und Heilkunst*, Beck Verlag, München (1994)

Roman A. Siebenrock

Doch aus meinem Fleisch werde ich Gott schauen

Eine kleine christliche Theologie des Leibes

Zusammenfassung

Eine theologische Anthropologie wird auf die Frage verwiesen, von welchem Bild des Menschen her wir uns verstehen und uns „bilden“ wollen. Im Zeitalter der Selbstmanipulation hat die Spiegelung unserer Selbst am imaginären Bild der Werbung und des Schönheitsideals eine Bedeutung gewonnen, die unsere Vorstellungen von Freiheit und Autonomie in Frage stellt. Was in dieser Situation die Orientierung am Bild Christi für die Selbstanahme des Menschen im Wechsel seines Lebens bedeuten kann, soll entfaltet werden.

Schlüsselwörter: Theologie des Leibes, Bild des Menschen, Selbstmanipulation, Christus-bild

Abstract

Theological anthropology is confronted with the question, which human image can guide us to selfunderstanding and “formation”. In an age of selfmanipulation we tend to compare ourselves with some imaginary ideal of beauty, suggested to us in advertising. This, in turn, has the ability to destabilize our concepts of freedom and autonomy. This article will reveal the importance of self-orientation by the image of Christ for one’s self-acceptance during the different phases of human life.

Keywords: Theology of body, image of men, selfmanipulation, image of Christ

Univ.-Prof. Mag. Dr. Roman A. Siebenrock
Institut für systematische Theologie
Universität Innsbruck
Karl Rahner Platz 1, A-6020 Innsbruck
Roman.Siebenrock@uibk.ac.at

Einleitung

Die Rede von Autonomie und Freiheit der Subjekte ist angesichts vieler Erkenntnisse dieses Kongresses nur noch als Möglichkeit oder Aufgabe denkbar. Wir bilden uns in einer wechselseitigen Spiegelung an einem imaginären Ideal, weil alle unsere Bilder von Menschen von uns selbst manipuliert werden. Der stetig wachsende, höchst lukrative Schönheitsmarkt ist der Ort, an dem sich die Gottesphantasie heute besonders stark zeigt. Aber es gehört auch zu unserer humanen und christlichen Bestimmung, Leiden abzubauen. Daher ist eine pauschale Verurteilung dieser Möglichkeiten mir nicht möglich. Welchen Beitrag, so meine Frage, kann dann die christliche Tradition als Orientierung in diesem Feld einbringen? Was wäre das segensreiche Bild vom Menschen, das uns leiten könnte? Im ersten Teil möchte ich kurz verdeutlichen, was Karl Rahner über unsere Situation gesagt hat: Wir leben im Zeitalter der Selbstmanipulation. Im zweiten Teil wird dargestellt, von welchen Vorstellungen, Bildern, Optionen und Utopien wir in Bezug auf unsere Leiblichkeit geleitet, ja dirigiert werden. In einem dritten Teil möchte ich abschließend ein wenig skizzieren, welche Utopie des Leibes die christliche Hoffnung beseelt und prägt, und wie die Stationen des Lebens Jesu es ermöglichen, uns selbst in Würde auch im tiefen Leid noch anzunehmen. Die alte Theologie hatte meiner Ansicht nach im Bedenken der Beschaffenheit des Auferstehungsleibes Jesu eine Utopie oder Hoffnung idealer, menschlicher Leiblichkeit diskutiert. Zunächst aber sei erläutert, von welchen Grundeinsichten aus, eine Theologie über unser Thema nachzudenken beginnt. Dabei bleibt ihm der hartnäckige Hiob im Ohr, der es sich nicht nehmen lässt, in seinem Fleisch Gott schauen zu wollen.

1 Hiob: Aus meinem Fleisch werde ich Gott schauen

„Doch ich weiß: Mein Erlöser lebt; und als der letzte wird er über dem Staub stehen. Und nachdem man meine Haut so zerschunden hat, werde ich

doch aus meinem Fleisch Gott schauen. Ja, ich werde ihn für mich sehen, und meine Augen werden [ihn] sehen, aber nicht als Fremden. Meine Nieren verschmachten in meinem Innern“. (Hiob 19, 25-27)¹

Hartnäckigkeit, purer Widerspruch zum scheinbar unverrückbaren „status quo“ hält Hiob seinen Freunden und Widersprechern am Höhepunkt der Auseinandersetzung über die scheinbare Gerechtigkeit seines elendigen Zustandes entgegen: Nein! Er, der vor wenigen Wochen noch vermögend, reich mit Kindern, Land und Ansehen gesegnet war, hat in einer Kaskade des Unglücks alles verloren, wurde mit stinkenden Geschwüren überzogen und sollte dadurch verleitet werden, Gott zu fluchen. Doch das geschieht nicht. Aber auch seinen Freunden und theologischen Deutern seines Elends folgt er nicht. Nein: Dieser Hiob hält nicht nur mit Gott gegen die Gottesbilder seiner Tradition fest. Mehr noch: Er blickt voraus auf einen ‚Löser‘, Garant seiner Hoffnung: Ich weiß, dass mein Erlöser lebt. Und wie: Mit der ganzen biblischen Hartnäckigkeit hält er gegen alle unsere Erfahrung an der Leiblichkeit der erlösenden Begegnung fest. Dieser Satz kann und muss uns an dieser Stelle irritieren. Aus meinem Fleisch werde ich Gott schauen. Ich werde Dich sehen, trotz Geschwür und Entstellung derzeit! Dieser Protest gegen das vermeintlich unabwendbare, vom Kosmos, der Natur oder von Gott verhängte Schicksal ist wohl einer der stärksten, oft versteckten Antriebe hinter unserer kulturellen Entwicklung. Francis Bacon und René Descartes entwickeln in ihrer Grundlegung der modernen Wissenschaft ja die Utopie einer Befreiung von den Launen der Natur und dem vielfachen Leid. Deshalb ist Wissenschaft ein gesamtgesellschaftliches Projekt mit einem ‚Heilsversprechen‘. Ein solches ist auch im Schönheitsmarkt sehr deutlich erkennbar.

2 Im Geheimnis Christi den Menschen erkennen. Eckpunkte einer christlichen Anthropologie

Insofern nach christlicher Überzeugung in Jesus Christus die Geschichte Gottes mit uns Menschen

zu ihrem Höhepunkt und ihrer Fülle gekommen ist, ist nicht nur das menschliche Leben, sondern die gesamte Schöpfung vom Geist Christi durchdrungen. Dieser Geist durchzieht aber eine Welt, die in einem tiefen Dilemma verstrickt ist. Zu Beginn der Bibel wird dieses erzählerisch in der alten, aber genauen Bildersprache uns vor Augen führen.

Der erste Eckpunkt einer christlichen Deutung unseres Menschseins stellt die Schöpfungserzählung dar (Genesis 1 – 3). Der Mensch, der aus Staub und Odem Gottes gebildet ist, bleibt ein prekäres Wesen auf der Grenze. Er ist in sich labil, weil er einerseits die Erde verlassen hat; also nicht einfach trieb- und instinktgesichert sein Leben entfaltet, sondern sich selbst aufgegeben wird. Er ist offen für neue Möglichkeiten, er benennt die Tiere. Gerade darin aber ist er von seinen Voraussetzungen her ungesichert gegenüber der Natur und – dies wird heute deutlich – auch gegenüber seinen eigenen Möglichkeiten. Deshalb wird er nach dem Sündenfall sich selbst und der Natur zur Gefahr.² Grundsätzlich aber ist dieses prekäre Wesen als gut geschaffen worden, weil es in der Schrift gerade in der spannungsreichen Polarität von Mann und Frau als Bild (bzw. Statue) Gottes bezeichnet wird. Diese Aussage ist nicht Beschreibung unserer Erfahrung, sondern Botschaft der Offenbarung, die sich oftmals gegen unsere Verstrickungen zu Gehör bringen muss. Ist es wirklich gut, dass ich bin; - und so bin wie ich bin? Als erste Gabe eröffnet uns daher der Glaube das Geschenk, mit uns selbst in Frieden zu kommen. Dies bedeutet: Kein anderer sein zu wollen, als der, der ich bin. Und meint: Die Wahl Gottes nachzuvollziehen, die er mit seinem unbedingten Ja zu mir als Vor-Gabe in meine Existenz hineingesprochen hat.

Deshalb liegt in der Beziehungshaftigkeit *das* wesentliche Merkmal des Menschen, das die Schrift in vier Dimensionen auslegt: als Beziehung zu sich selbst, in der Vernetzung mit anderen Menschen, insbesondere in der Interpersonalität von Mann und Frau, als Beziehung des Menschen zur Erde und zur Tierwelt und als Beziehung zu Gott; – aber

auch zu einer anderen Mächtigkeit, die sich im Bild der Schlange in die Phantasie des Menschen einnistet. Daher steht der Mensch, als Staub vom Staube, in der Beziehung zu Tier und Erde; als Geist aber in der Ambivalenz der höheren Macht, die die ganze Schrift als dramatische Unterscheidung von Gott und Götzen bzw. Göttern durcharbeitet. Die Paradieserzählung ist jedoch geschrieben inmitten der gefallenen Menschheit, aus der Geschichte von Mord, Gewalt, Gotteswahn und tiefer Verstrickung. Daher muss sich der wahre Gott immer gegen die Gottesbilder und Gottesentstellungen des Menschen durchsetzen. Offenbarung nenne ich diesen Prozess, in der Gott gegen unsere Verzerrungen sein wahres Antlitz inmitten unserer Geschichte rettet. Seinem heiligen Namen selbst ist er es schuldig, dass er seine Geschöpfe nicht ihrer Selbstverstrickung überlässt. Der Mensch entwirft sich immer in Bezug zu einem Höchsten, einem Absoluten, nach dem, was er unbedingt anstrebt, will, oder nach dem letzten Ziel aller Wirklichkeit. Menschen sind bestimmt durch ihre Beziehung zu Gott, dem wahren oder den vermeintlichen, den Götzen und Idolen.

Der zweite Ausgangspunkt ist das Unbehagen des Menschen in seiner irdisch-leiblichen, dem Verfallen ausgelieferten Existenz. Fast alle religiösen Heilswege bestehen tatsächlich im Verlassen der Leiblichkeit, der Welt – in die reine Welt des Geistes, der Vernunft, die von der Entwicklung, Bewegung und den Leidenschaften nicht mehr berührt wird: Aufsteigen, Zurücklassen; Heil als Jenseits von Welt; – Heil als Teilhabe an der ewigen, unveränderlichen Welt, Heil als Rücknahme dieser Welt.

In dieser existentialen Situation ist dem Christen die Botschaft von der Fleischwerdung des Logos (Johannes 1, 14) und von der Auferstehung des Fleisches unglaubliche Nachricht, Überbietung seiner Erwartung und Provokation in einem. Dies ist der dritte wesentliche Gesichtspunkt unserer Sicht des Menschen. Alle Versuchung des Christentums besteht darin, diese Fleischwerdung in irgendeiner Weise zu unterlaufen. Daher haben die Kirchenväter,

die christlichen Schriftsteller der ersten Jahrhunderte, den Merksatz geprägt: „Was nicht angenommen wird, wird nicht erlöst.“ Eine Orientierung, die auch für dieses Thema von unschätzbarem Wert ist. Daher kann gesagt werden, dass der Geist Christi dort wirkt, wo diese Urannahme geschieht, wo Menschen sich in ihren vielfältigen Beziehungen bejahend annehmen, oder wo diese Annahme und Versöhnung bewirkt wird. Deshalb hat Johannes Paul II. vom Sakrament des Leibes gesprochen. Gott begegnet uns in unsere Leiblichkeit, dessen Struktur uns erfahren lässt, dass wir in die Liebe, die Gott selber ist, hineingenommen werden.³

Diese christliche Sicht des Menschen ist als vierter Gesichtspunkt in Beziehung zu setzen zu unserer Leib- und Selbsterfahrung, die ich in einer kleinen Phänomenologie der Leiblichkeit kurz anreißen möchte. Vom Leib sprechen besagt, in der Perspektive der ersten Person zu reden: mein Leib, ich bin Leib. Denn jedes Sprechen über Leiblichkeit ist an die Selbsterfahrung geknüpft und unterscheidet sich dadurch von der Messung des Körpers, der Rede von Organen oder anderen objektiv-distanzierenden Betrachtungsformen. Ich bin immer mit im Wort. Die grundlegende Einheit, in der ich mir gegeben bin, ist ebenso grundlegend differenziert. Ich kann mich selber zum Objekt machen. Ich bin nicht einfach mein Körper: Ich verhalte mich immer wieder zu mir selbst; und kann daher dieses oder jenes an mir modulieren. Wir sind uns selber aufgegeben in eigentümlicher Verschränkung von Autonomie und Abhängigkeit. Ich habe mich nicht selber ausgesucht. Ohne Wahl bin ich mit mir auf Dauer verbunden: in meiner elementaren biologischen Verfasstheit ebenso wie in der Form meiner Erinnerung und meines Selbstbewusstseins.

Der Leib ist meine Gegebenheitsweise für andere. Dadurch trete ich in Erscheinung, werde für andere wahrnehmbar, greifbar, berührbar. Leib ist ein Medium, sowohl zum Anderen als auch zu mir selbst. Seltsam: Ich verhalte mich auch zu mir selbst immer in Differenz. Wer ist wirklich letztlich mit sich selbst identisch? Das wäre Erlösung, das

wäre die Utopie der Leiblichkeit. Leib bedeutet Gestalt, Körper, Integration der Materialität, Bewusstsein als besondere menschliche Form der Leiblichkeit. Bedeutet aber immer auch Unterschiedenheit als Mann und Frau, äußert sich in Sexualität und vielfältigen Beziehungsweisen.

Der Leib ist mein eigenster Indikator der Zeit, in permanenter Veränderung, ohne die Möglichkeit, diesen Prozess aufzuhalten. Retuschen haben stets ein Ablaufdatum. Als Indikator der Zeit ist er stärkstes Indiz der Hinfälligkeit, Sterblichkeit, der Anfälligkeit. Ich bin Krankheiten ausgeliefert: Ich weiß nicht, was in mir noch verborgen ist und ausbrechen kann. Insofern entmächtigt der Leib unsere Allmachtsphantasien. Leiblichkeit vermittelt sowohl die unmittelbare Erfahrung von Lust, aber auch den Schmerz. Leiblichkeit bedeutet an diesem Ort zu sein, in dieser Stunde, nicht dort, sondern hier zu stehen. Ich bin fixiert und damit auch fixierbar, festnagelbar: Leiblichkeit ist die Voraussetzung für Folter.

Die alten und mit dem Menschen gegebenen Erfahrungen sind heute unter neue Vorzeichen geraten. Wir sind angetreten, uns, unsere Situation und Welt nicht einfach hinzunehmen, sondern sie neu zu erschaffen. Die Verfügungsmöglichkeiten sind enorm erweitert, die alte Frage des Menschen mit sich selbst hat sich aber kaum verändert. Wie leben wir die Differenz, die wir mit uns selber darstellen? Wie gelingt Annahme, Versöhnung und Zustimmung zu der mir vorgegebenen Verfasstheit meiner selbst? Und wird solches nicht durch das Projekt der Moderne unmöglich? Bis ins Körperliche hinein wird die Versuchung inszeniert, ein anderer sein zu wollen und zu müssen, als der, der ich bin. „Erlösung“ wird zu einem technischen Projekt.

3 Experiment Mensch: unser Zeitalter der Selbstmanipulation

Nie sind wir Menschen mit uns fertig. Wir verhalten uns stets zu uns selbst und versuchen uns zu schmücken. Das war immer schon so: Von den ersten Tätowierungen oder Therapieverwundun-

gen, wie wir sie beim Ötzi noch sehen können, über Mode, Schmuck und Bemalung, bis zu kleineren oder massiven Korrekturen an unserem äußeren Aussehen. Doch heute hat die Qualität und Quantität des Selbsteingriffes eine ganz neue Dimension gewonnen. Die Erwartungen und Wünsche an die plastische Chirurgie verdeutlichen auf ihre Weise eine Grundbestimmung unserer Kultur. Lassen Sie mich dies an drei elementaren Bestimmungen verdeutlichen.

Der Umgang mit unserer Kontingenz. Niemand hat sich selber ausgesucht, niemand sich selber gezeugt. Niemand ist der Grund seiner selbst. Dass wir sind und dass wir so sind, steht nicht in unserer Macht. Wir kommen einfach vor; – und haben immer die Möglichkeit, diese Vorgabe nach unseren eigenen Vorstellung zu modellieren. Das ist nicht grundsätzlich negativ; im Gegenteil, darin erweist sich eine wesentliches Merkmal des Menschen: Er ist freigesetzt. Dadurch ist er aber auch zweitens, sich selber aufgegeben. Er erfährt sich als jemand, der auch ein anderer sein könnte. Heute wird diese Versuchung, ein anderer sein zu wollen, medial verstärkt, ja geradezu kultiviert. Dennoch sollten wir bei aller Kritik beachten, was John Henry Kardinal Newman in folgende Aussage fasste: „Andere Wesen sind vom ersten Augenblick ihrer Existenz an vollendet in jener Linie der Vollkommenheit, die ihnen zugemessen ist; der Mensch aber beginnt mit nichts ‚Verwirklichtem‘ ... Es ist seine Gabe, der Schöpfer seiner eigenen Zulänglichkeiten und in einem emphatischen Sinn selbstgeschaffen (‚self made‘) zu sein.“⁴

Drittens aber sind wir in der kollektiven Vorstellung der Selbstmanipulation als geistigem Merkmal unserer Zeit verfangen, in der der Mensch sich selbst zum Experiment wird. Karl Rahner hat darin vor mehr als 40 Jahren das entscheidende Signum unserer Zeit erkannt: „Diese Selbstmanipulation reicht also durch alle Dimensionen des menschlichen Daseins: die Dimension des Biologischen, des Psychologischen (hier darf die Tiefenpsychologie nicht vergessen werden), des Gesell-

schaftlichen, des Ideologischen (im weitesten und neutralen Sinn des Wortes).“⁵ Dieses Projekt führt zu einem Pluralismus der Vorstellungen, Optionen und weltanschaulichen Orientierungen, der nicht in eine höhere Synthese vermittelt werden, noch – und das ist politisch brisant – von einer höheren Instanz gesteuert werden kann. Die Entwicklung in der plastischen Chirurgie scheint hierfür typisch zu sein. Sie entwickelt sich in rasender Geschwindigkeit. Kriterien werden nachgetragen, z. B. „Wer darf sich ‚SchönheitschirurgIn‘ nennen?“ Der allgemeine Eindruck verstärkt sich: Wir kommen mit unseren normierenden Versuchen immer zu spät. Die Ethik hinkt nach und sanktioniert oder belobigt, was ohne sie abgelaufen ist.

Das wirklich Unbehagliche scheint mir aber darin zu liegen, dass einerseits die imaginäre Vorgabe eines digital manipulierten Schönheitsbildes unsere Selbstwahrnehmung zu bestimmen beginnt, und zum zweiten die daraus resultierende Tatsache, dass der existentielle Vollzug der Selbstannahme wahrlich erschwert wird.⁶ Damit aber rühren wir an die kulturell-wirksamen Bilder von unserer Leiblichkeit, die in der Tiefe auch noch unsere Zeit bestimmen.

4 Die archetypischen Bilder der Leiblichkeit in der europäischen Kultur

Ich habe keinen Leib, ich bin leiblich. Deshalb hoffe ich als Christ auf die Auferstehung des Fleisches – und das angesichts von Tod und Verwesung. Dieses Bekenntnis eines Christen, das immer auch die Annahme der eigenen Person in ihrer leiblichen Realität meint, ist eine Orientierung, die es nicht immer schafft, sich gegen die Gegenvorstellungen durchzusetzen. Ist es aber wirklich möglich, angesichts der wesentlich am Körper abzulesenden Zeitlichkeit und Vergänglichkeit, gerade diese Leiblichkeit anzunehmen?

4.1 Die Ambivalenz der griechischen Leib- und Körpertradition oder: der Pyrrhussieg des Geistes

Unsere Vorstellung der Leiblichkeit kann an zwei archetypischen Urambivalenzen aus der

griechisch-antiken und der jüdisch-christlichen Tradition verdeutlicht werden. Hypereides verteidigt die wegen Gotteslästerung angeklagte Hetäre Phryne vor der Richterschaft in Athen erfolgreich dadurch, dass er ihre die Herren blendende Schönheit enthüllt.⁷ So eine makellose Schönheit kann nicht lästerlich sein, zumal sie an den Aphrodisien nackt ins Meer gestiegen sein soll. Schönheit und Wahrheit kommen so zusammen, dass die Angeklagte selbst als Repräsentation der Liebesgöttin erscheint.

Im Gegensatz zu diesem, auch die klassischen Statuen durchdringenden Schönheitsideal in der Antike, gewinnt die mit dem Namen Platon benennbare Tradition des Dualismus von Leib und Seele in doppelter Weise erheblichen Einfluss. Zunächst verhindert der Leib, als Kerker der Seele beurteilt (Kratylos 400c), die Entfaltung des Geistes (Phaidon 66ef). Weshalb wir nur nach dem Tode die Wahrheit – und das ist immer das Ewige – wirklich erkennen können. In dieser Tradition konnte Plotin, dessen Einfluss auf die drei monotheistischen Religionen kaum überschätzt werden kann, das Werden des Materiellen als das erste Missgeschick ansehen, und alle Anstrengung des Menschen müsste darin bestehen, das Ewige in sich zum Einen wieder zurückzuheben, um aus dem Leib befreit zu werden. So konnte sein Schüler Porphyrius sagen: „Plotin, der Philosoph unserer Tage, glich einem Manne, der sich schämt, im Leib zu sein.“ War der Leib Kerker der Seele, so ist er bei Plotin der Anfang des Unheils des Menschen und Anlass, den Weg der Erlösung als Befreiung aus ihm zu wagen. Bei aller Kritik lebt dieser Weg aus der tiefen Sehnsucht des Menschen nach Überwindung des unablässigen Verfallens. Gibt es nicht immer auch noch ein Uneingelöstes? Der Mensch ist ein Versprechen, sagt Eugen Biser in der Aufnahme einer Aussage Nietzsches⁸: Doch welcher Art? Pfand für Erfüllung, oder hat sich die Natur nur ver-sprochen? Er ist immer noch auf dem Weg zu sich selbst; und wohl nie dort angekommen.

4.2 Hiob-Christus-Spanne: Entstellung und mögliche Neuschöpfung

Auf andere Weise, aber ähnlich ambivalent, ist die menschliche Leiberfahrung in der jüdisch-christlichen Tradition. Da Geist und Leib von Gott als gut geschaffen angesehen werden, konnte sich diese Tradition mit mehr oder weniger Erfolg gegen eine Ablehnung des Leibes in einem gnostischen Spiritualismus zur Wehr setzen. Der Mensch ist einer. Deshalb aber wird die Erfahrung der Hilflosigkeit und Sterblichkeit des Menschen nicht minder scharf, ja widersprüchlich erfahren. Mehr noch: besonders die dem Unglück und der Gewalt verfallene und ausgelieferte Person repräsentiert diese Erfahrung. Im Alten Testament wird diese besonders markant an Hiob und dem Gottesknecht geschildert. Im Neuen Testament finden sich beide Traditionen in Jesus Christus vereinigt, gerade weil uns kein Portrait von ihm überliefert worden ist. Zum einen stellt er in seinem Leiden Hiob und den Gottesknecht dar, an dem keine Schönheit mehr ist, zum anderen liegt in der Erfahrung der leiblichen Auferstehung Jesu und ihren Zeugnissen eine Utopie menschlicher Leib-Geist-Einheit vor. Da aber die christliche Tradition als wesentliches Orientierungsbild das in den Evangelien geborgene Bild Christi uns vor Augen stellt, und von diesem Bild Christi eben kein Portrait überliefert worden ist, daher konnte der Mensch sich selber in die entscheidenden Stationen dieses Lebens hineinversinnbildlichen: Geburt, Kindheit, kraftvolles Auftreten und Verkündigen, Verklärung, Mahlgemeinschaft, Angsterlebnis und Gefangennahme, Weg der Passion bis zur entstellenden Kreuzigung. In der Beziehung zum Gottessohn haben unzählige Menschen es gewagt, auch die aussichtslosesten und entsetzlichsten Situationen anzunehmen. Das ist kein bequemes Ideal, aber weil ein konkretes Bild fehlte, konnte in der Zusammenfassung des eigenen Lebens auch ich mich in den ausgebreiteten Armen des Gekreuzigten angenommen wissen. Dadurch wird der mimetische Kreislauf des Schönheitsmarktes unterbrochen, weil ich in meiner

eigenen, unvertretbaren Situation mit dem Leben Jesu in Beziehung trete, das die Schwäche und Endlichkeit nicht mit Gewalt- und Machtphantasien überspielt, sondern uns ermutigt, uns in seine Beziehung zum Vater, dem unsichtbaren Ursprung und Quelle allen Lebens, einzulassen.

5 Der Leib ist klar, gleich wie Kristall: Utopie der Leiblichkeit – Auferstehung des Fleisches im Leib Christi

Die Ostererzählungen betonen, dass der Auferstandene an seinen Wunden erkannt wird. Das bedeutet nicht allein eine Abwehr der gnostischen Entleiblichung, sondern formuliert auch eine Utopie der Leiberfahrung, gerade weil Jesus alles Menschliche bis zur Neige erfahren hat: bis in die Entsetzlichkeiten der Passion hinein. Dieser Auferstehungsleib wird als unsterblich und unverwundbar gepriesen. Er wird beschrieben in der Lichtmetaphorik im Gleichnis des Kristalls: Klarheit. Daher kann er nicht mehr leiden und bleibt unverletzt. Seine besondere Feinheit lässt ihn alle Materialität durchdringen; ist aber selber nicht einfach Geist. Ja, er zeigt die Wundmale und damit die Verletzung der Geschichte. Doch diese Verletzungen werden zu Perlen, strahlen wie Rubine und verwandeln die Entstellung und die Folter in Edelsteine der Verwandlung. Annahme geht allem voraus.⁹

Die Dimensionen des Auferstehungsleibes Christi werden beim Heiligen Paulus auf zwei Ebenen vertieft. Zunächst weiß er, wie kaum ein anderer seiner Zeit, um die tiefe Zerrissenheit des Menschen auf allen Ebenen. Stets jedoch weitet sich die christliche Hoffnung. Sie hat eine soziale Dimension, die Paulus im Bild der Gemeinde als Leib Christi ausdrückt (Röm 12, 4f; v. a. 1 Kor 12). Sie bewahrt vor einem Individualismus und erweist unsere Leiblichkeit als Moment der Öffentlichkeit und unsere Selbsteinschätzung als soziales Phänomen. Dabei wertet aber der Apostel für die Gemeinde die gängigen Maßstäbe der Anerkennung um: „Im Gegenteil, gerade die schwächer scheinenden Glieder des Leibes sind unentbehrlich. Denen, die

wir für weniger edel ansehen, erweisen wir um so mehr Ehre, und unseren weniger anständigen Gliedern begegnen wir mit mehr Anstand, ... Gott aber hat den Leib so zusammengefügt, dass er dem geringsten Glied mehr Ehre zukommen ließ, damit im Leib kein Zwiespalt entstehe, sondern alle Glieder einträchtig füreinander sorgen. Wenn darum ein Glied leidet, leiden alle Glieder mit; wenn ein Glied geehrt wird, freuen sich alle anderen mit ihm“ (1 Kor 12, 22-26). Dadurch aber wird nicht nur ein soziales Band geknüpft, dessen Bedeutung für unsere Gesellschaft wir allmählich merken, da es schwächer wird und zu verschwinden droht; vielmehr wird die Selbsteinschätzung ein soziales Phänomen. Die Körperlichkeit als Bild der Zusammengehörigkeit verdeutlicht uns die Verflechtung unseres eigenen Selbstbildes mit dem Fremd- und Außenbild. Die Art aber, wie die Gemeinde der Glaubenden aufeinander reagiert, verkehrt unsere selbstverständlichen Maßstäbe. Größere Ehre wird jenen erwiesen, die wir gering achten: Die Schwächsten sind die Maßstäbe der Anerkennung. Zur Utopie der Auferstehung Christi gehört diese soziale Dimension essentiell. Die Qualität einer Gesellschaft, ihre Kulturhöhe, sollte daher an ihrem Umgang mit den Schwachen, den Außenseitern abgelesen werden.

6 Epilog: Vom Leben zum Leben: Das Zeugnis Johannes Paul II.

Die Lust und Last des Leibes: Beide Erfahrungen unserer Leiblichkeit wandeln sich im Laufe der Zeit – und immer wird inwendig die Botschaft gegenwärtig, dass wir sterben werden. Vielleicht liegt die Lust des gegliückten Augenblicks, die Erfahrung des kostbaren Moments ebenso wie die Melancholie der Vergeblichkeit und der Absurdität des Sysiphos in uns, in der körperlich vermittelten Erfahrung begrenzter Zeit. Dass auch in diesem Wandel die Lebensfreude bleiben kann, gerade weil wir als solche ein Versprechen auf Ewigkeit sind, hat Johannes Paul II. im Alter, und wahrlich nicht ohne die Erfahrung von Verletzlichkeit, Alter und

Krankheit, in seinem Brief an alte Menschen zum Ausdruck gebracht:

„Trotz der Einschränkungen, die mit dem Alter verbunden sind, bewahre ich mir die Lebensfreude. Dafür danke ich dem Herrn. ... Gleichzeitig empfinde ich einen großen Frieden, wenn ich an den Augenblick denke, in dem der Herr mich zu sich rufen wird: vom Leben ins Leben! Darum kommt mir häufig, ohne jeden Anflug von Traurigkeit, ein Gebet auf die Lippen, das der Priester nach der Eucharistiefeier spricht: *In hora mortis meae voca me, et iube me venire ad te* – in der Stunde des Todes rufe mich und lass mich zu dir kommen. Das ist das Gebet der christlichen Hoffnung, das der Freude über die gegenwärtige Stunde keinen Abbruch tut, während es die Zukunft dem Schutz der göttlichen Güte anheim stellt.“¹⁰ Angesichts von Tod und Verwesung hoffe ich, dass der Geist sich auch meiner Schwachheit annimmt und mich mit Hiob sagen lässt: In meinem Fleisch werde ich Gott schauen.

Referenzen

- 1 Nach der Ebersfelder Übersetzung. Sinnentstellend übersetzt die Einheitsübersetzung den Aspekt leiblicher Gottesschau: „Doch ich weiß: mein Erlöser lebt, als letzter erhebt er sich über dem Staub. Ohne meine Haut, die so zerfetzte, und ohne mein Fleisch werde ich Gott schauen. Ihn selber werde ich dann für mich schauen; meine Augen werden ihn sehen; nicht mehr fremd. Danach sehnt sich mein Herz in meiner Brust.“
- 2 Einen schönen Überblick über die Anthropologie in theologischer Perspektive bei: Pannenberg W., *Anthropologie in theologischer Perspektive*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (1983).
- 3 Zu Beginn seines Pontifikats hat Johannes Paul II. seine Audienzen mit einer langen Reihe von Ausführungen zur Theologie des Leibes gestaltet, die bei uns noch nicht wirklich wahrgenommen worden sind. Als erste Hinführung: West, Chr., *Theologie des Leibes für Anfänger. Einführung in die sexuelle Revolution nach Papst Johannes Paul II.*, 2. Auflage, Pustet, Regensburg (2006).
- 4 Newman J. H., *Apologia pro vita sua*, Matthias-Grünewald, Mainz (1951), S. 243-245
- 5 *Theologische Deutung der Position des Christen in der modernen Welt* (1954), in: *Sendung und Gnade. Beiträge zur Pastoraltheologie*, Tyrolia, Innsbruck-Wien-München (1959), S. 13-47; heute in: SW 10 (Kirche in den Herausforderungen der Zeit. Studien zur Ekklesiologie und zur kirchlichen Existenz), S. 251-273, hier S. 266.
- 6 Einen anderen Weg, der gerade die Selbstannahme als Zuspruch zur Schönheit in jedem Alter forciert, beschreitet die Werbelinie von Dove.
- 7 siehe Gernig K., *Nacktheit. Ästhetische Inszenierungen im Kulturvergleich*, Böhlau, Köln (2002)
- 8 Biser E., *Der Mensch – das uneingelöste Versprechen. Entwurf einer Modalanthropologie*, Patmos, Düsseldorf (1996)
- 9 Ein Lied von Friedrich Spee von Lengenfeld SJ (Gotteslob 822) dichtet die klassische Theologie nach.
- 10 Johannes Paul II., *Brief an die alten Menschen. Vom 01. 10. 1999*, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 17, Deutsche Bischofskonferenz, Bonn (1999)

Kornelia Böhler-Sommeregger

Die Ware Schönheit

Das Streben nach makelloser Schönheit ist so alt wie die Menschheit selbst. Dass Schönheit zur handelbaren Ware im großen Stil wurde, ist wohl eher ein Phänomen der letzten Jahrzehnte. Der mittelalterliche und frühneuzeitliche Mensch ist geprägt von einer gottesfürchtigen Demut, die sich in der Akzeptanz vorgegebener Umstände widerspiegelt.

In der Neuzeit steigt das Bedürfnis des Menschen, Vorstellbares tatsächlich umzusetzen, die Grenzen des Machbaren werden zunehmend weiter gesteckt.

Die Dinge werden messbar und wägbare, damit eng verbunden ist die Erstellung von Normen, denen sich der Mensch vielfach unterordnen muss, die er aber zum Teil auch freiwillig sucht. Einer Norm zu entsprechen, erzeugt das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Damit verbunden ist ein Gefühl der Geborgenheit, das unsere heutigen Gesellschaftsstrukturen nicht mehr notwendigerweise vermitteln.

Schönheit schenkt Selbstbewusstsein. Selbstbewusstsein erhöht die Erfolgchancen im privaten und beruflichen Leben. Was also Wunder, dass das Geschäft mit der Schönheit im Aufwind liegt, umso mehr als ein Zeitalter der unbegrenzten Möglichkeiten suggeriert wird.

Das Geschäft mit der Schönheit reguliert sich selbst durch Angebot und Nachfrage. Dass die Nachfrage nicht erlischt, dafür sorgen Medien und Werbeindustrie, die ihrerseits vom Anbieter, sei es Industrie, Kleingewerbe oder Arzt, leben. Nutznießer ist ein scheinbar informierter Kunde, dessen Interesse zumindest soweit geweckt ist, im Angebot eine Chance auf Optimierung der eigenen Schönheit zu wittern. Auf diese Weise werden Legionen potentieller Kunden generiert.

Tatsächlich ist vieles machbar. Es muss uns aber auch bewusst sein, dass die Schönheitschi-

urgie nicht immer ein Garant für ein besseres Lebensgefühl ist. Die Schönheitschirurgie kann weder psychische Erkrankungen heilen, noch ist sie in der Lage, unrealistische Erwartungen zu friedeln zu stellen. Welchem Arzt sich der Konsument anvertraut, ist oft nicht logisch erklärbar, die Entscheidung erfolgt vielfach aus dem Bauch heraus, aus einem Gefühl der Geborgenheit und des präsumtiven Vertrauens. Die Expertise des behandelnden Arztes in Bezug auf einen definierten schönheitschirurgischen oder minimalinvasiven Eingriff kann vom Konsumenten nicht ausreichend antizipiert werden. Sicher ist, dass unabhängig von der Fachdisziplin für einen Behandlungserfolg nicht nur manuelles Geschick, sondern Ausbildungsqualität und hohe Anwendungsfrequenz Voraussetzung sind.

Auf der Suche nach Datenmaterial bin ich auf beträchtliche Hindernisse gestoßen, vor allem was den europäischen Markt betrifft. Für die USA können entsprechende Daten problemlos via Internet abgerufen werden. Was Österreich anbelangt, verfügt weder die Plastische Chirurgische Gesellschaft noch die Dermatologische Gesellschaft oder das Statistische Zentralamt über entsprechende Daten. Im folgenden werden Daten verschiedener Fachgruppierungen präsentiert, die untereinander zwar nicht direkt vergleichbar sind, aber den Markt hinlänglich gut umreißen.

Die Zahlen aus Deutschland verdanke ich Dr. Matthias Gensior, FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Chirurgie und Handchirurgie. Er ist derzeit Sekretär der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschlands (GÄCD), und hat in dieser Funktion 2005 eine Mitgliederbefragung durchgeführt.

Ziel dieser Erhebung war die Ermittlung der Anzahl der im Jahr 2005 von den Mitgliedern der

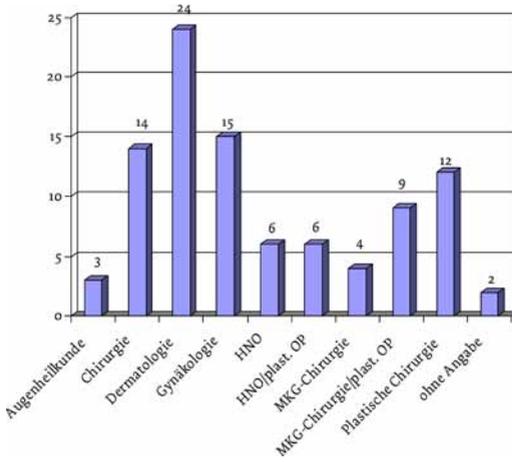


Abb. 1: Verteilung der Fachärzte der GÄCD; Dr. M. Gensior

GÄCD durchgeführten ästhetisch chirurgischen Eingriffe und deren Verteilung auf die verschiedenen Fachdisziplinen. An der Befragung haben sich

95 von 409 Mitgliedern beteiligt, das entspricht einer Rücklaufquote von 23,2%.

Die Mitglieder GÄCD rekrutieren sich aus verschiedenen Fachdisziplinen, wie: Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, MKG-Chirurgie und Plastische Chirurgie. (Abb. 1) Eine detaillierte Aufgliederung aller ästhetisch-chirurgischen Eingriffe zeigt, dass Laseroperationen bei weitem am häufigsten durchgeführt werden, dass minimal invasive Verfahren wie Botox und Augmentation zusammen genommen hier fast aufschließen und dass die ästhetische Phlebochirurgie ebenfalls eine sehr hohe Nachfrage genießt. (Abb. 2) Betrachtet man die Frequenz der Eingriffe bezogen auf die Körperregion, so führt im Rumpfbereich die Liposuktion, im Bereich der Extremitäten die ästhetische Phlebochirurgie, im Gesicht Botox und

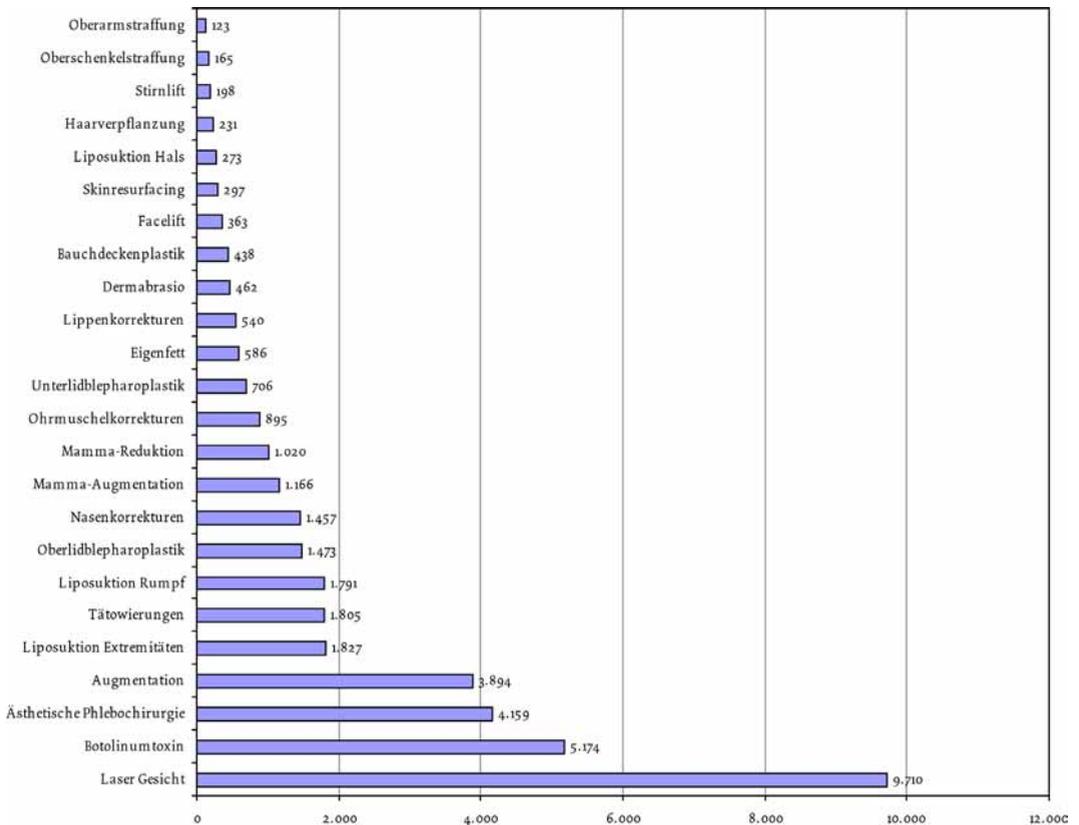


Abb. 2: Verteilung kosmetischchirurgischer Eingriffe 2005; Dr. M. Gensior

Kosten minimal-invasiv (in EUR)	USA	Deutschland
Botox	279	310
Laser skin resurfacing	1.521	3.580
Sclerotherapie	239	102
Filler	423 – 692	160 – 460
Fettransplant	903	1.020
Chem. Peeling	483	767

Tab. 1: Kosten für minimal-invasive Eingriffe, Vergleich Deutschland/USA

Kosten plastisch chirurgisch (in EUR)	USA	Deutschland
Liposuction	2.323	3.580
Rhinoplastik	3.511	3.580
Brustaugmentation	2.620	6.140
Blepharoplastik	2.534	1.530
Abdominoplastik	4.402	5.120

Tab. 2: Kosten für plastisch chirurgische Eingriffe, Vergleich Deutschland/USA

Laser vor der Augmentation. Trendanalysen von 2004 auf 2005 zeigen eine Zunahme phlebochirurgischer Eingriffe bei Frauen und laserchirurgischer Eingriffe bei Männern.

Auch die American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery hat eine Trendanalyse 2004/2005 durchgeführt. Bei den Mitgliedern dieser Gesellschaft handelt es sich ausschließlich um Plastische Chirurgen, daher fließen in diese Analyse auch rekonstruktive chirurgische Eingriffe mit ein. Darüber hinaus ist die Gesellschaft mit 1.348 registrierten Mitgliedern etwa 3-mal so groß wie die GÄCD. Insgesamt waren 145 Fragebögen auswertbar (GÄCD, 95 Fragebögen). Es zeigt sich, dass die Zahl der 2005 durchgeführten Eingriffe etwa doppelt so hoch war wie bei den deutschen Kollegen – wobei, wie bereits erwähnt, rekonstruktive Eingriffe mitberücksichtigt wurden, und auch das ärztliche Kollektiv sich von der GÄCD unterscheidet, insofern, als die AAFPRS nur plastische Chirurgen, die GÄCD aber auch Ärzte anderer Fachrichtungen miteinschließt. Ein einheitlicher Trend in Europa wie USA zeigt sich insofern, als die Zahl chirurgischer Eingriffe eher rückläufig ist, während minimal invasi-

ve Eingriffe boomen. Die Kosten der jeweiligen Eingriffe differieren zwischen Deutschland und den USA erheblich. (Tab. 1 und 2) Von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen scheint eine Behandlung in den USA jedoch kostengünstiger zu sein.

Univ.-Prof. Dr. Kornelia Böhler-Sommeregger
 Universitätsklinik für Dermatologie
 Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien
 Kornelia.Boehler@meduniwien.ac.at

Bernadette Wegenstein

Body Image and Mass Media: the Example of the US Television Makeover Show

“A woman is more authentic the more she looks like what she has dreamed for herself.”

The transvestite Agrado in the film *Todo sobre mi madre* (1999) by Pedro Almodóvar

Cosmetic Surgery

According to the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, nearly 11.5 million cosmetic surgical and non-surgical procedures were performed in the United States in 2006. Since 1997 the overall number of procedures increased 446 percent.¹ Demand for cosmetic surgery products has been growing roughly 11.2 percent yearly, reaching a market size of \$2 billion by the end of 2007, driven mostly by new product approvals, favorable cultural and demographic trends, and improved technology.² The sensational character of these statistics could be extended ad infinitum when reading the details published by the ASAPS.

We could highlight the fact that patients for cosmetic surgery procedures have gotten increasingly younger. Take, for instance, the fact that in 2006 16,477 rhinoplasties, 7,915 Botox injections, and 5,423 Hylaform/Restylane injections were performed in the U.S. on adolescents. Or, if we want to analyze the data in terms of gender dynamics, we might note that, while the most popular invasive procedure for women in 2006 was breast augmentation, followed by eyelid surgery and abdominoplasty, men – who had only 8% of the total 11.5 million procedures done – underwent mostly liposuction, eyelid surgery and rhinoplasty. The most popular non-invasive procedure for men and women in 2006 was Botox injections (3,181,592 procedures), and the most popular invasive procedure liposuction (403,684 procedures).

But what is really of interest in the context of the

reality TV makeover phenomenon is what impact these shows (starting in 2002 with ABC's *Extreme Makeover*, followed by FX's *Nip and Tuck* in 2003, FOX's *The Swan* in 2004, E! channel's *Dr. 90210* in 2004, and MTV's *I Want a Famous Face*, also in 2004) have had on the overall consumption of cosmetic surgeries. The data speak volumes. In 2003 overall cosmetic procedures were at 8.3 million with an increase of 12% in surgical procedures and 22% in non-surgical procedures from the previous year. The year 2004, however, which is also the peak of the makeover show genre, features a 44% increase, totaling 11.9 million procedures with surgical procedures increased by 17% and non-surgical by 51 percent! ASAPS President Peter Fodor attributes this growth to media coverage, including the dramatic increase in surgery shows: “I believe at least some of this upward trend may be attributable to increased media coverage of plastic surgery in 2004.... People have had many more opportunities to see, first hand, what plastic surgery is like and what it can do for others. That can be a strong incentive for them to seek the same benefits by having cosmetic procedures themselves.”³

In 2005 and 2006 surgical and non-surgical procedures increased by only 1% (in 2005 non-surgical procedures declined even by 4% to 9.3 million), and have been stabilized at 11.5 million ever since. To give a practical example for this market movement: rhinoplasty increased for men from 38,989 procedures in 2004 to 45,945 in 2005, but decreased to 33,143 in 2006. In other words, the heyday has been reached. We are now facing the age of a normalized, slowly progressing growth in cosmetic procedures.

Reality Television

According to Nielsen Media Research 56% of all of American TV shows today are reality televi-

sion programs. About 69% of TV shows worldwide (cable and broadcast) are accounted for by reality television.⁴ Within the spectrum of reality TV, there are documentary style shows, in which ordinary people are followed into their daily lives, as in *Family Plots*; docu-soaps starring celebrities, such as *Britney Cam* with Britney Spears; talent searches, in which ordinary people try to become celebrities, such as *America's Next Top Model*; historical re-enactments such as *Colonial House* (PBS 2004), set in the American frontier of 1628; an increasing number of dating shows, such as *For Love or Money*; law enforcement/courtroom/military shows such as the British *Commando VIP*; reality game shows such as *Big Brother* and *Survivor*, which may include a military component as with *Boot Camp*, or a sport component as with *The Ultimate Fighter*; and, finally, lifestyle change shows such as *The Monastery*, and the booming sub-genre of self-improvement or makeover shows, such as *I Want a Famous Face*, *Pimp my Ride*, or *Ten Years Younger*, which can also feature game show characteristics, as with *The Swan's* pageant. All of these subgenres have one thing in common: they incorporate to a greater or lesser degree the narrative strategy of “wish fulfillment.”

Looking at the economics behind reality television itself, cheap production costs are behind the format's original boom. Reality TV was a response to the economic restructuring of U.S. and British television in the 1980s. The growth of cable, VCRs, the market dominance of powerful networks like FOX, as well as the emergence of local independent stations led to a fragmentation of TV audiences. As a result, advertising revenues had to be spread among a larger pool of distributors and created pressure on broadcasters to cut per-program production costs. As Chad Raphael points out in his analysis of the political-economic forces behind the emergence of a genre that he calls “Reali-TV,” there is an “inseparability of the television industry's economic needs and how this genre represents reality.”⁵ What Raphael emphasizes with the term “Reali-TV” is that the economic crisis of television could have

been solved by merely expanding infotainment or other programming trends. Instead, crime-time television, tabloid TV, and on-scene shows, as well as documentaries, were adapted into a new format that claimed access to “reality,” to the “truth.”

The Swan: You Must Surrender!

FOX Network is the most prolific purveyor of reality television programs. One of its most eye catching and publicly debated reality dramas was *The Swan* (2004-2005). The show features three main characteristics: it is a self-improvement/makeover show, a game show, and at the same time a wish fulfillment show. *The Swan* was created and produced by Nely Galán, a Latina woman (originally Cuban) who lives – as she puts it – “a self-confident businesswoman's life in Hollywood.”⁶ In her invention of a reality television version of Anderson's fairy tale the “ugly duckling,” the beauty pageant contestants undergo major surgery in addition to other non-invasive makeovers such as styling, dieting, work out, and therapy in order to be transformed into female beauty ideals. The producer herself watches over them as “life coach” over a three-month period, during which the women are away from their families and habitual lives in order to undergo the transformations – “internal” and “external” as the show explains – and to “pass” into a new life. In her role as life-coach Galán can be aggressively straightforward: “no more candy, ice-cream. Say good-bye to your old life and habits. Look into the future and into feeling good.”⁷ For a total of seven weeks in each episode a pair of two contestants compete against each other; the winner of the final competition – a tele-spectacle which was watched by more than 10 million Americans in the first season (May 24, 2004) – is crowned “the Swan” and walks away with \$50,000 in addition to a new self: “On our show, you don't walk away with nothing, you walk away with \$250,000 worth of services from day one.”⁸ There is only one ultimate winner at the end of each season, whose wish for a better life and look has been fulfilled in

addition to her being awarded the first prize. But what is this prize really for?

In my interview about her motivations behind the extremely successful show (300.000 applications to the second, and 500.000 applications to the third season) and her views on the need for makeover, I learned that the key for a “successful transformation,” i.e., the key for the successful casting of a contestant, is the extent to which the woman is willing to “surrender” to beauty culture. Rachel Love-Fraser and Elisa Stiles won the first and second seasons respectively because, apparently, they “gave in” the best. But who are these successfully-to-be-made-over women? What nearly all contestants who ever appeared on *The Swan* share is the fact that, despite being obsessively unhappy with a particular body feature, there is no “big problem” evident in their looks. The first season’s sixteen all white⁹ contestants certainly did not look “ugly” by any means: in a more than careful casting the women were tested for body dysmorphic disorder¹⁰ – which they were perhaps predisposed toward, but did not clinically suffer – and were ultimately chosen for being “normal” while at the same time being willing to “surrender” to something that would come “upon” them. While for the television spectators, as for the readers of the various beauty magazines and tabloid press where these women were featured, their need for makeover was strengthened by the fact that their before-photographs were taken in bad clothes and from bad angles, showing them with sad and at times desperate faces, nothing dramatic was actually wrong with them. What was not apparent, however, was how they felt about themselves, and what kind of fragile relationship they revealed toward their own body image. Rachel Love-Fraser, for instance, winner of the first season, wanted to leave everything behind and focus on “who she really was,” as she stated in a *People Magazine* interview.¹¹ Galán reiterated in her interview with me that the best way to undergo a successful change is to let it happen. Let culture happen. It is certainly no longer far-fetched

to read these made-over bodies as “twenty-first century neo-cyborgs”¹² who are bearing the marks of techno-capital on their own flesh. After all, it is on their own skin and in their bodies that culture marks its desire for a better self, a better body, and a better life. These bodies, in other words, become the site of the argument itself.

Why Makeover and Why Not?

Galán’s goal, however, is not to change culture, but to get to the “truth” within these women’s psychic spheres. Only by matching outside to inside will we be able to fit in, to pass, is what she tells me over and over again in different words. Galán sees herself as a therapist, someone who knows more about the truth than do her patients themselves. Ultimately, she says she wants to help these women to be comfortable in their own skin: “If something bothers you,” she says, “why wait and suffer? Go fix it!”

While the motivations behind creating a reality television show may be to a certain extent predictable, it is worth looking into the body concept that reveals itself behind it. The idea is that by changing a body part, the entire body self/body image will change too, including the “inside,” which is the “place” where – according to Nely Galán, as well as to the show’s psychotherapist Dr. Lynn Ianni – a woman who wants to undergo a body transformation should start. But where or what is that place really, and what does it stand for?

In *Better Than Well*, bio-ethicist Carl Elliott trenchantly draws a connection between being put on psychopharmaca such as Prozac, taking anabolic steroids, or undergoing cosmetic surgery. All of these “strategies of the self” are ultimately in the service of looking “the way we were meant to look.”¹³ Elliott approaches the theme of enhancement technologies in search of the “true authentic self” both from a medical and bio-ethical angle, and from a cultural theoretical one. He looks at drugs like LSD and Paxil (a drug that prevents you from blushing in public); at literature such as *Co-nundrum*,¹⁴ a memoir of transition from man to

woman; at the histories of cosmetics and cosmetic surgery; as well as at travel literature and the theme of passing into the “new self” *en voyage*. One of the most important readings he gives is that of the tale of the *Wizard of Oz*: “Here is a key to understanding the place of enhancement technologies in contemporary America. The Scarecrow, the Tin Man, and the Lion do not go to the Wizard because they want to be ‘enhanced.’ They go because they want to be *themselves*. In the *Wizard of Oz*, as in contemporary America, the search for the good life is an inward search for authenticity. As Dorothy says, ‘If I ever go looking for my heart’s desire again, I won’t look any further than my own backyard. If I don’t find it there, I never really lost it to begin with.’”¹⁵

Sander Gilman has demonstrated that the history of cosmetic surgery is deeply related to the history of psychoanalysis: “Curing the physically anomalous,” he writes, “is curing the psychologically unhappy.”¹⁶ Or, to put it into more drastic language as Elizabeth Haiken does in her history of cosmetic surgery, “cosmetic surgery became ‘psychiatry with a scalpel.’”¹⁷ While the domain of the physical is one that operates via the identification with one’s own body image (both the *image du corps*, i.e., how the subject perceives her body, and *image de corps*, i.e., the body as perceptive apparatus, in Hérni Bergson’s distinction from *Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l’esprit*, 1939) that is fed through the encounter with the other and the gaze, the psychological realm is inwardly directed, as Galán and the women I interviewed reveal: it is a private realm that presumably only they have access to. As Susan Bordo¹⁸ and Virginia Blum¹⁹ have shown in their approaches to studying women’s motivations for undergoing cosmetic surgery, most women state that they are doing it “for themselves.” Bordo argues that “‘me’ is imagined as a pure and precious inner space, an ‘authentic’ and personal reference point untouched by external values and demands. A place where we live freely and won’t be pushed around.”²⁰ This utopian space is precisely what is at stake when Nely talks about

“fixing your problem,” or Dorothy finds out that her home is really where she has always been to begin with, where she started to be a self, in Kansas. This authentically true self, however, is something that woman must find, must search for, maybe in a journey, or in some other *rite de passage* (i.e., three months away from her family, as for *The Swan*). Before she can find it, she must deserve it, like Rachel, who gave in enough to deserve not only the image but also an additional \$50.000. But what happens when she finds it?

Psychologists usually say that it is doubtful that in the long run a new body image will actually cure a person’s soul. Nevertheless, there is evidence that women appear to be happier than before with an altered nose, a liposucted belly, or larger breasts. It is not the goal of these reflections to prove these women wrong, as this would require a long-term supervision of their states of mind. Rather, what interests me in a next step is to evaluate the cultural judgments behind makeovers. If the “true self” is one other layer of a mediated body, a layer, however, where the changing body image appears to come to rest, then how is that layer different from the one that stops one step before it, namely, where beauty is natural, in-born, and not to be modified?

From an ethical point of view these two positions – the one defending cosmetic surgery and the one attacking it – seem to operate similarly. Both assume that there is an ultimate layer that “represents” “true authentic being.” A being that is natural and that matches the inside to the outside or vice versa. The many girls we interviewed for the documentary did not have a problem with the medical procedures in makeover shows, but with the fact that you may not find your true self via this particular kind of procedure. The major concern (especially among young men) was that you may not deserve this beautiful new body, as you did not work hard enough for it, or do your crunches every day, or diet rigorously enough. As Elliott points out: “The commercial appeal of revealing the true self depends not only on the idea that you have a true

self that can be revealed by a drug, but also that you will be happier and better off for revealing it. This may be a uniquely American idea.”²¹ The American-dream-rhetoric inherent to such argumentation is indeed very strong. The ultimate message is that there is always a way to be even happier, truer, “selfer,” or somehow better off.

What both of these ideological positions have in common is that they believe in an interior place where a true self somehow lives. A religious move would be to say that it is a sacrosanct place, holy, and only God would be able to touch it. While girls who don't favor cosmetic surgery may be invested in this latter opinion, it would be easy to see them shift to the other position, the one that still believes in that place, but that simply suggests enhancement technologies as a way to reach it. And cosmetic enhancement is getting less and less invasive, hence surgical, as we could see from our statistics.

If we look at the origins of the word cosmetic, we find that it goes back to the Greek *kosmetikos* – relating to adornment. At the same time the verb *kosmein* means to arrange and to adorn. So, “cosmetic” is, in other words, derived from “cosmos,” that which was there to begin with, but which was there precisely in order to be put into order. And the correlate to this, is that that special place of intimate self identity, like the cosmos itself, is already the result of an adornment. The origin, the center, is cosmetic all the way down. The cosmetic gaze, then, is the gaze on the body that believes in it as the cosmos, the original holy place, all the while being the operative force in its construction as endless adornment. In the format of the US reality television makeover show we see the cosmetic gaze in one of its most fervent applications within today's popular culture, which is slowly but surely shaping the appearance of our diverse bodies into body images of conformist and stereotyped Westernized beauty.

Remarks

Parts of this text will appear in the introduction to Bernadette Wegenstein (ed.), *Reality Made Over:*

The Culture of Reality Makeover Shows; special issue of *Configurations* 14.1. and 14.2 (forthcoming 2008; The Johns Hopkins University Press).

References

- 1 <http://www.surgery.org/press/news-release.php?iid=465>
- 2 Kuczynski A., *Beauty Junkies: Inside Our \$15 Billion Obsession With Cosmetic Surgery*, Doubleday, New York (2006), p. 152
- 3 <http://www.surgery.org/press/news-release.php?iid=395>
- 4 Another statistic to keep in mind: the average individual American watches television for roughly four hours a day, and the average American household watches over seven hours of television a day. According to one study, television accounts for nearly 40 percent of the average American's free time; quoted in Elliott C., *Better Than Well. American Medicine Meets the American Dream*, W. W. Norton & Company, New York and London (2003), p. 84.
- 5 Chad R., *The Political Economic Origins of Reali-TV*, in: Murray S., Ouellette L. (ed.), *Reality TV. Remaking Television Culture*, New York University Press, New York and London (2004), p. 119
For coining the term “Reali-TV” Chad refers to an article by Siegel E., *It's Not Fiction. Or, It's Not Reality. It's Reali-TV*, Boston Globe, 26 May 1991, A1.
- 6 Interview for the documentary *Made Over in America* by Bernadette Wegenstein and Geoffrey Alan Rhodes; <http://www.frif.com/new2007/over.html>
- 7 *The Swan*, The Complete Series, First Season (2004), DVD edition, gaLANentertainment 2006
- 8 Interview for the documentary *Made Over in America*
- 9 The second season featured two episodes with each one handicapped woman, as well as some ethnic diversity.
- 10 Body Dysmorphic Disorder is a psychiatric disorder characterized by excessive preoccupation with some imagined defect in physical appearance, causing the subject significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual*, Fourth Edition, quoted in Phillips K. R., *The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*, Oxford University Press, New York and Oxford (1996), p. 33.
- 11 Green M., Lipton M. A., *The Swan Controversy: Has TV plastic Surgery Gone Too Far?*, cover story, People Magazine, June 7 2004, p. 61
- 12 Term coined by Zylinska J., *Of Swans and Ugly Ducklings: Bioethics between Humans, Animals and Machines*,

- in: Wegenstein B. (ed.), *Reality Made Over: The Culture of Reality Makeover Shows*
- 13 Elliott C., op.cit. 2
- 14 Morris J., *Conundrum*, Harcourt Brace Jovanovich, New York (1974)
- 15 Ibid., p. 173
- 16 Gilman S., *Creating Beauty to Cure the Soul*, p. 7.
- 17 Haiken E., *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore (1997); quoted in Elliott C., p. 121
- 18 Bordo S., *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*, University of California Press, Berkeley, CA (1993)
- 19 Blum V., *Flesh Wounds. The Culture of Cosmetic Surgery*, University of California Press, Berkeley, CA (2003).
- 20 Quoted in Elliott C., p. 113
- 21 Quoted in Elliott C., p. 76

Associate Professor Bernadette Wegenstein
Media Study/The University at Buffalo
Visiting Associate Professor
German and Romance Languages and Literatures
The Johns Hopkins University
Gilman Hall 330, 3400 N. Charles Street
Baltimore, MD 21218, USA
berna@jhu.edu

Regula E. Umbricht-Sprüngli

Ethische Reflexionen zur Plastischen Chirurgie aus der Sicht der Praxis

Die Aufgabe der plastischen Chirurgie ist es, körperliche Integrität zu erhalten oder wiederherzustellen. Um dies bei ästhetisch-chirurgischen Eingriffen zu gewährleisten, müssen klinische und ethische Richtlinien eingehalten werden. Solche Richtlinien bilden die Grundlage für den gemeinsamen Weg der Entscheidungsfindung, den Patienten und Chirurgen vor, während und nach einem plastisch-chirurgischen Eingriff zu gehen haben.

Die Durchführung von ästhetisch-chirurgischen Behandlungen ohne klare klinische und ethische Richtlinien ist in der westlichen Welt ein zunehmendes Problem. Um im Fach der plastischen Chirurgie

erfolgreich zu sein und Erfüllung zu finden, müssen eine Reihe von medizinisch-ethischen Werten in der Behandlung miteinbezogen werden (s. Tab. 1).

Überträgt man diese Werte auf die plastische Chirurgie, stellt sich die Frage: Ab wann handeln wir nicht mehr im Interesse des Patienten? Wann schädigen wir ihn? Wo sind seine Autonomie und Würde nicht mehr gewährleistet? Wie kann der Patient wahrheitsgetreu und fachgerecht aufgeklärt werden?

Körperliche Schönheit

Plastische Chirurgen und Chirurgen gel-

- Evidenzbasiertes Vorgehen und Professionalität: Liegen Studien vor, die evidenzbasierte Fakten vorlegen können, muss sich die Behandlung danach richten. Eine gute Ausbildung, dauernde Weiterbildung und die Auseinandersetzung mit Kollegen und Kolleginnen verbessern die Qualität der Arbeit und zeichnen ein professionelles Vorgehen aus.
- Wohltätigkeit (*Salus aegroti suprema lex*): Die Ärztin/der Arzt soll im Interesse des Patienten/der Patientin handeln.
- Kein Missbrauch der Stellung der Ärztin/des Arztes (*Primum non nocere*): Sie/er soll als Erstes keinen Schaden anrichten.
- Autonomie (*Voluntas aegroti suprema lex*): Die Patientin/der Patient hat das Recht, sich für eine Behandlung zu entscheiden oder eine solche abzulehnen.
- Gerechtigkeit: Die Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen und die Bestimmung, wer welche Behandlung bekommt, sollen ausgewogen und angepasst sein.
- Würde: Die Patientin/der Patient und die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt haben das Recht auf Würde.
- Wahrheit und Ehrlichkeit: Das Konzept des informierten Einverständnisses (*informed consent*) zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt sollte Grundlage der Behandlung sein.
- Gute Kommunikation: Viele ethische Konflikte können auf einen Zusammenbruch der Kommunikation zurückgeführt werden.
- Akzeptanz und Respekt gegenüber kulturellen Unterschieden.
- Integrität und Interessenkonflikte: Die Entscheidung zu einer therapeutischen Handlung darf nicht aufgrund persönlicher oder finanzieller Einflüsse getroffen werden.

Tab. 1: Medizinisch-ethische Grundwerte¹

ten als Schönheitsexperten. Ihre Meinung ist den Patienten deshalb wichtig. Doch wissen diese Spezialisten wirklich, was schön ist? Übernehmen sie auch die Verantwortung für das, was sie empfehlen? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit sich ein Mensch im weitesten Sinne körperlich wohl, ansprechend und auch schön fühlt? Was macht letztlich körperliche Schönheit aus? Was will man überhaupt unter Schönheit verstehen? Damit stellt sich auch die Frage, was an welchem Patienten operiert werden kann und soll. Es ist ein Vorgehen gefragt, bei dem Interessenkonflikte möglichst ausgeschaltet werden.

Die Befolgung der ethischen Richtlinien in der Plastischen Chirurgie ist gewährleistet, sobald die Indikation für einen operativen Eingriff auf eine solide Grundlage gestellt wird. Was heißt das? Zur Rechtfertigung schönheitschirurgischer Eingriffe wird immer wieder angeführt, dass unser Schönheitsempfinden das stammesgeschichtliche Ergebnis sexueller Selektion sei. In der Tat ist es so, dass unsere Fähigkeit, etwas als schön zu empfinden, ein Geschenk der Natur und der Evolution ist. Ästhetisch-visuelle Bevorzugen scheinen einen evolutionären Ursprung zu haben. Landschaften empfinden wir von Natur aus als schön, wenn sie einen Überblick erlauben, den Blick in die Ferne öffnen. In der freien Wildbahn war die unbewusste Präferenz dieser Landschaften überlebenswichtig und brachte uns evolutionäre Vorteile.² Gleichzeitig empfinden wir spontan als schön, was sich im Rahmen einer gewissen Normalität bewegt. Abweichungen bedrohen und beunruhigen. Auch symmetrische Erscheinungsformen und glatte Oberflächen hinterlassen den Eindruck von Schönheit. Schönheit signalisiert Gesundheit und gilt als optimale Voraussetzung für Fruchtbarkeit und das notwendigerweise langfristige Engagement in der Erziehung des Nachwuchses. Durchschnittlichkeit, Symmetrie, glatte Oberfläche, große Lippen ließen sich in der Schönheitsforschung als universelle Schönheitsmerkmale mit statistischer Signifikanz ausmachen.³

Sexuelle Selektion und kulturelle Normen

Dennoch ist das Schönheitsempfinden nicht bei allen Menschen gleich. Die ästhetischen Präferenzen durch sexuelle Selektion wurden und werden durch kulturelle Normen ergänzt und zeitweise sogar aufgehoben. Schönheit stellt keine objektive Größe dar, sie ist immer auch abhängig vom sozialen Kontext. Die Schönheitsideale variierten in den verschiedenen Epochen der Geschichte sehr und waren abhängig von körperbejahenden oder körperfeindlichen Grundeinstellungen. Kulturell sind Schönheitsideale auch Ausdruck eines bestimmten Rollenverständnisses von Mann und Frau. Weiters spielen sozioökonomische Faktoren in der Attraktivitätswahrnehmung eine große Rolle. Schönheitsideale spiegeln zudem die in der jeweiligen Gesellschaft herrschenden Machtverhältnisse wieder. Schönheitsoperationen werden zum Statussymbol und bezeichnen auch die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Gruppe. Die gebundenen Füße von chinesischen Frauen oder die heutigen, von den Medien propagierten Schönheitsideale haben somit nicht mehr viel mit dem natürlichen Schönheitsempfinden zu tun. Die Bilderflut unserer Medien führt zu einer kollektiven Vorstellung, wie eine Frau oder ein Mann auszusehen hat, in Wirklichkeit entsprechen aber die wenigsten Frauen und Männer dieser Vorstellung.

Folgendes Beispiel soll dies verdeutlichen: Ein heutiges Model muss über 1,75 Meter groß sein. Frauen dieser Größe sind üblicherweise normal- und nur zu 2,8 Prozent untergewichtig. Bei Models ist aber ein BMI von 15 gefragt, was beträchtliches Untergewicht bedeutet.⁴ Wir haben es also mit einem Ideal zu tun, das in der Medizin als krank gilt. Manche plastische Chirurgen betonen, dass sie nur auf ein öffentliches Bedürfnis, auf die „Nachfrage von Patientinnen“ reagieren. Die Eigenverantwortung liege bei den Patienten, solange diese über Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt worden seien. Wie können wir von „Nachfrage“ sprechen, wenn der westliche Mensch durchschnittlich zwölfmal pro Tag mit dem Anblick solcher Models

konfrontiert wird? Gemäß einer Untersuchung an 14-jährigen Schülerinnen in der Schweiz, fühlen sich 75 Prozent der jungen Frauen zu dick.⁵ Das Wort „Innenweltverschmutzung“ wurde in diesem Zusammenhang gebraucht. Bestätigt wird dies auch durch die Tatsache, dass sich Schönheit in westlichen Kulturen sogar negativ auf die Kinderzahl auswirken kann.⁶ Die Koppelung von Schönheit und Fruchtbarkeit, wie sie im Zentrum der darwinschen Evolutionspsychologie steht, wird damit relativiert und kann nicht mehr als Argument zur Rechtfertigung schönheitschirurgischer Operationen ins Feld geführt werden.

Chirurgische Praxis

In der plastisch-chirurgischen Praxis zeigt sich, wie verschieden die Menschen ihren eigenen Körper wahrnehmen und beurteilen. Neben den kulturellen Einflüssen unterliegt das Schönheitsempfinden starken individuellen Schwankungen, die mit der frühkindlichen Prägung erklärt werden können.⁷ Es gibt auch Menschen, die sich nur wenig von gängigen Schönheitsidealen beeinflussen lassen. Woran liegt das? Oder warum und bei welchen Menschen können fast krankhaft zu nennende Schönheitsideale Fuß fassen?

Als Beispiel sei hier Michael Jackson genannt. Woran sind die ästhetischen Chirurgen bei ihm gescheitert oder wo ist die ästhetische Chirurgie grundsätzlich zum Scheitern verurteilt? Sie scheitert dort, wo Schönheit und die Operation, die Schönheit hervorbringen sollte, für ein Ideal stehen, das nie erreichbar ist und dessen Unerfüllbarkeit gleichzeitig verleugnet wird. Dieses Ideal wird damit zum Wunschbild und zur Projektionsfläche und macht das Individuum empfänglich für Versprechen der Werbe- und Modeindustrie, welche durch ihre Bilderwelten immer unerreichbarere Maßstäbe setzt. Perfektion des Körpers, die Vorstellung ewiger Jugend, unbegrenzte Verführungsmacht, bedingungsloses Geliebtwerden, der Wunsch nach Bewunderung, Anerkennung und Bestätigung sind Hoffnung und Ziel.

Jeder Mensch hat eine innere Idee unvergänglicher Schönheit. In der ästhetischen Erfahrung, sei es in der Kunst oder in der Natur, werden wir Teil einer ewigen, transzendenten Wahrheit. Idealisierung der Schönheit im Allgemeinen ist somit verständlich. Körperliche Schönheit aber als Versprechen der Teilnahme am Idealen muss – um mit dem französischen Philosophen und Psychoanalytiker Jacques Lacan zu sprechen – scheitern, da dies dem allgegenwärtigen Mangel, durch den sich der Mensch nun einmal auszeichnet, nicht Rechnung trägt.⁸

Personen wie Michael Jackson versuchen den eigenen Körper als Instrument einzusetzen, um eine innere Kluft zwischen dem Gefühl elementaren Ungenügens und dem Zustand existenziellen Glücks zu schließen. Gelingt dies nicht, kann der drängende Wunsch nach Ganzheit und Einheit nahtlos in Destruktivität übergehen. Schönheitschirurgie wird dann eingesetzt, um den Körper zu beherrschen. Die Erfahrung von Kontrolle und Beeinflussbarkeit erzeugt ein Gefühl der Macht. Ängste und Spaltungen werden durch einen Eingriff oder danach vorübergehend in einen Zustand von Kohäsion, Harmonie und Wohlbefinden transformiert, enden aber langfristig in einer Maskerade.⁹

Begrenztheit der menschlichen Existenz

In den oben beschriebenen Situationen besteht die Gefahr, dass die Begrenztheit, die der menschlichen Existenz innewohnt, nicht nur vom Patienten, sondern auch vom Chirurgen ignoriert wird. Dazu gehört auch die Verleugnung der Zeit. In diesem omnipotenten Raum gibt es weder Anfang noch Ende und somit weder Alter noch Tod. Der Körper bleibt stattdessen endlos formbar. Das Alter muss abgewehrt werden, denn es ist einseitig belastet mit Vorstellungen vom nahen Tod und von unheilbaren Krankheiten. Die Abwehr und Verdrängung des Alters geht jedoch interessanterweise mit einer Überhöhung und Verstärkung der Angst vor den Prozessen am Ende des Lebens einher.¹⁰ Anders ist es, wenn der Konflikt zwischen Leben und Tod als zentrales Problem der menschlichen Existenz einer

Lösung zugeführt wird. Wenn das elementare Ungenügen, die Begrenztheit der menschlichen Existenz und die Fehlbarkeit des Menschen integriert sind, wird das Leben echter und reicher. Der verzweifelte Kampf erübrigt sich und der Genuss des Schönen kann in seiner natürlichen, lebensbejahenden Form erhalten bleiben. Das chirurgische Umfeld ist verführerisch für Persönlichkeiten, die Omnipotenz im Rahmen einer narzisstischen Abwehr einsetzen. Der Ruf der plastischen Chirurgen leidet darunter. Sie werden in den Medien einerseits als Helden gefeiert, andererseits als oberflächlich, undifferenziert, geldgierig und operationswütig dargestellt. Seit einigen Jahren gibt es immer mehr Chirurgen, die sich von der emotionalen Losgelöstheit, welche den heroischen Operateuren des 20. Jahrhunderts anhaftete, distanzieren. Emotionale Kälte, welche die narzisstischen Persönlichkeiten des Operationsaals auszeichnete, ist heute nicht mehr an der Tagesordnung. Die moderne Chirurgie tendiert immer stärker zur Selbstreflexion und Sensibilität für psychodynamische Aspekte.¹¹

Begriff der Gesundheit

Wir leben nicht mehr in einer Zeit, in der körperliche Eigenheiten als gottgegeben betrachtet wurden und es als ketzerisch galt, seinen Körper verändern zu wollen. Gesundheit, gemäß WHO, bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Es gibt deshalb durchaus Eingriffe an einem körperlich gesunden Menschen, die sinnvoll sind. Die Plastische Chirurgie ist eine wunderbare Chirurgie, wird sie zur richtigen Zeit am richtigen Ort eingesetzt. Maßgebend ist dabei die innere Haltung, die der Entscheidung zur Operation zugrunde liegt.

Selbstverantwortung des Patienten

Körperliche Mängel, Fehl- oder Missbildungen sowie Defekte als Folge von Erkrankungen oder Unfällen müssen nicht mehr hingenommen werden. Das ist ein großer Fortschritt. Jeder Mensch ist be-

vollmächtig zu entscheiden, was mit seinem Körper geschieht und hat das Recht, sich körperlich wohl, integer und schön zu fühlen. Er hat damit seinem Körper gegenüber auch eine Selbstverantwortung. Die Rolle der Patienten hat sich in unserer Gesellschaft sehr gewandelt. Patienten können am Prozess der Entscheidungsfindung, welcher auf evidenzbasierten Kriterien beruht, teilnehmen, ihn verstehen und sich dementsprechend weniger ausgeliefert fühlen. Es wird nicht über sie bestimmt, sondern Patientin/Patient und Ärztin/Arzt gehen einen gemeinsamen Weg.

Ehrlichkeit und Empathie des Arztes

Ehrlichkeit zwischen Patient und Chirurg ist die Grundlage, und ohne menschliche Sympathie oder Empathie gibt es keine gute Behandlung. Echte, differenzierte Begegnungen, die nicht von pekuniären Interessen geprägt sind, ermöglichen eine sachgerechte Aufklärung der Patienten und machen den Beruf des plastischen Chirurgen erst wirklich interessant. Dieses Fach kann so ein Segen sein. Es hilft die körperliche Integrität zu erhalten oder wiederherzustellen und vermag damit die Lebensqualität enorm zu verbessern. Plastische Chirurgie wird erst dann wirklich befriedigend, wenn die individuellen Bedürfnisse der Patienten erkannt werden. Genau hinzuhören und zu erfassen, was gerade diese Patientin in der jetzigen Situation braucht oder eben nicht braucht, ist die Grundlage, um auf dem gemeinsam gewählten Weg das Ziel zu erreichen. Diese Grundhaltung bereichert die plastische Chirurgie und macht es erst möglich, im Interesse des Patienten zu handeln, diesen nicht zu schädigen, seine Autonomie und Würde zu schützen sowie bei der Aufklärung rund um die Operation Wahrheit und Ehrlichkeit anzustreben.

Referenzen

- 1 *Ethics manual. Fourth edition. American College of Physicians, Ann Intern Med (1998); 128: 576-594*
Richtlinien des General medical council for Good medical Practice, United Kingdom (2006)

- 2 Chamberlain A. T., *On the Evolution of Human Aesthetic Preferences*, assemblage. the Sheffield graduate journal of archaeology, issue 5 (2000)
- 3 Thornhill R., Gangestad S. W., *The scent of symmetry: A human sex pheromone that signals fitness?*, *Evolution Human Behav* (1999); 20: 175-201
- 4 Kluge N., Sonnenmoser M., *Schön und Superschlank sein zu wollen hat seinen Preis*, Internetpublikation der FSS, Universität Landau (2000)
- 5 Diehl J. M., *Einstellungen zu Essen und Gewicht bei 11-16-jährigen Adoleszenten*, *Schweizer Med Wochr* (1999); 129: 162-175
- 6 Rohde P., *Promiscuity, attractiveness, fondness for children, and the postponement of parenthood: An evolutionary (mal) functional analysis*, University Press, Kassel (2006)
- 7 Bollas C., *Der Schatten des Objekts. Das ungedachte Bekannte: Zur Psychoanalyse der frühen Entwicklung*, Klett Cotta, Stuttgart (1987)
- 8 Lacan J., *Encore, Das Seminar. Buch XX*, Quadriga, Berlin (1986)
- 9 Lacan J., *Subversion des Subjektes und Dialektik des Begehrens im Freudschen Unbewussten*, in: Lacan J., *Schriften II*, Olten, Freiburg (1975), S. 165-204
- 10 Rohde-Dachser C., *Im Dienste der Schönheit. Zur Psychodynamik schönheitschirurgischer Körperinszenierungen*, *Psyche-Z Psychoanal* (2007); 61: 97-124
- 11 Stepansky P. E., *Freud, Surgery and the Surgeons*, The Analytic Press, New York (1999)
Umbricht-Sprüngli R. E., *Psychoanalysis and Surgery*, Dissertation MSc theoretical Psychoanalytic Studies (2006)

Dr. med. Regula E. Umbricht-Sprüngli
Plastische- und Wiederherstellungschirurgie FMH
Goethestrasse 20, CH-8001 Zürich
Regula.Umbricht@btinternet.com

Kongregation für die Glaubenslehre

Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung

1. *Frage:* Ist die Ernährung und Wasserversorgung (ob auf natürlichen oder künstlichen Wegen) eines Patienten im „vegetativen Zustand“ moralisch verpflichtend, außer wenn Nahrung und Wasser vom Körper des Patienten nicht mehr aufgenommen oder ihm nicht verabreicht werden können, ohne erhebliches physisches Unbehagen zu verursachen?

Antwort: Ja. Die Verabreichung von Nahrung und Wasser, auch auf künstlichen Wegen, ist prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung. Sie ist darum verpflichtend in dem Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht. Auf diese Weise werden Leiden und Tod durch Verhungern und Verdursten verhindert.

2. *Frage:* Falls ein Patient im „anhaltenden vegetativen Zustand“ auf künstlichen Wegen mit Nahrung und Wasser versorgt wird, kann deren Verabreichung abgebrochen werden, wenn kompetente Ärzte mit moralischer Gewissheit erklären, dass der Patient das Bewusstsein nie mehr wiedererlangen wird?

Antwort: Nein. Ein Patient im „anhaltenden vegetativen Zustand“ ist eine Person mit einer grundlegenden menschlichen Würde, der man deshalb die gewöhnliche und verhältnismäßige Pflege schuldet, welche prinzipiell die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichen Wegen, einschließt.

Papst Benedikt XVI. hat in der dem unterzeichneten Kardinalpräfekten gewährten Audienz die vorliegenden Antworten, die in der Ordentlichen Versammlung dieser Kongregation beschlossen worden sind, gutgeheißen und deren Veröffentli-

chung angeordnet.

Rom, am Sitz der Kongregation für die Glaubenslehre, am 1. August 2007.

Kommentar

Die Kongregation für die Glaubenslehre hat die Antwort auf zwei Fragen formuliert, die von Bischof William S. Skylstad, dem Vorsitzenden der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten von Amerika, mit Schreiben vom 11. Juli 2005 vorgelegt worden sind.¹ Dabei geht es um die künstliche Ernährung und Wasserversorgung von Patienten, die sich in einem sogenannten „vegetativen Zustand“ befinden. Gegenstand der Fragen ist, ob die Ernährung und Wasserzufuhr, vor allem wenn sie auf künstlichen Wegen erfolgen, nicht eine übermäßig schwere Belastung für diese Patienten, für die Angehörigen und für das Gesundheitssystem darstellen, so dass sie, auch im Licht der kirchlichen Morallehre, als außergewöhnliches oder unverhältnismäßiges Mittel und damit als nicht moralisch verpflichtend betrachtet werden könnten.

Die Befürworter eines möglichen Verzichts auf die Ernährung und Wasserversorgung dieser Patienten berufen sich häufig auf eine Ansprache, die Papst Pius XII. anlässlich eines Anästhesiologenkongresses am 24. November 1957 gehalten hat. Darin bekräftigte der Papst zwei allgemeine ethische Prinzipien: Auf der einen Seite lehren uns die natürliche Vernunft und die christliche Moral, dass bei schwerer Krankheit der Patient und jene, die für ihn sorgen, das Recht und die Pflicht haben, die für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens notwendige Pflege zu leisten. Auf der anderen Seite beinhaltet diese Pflicht gewöhnlich nur die Anwendung der Mittel, die unter Berücksichtigung aller Umstände

als gewöhnlich betrachtet werden, die also für den Patienten und für die anderen keine außergewöhnliche Belastung mit sich bringen. Eine strengere Verpflichtung wäre für die Mehrzahl der Menschen zu schwer und würde die Erlangung wichtiger höherer Güter zu sehr erschweren. Das Leben, die Gesundheit und alle irdischen Tätigkeiten sind den geistlichen Zielen untergeordnet. Natürlich ist damit nicht verboten, mehr für die Erhaltung des Lebens und der Gesundheit zu tun, als streng verpflichtend ist, vorausgesetzt, dass dadurch keine wichtigeren Pflichten versäumt werden.

Man muss zunächst anmerken, dass sich die Antworten von Pius XII. auf den Gebrauch und Abbruch der Wiederbelebungstechniken beziehen. Die hier untersuchte Frage hat aber nichts mit solchen Techniken zu tun. Patienten im „vegetativen Zustand“ atmen spontan, verdauen Nahrungsmittel auf natürliche Weise, verrichten andere Stoffwechselfunktionen und befinden sich in einem stabilen Zustand. Sie können sich jedoch nicht allein ernähren. Wenn ihnen Nahrung und Flüssigkeit nicht künstlich verabreicht werden, sterben sie. Und die Ursache für ihren Tod ist dann nicht eine Krankheit oder der „vegetative Zustand“, sondern einzig das Verhungern und Verdursten. Die künstliche Wasser- und Nahrungsversorgung bringt zudem gewöhnlich weder für den Patienten noch für die Angehörigen eine schwere Belastung mit sich. Sie ist nicht mit übermäßigen Kosten verbunden, sie steht jedem durchschnittlichen Gesundheitssystem zur Verfügung, sie erfordert an sich keinen Krankenhausaufenthalt, sie steht im Verhältnis zur Erreichung ihres Ziels, nämlich das Sterben des Patienten durch Verhungern und Verdursten zu verhindern. Sie ist keine Therapie, die zur Heilung führt, und will es auch nicht sein, sie ist nur eine gewöhnliche Pflege zur Erhaltung des Lebens.

Was hingegen eine erhebliche Belastung darstellen kann, ist die Sorge für einen Angehörigen im „vegetativen Zustand“, wenn dieser Zustand länger andauert. Eine derartige Belastung entspricht etwa der Sorge um einen Menschen, dessen vier Glied-

maßen gelähmt sind, der schwer geisteskrank ist oder der an einer vorangeschrittenen Alzheimer-Krankheit leidet. Solche Menschen brauchen eine ständige Betreuung, die Monate oder sogar Jahre lang dauern kann. Der von Pius XII. formulierte Grundsatz kann aus offenkundigen Gründen aber nicht dahingehend interpretiert werden, dass es erlaubt sei, solche Patienten, deren gewöhnliche Pflege für ihre Familie eine erhebliche Belastung mit sich bringt, sich selbst zu überlassen und damit sterben zu lassen. Dies meinte Pius XII. nicht, als er von außergewöhnlichen Mitteln sprach.

Alles weist darauf hin, dass bei Patienten im „vegetativen Zustand“ der erste Teil des von Pius XII. formulierten Grundsatzes zur Anwendung kommt: Bei schwerer Krankheit besteht das Recht und die Pflicht, die für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens notwendige Pflege zu leisten. Die Entwicklung des Lehramts der Kirche, die aus der Nähe die Fortschritte der Medizin und die sich ergebenden Zweifel verfolgt hat, bekräftigt dies voll.

Die Erklärung zur Euthanasie, die von der Kongregation für die Glaubenslehre am 5. Mai 1980 veröffentlicht wurde, legte dar, dass zwischen verhältnismäßigen und unverhältnismäßigen Mitteln sowie zwischen therapeutischen Maßnahmen und normaler dem Kranken geschuldeter Pflege zu unterscheiden ist: „Wenn der Tod trotz der angewandten Mittel unausweichlich näher kommt, ist es erlaubt, im Gewissen die Entscheidung zu treffen, auf Therapien zu verzichten, die nur eine kurze und schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken würden, ohne jedoch die normale Pflege zu unterlassen, die man in solchen Fällen dem Kranken schuldet“ (Teil IV). Noch weniger darf man die gewöhnliche Pflege von Patienten unterlassen, die sich nicht in unmittelbarer Todesgefahr befinden, wie es gewöhnlich bei jenen der Fall ist, die sich im „vegetativen Zustand“ befinden und für die der Abbruch der gewöhnlichen Pflege nichts anderes als den Tod bewirken würde.

Am 27. Juni 1981 veröffentlichte der Päpstliche Rat *Cor Unum* ein Dokument mit dem Titel *Ethi-*

sche Fragen bezüglich der Schwerkranken und Sterbenden, in dem es unter anderem heißt: „Streng verpflichtend bleibt hingegen auf jeden Fall die Anwendung der sogenannten ‚minimalen‘ Mittel, also jener Mittel, die normalerweise und unter gewöhnlichen Umständen der Erhaltung des Lebens dienen (Ernährung, Bluttransfusionen, Injektionen, usw.). Der Abbruch dieser Mittel würde praktisch bedeuten, dem Leben des Patienten ein Ende bereiten zu wollen“ (Nr. 2.4.4).

In einer Ansprache an die Teilnehmer eines internationalen Kurses über neue Erkenntnisse in der Leukämie-Frühdagnose am 15. November 1985 rief Papst Johannes Paul II. die Erklärung zur Euthanasie in Erinnerung und bekräftigte klar, dass man kraft des Prinzips der Verhältnismäßigkeit der Pflegemaßnahmen weder „von wirksamen therapeutischen Maßnahmen zur Lebenserhaltung noch von der Anwendung der normalen Mittel zur Lebenserhaltung“ dispensieren kann, zu denen mit Sicherheit die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit gehören. Nicht erlaubt sind gemäß den Ausführungen des Papstes jene Unterlassungen, die darauf abzielen, „das Leben zu verkürzen, um dem Patienten oder den Angehörigen Leiden zu ersparen“.

1995 wurde vom Päpstlichen Rat für die Pastoral im Krankendienst die *Charta für die im Gesundheitsdienst tätigen Personen* veröffentlicht. In der Nr. 120 wird dort ausdrücklich gesagt: „Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Pflege, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist. Ihre unrechtmäßige Aussetzung kann tatsächlich eine Euthanasie bedeuten“.

Ganz deutlich ist die Ansprache von Johannes Paul II. an eine Gruppe von Bischöfen aus den Vereinigten Staaten von Amerika anlässlich ihres *Ad-limina*-Besuches am 2. Oktober 1998: Ernährung und Flüssigkeitszufuhr werden als normale Pflegemaßnahmen und gewöhnliche Mittel zur Lebenserhaltung betrachtet. Es ist nicht annehmbar, sie abzubauen oder nicht zu verabreichen, wenn diese

Entscheidung den Tod des Patienten zur Folge hat. Wir stünden dann vor einer Euthanasie durch Unterlassung (vgl. Nr. 4).

In der Ansprache vom 20. März 2004 an die Teilnehmer des Internationalen Fachkongresses zum Thema „Lebenserhaltende Behandlungen und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmas“ bekräftigte Johannes Paul II. in sehr klaren Worten die Linie der genannten Dokumente und bot auch eine entsprechende Interpretation. Der Papst unterstrich folgende Punkte:

1) „Für jene, deren ‚vegetativer Zustand‘ mehr als ein Jahr andauert, wurde der Ausdruck *anhaltender vegetativer Zustand* geprägt. In Wirklichkeit entspricht dieser Definition keine andere Diagnose, sondern nur eine konventionelle Prognose in Bezug auf die Tatsache, dass die Besserung des Patienten – statistisch gesehen – immer schwieriger wird, je länger der vegetative Zustand andauert“ (Nr. 2).¹

2) Gegenüber jenen, die das Menschsein der Patienten im „anhaltenden vegetativen Zustand“ in Zweifel ziehen, ist zu bekräftigen, „dass der jedem Menschen innewohnende Wert und seine personale Würde sich nicht verändern, was immer auch seine konkreten Lebensumstände sein mögen. *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch* und wird nie zur Pflanze oder zum Tier, *selbst wenn er schwerkrank oder in der Ausübung seiner höheren Funktionen behindert ist*“ (Nr. 3).

3) „Der Kranke im vegetativen Zustand hat also in Erwartung der Genesung oder des natürlichen Endes das Recht auf eine ärztliche Grundbetreuung (Ernährung, Wasserzufuhr, Hygiene, Erwärmung, usw.) und auf die Vorsorge gegen Komplikationen, die mit der Bettlägerigkeit verbunden sind. Er hat auch das Recht auf eine gezielte Rehabilitationsmaßnahme und auf die Überwachung der klinischen Zeichen einer eventuellen Besserung. Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen erfolgt, immer ein *natürliches Mittel* der Lebenserhaltung und *keine medizinische Behandlung* ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell

als *gewöhnlich und verhältnismäßig* und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, und zwar in dem Maß, in dem und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Nahrung und Schmerzlinderung zu verschaffen“ (Nr. 4).

4) Die vorausgehenden Dokumente wurden aufgegriffen und im genannten Sinn interpretiert: „Denn die Pflicht, die normale Pflege, die man in solchen Fällen dem Kranken schuldet, nicht vorzuenthalten (Kongregation für die Glaubenslehre, *Erklärung zur Euthanasie*, Teil IV), umfasst auch die Versorgung mit Nahrung und Wasser (vgl. Päpstlicher Rat *Cor Unum*, *Ethische Fragen bezüglich der Schwerverkranken und Sterbenden*, Nr. 2.4.4; Päpstlicher Rat für die Pastoral im Krankendienst, *Charta für die im Gesundheitsdienst tätigen Personen*, Nr. 120). Eine Wahrscheinlichkeitsrechnung, die auf den geringen Hoffnungen auf Besserung gründet, wenn der vegetative Zustand mehr als ein Jahr andauert, kann ethisch die Aussetzung oder Unterbrechung der *minimalen Pflege* des Patienten, die Ernährung und Wasserzufuhr einschließt, nicht rechtfertigen. Denn eine solche Unterbrechung würde einzig und allein den Tod durch Verhungern und Verdursten herbeiführen. In diesem Sinn würde sie letztlich, wenn bewusst und absichtlich herbeigeführt, zu einer wahren und eigentlichen Euthanasie durch Unterlassung“ (Nr. 4).

Die Antworten, welche die Kongregation für die Glaubenslehre nun vorlegt, liegen auf der Linie der eben angeführten Dokumente des Heiligen Stuhls, besonders der Ansprache von Johannes Paul II. vom 20. März 2004. Sie beinhalten zwei grundlegende Aussagen: Zum einen wird bekräftigt, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch auf künstlichen Wegen, prinzipiell ein gewöhnliches und verhältnismäßiges Mittel der Lebenserhaltung für Patienten im „vegetativen Zustand“ ist: „Sie ist darum verpflichtend in dem Maß, in dem sie und solange sie nachweislich ihre eigene Zielsetzung erreicht, die in der Wasser- und Nahrungsversorgung des Patienten besteht“. Zum anderen wird

klargestellt, dass dieses gewöhnliche Mittel der Lebenserhaltung auch jenen geschuldet ist, die sich im „anhaltenden vegetativen Zustand“ befinden, weil es sich um Personen mit einer grundlegenden menschlichen Würde handelt.

Wenn die Kongregation für die Glaubenslehre bekräftigt, dass die Verabreichung von Nahrung und Wasser *prinzipiell* moralisch verpflichtend ist, schließt sie nicht aus, dass die künstliche Ernährung und Wasserzufuhr in sehr abgelegenen oder extrem armen Regionen physisch unmöglich sein kann. Dann gilt der Grundsatz: *Ad impossibilia nemo tenetur* (Niemand ist zum Unmöglichen verpflichtet). In solchen Fällen bleibt jedoch die Verpflichtung, die zur Verfügung stehende minimale Pflege anzubieten und nach Möglichkeit die notwendigen Mittel für eine angemessene Lebenserhaltung zu besorgen. Die Kongregation schließt auch nicht aus, dass es zusätzliche Komplikationen geben kann, die dazu führen, dass der Patient Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr aufnehmen kann, dann wird ihre Verabreichung vollkommen unnütz. Schließlich wird nicht ganz ausgeschlossen, dass die künstliche Ernährung und Wasserversorgung in gewissen seltenen Fällen für den Patienten eine übermäßige Belastung oder ein erhebliches physisches Unbehagen, etwa aufgrund von Komplikationen beim Gebrauch der Hilfsinstrumente, mit sich bringen kann.

Diese außergewöhnlichen Fälle beeinträchtigen jedoch in keiner Weise das allgemeine ethische Prinzip, gemäß dem die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen erfolgt, immer ein *natürliches Mittel* der Lebenserhaltung und nicht eine *therapeutische Behandlung* darstellt. Ihre Anwendung ist deshalb als *gewöhnlich und verhältnismäßig* zu betrachten, auch wenn der „vegetative Zustand“ andauert.

Referenzen

- 1 Die Terminologie im Zusammenhang mit den verschiedenen Phasen und Formen des „vegetativen Zustandes“ wird kontrovers diskutiert. Dies ist jedoch für die moralische Bewertung nicht von Bedeutung.

Stammzellenforschung 1: Durchbruch bahnt Weg zu ethisch sauberen ES-Zellen

Zwei Forscherteams aus Japan und den USA ist unabhängig voneinander ein entscheidender Durchbruch in der Stammzellforschung gelungen. Shinya Yamanaka von der *Universität Kyoto* und James Thomson von der *Universität Wisconsin* in Madison gelang es mit ihren Mitarbeitern, menschliche Hautzellen zu einer Art embryonaler Stammzellen zurückzuprogrammieren. Konkret programmierten die beiden Forscherteams bereits spezialisierte menschliche Haut- und Bindegewebszellen durch Einschleusen von vier Genen mittels Viren so um, dass diese Zellen praktisch sämtliche Merkmale embryonaler Stammzellen aufwiesen. So glichen laut den Forschern die reprogrammierten Zellen, so genannte induzierte pluripotente Stammzellen (iPS), in ihrer Oberflächenstruktur und in Bezug auf wichtige genetische Marker embryonalen Stammzellen. Auch seien sie in der Lage gewesen, sich in drei Hauptgewebetypen zu verwandeln, aus denen im Verlauf der embryonalen Entwicklung des Menschen sämtliche Gewebetypen hervorgehen. Allerdings habe das Muster der Genaktivitäten bei den reprogrammierten Zellen nicht völlig mit dem embryonaler Stammzellen übereingestimmt. Die nächste Publikation werde hoffentlich zeigen, dass man die vier Genregulatoren, die man für die Verjüngungskur bisher mit potentiell krebsauslösenden Retroviren in die Hautzellen eingeschleust hat, mit anderen Viren und vielleicht mit kleinen Molekülen ohne gentechnischen Eingriff funktionsfähig bekommt, erklärte Yamanaka, der am 26. November für seine bahnbrechenden Arbeiten den Meyenburg-Preis 2007 des Deutschen Krebsforschungszentrums erhielt. Die „induzierten embryonalen Stammzellen“ gelten laut Krebsforschungszentrum als Hoffnungsträger der Transplantations- und Krebsmedizin.

FAZ, 27. November 2007,

Cell DOI 10.1016/j.cell.2007.11.019,

Science DOI: 10.1126/science.1151526, 20. November 2007

Stammzellenforschung 2: Ian Wilmut wendet sich vom Klonen ab

Kurz vor der Veröffentlichung der beiden bahnbrechenden Stammzellen-Studien hat der bekannte Klonforscher Ian Wilmut, Direktor des Scottish Centre for Regenerative Medicine der University of Edinburgh, öffentlich verkündet, dass er das therapeutische Klonen menschlicher Embryonen zur Gewinnung embryonaler Stammzellen nicht weiter verfolgen will. Wilmut will hingegen an der Umprogrammierung von erwachsenen Zellen weiterforschen – das sei „hundert Mal interessan-

ter“ als das Klonen. Hier läge die Zukunft der Stammzellenforschung. Gegenüber der BBC sagte Wilmut, seine Entscheidung sei nicht ethisch begründet, vielmehr halte er das Yamanaka-Verfahren aus wissenschaftlichen Gründen für wesentlich aussichtsreicher.

Diese Methode der Gewinnung von Stammzellen, aus denen man alle anderen Zellen erzeugen könnte, hätte den Vorteil, dass man die Ausgangszellen den Menschen selbst entnehmen würde, für die Ersatzgewebe oder -organe hergestellt werden soll. So würden die Implantate auch nicht abgestoßen werden. Der Umweg über das Klonen und die damit verbundenen Risiken wäre unnötig. Dass sich Wilmut vom therapeutischen Klonen abwenden will, lässt aufhorchen. Wilmut ist Inhaber einer britischen Lizenz zum Klonen menschlicher Embryonen, von der er nun keinen Gebrauch mehr machen will.

Daily Telegraph, 16. November 2007,

www.heise.de, 17. November 2007

Stammzellenforschung 3: Pochen auf Liberalisierung weder ethisch noch medizinisch sinnvoll

Der deutsche Stammzellforscher Horst Schoeler vom Max-Planck-Institut für molekulare Biomedizin in Münster sprach angesichts der beiden neuen Studien bereits von einer „Sensation“. Auch wenn die verjüngten, reprogrammierten Zellen noch nicht perfekt seien, gehe die Tragweite dieser Entdeckung aus Schoelers Sicht sogar noch über die der Schaffung des ersten Klonschafes Dolly hinaus. „Sollten sich die Ergebnisse bestätigen, wäre das ein echter Durchbruch“, so Schoeler gegenüber der *Rheinischen Post*. Dennoch fordern er und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) weiterhin eine Freigabe der ethisch umstrittenen Forschung mit ES-Zellen und die Abschaffung des Stichtags im Stammzellgesetz. Als Argument führen sie an, dass man frischere embryonale Stammzellen als Vergleichsmöglichkeit brauche. Die jüngsten Ergebnisse sprechen hingegen eine andere Sprache: In den Arbeiten der Gruppen um Yamanaka und Thomson wurden die neuen „induzierten pluripotenten Stammzellen“ (iPS) mit den weltältesten (!) bei den Nationalen Gesundheitsinstituten der USA (NIH) seit 1998 registrierten menschlichen embryonalen Stammzellen verglichen. Auch deutschen Wissenschaftler standen diese ES-Zellen zur Verfügung, da sie vor dem Stichtag 1. Januar 2002 hergestellt wurden. Hubert Hüppe, Bioethik-Experte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion forderte, dass die neuen Erkenntnisse in der Stammzellforschung die Debatte um eine Lockerung der geltenden Stichtagsregelung in Deutschland beenden. Die Vorsit-

zende des Bundesverbands Lebensrecht (BVL), Claudia Kaminski, erklärte: „Mit den in den Fachzeitschriften *Science* und *Cell* veröffentlichten sensationellen Ergebnissen von Shinya Yamanaka und James Thomson steht der Regenerativen Medizin nun neben Nabelschnurblut und adulten Stammzellen eine dritte vielversprechende, ethisch akzeptable Quelle für weitere Forschungen zur Verfügung.“ Der BVL fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestags daher auf, die Bemühungen um eine Liberalisierung des Stammzellgesetzes umgehend einzustellen. Die vorhandenen Alternativen seien nicht nur ethisch unproblematisch, sondern auch medizinisch vielversprechender. „Wer trotz alldem weiter auf einer Verlegung oder gar Abschaffung der Stichtagsregelung beharrt, der muss sich vorwerfen lassen, vorrangig den Embryonenschutz aufweichen oder sogar ganz abschaffen zu wollen. Mit dem Durchbruch von Yamanaka und Thompson hat die ‚Ethik des Heilens‘ als Vorwand für gesetzliche Erleichterungen der ethisch nicht akzeptablen Forschung mit humanen embryonalen Stammzellen endgültig ausgedient“, erklärte Kaminski.

Rheinische Post, 21. November 2007,
Pressemitteilungen des BVL vom 21. und H. Hüppe vom 20. November 2007

Euthanasie: Verein Dignitas leistet Sterbehilfe im Auto

Die umstrittene Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas assistierte zwei Deutschen in einem Auto beim Suizid. Wie der Sprecher der zuständigen Staatsanwaltschaft, Markus Hohl, der Schweizer Nachrichtenagentur SDA sagte, ereignete sich der Fall in einem Kombiwagen auf dem Gebiet der Kleinstadt Maur im Nordosten der Schweiz. Bei den Toten handle es sich um einen 50-jährigen und einen 65-jährigen Mann. Die Organisation sah sich in den vergangenen Monaten zunehmend mit dem Problem konfrontiert, für Sterbehilfe keine geeigneten Räume zur Verfügung zu haben. Nachbarn hatten wiederholt protestiert, sie wollten nicht in kurzen Abständen Leichenwagen vor ihrer Haustüre sehen. Als die Organisation auf ein Hotelzimmer auswich, drohte der Hotelbesitzer mit einer Klage. Nun wich Dignitas auf den Parkplatz aus. Die Deutsche Hospizstiftung kritisierte das Vorgehen als „zynisch und menschenverachtend“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg Dietrich Hoppe, fordert ein gesetzliches Verbot aktiver Sterbehilfe. Er kritisierte das Vorhaben der Organisation Dignitate, einem Ableger des Schweizer Vereins Dignitas, lebensmüden Patienten bei der Selbsttötung zu helfen. „Töten gehört nicht zum Handwerk des Arztes und der Ärztin und Beihilfe auch nicht, das ist seit Hippokrates

so“, so Hoppe. Dignitas hat nach eigenen Angaben bereits mehr als 600 Menschen beim Sterben unterstützt. Haupt„kunden“ sind Deutsche. In der Schweiz kann ein Arzt einem unheilbar Kranken ein tödliches Gift verschreiben, dieser muss die Dosis jedoch eigenständig zu sich nehmen. Der Sterbehelfer darf für die Tötung kostendeckend Gebühren einheben. In Deutschland ist aktive Sterbehilfe verboten. Doch Dignitas will einen Präzedenzfall schaffen, um die Rechtslage gerichtlich überprüfen zu lassen, um sich dann auch in Deutschland niederlassen zu können.

Dt. Ärzteblatt online, 7. und 22. November 2007

Ethik: Apotheker können aus Gewissensgründen Leistungen verweigern

Papst Benedikt XVI. hatte am 29. Oktober 2007 in einer Rede vor katholischen Apothekern ein Recht auf Gewissensentscheidungen für Pharmazeuten verlangt. Wenn es um „eindeutig unmoralische Entscheidungen“ wie Abtreibung oder Sterbehilfe gehe, könne man von ihnen keinerlei Mitwirkung fordern, so der Papst, der sich damit u. a. auf die Abgabe der sogenannten „Pille danach“ bezog. Ende Oktober hatte in Chile die Regierung Strafen von umgerechnet rund 45.000 Euro für drei große Apothekenketten verhängt, die sich aus Gewissensgründen geweigert hatten, die „Pille danach“ zu verkaufen. Der Papst betonte, dass es Apothekern erlaubt sein müsse, sich nicht direkt oder indirekt an der Lieferung von Medikamenten zu beteiligen, die eindeutig unmoralische Ziele haben. Apothekern komme auch eine erzieherische Rolle zu, indem sie die Kunden auf „die ethischen Folgen des Gebrauchs einiger Medikationen“ hinweisen. Die Leistungsverweigerung aus Gewissensgründen ist zwar weltweit für den Ärztestand gesetzlich verankert, teilweise auch für die im Gesundheitsbereich Tätigen, nicht aber für Apotheker. So wird im § 96 des österreichischen Strafgesetzbuches unter der Gewissensklausel nur der Arzt, das Krankenpflegepersonal, der medizinisch-technische Dienst und der Sanitätshilfsdienst erwähnt – nicht aber der Apotheker.

http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2007/october/documents/hf_ben-xvi_spe_20071029_catholic-pharmacists_ge.html

Dt. Ärzteblatt, 31. Oktober 2007

Studie: Pille steigert Risiko für Gefäßverkalkungen

Die Einnahme oraler Kontrazeptiva über einen Zeitraum von zehn Jahren könnte das Risiko von atherosklerotischen Plaques in den großen Arterien um 20 bis 30 Prozent erhöhen. Zu diesem Ergebnis kommt eine

repräsentative Querschnittsstudie aus Belgien, die auf der Jahrestagung der American Heart Association in Orlando/Florida diskutiert wurde. Untersucht wurden in der im Fachjournal *Circulation* präsentierten Studie 1.301 belgische Frauen im Durchschnittsalter von 46 Jahren. Von ihnen nahm jede Vierte aktuell hormonelle Kontrazeptiva, 81 Prozent davon hatten diese Form der Empfängnisverhütung im Durchschnitt 13 Jahre betrieben. Nach Berechnungen, die auch andere Atherosklerose-Risikofaktoren wie Alter, Rauchen, Hypertonie, Lipidstatus, Adipositas, Diabetes, Bewegungsarmut, geringer Verzehr an Obst und Gemüse, Alkohol, Bildungsniveau und Medikation berücksichtigten, war die Einnahme von oralen Kontrazeptiva mit einem signifikant erhöhten Risiko auf Gefäßverkalkungen assoziiert. Studienleiter Ernst Rietzschel von der Universität Gent plädiert dafür, die langfristige Einnahme der „Pille“ als bisher zu wenig beachteten Risikofaktor ernster zu nehmen. Nach den Worten Rietzschels ist sie ein „wichtiger Faktor in der globalen atherosklerotischen Belastung (global atherosclerotic burden)“. Weltweit verwenden rund 100 Millionen Frauen orale Kontrazeptiva.

Circulation (2007); 116:II_820, November 2007

IVF: Wunsch nach Baby ist ausschlaggebend für Kündigungsschutz

Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, sind zwar deshalb nicht gleich schwanger, wohl aber potentielle Wunschwütter und dürfen deshalb nicht gekündigt werden. So lautet die Begründung, mit der ein aktuelles EuGH-Gutachten (Az.C-506/06.) einen Anlassfall aus Österreich lösen will. Der Kündigungsschutz für werdende Mütter soll greifen, sobald ein Termin für eine künstliche Befruchtung feststeht und der Chef davon Kenntnis hat.

Hintergrund des Rechtsgutachtens ist der Fall einer Angestellten in Salzburg (vgl. *Imago Hominis* 1/2007, „Mutterschutz ohne Schwangerschaft?“). Ihr Hausarzt hatte sie Anfang März 2005 für eine künstliche Befruchtung krankgeschrieben. Am 13. März sollten die Embryonen eingepflanzt werden. Drei Tage vor dem Arzttermin wurde die Mitarbeiterin gekündigt. Sie klagte ihren Arbeitgeber. Dieser verteidigte sich mit dem Argument, er habe nicht gegen den bestehenden Mutterschutz verstoßen, da die Frau zum Zeitpunkt der Kündigung noch nicht schwanger gewesen sei. Das Oberlandesgericht gab ihm in zweiter Instanz Recht. Es könne keine Schwangerschaft außerhalb des Körpers der Frau geben, entschied das österreichische Gericht, für „vielleicht künftig schwanger werdende“ Frauen gelte „kein Kündi-

gungsschutz“. Das dem Europäischen Gerichtshof vorgelegte Gutachten argumentiert nun mit dem möglichen Vorliegen von Diskriminierung. Nach Überzeugung des Rechtsgutachters Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer könne man nach einer künstlichen Befruchtung zwar erst dann von einer Schwangerschaft sprechen, wenn der Embryo in die Gebärmutter eingesetzt wurde. Der besondere Kündigungsschutz für werdende Mütter gilt daher auch erst ab diesem Zeitpunkt. Allerdings sei eine Kündigung dennoch rechtswidrig, weil diskriminierend, wenn der Arbeitgeber von dem geplanten Eingriff weiß und der Schwangerschaft noch zuvorkommen will. Sollte der EuGH dieser Auslegung folgen, müsste konsequenter hinterfragt werden, ob nun jede fortpflanzungsfähige Frau dem Kündigungsschutz unterliegt, weil eine zukünftige Schwangerschaft möglich ist. Oder weil sie Kinderwunsch geäußert hat. Kritisch zu fragen ist außerdem, warum Frauen, die sich einer IVF unterziehen, rechtlich besser gestellt sein sollen als Schwangere, die es auf natürlichem Wege geworden sind. Das EuGH-Urteil wird für Anfang 2008 erwartet.

Focus online, 27. November 2007

Public Health: Kampf gegen Fettleibigkeit als ernstes Problem verstärken

Adipositas nimmt pandemische Ausmaße mit schweren Folgen für Menschen und Gesundheitssysteme an. *The Lancet* mahnte im Leitartikel mit Fokus auf Großbritannien einen „unpolitischen und überregionalen Ansatz zur Bewältigung der epidemischen Fettleibigkeit“, der auch Nahrungsmittelhersteller zur Verantwortung zieht. 23 Prozent der Erwachsenen in England gelten als fettleibig, verglichen mit 12,6 Prozent in anderen Staaten der Europäischen Union vor 2004. Ein Fünftel bis ein Drittel aller Kinder gilt als übergewichtig. Ohne weitreichende und rasche Maßnahmen würden demnach im Jahr 2050 60 Prozent aller Männer und die Hälfte aller Frauen in Großbritannien schwer übergewichtig sein. Die Fälle von Diabetes Typ II würden sich um 70 Prozent steigern, Schlaganfälle um 30 Prozent, koronare Herzerkrankungen um 20 Prozent häufiger vorkommen. Fettleibigkeit bei Kindern ist bei weitem nicht nur ein britisches Phänomen: Rund 22 Millionen Kinder in der EU leiden an Übergewicht, jedes Jahr steigt die Zahl Berechnungen zufolge um weitere 400.000. Auch deutsche Experten schlugen Alarm: Von den dreibis 17-Jährigen seien rund 15 Prozent übergewichtig und etwa sechs Prozent fettsüchtig – Tendenz stark steigend. Zwei Drittel der fettsüchtigen Kinder hätten nach einer Analyse niemals gemeinsam im Familienkreis am Tisch

gegessen. Nach einer Studie im US-amerikanischen Ärzteblatt *JAMA* leiden adipöse Menschen heute unter stärkeren funktionellen Einschränkungen und Belastungen der Gelenke als noch vor 15 Jahren. Außerdem steigt das Krebsrisiko erheblich an, wie eine Analyse der Million Women Study im *British Medical Journal* bei übergewichtigen Frauen dokumentierte. *Lancet* führte das positive Beispiel Finnlands an – vormals weltweit führend bei Herz-Kreislauf bedingten Todesfällen –, wo nun 94 Prozent der 19- bis 65-jährigen Bevölkerung regelmäßig Sport treiben, Kinder ausgewogene Mahlzeiten in der Schule erhalten, sich der Obst- und Gemüsekonsum verdreifacht hat und die Fettleibigkeit unter Erwachsenen auf 12,8 Prozent gesunken ist.

Lancet (2007); 370: 1521, 2. November 2007

JAMA (2007); 298: 2020-2027, 7. November 2007

Br Med J, 6. November 2007

Studie: Psychiater glauben kaum an Gott

Psychiater sind im Vergleich zu Kollegen in anderen medizinischen Sparten am wenigsten religiös. Das ist das Ergebnis einer im Fachjournal *Psychiatric Services* veröffentlichten Studie, in der rund 2000 US-Ärzte nach ihrem Verhältnis zur Religion befragt wurden. Die historische Verbindung der Psychiatrie zur Psychoanalyse und die anti-religiösen Ansichten der frühen Analytiker wie Sigmund Freud scheinen bis heute nachzuwirken, vermutet Studienautor Farr Curlin von der *Universität Chicago*. Unter den Psychiatern gaben 17 Prozent keine Konfession an, während es in der Gesamtgruppe aller Ärzte 10 Prozent waren. Protestanten (27 vs. 39 Prozent) und Katholiken (10 vs. 22 Prozent) scheint es am wenigsten zur Psychiatrie zu ziehen. Etwa ein Drittel der Psychiater (33 vs. 19 Prozent bei den anderen Fachgruppen) bezeichnete sich als „spirituell“, aber nicht besonders religiös. Curlin erforschte auch das Überweisungsverhalten der Ärzte. In einer Vignette wurden die Nicht-Psychiater unter den Medizinern gefragt, was sie denn einem Patienten raten würden, der zwei Monate nach dem Tod seiner Frau an tiefen Trauergefühlen leide. Mehr als die Hälfte der US-Ärzte (56 Prozent) würde einen solchen Patienten zum Psychiater überweisen. Unter den religiös praktizierenden Ärzten gab es hingegen wesentlich mehr Mediziner, die stattdessen auch Seelsorger oder geistliche Begleiter mit einbeziehen würden.

Psychiatric Services (2007); 58: 1193-1198, September 2007

Public Health: Verheiratete greifen seltener zur Zigarette

Geschiedene oder Verwitwete rauchen häufiger als Verheiratete. Und der Zigarettenkonsum liegt deutlich

über jenem von Verheirateten. Dies ist eines der Ergebnisse einer Studie des *Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsförderung* (RWI Essen) zum Rauchverhalten in Deutschland. Demnach liegt das Risiko zu rauchen für geschiedene oder verwitwete Männer um 13 bis 18 Prozentpunkte, für Frauen um 11 bis 14 Prozentpunkte höher als für verheiratete. Außerdem greifen Personen mit geringer Schulbildung, niedrigem Einkommen, Singles sowie tendenziell Personen, die nicht mit kleinen Kindern in einem Haushalt leben, eher zur Zigarette. Für die Studie wurden Daten aus dem deutschen Mikrozensus von 1995, 1999 und 2003 ausgewertet. Eine weitere Studie mit Daten des sozio-ökonomischen Panels aus den Jahren 1984 bis 2004 ergab, dass vor allem Jugendliche, die ihre gesamte Kindheit mit rauchenden Eltern verbracht haben, ein höheres Risiko haben, selbst mit dem Rauchen anzufangen.

<http://www.rwi-essen.de/>, 20. September 2007

Medicina e Morale

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.
2007/4

Editoriale: I medici ed il testamento biologico;

C. Casini: A tre anni dalla legge 40/2004 sulla "procreazione medicalmente assistita": Un esame critico della relazione del ministro della salute;

J. Suaudeau: La diagnosi pre-impiantatoria. Lo stato dell'arte scientifico e gli interrogativi etici – parte II;

V. Mele, S. Giardina: Testi della medicina narrativa nel caso clinico di Anton Cechov;

A. Virdis: Considerazioni sullo status epistemologico della filosofia della medicina.

2007/5

Presentazione: Antropologia ed etica della vita nel pensiero di Giovanni Paolo II;

E. Sgreccia: L'insegnamento di Giovanni Paolo II sulla vita umana. La prospettiva cristocentrica;
M. Rhonheimer: La creazione e la legge naturale a fondamento della morale della vita in Giovanni Paolo II;

J. Lafitte: Creati per amare: la sessualità umana secondo Giovanni Paolo II;

W. J. Eijk: L'estensione del quinto comandamento nel pensiero morale di Giovanni Paolo II;

G. Herranz: La conciencia del médico y el respeto a la vida humana. Juan Pablo II y el juramento de Hipócrates;

V. Mele: Dignità e missione della donna nell'insegnamento di Giovanni Paolo II;

M. L. Di Pietro: La questione demografica e il pensiero di Giovanni Paolo II;

L. Palazzani: Legge morale e legge civile a difesa dell'uomo in Giovan-

ni Paolo II.

Hastings Center Report

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in Englisch.
Volume 37 No. 4, 2007

From the Editor: Liberty and Solidarity;
Another Voice: Lawrence O. Gostin: Why Should We Care about Social Justice?;

In Practice: Anna B. Reisman: Saving Sylvia Cleary;

At Law: Carl E. Schneider: The Cash Nexus;
Essays:

Franco Furger, Francis Fukuyama: A Proposal for Modernizing the Regulation of Human Biotechnologies;

James W. Fossett: Managing Reproductive Pluralism: The Case for Decentralized Governance;

Leonard M. Fleck: Can We Trust "Democratic Deliberation"?;

John A. Robertson: The Virtues of Muddling Through;

Josephine Johnston: Tied Up in Nots over Genetic Parentage;

Lori Uscher-Pines; Patrick S. Duggan, Joshua P. Garoon, Ruth A. Kar-ron, Ruth R. Faden: Planning for an Influenza Pandemic: Social Justice and Disadvantaged Groups;

Richard Sobel: The HIPAA Paradox: The Privacy Rule That's Not;

Perspective: Geoffrey Miller: Ten Days in Texas.

Volume 37 No. 5, 2007

From the Editor: Patient Doctors;
Another Voice: Anna B. Reisman: Helping Patients Become "Competent Inquirers";

In Practice: Guang-Shing Cheng: Compromise;

At Law: Lawrence O. Gostin: Global Climate Change: The Roberts Court and Environmental Justice;

Policy & Politics: Benjamin S. Wilford: The Ashley Case: The Public Response and Policy Implications;

Essays:

Mark A. Levine, Matthew K. Wynia, Paul M. Schyve, J. Russell Teagarden, David A. Fleming, Sharon King Donohue, Ron J. Anderson,

James Sabin, Ezekiel J. Emanuel, for the Ethical Force Program: Improving Access to Health Care: A Consensus Ethical Framework to Guide Proposals for Reform;

Eric J. Cassell: Unanswered Questions: Bioethics and Human Relationships;

Nuala Kenny, Roger Chafe: Pushing Right against the Evidence: Turbulent Times for Canadian Health Care;

Rebecca Kukla: How Do Patients Know?;

James Dwyer: What's Wrong with the Global Migration of Health Care Professionals? Individual Rights and International Justice;

Perspective: Anita J. Tarzian: Disability and Slippery Slopes.

Perspective: Anita J. Tarzian: Disability and Slippery Slopes.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

15. Jahrgang Heft 3, 2007
Leitartikel:

Josef Römelt: Vom freien Willen als bindende Selbstbestimmung zur offenen Lebenssuche. Gibt es eine autonome Willensbildung?;

Petra Mayr: Es ist nicht alles Gold, was glänzt... Von der Universalisierung und dem Objektbereich der goldenen Regel;

Nikolaus Knoepffler: Prinzipien und Regeln einer nicht-medizinischen Bioethik.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch, XL/2, 2007

Estudios:

Rosa M. Mayorga: El pragmatismo: ¿un nombre antiguo para nuevas maneras de pensar?;

Gregory F. Pappas: El punto de

partida de la filosofía en Risieri Frondizi y el pragmatismo; Fernando Zalamea: Mariono Picón Salas: triangulaciones del lugar americano 1930-1950; Eduardo Armenteros: Ortega y el espíritu del 98. El pragmatismo como trans fondo: Ortega, Maeztu y Baroja; Marta Torregrosa: El pragmatismo en el pensamiento de Eugenio d'Ors; Paloma Pérez-Ilzarbe: La idea de ciencia de Eugenio d'Ors: un enfoque "postpragmático"; Antonio González, Jaime Nubiola: William James en Eugenio d'Ors; Izaskun Martínez: El pragmatismo de Unamuno; Carlos Ortiz de Landázuri: Las fuentes hispanas de la noción pragmática de creencia a través de d'Ors, Ortega, Unamuno y Ganivet; Susan Haack: La legetimidad de la metafísica: el legado de Kant a Peirce, y el de Peirce a la filosofía de nuestros días.

RdM Recht der Medizin

Wien, Zeitschrift in Deutsch
14. Jahrgang, Heft 5, 2007
Wolfgang Mazal: Editorial;
Beiträge:
Helmut Schwamberger: Nichtbefassung der Ethikkommission – mögliche rechtliche Folgen;
Maria-Luise Plank: Ärzte, Krankenanstalten und Sozialversicherungsträger als Arzneimittelhersteller?;
Lukas Stärker: Zur verfassungsrechtlichen Kompetenzgrundlage des Benachteiligungsschutzes für angestellte Ärztekammerfunktionäre;
Andrea Schopper: Zur Anzeigepflicht der Ärztekammer.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch
14. Jahrgang, Heft 5, 2007
Ferdinand Kerschner, Bernhard Raschauer: Editorial;
Beiträge:

Philipp Götzl, Christian Weismann: Haftungsrisiken beim Kauf einer kontaminierten Liegenschaft;
Sebastian Schmid: Alpenkonvention und Moorschutz.

Acta Philosophica

Rom, Italien.
Quartalzeitschrift in Italienisch
Vol. 16 (2007), fasc. 2
Studi:
María Pía Chirinos: Antropologia della dipendenza: il lavoro e la costituzione dell'essere umano;
Marco Ivaldo: Cornelio Fabro lettore di Fichte;
Ignacio Yarza: L'attualità della Poetica di Aristotele. La mimesi artistica.

Zeitschrift für Lebensrecht

Köln, Zeitschrift in Deutsch
16. Jahrgang, Ausgabe 3/2007
Thema:
Stefan Mückl: Lebensschutz und Meinungsfreiheit;
Bernward Büchner: Zum Inhalt der Beobachtungspflicht des Gesetzgebers als Schutzpflicht für das Leben Ungeborener;
Beitrag:
Thomas Zimmermanns: BVerfG schränkt Meinungsfreiheit für Abtreibungsgegner ein;
Dieter Ellwanger: Schwangerschaftsabbrüche – Verfahrenswege zur Erfüllung der verfassungsrechtlichen Beobachtungspflicht;
Johann-Christoph Student: Warum wir kein Patientenverfügungs-Gesetz brauchen – Fünf Argumente.

Schöpfung und Evolution. Eine Tagung mit Papst Benedikt XVI. in Castel Gandolfo

Stephan Otto Horn, Siegfried Wiedehofer (Hrsg.)
 St. Ulrich Verlag, Augsburg 2007
 194 Seiten
 ISBN 978-3-86744-018-9

Es war nicht das erste Treffen hochkarätiger Gelehrter zum Thema Schöpfung und Evolution mit dem Vatikan. Schon vor mehr als 20 Jahren fand in Rom ein Symposium über „Evolutionismus und Christentum“ statt, zu dem 1985 die Glaubenskongregation eingeladen hatte. Der damalige Präfekt, Joseph Kardinal Ratzinger, schrieb seinerzeit das Geleitwort zum Tagungsband „Evolutionismus und Christentum“. Im September 2006 lud er nun als Papst Benedikt XVI. seine Schüler nach Castel Gandolfo ein, um über die unlängst von Kardinal Schönborn neu entfachte Debatte über Evolutionismus zu diskutieren. In den letzten 20 Jahren hat das Thema nicht an Aktualität eingebüßt.

Im Schülerkreis des Papstes versammelte sich ein interdisziplinäres Forum aus Naturwissenschaftlern, Philosophen und Theologen. Als Gastredner war der Präsident der österreichischen Akademie der Wissenschaften, Prof. Dr. Schuster aus Wien, eingeladen. Das zum 80. Geburtstag des Heiligen Vaters erschienene Buch liefert nicht nur die vier Hauptreferate der Professoren Peter Schuster, Robert Spaemann, Paul Erbrich und Christoph Kardinal Schönborn. Es wird auch die Diskussion dokumentiert, an der sich Papst Benedikt durch viele Gesprächsbeiträge beteiligt hat.

Auch im Vorwort, das Kardinal Schönborn verfasst hat, kommt der Papst zu Wort. Schönborn gibt dem Leser darin einen Überblick über die Entwicklung der Debatte um Schöpfung und Evolution aus der Perspektive des Lehramtes der katholischen Kirche. Schönborn dokumentiert in chronologischer Reihenfolge längere Auszüge aus Ansprachen und Schriften Joseph Ratzingers aus der Zeit zwischen 1969 – 1999. Hierin wird deutlich, wie sehr sich der heutige Papst schon als Theologieprofessor und später als Präfekt der Glaubenskongregation mit

diesem Thema auseinandergesetzt hat und wie sehr ihm alle Seiten der Diskussion bekannt sind.

Als erster Referent behandelt der Molekularbiologe Peter Schuster die ausschließlich naturwissenschaftlichen Aspekte der biologischen Evolution. Dabei räumt er ein, dass gegenwärtig die Biologie mit den Darwinschen Evolutionsmechanismen Mutation und Selektion nicht alle Ereignisse der biologischen Evolution zufriedenstellend erklären könne. Für die großen Sprünge wie etwa dem Übergang von der einfachen prokaryotischen Zelle ohne Zellkern zur eukaryotischen Zelle mit hochstrukturiertem Zellaufbau seien andere Mechanismen wirksam gewesen. Dafür kämen Vorgänge wie Kooperationen und Synergien in Frage, wodurch neue Eigenschaften entstanden seien, die nicht aus den Vorstufen heraus erklärbar seien. Er stellt auch interessante Beobachtungen zur Selektion und Optimierung von molekularen Anpassungsvorgängen vor, Ergebnisse aus seinem eigenen Forschungsgebiet, der Simulation von Evolutionsereignissen im Labor. Seiner Meinung nach lässt sich der globale Entwicklungsprozess, der mit dem ersten entwicklungsfähigen Molekül bis hin zum Menschen reiche, dennoch rein naturwissenschaftlich erklären.

Der Philosoph Robert Spaemann, der schon beim Symposium 1985 als Organisator und Vortragender dabei war, geht in seinem mit „Deszendenz und Intelligent Design“ überschriebenen Beitrag der Frage nach, ob der Dualismus von Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften überwunden werden könne. Zunächst stellt er fest, dass alle bisherigen Versuche einer Integration beider Sichtweisen nicht zum Ziel geführt hätten, sondern in einem Reduktionismus endeten. Es sei, so Spaemann, für ein Bündnis auch heute noch zu früh, womöglich für alle Zeiten, so wie es nicht möglich sei, Ort und Impuls eines Elementarteilchens zu bestimmen. Anschaulich beschreibt er, dass das dem Lebendigen so charakteristische triebhafte Verhalten, das „Auf-etwas-Aussein“ nicht mit den Kategorien von Mutation und Selektion erklärt werden könne, oder gar auf Emergenz

zurückführbar sei. Das Prinzip der Selektion könne immer nur im Nachhinein die Funktionalität einer evolutiven Errungenschaft charakterisieren, nicht aber die Ursache seiner Entstehung erklären. Es gebe Entstehungsbedingungen für das Leben, für den Trieb, für Bewusstsein und für Selbstbewusstsein. Jedoch könnten die Entstehungsbedingungen nicht als hinreichende Ursachen gelten. Abschließend stellt Spaemann fest, dass der Dualismus beider Weltansichten schließlich unvermeidlich bleibe, denn man möchte weder die Wissenschaft noch unser menschliches Selbstverständnis preisgeben. Um an der Einheit der Wirklichkeit festzuhalten sei es unvermeidlich, den Gedanken der Schöpfung ins Spiel zu bringen. Das Leben gehe der beseelten Materie voraus. Sonst gäbe es keine befriedigende Antwort bzw. Lösung dieses Problems.

Der Jesuit und Professor für Naturphilosophie Paul Erbrich legt in seinem Beitrag „Zum Problem Schöpfung und Evolution“ sein Hauptaugenmerk auf die Ursachen des Evolutionsprozesses und schien Spaemann aus der Seele zu sprechen. Dieser kommentierte den Vortrag Erbrichs mit den Worten: „Ich war von Pater Erbrichs Vortrag beeindruckt, wie man beeindruckt ist von Dingen, die sich mit der eigenen Ansicht decken.“ (S. 140). Erbrich gelingt es mit großer Klarheit und philosophischer Tiefe das zentrale Problem der Kausalität des Evolutionsprozesses darzustellen. Nur wenn die Ursachen hinreichend bekannt und erwiesen seien, sollte man von Evolution als Theorie sprechen, andernfalls rät er vorsichtiger von einer Hypothese zu sprechen. So nimmt er in seinem Vortrag die Evolutionsfaktoren Selektion, Zufall und Selbstorganisation näher unter die Lupe. Er weist auf, dass Selektion, um wirksam zu sein, Zielstrebigkeit bei den zu selektierenden Lebewesen voraussetze. Ganz offensichtlich strebe die Evolution mit Hartnäckigkeit auf ein Ziel zu und es sei überflüssig, immer wieder an den Zufall zu appellieren. Er macht die interessante Beobachtung, dass gerade in der Biologie zunehmend Lebensfunktionen mit technischem Vokabular beschrieben würden. Auch gebe es in der Literatur eine Tendenz,

durch Mechanismen Kausalzusammenhänge darzustellen. Hier liege jedoch ein Irrtum vor. Mechanismen würden lediglich sagen, „wer (oder was) auf wen wirkt in welcher Weise und mit welchen Folgen“ (S. 72). Was den Anstoß für dieses Wirken gegeben habe, sei dadurch nicht erklärt.

Erbrich weist auf eine folgenreiche sprachliche Spitzfindigkeit hin, die sich in der Literatur eingebürgert habe und das Ziel verfolge, den Begriff der Teleologie, der Zweckmäßigkeit zu vermeiden. Es handle sich um die Umbenennung von Zielstrebigkeit in Komplexität. Diese erlaube einen eleganten Brückenschlag von der unbelebten zur belebten Natur. Denn Komplexität gebe es überall, auch im Reich der unbelebten Welt. Der Vorteil sei, dass man das metaphysisch beladene Wort „Zweckmäßigkeit“ nicht mehr gebrauchen müsste. Offensichtlich herrsche im Bereich des Lebendigen aber mehr als Komplexität: es gebe Zielstrebigkeit, die auf Ursachen schließen ließe, die im Bereich der anorganischen Welt nicht zu finden seien. Erbrich beendet seinen Vortrag mit einem Hinweis auf das Prinzip des Lebendigen, das manche Biologen in der Fähigkeit zur Selbstorganisation sehen. Aber auch dieser Begriff sei in mehrfacher Hinsicht interpretierbar: zum einen passiv als Organisation des Selbst durch die komplexen Wechselwirkungen des Systems, zum anderen aktiv als Entfaltung des Selbst. Im zweiten Fall müsse aber dann der Motor der Entfaltung benannt werden. Es ist dies ein Hinweis auf die Seele als Lebensprinzip, die konsequenterweise notwendig einen Schöpfungsakt Gottes in Betracht ziehen lasse.

Christoph Kardinal Schönborn sprach zum Thema „Fides, Ratio, Scientia“. Dabei zeigt er zunächst die historischen Wurzeln der Evolutionismuskdebatte auf. Schönborn, der die Debatte aus der Nähe verfolgt und verfolgt hat, sieht in der Naturphilosophie eine Vermittlerrolle zwischen den bestehenden Kontrahenten Naturwissenschaft und Theologie. Mit ihrer Hilfe könnte durch einen offenen Diskurs Klarheit in die Debatte gebracht werden. Dazu müsste der Darwinismus von seinen ideologischen

Fesseln befreit und diese einer sachlichen Kritik unterzogen werden. Seiner Meinung nach liegt die entscheidende Frage weder auf der Ebene der Naturwissenschaft noch der Theologie, sondern dazwischen auf der Ebene der Naturphilosophie, ja sogar auf der Ebene der Metaphysik. Es würde uns allen gut tun, „etwas genauer in die philosophischen Zusammenhänge unserer Debatte einzutreten“ (S. 85).

Im Gegensatz zu Spaemann hält es Schönborn durchaus für möglich, Schöpfungsglaube und Evolutionstheorie zu vereinbaren. Voraussetzung sei jedoch eine klare Unterscheidung zwischen der wissenschaftlichen Theorie der Evolution und ihren weltanschaulichen bzw. philosophischen Voraussetzungen. Es sei der heilige Thomas v. Aquin, der uns hier ein besonderes Licht durch seine Überlegungen zur offensichtlichen Zielgerichtetheit der unbewussten Natur gebe. Hier offenbare sich gerade, dass Zweckmäßigkeit, die offensichtlich in der Natur vorhanden ist, nicht aus ihr selber stammen könne, sondern einer intelligenten Ursache außerhalb der Natur bedürfe. Hierin sieht Schönborn gerade die Wegweisung, wie dem Evolutionsprozess seine Zielausrichtung gegeben werden konnte. Diese indirekte Wirkung einer externen göttlichen Ursache entzieht sich logischerweise einer naturwissenschaftlichen Untersuchung.

Während manche der Vorträge schon vor Drucklegung dieses Bandes im Internet oder in der FAZ zu lesen waren, werden die Äußerungen des Papstes zu den gehaltenen Vorträgen hier erstmals veröffentlicht. Von den Medien wurden manche Papstworte als klares Signal gegen eine rein naturwissenschaftliche Erklärungsmöglichkeit der Evolution dargestellt (Spiegelonline vom 12. April 2007). In dieser eher familiären Runde hat Benedikt XVI. jedoch nicht „ex cathedra“ gesprochen, sondern seine persönliche Meinung vor seinen Schülern kundgetan, wobei er wohl bewusst keine sehr dezidierte Stellung für eine Seite bezogen hat.

Der Papst eröffnet die Diskussion mit dem Hinweis darauf, dass eben gerade im Austausch gegensätzlicher Meinungen ein fruchtbarer Weg bestehe,

der Wahrheit näher zu kommen. Es gehe gar nicht darum, sich entweder für Kreationismus oder Evolutionismus zu entscheiden, sondern um das Zusammenspiel von verschiedenen Dimensionen der Vernunft, in dem sich auch der Weg zum Glauben öffne. Benedikt XVI. weist wie Kardinal Schönborn darauf hin, dass die Evolutionslehre Fragen impliziere, die der Philosophie zugeordnet werden müssen und von sich aus über den Erkenntnishorizont der Naturwissenschaft herausführten. Für das von Spaemann angesprochene Bündnis von Natur- und Geisteswissenschaften ist es auch für Benedikt XVI. noch zu früh. Er ist der Meinung, dass „voreilige Harmonisierungen meistens nicht sehr tragfähig sind“ (S. 144). Ebenfalls gibt er zu bedenken, dass die Evolutionslehre noch keine komplette, wissenschaftlich verifizierte Theorie sei.

Das sehr lesenswerte Buch bietet eine gute Einführung und zugleich Vertiefung in die immer noch aktuelle Debatte um Schöpfung und Evolution. Es lässt den Leser darüber hinaus an der entspannten und zugleich hoch akademischen Atmosphäre dieses wohl für den erlesenen Teilnehmerkreis unvergesslichen Gelehrtenwochenendes in Castel Gandolfo teilhaben.

B. Fuchs

Ziel oder Zufall? Schöpfung und Evolution aus der Sicht eines vernünftigen Glaubens

Christoph Schönborn, Hubert Philipp Weber
Herder Verlag, Freiburg im Breisgau 2007
189 Seiten
ISBN 978-3-451-29389-4

Noch war die Aufregung über Kardinal Schönborns Artikel in der New York Times („Finding Design in Nature“, Juli 2005) in vollem Gange, als er jene Katechese (2005/2006) im Wiener Stephansdom begann, die zur Grundlage des vorliegenden Buches wurde.

Dem Herausgeber (H. P. Weber) ist es gelungen, die Texte der Homilien so lebendig und informativ wiederzugeben, wie sie ihn wohl als Hörer beeindruckt hatten.

Der Kardinal macht es sich nicht leicht, die uraltschwelende Frage nach der Abgrenzung und zugleich nach den Berührungspunkten von philosophisch-theologischem und naturwissenschaftlichem Denken zu erläutern. Seine eingearbeiteten Zitate (ausgewogen zwischen biblischen und weltlichen Autoren verschiedenster Provenienz) dokumentieren seine im Laufe von Jahrzehnten erfolgte gediegene Beschäftigung mit dem Thema.

Gleich eingangs (Schöpfung und Evolution. Zur aktuellen Debatte) grenzt er die Werte der Kirche vom Fideismus und „blinden Glauben“ ab, der sich um keinerlei Gotteserkenntnis bemüht: Prinzipiell können wir mit dem Licht der menschlichen Vernunft die Existenz eines Schöpfers erkennen (1. Vaticanum). Dies half (unter anderem) mit zur Entmythologisierung (Entgöttlichung) von Sonne, Feuer, Luft etc. Im Buch der Weisheit steht, Gott habe „alles nach Maß, Zahl und Gewicht“ geschaffen (S. 22). Doch auch die Strömung der Gnosis steht dem frühen Christentum entgegen, wenn sie die Materie als Abfall der Schöpfung definiert.

Dann bekommt Charles Darwin und seine „Entstehung der Arten“ (1859) großes Lob vom Autor („eines der prägendsten Werke der Zeitgeschichte“, S. 28). Gleich anschließend – und in der Folge in immer neuen Aspekten – wird von Darwins Theorie der Darwinismus als Ideologie abgegrenzt und kritisiert. Dies bleibt auch – naturgemäß – dessen Gegenpol, dem Kreationismus, nicht erspart (S. 38), und dies in aller gebotenen Schärfe (protestantischer Fundamentalismus in USA). Als Zeuge der katholischen Position wird Thomas von Aquin zitiert: Man dürfe „den christlichen Glauben nicht mit Argumenten verteidigen wollen, die ihn lächerlich machen, da sie offensichtlich der Natur widersprechen“ (S. 39). Aber auch die redliche Denkweise eines Steven Weinberg (Nobelpreis für Physik) wird zitiert mit dem Satz: „Man möge annehmen, dass eine göttliche Intervention nicht stattfindet, um dann zu sehen, wie weit man mit dieser Annahme kommt.“ (1993, S. 45) Und wieder einmal eineinhalb Jahrtausende

früher lässt Augustinus den Manichäer Felix bedenken: „Man liest im Evangelium nicht, der Herr habe gesagt: ‚Ich sende Euch den Heiligen Geist, damit er euch den Lauf der Sonne und des Mondes lehre.‘ Christen wollte er machen und nicht Astronomen!“ (S. 57).

Die Diskussion um die Vielfalt der Arten ist eine weitere willkommene Herausforderung, das Gänseblümchen und das Nilpferd zu zitieren, zwischen denen (und so vielen anderen) die „links“ als „missing“ qualifiziert werden. Darwin selbst „beneidet“ die Geologie um die Unzahl von Zwischengliedern bei der Entstehung ihrer Strukturen und bezeichnet dies als „vielleicht den ernsthaftesten Einwand“ gegen seine Theorie (S. 66).

Dieser „Zweckmäßigkeitswahn“ des Darwinismus wird der „Welt des Lebendigen voller Schönheit... ohne jeglichen Selektionswert... als Muster ohne Wert...“ gegenübergestellt (J. Illies über Adolf Portmann, S. 70 f).

An die Kontingenz (Nicht-Notwendigkeit) der Schöpfung knüpft der Autor wichtige philosophische Gedanken an eine „erhaltende Kraft, die... nicht selber wieder von etwas anderem im Sein erhalten wird“ (Zitat nach R. Poltermann, S. 85). Diese Kraft sei wesentlich für Gott und wird *creatio continua*, das fortwirkende Schöpferwirken, genannt. Wenn Neues in der Schöpfung erscheine, dann basiere das nicht auf einzelnen „nachträglichen Schöpfungsakten“, sondern setzt bereits existierende Rahmenbedingungen voraus. „Es handelt sich hier also um einen Gesamtakt, an dem Gott und das Geschöpf beteiligt sind.“ (L. Scheffczyk, Zitat S. 88 f) Das herausragende Beispiel dazu ist die Entstehung eines neuen Menschen. Hier sind die Eltern ganz Ursache des Lebewesens und Gott ganz Ursache des neuen Menschen. Damit ist Gott ein Schöpfer von Naturen und kein deistischer Uhrmacher.

Die Abhandlung über das Leid der Welt (ab S. 94) könnte auch wohl außerhalb des Kontexts dieses Buches angetroffen und als eigenständiger, brillianter Beitrag gewürdigt werden, mit einer prägnanten Formulierung zu dem schwierigen

Thema der „Verantwortlichkeit Gottes“ für seine Schöpfung. Der Autor weicht keiner kritischen Frage an den Glauben aus: Konnte/wollte Gott keine bessere Welt schaffen? Er lässt Augustinus, Dostojewski und Reinhold Schneider (diesen ausführlich) zu Wort kommen, um in das Ringen um eine Antwort einzustimmen. Er zeigt das prinzipielle Missverständnis auf, dass nur dann ein „Schöpfer“ denkbar wäre, wenn seine Schöpfung völlig perfekt gelungen sei. „Alles, was gut ist, ist gut, aber begrenzt“ heißt ein Abschnitt, in welchem sich der Kardinal auch gegen die Missverständnisse der amerikanischen Intelligent Design-Schule wendet: Die Naturen erlangen ihr Ziel nicht durch Zwang von außen, sondern aus einem in sie hineingelegten „inneren Prinzip des Wachsens und Werdens“, der Synergien und Kämpfe, der Kargheit und Verschwendung (S. 104 ff).

Tatsächlich würde das Leiden der Welt nur „die böse Macht sein, wenn es nicht die hoffnungsvollen Passagen im Römerbrief des Apostels Paulus gäbe (Röm 8, 19-22): das „sehnsüchtige Warten der ganzen Schöpfung“, ihre „Geburtswehen“.

„Der Mensch als Krone der Schöpfung?“ hinterfragt der Autor (ab S. 112) und mit ihm namhafte Köpfe, unter anderem Sigmund Freud. Die Antwort fällt dem Autor und hochrangigen Theologen naturgemäß leicht: Der Mensch ist – im Judentum wie im Christentum – Mittel- und Höhepunkt der Schöpfung kraft seiner Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Er bleibt dabei Teil der Natur, „eingetaucht in den Strom des Werdens, aber dennoch herausgehoben durch den kleinen Unterschied der Fähigkeit, sich selber betrachten und über sich (nach-)denken zu können. Er gebraucht dazu sein Gehirn, aus dem auch der Geist nicht hergeleitet werden kann (so wie ein Klavierkonzert nicht vom Klavier – ohne Komponist und Pianist – produziert werden kann). Der Materialismus wird schon dadurch widerlegt, dass es keinen Sinn hätte, von Ethik und Verantwortung zu sprechen, wenn es Geist, Seele, Vernunft und freien Willen nicht gäbe (Hans Jonas, zitiert S. 128 f).

Die (theo-)logische Abrundung der Auseinandersetzung mit Gottes Schöpfung ereignet sich in den letzten Kapiteln (Christus – Zielpunkt der Schöpfung, Schöpfungsverantwortung), welche hohe Christologie und durchaus irdisch-sachbezogene Philosophie verbinden und in klarer Diktion vermittelt werden, unterstützt von einer Fülle von Zitaten aus der Bibel, aus Enzykliken sowie durch die Auseinandersetzung mit kontroversen Meinungen von prominenten Autoren. Unter den letzteren wird (neuerdings) Teilhard de Chardin besonders gewürdigt als historischer Brückenbauer zwischen naturwissenschaftlichen Fakten und biologischer Reflexion, wenn aus der Kosmogogenese die „Christogogenese“ wird (S. 148 ff).

In der „Schöpfungsverantwortung und Wissenschaft“ kommt nochmals Hans Jonas und sein „Prinzip der Verantwortung“ (1979) zu Wort (S. 175).

In „Zusammenfassung und Ausblick“ werden die biblische und darwinistische Schöpfungsgeschichte gegenübergestellt und mit „Jakobsleiter und Darwinsleiter“ charakterisiert. Das Problem liege nicht in der Alternative zwischen Darwinismus und Kreationismus, sondern in der Anerkennung des Miteinander der beiden Leitern. Die Alternative zu einem bloßen Zufallsprozess sei auch nicht ein völliger Determinismus, sondern die Verschränkung von Eigenwirksamkeit der Geschöpfe und göttlichem Schöpfergeist, der sie trägt. Es gibt den Zufall im Sinne der Kontingenz (des Nicht-Notwendigen), die keineswegs das große schöpferische Prinzip darstellt, als welchen ihn der ideologische Darwinismus sieht (S. 177). Unbeirrt halte die katholische Kirche an einer „Sprache des Schöpfers“ in der Natur fest, wobei das Christentum „durch seine Option für den Primat der Vernunft heute Aufklärung, d. h. Befreiung aus falschen Abhängigkeiten, bedeute.“ (J. Ratzinger 2003, Zitat S. 180)

Die Forschung klettert mühsam auf der „Darwinsleiter“ emporkann, kann aber durch die „Jakobsleiter“ nicht ersetzt werden, die das Auf- und Niedersteigen des Lebens mit dem Himmel verbindet. Ein bemerkenswertes Buch, eine wichtige Untersu-

chung, die Evolutionskatechese Kardinal Schönborns für all die vielen verfügbar zu machen, die sie nicht selbst hören konnten.

F. Kummer

Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin. Eine Einführung

Stefan Schulz, Klaus Steigleder, Heiner Fangerau, Norbert W. Paul (Hrsg.)

Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 2006

511 Seiten

ISBN 978-3-518-29391-1

Die Autoren unterziehen sich keiner leichten Aufgabe, zumal sie die angehenden Mediziner mit einer Studienunterlage für ein eben geschaffenes Prüfungsfach (Approbationsmodus 2002) bedienen wollen, und das auf dem fächerübergreifenden Gebiet der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.

Zwar betonen die Herausgeber im Vorwort, dass sie damit auch „Grundinformationen“ zur Medizin unserer Zeit für den interessierten Leser anbieten wollen, doch scheint es, dass mit dieser Intention beide Zielgruppen – hier die Studierenden, dort jene anderen Leser – nicht optimal profitieren werden: Was für erstere nicht systematisch genug dargestellt wird, ist für den interessierten Bürger nicht vollständig oder nicht genug aktuell.

Klaus Steigleder, Medizinethiker und Philosoph aus Bochum, setzt sich eingangs in kluger Diktion mit den Begriffen Ethik (als Theorie der Moral) bis hin zur angewandten, hier: der Medizinethik auseinander.

Stefan Schulz, Medizinhistoriker und Ethiker, ebenfalls in Bochum, streicht den vielfältigen Nutzen des geschichtlichen Hintergrundes für die Ethik der Medizin in Theorie und Praxis heraus – eine Verbindung, die für viele zunächst wenig plausibel erscheinen mag (entsprechend dem Spruch: Jede Zeit habe genug an ihrer eigenen Last zu tragen, wozu sich mit dem Vergangenen beschäftigen?). Wer aber klugerweise bereit ist, die Gegenwart als Teil einer Entwicklung zu sehen, die lange vor uns begonnen hat, der wird durch

die Lektüre des Beitrags von Schulz auch für die Medizin so manche neue Erkenntnis gewinnen (Geschichte der deskriptiven Ethik, der Moralkritik und der normativen Ethik).

Thorsten Noack und Heinz Fangerau (Medizinhistoriker in Düsseldorf) beschreiben den großen Bogen der Entwicklung des Selbstverständnisses von Arzt und Patient vom 16. Jahrhundert bis in das frühe 20. Jahrhundert, wobei sie zurecht den Wandel in der Beziehungshierarchie herausstellen: Die vom Arzt dominierte Eindimensionalität tritt einem zunehmenden Selbstbewusstsein der Patienten gegenüber.

Detaillierter widmen sich Tanja Krones und Gerd Richter (Medizinethiker in Marburg) der konkreten Arzt-Patient-Beziehung, die vom Paternalismus (des Arztes) über eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) zum Vertragsmodell (Patient: Kunde, Arzt: Dienstleister) führt. Zurecht wird schon im Studium eine verstärkte Vermittlung von kommunikativen Fähigkeiten gefordert. Es gibt schließlich auch die „übertriebene“ Autonomie als falschverstandene Freiheit in der Mitbestimmung, wenn die Präferenzen des Patienten objektiven Wertvorstellungen nicht entsprechen. Die Autoren lassen – leider nur zwischen den Zeilen – durchblicken, dass es auch so etwas wie einen liebevollen Paternalismus gibt, der für den Arzt in einer zuweilen bedrückenden Aufsichtnahme großer Verantwortung besteht, wenn unkritisch veranlagte Patienten ihm – so wie in älteren Zeiten – rückhaltloses Vertrauen schenken. Immerhin wird in den von den Autoren zitierten Statistiken das Bedürfnis nach Mitbestimmung nur von etwa 50% der Befragten bejaht. Empathie und ein flexibler Paternalismus scheinen allemal gefragt, andererseits wird vor einem Zwang zur Autonomie berechtigterweise gewarnt.

Monika Bobbert (Theologin und Medizinethikerin in Heidelberg) trägt – knapp und gehaltvoll – zur Ethik der Pflege bei. Sie streicht den Stellenwert der Pflege heraus, die sehr existenzielle Lebensbereiche betrifft. Sie ist durch körperliche Nähe und

Kontakte, sowie Emotionen (positive und negative) gekennzeichnet. Nicht von ungefähr verweist die Autorin auf die wichtigen Entwicklungen einer Pflegewissenschaft und -forschung, die von zunehmender Bedeutung für die Qualitätssicherung ist, aber auch für die Einbeziehung von Versorgungsinstitutionen und sozialpolitischen Aspekten.

Norbert W. Paul, Medizinhistoriker und -ethiker in Mainz, befasst sich mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit in der Medizin aus historischer, ontologischer und analytisch-wissenschaftlicher Sicht. Er schafft so eine fundierte Basis für seine Differenzierung in Beschreibung und Wertigkeit von Krankheit und deren Einfluss auf Diagnose, Therapie und Prognose. Er ortet unter anderem einen „Zwang zur Diagnose“, damit die Therapieentscheidung legitimiert werden kann, was wieder auf die Leistungserbringung des Kostenträgers Einfluss hat (Classification of Diseases, ICD; Diagnosis-related Groups, DRG; etc.). Auch die Prognose wird einem empirischen Maß der Wahrscheinlichkeit unterworfen – ein unerwünschter Trend, welcher einer individualisierten Medizin zuwiderläuft. Diese sieht N. W. Paul in der Analyse einer individuellen genetischen Disposition bis hinein in Stoffwechsellmuster, deren Kenntnis zu einer gezielten Differenzierung der Diagnose, der Therapie und letztlich der Prognose führen soll.

Mit der Geschichte des Gesundheitswesens vornehmlich im 19. Jahrhundert setzt sich Christoph Schweickhardt, Arzt und Medizinethiker in Bochum, auseinander und zieht daraus Lehren für den Umgang mit neuen oder immer noch problematischen alten Infektionskrankheiten (AIDS, TBC, Malaria).

Georg Marckmann, Medizinethiker in Tübingen, widmet sich den politischen Aspekten der Gesundheitsversorgung (Verteilungsgerechtigkeit, Public Health und Ethik) und kann sich die Erfüllung gerechtigkeitsethischer Prinzipien nur mit Hilfe eines zumindest teilweise staatlich organisierten und solidarisch finanzierten Systems vorstellen. Er räumt expliziten Leistungsbegren-

zungen (Prioritätensetzungen) einen gewissen Vorteil gegenüber den impliziten (individuellen Regelungen durch Selbstbehalt und Privatversicherungen). In der gebotenen Kürze wird auf Rationalisierung und Rationierung in den Grenzen der Verteilungsgerechtigkeit eingegangen.

Der Umgang mit der Rassenhygiene und der Medizin im Nationalsozialismus wird in einem weiteren Beitrag von Heiner Fangerau und Thorsten Noack in einer knappen, nicht weniger erschütternden Dokumentation behandelt, gefolgt von dem themaverwandten Beitrag über medizinische Forschung am Menschen von Stefan Schulz (siehe oben) mit zunächst hochinteressanten historischen Beispielen, in denen um Ethik, Aufklärung, statistische Relevanz und mittelbare medizinische Anwendbarkeit gerungen wurde. In grausigem Kontrast stehen dazu die Berichte von den „mensenverbrauchenden“ Methoden in den KZs der Nazizeit.

N. W. Paul (siehe oben) meldet sich mit wissenschaftstheoretischen Aspekten der medizinischen Forschung einst und jetzt zu Wort. Er beschreibt 4 verschiedene (historische?) Phasen von „Lebenszyklen“ der biomedizinischen Forschung: zunächst Experimental-, dann molekulare Medizin, die Technologie als treibende Kraft der Forschung, und schließlich die von einem Wust von Daten angetriebene genetische Forschung. Der Beitrag versteht sich zukunftsorientiert und passt mit seinen „technologischen“ Cassandra-Rufen nicht so recht in den Kontext des Buches.

Heiner Fangerau zeigt auf, was in der medizinischen Forschung an Manipulation möglich ist, wie aber Forschung durch standardisierte Prinzipien ethisch einwandfrei und transparent gestaltet werden kann.

Soweit die erste Hälfte des Buches. In der Folge geht es um „Klinik und Praxis“, wobei die Autoren um möglichst allgemeingültige Formulierungen bemüht sind, wenn es um die Grenzfragen am Beginn des menschlichen Lebens und die Konsequenzen für medizinische Handlungen geht.

Stefan Schulz beginnt mit der Geschichte und den Implikationen des Schwangerschaftsabbruchs (moralischer Status des Ungeborenen, Veröffentlichungen der Bilder von Embryonen in der Laienpresse ab dem frühen 20. Jahrhundert).

Der darauf folgende Beitrag von Klaus Steigleder – ethische Probleme am Lebensbeginn – setzt sich sachlich mit den verschiedenen Anschauungen und Argumentationen auseinander, um schließlich mit einem eigenen „Lösungsvorschlag“ aufzuwarten: Er verfißt ein Konzept des Embryos als „potentielle Person“. Die Potenz seiner Fähigkeit sei eben (noch) nicht die Fähigkeit selbst. Damit sei sehr wohl das volle Schutz- und Förderungsgebot verbunden, wenn ein solcher moralisch bedeutsamer Status postuliert werde, ohne das Postulat des Person-Seins des Embryos von der Befruchtung an weiter diskutieren zu müssen. Das Schutz- und Förderungsgebot impliziere die Forderung, es gar nicht so weit kommen zu lassen, also Schwangerschaften und überzählige befruchtete Eizellen tunlichst zu vermeiden. Dieses Konzept der Potentialität erscheint dem Autor aber auch geeignet, die Stammzellenforschung (verbrauchende Embryonenforschung) in einem permissiven Lichte zu sehen, da die Zygote mit ihrer nicht-menschlichen Potenz der Bildung von Amnionhöhle, Plazenta etc. noch nicht jene „Einheit“ darstelle, die letztlich zur „Person“ werden kann: Wir seien eben nicht diese Zygote gewesen, sondern diese habe erst den Embryo hervorgebracht, der wir einmal waren. Damit sei dieses Potentialitätskonzept nicht bis zur Ausbildung des 3-blättrigen Keimblattes anwendbar (Prä-Embryonen). Hier fehlt übrigens der Hinweis auf die sehr viel mehr versprechende Forschung an den aus dem Amnion gewonnenen pluripotenten oder den adulten Stammzellen, sodass dem Beitrag trotz aller Bemühungen die Geschlossenheit fehlt.

Norbert W. Paul zeigt sodann die geschichtliche Entwicklung der wissenschaftlichen Genetik auf, also etwa das Jahrhundert von Gregor Mendel über Max Delbrück bis Linus Pauling. Die genetischen Erkenntnisse wieder führen stringent zur

molekularen Medizin, im speziellen zur Genomforschung, dem Human Genom Project (HGP) und der strukturalen und funktionellen Genomforschung. Paul zeigt die ambivalenten Folgen auf, die sich aus dem wachsenden genetischen Wissen und der Medizin – soweit sie in die Gesellschaft eingebettet ist – ergeben. Es entwickelt sich ein neues Gebiet der sozialen Verantwortung (Gleichheit, Schutz vor Diskriminierung, Gerechtigkeit, Schutz der Privatsphäre etc.). Paul warnt zurecht vor einer genotypischen Prävention, wenn die phänotypische Prävention, Vorsorge durch Berufswahl oder Lebensstil als überwunden erklärt würde.

Der Beitrag „Psychische Erkrankungen und geistige Behinderung“ ist Heiner Fangerau nur zum Teil gelungen. Die Geschichte der Psychiatrie vom 18. Jahrhundert bis zu den Anfängen der Anstaltspsychiatrie im Verlauf des 19. Jahrhunderts wird in einer eher willkürlichen Auswahl dargelegt, auch die weitere Entwicklung zentriert sich bei Fangerau bis weit in das 20. Jahrhundert auf die Anstaltspsychiatrie mit den Ansätzen der Experimentalpsychiatrie. Hier ist besonders peinlich, dass der Wiener Psychiater und Nobelpreisträger Julius Wagner von Jauregg beharrlich als „Julius von Walter-Jauregg“ zitiert wird. Die Rolle der nichtanstaltsgebundenen Psychiatrie wird – zusammen mit Sigmund Freud – in einem Satz gerade noch erwähnt, die Antipsychiatrie um die Mitte des 20. Jahrhunderts bekommt zwar mehr Raum, doch werden die folgenreiche Öffnung der Irrenanstalten durch Franco Basaglia, der Ursprung der Psychosomatik, die Probleme mit der senilen Demenz, Alzheimer, Autismus usw. unterschlagen. Bei der graduellen Abstufung der „geistigen Behinderung“ wird die Idiotie und Inbezillität, nicht aber die Debilität (mildeste Form) erwähnt. Die Erörterung der ethischen Aspekte, insbesondere der Autonomie, der Spezifika einer psychiatrischen Ethik und die sozialen Ansprüche von psychisch Kranken und geistig Behinderten ist dagegen sehr vollständig und von hohem Informationsgehalt.

Organtransplantationen, wie sie seit den 1960er-Jahren in ungeahnt steigendem Maße durchgeführt

werden, sind eng mit der Hirntodproblematik verknüpft. Dieser medizinethische Dauerbrenner wird von Stefan Schulz und Klaus Steigleder ab ovo dargestellt und gediegen behandelt. Ein kleines Detail: Die sog. Widerspruchslösung besteht (paradoxe Weise) darin, dass gerade der fehlende Widerspruch zur Explantation von Organen berechtigt, während die sog. Zustimmungslösung den Widerspruch zulässt. Hier sei vermerkt, dass mehr Sprachgefühl am Platz gewesen wäre, bevor diese Termini generell etabliert worden sind.

Bei der Diskussion über den Umgang mit Hirntoten bzw. Leichen fehlt die Erörterung von ethischen und religiösen Aspekten, die vor allem den Hindus, Juden und Moslems Rechnung tragen würden. Zur Diskussion über Hirntote („schon“ oder „noch nicht“ Leiche?) hat wieder Klaus Steigleder einen persönlichen Lösungsvorschlag, der die Grenze zwischen einem „toten Körper“ und dem „Körper eines Toten“ zieht – eine nicht ganz neue Idee, zumal seit langem die Dissoziation (Steigleder: das Auseinandertreten) von Hirnfunktion und einzelnen Körperfunktionen als Definition für den Tod eines Menschen an sich auszureichen scheint.

Alfred Simon, Medizinethiker in Göttingen, steuert schließlich den Pflichtbeitrag zu den „ethischen Problemen am Lebensende“ bei. Leider verleugnet er seine (Linzer) Herkunft durch eine strittige Verwendung des in Österreich verpönten Terminus der „Sterbehilfe“ (hierzulande seit langem ersetzt durch: Handlung mit Todesfolge), welche zum Beispiel auch auf die nicht intendierte Todesfolge bei Analgetikagabe angewendet wird. Das Thema wird aber sehr umsichtig weiterbehandelt, wobei auch die Diskussion um die unseligen Praktiken (Tötung auf Verlangen, assistierter Suizid, Euthanasie ohne konkrete Einwilligung etc.) in europäischen Ländern anklingt. Auch werden einige hier wichtige Details ausgeklammert, wie die Funktion von Privatvereinen wie Exit und Dignitas in der Schweiz, die unter keinerlei ethischer, nicht einmal staatlicher Kontrolle agieren.

Zusammenfassend ist das Buch als ernsthafter Ansatz zu werten, für Studierende der Medizin einen Einstieg in das Lern- und Prüfungsfach Medizin und Ethik zu schaffen. Die Verbindung mit Geschichte und Theorie der Medizin liegt auf der Hand und bildet die eigentliche Stärke des Werkes. Dennoch scheint das Buch für eine Anleitung zu aufwändig, für ein Lehrbuch zu wenig ausgewogen und für ein Kompendium zu lückenhaft. Man darf auf die verbesserten weiteren Auflagen hoffen!

F. Kummer

Gott spielen. Im Supermarkt der Gentechnik

Stefan Rehder

Pattloch Verlag, München 2007

239 Seiten

ISBN 978-3-629-02176-2

Ein Kind mit blonden Haaren und blauen Augen auf Bestellung. Blinde Babies für blinde Eltern, Taube für gehörlose. „Perfekter“ Nachwuchs aus dem Katalog, ohne jegliche genetisch bedingte Belastungen und Krankheiten.

Was klingt wie aus einem fantastischen Roman, ist in Wirklichkeit nur mehr einen Schritt von der Realität entfernt. Wie Wissenschaftler sich zunehmend die Mittel beschaffen, um die Utopie vom „maßgeschneiderten Menschen“ in die Wirklichkeit umzusetzen, wie Politik und Gesellschaft dazu bereitwillig und oftmals naiv assistieren und welche Rolle das Finanzielle dabei spielt – davon handelt Stefan Rehders neues Buch *Gott spielen. Im Supermarkt der Gentechnik*.

Menschen machen – einer der großen Träume der Menschheit, wie zahllose Erzählungen vom Golem über den Homonculus bis Frankenstein's Monster beweisen. Jahrhundertlang schien diese Idee jedoch bloß eine Phantasmagorie, ein weiteres Beispiel menschlicher Hybris zu sein. Wie könnte sich denn auch der Mensch an die Stelle Gottes setzen? Heute erscheint diese Utopie erstmals umsetzbar. Die In-vitro-Fertilisation, die Sequenzierung der menschlichen DNA, die Fortschritte bei der Erforschung und Manipulation des tierischen

Erbgutes, die – echten und behaupteten – Klon-Erfolge, das Lobbying für die embryonale Stammzellenforschung – all das sind Schritte auf dem Weg zur Abschaffung des *homo sapiens*, wie wir ihn heute kennen, zeigt Rehder auf.

In geschickt aufeinander aufbauenden Kapiteln, auf der Basis sorgfältig recherchierter Beispiele, macht der renommierte Wissenschaftsjournalist (*Die Tagespost*) deutlich, wie aus scheinbar kleinen Anfängen und aus vorgeblich ethisch über allem Zweifel stehenden wissenschaftlichen Erfolgen immer bedenklichere Konsequenzen folgen können. Dem Autor gelingt es dabei, komplexe wissenschaftliche, wirtschaftliche und gesellschaftliche Zusammenhänge auch für den Laien gut verständlich zu machen.

Rehder geht es dabei allerdings keineswegs um Polemik gegen Wissenschaft und Forschung oder gar um deren Ablehnung. Vielmehr will er auf die entstehenden Gefahren hinweisen, sobald die wissenschaftliche Forschung dem Machbarkeitswahn verfällt und wirtschaftlich-politische Interessen diese Bestrebungen auch noch unterstützen.

Die Utopie des „maßgeschneiderten Menschen“ ist für Rehder aber nur der Fluchtpunkt der heutigen Entwicklungen in der Gentechnik. Hauptsächlich beschäftigt er sich nämlich mit der Darstellung der gegenwärtigen Situation. Und bereits da gibt es genug, was dem Leser Unbehagen bereiten kann: von der Tötung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken bei der embryonalen Stammzellenforschung über die Ausbeutung von Frauen durch die Gewinnung von Eizellen bis zur „Selektion“ bei Mehrlingsschwangerschaften nach künstlicher Befruchtung per Giftspritze ins Herz. Sein umfassender *tour d'horizon* durch den „Supermarkt der Gentechnik“ führt Schritt für Schritt von den Heils- und Heilungsversprechen der Genforscher über eine Darstellung der Gefahren der embryonalen und der Möglichkeiten der adulten Stammzellenforschung bis hin zum genetisch „upgedateten“ Menschen, von dem die sogenannten „Transhumanisten“ träumen.

Das besonders Aufrüttelnde an dem Buch ist, dass sich Rehder bis zuletzt auf dem Boden der Tatsachen bewegt. Er muss gar nicht spekulieren und Behauptungen aufstellen – das besorgen die betreffenden Wissenschaftler schon selbst. Denn es scheint keine noch so fragwürdige Absicht, keine noch so unglaublich anmutende Idee zu geben, die nicht schon einmal ein Forscher angedacht, offen ausgesprochen und manchmal auch schon in die Tat umgesetzt hätte. Die Fakten sprechen für sich selbst. Denkt der Leser an einem Punkt, dass es gar nicht mehr schlimmer kommen könnte, beweist der Autor kurz darauf, dass das Ende der Fahnenstange noch nicht erreicht ist.

Mit seinem locker und leidenschaftlich, aber seriös und ohne platte Polemik geschriebenen Buch will Rehder nach eigener Aussage vor allem Illusionen nehmen, Illusionen über die „hehre Wissenschaft“, über das „Wirken für das Gemeinwohl“, über den „Fortschritt“. Deshalb beginnt der Band auch mit den Worten: „Dieses Buch ist gefährlich. (...) Wenn Sie es lesen, bringt es Sie der wirklichen Welt ein Stück näher. (...) Sie (werden) einige Illusionen wohl einfach aufgeben müssen.“

Rehder verspricht nicht zu viel. Wer dieses Buch gelesen hat, kann nachher nicht mehr sagen, er hätte es nicht gewusst.

P. Mihály

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestalten der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Name aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (max. 1200 Zeichen mit Leerzeichen) sowie 3–5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Datenformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen.

Grafiken werden in Druckqualität und mit klar lesbarer Schrift (2mm Schrifthöhe) erbeten. Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et.al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit

Beispiel: MacKenzie T. D. et al., *Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation*, *Lancet* (2002); 359: 1323–1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsorte
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl

Beispiel: MacKenzie T., *Die Perspektive der Moral*, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 59–79

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens, Fassbaender Verlag, Wien (1989), ISBN 978-3-900538-17-0

Aus der Reihe Medizin und Ethik

Bonelli J., Prat E. H. (Hrsg.), Leben – Sterben – Euthanasie?, Springer Verlag, Wien (2000), ISBN 978-3-211-83525-8

Mayer-Maly T., Prat E. H. (Hrsg.), Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung, Springer Verlag, Wien (1998), ISBN 978-3-211-83230-1

Schwarz M., Bonelli J. (Hrsg.), Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens, Springer Verlag, Wien (1995), ISBN 978-3-211-82688-1

Bonelli J. (Hrsg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Springer Verlag, Wien (1992), ISBN 978-3-211-82410-8

Studienreihe

Nr. 6: Moritz B., Moritz H., Über Naturgesetze und Evolution. Ein Beitrag zu einem interdisziplinären Dialog (2007), ISBN 978-3-85297-004-2

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005), ISBN 978-3-85297-003-5

Nr. 4: Rhonheimer M., Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen

Staat“ (1996), ISBN 978-3-85297-002-8

Nr. 3: Rhonheimer M., Sexualität und Verantwortung (1995), ISBN 978-3-85297-001-1

Nr. 2: Schwarz C., Transplantationschirurgie (1994), ISBN 978-3-85297-000-4

Nr. 1: Rella W., Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts (1994), ISBN 978-3-900538-48-4

IMABE-Info (Download: www.imabe.org)

2007: Nr. 1: Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten, Nr. 2: Placebo

2006: Nr. 1: Klonen, Nr. 2: IVF

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen, Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2002: Nr. 1: Therapieabbruch beim neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen, Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik, Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2000: Nr. 1: Die Bedeutung der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Die Bedeutung der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 3: Die Bedeutung der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 4: Die Bedeutung der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva

Vorschau

Imago Hominis · Band 15 · Heft 1/2008

Schwerpunkt: Forschungsethik

Editorial	287	
Aus aktuellem Anlass	290	Petra Mihály Medizin-Nobelpreis 2007: Von Mäusen und Menschen
	293	Jan Stejskal Wachkompatient. Zur Problematik der künstlichen Ernährung
Schwerpunkt	297	Hildegunde Piza-Katzer, Susanne Kummer Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand
	307	Raphael M. Bonelli, Hans-Peter Kapfhammer Die Körperdysmorphie Störung
	323	Anita Rieder Schönheitsmedizin aus der Public Health-Perspektive
	331	Klaus Bergdolt Gesundheitswahn heute – Gesundheitsreligion und/oder Beauty Business?
	341	Roman A. Siebenrock Doch aus meinem Fleisch werde ich Gott schauen
Diskussionsbeitrag	349	Kornelia Böhler-Sommeregger Die Ware Schönheit
	352	Bernadette Wegenstein Body Image and Mass Media: the Example of the US Television Makeover Show
	358	Regula E. Umbricht-Sprüngli Ethische Reflexionen zur Plastischen Chirurgie aus der Sicht der Praxis
Dokumente	363	Kongregation für die Glaubenslehre Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung
Nachrichten	367	
Zeitschriftenspiegel	371	
Buchbesprechungen	373	