



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Medizinethik und Human Enhancement“

verfasst von / submitted by

Mag. theol. Rosemarie Lang

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 641

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Interdisziplinäres Masterstudium Ethik
für Schule und Beruf UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Gunter
Prüller-Jagenteufel

BESONDERS GEDANKT SEI:

- meinem Partner für seine Geduld während meines Studiums
- meiner Familie
- der aufmerksamen Korrekturleserin
- meinem Professor Ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Gunter Prüller-Jagenteufel für die Betreuung der Arbeit

Plagiatserklärung

„Hiermit erkläre ich, die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Textpassagen und Gedankengänge sind durch genaue Angabe der Quelle in Form von Anmerkungen bzw. In-Text-Zitationen ausgewiesen. Dies gilt auch für Quellen aus dem Internet, bei denen zusätzlich URL und Zugriffsdatum angeführt sind. Mir ist bekannt, dass jeder Fall von Plagiat zur Nicht-Bewertung der gesamten Lehrveranstaltung führt und der Studienprogrammleitung gemeldet werden muss. Ferner versichere ich, diese Arbeit nicht bereits andernorts zur Beurteilung vorgelegt zu haben.“¹

Wien, am 14.01.2019

¹ SSC Philosophie Universität Wien, „Plagiatserklärung“, zugegriffen 1. Dezember 2018, https://ssc-phil.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/s_philosophie/Wissenschaftliches_Arbeiten/Leitfaden_schriftliche_Arbeiten.pdf.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Das Diskursfeld <i>Enhancement und Ethik</i>	6
1.1 Enhancement in der Bioethik.....	13
1.1.1 Krankheitsbasierte Modelle.....	14
1.1.2 Ideologiebasierte Modelle.....	19
1.1.3 Normalitätsbasierte Modelle.....	24
1.2 Enhancement in der Ethik der Selbstverbesserung.....	29
1.2.1 Enhancement als Gegenbegriff zu Errungenschaft.....	30
1.2.2 Enhancement als etwas Künstliches.....	32
1.2.3 Enhancement als unlautere Abkürzung.....	34
1.2.4 Enhancement als Pervertierung der Medizin.....	36
2 Ärztliches Handeln als vertragsbasierte Dienstleistung.....	39
2.1 Modelle der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin.....	45
2.2 Fallbeispiel Mammaaugmentation.....	49
2.2.1 Fazit.....	57
3 Enhancement und Schmerz in der Medizinethik.....	61
3.1 Begriffliche Präzisierungen.....	65
3.1.1 Schmerz.....	65
3.1.2 Leid.....	69
3.1.3 Körper und Leib.....	72
3.2 Zum aktuellen Umgang mit Schmerz in der Medizin.....	77
3.3 Schmerz und Human Enhancement.....	83
4 Conclusio.....	87
Literaturverzeichnis.....	91

Quellentexte	91
Sekundärliteratur	91
Internetseiten	96
Anhang	99
Kurzbeschreibung	99
Abstract	101

Einleitung

Klassischerweise beginnt eine Einleitung mit einer Begriffsdefinition und einer genauen historischen Verortung, seit wann ein Begriff verwendet wird. Das ist bei *Human Enhancement* jedoch gar nicht so einfach möglich, denn bereits eine Aussage darüber, was Enhancement bedeutet, lässt zwei diametral entgegenstehende Definitionen zu: Enhancement kann konnotativ Verbesserung und Verschlechterung gleichermaßen bedeuteten. Es handelt sich um einen Begriff, dem eine gewisse normative ethische Wertung inhärent ist und der im Rahmen des Diskurses tendenziell nicht rein deskriptiv gebraucht wird.²

Denotativ lässt sich der Begriff hingegen einfach erläutern:

„Wörtlich bedeutet Enhancement Erhöhung, Erweiterung, Hebung, Steigerung, Verbesserung, Vergrößerung oder Verstärkung. Das adjektivisch gebrauchte *human* lässt sich mit *menschlich* oder *human* übersetzen, das Substantiv lautet einfach »*Mensch*«. Eine tentative Definition könnte also lauten: Unter dem Begriff Human Enhancement werden Bestrebungen gefasst, menschliche Fähigkeiten über ihr *natürliches* Maß hinaus zu erhöhen, oder Menschen mit neuen Fähigkeiten auszustatten.“³

Wie die obige Definition zeigt, hängen zahlreiche philosophisch komplexe Begriffe mit dem Ausdruck *Human Enhancement* zusammen, wie etwa *Mensch* oder *Natur*. Daher werden im Lauf der Arbeit immer wieder Diskurse um Begriffe der Philosophiegeschichte skizziert werden, vor allem in Kapitel 1, wenn das Diskursfeld um *Human Enhancement* dargestellt werden soll, und in Kapitel 3, wenn es um den Umgang mit Schmerz geht, der vor allem mit operativen Enhancement-Maßnahmen verbunden ist.

Im ersten Kapitel der Arbeit mit dem Titel „Das Diskursfeld *Enhancement und Ethik*“ wird ausgehend von einer ethischen Begriffsdefinition des Philosophen M. Fuchs aus dem Lexikon der Bioethik⁴ und einer historischen Verortung des Beginns der Debatte in der Diskussion um Gen-Ethik gegen Ende der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts das

² vgl. Jan-Hendrik Heinrichs, „Enhancement: Ein Begriff zwischen Definitionshoheiten?“, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Jg. 21, Nr. 1 (2017), 86.

³ Reinhard Heil, „*Human Enhancement* – Eine Motivsuche bei J.D. Bernal, J.B.S. Haldane und J.S. Huxley“, in *Die Debatte über »Human Enhancement«. Historische, philosophische und ethische Aspekte der technologischen Verbesserung des Menschen*, hg. von Christopher Coenen u. a., Science Studies (Bielefeld: transcript, 2010), 41.

⁴ Michael Fuchs, „Enhancement“, in *Lexikon der Bioethik*, hg. von Wilhelm Korff u.a., Bd.1 (Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1998), 604f.

Diskursfeld um Human Enhancement skizziert.⁵ Leitartikel für diesen Abschnitt ist der Aufsatz „Was bedeutet *Enhancement*?“ von E. T. Juengst aus dem Jahr 2009, der im Sammelband „*Enhancement. Die ethische Debatte*“ von B. Schöne-Seifert und D. Talbot erschienen ist.⁶ Er unterscheidet die ethische Debatte in zwei große Diskursfelder, nämlich die „Diskussion um die angemessenen Grenzen der Biomedizin“⁷ und die „Diskussion der Ethik der Selbstverbesserung“⁸.

Zu ersterem Strang gehört die Unterscheidung zwischen *gesund* und *krank* sowie die damit einhergehende Bestimmung von Enhancement als ein Eingriff, der an jemandem, der eigentlich *gesund* ist, vorgenommen wird. Auch die Definition von Gesundheit über körperliche Gebrechen hinaus in den Bereich des umfassenden Wohlbefindens gehört in diesen Kontext, wodurch auch auf die Frage, ob Enhancement nicht über den Umweg eines persönlichen Rechts auf Glück, das individuell anders gestaltet ist, umfassend gerechtfertigt werden kann. Weiters wird das Problem thematisiert, wo denn jene Norm liegt, die die Grenze markiert zwischen Therapie und Enhancement.

Zu dem zweiten Strang, der Ethik der Selbstverbesserung, gehören grob gesagt all jene Argumente, die Enhancement als unnatürlich, künstlich sowie als etwas, das man nicht aus eigener Kraft geschafft hat, bewerten. Hinter all diesen Bewertungen stehen Weltbilder, denen Wertungen inhärent sind. Sieht man sich die Begründungen genauer an, zeigen sie recht schnell argumentative Lücken, zum Beispiel wenn man fragt, warum denn sportliches Training als Weg der Verbesserung der körperlichen Verfassung ethisch unbedenklich und natürlich ist, die Einnahme von auch wiederum nach bestimmten Kriterien ausgewählten leistungssteigernden Substanzen aber als illegitim gilt. Hier gibt E.T. Juengst eine gute Möglichkeit der Gliederung in entsprechende Problemfelder vor, nämlich: Enhancement als Gegenbegriff zu Errungenschaft⁹, Enhancement als etwas

⁵ William French Anderson, „Human gene therapy: Why draw a line?“, *The Journal of Medicine and Philosophy* Jg. 14, Nr. 6 (1989), 681–93.

⁶ Eric T. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, in *Enhancement. Die ethische Debatte*, hg. von Bettina Schöne-Seifert und Davinia Talbot, Bd. 16, *ethica* (Paderborn: mentis, 2009), 25–45.

⁷ ebd. 25.

⁸ ebd.

⁹ vgl. ebd. 35f.

Künstliches¹⁰, Enhancement als unlautere Abkürzung¹¹ und Enhancement als Pervertierung der Medizin¹².

Die im ersten Kapitel angesprochen Abgrenzung von Enhancement und Therapie führt zur Fragestellung des zweiten Kapitels, die das grundlegende Forschungsinteresse der Arbeit darstellt: Kann Enhancement die Aufgabe von Ärzten und Ärztinnen sein? Da viele Praktiken, so wie auch die im zweiten Kapitel behandelte ästhetische Mammaaugmentation, Eingriffe in den Körper sind, müssen sie von Medizinerinnen und Medizinerinnen durchgeführt werden, in Operationssälen und Krankenhäusern, wo auch viele Menschen behandelt werden, die sich nicht aus freien Stücken dafür entschieden haben, im Spital zu liegen oder operiert zu werden. Menschen, die mit der Frage nach dem Warum hadern, die nach einem übergeordneten Sinn ihres Leidens fragen. Für sie mag es schwer verständlich sein, wie jemand aus freien Stücken, ja sogar in seiner Urlaubszeit ähnliche Prozeduren über sich ergehen lässt. Das Ausmaß an Unzufriedenheit, bis hin zu Klagen nach einem solchen Eingriff, zeigt, dass die Situation für jene, die aus ästhetischen Gründen in Operationssälen und Krankenzimmern liegen, nicht ganz so einfach ist.¹³ Sie fühlen dieselben Schmerzen, haben dieselben Probleme, sind jedoch nicht im eigentlichen Sinn krank. Aufgrund dieses Phänomens soll die Bedeutung der Erfahrung von Schmerz für den Menschen als Person im dritten Kapitel in diesem Kontext untersucht werden.

Der zweite Abschnitt stellt verschiedene Rollenmodelle von Arzt oder Ärztin vor. Diese haben sich nämlich im Laufe der Geschichte – besonders im letzten Jahrhundert – stark gewandelt. Ärzte und Ärztinnen treten immer mehr als Dienstleister und Dienstleisterinnen, Unternehmer und Unternehmerinnen, Verkäufer und Verkäuferinnen auf. Ein Dienstleistungsvertrag ist die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten oder der Patientin – genauer gesagt müsste man hier von Kunde oder Kundin sprechen – die alles Weitere rechtlich absegnet. Ganz so einfach ist es jedoch nicht, wie Beispiele aus Gerichtsurteilen zeigen. Im Falle des Falles wird genau nachgeprüft, welche Information wann gegeben wurde und ob irgendeine Art von Kunstfehler vorliegt.

¹⁰ vgl. ebd. 36f.

¹¹ vgl. ebd. 37–39.

¹² vgl. ebd. 39–42.

¹³ vgl. Isabelle Gazar, *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten* (Wien: Verein für Konsumenteninformation, 2003), 3.

Fakt ist also, dass dieses medizinische Arbeitsfeld sehr konfliktträchtig ist und dass Menschen, meist die Kunden und Kundinnen, enttäuscht und verletzt zurückbleiben.

Als praktisches Beispiel wurde das der ästhetischen Mammaaugmentation gewählt, wobei für die Auswahl folgende Faktoren relevant waren: Die mediale Präsenz des Themas, die Entwicklung des Eingriffs in Richtung einer als harmlos betrachteten, gesellschaftlich anerkannten – in manchen Berufen wie dem der Schauspielerin sogar geforderten – Prozedur sowie der Aspekt der Schmerzhaftigkeit. Über diesen letzten Grund wird das Kapitel mit dem letzten inhaltlichen Abschnitt der Arbeit verknüpft.

Im dritten Kapitel muss wieder zuerst Klarheit über die Begriffe erlangt werden. Dies sind jedoch philosophisch sehr komplexe Bezeichnungen wie *Schmerz*, *Leid* und *Körper*. Unter Zuhilfenahme verschiedener Bezugswissenschaften wird eine Annäherung versucht, wobei eine vollständige Begriffsbeschreibung nicht geleistet werden kann, denn man könnte zur Bedeutung jedes einzelnen ganze Bücher schreiben. Diskussionen aus der Theologie sollen insbesondere bei der Bestimmung von Abgrenzung von Leid und Schmerz eine Rolle spielen, da es in dieser Disziplin zahlreiche fruchtbare Diskurse zu diesem Thema gibt. Aber auch säkulare Schriftsteller und Schriftstellerinnen haben sich mit dem Phänomen des Schmerzes und dem Unterschied zu Leid auseinandergesetzt. Als wichtige Quelle dient der interdisziplinäre Sammelband „Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen“ von G. Maio, C. Bozzaro und T. Eichinger¹⁴.

Bei dem Begriffspaar *Körper und Leib* soll wieder die Philosophie zur Sprache kommen, allen voran mit dem Sammelband „Leiblichkeit“ von E. Alloa, T. Bedorf, C. Grüny und T. N. Klass¹⁵. Sie bringen verschiedene kontemporäre philosophische Leibkonzepte zur Sprache, wie etwa das von Husserl. Dieses wird in Abschnitt 3.2.2 skizziert.

Schließlich münden die Ausführungen in einen Abschnitt über den aktuellen Umgang mit Schmerz in der Medizinethik, der zeigt, wie eng philosophische Reflexion und tatsächliche Praxis verbunden sind. Sieht man sich nämlich an, was Schmerz anthropologisch gesehen für den Menschen bedeutet, wird klar, warum Ärzte und

¹⁴ Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, Hrsg., *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen* (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015).

¹⁵ Emmanuel Alloa u. a., Hrsg., *Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts*, Bd. 3633, UTB (Mohr Siebeck, 2012).

Ärztinnen so häufig Schmerzmittel verschreiben. Diese Erkenntnisse sollen infolge auf Schmerz im Kontext von Human Enhancement übertragen werden, um herauszufinden, welche Rolle Schmerz in dem in Kapitel 2 dargestellten konfliktreichen Verhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Kunden oder Kundin spielt.

Methodisch wurde literarisch-reproduktiv gearbeitet, wobei ethischen Arbeiten ein hohes Maß an weiterführender Reflexion auf Basis philosophischer Diskursnormen inhärent ist. Das bedeutet, dass die Ausführungen keineswegs bei der reproduktiven Komponente stehenbleiben, sondern jene weitergedacht und auch miteinander verknüpft werden sollen. Das führt zwangsläufig dazu, dass manche Fragen offen bleiben, die weitergedacht werden können, wie etwa jene, ob es ethisch legitim ist, im medizinischen Kontext zu behandelnde Personen als Kunden, zu denen das Verhältnis einzig und allein durch den Dienstleistungsvertrag definiert ist, zu betrachten.

1 Das Diskursfeld *Enhancement* und *Ethik*

Im vorliegenden Kapitel wird als Basis für die weitere Arbeit ein Überblick über den ethischen *Enhancement*-Diskurs gegeben. Leitfrage ist, wie man Human *Enhancement* von anderen Verbesserungen beziehungsweise Veränderungen unterscheiden kann. Dafür gibt es verschiedene theoretische Ansätze, die in Rekurs auf E. T. Juengst in zwei wesentliche Bereiche geteilt werden können: die „Diskussion um die angemessenen Grenzen der Biomedizin“¹⁶ und die „Diskussion der Ethik der Selbstverbesserung“¹⁷. Der von genanntem Autor durch diese Unterscheidung vorgegebenen Struktur folgt auch das erste Kapitel dieser Arbeit. Vorangestellt werden allgemein einführende Recherchen zur Definitionsproblematik des Begriffs.

Der Begriff *Enhancement* im Kontext der Medizin stammt ursprünglich aus dem Bereich der Gen-Ethik. M. Fuchs definiert in Rekurs auf einen Aufsatz von W. F. Anderson aus dem Jahr 1989¹⁸ den Begriff folgendermaßen:

„Als *Enhancement* bezeichnet man allgemein einen korrigierenden Eingriff in den menschlichen Körper, durch den nicht eine Krankheit behandelt wird bzw. der nicht medizinisch indiziert ist. Vielfach wird *Enhancement* synonym mit *enhancement genetic engineering* für die gezielte Beeinflussung genetisch determinierter menschlicher Eigenschaften verwendet.“¹⁹

M. Fuchs weist bereits darauf hin, dass der Terminus nicht exakt definiert ist.²⁰ Das liegt daran, dass es schwierig ist, eine Grenze zu ziehen, wann eine Krankheit vorliegt und wann nicht. Beispielsweise gibt es im Bereich der Schönheitschirurgie mitunter die Möglichkeit, psychische Leiden zu diagnostizieren, die die Finanzierung eines ästhetischen Eingriffs durch die Krankenkasse ermöglichen.²¹ Somit läge wieder eine medizinische Indikation vor. Die Indikation wiederum „ist der Rechtfertigungsgrund für das ärztliche Handeln“²². Zudem ist das vorhandene Spektrum an Krankheiten ein gewachsenes – maßgeblich geprägt durch die WHO²³ – und durch Ärzte und Ärztinnen

¹⁶ Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 25.

¹⁷ ebd.

¹⁸ vgl. Anderson, „Human gene therapy: Why draw a line?“

¹⁹ Fuchs, „*Enhancement*“, 604.

²⁰ vgl. ebd.

²¹ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 29.

²² Christoph Stock, *Die Indikation in der Wunschmedizin. Ein medizinrechtlicher Beitrag zur ethischen Diskussion über „Enhancement“*, *Recht & Medizin* 97 (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009), 29.

²³ „WHO | World Health Organization“, zugegriffen 7. Juli 2018, <http://www.who.int>.

erweiterbares.²⁴ Auch die Unterscheidung *gesund* und *krank* ist durchaus zu begründen, worauf im weiteren Verlauf dieses Kapitels der Arbeit noch eingegangen werden wird.

In der kontemporären Literatur findet sich einer radikale Erweiterung des ursprünglichen Begriffs *Enhancement* auf verschiedene Bereiche der Medizin, die gemeinsam haben, dass sie „nicht der Krankheitsbehandlung, sondern der Optimierung menschlicher Leistungen und Qualitäten dienen“²⁵, wobei auch G. Maio auf die Schwierigkeit hinweist, den Begriff *Krankheit* genau zu bestimmen, mit der Begründung, dieser werde „durch subjektive Erfahrungsmomente, soziale Erwartungen und den jeweils herrschenden Zeitgeist entscheidend mitbestimmt“²⁶.

G. Maio unterscheidet fünf verschiedene Kategorien von Enhancement-Ansätzen, je nach Zielen, die durch die Maßnahme verfolgt werden:²⁷

1. Enhancement mit dem Ziel der Verbesserung der Erscheinungsform einer Person. Dazu zählt er die ästhetische Chirurgie sowie auch Optimierungen, die kein ästhetisches Ziel verfolgen, wie etwa die Gabe von Wachstumshormonen an gesunde, aber kleinwüchsige Kinder.
2. Enhancement der Leistungsfähigkeit des Menschen. Hierzu gehören Neuroenhancement, als Verbesserung der geistigen Fähigkeiten und Doping als Optimierung der körperlichen Leistungsgrenze.
3. Enhancement der Emotionen. Dazu gehören Stimmungsaufheller sowie das Ausschalten unerwünschter Emotionen.
4. Enhancement der gesamten menschlichen Existenz. Darunter würden Verbesserungen der „Anfangsbedingungen des Menschen“²⁸ fallen sowie Verlängerung der Lebensspanne insgesamt mittels Anti-Aging-Medizin.
5. In einer fünften Kategorie fasst G. Maio alle Ansätze zusammen, die auf die „spezifischen Präferenzen Einzelner“²⁹ abzielen, wie etwa der Wunschkaiserschnitt oder das sogenannte *egg freezing*.

²⁴ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 31.

²⁵ Giovanni Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage (Stuttgart: Schattauer, 2012), 322.

²⁶ ebd. 325.

²⁷ vgl. ebd. 322f.

²⁸ ebd. 323.

²⁹ ebd.

Anders als G. Maio differenziert C. Stock in seinem medizinrechtlichen Diskursbeitrag „Die Indikation in der Wunschmedizin“ Enhancement neben der Unterscheidung nach Zielen auch nach Körperregionen, die verändert werden. So kommt er auf drei grundlegende Unterscheidungen, nämlich Gen-Enhancement, was Kategorie 4 bei G. Maio entsprechen würde, Neuro-Enhancement, was allerdings hier Kategorie 3 und 2 ohne Sport-Doping entspricht, und Body-Enhancement allgemein, worunter er Kategorie 1 sowie alle den Körper betreffenden Optimierungen, also auch Sport-Doping, versteht.³⁰ Zudem weist C. Stock auf die Unterscheidung der Begriffe *Enhancement* und *Wunschmedizin* hin, die nicht in den Begriffen selbst, sondern in deren Gebrauch liegt:

„Wunschmedizin und Enhancement können als Optimierung des eigenen wie auch eines fremden Körpers aufgefasst werden, man denke nur an gentechnisch veränderte *Wunsch Kinder*. Der Begriff Enhancement prägt die Diskussion in der Medizinethik, während er in den Rechtswissenschaften praktisch nicht vorkommt. Hier wird eher von *Wunschmedizin* oder *wunscherfüllender Medizin* gesprochen. [...] In der medizinethischen Diskussion wird der Begriff weit verstanden: als Verbesserung oder Erweiterung bestehender diagnostischer, therapeutischer, präventiver oder palliativer Möglichkeiten. Mit diesem Verständnis ist die gesamte Bandbreite medizinischer Tätigkeit einschließlich der forschenden im Sinne von Wunschmedizin erfasst.“³¹

Die rechtliche und die ethische Debatte in der Diskursdarstellung voneinander zu trennen ist in vielerlei Hinsicht unerlässlich, wenngleich ethische Überlegungen die Gesetzgebung natürlich beeinflussen. Allerdings ist es in der ethischen Debatte wesentlich, dem Begriff der Indikation als ethischen Rechtfertigungsgrund für ärztliches Handeln einen zentralen Stellenwert zuzuschreiben.³² Rein juristisch spielt hingegen die Einwilligung nach vorhandener Aufklärung des Patienten oder der Patientin die maßgebliche Rolle, ob eine Behandlung rechtens war. Der OGH stellt grundlegend fest:

„Ärztliche Eingriffe dürfen nur mit Zustimmung des Patienten vorgenommen werden. Unter besonderen Umständen sind aber Ausnahmen von diesem Grundsatz anzuerkennen. Im Falle eines ohne Zustimmung vorgenommenen Eingriffes haftet der Arzt auch für den zufällig bei sachgemäß vorgenommenem Eingriff eingetretenen Schaden.“³³

³⁰ vgl. Stock, *Die Indikation in der Wunschmedizin. Ein medizinrechtlicher Beitrag zur ethischen Diskussion über „Enhancement“*, 43.

³¹ ebd. 39f.

³² vgl. G. Neitzke, „Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns“, *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* Jg. 109, Nr. 1 (2014), 8–12, <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0280-9>.

³³ OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 20.01.1954, „Rechtssatznummer: RS0038169“, Rechtsinformationssystem der Republik Österreich, zugegriffen 8. Juli 2018, https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJR_19540120_OGH0002_00100B00005_5400000_001.

Diese besonderen Umstände betreffen Personen, die sich in unmittelbarer Lebensgefahr befinden, wodurch die Aufklärung mit der Dringlichkeit der Behandlung konkurriert. Zudem gibt es die Situation, dass eine Person aufgrund ihres geistigen Zustandes „nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit der Vornahme einer Operation und die Bedeutung ihrer Verweigerung frei zu beurteilen“³⁴. Dann muss ein Sachwalter zurate gezogen werden, bzw. bei Kindern ist der gesetzliche Vertreter aufzuklären und um Einwilligung zu fragen.³⁵

Lediglich bei der Frage der Finanzierung hat die Indikation rechtliche Relevanz, denn Krankenkassen entscheiden auf der Basis des vorliegenden Behandlungsgrundes, ob und in welchem Ausmaß ein Eingriff finanziert wird.³⁶ Hier kann es zum einen zu einer Flucht in schwer überprüfbare Diagnosen, wie zum Beispiel psychische Leiden aufgrund eines ästhetischen Mangels kommen, zum anderen zeigt sich die ethisch bedenkliche Allokationsproblematik von Enhancement-Praktiken. Zugang hat nur der, der nicht auf die Zahlung der Krankenkasse angewiesen ist. Im Bereich der Mundgesundheit zeigt sich etwa eine deutliche Korrelation zwischen sozioökonomischem Status und gesunden Zähnen.³⁷

Eine weitere wesentliche Unterscheidung innerhalb des nun bereits vom Rechtlichen abgegrenzten ethischen Enhancement-Diskurses zeigt E. T. Juengst im Sammelband „Enhancement. Die ethische Debatte“ von B. Schöne-Seifert und D. Talbot auf: Der Begriff wird unterschiedlich verwendet, je nachdem, ob es a) um die „Diskussion um die angemessenen Grenzen der Biomedizin“³⁸ oder b) um die „Diskussion der Ethik der Selbstverbesserung“³⁹ geht. E. T. Juengst erklärt diese Unterscheidung in Rekurs auf E. Parens, der zahlreiche Beiträge zur bioethischen Enhancement-Debatte veröffentlicht hat, folgendermaßen:

„In der biomedizinischen Diskussion fungiert Enhancement für gewöhnlich als Begriff moralischer Grenzziehung. Ebenso, wie der Begriff der sinnlosen Therapie (*futile treatment*) verwendet wird, um die Grenzen einer medizinischen Pflicht zur Verfolgung jedes medizinischen Ziels trotz eingeschränkter Möglichkeiten kennzeichnen, ist auch typischerweise von Enhancement die Rede, wenn die Grenzen

³⁴ OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 20.01.1954.

³⁵ vgl. OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 20.01.1954.

³⁶ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 29.

³⁷ vgl. A. Borutta, „Ungleichheit in der Mundgesundheit: Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, *Prävention und Gesundheitsförderung* Jg. 4, Nr. 2 (2009), 105–12, <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0159-z>.

³⁸ Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 25.

³⁹ ebd.

der fachlichen Pflicht zur Durchführung biomedizinischer Eingriffe aufgezeigt werden sollen, deren Zweck jenseits von medizinischen Zielsetzungen liegt.“⁴⁰

In Bezug auf die Ethik der Selbstverbesserung stellen sich jedoch andere Fragen, nämlich:

„Von denjenigen, die an der Ethik der Selbstverbesserung interessiert sind, behaupten viele, ganz abgesehen von irgendwelchen Gesundheitsrisiken seien einige Mittel zur persönlichen Selbstverbesserung – wie Training, Erziehung oder Gebete – für ihre Ziele *natürlich*, während *künstliche* Herangehensweisen – wie Medikamente, Operationen oder Implantate – dies einfach nicht seien. Persönliche Verbesserungen sollten durch Disziplin und Anstrengung verdient werden, so das Argument, und sie durch biomedizinische Eingriffe zu erlangen, bedeute, ihren Wert zu mindern und Betrug an den gesellschaftlichen Praktiken zu begehen, bei denen sie eine Rolle spielen. Im Extremfall könnten durch genetische Enhancement-Maßnahmen erlangte Verbesserungen Ausdruck unserer Hybris sein: ein blasphemischer Versuch, *Gott zu spielen*.“⁴¹

In Hinblick auf beide Fälle zeigen sich folgende Gemeinsamkeiten: In beiden Fällen spielen sowohl Individualmoral als auch Sozialmoral⁴² eine Rolle, wobei in Fall a) die behandelnde Person diejenige ist, die sich die moralischen Fragen stellt, in Fall b) jedoch stellt die behandelte Person diese Fragen an sich selbst. Die Sozialmoral ist ebenso maßgeblich, denn in Fall a) ist das im Recht vertretene Autonomieprinzip nach dem der Behandelte nach vorheriger Aufklärung zustimmen muss letzten Endes ausschlaggebend, ob jenseits der individuellen Entscheidung des Behandelnden ein Eingriff vertretbar ist. In Fall b) wäre die Sozialmoral vertreten, da die Regeln von gesellschaftlichen Institutionen auf derartigen Überlegungen beruhen. Auch religiöse Überlegungen haben hier ihren Platz, weshalb E. T. Juengst in Anlehnung an den Begriff *pharmazeutischer Calvinismus*, der die Berufung auf ein Arbeitsethos in der ethischen Debatte um Sportdoping meint, den Begriff *biomedizinischer Calvinismus* einbringt.⁴³

Bekanntlich geht der Calvinismus von einer Prädestination des oder der Einzelnen durch Gott aus, die er beziehungsweise sie sich selbst und seinen beziehungsweise ihren Mitmenschen beweisen kann, indem er oder sie gute Lebensumstände vorweist. Daraus ergibt sich das hohe Arbeitsethos des Calvinismus. Die Frage ist jedoch, warum manche Mittel in dieser Argumentation als Eingriff in Gottes Plan bewertet werden und andere nicht. Hier besteht letztlich eine argumentative Lücke, die es zu füllen gilt, oder aber,

⁴⁰ ebd. 25.

⁴¹ ebd. 35f.

⁴² vgl. zur Unterscheidung Individualmoral und Sozialmoral: Herlinde Pauer-Studer, *Einführung in die Ethik*, 2. Aufl., Bd. 2350, UTB (Wien: Facultas, 2010), 14–16.

⁴³ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 36.

diese Lücke ist nicht schließbar und Enhancement-Praktiken – beispielsweise Doping – sind zulässig. Dann ergeben sich folgende Alternativen für Institutionen, wenn sie soziale Werte, also letzten Endes eine gewisse Fairness im Wettbewerb⁴⁴, wahren wollen:

„Entweder müssen diese Einrichtungen das Spiel (z.B. Erziehung oder Sport) neu entwerfen, um neue Möglichkeiten zur Beurteilung vortrefflicher Leistungen zu finden, die nicht von vorhandenem Enhancement tangiert werden, oder sie müssen diese den Gebrauch verbessernder Abkürzungen verhindern. Welchen Weg eine Institution einschlagen sollte, hängt davon ab, welcher von beiden möglich und praktikabel ist – ethisch sind sie nämlich gleichwertig.“⁴⁵

Aktuell wäre diese Frage für Bildungseinrichtungen wie die Universität oder die Schule interessant, da sich die Sicherstellung von fairen Prüfungsbedingungen durch Ausschluss der Verwendung von Smartphones zunehmend als schwierig gestaltet. Neue Technologien wie Smartwatches und kaum sichtbare Bluetooth-Headsets machen es nahezu unmöglich, in einem Raum voller Studierender sicherzustellen, dass während einer Prüfung niemand auf das Internet zugreift. Anstatt immer absurdere Kontrollszenarien zu entwerfen, wäre es auch möglich, über alternative Prüfungsmodalitäten nachzudenken, in denen die Verwendung dieser Hilfsmittel trotzdem vergleichbare Ergebnisse liefert.

Im Folgenden sollen die von E. T. Juengst eingebrachten zwei Lesarten von Enhancement hinsichtlich der weiteren Differenzierung innerhalb dieser Sparten ein Grundgerüst für die Diskursdarstellung des Enhancementbegriffs bieten. Diskursbeiträge weiterer Autoren und Autorinnen werden in die jeweilige Kategorie eingeordnet und tragen zu einer adäquaten Darstellung der Komplexität des Diskurses bei.

⁴⁴ vgl. ebd. 38.

⁴⁵ ebd.

1.1 Enhancement in der Bioethik

Grundsätzlich wird der Enhancement-Begriff in der Bioethik vom Begriff der Behandlung oder Therapie abgegrenzt. Therapie ist dabei medizinisch notwendig, Enhancement ist es nicht.⁴⁶ Mit der Frage dieser Kategorisierung hat sich M. Hoffmann in seinem Artikel „Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement?“ beschäftigt. Therapie als „Linderung und Heilung von Krankheiten“⁴⁷ definiert er folgendermaßen näher:

„Unter Therapie versteht man demnach z.B. medikamentöse oder chirurgische Behandlungen somatischer Erkrankungen, aber auch psychologische oder pharmakologische Interventionen bei psychischen Störungen.“⁴⁸

Dementsprechend beschäftigt sich die Bioethik mit der Frage, was als krank und was als gesund zu bezeichnen ist. Im ersten Unterkapitel dieses Abschnittes werden solche krankheitsbasierten Modelle behandelt. Allerdings kann aus dem Versuch einer genauen Grenzziehung auch resultieren, dass eine genaue Grenzziehung nicht möglich ist – der vorher zitierte Autor M. Hoffmann kommt im Übrigen zu dem Schluss, diese sei möglich – doch dazu später –, was wiederum bedeutet, dass andere Möglichkeiten der Unterscheidung gefunden werden müssen. Ideologiebasierte Modelle, die im zweiten Unterabschnitt dieses Kapitels bearbeitet werden, bieten eine solche Möglichkeit, da sie auf der Prämisse beruhen, dass die Pflichten des Arztes oder der Ärztin in einem konkreten Fall von dem Wertesystem des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin resultieren.⁴⁹ Ideologie meint hier also „die Vorstellung des Patienten vom menschlichen Gedeihen“⁵⁰.

Der letzte biomedizinische Ansatz in der Debatte um Enhancement richtet sich auf die Möglichkeiten des Individuums in der Gesellschaft. E. T. Juengst subsumiert entsprechende Ansichten unter „normalitätsbasiert“⁵¹, womit gemeint ist, dass es dem oder der Einzelnen möglich ist, im „normalen Chancenspektrum“⁵² der Gesellschaft

⁴⁶ vgl. ebd. 28.

⁴⁷ Martin Hoffmann, „Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement?“, *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Jg. 11 (2006), 201, <https://doi.org/10.1515/9783110186406.201>.

⁴⁸ ebd. 201.

⁴⁹ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 31f.

⁵⁰ ebd. 32.

⁵¹ ebd.

⁵² ebd.

einen Platz zu haben. Hier geht man von einem „funktionellen Leistungsniveau“⁵³ des Einzelnen aus, „das für Angehörige seiner Referenzgruppe innerhalb der menschlichen Spezies (z.B. hinsichtlich Alter und Geschlecht) typisch ist“⁵⁴. Das dritte Unterkapitel bilden demnach solche normalitätsbasierten Modelle.

1.1.1 Krankheitsbasierte Modelle

Möglichkeiten, Therapie von Enhancement zu unterscheiden, bietet die Differenzierung, ob die zu behandelnde Person gesund oder krank ist. Sie fußen also auf der Prämisse, dass gewisse Zustände pathologisch sind und andere nicht.⁵⁵

In diesen Bereich fallen die Definitionen von G. Maio, der Enhancement von Krankheitsbehandlung abgrenzt⁵⁶ und von M. Fuchs im Lexikon der Bioethik, der ebenfalls Enhancement als einen „korrigierenden Eingriff in den menschliche Körper“⁵⁷ sieht, „durch den nicht eine Krankheit behandelt wird“⁵⁸.

Der Krankheitsbegriff an sich lässt sich wiederum unterschiedlich verstehen. J.-C. Heilinger differenziert in seiner Arbeit „Anthropologie und Ethik des Enhancements“ zwischen drei Zugängen: dem objektiven, subjektiven und relationalen Krankheits- und Gesundheitsbegriff.⁵⁹ Der objektive Krankheitsbegriff orientiert sich am speziestypischen Funktionieren eines Organismus, welches mittels Statistik festgestellt werden kann, weshalb J.-C. Heilinger auch von einem *biostatistischen* Gesundheitsbegriff spricht. Krank ist, wer der statistischen Norm nicht entspricht. Diese Definition hat einerseits den Nachteil, dass sie das subjektive Krankheitsempfinden außer Acht lässt. Jemand kann nicht der statistischen Norm entsprechen, aber sich trotzdem gesund fühlen. Dieser Einwand lässt sich mit einer weiteren Differenzierung umgehen, nämlich der in *disease* und *illness* nach C. Boorse.⁶⁰

C. Boorse definiert *disease* folgendermaßen:

„The root idea of this account is that the normal is the natural. The state of an organism is theoretically healthy, i.e. free of disease, insofar as its mode of functioning conforms

⁵³ ebd. 31.

⁵⁴ ebd. 32f.

⁵⁵ vgl. ebd. 28f.

⁵⁶ vgl. Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, 322.

⁵⁷ Fuchs, „Enhancement“, 604.

⁵⁸ ebd.

⁵⁹ Jan-Christoph Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, Humanprojekt (Berlin, New York: DE GRUYTER, 2010), 62–71, <https://doi.org/10.1515/9783110223705>.

⁶⁰ vgl. ebd. 63f.

to the natural design of that kind of organism. Philosophers have, of course, grown repugnant to the idea of natural design since its cooptation by natural-purpose ethics and the so-called argument from design. It is undeniable that the term "natural" is often given an evaluative force.“⁶¹

C. Boorse weist hier auf den essentiellen Aspekt hin, dass es sich hier rein um eine Feststellung, nicht um eine Wertung handelt. Somit entkräftet er bereits im Vorhinein den Verdacht eines naturalistischen Fehlschlusses, denn das *Sollen* kann nicht Frage der Biologie als Wissenschaft sein.

Der Begriff *illness* bezeichnet grob gesagt die subjektive Wahrnehmung des oder der Betroffenen⁶², jedoch ist nicht einfach gemeint, ob sich eine Person krank fühlt oder nicht. Vielmehr gibt es nach C. Boorse bestimmte Parameter, die *illness* bestimmen, nämlich:

„A disease is an illness only if it is serious enough to be incapacitating, and therefore is (i) undesirable for its bearer; (ii) a title to special treatment; and (iii) a valid excuse for normally criticizable behavior.“⁶³

Der Autor weist in weiterer Folge darauf hin, dass diese Definition in Bezug auf physische Krankheiten entwickelt worden ist und es daher zu Problemen kommt, wenn man versucht sie eins zu eins auf psychische Krankheiten anzuwenden, denn schon bei Merkmal i) kann es mitunter zu psychopathologischen Abweichungen in der Bewertung dessen kommen, was erstrebenswert ist.⁶⁴ C. Boorse weist zudem darauf hin, dass die Bewertung einer physischen Abweichung von einer statistischen Norm als *illness* stark mit dem Verhältnis einer Person zu ihrem Körper in Zusammenhang steht. Damit ist gemeint, dass bestimmte Prozesse je nach Körperkonzept in der Verantwortung der Person liegen und andere nicht.⁶⁵

Ein realer Kritikpunkt des Konzeptes – nachdem gezeigt worden ist, dass kein naturalistischer Fehlschluss vorliegt – ist allerdings, dass ein statistischer Mittelwert niemals alle Menschen auf der Welt erfassen kann. Was als Norm gilt, ist in hohem Maße kulturabhängig und verändert sich zudem mit der Zeit.⁶⁶ Ethisch brisant ist zudem, dass Körpermerkmale oder Verhaltensweisen, die nicht dem statistischen Mittelwert entsprechen, als krank gelten. Ein klassisches Beispiel wäre nach J.-C. Heilinger etwa

⁶¹ Christopher Boorse, „On the Distinction between Disease and Illness“, *Philosophy & Public Affairs* Jg. 5, Nr. 1 (1975), 57.

⁶² vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 64.

⁶³ Boorse, „On the Distinction between Disease and Illness“, 61.

⁶⁴ ebd. 62f.

⁶⁵ vgl. ebd. 62.

⁶⁶ vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 64.

Homosexualität.⁶⁷ Der Einwand ist vor allem deshalb nicht von der Hand zu weisen, da C. Boorse dezidiert schreibt:

„Cells are goal-directed toward metabolism, elimination, and mitosis; the heart is goal-directed toward supplying the rest of the body with blood; and the whole organism is goal-directed both to particular activities like eating and moving around and to higher-level goals such as survival and reproduction. The specifically physiological functions of any component are, I think, its species-typical contributions to the apical goals of survival and reproduction.“⁶⁸

Der Autor geht also davon aus, dass es die speziestypische Funktionsweise des Menschen ist, auf Überleben und Reproduktion ausgerichtet zu sein. Somit würden alle Menschen, deren Sexualität nicht auf Reproduktion ausgerichtet ist, sei es, weil sie homosexuell sind oder weil sie sich einfach nicht reproduzieren wollen, als nicht gesund gelten.⁶⁹ Der Ausdruck *speziestypisch* ist also keineswegs als rein deskriptiv zu verstehen, sondern beinhaltet zugleich auch eine ethisch problematische Wertung.

Der subjektive Krankheitsbegriff ist jener, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946 in ihrer Verfassung verankert hat.⁷⁰ Dort heißt es:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“⁷¹

Hier findet sich ein positiv formulierter Gesundheitsbegriff, da explizit der Zustand der Gesundheit erläutert wird und nicht, wie bei dem vorher beschriebenen objektiven Krankheitsbegriff der Fokus auf der Definition von Krankheit als Unvollständigkeit, Defizit, liegt. Ohne Zweifel ist die Definition der WHO eine der einflussreichsten, aber zugleich auch eine der problematischsten. Letzten Endes sind alle Personen nach dieser Definition krank, denn in physischer, mentaler und sozialer Hinsicht umfassendes Wohlergehen zu erleben ist schwer bis gar nicht möglich. In Bezug auf Enhancement bedeutet der subjektive Krankheitsbegriff zudem, dass alle das Wohlbefinden fördernden Praktiken Therapie sind.⁷²

⁶⁷ vgl. ebd. 64f.

⁶⁸ Boorse, „On the Distinction between Disease and Illness“, 57.

⁶⁹ vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 64f; vgl. Boorse, „On the Distinction between Disease and Illness“, 63.

⁷⁰ vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 65.

⁷¹ „WHO | Constitution of WHO: principles, unterzeichnet von 61 Staaten 1946, in Kraft getreten 1948“, WHO, zugegriffen 10. Juli 2018, <http://www.who.int/about/mission/en/>.

⁷² vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 65f.

Relevant ist in diesem Zusammenhang auch die zweite Prämisse der Verfassung der WHO:

„The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“⁷³

Aus der Definition von Gesundheit als Zustand umfassenden Wohlbefindens resultiert, dass in dieser Situation zu sein, ein Grundrecht aller Menschen ist. Hier zeigt sich, dass die Definition der WHO als idealistischer Maßstab für das politische Handeln der Organisation gemeint ist, nicht aber als Grundlage für die tatsächliche Praxis eines Gesundheitssystems. Eine genaue Abgrenzung von Therapie und Enhancement lässt sich mit dieser Definition auch nicht vornehmen.⁷⁴

Als dritten Begriff schlägt J.-C. Heilinger ein relationales Verständnis von Gesundheit und Krankheit vor. Der Autor schreibt:

„Bei einer relationalen Bestimmung von Gesundheit und Krankheit werden die äußeren Umstände, in denen sich ein Organismus befindet, für die Feststellung von Gesundheit herangezogen. Es besteht somit ein Bedingungsverhältnis zwischen den Fähigkeiten des Organismus und den spezifischen Anforderungen, die durch die jeweilige Umgebung an ihn gestellt werden.“⁷⁵

Hier kommt der Begriff des Glücklichen ins Spiel, denn letzten Endes kommt es darauf an, ob eine Person unter den Umständen, unter denen sie lebt, die Ziele erreichen kann, die sie glücklich machen.⁷⁶ J.-C. Heilinger kommt zu dem Schluss, dass eine genaue Abgrenzung von Therapie und Enhancement unmöglich ist und plädiert daher gegen die moralische Höherbewertung von Maßnahmen, die sich als Therapie von Krankheit in Abgrenzung zu Enhancement von Gesunden verstehen lassen.⁷⁷

M. Hoffmann ist hingegen der Ansicht, dies sei möglich, indem er von dem vorher beschriebenen objektiven Gesundheitsbegriff nach C. Boorse ausgeht und den Begriff der statistischen Norm präziser definiert. Er weist darauf hin, dass Einwände gegen dieses Modell auf einem naiven Verständnis von Statistik beruhen, das keineswegs der aktuellen wissenschaftlichen Praxis entspräche.⁷⁸ Schließlich sei nicht davon die Rede, dass

⁷³ „WHO | Constitution of WHO“.

⁷⁴ vgl. Heilinger, *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, 65f.

⁷⁵ ebd. 66f.

⁷⁶ vgl. ebd. 67.

⁷⁷ vgl. ebd. 68–71.

⁷⁸ vgl. Hoffmann, „Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement?“, 205.

Krankheit aus dem Abweichen eines Merkmals von der Norm resultiert, sondern sie wird immer erst durch ein Bündel als Indikatoren konstituiert. In diesem Bündel wiederum müssen nicht alle Merkmale zutreffen, sondern es reicht eine bestimmte Menge aus, die von M. Hoffmann als *hinreichend* bezeichnet wird.⁷⁹ Als Beleg für diese These nennt der Autor konkrete Beispiele aus der medizinischen Praxis, wo beispielsweise Fieber allein noch keine Blinddarmentzündung ausmacht und eine solche ebenso vorhanden sein kann, wenn kein Fieber vorliegt.⁸⁰ Jedem statistischen Mittelwert wird zudem eine gewisse Schwankungsbreite zugestanden, sodass das Kriterium einer statistischen Norm an sich nicht moralisch als restriktiv bewertet werden kann.⁸¹ Er schreibt:

„Der statistisch normale Fall besteht gerade darin, dass es in einem gewissen Anteil der Merkmale des betrachteten Merkmalsensembles zu individuellen Abweichungen vom Durchschnittswert kommt. Nimmt man also das Kriterium der statistischen Norm ernst und bezieht es – wie bereits oben vorgeschlagen – nicht auf einzelne Merkmale, sondern auf Merkmalsbündel, dann widerspricht es nicht der Auffassung, dass eine gewisse Variabilität gesund sei. Das Kriterium der statistischen Norm bestätigt diese Auffassung sogar: Individuelle Abweichungen vom exakten Durchschnittswert sind bei einer gewissen Anzahl von Merkmalen statistisch normal.“⁸²

Und weiter:

„Selbstverständlich stellt dieses Kriterium allein noch keinen befriedigenden Krankheitsbegriff bereit. Für sich genommen ist es – auch wegen seines probabilistischen Charakters – lediglich ein *Indikator* für das Vorliegen einer Krankheit.“⁸³

Im Folgenden führt M. Hoffmann den Begriff des Funktionierens als Markierung ein, ob nun die Krankheit tatsächlich vorliegt oder nicht. C. Boorse, so der Autor, gehe von einem evolutionsbiologisch geprägten Funktionsbegriff aus, der aus der Biologie kommt und nicht ausreicht, um menschliches Funktionieren zu definieren. Dies können nur verschiedene Wissenschaften, indem sie einander ergänzen, wie etwa Medizin, Psychologie, Soziologie und Pädagogik.⁸⁴

Die Stärke an M. Hoffmans Konzept liegt darin, dass es praxisorientiert ist. De facto müssen Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen entscheiden, ob eine Krankheit vorliegt und das im medizinischen Alltag innerhalb einer begrenzten

⁷⁹ ebd. 206.

⁸⁰ vgl. ebd.

⁸¹ vgl. ebd. 207.

⁸² ebd.

⁸³ ebd. 208.

⁸⁴ vgl. ebd. 208f.

Zeitspanne. Allerdings kann die philosophische Erkenntnis, dass man gar nicht so genau sagen kann, was *krank* und *gesund* ist, ein Anstoß sein, Verständnis für Personen aufzubringen, die objektiv betrachtet nicht *krank* sind, aber subjektiv unter der Abwesenheit von Wohlbefinden leiden. Zugleich kann im Bereich der Psychiatrie der Aspekt des Funktionierens für den medizinischen Alltag fruchtbringend sein. Wenn eine Person in ihrem Verhalten oder Denken nicht der Norm entspricht, muss noch nicht ein pathologischer Zustand vorliegen, der therapiert werden muss.

Die Schwachstelle dieses Konzept ist allerdings, dass der Aspekt des Glücklichseins nicht beachtet wird. Hier entspricht der relationale Krankheitsbegriff sicherlich mehr der gesellschaftlich akzeptierten Vorstellung dessen, was als *krank* bezeichnet werden kann. Gemeint ist hier der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen, wo sich allein in der Sprache immer noch viel ändert. So wird der Begriff *behindert* heute vielfach als politisch unkorrekt, ja sogar diskriminierend betrachtet. In der aktuellen Inklusionsdebatte wird der Ausdruck vermieden und stattdessen vorzugsweise *Heterogenität* und *Diversität* verwendet.⁸⁵

Die bisherigen Ausführungen haben zusammenfassend gezeigt, dass eine Definition von Enhancement, die auf der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit beruht, zwar möglich ist (z.B. M. Hoffmann), aber gleichzeitig ihre philosophische Schwachstelle darin hat, dass es der Willkür des Behandelnden obliegt, festzustellen, was als hinreichende Indikation für das Vorliegen einer Krankheit gilt. In ethischer Hinsicht findet sich ein weiteres Problem in der kulturellen Aufladung des Begriffes Krankheit, denn tendenziell ist er kulturell negativ aufgeladen, wie im vorigen Absatz durch den Verweis auf die Inklusionsdebatte gezeigt worden ist. Eine gewisse willkürliche Komponente in der Bewertung dessen, was krank und gesund ist, und infolgedessen, was noch Therapie und schon Enhancement ist, bleibt bei krankheitsbasierten Definitionsmodellen bestehen. Daher ist im Folgenden zu untersuchen, ob ideologie- oder normalitätsbasierte Modelle weniger Grauzonen enthalten.

1.1.2 Ideologiebasierte Modelle

Ideologiebasierte Modelle sind eine Reaktion auf die Erkenntnis, dass eine Unterscheidung zwischen Enhancement und Therapie subjektiv unterschiedlich ist. Der

⁸⁵ vgl. Wolf-Thorsten Saalfrank und Klaus Zierer, *Inklusion*, Bd. 4541, UTB (Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh, 2017), 7.

oder die Einzelne entscheidet, was seiner oder ihrer Vorstellung einer erstrebenswerten physischen oder psychischen Verfassung entspricht, und der Arzt oder die Ärztin behandelt dementsprechend. Derartige Modelle sind für das Gesundheitswesen nicht brauchbar, denn man kann aufgrund dessen nicht rechtfertigen, welche Behandlungen medizinisch notwendig sind, womit eine berechnete Teilhabe an allgemeinen Ressourcen des Gesundheitssystems einhergeht.⁸⁶ E. T. Juengst rekurriert auf den Beitrag von J. Sabin und N. Daniels aus dem Jahr 1994, in dem die Autoren von einem sogenannten *Welfare model* sprechen, welches sie folgendermaßen definieren:

„According to the welfare model, if people suffer because of attitudes or behavior patterns they did not choose to develop and are not independently able to alter or overcome, they should be eligible for insurance coverage.“⁸⁷

Zur korrekten Interpretation des Zitates muss beachtet werden, dass J. Sabin und N. Daniels verschiedene Modelle vorschlagen, nach denen Versicherungen entscheiden können, ob sie für eine Behandlung aufkommen. Sie optieren für ein System, das sich an einer definierten Norm orientiert. Medizinische Notwendigkeit nach dem *Welfare model* hat den Autoren zufolge die Aufgabe, eine von einer Person nicht selbst gewählte Einschränkung, die sie am Glücklichen hindert, zu behandeln und als Ziel, die Möglichkeit der Person, glücklich zu sein, zu verbessern.⁸⁸

Der Begriff des *Glücks* in Abgrenzung zu *Leid* – wie sich im obigen Zitat zeigt, in dem von *suffering* die Rede ist – spielt in diesem Modell die tragende Rolle, weshalb er im weiteren Verlauf der Ausführungen näher beleuchtet werden soll.

Nach O. Höffe ist die formale Einheit von verschiedenen Glücksvorstellungen folgende:

„Das G.[Glück] ist kein direkter Gegenstand menschlichen Strebens, sondern die Begleiterscheinung im Fall des Gelingens: die Qualität eines zufriedenstellenden, weil sinnvollen, eben *guten Lebens*.“⁸⁹

Nach Aristoteles, einem der wirkmächtigsten Vertreter antiker Ethik, kommt der Mensch über das sittliche Leben zu dieser Begleiterscheinung, nicht jedoch wie in der

⁸⁶ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 31f.

⁸⁷ James E. Sabin und Norman Daniels, „Determining ‚Medical Necessity‘ in Mental Health Practice“, *The Hastings Center Report* Jg. 24, Nr. 6 (1994), 10, <https://doi.org/10.2307/3563458>.

⁸⁸ vgl. ebd. 11f.

⁸⁹ Otfried Höffe, „Glück“, in *Lexikon der Ethik*, hg. von Otfried Höffe, Beck'sche Reihe (München: C. H. Beck, 2008), 115.

postmodernen Konsumgesellschaft über materiellen Besitz.⁹⁰ In der Nikomachischen Ethik heißt es diesbezüglich:

„[...] das Glück ist kein Zustand (der Ruhe), denn sonst könnte es auch dem gehören, der ein Leben lang schläft, der das Leben einer Pflanze lebt, oder dem, der sich im größten Unglück befindet.“⁹¹

Das Glück liegt also im Tun, im Handeln, durch das die anthropologisch grundgelegten Fähigkeiten des Menschen bestmöglich realisiert werden. Die anthropologisch konstitutive Fähigkeit ist nach dieser Tradition die Vernunft: Ein Leben, das auf dem Suchen nach logischen Begründungen des Handelns und durchdachten Handlungszusammenhängen beruht, hat gute Chancen, ein *glückliches Leben* zu sein. Die aristotelische Tugendethik gründet auf dieser Prämisse. F. Uhl nennt das beschriebene Konzept in seinem Beitrag „Glück als Wohlgefühl und Gutes Leben“ *altabendländisches Glückskonzept*, in dem Glück als „objektiv-kognitives Phänomen“⁹² gesehen wird.⁹³

Als dem *altabendländischen Glückskonzept* entgegengesetzt sieht F. Uhl das *moderne Glückskonzept*, in dem Glück ein „subjektiv-affektives Phänomen“⁹⁴ darstellt. Zum einen wird Glück oft als etwas verstanden, das man hat, im Sinne eines glücklichen Zufalls, zum anderen wird es als „seelische Befindlichkeit, ein psychologisches Phänomen, ein *Wohlgefühl*, eine Erfahrung von Lust und Freude, eine Art Hochgefühl, das einen Menschen gelegentlich überkommt“⁹⁵, bewertet. Glück und Vernunft passen in diesem Konzept nicht zusammen, denn einerseits soll der oder die vernünftig Handelnde nach Kant als Lohn nicht Glückseligkeit erwarten, denn das mindere den moralischen Wert der Handlung. Allerdings versteht Kant Glückseligkeit als ein Wohlergehen, das mit Genuss und Lebensfreude zu tun hat. Etwas anderes ist die „wahre Zufriedenheit“⁹⁶, die sehr wohl durch vernünftiges Handeln erreicht wird.⁹⁷ Andererseits seien Glücksvorstellungen in

⁹⁰ vgl. ebd. 115.

⁹¹ Aristoteles, *Nikomachische Ethik. Buch 6, 10.*, gegenüber der sechsten, durchges., unveränd. Aufl. (Berlin, Boston: De Gruyter, 2014), 228f., <https://doi.org/10.1524/9783050066318>.

⁹² Florian Uhl, „Glück als Wohlgefühl und Gutes Leben. Grundlegende Aspekte des gegenwärtigen philosophischen Diskurses über das Glück“, in *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004*, hg. von Severin J. Lederhilger, Bd. 11, Linzer Philosophisch-Theologische Beiträge (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005), 21.

⁹³ vgl. Uhl, 21–23.

⁹⁴ ebd. 18.

⁹⁵ ebd.

⁹⁶ Immanuel Kant, *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, hg. von Wilhelm Weischedel, 20. Aufl., Werkausgabe Band VII, wissenschaft 56 (Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 2012), 21.

⁹⁷ ebd. 20f.

Kants Argumentation doch so subjektiv, dass keine objektive Aussage darüber gemacht werden kann, was Glück bedeutet. Nach dieser Kritik des Glücksbegriffs durch Kant, in deren Tradition sich auch Hegels und Nietzsches Vorstellungen des Begriffs verorten lassen, gerieten philosophische Reflexionen über Glück während des 19. und 20. Jahrhunderts zunehmend in den Hintergrund. Glück wurde zur Privatsache, zum privaten Wohlbefinden. Erst nach der kulturellen Revolution der 1968er wurde das Thema wieder aufgegriffen, allerdings nicht verbunden mit Vernunft und Sittlichkeit, sondern mit Individualismus und Authentizität. Mittlerweile bringen sich auch die empirischen Wissenschaften durch Untersuchungen zu Lebensqualität und Lebenszufriedenheit in die Diskussion ein.⁹⁸

Was diese Überlegungen für den Enhancement-Diskurs leisten können, zeigt sich darin, dass zunehmend die Frage aufkommt, was denn ein nach allen Richtungen verbesserter Mensch tun soll, wenn sich *Glück* einfach nicht einstellt. In diese Richtung denkt beispielsweise R. Ammicht-Quinn in ihrem Beitrag „Jung, schön, fit – und glücklich?“. Sie schreibt:

„Nicht nur Gesundheit, sondern auch Liebe und Erfolg sind heute an den Körper, den *richtigen* Körper gebunden. Jungsein, Schönsein und Fitsein erscheinen als Voraussetzung für Glück und auch als Glück selbst; der Körper spielt so eine entscheidende und entscheidend neue Rolle für das Streben nach Glück.“⁹⁹

Der Körper ist ein Projekt des Individuums, für das es in hohem Maße verantwortlich ist. Man hat nicht einfach Glück oder Pech gehabt, sondern man hat eben nicht genug investiert, wenn der Körper nicht schön, jugendlich und fit ist. Innerhalb dieses Körperkultes existiert nach R. Ammicht-Quinn eine Differenzierung zwischen Frauen- und Männerkörpern: Während sich „das ästhetische Design-Problem“¹⁰⁰ primär auf Frauenkörper bezieht, betrifft „das funktionelle Design-Problem“¹⁰¹ vor allem Männer.¹⁰²

In funktioneller Hinsicht wird immer mehr körperliche Leistung verlangt, und zwar nur unter dem scheinbaren Ziel der Gesundheit, denn eigentlich ist der Körper letztlich nie

⁹⁸ vgl. Uhl, „Glück als Wohlgefühl und Gutes Leben. Grundlegende Aspekte des gegenwärtigen philosophischen Diskurses über das Glück“, 18–20.

⁹⁹ Regina Ammicht-Quinn, „Jung, schön, fit – und glücklich?“, in *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004*, hg. von Severin J. Lederhilger, Bd. 11, Linzer Philosophisch-Theologische Beiträge (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005), 73.

¹⁰⁰ ebd. 76.

¹⁰¹ ebd.

¹⁰² vgl. ebd.

auf dem angemessenen Stand. Außerdem ginge es laut R. Ammicht-Quinn auch darum, den Körper durch künstliche Intelligenz zu einer Art Roboter zu machen, der keine Schwächen kennt. Dies zeigt sich um einen in der „umfassenden Prothetisierung“¹⁰³ des Körpers, in der Prothesen eines Tages möglicherweise sogar Hirnfunktionen übernehmen können und andererseits durch eine körperlose Existenz der menschlichen Identität im Cyberspace. R. Ammicht-Quinn rekurriert auf R. Jastrow¹⁰⁴, wenn sie schreibt, dass es eigentlich darum geht, von den Schwächen des Körpers – allen voran der Sterblichkeit – befreit zu werden.¹⁰⁵

Das ästhetische Design-Problem beruht der Autorin zufolge auf einer Häuslichkeitskultur des Bürgertums, die sich während der Industrialisierung entwickelte, unterstützt durch die Möglichkeit, Bilder *idealer* Frauenkörper durch die Fotografie und deren Vorformen zu verbreiten. Daraus entstand etwas, das R. Ammicht-Quinn „Währungssystem Schönheit“¹⁰⁶ nennt, das sie folgendermaßen charakterisiert:

„Das Währungssystem Schönheit funktioniert, indem Frauen danach streben, sie zu besitzen, während andere Personen oder Institutionen danach streben, Frauen zu besitzen, die sie besitzen.“¹⁰⁷

Zudem entstand durch die neu gewonnenen Freiheiten der bürgerlichen Frauen und Frauen der Mittelschicht im 19. und 20. Jahrhundert quasi eine gewisse Gefährlichkeit der Frau, die durch ihre endlose Arbeit an ihrer Schönheit, im 20. Jahrhundert insbesondere an ihrer Schlankheit, kompensiert wurde.¹⁰⁸

Glück soll aus diesen Anstrengungen um den Körper heraus entstehen, aber es wird nie erreicht, weil man nie jung, schön und fit genug ist oder es nie lange bleiben kann.¹⁰⁹

R. Ammicht-Quinn weist auf folgende Gefahren, die aus dieser Entwicklung heraus entstehen, hin:

„Ein solcher Gesundheitsbegriff aber wird Abweichungen von Funktion und Ästhetik als *krankhaft* diagnostizieren und eine Medizin hervorbringen, die auf Anti-Aging und kosmetische Chirurgie setzt. Diese Praxis, die vehement Glück verspricht, wird Unglück produzieren, denn der fehlbare und sterbliche Körper steht in Gefahr, insgesamt zur Abweichung zu werden. Zugleich hat diese Vorstellung von Gesundheit gravierende gesellschaftliche Folgen: Das Mitleiden, die *Compassion* mit den

¹⁰³ ebd. 78.

¹⁰⁴ Robert Jastrow, *The Enchanted Loom. Mind in the Universe* (New York: Simon & Schuster, 1983).

¹⁰⁵ vgl. Ammicht-Quinn, „Jung, schön, fit – und glücklich?“, 76–79.

¹⁰⁶ ebd. 80.

¹⁰⁷ ebd.

¹⁰⁸ vgl. ebd. 79–81.

¹⁰⁹ vgl. ebd. 83.

fehlbaren und sterblichen Körpern anderer, wird – ob in der Politik, der Wissenschaft oder bestimmten gesellschaftlichen Strömungen – als altmodisch erscheinen und durch einen moralischen Vorwurf ersetzt werden: Du – oder deine Eltern – hätten es besser wissen können; selbst schuld!“¹¹⁰

Wenn sie recht hat – und ihr Standpunkt ist in der Tat klar und tragfähig argumentiert – dann würden diese Gefahren durch die Förderung ideologiebasierter Enhancementmodelle zu realen Bedrohungen, die der Gesellschaft nachhaltig schaden, führen. Denn das individuelle Wertesystem, auf Basis dessen Behandelnde entscheiden sollen, welche medizinischen Maßnahmen vorgenommen werden, ist niemals losgelöst von der Gesellschaft, in der das Individuum durch seine Erziehung und seine sozialen Bindungen verankert ist. Fördern ließe sich dieses Modell zum Beispiel, wenn man festlegen würde, dass der Arzt oder die Ärztin das zu tun hat, was der Patient oder die Patientin wünscht, wenn er oder sie nur dafür bezahlt wird. Ein derartiges Gesundheitssystem bleibt allerdings zum Glück vorerst dystopische Vision.

1.1.3 Normalitätsbasierte Modelle

Wie bereits erläutert ist mit *normalitätsbasiert* nicht die biomedizinische statistische Norm gemeint, von der bei den krankheitsbasierten Modellen die Rede war. Unter *Normalität* versteht man vielmehr ein Chancenspektrum innerhalb der Gesellschaft. Dieses wird definiert durch die Fähigkeiten und Talente, die der Einzelne hat. Allerdings ist die Norm, die hier beachtet wird, dann wiederum doch eine statistische, denn sie wird folgendermaßen verstanden:

„Zum Bedarf an Krankenversorgung zählen diejenigen Leistungen, die es dem Einzelnen ermöglichen, in den Genuss des Anteils am *normalen Chancenspektrum* der Gesellschaft zu kommen, der ihm aufgrund seiner gesamten Fähigkeiten und Talente offen stünde. Dabei sollen diese Leistungen die Fähigkeiten des Einzelnen durch Wiederherstellung oder Verbesserung auf das funktionelle Leistungsniveau bringen, das für Angehörige seiner Referenzgruppe innerhalb der menschlichen Spezies (z.B. hinsichtlich Alter und Geschlecht) typisch ist.“¹¹¹

Jede über das *Typische* hinausgehende Praxis wäre damit Enhancement und würde nicht in den Bereich der gemeinschaftlichen gesundheitlichen Ressourcen einer Gesellschaft fallen, die von der Krankenkasse gedeckt sein müssen. Nach E. T. Juengst ist dies ein

¹¹⁰ ebd. 86.

¹¹¹ Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 32f.

Denkmodell, das hinter vielen aktuellen Entscheidungen von Krankenversicherungsgesellschaften steht.¹¹²

Nachteile, die durch unterschiedliche Verteilung der psychosozialen Fähigkeiten entstehen, sollen nicht einfach hingenommen, sondern durch das Gesundheitssystem ausgeglichen werden. J. T. Sabin und N. Daniels nennen dieses Modell „Capability Model“¹¹³, in dem die nicht selbst gewählte Einschränkung der persönlichen Fähigkeiten die Grenze medizinischer Notwendigkeit markiert.¹¹⁴ Sie schreiben:

„The capability model prescribes a broader role for health care. It holds that the distribution of personal capabilities like confidence, resilience, and sociability in the natural lottery should not be taken as a given. Health care should strive to give people equal personal capabilities, or at least give priority to those whose diminished capability (whatever the cause) puts them at a relative disadvantage. The capability model makes no moral distinction between treatment of illness and enhancement of disadvantageous personal capabilities. It makes relative disadvantage in one's ability to function the morally relevant characteristic for determining insurance coverage.“¹¹⁵

Fairness wird in diesem Modell also als Gleichverteilung von Möglichkeiten verstanden, die von Natur aus eben nicht gleich verteilt sind. Tatsächlich kommt dieses Modell der aktuellen Praxis am nächsten, denkt man etwa an den Umbau von Gebäuden und dem Verkehrssystem nach Maßgabe der *Barrierefreiheit* oder den Ausbau von Blindenleitsystemen.

Daraus ergibt sich allerdings wieder das Problem, was denn als *Norm* gelten kann. Wenn es die empirische biologische Norm der krankheitsbasierten Modelle nicht ist, welche kann es dann sein? N. Daniels, der dieses Modell maßgeblich geprägt hat, schreibt in der Monografie „Just Health Care“, in der er den Ansatz theoretisch erläutert, Folgendes:

„The concept of disease that results is not merely a statistical notion – deviation from the statistical norm. Rather, it draws on a theoretical account of the design of the organism. The task of characterizing species-typical functional organization and departures from it is the same for man and beast with two complications. First, for humans we require an account of the species-typical functional organization that permits us to pursue biological goals as *social* animals. So, there must be a way of characterizing the species-typical apparatus underlying such functions as the acquisition of knowledge, linguistic communication, and social cooperation in the broad and changing range of environments in which we live. Second, adding mental

¹¹² vgl. Juengst, 32f.

¹¹³ Sabin und Daniels, „Determining ‚Medical Necessity‘ in Mental Health Practice“, 11.

¹¹⁴ vgl. ebd. 11.

¹¹⁵ ebd. 10.

disease and health into the picture, which we must do, complicates the issue further.“¹¹⁶

N. Daniels nennt also als Alternative zu einer biomedizinischen statistischen Norm eine theoretische Vorstellung von dem Design des Organismus, welche beim Menschen als sozialem Wesen nicht bei biologischen Funktionen enden kann. Hier zeigt sich ein theoretischer Schwachpunkt des Konzepts, denn wie soll man sich innerhalb eines pluralen Diskurses über diese Norm verständigen, ohne nicht doch letzten Endes auf statistische Werte zu rekurrieren?¹¹⁷ Andererseits beinhaltet die Theorie einen komplexen Menschenbegriff, der die soziale Sphäre und die damit einhergehenden Eigenschaften umfasst. Der Autor nennt explizit kommunikative Fähigkeiten sowie den Erwerb von Wissen als Teile dieses *Funktionierens*, wodurch ein Weiterdenken des Modells eine konsequente Gleichberechtigung im Bildungssektor fordern würde. Dies wiederum kann in der tatsächlichen Praxis eine gute Richtschnur für politische Entscheidungen sein, auch wenn die theoretische Definition des dahinterstehenden Normbegriffs unscharf ist.

Ein anderes Problem liegt darin, dass das System grundsätzlich am Ausgleich von Schwächen orientiert ist, nicht an der Förderung von Stärken. Natürlich wäre es verkehrt zu resümieren, dass individuelle Vorteile, die manchen Menschen gegeben sind, wie etwa besonders herausragende intellektuelle Fähigkeiten, möglichst im Keim erstickt werden sollten. Das sagen weder N. Daniels noch J. T. Sabin und N. Daniels oder E. T. Juengst; aber die Frage ist, ob eine praktische Realisierung dieses Modells nicht letzten Endes darauf hinausläuft, dass diese Menschen weniger Zugang zu Förderung hätten als jene, die als benachteiligt gelten.¹¹⁸

Tatsächlich bedeutet fehlende Förderung von Stärken – gerade im Kindesalter – dass diese zunehmend verkümmern, was wiederum als unfair empfunden wird. Diesbezüglich kommen mittlerweile entsprechende kritische Stimmen zum in der Pädagogik favorisierten Inklusionskonzept auf, denn eine zu starke Gewichtung dieses durchaus wichtigen Aspekts im Bildungswesen birgt die Gefahr, dass Ressourcen zur Förderung individueller Stärken ungleich weniger zur Verfügung stehen als jene zum Ausgleich von Defiziten. Somit rutscht Begabungsförderung zunehmend in den Bereich des Privaten,

¹¹⁶ Norman Daniels, *Just Health Care* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), 28f.

¹¹⁷ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 33f.

¹¹⁸ vgl. ebd. 34f.

wodurch Kinder aus materiell begünstigten Familien ihre Begabungen besser entfalten können als jene, die auf allgemeine Ressourcen angewiesen wären.

Mit dieser Problematik beschäftigen sich M. Vogt und K. Krenig in ihrem Diskursbeitrag „Hochbegabungsförderung aus inklusiver Perspektive – ein Brückenschlag“¹¹⁹. Sie gestehen ein, dass Inklusion tatsächlich bislang sowohl in der Theorie als auch in der Praxis als Ermöglichung von Teilhabe für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf betrachtet wurde. Die Autorinnen lösen das Problem theoretisch, indem sie aufzeigen, dass es der Definition nach eigentlich um eine Teilhabe aller Kinder, entsprechend ihren Begabungspotentialen, gehen sollte. Das heißt, korrekt verstanden bedeutet Inklusion eben gerade Begabungsförderung.¹²⁰ Diese Erkenntnis kann beispielsweise durch Akzelerationsmaßnahmen¹²¹ oder durch unterschiedliche Aufgabenstellungen für unterschiedlich begabte Kinder¹²² realisiert werden.

Zusammenfassend haben normalitätsbasierte Modelle die Stärke, dass ihnen ein recht umfassendes Menschenbild zugrunde liegt, da der anthropologische Fokus auf dem Menschen als sozialem Wesen liegt und es folglich zentral um Teilhabe geht. Das bringt ein komplexes Verständnis von Krankheit mit sich, da sie eben diese Teilhabe verhindert. Dieser Ansatz kann in der medizinischen Praxis helfen zu verhindern, dass nur der Körper in seiner Funktionseinschränkung behandelt wird. Schließlich bedeutet dann weitergedacht Gesundheit, dass ein Mensch teilnehmen kann, und dazu braucht es mehr als einen funktionierenden Körper.

Die Schwäche des Konzepts ist, dass es zumindest die Gefahr birgt, individuelle Stärken der individuellen, privaten Förderung zu überlassen, was wiederum nicht fair wäre. In der Theorie muss es das nicht, aber es stellt sich die Frage, ob es in der Praxis nicht doch zwangsläufig dazu führt, wie die vorangegangenen Ausführungen zum Inklusionskonzept im Bildungssektor gezeigt haben.

Die bioethische Enhancement-Debatte ist allerdings nur ein Teilbereich eines viel umfassenderen Diskurses. Verschiedene philosophische Prämissen spielen bei der

¹¹⁹ Michaela Vogt und Katharina Krenig, „Hochbegabtenförderung aus inklusiver Perspektive - ein Brückenschlag“, in *Begabungsförderung kontrovers? Konzepte im Spiegel der Inklusion*, hg. von Claudia Solzbacher, Gabriele Weigand und Petra Schreiber, *hochbegabung und pädagogische praxis* (Weinheim und Basel: Beltz, 2015), 69–84.

¹²⁰ vgl. ebd. 69–72.

¹²¹ vgl. ebd. 74.

¹²² vgl. ebd. 78f.

ethischen Bewertung von biomedizinischen Verbesserungen eine tragende Rolle. Werden sie konkretisiert, kommt man mitunter auf Vorannahmen, die in sich keine – oder nur eine sehr dürftige – Begründung aufweisen. Diese Problematik soll im Folgenden beleuchtet werden.

1.2 Enhancement in der Ethik der Selbstverbesserung

Der Begriff *Ethik der Selbstverbesserung* ist ein Sammelbegriff für die Diskussion neuer ethischer Fragen, die aus der aktuellen Anforderung der Gesellschaft, das Selbst ständig neu zu inszenieren und zu optimieren, gewachsen sind. Am Selbst *kann* gearbeitet und *muss* gearbeitet werden – sichtbar wird dieser Trend durch eine Flut an Ratgeberliteratur, unzähligen Selbstinszenierungsmöglichkeiten in den sozialen Medien und den Möglichkeiten der Körperveränderung durch Piercings, Tattoos sowie die ästhetische Chirurgie. Diese Verbesserung des Selbst beherbergt eine eigenartige Dichotomie: Einerseits liegt diesem Trend die Vorstellung einer uneingeschränkten Autonomie des Selbst zugrunde, das beliebig über sich verfügen kann, andererseits ist das Selbst dem Anspruch, sich immer wieder zu wandeln, an sich zu arbeiten – sich zu verbessern – unterworfen und wird davon kontrolliert.¹²³

Der Mensch erlebt also gleichzeitig Ent- und Begrenzung, die sich quasi wie eine Spirale potenziert und letztlich – erwartbar – in Erschöpfung endet.¹²⁴ Denn wenn sich Handlungsspielräume erweitern, wird es gleichzeitig immer schwerer, individuell zu sein.¹²⁵ G. Gamm formuliert treffend:

„Was die Individualität *entlastet* und frei macht, lässt ihr Handeln, Denken und Fühlen und damit sie selbst *irrelevant* werden; was die Vermögen schult, universalistischer zu denken und flexibler zu handeln, lässt auch den Umfang der *Standardisierungen* anwachsen.“¹²⁶

Was heute revolutionär und besonders ist, ist morgen schon gewöhnlich. Man beachte zum Beispiel die Bewertung von Tätowierungen: Waren sie früher Ausdruck von Individualität und Rebellion – der Alptraum vieler Eltern – ist es heutzutage schon selten, nicht tätowiert zu sein. Somit ergibt sich ein Druck auf das Individuum, das individuell sein möchte beziehungsweise muss, etwas Neues zu finden, um seiner Individualität Ausdruck zu verleihen.

¹²³ vgl. Ralf Mayer und Christiane Thompson, „Inszenierung und Optimierung des Selbst. Eine Einführung“, in *Inszenierung und Optimierung des Selbst. Zur Analyse gegenwärtiger Selbsttechnologien*, hg. von Ralf Mayer, Christiane Thompson und Michael Wimmer (Wiesbaden: Springer VS, 2013), 7f.

¹²⁴ vgl. Gerhard Gamm, „Das Selbst und sein Optimum. Selbstverbesserung als das letzte Anliegen der modernen Kultur“, in *Inszenierung und Optimierung des Selbst. Zur Analyse gegenwärtiger Selbsttechnologien*, hg. von Ralf Mayer, Christiane Thompson und Michael Wimmer (Wiesbaden: Springer VS, 2013), 50.

¹²⁵ vgl. ebd. 41.

¹²⁶ ebd.

Allerdings darf das derart unter Druck gesetzte Individuum nicht beliebig zwischen Verbesserungsmöglichkeiten wählen, denn einzelne Möglichkeiten der Selbstverbesserung werden ethisch von unterschiedlichen Personengruppen unterschiedlich bewertet. Dabei gibt es keine einheitliche Sichtweise, woran zu messen wäre, welche Selbstverbesserung noch in Ordnung ist und welche nicht mehr. In den Extremen findet sich allerdings eine gewisse Einheitlichkeit, denn kaum jemand würde sagen, sich selbst durch eine Ausbildung verbessern zu wollen sei unmoralisch. Ebenso würde kaum jemand zum Beispiel das Doping durch anabole androgene Steroide als ethisch völlig korrekt einstufen. Dazwischen befindet sich allerdings ein großer Graubereich, in dem verschiedene Argumente kursieren, die auf dahinterliegenden Anthropologien und Weltbildern beruhen. Die folgenden Ausführungen sollen die Argumente geordnet darstellen, um ein wenig Licht ins Dunkel zu bringen.¹²⁷

1.2.1 Enhancement als Gegenbegriff zu Errungenschaft

Dieses Argument bedeutet, dass ein Enhancement, das durch biomedizinische Eingriffe erreicht wurde, einen geringeren Wert hat als durch eigene individuelle Anstrengungen erreichte Selbstverbesserung. Bestimmte Mittel – wie etwa Training – werden als moralisch unbedenklich eingestuft, während andere es nicht sind.¹²⁸ Dahinter steht die anthropologische Annahme, dass es so etwas wie einen Wunsch nach Echtheit im Menschen gibt. Aus diesem „Sinn für Echtheit“¹²⁹ resultiert, dass man auf Leistungen, die durch Enhancement erreicht worden sind, nicht mehr stolz sein kann. Dieses quasi mit eigenen Händen geschaffene, wohlverdiente Glücksgefühl wird in der Literatur manchmal mit der religiösen Strömung des Calvinismus in Verbindung gebracht, wodurch sich Begriffe wie „biomedizinischer Calvinismus“¹³⁰ generieren lassen. Häufig wird diese Theorie durch das Beispiel von Sportlern oder Sportlerinnen belegt, die auf einen Sieg, den sie durch Doping erreicht haben, nicht mehr stolz sein können.¹³¹

B. Gesang macht jedoch diese Begründung zunichte, indem er schreibt:

„Allerdings zeigt eine Umfrage von der nationalen Akademie für Sportmedizin in Chicago, dass 195 von 198 befragten US-Spitzensportlern keine Bedenken hätten, zu dopen. Mehr noch, auf die Frage ‚Würdest du ein verbotenes Mittel einnehmen, das

¹²⁷ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 35–42.

¹²⁸ vgl. ebd. 35f.

¹²⁹ Bernward Gesang, *Perfektionierung des Menschen*, Grundthemen Philosophie (Berlin, New York: De Gruyter, 2007), 90, <https://doi.org/10.1515/9783110931150.80>.

¹³⁰ Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 36.

¹³¹ vgl. Gesang, *Perfektionierung des Menschen*, 90f.

dich die nächsten fünf Jahre bei jedem Wettbewerb zum Sieger macht, auch wenn du später daran stirbst?’ antwortete über die Hälfte der Athleten mit ‚Ja‘.“¹³²

Der Fehler in dieser Argumentation ist, dass die Annahme, Leistung würde allein durch Doping oder zum Beispiel Neuroenhancement erreicht, so nicht stimmt. Wenn eine Person am Montag Dopingpräparate nimmt, ist sie deshalb nicht am Dienstag ein Spitzensportler oder eine Spitzensportlerin. Erst durch eigene Arbeit und Fleiß kann aus den biomedizinischen Verbesserungen ein Nutzen erzielt werden. Das Präparat, das man auf dem Sofa liegend einnehmen kann und das einen ohne irgendeine Anstrengung zum Olympiasieger macht oder einen Studienabschluss schaffen lässt, existiert nicht. Technik hilft uns bei allen Lebensbereichen, nur dass manche Technik eben neuer ist als andere. Eine Grenze, welche Mittel die erreichte Leistung schmälern und welche nicht, lässt sich nicht ziehen und verschiebt sich unbemerkt mehr und mehr. B. Gesang nennt das treffende Beispiel des Reisens: Eine Reise mit dem Auto zu machen anstatt mit einer Kutsche wird nicht als weniger wertvoll eingestuft.¹³³

In den Bereich *Enhancement als Gegenbegriff zur Errungenschaft* gehört auch die theologisch-philosophische Debatte um eine mögliche Hybris des Menschen in Bezug auf genetisches Enhancement.¹³⁴ Manche Dinge sind unverfügbar, das Leben selbst während seiner Entstehung gehört dazu und sollte es auch bleiben.¹³⁵ Wird diese Grenze überschritten, könnte sich das Drama des Prometheus in der griechischen Mythologie oder die Vertreibung aus dem Paradies in der jüdisch-christlichen Schöpfungsgeschichte wiederholen.¹³⁶ J. Ried und P. Dabrock untersuchen besonders den Bereich der Synthetischen Biologie als Teilaspekt moderner Biotechnologien, das heißt grob gesprochen, man versucht im Labor selbst einen Organismus zu bauen, und schreiben:

„Die mit der Synthetischen Biologie fassbar werdende Möglichkeit, *Leben* am Reißbrett zu entwerfen und von Anfang an technisch zu produzieren und damit gewissermaßen zu *schaffen*, erweist sich dabei als irritierend, weil sie kulturell und sozial etablierte, tiefwurzelnde Annahmen über die Unverfügbarkeit des Lebens, wenn schon nicht tatsächlich, dann doch zumindest als moralischen Imperativ, unterläuft.“¹³⁷

¹³² ebd. 90.

¹³³ vgl. ebd. 91f.

¹³⁴ vgl. ebd. 82; vgl. Jens Ried und Peter Dabrock, „Weder Schöpfer noch Plagiator“, *Zeitschrift für Evangelische Ethik* Jg. 55, Nr. 3 (2011), 179–91, <https://doi.org/10.14315/zee-2011-55-3-179>.

¹³⁵ vgl. Ried und Dabrock, „Weder Schöpfer noch Plagiator“, 179.

¹³⁶ vgl. beispielsweise Gesang, *Perfektionierung des Menschen*, 3–14 (Einleitung: Die Rückkehr des Prometheus).

¹³⁷ Ried und Dabrock, „Weder Schöpfer noch Plagiator“, 179.

Die Synthetische Biologie ist sicherlich ein Extrembeispiel, bei dem dieses Argument mit großer Wahrscheinlichkeit in den Diskurs eingebracht wird, doch in der Moralthologie kommt es bei jeder Form der Veränderung der Gene in abgewandelter Form auf. Denn im theologischen Bereich gibt es die – in verschiedenen theologischen Richtungen unterschiedlich gestaltete – Vorstellung eines Plans Gottes für jeden Menschen, und dieser könnte durch eine Manipulation der Gene gestört werden.¹³⁸ Der gläubige Mensch geht davon aus, dass seine ganze Lebenszeit in Gottes Händen aufgehoben ist, wie in Psalm 139,14-16 deutlich wird:

„Ich danke dir dafür, dass ich wunderbar gemacht bin; wunderbar sind deine Werke; das erkennt meine Seele. Es war dir mein Gebein nicht verborgen, da ich im Verborgenen gemacht wurde, da ich gebildet wurde unten in der Erde. Deine Augen sahen mich, da ich noch nicht bereit war, und alle Tage waren in dein Buch geschrieben, die noch werden sollten und von denen keiner da war.“ (Ps 139, 14-16)¹³⁹

Außerhalb der Theologie lässt sich dieser Gedanke allerdings nur schwer kommunizieren, da er voraussetzt, dass ein gläubiger Mensch spricht. Innerhalb der Theologie ließe sich fragen, warum man annimmt, dass Gottes Plan in den Genen liegt. Zudem könnte es auch als eine Art Hybris gesehen werden, anzunehmen, Gott hätte die Grenzen, die er gesetzt hat, derart vage markiert, dass sie die Biotechnologie einfach überwinden kann und man erst viel später nach langen theologischen Überlegungen zu dem Schluss kommt, dass anscheinend eine Grenze übertreten worden ist.

Das nächste Argument beinhaltet auch gewisse theologische Aspekte, doch bildet eine Vorstellung der *Natur* den höheren Maßstab, auf den verwiesen wird. Religiöse Menschen, die die Welt als von Gott geschaffene sehen, kommen so wieder zu dem Argument der Hybris zurück, geraten aber auch nahe an einen naturalistischen Fehlschluss heran.

1.2.2 Enhancement als etwas Künstliches

Dieses Argument basiert grundlegend auf der Bewertung, dass gewisse Selbstverbesserungen natürlich und somit erlaubt sind, wohingegen andere künstlich sind und deshalb nicht praktiziert werden sollten. Auch hier gibt es wieder die Möglichkeit, religiös in Richtung eines unrechtmäßigen Eingreifens des Menschen in den Bereich

¹³⁸ vgl. Matthias Beck, *Hippokrates am Scheideweg*, 2. korrigierte und erweiterte Auflage (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2016), 198; vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 36.

¹³⁹ *Die Bibel.*, übers. von Martin Luther (Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft, 2017).

Gottes zu begründen. Allerdings würde auch die Diskussion um den Begriff der Authentizität in der Psychologie und der Esoterik in diesen Bereich fallen.¹⁴⁰ Die Natur übernimmt dabei die Funktion einer höheren Instanz, die Glaubwürdigkeit verspricht, wenn sie in die ethische Diskussion eingebracht wird. Das Problem daran ist, dass man so nahezu alles aus der Natur herausargumentieren kann. Zudem ist die Natur im Sinne von außermenschlicher Natur an sich weder moralisch noch unmoralisch und außerdem oft nicht menschenfreundlich, wodurch ihre Funktionalisierung als Vorbild für menschliches Handeln kontraproduktiv ist.¹⁴¹

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass sich das Phänomen beobachten lässt, dass Risiken, die aus der Natur kommen, als weniger schädlich eingestuft werden als durch den Menschen verursachte. D. Birnbacher schreibt diesbezüglich:

„Eines der Phänomene, in dem sich dieser *Natürlichkeitsbonus* manifestiert, ist die in der sozialpsychologischen Risikoforschung verschiedentlich beobachtete Tendenz, natürliche Übel und Gefahren eher zu tolerieren als anthropogene Übel und Risiken und die Prävention gegen natürliche Übel und Gefahren für weniger vordringlich zu halten als Vorkehrungen gegen von Menschen ausgehende Übel und Gefahren. Natürliche Übel werden eher hingenommen als vom Menschen bewirkte Übel, Eingriffe zur Verhinderung natürlicher Übel eher unterlassen als Maßnahmen zur Verhinderung anthropogener Übel.“¹⁴²

Beobachten lässt sich das zum Beispiel an der Argumentation von Eltern, die ihre Kinder nicht impfen lassen wollen, mit der Begründung, die Impfung könne dem Kind schaden, obwohl die Krankheit, die das Kind ohne Impfung möglicherweise bekommt, auch schädlich ist. Aus irgendeinem Grund hat das Natürliche einen gewissen Vorrang.¹⁴³ Warum dieser Vorrang besteht, bleibt letztlich eine offene Frage. Eine verborgene Rationalität dahinter, quasi eine Art Urinstinkt, der weiß, dass dem Natürlichen einfach mehr zu trauen ist als dem Künstlichen, ließ sich bislang nicht finden.¹⁴⁴ Möglich wäre, dass sich eine solche noch finden lässt. D. Birnbacher hält eine psychologische Erklärung für einen wahrscheinlichen Grund dieser Bewertung:

„Möglicherweise werden natürliche Risiken u.a. deshalb als akzeptabler beurteilt, weil die Menschheit zumeist schon seit Jahrtausenden mit ihnen umgeht, während der Fortschritt der Technik stets neue Risiken hervorbringt. Das würde erklären, dass den

¹⁴⁰ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 36f.

¹⁴¹ vgl. Dieter Birnbacher, *Natürlichkeit*, Grundthemen Philosophie (Berlin, New York: De Gruyter, 2006), 19, <https://doi.org/10.1515/9783110193695.toc>.

¹⁴² ebd. 22.

¹⁴³ vgl. ebd. 23.

¹⁴⁴ vgl. ebd. 24–26.

meisten die natürliche Radioaktivität als sehr viel weniger gefährlich gilt als die technisch bedingte Radioaktivität, die sich zu der ersteren hinzuaddiert, auch wenn diese im Vergleich zu jener geringfügig ist. Das psychologische Privileg des Natürlichen wurzelt möglicherweise in nichts anderem als der Trivialität, dass wir uns an das Natürliche gewöhnt haben, während uns Kultur und Technologie immer wieder überraschen.“¹⁴⁵

1.2.3 Enhancement als unlautere Abkürzung

Diese Argumentation besagt, dass bestimmte Wege, etwas zu erreichen, eine Leistung im eigentlichen Sinn erst ausmachen. Diese Leistungen werden von der Gesellschaft und dem Individuum als wertvoll und bewundernswert eingestuft, wie beispielsweise ein Marathonläufer dafür bewundert wird, dass er durch hartes Training zu diesem Ergebnis gekommen ist. Wenn allerdings herauskäme, dass er einfach die richtigen Dopingmittel zur Verfügung hatte, um lange laufen zu können, hat seine Leistung einen geringeren Wert. Dahinter steht die Vorstellung, dass in einer Gesellschaft quasi ein Spiel gespielt wird, welches eine gewisse Fairness aufweisen muss, damit eben diese Gesellschaft funktioniert.¹⁴⁶

Fairness ist im Kontext von Enhancement in zweifacher Hinsicht relevant: Zum einen gibt es die Fairness, die sich aus gleichen Wettbewerbsbedingungen ergibt, wie es im Sport der Fall ist. Erwähnenswert ist, dass es im Sport beispielsweise als *unfair* erachtet wird, wenn vor einem Wettbewerb der Körper durch moderne Technologien entsprechend verbessert wurde, bei akademischen Prüfungen beispielsweise wird dieser Aspekt allerdings nicht beachtet, hier werden einzig externe Hilfsmittel wie etwa ein Smartphone oder ein Buch unter dem Pult als *unfair* bewertet.¹⁴⁷ Zu ergründen, warum dies so ist, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, wäre allerdings eine weitere ausführliche wissenschaftliche Recherche wert.

Die andere Art der Fairness, die im Kontext von Enhancement eine Rolle spielt, ist die Fairness gegen den eigenen Körper. Durch die Möglichkeiten der Körpertechnologisierung ist eine *Ethik der Körperökologie* entstanden, die darum bemüht ist, die Rechte des Körpers zu wahren. Zentraler Wert dieser Ethik ist die Mäßigung, mit

¹⁴⁵ ebd. 26.

¹⁴⁶ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 37–39.

¹⁴⁷ vgl. Eckhard Meinberg, *Leistung und Moral. Zur Genealogie einer modernen Leistungsethik*, Pädagogik – SportKultur – Philosophie 1 (Berlin: LIT Verlag, 2009), 151.

dem Ziel, Nachhaltigkeit auch in Bezug auf den Körper zu gewährleisten.¹⁴⁸ E. Meinberg schreibt:

„Dies bedeutet für den gelungenen und freien Körpervorgang, dass das faire Körperverständnis des Einzelnen selbst durch übergreifende Werte beschränkt und gemäßigt werden kann, wobei dieser freie Körpergebrauch die Fairness und *Nachhaltigkeit* enthalten muss. Nachhaltigkeit, einer der meist strapazierten Höchstwerte in zeitgenössischen Ökodiskursen, bedeutet *Beständigkeit*, nicht Wegwerfmentalität. Da jedoch Beständigkeit im Sinne von *Standhaftigkeit* ein unvergleichliches Element von tugendhaftem Handeln ist, kann diese leibökologische Perspektive im Sinne der Mäßigung mit der Fairness nicht bloß verbunden und partiell integriert werden: *Mäßigung und Fairness stehen in einem co-existentialen Bezug*.“¹⁴⁹

E. Meinberg bezieht seine Ausführungen auf Leistungssport, allerdings sind sie auch auf andere Bereiche des Enhancements übertragbar. Nachhaltigkeit wäre ein ebenso wertvoller Wert für ästhetische Formen der Körperverbesserung, denn bei einer Lebenserwartung von etwa 80 Jahren in Europa¹⁵⁰ können im Alter von beispielsweise 20 Jahren gewollte Eingriffe später zu gesundheitlichen Problemen führen.

Auch im Bereich von Neuroenhancement spielt der Begriff der Fairness eine Rolle. Leistungen, die aufgrund von pharmakologischen Enhancern erreicht wurden, stehen in Verdacht, dass sie nicht vollständig der betreffenden Person zugeschrieben werden können. Sie hat – wie im Sport – geschummelt, was nicht der Fall wäre, hätte sie zum Beispiel eine besondere Schule besucht oder sich durch andere herkömmliche Methoden um eine Verbesserung ihrer kognitiven Fähigkeiten bemüht. Das Mittel hat es geschafft, nicht die Person.¹⁵¹

Hier zeigt sich allerdings eine ähnliche Problematik wie beim Sport-Doping: Ein Mittel allein kann nicht *machen*. Es gibt kein Präparat, das man einnehmen kann und das für einen das Studium absolviert. Dennoch führt diese Diskussion in tiefere relevante philosophische Fragen um den Identitätsbegriff der Person. Wann kann eine Person diachron als dieselbe betrachtet werden und wann ist sie es nicht mehr? Ist dieser Fall überhaupt möglich? Diese Frage behandelt T. Runkel in seiner Monografie

¹⁴⁸ vgl. ebd. 151.

¹⁴⁹ ebd. unter Zitation von: Volker Caysa, *Körperutopien. Eine philosophische Anthropologie des Sports* (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2003), 295.

¹⁵⁰ vgl. „europa-lebenserwartung.pdf“, zugegriffen 28. Juli 2018, <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>.

¹⁵¹ vgl. Elisabeth Hildt, *Neuroethik*, Bd. 3660, UTB (München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2012), 98.

„Enhancement und Identität“.¹⁵² Er kommt zu dem Schluss, dass dies tatsächlich eine Gefahr von Enhancement-Maßnahmen darstellt¹⁵³, die allerdings gebannt werden kann, wenn folgende Bedingungen bestehen:

„Mit Blick auf das personale Selbstverständnis ist die sich authentisch und gegebenenfalls autonom vollziehende Integration der Entscheidung für einen Enhancement-Eingriff in die narrative Identität der Person das entscheidende Kriterium dafür, dieser Intervention ethische Legitimität zuzusprechen.“¹⁵⁴

Dieser Aspekt ist für die ethische Bewertung von Enhancement-Prozessen dahingehend essentiell, als er die theoretische Bewertung mit den Prinzipien – konkret dem Autonomieprinzip – der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin verknüpft. Diesem Bereich ist daher Kapitel 2 der vorliegenden Arbeit gewidmet. Bevor dazu übergegangen wird, soll noch ein letztes Diskursfeld der Ethik der Selbstverbesserung beleuchtet werden.

1.2.4 Enhancement als Pervertierung der Medizin

Dieses Diskursfeld – von E. T. Juengst als „Pervertierung“ beurteilt – beschäftigt sich damit, dass die *Heilung* eines Patienten oder einer Patientin auf Kosten eines anderen geschieht, dessen Probleme sich dadurch verschlimmern. Das kann man sich beispielsweise folgendermaßen vorstellen: Ein Mensch leidet unter gesellschaftlichen Vorurteilen aufgrund seiner geringen Körpergröße oder seiner Hautfarbe. Er lässt sich behandeln, indem er diese Parameter verändert. Dies ist in diesem Fall durch die Gabe von Wachstumshormonen oder das Verändern der Hautfarbe möglich. Dadurch fühlt sich diese Person eventuell besser, allerdings ändert es nichts an den gesellschaftlichen Diskriminierungsstrukturen. Es ändert sich nicht nur nichts, sondern es macht diese genau genommen schlimmer, denn die Gesellschaft lernt nicht, entsprechende Stigmatisierungen abzubauen. Das wäre dann eine Toleranz, die auf Angleichung beruht und damit Widerspruch in sich.¹⁵⁵

Zu dieser Diskussion gehört auch, dass sich eine zunehmende Medikalisierung von gesellschaftlichen Problemen zeigt. Es gibt innerhalb der Gesellschaft eine Aufgabenteilung: der Arzt bzw. die Ärztin ist nicht für alles zuständig. Wenn es um die

¹⁵² vgl. Thomas Runkel, *Enhancement und Identität. Die Idee einer biomedizinischen Verbesserung des Menschen als normative Herausforderung* (Tübingen: Mohr Siebeck, 2010), 10.

¹⁵³ vgl. ebd. 293.

¹⁵⁴ ebd. 296.

¹⁵⁵ vgl. Juengst, „Was bedeutet *Enhancement*?“, 40.

Veränderung von sozialen Dynamiken geht, sind in erster Linie Eltern, Erzieher oder Erzieherinnen, Berater oder Beraterinnen, etc. gefragt, und nicht die Medizin.¹⁵⁶

Die stärksten Argumentationslinien sind augenscheinlich die Argumentation 3 und 4, da sie nicht auf eine vorausgesetzte, aber nicht begründbare Dichotomie hinauslaufen. Sie weisen zugleich eine starke gesellschaftsethische beziehungsweise politische Komponente auf, da hier hinsichtlich des Funktionierens der Gesellschaft argumentiert wird. Insofern können diese beiden Linien für politische Entscheidungen in diesem Bereich hilfreich sein, wohingegen die Frage bleibt, ob sie für individuelle Entscheidungen von Nutzen sein können. Wäre es denkbar, dass ein Profisportler – im Fall 3 – ein Dopingmittel, welches nicht nachweisbar ist und ihm einen großen Vorteil bringt, unter Verweis auf die Gefährdung der Fairness des Spiels ablehnt? Denkbar wäre es, allerdings zeichnet die mediale Diskussion um die vernichtenden Ergebnisse der mittels neuer Testverfahren nachträglich kontrollierten Proben von den Olympischen Spielen in Peking 2008 und London 2012 ein düsteres Bild der diesbezüglichen Zustände im Spitzensport.¹⁵⁷

Wäre es denkbar, dass eine Person, die ausreichend Geld hat, sodass sie sich die besten Ärzte oder Ärztinnen für eine Veränderung eines gesellschaftlich stigmatisierten Merkmals leisten kann, die sie schon lange möchte, darauf verzichtet unter dem Verweis auf die gesamtgesellschaftliche Verstärkung von Vorurteilen? Auch das wäre denkbar, erfordert allerdings ein hohes Maß an Reflexionsvermögen, sowohl die eigenen Werte und Wünsche betreffend als auch die gesellschaftlichen Umstände.

Dass Enhancement nicht nur mit dem Individuum zu tun hat, das seinen eigenen Körper verändert, sondern auch mit den gesellschaftlichen Umständen, ist eine wesentliche Erkenntnis des ersten Kapitels. Auf ethische Einwände in Bezug auf beispielsweise Schönheitsoperationen wird gerne entgegnet, dass es ja um den Körper einer bestimmten Person geht, die eben subjektiv dieses oder jenes schön findet, was andere Personen letztlich nichts angeht. Doch wie gezeigt worden ist, betrifft Enhancement in vielen Fällen mehr als nur *einen* Menschen. Der Abschnitt „Enhancement als Pervertierung der Medizin“ zeigt auf, dass ein einzelner durch individuelle Veränderungen Stigmatisierungen einer ganzen Gesellschaft beeinflussen kann. Weiters hat Abschnitt

¹⁵⁶ vgl. ebd. 41f.

¹⁵⁷ vgl. beispielsweise „Nachwehen von Peking 2008: 31 Athleten gedopt“, derStandard.at, zugegriffen 25. Juli 2018, <https://derstandard.at/2000037118004/Nachwehen-von-Peking-31-Athleten-gedopt>.

1.2.3 gezeigt, dass über den Begriff der Fairness alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen eines Wettbewerbes betroffen sind, da die Messlatte dessen, was möglich ist, für alle nach oben gelegt wird, wenn sich ein Enhancement-Trend entwickelt. Das beste Beispiel dafür ist Doping im Spitzensport.

Die Ausführungen zu Enhancement in der Bioethik konnten zeigen, dass über die Allokationsproblematik die ganze Gesellschaft davon betroffen ist, was als Enhancement gilt und was als Therapie. Die Personen, die nicht auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind, sind davon nicht betroffen und können dies zu ihrem Vorteil nutzen. Diese Vorteile liegen auch bei so banalen Dingen wie ästhetischen Operationen im Arbeitsbereich (vgl. S.41), was wiederum mit Möglichkeiten, Wohlstand zu erreichen und zu vermehren, verknüpft ist. Die Tatsache, dass Enhancement also gesellschaftliche Ungleichheit fördert, zeigt sich am offensichtlichsten im Bereich Neuro-Enhancement: Sollte jemand Zugang zu Substanzen haben, die seine Konzentrationsfähigkeit und sein Schlafbedürfnis verbessern, kann er schneller kompliziertere Ausbildungen absolvieren als jene, die diese Optionen nicht haben.

Eine weitere Person, die von Enhancement betroffen ist, ist jene, die die Maßnahmen durchführen soll. In vielen Fällen sind dies Ärzte oder Ärztinnen. Sie müssen einen großen Teil der Verantwortung für das Gelingen eines Eingriffs übernehmen. Zugleich ist es im Enhancement-Bereich aber Usus, dass der Mediziner oder die Medizinerin die Wünsche des zu Behandelnden erfüllt, obwohl dieser über keine medizinische Fachkenntnis verfügt. Umfassende Aufklärungsbögen sollen Abhilfe schaffen, aber es entsteht trotzdem ein verworrenes Verhältnis, das großes Potential für Konflikte bietet. Daher soll das nächste Kapitel die Frage beleuchtet werden, auf welche Weise Enhancement die Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin verändert.

2 Ärztliches Handeln als vertragsbasierte Dienstleistung

Grundgelegt durch den Hippokratischen Eid, der mittlerweile durch das Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes ersetzt wurde, ist der Arztberuf ein Heilberuf, in dem die Gesundheit des Patienten oder der Patientin die zentrale Richtschnur für das Handeln des Arztes oder der Ärztin ist.¹⁵⁸ Im Genfer Gelöbnis heißt es konkret:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. [...] Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. [...] Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden [...]“¹⁵⁹

Allerdings ist die Verwendung von Schwüren im Arztberuf weltweit sehr unterschiedlich. Entgegen der herkömmlichen Vorstellung, ein Arzt oder eine Ärztin würde zu Beginn oder Ende des Studiums einen Eid in Anlehnung an Hippokrates schwören müssen, haben die Autoren und Autorinnen einer Studie zur Verwendung von Schwüren in der Medizin herausgefunden, dass nur in 78% der Länder, die dem Weltärztebund angehören, überhaupt ein Eid geschworen wird, wobei das Gelöbnis in etwas mehr als einem Drittel dieser Länder nicht verpflichtend ist.¹⁶⁰

Das Genfer Gelöbnis ist somit eine ethische Grundlage für ärztliches Handeln, die auf einer Metaebene medizinische Entscheidungen leiten soll. Als solche bietet sie auch einen Maßstab für konkrete Gesetze, wenngleich das eigentliche Gelöbnis nur in einem Bruchteil der Länder des Weltärztebundes tatsächlich gesetzlich verankert ist.¹⁶¹

Die Frage, die sich in Anlehnung an das erste Kapitel der Arbeit stellt, ist, wo Enhancement in diesem Verständnis des Arztberufes seinen Platz hat. U. Wiesing, der als

¹⁵⁸ vgl. Dagmar Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, Bd. 3364, UTB (Tübingen: A. Francke Verlag, 2010), 51f.

¹⁵⁹ ebd.

¹⁶⁰ vgl. Zoé Rheinsberg u. a., „Medical Oath: Use and Relevance of the Declaration of Geneva. A Survey of Member Organizations of the World Medical Association (WMA)“, *Medicine, Health Care and Philosophy* Jg. 21, Nr. 2 (Juni 2018), 191, <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9794-x>.

¹⁶¹ vgl. ebd. 193.

Medizinethiker an der Formulierung des Genfer Gelöbnisses beteiligt war, erklärt in Bezug auf Enhancement:

„Es wurde nicht im Zusammenhang mit der Revision thematisiert. Man muss sich die Situation einer Revision vor Augen führen: Die Arbeitsgruppe hatte gleich zu Beginn beschlossen, den Umfang und Charakter des Gelöbnisses nicht zu verändern. Dann haben wir im Laufe der Konsultationen zahlreiche Empfehlungen bekommen, was noch alles ins Gelöbnis soll. Wären wir jeder Empfehlung gefolgt, wäre das Gelöbnis ein Buch geworden. Deshalb ist Enhancement nicht adressiert, das Gelöbnis konzentriert sich auf die zentralen Prinzipien der ärztlichen Handlung. Kurzum: Enhancement dürfte sicher ein Thema der Ärzteschaft sein, ist aber nicht im jetzigen Gelöbnis erwähnt.“¹⁶²

Eine Einordnung in dieses Verständnis des Arztberufs ließe sich nur durch eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffs in Richtung eines durch subjektive Werte definierten Verständnisses von *gesund* vornehmen. In Bezug auf die im vorigen Kapitel vorgenommene Diskursdarstellung würde dies bedeuten, dass die krankheitsbasierten Modelle der Differenzierung von Therapie und Enhancement aus Kapitel 1.1.1. zum Tragen kommen – da ideologiebasierte Modelle auf einen Zustand des Glücks den individuellen Werten entsprechend abzielen und normalitätsbasierte Modelle auf gesellschaftliche Teilhabe fokussieren – wenn die durch C. Boorse vorgeschlagene Differenzierung von *disease* und *illness* angewendet wird. Allerdings richtet sich *disease*, dessen Vorliegen die Basis für *illness* bildet, auf das Funktionieren, wodurch sich in Bezug auf ästhetische Mängel weitere Probleme ergeben, wenn diese die Funktion auf den ersten Blick nicht beeinträchtigen.

Hier lohnt sich ein zweiter Blick, denn Funktion ist keineswegs eine unmissverständliche Bezeichnung. Ästhetik hat eine soziale Funktion, die essentiell ist, um die Leistungen der rekonstruktiven Chirurgie von herkömmlicher Schönheitschirurgie abzugrenzen. Die in Kapitel 1.1.2 bereits zitierte Theologin R. Ammicht-Quinn verdeutlicht dies, indem sie von einem Währungssystem Schönheit spricht, in dem schöne Frauen gesellschaftliche Vorteile haben, da sie im Privaten und am Arbeitsmarkt begehrter sind.¹⁶³ Das lässt sich jedoch nicht allein in Bezug auf Frauen sagen, denn P. Mayer-Tasch spricht in seiner Monografie „Die Macht der Schönheit“ von den vielfältigen Funktionen des Ästhetischen. Das Schöne wird bewundert, gesucht, mit Wahrheit und Göttlichkeit

¹⁶² Urban Wiesing und Dieter Birnbacher, „Neufassung des Genfer Gelöbnisses“, *Ethik in der Medizin* Jg. 30, Nr. 1 (1. März 2018), 73, <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0470-3>.

¹⁶³ vgl. Ammicht-Quinn, „Jung, schön, fit – und glücklich?“, 80.

assoziiert.¹⁶⁴ Das bringt Schönheit zwangsläufig mit privatem und beruflichem Erfolg in Zusammenhang. P. Mayer-Tasch schreibt:

„Und ökonomisches Machtpotential ist selbstverständlich auch die Anziehungskraft der männlichen und weiblichen Lockvögel, die ihr (aus evolutionstheoretischer Sicht physische Reproduktionsvorteile versprechendes) Attraktivitätskapital zum Vorteil ihrer Arbeitsgeber wie zu ihrem persönlichen Vorteil ebenso vermarkten, wie dies Schönheitsköniginnen, Filmschauspieler und Filmschauspielerinnen, Animierdamen, Barfrauen, Gigolos, Callgirls und Prostituierte beiderlei Geschlechts tun.“¹⁶⁵

Das obige Zitat ist eine rein deskriptive Darstellung, keine Wertung, denn klar ist, dass ein Bekenntnis dazu, dass dem gesellschaftlichen Schönheitsideal entsprechende Bewerber und Bewerberinnen für eine Arbeitsstelle eher ausgewählt werden als andere, sozial unverträglich wäre. Hier käme der Vorwurf auf, oberflächlich und diskriminierend zu sein. Konkret lässt sich dieser Verdacht aber durch Studien belegen. So haben K. Doorley und E. Sierminska als Folge einer Studie von D. Hamermesh und J. Biddle aus den USA¹⁶⁶ den Zusammenhang von Schönheit und Verdienst in Deutschland untersucht. Sie kommen zu dem Schluss, dass ein Unterschied existiert, allerdings nicht generell, sondern bei Tätigkeiten, die einen niedrigen Bildungsstand erfordern, und dort vor allem bei Frauen. Allerdings ist der Unterschied nicht so groß, wie jener, der sich aus den US-amerikanischen Untersuchungen von D. Hamermesh und J. Biddle ergeben hat.¹⁶⁷

Wenn Gesundheit also als nicht ausschließlich biologisch gedachter funktionaler Begriff verstanden wird, so ließe sich das Selbstverständnis des Arztes oder der Ärztin als Heiler oder Heilerin im Dienst seiner oder ihrer Patienten und Patientinnen, wie es im Genfer Gelöbnis gedacht wird, problemlos auch auf Enhancement anwenden. Zugleich bleibt natürlich eine gewisse Grauzone, wenn es um die Frage geht, wie sich Schönheitschirurgie von rekonstruktiver Chirurgie unterscheidet. In Anbetracht der obigen Ausführungen könnte man es versuchen, indem so etwas wie ein Maß der Ästhetik konstruiert wird, das erforderlich ist, das mit dem Äußeren zusammenhängende soziale

¹⁶⁴ vgl. Peter Cornelius Mayer-Tasch, *Die Macht der Schönheit* (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014), 11–17, <https://doi.org/10.1007/978-3-658-03491-7>.

¹⁶⁵ ebd. 21.

¹⁶⁶ vgl. Daniel S. Hamermesh und Jeff E. Biddle, „Beauty and the labor market“, *American Economic Review* Jg. 84, Nr. 5 (1994), 1174–94.

¹⁶⁷ vgl. Karina Doorley und Eva Sierminska, „Myth or fact? The beauty premium across the wage distribution in Germany“, *Economics Letters* Nr. 129 (2015), 32.

und ökonomische Funktionen gewährleisten zu können. Natürlich existiert auch hier wieder eine gewisse Schwankungsbreite.

Wenn Enhancement sich – wenn auch über den Umweg einer Erweiterung des Gesundheitsbegriffs – als Teil des Tätigkeitsbereiches des Arztes oder der Ärztin verstehen lässt, so stellt sich in weitere Folge die Frage, wie entsprechende Praktiken die Rolle des Arztes oder der Ärztin verändern. Was verändert sich in Bezug auf das Verhältnis zum Patienten oder der Patientin durch die Möglichkeiten moderner biomedizinischer Verbesserungen? Diese Frage soll in den folgenden Ausführungen näher erläutert werden. Zur Konkretisierung wird der Fokus auf ästhetisches Enhancement gelegt, da der ethische Diskurs zu Schönheitschirurgie noch relativ jung und äußerst heterogen ist. Zahlreiche Thesen kursieren, was ethisch wie zu bewerten ist, wenn es jedoch um die Begründung geht, löst sich die Argumentation schnell in willkürlich aufgestellten Postulaten auf, wie etwa in Kapitel 1.2.2. durch die arbiträre Bevorzugung des Natürlichen vor dem Künstlichen deutlich wurde. Ästhetische Medizin eignet sich hier für die öffentliche Diskussion besonders gut, weil sie schlichtweg sichtbar ist und weil der Zugang zu derartigen Praktiken ausschließlich kapitalgebunden ist. Bei Doping ist das beispielsweise etwas anderes, hier entscheiden auch die Regeln mit, die für Wettkämpfe in einer Disziplin gelten. Wenn man an ihnen teilnehmen will, *darf* man grundsätzlich nicht dopen, auch wenn man es sich leisten könnte. Neuroenhancement wiederum ist – wie bereits in Kapitel 1.2.3. gezeigt worden ist (vgl. S. 34) – noch nicht Teil von Zulassungsbeschränkungen zu intellektuellen Wettbewerben.

Als weitere Spezifizierung werden Mammaaugmentationen aus ästhetischen, nicht rekonstruktiven Gründen behandelt, da sich in den letzten Jahren gezeigt hat, dass sie zahlreiche gesundheitliche Probleme mit sich bringen, die eng mit der ethischen Bewertung des Eingriffs verbunden sind. Das zeigt sich zum Beispiel an der Frage, ob medizinisch notwendige Folgebehandlungen von der Krankenkasse übernommen werden sollen oder nicht und ob selbige im Krankenstand oder nur in der Urlaubszeit durchgeführt werden dürfen.

Im Folgenden sollen also zuerst spezifische Veränderungen des Verhältnisses zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin erarbeitet werden, die sich durch Enhancement ergeben, mit dem konkreten Fallbeispiel der ästhetischen Mammaaugmentation. Nicht behandelt wird die Brustwiederherstellung nach einem

Verlust derselben durch Operationen, da es hierbei – wie schon gesagt worden ist – um eine Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe wegen der Funktion des Ästhetischen geht. Hier spielen andere ethische Fragen eine Rolle, beispielsweise die, ob durch die Rolle der Schönheit in der Gesellschaft nicht ein gewisser ethisch illegitimer gesellschaftlicher Druck auf Frauen ausgeübt wird, eine solche Rekonstruktion vornehmen zu lassen.

2.1 Modelle der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin

Nach D. Fenner lassen sich drei Modelle der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin unterscheiden: das paternalistische Modell, das deliberative Modell und das Vertragsmodell.¹⁶⁸ Diese Klassifizierung ist durchaus chronologisch zu verstehen, denn das paternalistische Modell war das bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts vorherrschende.¹⁶⁹ Etwa zu dieser Zeit wurden die Möglichkeiten der invasiven Eingriffe mehr und mehr erweitert, woraus sich neue Fragen in Bezug auf die Einwilligung des Patienten oder der Patientin ergaben. Was darf/soll ein Arzt oder eine Ärztin tun, wenn der Patient oder die Patientin unter Vollnarkose ist?¹⁷⁰ Das Mitspracherecht des Patienten oder der Patientin musste erweitert beziehungsweise erst konkret juristisch festgelegt werden.¹⁷¹ Das deliberative Modell wird auch partnerschaftlich-deliberatives Modell genannt und hat sich als sinnvolles Konzept der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin etabliert, da es einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit beider Parteien hat.¹⁷² Das ist der Grund, warum die Erneuerung des Hippokratischen Eides in Richtung des Genfer Gelöbnisses vorgenommen wurde,¹⁷³ denn ersterem liegt ein paternalistisches Verständnis zugrunde.¹⁷⁴ Das Vertragsmodell ist ein in der Moderne aufgekommener Ansatz mit dem Ziel, die größtmögliche Patientenautonomie zu gewährleisten.¹⁷⁵ Dieses Modell ermöglicht aus ethischer Sicht Praktiken des Enhancements, denn Fürsorge spielt keine Rolle mehr. J. Ach und A. Pollmann schreiben:

„Im Rahmen einer zunehmend *nachfrageorientierten* Medizin ändern sich die Rollen: Der Patient wird zum Kunden, der Arzt gerät zum Dienstleister, aus Therapie wird *Enhancement*.“¹⁷⁶

¹⁶⁸ vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 66.

¹⁶⁹ vgl. Katharina Riedler, „Historische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung mit Blick auf die Aufklärung“, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, Nr. 4 (2013), 17.

¹⁷⁰ vgl. ebd.

¹⁷¹ vgl. ebd. 18f.

¹⁷² vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 65.

¹⁷³ vgl. Wiesing und Birnbacher, „Neufassung des Genfer Gelöbnisses“, 71f.

¹⁷⁴ vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 71f (Text Hippokratischer Eid und Genfer Gelöbnis).

¹⁷⁵ vgl. ebd. 64.

¹⁷⁶ Johann S. Ach und Arnd Pollmann, „Einleitung“, in *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper - Bioethische und ästhetische Aufrisse*, hg. von Johann S. Ach und Arnd Pollmann, Edition Moderne Postmoderne (Bielefeld: transcript, 2006), 10.

Den drei genannten Modellen liegen 4 medizinethische Prinzipien gemäß der *Theorie mittlerer Prinzipien* nach T. Beauchamp und J. Childress zugrunde. Damit bilden sie eine Mischung zwischen Top-down- und Bottom-up-Ansatz, da zwar nicht von konkreten Handlungsregeln (Bottom-up-Ansätze) ausgegangen wird, aber auch nicht von obersten Moralprinzipien (Top-down-Ansätze). Sie bilden so etwas wie generelle Richtlinien für konkrete Entscheidungen im medizinethischen Bereich.¹⁷⁷ Die eigentliche Entscheidung, wie gehandelt werden soll, wird nach der Verfahrensweise der Diskursethik getroffen, sie bildet die Rahmentheorie für medizinethische Entscheidungen. Die einzelnen Prinzipien werden in Bezug auf eine konkrete Situation gegeneinander abgewogen, möglichst unter Einbeziehung aller Betroffenen.¹⁷⁸

Die vier angesprochenen Prinzipien lauten:

„1) *Prinzip der Autonomie (autonomy)*: Rücksichtnahme des Arztes auf selbstbestimmte Entscheidungen des Patienten

negativ: Freiheit von äußerem Zwang und Manipulation

positiv: Unterstützung des Entscheidungsprozesses des Patienten durch sorgfältige Aufklärung → Prinzip menschlicher Würde

2) *Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence)*: Der Arzt soll dem Patienten keinen Schaden zufügen.

3) *Prinzip des Wohltuns (beneficence)*:

negativ: Verhinderung oder Beseitigung von Krankheiten, Lindern von Schmerzen

positiv: Beförderung von Gesundheit und Wohlbefinden

4) *Prinzip der Gerechtigkeit (justice)*: Die Ressourcen im Gesundheitswesen sollen gerecht verteilt werden.“¹⁷⁹

Andere Prinzipien, wie das der Fürsorge, lassen sich aus den genannten ableiten, wie etwa das Prinzip der Fürsorge aus dem des Wohltuns und Nichtschadens.¹⁸⁰ Je nachdem, welches Beziehungsmodell zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin betrachtet wird, werden diese Grundsätze unterschiedlich gewichtet:

¹⁷⁷ vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 24.

¹⁷⁸ vgl. ebd. 55f.

¹⁷⁹ ebd. 56.

¹⁸⁰ vgl. ebd. 62.

<i>Paternalistisches Modell</i>	<i>Deliberatives Modell</i>	<i>Vertragsmodell</i>
objektive Kriterien für Patientenwohl	gemeinsam entwickelte Kriterien für Patientenwohl	ausschließlich subjektive Kriterien für Patientenwohl
objektiver (naturwissenschaftlicher) Krankheitsbegriff	ganzheitliches, gemeinsam erarbeitetes Gesundheitsmodell	subjektiver Gesundheitsbegriff
Arzt = <i>Vormund/Vater</i> des Patienten	Arzt = <i>Freund/Partner</i> des Patienten	Arzt = <i>Dienstleister</i> für seine Kunden
alleinige Verantwortung des Arztes	geteilte Verantwortung für gemeinsame Entscheidungen	alleinige Verantwortung des Patienten
<i>Prinzip Fürsorge</i>	Versöhnung von <i>Prinzip Fürsorge</i> und <i>Autonomie</i>	<i>Prinzip Autonomie</i>
<i>Kritik:</i> Autonomie des Patienten missachtet	Autonrieförderung = Aufgabe der Fürsorge	<i>Kritik:</i> keine Verantwortung des Arztes, Autonomieprinzip überzogen

Modelle Arzt/Ärztin – Patient/Patientin¹⁸¹

Wie bereits erwähnt, spielt das Vertragsmodell in Bezug auf Enhancement – zumindest theoretisch – die größte Rolle, wobei eine Grenzziehung sicher nicht immer genau möglich ist. Ob dies auch bei konkreten Enhancement-Praktiken der Fall ist und welche Rolle die genannten medizinethischen Prinzipien dabei spielen, soll im Folgenden mittels einer Fallgeschichte geklärt werden. Als Beispiel ist, wie bereits erläutert (vgl. S. 42f.), die Mammaaugmentation ohne vorhergegangenen Brustverlust gewählt worden.

¹⁸¹ ebd. 66.

2.2 Fallbeispiel Mammaaugmentation

Die Mammaaugmentation – in der Alltagssprache Brustvergrößerung genannt – zählt zu den häufigsten schönheitschirurgischen Eingriffen.¹⁸² Mittlerweile gibt es drei mögliche Verfahren, zwischen denen gewählt werden kann: eine Vergrößerung durch Implantate, Eigenfett und Hyaluronsäure.¹⁸³ Auffällig ist bei einer ersten Sichtung des Diskurses, dass die Einschätzung von Risiken sehr stark divergiert. So berichtet ein etwas älterer Informationsband über Schönheitsoperationen des Wiener Vereines für Konsumenteninformation aus dem Jahr 2003 von zahlreichen anwaltlichen Interventionen bei missglückten Schönheitsoperationen, die folgendermaßen begründet werden:

„Dass eine Schönheitsoperation – wie jeder andere Eingriff – immer ein Risiko ist und es zu Nebenwirkungen, wenn nicht gar Komplikationen kommen kann, fällt in der öffentlichen Debatte meist unter den Tisch. Auch die Tatsache, dass bei vielen Eingriffen Blut fließt, Sie mit Schmerzen rechnen müssen und einige Tage nicht arbeits- bzw. gesellschaftsfähig sind, wird selten groß herausgestrichen.“¹⁸⁴

Der Informationsband warnt weiters vor dem Austritt von Silikon aus dem Implantat sowie vor einer Verletzung der Milchgänge, die zu einem Verlust der Stillfähigkeit führen kann¹⁸⁵, sowie einem Verlust der Empfindlichkeit der erogenen Zonen.¹⁸⁶ Weiters kann es zu einer Kapselbildung durch das Einwachsen des Implantats in das Bindegewebe sowie zu wulstiger Narbenbildung kommen. Außerdem kann ein unter den Brustmuskel gelegtes Implantat durch diesen hervortreten, was eine weitere Operation erforderlich macht.¹⁸⁷ Viel Sport kann ebenfalls zu einer Verschiebung des Implantats führen.¹⁸⁸

Der medizinische Fachartikel von M. A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann in der Zeitschrift „Der Chirurg“ stellt die Risiken etwas anders dar. Hier heißt es, ein Silikon-Bleeding sei praktisch unmöglich¹⁸⁹, und nur in sehr seltenen Fällen gäbe es bei

¹⁸² vgl. Matthias Wallenfels, „Im Dienste der Schönheit: Ästhetisch-plastische Eingriffe stehen weiter hoch im Kurs“, *Ärzte-Zeitung*, Nr. 148D (2015), 2; vgl. M.A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, *Der Chirurg* Jg. 82, Nr. 9 (2011), 782, <https://doi.org/10.1007/s00104-011-2108-6>.

¹⁸³ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“.

¹⁸⁴ Gazar, *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten*, 3.

¹⁸⁵ vgl. ebd. 90.

¹⁸⁶ vgl. ebd. 91.

¹⁸⁷ vgl. ebd. 91f.

¹⁸⁸ vgl. ebd. 88.

¹⁸⁹ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 783.

einer bestimmten Schnitttechnik Sensibilitätsstörungen oder eine Einschränkung der Stillfähigkeit.¹⁹⁰ Die Kapselfibrose sei bei unter die Brustdrüse gelegten Implantaten wahrscheinlicher als bei unter dem Brustmuskel positionierten. Weiters ergäben sich bei unter die Drüse gelegten Implantaten Schwierigkeiten bei der Brustkrebsvorsorge.¹⁹¹ Deshalb sei das unter den Muskel gelegte Implantat zu favorisieren, bei dem der Musculus pectoralis major der Frau durchtrennt werden muss.¹⁹² Darüber, welche Konsequenzen sich für die sportliche Leistungsfähigkeit der Frau ergeben, findet sich in diesem Beitrag keine Information.

Erwiesen ist, dass es zu einem Leistungsverlust kommt. Zum einen tritt dieser natürlich während der Heilungsphase auf, da durchtrennte Muskelfasern wieder zusammenwachsen müssen. Nach drei Monaten sollte das Gewebe jedoch wieder verheilt sein, aber es lässt sich trotzdem ein Kraftverlust feststellen, und zwar in folgendem Ausmaß:¹⁹³

„Das Ausgangsniveau wird nach 3 Monaten nach der Operation tendenziell nicht mehr erreicht und bleibt mit einem Kraftverlust von 6,7% während dynamisch-konzentrischer MVC und 10,8% und 15% während isometrischer MVC bestehen.“¹⁹⁴

In der zitierten Magisterarbeit wurden Frauen nach einer Operation nach der Dual Plane Methode, untersucht, bei der der große Brustmuskel in unterschiedlichem Ausmaß durchtrennt wird.¹⁹⁵ Es ist dieselbe Technik, die auch von M. A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann favorisiert wird.¹⁹⁶ Die im Zitat genannte Abkürzung MVC bedeutet Maximalkraft. Die Übung, die zum Testen der dynamisch-konzentrischen Maximalkraft benutzt wurde, ist Bankdrücken auf einer Bankdrückvorrichtung in sitzender Position,¹⁹⁷ für die Messung der isometrischen Maximalkraft wurde der

¹⁹⁰ vgl. ebd. 784.

¹⁹¹ vgl. ebd. 785.

¹⁹² vgl. ebd.

¹⁹³ vgl. Karoline Eichholzer, „Einfluss von Mammaaugmentation auf die muskuläre Leistungsfähigkeit des M. pectoralis major - Elektromyografische Aktivierungsmuster während dynamischer und isometrischer Maximalkontraktionen, (Magisterarbeit)“ (Universität Wien, 2013), 84f.

¹⁹⁴ ebd. 89.

¹⁹⁵ vgl. ebd. 25.

¹⁹⁶ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 785.

¹⁹⁷ vgl. Eichholzer, „Einfluss von Mammaaugmentation auf die muskuläre Leistungsfähigkeit des M. pectoralis major - Elektromyografische Aktivierungsmuster während dynamischer und isometrischer Maximalkontraktionen, (Magisterarbeit)“, 51.

Pilatesring Multigrip verwendet, einfach gesprochen ein ringförmiges Trainingsgerät, das der oder die Trainierende mit beiden Händen hält und komprimieren muss.¹⁹⁸

Mehrere Gründe kommen für dieses Phänomen in Frage. Der Muskel könnte in der neuen Position nicht mehr so kräftig sein,¹⁹⁹ psychologische Faktoren könnten eine Rolle spielen, da der Genesungsprozess langwierig und schmerzhaft ist,²⁰⁰ oder die Ursache sind neuromuskuläre Änderungen²⁰¹, die durch eine „Kombination aus Schmerz, Kinesiophobie und Immobilisation“²⁰² entstehen. Interessant ist, dass sowohl die neuromuskulären als auch die psychologischen Faktoren unmittelbar mit der Angst vor Schmerz oder dem Empfinden desselben zu tun haben.²⁰³ Der Aspekt des Schmerzes in der ästhetischen Chirurgie ist ein ethisch strittiges Thema, denn sowohl das eingangs genannte medizinethische Prinzip des Wohltuns als auch des Nichtschadens widersprechen dem Zufügen von Schmerz, wo vorher keiner war (vgl. S. 46). Allerdings ist diese Argumentation insofern inkonsistent, als es zahlreiche Heilpraktiken gibt, die vorerst Schmerz zufügen, da die eigentliche Erkrankung diesen nicht verursacht hat. Schließlich ist gerade das Fehlen von Schmerzen der Grund, warum etwa Krebserkrankungen mitunter spät entdeckt werden. Gleichzeitig ist es aber wichtig, diese Argumentation zu kennen, da gerade Gegner und Gegnerinnen der Schulmedizin dieses Argument gerne benutzen, denn manchmal sieht der Verlauf einer Behandlung so aus, dass ein Patient wegen einer Routinekontrolle zum Arzt geht, ohne dass eine Krankheit sichtbar ist, und kurze Zeit später wird er operiert und hat Schmerzen. Von außen betrachtet kann das auf Personen, die mit Alternativmedizin, Esoterik und Wunderheilern liebäugeln, erschreckend wirken, bis hin zur Ablehnung der Schulmedizin. Aufgrund dieses und anderen mit Schmerz zusammenhängenden Aspekten wird diese Thematik in Bezug auf Human Enhancement im dritten Kapitel der vorliegenden Arbeit behandelt.

Um zu den eingangs angesprochenen Möglichkeiten der Mammaaugmentation zurückzukommen, so ist hier die Behandlungsmethode mit Hyaluronsäure die neueste. Dieses Verfahren ist seit 2006 möglich.²⁰⁴ Dabei wird ein Gel in die Brust injiziert, das

¹⁹⁸ vgl. ebd. 52f.

¹⁹⁹ vgl. ebd. 85.

²⁰⁰ vgl. ebd. 85f.

²⁰¹ vgl. ebd. 87.

²⁰² ebd.

²⁰³ vgl. ebd. 86f.

²⁰⁴ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 782.

schon seit vielen Jahren zur Entfernung von Falten genutzt wird. Dieses Gel wird allerdings wieder abgebaut, was jedoch 1-1,5 Jahre dauert.²⁰⁵

Die Idee des Einspritzens von körperfremden Substanzen existierte bereits Anfang des 20. Jahrhunderts. Damals versuchten Ärzte, eine Augmentation durch das Einspritzen mit Paraffinöl zu erreichen. Das Ergebnis war katastrophal. Noch in den Fünfzigerjahren wurde mit Bienenwachs, Polyäthylen, Lanolin und sogar Gemüseöl experimentiert.²⁰⁶ Die Befindlichkeit der betroffenen Frauen war vermutlich entsetzlich, schließlich braucht man den Brustkorb bei jedem Atemzug.

Eine andere Möglichkeit ist das Aufspritzen der Brust mit Eigenfett, das vorher aus einer fettreichen Körperregion entnommen wurde. Dieses Konzept wurde bereits 1895 erprobt, allerdings zeigte sich eine hohe Nekroserate. Heutzutage ist das Verfahren aber aus medizinischer Sicht sicher, lediglich die Gefahr einer Kalzifikation (dadurch bilden sich Verhärtungen) ist gegeben, was eine gute Nachsorge erfordert.²⁰⁷ Zudem ist auch hier die Brustkrebsvorsorge schwieriger und möglicherweise wird das Gewebe einfach wieder abgebaut.²⁰⁸

Der bereits zitierte Informationsband des Vereins für Konsumenteninformation warnt ausdrücklich vor solchen Behandlungen, und zwar aus dem Grund, dass die bereits angesprochenen Verhärtungen zu einem falschen Krebsverdacht führen können und weil die Behandlung zwar viel kostet, jedoch nur eine geringe Vergrößerung bewirkt, die mitunter auch noch einfach wieder verschwindet.²⁰⁹ Vielleicht ist diese doch sehr divergierende Einschätzung mit dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des Textes verbunden, immerhin ist der Beitrag von M. A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann jünger. Beispielsweise wird die in besagtem Band propagierte Brustvergrößerung durch eine Kochsalzlösung²¹⁰ heute kaum noch praktiziert, da sie zahlreiche Komplikationen mit sich bringt, wie etwa den Verlust des Volumens durch Austreten der Lösung oder die Tastbarkeit der Implantate.²¹¹

²⁰⁵ vgl. ebd. 787.

²⁰⁶ vgl. Gazar, *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten*, 86.

²⁰⁷ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 786.

²⁰⁸ vgl. ebd. 787.

²⁰⁹ vgl. Gazar, *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten*, 93.

²¹⁰ vgl. ebd. 87.

²¹¹ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 783.

Die beliebteste Form der Mammaaugmentation ist daher die Vergrößerung durch Silikonimplantate. Dieser Eingriff wird unter Vollnarkose stationär durchgeführt und dauert etwa 60 Minuten.²¹² Ein Silikonkissen wird unter die Brustdrüse, teilweise unter den Brustmuskel oder ganz unter diesen gelegt. Dabei wird entweder ein Schnitt in der unter der Brust gelegenen Falte vorgenommen, seitlich unter der Achsel oder über den Brustwarzenhof. Die Form des Implantates ist je nach Vorliebe wählbar: Entweder es ist rund, wodurch eine eventuelle Rotation keine ästhetische Beeinträchtigung bedeutet, oder es ist anatomisch geformt, also tropfenförmig.²¹³ Diese Implantate sind in der Praxis nicht für immer haltbar, wobei es auch sein kann, dass sie nicht ausgetauscht werden müssen. Ein Gerichtsurteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe aus dem Jahr 2016 wegen eines solchen Austausches, den die betroffene Patientin nicht erwartet hatte, stellt klar:

„Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. D. weisen Silikonimplantate eine begrenzte Haltbarkeit auf. Sie beträgt nach Erfahrungswerten durchschnittlich etwa 10 bis 15 Jahre, wobei ab dem 10. Jahr engmaschig kontrolliert werden sollte. Die tatsächliche Lebensdauer ist nach den mündlichen Erläuterungen des Sachverständigen vor dem Senat individuell verschieden;“²¹⁴

Welche Rolle nimmt der Arzt oder die Ärztin nun während einer solchen Behandlung ein? Hier wird auf „schonungslose präoperative Aufklärung“²¹⁵ gesetzt. Diese ist jedoch weitestgehend rechtlich gemeint, nicht ethisch. In einem mit jenem aus Karlsruhe vergleichbaren Gerichtsurteil aus Österreich vom 27.02.2009 – auch hier geht es um Komplikationen nach einer Brustvergrößerung, allerdings gewann diesmal die Klägerin – wird der Urteilsspruch folgendermaßen begründet:

„Nach ständiger Rechtsprechung ist der Arzt (bzw. der Partner des Behandlungsvertrags) aufgrund des Behandlungsvertrags verpflichtet, den Patienten über die Art und Schwere sowie die möglichen Gefahren und schädlichen Folgen einer Behandlung zu unterrichten (RIS-Justiz RS0038176). Für die nachteiligen Folgen einer ohne Einwilligung oder ausreichende Aufklärung vorgenommenen Behandlung des Patienten haftet der Arzt (Partner des Behandlungsvertrags) selbst dann, wenn dem Arzt bei der Behandlung kein Kunstfehler unterlaufen ist, es sei denn, dass der Arzt (Partner des Behandlungsvertrags) behauptet und beweist, dass der Patient auch bei ausreichender Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte (RIS-Justiz RS0038485). Die ärztliche Aufklärung soll den Patienten in die Lage versetzen, die Tragweite seiner Einwilligung zu überschauen (RIS-Justiz RS0026413). Der Patient kann nur dann wirksam seine Einwilligung geben, wenn er über die Bedeutung des

²¹² vgl. ebd. 787.

²¹³ vgl. ebd. 784.

²¹⁴ „Aufklärung über Risiken von Brustimplantaten“, *GesundheitsRecht* Jg. 15, Nr. 6 (2016), 364.

²¹⁵ Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 782.

vorgesehenen Eingriffs und seine möglichen Folgen hinreichend aufgeklärt wurde (RIS-Justiz RS0026499).“²¹⁶

Im obigen Zitat wird der Arzt explizit *Partner des Behandlungsvertrages* genannt. Hier hat man sich weit entfernt von dem ursprünglichen Verhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin. Dieses entspringt aus einer Situation der Not, auf die das ärztliche Handeln antwortet.²¹⁷ Warum der Patient beziehungsweise die Patientin in diesem ursprünglichen Modell kein gleichwertiger Partner und keine Partnerin, kein Kunde und keine Kundin sein kann, liegt auf der Hand: Er ist in einer schwächeren Position. Der Patient oder die Patientin ist *patients*, also leidend, er oder sie ist nicht souverän. Das medizinethische Prinzip der Fürsorge ist ein Grundcharakteristikum der Arztrolle, wie sie über Jahrtausende weg verstanden wurde.²¹⁸ In Bezug auf ästhetische Mammaaugmentationen ist der Patient oder die Patientin – wenn überhaupt – dann nicht in diesem ursprünglichen Sinn leidend, denn es sind Notsituationen wie ein Unfall gemeint.²¹⁹ Das Widersprüchliche ist aber, dass dieser Aspekt des Arztseins während des Eingriffs trotzdem in den Vordergrund tritt, denn wie M. A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann schreiben, ist für Silikonimplantate eine Vollnarkose notwendig.²²⁰ Es ist eine Situation, in der der Arzt oder die Ärztin die gesamte Verantwortung für das Leben der angeblichen Kundin übernimmt. Lebensnotwendige Funktionen wie die Atmung müssen überprüft werden, was eine unüberbietbare Verantwortung bedeutet. In diesem Moment ist die Patientin sicher nicht souverän, sondern im Gegenteil ausgeliefert und bedürftig. Ob sie es nach dem Aufwachen ist, mit frisch vernähten Wunden und Verbänden, ist fraglich.

Das ist allerdings nur ein Aspekt, an dem sich die Unvereinbarkeit dieser Beziehungsmodelle zeigt. Eine Beziehung zwischen einem Leistungserbringer beziehungsweise einer Leistungserbringerin und einem Kunden oder einer Kundin enthält weitere Implikationen, die die Übertragung auf eine medizinische Situation wie beispielsweise einen chirurgischen Eingriff äußerst fragwürdig erscheinen lassen. In einer

²¹⁶ OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 27.02.2009, Rechtsinformationssystem der Republik Österreich, https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20090227_OGH0002_00600B00122_07W0000_000,
zugriffen 25. August 2018,

²¹⁷ vgl. Günther Pöltner, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Bd. 2177, UTB für Wissenschaft (Wien: Facultas, 2002), 89.

²¹⁸ vgl. Otmar Kloiber, „Patienten sind keine Kunden“, *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 97, Nr. 5 (2000), A-229.

²¹⁹ vgl. Pöltner, *Grundkurs Medizin-Ethik*, 89.

²²⁰ vgl. Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 787.

derart ökonomisierten Medizin geht es nicht darum, sich in den Patienten oder die Patientin einzufühlen und seine oder ihre Perspektive einzunehmen, sondern darum, ein Verkaufsgespräch zu führen, um den potentiellen Kunden beziehungsweise die potentielle Kundin zum Kauf zu bringen. Bei einem solchen Gespräch müssen wie bei jedem Verkaufsgespräch rhetorische Mittel geschickt angewendet werden. Außerdem gehört es zu den Zielen des erfolgreichen Verkäufers und der erfolgreichen Verkäuferin, eine Kundenbindung beziehungsweise Kundinnenbindung herzustellen. Der Arzt oder die Ärztin hat jedoch zum Ziel, sich selbst durch die Heilung des Patienten oder der Patientin überflüssig zu machen.²²¹

Einen Kunden oder eine Kundin macht zudem genau ein Parameter wertvoll: seine oder ihre Kaufkraft. Ein guter Kunde oder eine gute Kundin ist, wer zur Gewinnmaximierung beiträgt. Um diese Kaufkraft entsprechend zu kanalisieren, wird wie in der Konsumwelt üblich auf Werbung zurückgegriffen. G. Maio schreibt:

„Diese Tendenz [die Instrumentalisierung von Patienten und Patientinnen zum Zweck der Gewinnmaximierung, Anm. d. Verf.] lässt sich etwa bei der ästhetischen Chirurgie deutlich erkennen. Dort erfüllt die moderne Medizin nicht nur Wünsche, sondern weckt durch Werbung auch neue Wünsche, die ansonsten nicht aufgekommen wären. Ob ästhetische Chirurgie, kosmetische Dermatologie oder ästhetische Zahnheilkunde, ob Anti-Aging-Präparate, Brustimplantate oder Sectio auf Wunsch, ob Wachstumshormone für Kinder, Sexualhormone gegen das Altern oder Mittel zur Abschaffung des beschwerlichen Menstruationszyklus, ob Psychopharmaka bei nicht krankhafter Verstimmung oder Ritalin zur Ruhigstellung von nicht kranken Kindern, ob IGeL-Leistungen [Individuelle Gesundheitsleistungen²²², Anm. d. Verf.] jeglicher Art – die wunscherfüllende Medizin hat schon längst Eingang in den Alltag der modernen Medizin gefunden.“²²³

Durch diese Ökonomisierung der Medizin wird gerade der gesunde Mensch als Ziel für diese Werbung interessant, weil er erheblich größere Absatzmöglichkeiten bietet. Das wiederum wirkt sich desaströs auf die Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin aus, denn ein Verkäufer beziehungsweise eine Verkäuferin hat nicht primär das Wohlergehen seiner Kunden und Kundinnen im Blick, sondern eben erfolgreichen Verkauf der von ihm angebotenen Waren oder Dienstleistungen. Daraus resultiert das über viele Jahrhunderte hinweg existente Werbeverbot für Ärzte und Ärztinnen, das heute

²²¹ vgl. Giovanni Maio, *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*, Bd. 15, *medizinHuman* (Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 2014), 92–96.

²²² vgl. Tobias Voigt, *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Rechtsverhältnis von Arzt und Patient*, Bd. 12, *Kölner Schriften zum Medizinrecht* (Heidelberg: Springer, 2013).

²²³ Maio, *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*, 97.

jedoch nicht mehr in diesem Ausmaß gilt.²²⁴ Diese Werbung soll natürlich nicht vom möglichen Scheitern sprechen, sondern Versprechungen machen, Hoffnungen wecken, „vom Potential des Machbaren“²²⁵ sprechen.

Nun könnte man die Frage stellen, ob der Arztberuf hier nicht nostalgisch romantisiert wird, als wäre früher alles besser gewesen, als wäre der Arzt oder die Ärztin altruistischer Diener beziehungsweise altruistische Dienerin seiner Patienten und Patientinnen gewesen. J.- D. Hoppe schreibt rückblickend:

„Die Patienten haben ihre Erkrankungen als Schicksal aufgefasst und betrachteten ihre Ärzte als Hoffnungsträger, als Heiler oder zumindest als Helfer und auch als Tröster. Sie vertrauten ihnen, dass sie ihre Versprechen einhalten würden, die Grundsätze der ärztlichen Berufsethik zu beachten. Diese Grundsätze basierten auf der abendländischen Gesinnungsethik. Ärzte versprachen, *salus aegroti suprema lex* zu beachten, das Gebot des *primum nil nocere* einzuhalten, sich als Anwalt ihrer Patienten zu fühlen, absolute Verschwiegenheit zu üben und keinesfalls persönliche, insbesondere merkantile Motive bei der Betreuung ihrer Patienten zu präferieren.“²²⁶

Theoretisch mag es also stimmen, dass hier definitiv eine Verschiebung in Richtung einer marktwirtschaftlichen Adaption der Arztrolle stattgefunden hat, aber praktisch? P. Unschuld schreibt dazu:

„Bis in das 18. Jahrhundert folgte die Medizin einem relativ einfachen Schema. Wer sich einen guten Arzt leisten konnte, fand einen guten Arzt. Wer sich keinen guten Arzt leisten konnte, fand keinen guten Arzt. Es mag die eine oder andere Ausnahme gegeben haben. Auf ärztlicher Seite beschränkte sich die Verantwortung in der Regel auf den individuellen Patienten als zahlungsfähigen Auftraggeber.“²²⁷

Kaufmännische Interessen waren also schon zu früherer Zeit ein wesentliches Charakteristikum des Arztberufs, was den Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit weiter verstärkte. Dieser besteht bis heute und wird maßgeblich durch eine stark wirtschaftlich ausgerichtete Denkweise in der Medizin befördert, denn:

„Eine kausale Beziehung zwischen sozialer Lage und Gesundheit sowie Lebenserwartung ist unbestritten und erstreckt sich primär auf das Verhältnis von Einkommen und Gesundheitsstatus [...] Ein niedriges Einkommen auf Armutsniveau

²²⁴ vgl. ebd. 99.

²²⁵ ebd. 102.

²²⁶ Jörg-Dietrich Hoppe, „Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert“, in *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, hg. von Christian Katzenmeier und Klaus Bergdolt (Heidelberg: Springer-Verlag, 2009), 1.

²²⁷ Paul U. Unschuld, „Der Patient als Leidender und Kunde“, *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 103, Nr. 17 (2006), A 1137.

stellt eine große Einschränkung der individuellen Partizipation in einer auf Konsum ausgerichteten Welt dar.“²²⁸

Mit einer stärkeren Konsumorientierung in der Medizin wird die Partizipation für Arme an Behandlungsmöglichkeiten erschwert. Hier versuchen gesetzliche Krankenkassen anzuknüpfen, die diesen Unterschied ausgleichen sollen. Aufgelöst wurde dieser Zusammenhang jedoch nach wie vor nicht. Eine Erhebung der österreichischen Organisation „Die Armutskonferenz“ aus dem Jahr 2015 belegt:

„Menschen in Haushalten unter der Armutsgrenze weisen einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf als in Haushalten mit hohem Einkommen und sind doppelt so oft krank wie in solchen mit mittlerem Einkommen (Statistik Austria 2014). Die 385.000 Personen in Österreich, die als arm und mehrfach ausgegrenzt bezeichnet werden können, sind von einem sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, von chronischer Krankheit und starken Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten betroffen – dreimal so stark wie der Rest der Bevölkerung“²²⁹

2.2.1 Fazit

Als Fazit der näheren Betrachtung des Verhältnisses zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin im Kontext von Human Enhancement lässt sich feststellen, dass definitiv eine Verschiebung von einem paternalistischen Beziehungsmodell zu einem Vertragsmodell stattfindet. Jedoch entspricht diese Verschiebung *keinem* radikalen Paradigmenwechsel, wie man auf den ersten Blick annehmen könnte. Das ergibt sich aus folgenden Aspekten der Ausführungen des vorliegenden Kapitels:

1. Das Bild des Arztes beziehungsweise der Ärztin als vormals altruistischer Helfer oder altruistische Helferin in Not, der beziehungsweise die heute von Kommerz und Kapitalismus geleitet wird, ist eher ein Mythos als eine reale Gegebenheit. Damit soll keineswegs gesagt sein, dass es Selbstlosigkeit im Arztberuf nicht gibt. Eine Studie der Universität Erlangen-Nürnberg belegt, dass dem Arbeiten für andere, dem selbstlosen Helfen zu Beginn der beruflichen Tätigkeit ein hoher Wert beigemessen wird. Hochschulabsolventen und Absolventinnen dieses Metiers sehen ihren Beruf öfter als Berufung als jene anderer Richtungen. Im Laufe der Berufstätigkeit kommt es jedoch zu einer

²²⁸ Fritz Haverkamp, „Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität“, in *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*, hg. von Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage (Wiesbaden: Springer VS, 2018), 486.

²²⁹ Florian Riffer und Martin Schenk, „Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung“, 2, zugegriffen 29. August 2018, http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf.

Abnahme der Hochschätzung jener Werte und zu einer Höhererschätzung von Fortschritt und Prestige.²³⁰ Es kommt also zu einer Ernüchterung während der Tätigkeit, jedoch sind Ärzte und Ärztinnen oft Menschen, die ihren Beruf gewählt haben, weil sie Menschen helfen wollten und die diese Ideale zwar realistisch ihren Lebenskonzepten anpassen, nicht jedoch völlig loslassen. Damit stehen sie vor derselben Problematik wie viele Berufsanfänger und Anfängerinnen.

Anderen Menschen zu helfen als Wert an sich existiert also heute wie damals, doch der medizinethische Grundsatz „salus aegroti suprema lex“²³¹ ist wohl eher als theoretisches Ideal zu verstehen, dass in der Praxis auch vor der heutigen ökonomisierten Medizin nicht alleinige Richtschnur für ärztliches Handeln war, wie der historische Zusammenhang von Armut und mangelnder medizinischer Versorgung zeigt.

2. In Bezug auf das Fallbeispiel der Mammaaugmentation rückt tatsächlich das vertragsbasierte Modell der Beziehung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin in den Vordergrund. Diesem inhärent ist das Bild des Vertragspartners oder der Vertragspartnerin als souveräner Kundin. Das ist sie jedoch in der Situation des Eingriffs nicht. Damit entsteht ein großes Konfliktpotential, da die theoretische Konstruktion der Beziehung nicht mit den realen Gegebenheiten vereinbar ist.

3. Es ist nicht der Fall, dass Schönheitschirurgen und Chirurginnen keinen ethischen Prinzipien folgen. Durch die Medien wird man mit Extrembeispielen aus der Branche konfrontiert, die ein schlechtes Image der Ärzte und Ärztinnen untermauern. Doch zum einen muss gesagt werden, dass viele Praktiken – so auch die Mammaaugmentation – sowohl im rekonstruktiven als auch im kommerzialisierten Bereich der Schönheitsindustrie angewendet werden können. Das heißt, eine Operation in Richtung eines fragwürdigen bis gesundheitsschädlichen Schönheitsideals bedeutet noch nicht, dass der betreffende Arzt oder die betreffende Ärztin nicht auch zum Beispiel Verbrennungsoptionen hilft, sich wieder normal in der Gesellschaft bewegen zu

²³⁰ vgl. Andrea E. Abele, „Arztberuf. Zwischen Erwartung und Realität“, *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 98, Nr. 46 (2001), A 3009.

²³¹ Otfried Höffe, „medizinische Ethik“, in *Lexikon der Ethik*, hg. von Otfried Höffe, Beck'sche Reihe (München: C. H. Beck, 2008), 193.

können. Hinter der Entscheidung, auch Schönheitsoperationen durchzuführen, können verschiedene Gründe liegen, vermutlich sind sie kommerzieller Natur. Dies liegt wiederum daran, dass eine Abgrenzung von Therapie und Enhancement – wie im ersten Kapitel beschrieben – oft mit der Zusagen von Krankenkassenleistungen einhergeht. Somit sind offiziell nicht in den Bereich Therapie fallende Leistungen eine Einnahmequelle, wie sie Krankenkassen nicht bieten. Doch selbst dann gibt es gewisse ethische Richtlinien, die über dem möglichen Verdienst liegen. M. A. Reichenberger, N. Biedermann und G. Germann schreiben:

„In den letzten Jahren finden sich aber auch immer mehr Patientinnen die eine Vergrößerung einer im Prinzip schönen Brust suchen. Gerade hier sollte eine genaue Anamnese und Beratung erfolgen, um klare Kontraindikationen wie Dysmorphophobie, unrealistische Erwartungen oder fehlende psychische Reife auszuschließen, denn: Nicht alles was medizinisch möglich ist, ist medizinisch sinnvoll.“²³²

Der zweite Punkt des Fazits soll zum dritten und letzten Kapitel der Arbeit überleiten. Ein wesentlicher Aspekt, warum jemand, der sich einer Operation unterzieht, kein souveräner Kunde beziehungsweise keine souveräne Kundin ist, liegt neben der Verantwortung des Arztes oder der Ärztin während des Eingriffs daran, dass ein solcher notwendigerweise mit Schmerzen verbunden ist. Im Schmerz ist der Mensch jedoch nicht souverän, sondern er leidet, ist ausgeliefert und existentiell betroffen. G. Maio bezeichnet ihn als „Totalisierung des Widerfahrnisses“²³³ und fasst zusammen:

„Der Schmerz lässt den Menschen zudem etwas spüren, was er nur schlecht aushalten kann, nämlich ein Wesen zu sein, das nicht etwas tut, sondern dem etwas widerfährt. Der Schmerz ist wohl das dramatischste und totalisierendste Widerfahrnis, das der Mensch erleben kann. Er negiert das Subjekt, er fragt nicht danach, wer wir sind. Er stellt die Autonomie des Subjekts so radikal in Frage, dass er als massive Bedrohung empfunden wird, als Bedrohung der eigenen Freiheit, als Bedrohung des eigenen Selbst, als Bedrohung aller Zukunft. Der Schmerz verleiht dem Menschen das Gefühl des Ausgeliefertseins, weil er realisiert, dass es unmöglich ist, Zuflucht vom Schmerz zu finden. Sich dem Schmerz ausgeliefert zu fühlen, stellt eine Provokation dar, weil es durchstreicht, was einem Menschen naturgemäß wichtig ist: Selbstgestalter der Welt zu sein.“²³⁴

²³² Reichenberger, Biedermann und Germann, „Ästhetische Mammaaugmentation“, 782.

²³³ vgl. Giovanni Maio, „Der Schmerz als Widerfahrnis“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 170.

²³⁴ ebd. 171.

Im Sinne von G. Maio lässt sich im Umstand, dass der Schmerz den Menschen gerade dann trifft, wenn er Selbstgestalter seines eigenen Körper sein will, eine Art absurder Komik erkennen. Das autarke Handeln des oder der Einzelnen wirft ihn beziehungsweise sie zurück in ein Ausgeliefertsein, nimmt ihm und ihr die Herrschaft über sich selbst.

3 Enhancement und Schmerz in der Medizinethik

Leid und Schmerz sind seit langem Gegenstand philosophischer Überlegungen. Genauer gesagt wird Schmerz im 18. Jahrhundert moralisch relevant, und zwar im Kontext der utilitaristischen Philosophie von Bentham, der Glück als Maßstab für die ethische Bewertung von Handlungen einführte, wobei Leid und Schmerz als Antagonisten dazu zu verstehen sind. Sie sind somit moralisch schlecht und unbedingt zu vermeiden.²³⁵

Auf der anderen Seite erhoffen sich Philosophen und Philosophinnen, Literaten und Literatinnen, eine Art besonderer geistiger Tiefe durch den Schmerz. So schreibt Nietzsche:

„Erst der große Schmerz, jener lange, langsame Schmerz, der sich Zeit nimmt, in dem wir gleichsam wie mit grünem Holze verbrannt werden, zwingt uns Philosophen, in unsre letzte Tiefe zu steigen und alles Vertrauen, alles Gutmüthige, Verschleiende, Milde, Mittlere, wohinein wir vielleicht vordem unsre Menschlichkeit gesetzt haben, von uns zu thun.“²³⁶

Und Rainer Maria Rilke erhofft sich durch die Ablehnung von Schmerzmedikamenten während seines Sterbens eine Art letzte, besonders tiefgehende Inspiration:

²³⁵ vgl. Martin Hähnel, „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 54.

²³⁶ Friedrich Nietzsche, *Die fröhliche Wissenschaft. Kritische Studienausgabe*, hg. von Giorgio Colli undazzino Montinari, Bd. 3 (München: dtv, 1980), 350. zit. nach: Christian Grüny, „Zwischen Aspirin und Aglodizee“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 103.

„Komm du, du letzter, den ich anerkenne,
heilloser Schmerz im leiblichen Geweb:
wie ich im Geiste brannte, sieh, ich brenne
in dir; das Holz hat lange widerstrebt,
der Flamme, die du loderst, zuzustimmen,
nun aber nähr‘ ich dich und brenn in dir.
Mein hiesig Mildsein wird in deinem Grimmen
ein Grimm der Hölle nicht von hier.
Ganz rein, ganz planlos frei von Zukunft steif
ich auf des Leidens wirren Scheiterhaufen,
so sicher nirgend Künftiges zu kaufen
um dieses Herz, darin der Vorrat schwieg.
Bin ich es nicht, der da unkenntlich brennt?
Erinnerungen reiß ich nicht herein.
O Leben, Leben: Draußensein.
Und ich in Lohe. Niemand der mich kennt.“²³⁷

Man erkennt im Gedicht Rilkes jenes Ausgeliefertsein, von dem G. Maio in dem Zitat am Ende des vorangegangenen Kapitels (vgl. S. 59f.) gesprochen hat. Rilke wählte zum Ausdruck dessen die Metapher des Feuers, das ihn verzehrt. Was neu hinzukommt, ist eine Erfahrung radikaler Einsamkeit, die in der Zeile „Niemand der mich kennt“ deutlich wird. Schmerz ist nicht mitteilbar, man kann *mitleiden*, aber nicht *mitschmerzen*. So denkt auch Max Scheler, der davon ausgeht, dass es Erfahrungen gibt, die an einen bestimmten Leib gebunden sind. Zu diesen Erfahrungen gehört der Schmerz, aber auch die sinnliche Lust. Leid hingegen wird zwar individuell unterschiedlich gefühlt, ist aber in gewisser Weise *teilbar*.²³⁸

Wie die bisherigen Ausführungen gezeigt haben, bedarf es für eine Untersuchung von Enhancement und Schmerz in der Medizinethik einiger begrifflicher Präzisierungen. Die Begriffe *Leid* und *Schmerz* müssen spezifiziert werden und auch der Unterschied zwischen Leib und Körper ist für eine seriöse Behandlung der Thematik wesentlich.

Daher soll im Folgenden nach sokratischer Methode die klassische sokratische „Was ist...?“-Frage an diese Begriffe gestellt werden. Dabei geht es nicht nur darum, sie gegeneinander abzugrenzen, sondern auch um ihre Verwobenheit untereinander.

In einem zweiten Schritt wird ein kurzer Überblick zur aktuellen medizinischen Praxis im Umgang mit Schmerz unter Einbeziehung medizinethischer Diskursbeiträge gegeben.

²³⁷ Hans Christof Müller-Busch, „Schmerz und Leid in der Palliativmedizin“, in *Schmerz und Leid. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 288.

²³⁸ vgl. Hähnel, „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“, 45.

Dafür wird zuerst ein Überblick über verschiedene medizinische Bereiche skizziert, dem eine ethische Analyse angeschlossen wird.

In einem dritten Schritt werden die Ergebnisse aus Schritt 1 und 2 mit dem Thema *Human Enhancement* zusammengedacht, wofür einerseits wieder ein Beitrag von G. Maio herangezogen wird, nämlich der im für dieses Thema dankbaren Sammelband „Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen“ veröffentlichte, mit dem Titel „Der Schmerz als Widerfahrnis. Die Kontrollierbarkeitserwartung als Problem“. Andererseits soll auch ein Aufsatz zu einem Extrembeispiel der wunscherfüllenden Medizin von T. Eichinger zur Sprache kommen, mit dem Titel „Behandlungsziel Verstümmelung. Zur normativen Funktion der Leidenslinderung am Beispiel extremer wunscherfüllender Medizin“, der in demselben Sammelband veröffentlicht wurde. Des Weiteren werden die bisherigen Ausführungen subsummiert und mit Ausführungen zum Phänomen Schmerz zusammengedacht.

3.1 Begriffliche Präzisierungen

Leid und Schmerz verführen direkt dazu, das Begriffspaar als Tautologie zu verwenden. Dies wäre jedoch falsch, denn sie unterscheiden sich wesentlich. Einfacher zu beantworten ist die Frage, was Schmerz ist. Sie soll daher zuerst geklärt werden. Was Leid ist, ist ungleich vielfältiger und komplexer, wodurch ausgehend von der Definition von Schmerz, der die Ursache des Leidens darstellt, diese zweite Präzisierung gewagt werden soll. Der Schmerz ist entgegen der kontemporären Ansicht, es könne so etwas wie rein körperlichen Schmerz geben, etwas, dass durch den Leib erfahren wird und niemals nur den Körper, sondern das ganze Wesen Mensch betrifft, das infolgedessen leidet.²³⁹ Daher wird im Anschluss an die Abgrenzung der Begriffe Leid und Schmerz das ebenfalls nicht tautologisch zu verwendende Begriffspaar Körper und Leib definiert.

3.1.1 Schmerz

Der Untersuchung von Schmerz, mit dem Ziel, diesen zu erleichtern, hat sich die Organisation IASP (International Association for the study of pain) verschrieben. Sie gibt die Zeitschrift PAIN heraus, mit den verschiedenen Ablegern „PAIN Reports“, „PAIN: Clinical Updates“ und „PAIN: E-Monthly“. Außerdem werden Schriften führender Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen auf diesem Gebiet publiziert sowie alle zwei Jahre ein wissenschaftlicher Kongress zum Thema veranstaltet.²⁴⁰ Die Organisation definiert Schmerz folgendermaßen:

„[...] ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung verbunden ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“²⁴¹

Im Original ist die Definition auf der Homepage der Organisation einsehbar, in englischer Sprache, und zwar mit der Erläuterung, dass Schmerz immer subjektiv ist und dass Schmerz in der frühen Kindheit eine Funktion in der Erschließung der Welt einnimmt. Weiters ist Schmerz biologisch zwar an einen Stimulus, eine Nervenreizung, gebunden, jedoch gibt es auch die Möglichkeit, Schmerz zu erfahren, ohne einen Stimulus erfahren

²³⁹ vgl. Alexander M. Heil, „Die dialogische Verletzbarkeit des Menschen“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 133f.

²⁴⁰ „About IASP - IASP“, zugegriffen 30. Oktober 2018, <http://www.iasp-pain.org/AboutIASP/?navItemNumber=506>.

²⁴¹ Müller-Busch, „Schmerz und Leid in der Palliativmedizin“, 289f.

zu haben. Daher schlägt die IASP vor, als Schmerz genau das vom Subjekt als solcher Erzählte zu bezeichnen, wobei nicht gemeint ist, dass nicht erzählbarer Schmerz keiner ist – das wäre weit gefehlt – sondern, dass Schmerz weiter verstanden werden muss als der Stimulus, der von einer Gewebeschädigung ausgeht.²⁴²

Die einzige Möglichkeit, an die Schmerzerfahrung einer Person heranzukommen, ist also auf sprachliche Äußerungen dieses Menschen zurückzugreifen. Unterschiedliche Kulturen haben diesbezüglich einen unterschiedlich großen Wortschatz. So verfügen beispielsweise indoeuropäische Kulturen über mehrere tausend Wörter, die zum Ausdruck von Schmerz verwendet werden können, wo hingegen „im Hebräischen, Arabischen, in einigen afrikanischen Sprachen, im Japanischen, Koreanischen und Chinesischen nur ganz wenige Verben gibt, um Schmerz auszudrücken.“²⁴³ Wie Menschen über Schmerz sprechen, wie sie diesen beschreiben, lernen sie also im Heranwachsen, allem voran durch die Sprache, in der ein Mensch lernt, sich zu artikulieren.²⁴⁴

Im Sprechen über Schmerz gibt es durch die Subjektivität der Schmerzerfahrung *einen* großen Stolperstein: Der Schmerz einer anderen Person, der Schmerz eines Dialogpartners, kann nie der eigene Schmerz sein. Man kann sich darüber verständigen, unter Zuhilfenahme dem oder der Anderen bekannter kultureller Konstrukte, wie zum Beispiel Rilke es in dem eingangs zitierten Gedicht mit der Verwendung der Feuermetapher tat, aber ein Mensch kann den Schmerz eines anderen nicht erfahren. Der Rezipient oder die Rezipientin des Gedichts kann sich nur vorstellen, wie Rilke sich gefühlt haben mag, allerdings kann er oder sie das nur mithilfe seiner oder ihrer eigenen Schmerzerfahrungen. Den Schmerz Rilkes fühlen kann er oder sie nicht, denn es ist *sein* Schmerz, er gehört niemand anderem. M. Hänel spricht dieses Problem an, wenn er schreibt:

„Der Schmerz des Anderen, ob Tier oder Mensch, ist einfach nicht mein Schmerz, was vor allem dann deutlich wird, wenn Personen über *meinen* Schmerz oder Nichtschmerz zu sprechen versuchen. Hieran wird augenscheinlich eine Inkongruenz erkennbar, und

²⁴² vgl. John D. Loeser, Lars Arendt-Nielsen, Ralf Baron u.a., „Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage“, 2011, zugegriffen 12. Jänner 2019, http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf.

²⁴³ Müller-Busch, „Schmerz und Leid in der Palliativmedizin“, 290.

²⁴⁴ vgl. ebd. 290–92.

die scheinbar beschwichtigende Aufforderung, *man solle sich wegen des Schmerzes nicht so haben*, kann zur persönlichen Kränkung werden.“²⁴⁵

Diese Erfahrung machen vor allem chronische Schmerzpatienten und Patientinnen früher oder später. Irgendwann wird die Authentizität der Schmerzerfahrung eines Individuums hinterfragt, denn jeder und jede ist in der „Struktur der eigenen Erfahrung“²⁴⁶ verhaftet. Daraus ergibt sich eine gewisse Einsamkeit, die aus dem Schmerz heraus entsteht, die einen Menschen von den anderen trennt, neben den anderen Faktoren, die ihn aus der Gesellschaft hinausdrängen, wie zum Beispiel schmerzbedingter Arbeitsplatzverlust. C. Grüny schreibt:

„Indem die Anderen, seien es Verwandte, Freunde oder wer auch immer, auf dieses eigenartige Geschehen aus einer festen Verankerung der Normalität blicken, bleibt ihnen diese Erfahrungswelt zutiefst fremd.“²⁴⁷

Gerade deswegen, damit das aus dem Schmerz entstehende Leid anerkannt wird, ist Patienten und Patientinnen die Diagnose so wichtig. Sie bildet quasi eine Brücke, um den Zugang zu den anderen Menschen nicht zu verlieren, denn die Erfahrung des Schmerzes ist keine Kleinigkeit, sondern betrifft das ganze Selbst, die ganze Person²⁴⁸ der Betroffenen. Sich darüber nicht verständigen zu können, ist für einen Menschen eine Katastrophe.²⁴⁹

Die bisherigen Ausführungen zum Begriff Schmerz haben einen gemeinsamen Nenner: Er wird negativ bewertet, soll aufhören.²⁵⁰ Dabei sind Menschen in der Lage, den Schmerz als Mittel zum Zweck zu verstehen und ihn zeitweise „funktionell zu eliminieren“²⁵¹. Dies ist zum Beispiel bei einer Zahnbehandlung der Fall oder bei einer einfachen Impfung. Das bedeutet aber nicht, dass der Schmerz an sich als gut eingestuft wird. Die behandelte Person will ihn trotzdem nicht, sie will trotzdem, dass er aufhört, doch hat gelernt, dies nicht etwa durch ein Wegstoßen des Arztes zu artikulieren.²⁵²

²⁴⁵ Hähnel, „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“, 58f.

²⁴⁶ Grüny, „Zwischen Aspirin und Aglodizee“, 99.

²⁴⁷ ebd.

²⁴⁸ vgl. Claudia Bozzaro, „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 29.

²⁴⁹ vgl. Grüny, „Zwischen Aspirin und Aglodizee“, 99f.

²⁵⁰ vgl. ebd. 97f.

²⁵¹ Hähnel, „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“, 41.

²⁵² vgl. ebd. 41.

Im Übrigen ist am Ertragen von Schmerz nach dem aktuellen medizinischen Stand nichts Gutes. Es kann mitunter Gutes bewirken, weil es ein Gefühl der Vorsicht bei ähnlichen Situationen entstehen lässt²⁵³, wie zum Beispiel bei einem Kind, das auf die Herdplatte greift und sich das nächste Mal, wenn es daran denkt, seine Hand auf die Platte zu legen, daran erinnert. Oder aber bei einem erwachsenen Extremsportler, den der Schmerz davor warnt, seinen Körper weiter zu instrumentalisieren.²⁵⁴ Gleichzeitig warnt einen der Schmerz aber genauso gut vor Handlungen, die gut für einen wären. C. Grüny schreibt:

„Medizinisch ist das Ertragen von Schmerz dysfunktional, denn die Chronifizierungsrate ist erschreckend hoch. [...] Der Schmerz bringt frisch Operierte dazu, sich mehr zu schonen, als sie sollten, Rückenranke dazu, Haltungen einzunehmen, sie ihr Problem verschlimmern, nimmt den ganzen Körper in Beschlag und verzögert so den Heilungsprozess und neigt darüber hinaus dazu, sich von den ursprünglichen Ursachen abzukoppeln und eine gefährliche Eigendynamik zu entwickeln.“²⁵⁵

Den Schmerz als etwas Positives zu sehen – oder wie in früheren Zeiten leider geschehen als Erziehungsmaßnahme –, weil man etwas daraus lernen kann, wäre also gänzlich falsch, denn wenn man die genannten Beispiele genauer betrachtet, schützt der Schmerz im Beispiel des kleinen Kindes oder des Sportlers zufällig. Genauso gut könnte er dem Kind beigebracht haben, dass es nie wieder zum Zahnarzt gehen soll oder dem Sportler, dass er besser nicht mehr trainiert, weil er sich nachts verlegen hat und sein Rücken schmerzt.

Diese Feststellung, dass die Erfahrung des Schmerzes negativ ist, auch wenn etwas Positives daraus entstehen könnte, trifft auf Leid genauso zu. Auch wenn man eines Tages auf das eigene Leben zurückblickt, und doch ganz froh ist, dass alles so gekommen ist, wie es kam, heißt das nicht, dass zum Leben gehörende Leiderfahrungen, wie der Verlust eines geliebten Menschen oder Krankheit per se gut sind, sondern, dass es der Person gelungen ist, eine versöhnliche Haltung diesbezüglich einzunehmen. Trotzdem bleiben die einzelnen leidvollen Erfahrungen Teil von etwas, das so nicht sein sollte, was sich etwa im Schöpfungsmythos von Christentum und Judentum zeigt: Einmal gab es das Leid

²⁵³ vgl. Volker Caysa, „Vom Recht des Schmerzes“, in *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper - Bioethische und ästhetische Aufrisse*, hg. von Johann S. Ach und Arnd Pollmann (Bielefeld: transcript, 2006), 299.

²⁵⁴ vgl. ebd. 298.

²⁵⁵ Grüny, „Zwischen Aspirin und Aglodizee“, 95f.

nicht und einmal wird es eine Art allgemeinen Trost beziehungsweise eine Versöhnung geben.²⁵⁶

In den folgenden Ausführungen soll es nun also darum gehen, was der Begriff Leid bedeutet und was ihn vom Wort Schmerz unterscheidet.

3.1.2 Leid

Wie bereits gesagt hängen Leid und Schmerz zusammen, sind aber keine Synonyme. Vereinfacht gesprochen ist Schmerz eine potentielle Grundlage von Leid, muss es aber nicht zwangsläufig sein. So wird etwa kaum jemand beim Schmerz, der zum Beispiel durch einen Bienenstich verursacht wurde, von Leid sprechen. C. Horn erläutert diesen Zusammenhang folgendermaßen:

„Leid ist das physische und psychische Übel, das schmerzempfindenden u. leidensfähigen Lebewesen, besonders Menschen, widerfährt. Im Unterschied zum einzelfallbezogenen u. primär körperlichen Schmerzbegriff bedeutet L[eid] den Inbegriff aller negativen menschlichen Widerfahrnisse. Zentrale L[eid]erfahrungen sind: Mißerfolg u. Scheitern in Beziehungen oder im Beruf, Schicksalsschläge, Krankheit, Körperverletzung, soziale Isolation, politische Unfreiheit, ökonomischer Mangel, Demütigung, Benachteiligung u. Unterprivilegierung.“²⁵⁷

Dass Schmerz nicht unbedingt körperlich sein muss und es so etwas wie rein körperlichen Schmerz nicht gibt, wurde mittels der Schmerzdefinition der ISAP gezeigt. C. Horn umgeht diese Problematik, indem er *primär* körperlich schreibt. Zusammenfassend kann man die Aussage des Zitates folgendermaßen darstellen: Leid ist größer, mehrdimensionaler als Schmerz.

Allerdings findet sich eine nicht unwesentliche Ungenauigkeit in der zitierten Passage: Leid widerfährt *besonders* Menschen. Nachdem die Naturwissenschaften herausgefunden haben, dass Tiere definitiv Schmerzen spüren, bleibt die Frage, ob sie tatsächlich auch leiden. Wie diese Frage zu beantworten ist, hängt von dem jeweiligen Leidverständnis ab. C. Bozarro schreibt in ihrem Beitrag „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“:

²⁵⁶ vgl. Erich Zenger, Hrsg., *Stuttgarter Altes Testament. Einheitsübersetzung mit Kommentar und Lexikon*, 3. durchgesehene Auflage (Stuttgart: Katholisches Bibelwerk, 2005), 1889 f. [Leiden] und 1903 [Paradies].

²⁵⁷ Christoph Horn, „Leid“, in *Lexikon der Ethik*, hg. von Otfried Höffe, Beck'sche Reihe (München: C. H. Beck, 2008), 179.

„Menschen sind nicht lediglich Natur-, sondern ebenso Kulturwesen und sie wissen, anders als Tiere, dass theoretisch die Möglichkeit des Nicht-Leidens besteht.“²⁵⁸

Hier wird gesagt, dass das menschliche Bewusstsein menschliches Leiden in besonderem Maße auszeichnet. Da die Autorin die Begriffe Schmerz und Leid aber synonym verwendet, ist nicht gesagt, dass Tiere nicht leiden, sondern dass Menschen es in besonderer Weise tun, weil sie ein Vorstellungsvermögen haben, dass sie eine Welt imaginieren lässt, in der das Leid nicht da ist. M. Hähnel's Unterscheidung würde allerdings den Begriff Leid allein dem Menschen zuschreiben:

„Zwar *erleiden* Mensch und Tier aufgrund ihrer Sensibilität, die im Grunde genommen nichts Aktives darstellt, die Empfindung des Schmerzes, allerdings ist nur der Mensch dazu disponiert, sich zu diesem erlittenen Schmerz, auch in seiner chronifizierten Erscheinungsform, aktiv zu verhalten. Die Frage nach dem Leid und seiner Vermeidung ist daher zumeist auf höherstufige Wünsche bezogen, die nur der Mensch äußern kann. Zwar krümmen sich Mensch und Tier auf gleiche Weise vor Schmerz, jedoch weiß der Mensch – neben der Tatsache, dass er gegebenenfalls das nächste Mal versuchen wird, die Quelle des Schmerzes zu umgehen –, dass die Schmerzen eine *Bedeutung* haben können, die über die reine Schmerzempfindung hinausgeht. Diese Bedeutung kann sogar überaus wichtig für das persönliche Leben sein.“²⁵⁹

So verstanden käme Leid ausschließlich dem Menschen zu, jedoch bliebe die Frage, wie dann die Beobachtung einzuordnen wäre, dass Tiere auch trauern, wenn sie zum Beispiel ihre Jungen verlieren. Diese Frage zu klären würde jedoch den Rahmen der Arbeit sprengen und ist für die Fragestellung unwesentlich.

Der Aufsatz von C. Bozzaro jedoch bietet noch einige interessante Aspekte, wenngleich auch – wie schon gesagt – die Verwendung der Begriffe Leid und Schmerz etwas ungenau ist. Sie geht in Anlehnung an E. Angehrn davon aus, dass leidvolle Erfahrungen drei gemeinsame Merkmale haben: Passivität, Negativität und Reflexivität.²⁶⁰

Passivität meint, dass diese Erfahrungen Menschen zustoßen, weil es zu unseren anthropologischen Grundkonstanten gehört, verletzlich zu sein. Dieser Möglichkeit stehen wir ohnmächtig gegenüber, denn selbst wenn man Risiken aus dem Weg gehen kann, so ist doch niemand davor gefeit, zum Beispiel eine Krebserkrankung zu bekommen. Negativität bedeutet, dass der Zustand des Leidens als nicht erstrebenswert betrachtet wird. Reflexivität kommt speziell dem menschlichen Leiden zu. Es bezeichnet

²⁵⁸ Bozzaro, „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“, 29.

²⁵⁹ Hähnel, „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“, 59.

²⁶⁰ vgl. Bozzaro, „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“, 23.

die Möglichkeit, mittels Leiden zum Nachdenken zu kommen, sich Fragen zu stellen, die man sich sonst wahrscheinlich nicht gestellt hätte. Dieser Aspekt ist jener, den Philosophen und Philosophinnen, Literaten und Literatinnen, Künstler und Künstlerinnen mitunter suchen, um eine Quelle der Inspiration darin zu finden. In Anlehnung an Max Scheler kann im Leiden eine gewisse Transzendenzerfahrung gemacht werden, die dem Menschen einen Erkenntnisgewinn über das Wesen der Dinge ermöglicht.²⁶¹ C. Bozzaro charakterisiert diese Reflexivität folgendermaßen:

„Die spezielle Form des menschlichen Leidens ist in der Unterscheidung zwischen Möglichem und Wirklichem begründet. Der leidende Mensch erlebt nicht nur etwas Negatives, vielmehr erleidet er etwas [,] was er als Nicht-sein-Sollendes beurteilt. Er kann ein solches Urteil fällen [,] weil er weiß, dass dieses negative Erlebnis ebenso gut hätte nicht eintreten können. Der leidende Mensch weiß, anders als das leidende Tier, dass prinzipiell die Möglichkeit eines wenigstens zeitweise leidfreien Lebens denkbar ist, und kann daher nicht umhin, die Frage nach dem Wozu des Leidens zu stellen.“²⁶²

Dem Menschen ist also ein eigentümlicher Drang inne, das Leiden zu deuten, ihm einen Sinn zu verleihen, der der Erfahrung einen Platz im Leben als Ganzes zuweist. Misslingt dies, kann dieser Umstand einerseits – wie bei der alttestamentlichen Figur des Ijob – als Erkenntnisgrenze angenommen werden.²⁶³ Gläubigen Menschen bleibt hier die Möglichkeit, ein gewisses Getragensein zu antizipieren. Oder aber der Versuch, zu einer Antwort zu kommen, und sei es auch die, dass man es nicht wissen kann, misslingt, was wiederum Quelle neuen Leidens wird, möglicherweise endend in dem Zustand der Verzweiflung als Situation umfassender Sinnlosigkeit.²⁶⁴

Versucht man Leid und Schmerz gegeneinander abzugrenzen, so ist neben philosophischen-theologischen Aspekten, die bislang behandelt worden sind, noch ein weiterer von Relevanz, nämlich der sprachliche. In Bezug auf Schmerz wurde ja festgestellt, dass dieser nicht von anderen nachgeföhlt werden kann, weil Schmerz immer einen Aspekt aufweist, der sich der Versprachlichung entzieht. Bei Leid stellt sich die Situation nach G. Maio etwas anders dar:

„Der Schmerz entzieht sich der Kommunikation, wie es das Leid nicht tut. Leid kann man versuchen, zu erklären, man kann Gründe für es angeben, es rationalisieren; der Schmerz dagegen ist so fundamental, dass man ihn nur schwer in Worte kleiden kann.

²⁶¹ vgl. ebd. 24–26.

²⁶² ebd. 24.

²⁶³ vgl. Zenger, Stuttgarter Altes Testament. Einheitsübersetzung mit Kommentar und Lexikon, 991.

²⁶⁴ vgl. Bozzaro, „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“, 25.

Man kann ihn umschrieben, aber zu fassen bekommt man ihn nicht. Schmerzen zu haben macht somit schon dadurch einsam, dass man nicht viel darüber sagen kann.“²⁶⁵

Über Leid kann also in anderer Weise gesprochen werden als über Schmerz. Ein berühmtes Beispiel der Versprachlichung von Leiderfahrungen sind in der christlich-jüdischen Tradition die Klagelieder aus dem Buch Jeremia, auch Threni genannt.²⁶⁶ Aber auch die Klagepsalmen des Alten Testaments sind Beispiele für die Versprachlichung von Leiderfahrungen. Darin wird durch eine Sprache der Trauer Leid als Gottferne artikuliert, die gleichzeitig Anlass zu einer Gottsuche ist.²⁶⁷

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass Leid eine umfassende, erschütternde Erfahrung der menschlichen Person ist, die durch dem Körper zugefügten Schmerz entstehen kann, aber nicht zwangsläufig mit diesem zusammenhängen muss. Für das Thema *Human Enhancement in der Medizinethik* spielen verschiedene Aspekte des Leidens eine Rolle: Zum einen kann eine Person sich zum Beispiel erhoffen, das Leiden an Unterprivilegierung aufgrund stigmatisierter Körpermerkmale durch Enhancement-Maßnahmen auszugleichen. Dass dies ethisch höchst problematisch ist, wurde im ersten Kapitel der Arbeit bereits festgestellt (vgl. Kap. 1.2.4). Zum anderen kann eine Person Enhancement anstreben, weil sie gewisse Fähigkeiten verbessern möchte, die an die Funktionsweise irgendeines Teiles ihres Körpers gebunden sind. Hierzu würde zum Beispiel die Einnahme leistungssteigernder Mittel für bessere akademische Ergebnisse zählen. Im Kontext von Enhancement geht es also um Leid, das in irgendeiner Weise mit dem Körper in Zusammenhang steht, weshalb die Medizin in ihrer Zuständigkeit adressiert wird. Die Begriffe Körper und Leib und die damit in Zusammenhang stehende Erfahrung der Leiblichkeit sollen daher im Weiteren geklärt werden.

3.1.3 Körper und Leib

Körper ist ein materiell gedachter Begriff. E. Alloa und N. Depraz definieren in der Interpretation des Leibverständnisses Husserls den Körper folgendermaßen:

„Anders als der Körper (von lat. *corpus*), der in all seinen Dimensionen objektiv feststellbar ist (das Englische *corpse* zeigt hier den höchsten Steigerungsgrad des

²⁶⁵ Maio, „Der Schmerz als Widerfahrnis“, 172.

²⁶⁶ vgl. etwa Antje Labahn, „Trauern Als Bewältigung Der Vergangenheit Zur Gestaltung Der Zukunft. Bemerkungen Zur Anthropologischen Theologie Der Klagelieder“, *Vetus Testamentum* Jg. 52, Nr. 4 (1. Oktober 2002), 513–27, <https://doi.org/10.1163/156853302320764834>.

²⁶⁷ vgl. Zenger, *Stuttgarter Altes Testament. Einheitsübersetzung mit Kommentar und Lexikon*, 1886.

festgestellten, reglosen Dings dar) verweise der *Leib* (vom mhd. *lîp*, das noch ununterschieden Leib und Leben bezeichnet) allgemein auf lebendige Erfahrung. Im Unterschied zu allen anderen Körpern, auf die ich einwirken kann, die ich verändern und bewegen kann, wirke ich durch meinen Leib: Ihm verdanke ich meine Bewegungen, kraft derer ich mich zu meiner Umwelt in Beziehung setze und durch die ich meine Umwelt verändere.“²⁶⁸

Gleichzeitig ist der belebte Körper eines Menschen niemals nur ein Objekt, er ist immer jemandes Körper, den jemand *hat*. Damit ist er anders als alle anderen Objekte.²⁶⁹ Der Leib ist aber mehr als das, und auch mehr als die Unterscheidung zwischen physisch und psychisch.²⁷⁰ S. Geniusas formuliert, ebenfalls von E. Husserl kommend, pointiert:

„Jeder von uns hat eine Beziehung zu seinem Leib auf einer präreflexiven Ebene der unmittelbaren Erfahrung. Auf dieser grundlegenden Erfahrungsebene muss der Leib als das Körper-Subjekt verstanden werden. Er wird noch nicht als eine Art Objekt angesehen; er wird vielmehr als Gefühlshaber und als das Wahrnehmungsorgan des erfahrenden Bewusstseins verstanden. Der Leib fühlt Schmerzen und Sinnesfreuden, Wärme und Kälte, Kitzeln und Reizungen; der Leib ist der *Orientierungs-Nullpunkt*, das *absolute Hier*, von dem aus das Schauspiel der Welt verfolgt wird. Der Leib ist noch dazu das Organ des Wissens und der freien Bewegung – er hat ‘kinästhetische Gefühle’ d.h. das Bewusstsein seiner eigenen Bewegungen. Auf dieser wesentlich prä-reflexiven und prä-objektiven Erfahrungsebene habe ich keinen Leib; ich *bin* vielmehr der Leib.“²⁷¹

Wenn ein Mensch nun Schmerzen empfindet, so entsteht ein Gefühl der Verfremdung, ein Gefühl, als wäre er ein Subjekt getrennt vom Leib und dieser wäre der Feind des Selbst. Verbalisiert wird dies mit den Worten, dass man denkt, der Körper sei gegen einen. Es ist ein Zustand des Fehlens von Verlässlichkeit des Leibes und damit eine Verfremdungs- und Entfremdungserfahrung, die vor allem chronische Schmerzpatienten und Patientinnen machen.²⁷² Der Körper wird für diese Menschen eine Art Gefängnis, ein Hindernis, er wird abgelehnt. Besonders ist das der Fall, wenn der ganze Körper schmerzt, wie etwa bei der Erkrankung Fibromyalgie oder auch einfach, wenn schmerzhaft Abnützungen durch das Alter entstanden sind.²⁷³

²⁶⁸ Emmanuel Alloa und Natalie Depraz, „Edmund Husserl – ‚Ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding‘“, in *Leiblichkeit*, hg. von Emmanuel Alloa u. a., Bd. 3633, UTB (Tübingen: Mohr Siebeck, 2012), 11f.

²⁶⁹ vgl. Saulius Geniusas, „Phänomenologie chronischen Schmerzes“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 184.

²⁷⁰ vgl. Emmanuel Alloa u. a., „Leiblichkeit. Einleitung“, in *Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts*, hg. von Emmanuel Alloa u. a., Bd. 3633, UTB (Tübingen: Mohr Siebeck, 2012), 2.

²⁷¹ Geniusas, „Phänomenologie chronischen Schmerzes“, 184.

²⁷² vgl. ebd.

²⁷³ vgl. Bozzaro, „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“, 17.

Es ist also der Leib, der verletzt wird, niemals *nur* der Körper, weil es so etwas wie ausschließliche Körperwahrnehmung nicht geben kann. Um diesen wahrzunehmen, braucht es ja immer schon das, was in dieser philosophischen Denkart *Leib* heißt. Eine äußere Verletzung trifft also immer die Person als Ganzes, nicht nur einen Fuß oder eine Hand.²⁷⁴

Den Ausdruck *die Person als Ganzes* kann man allerdings so nicht stehen lassen. Wo genau soll nun diese Person sein? Da die bisherige Unterscheidung zwischen Körper und Leib – wenn auch bereits durch Sekundärliteratur aufbereitet – auf der Philosophie Husserls beruht, macht es Sinn, diese Frage auch an ihn zu stellen, wohl wissend, dass es philosophiegeschichtlich viele verschiedene Theorien zu Person gibt. Man könnte etwa auch bei M. Scheler oder H. Plessner nachsehen, die ebenfalls eine philosophische Theorie zu Leib, Körper und Person aufstellten.²⁷⁵

Person ist bei Husserl ein sehr komplexer Begriff, über den man ganze Bücher schreiben könnte. Da er aber für das Thema dieser Arbeit nicht von zentraler Relevanz ist, soll er nur kurz umrissen werden. Person existiert bei Husserl im Vollzug. Sie ist somit nicht etwas, das dem Leib hinzukommt und das von diesem getrennt werden könnte, sondern in allen Akten eines Leibes drückt sich so etwas wie ein persönlicher Habitus aus. E. Husserl schreibt:

„Die Menschen-Auffassung, die Auffassung dieser Person da, die tanzt und vergnügt lacht und plaudert oder mit mir wissenschaftlich diskutiert usw., ist nicht Auffassung eines an den Leib gehefteten Geistigen sondern die Auffassung von etwas, das sich durch das Medium der Körpererscheinung vollzieht.“²⁷⁶

Husserls Verständnis von Person ist somit eines, das ganzheitlicher nicht sein könnte, im Unterschied zu dem von Descartes definierten Dualismus von Körper und Geist, wengleich Husserl selbst in Descartes Werken tiefgreifende Inspiration fand.²⁷⁷ Person sein heißt gerafft nicht weniger als:

²⁷⁴ vgl. Heil, „Die dialogische Verletzbarkeit des Menschen“, 135f.

²⁷⁵ vgl. etwa Volker Schürmann, „Max Scheler und Helmuth Plessner – Leiblichkeit in der Philosophischen Anthropologie“, in *Leiblichkeit*, hg. von Emmanuel Alloa u. a., Bd. 3633, UTB (Tübingen: Mohr Siebeck, 2012), 207–23.

²⁷⁶ Edmund Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, hg. von Marly Biemel, Bd. IV, Husserliana (Dordrecht: Springer, 1971), 240. zit. nach: Alloa und Depraz, „Edmund Husserl – ‚Ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding‘“, 17.

²⁷⁷ vgl. Alloa und Depraz, „Edmund Husserl – ‚Ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding‘“, 8.

„[...] ein freies Subjekt verschiedener kognitiver, emotiver und praktischer Handlungen zu sein, sowie auch das Subjekt einer einzigartigen Geschichte zu sein, auf der die einzigartige Beziehung des Subjekts mit der es umgebenden Welt basiert.“²⁷⁸

Der Schmerz, besonders der lang anhaltende, dringt in diese Einheit ein und stört sie. Dadurch führt er zu eben jener genannten Verfremdungserfahrung, die den eigenen Körper auf einmal als etwas dem Selbst Gegenüberstehendes, ja sogar feindlich Gesonnenes erscheinen lässt.²⁷⁹ Daraus resultiert eine ethische Forderung für Mediziner und Medizinerinnen im Umgang mit Schmerz, nämlich Schmerzen ernst zu nehmen und mit deren Artikulation sorgsam und feinfühlig umzugehen. Wie der aktuelle Umgang mit Schmerz in der Medizinethik aussieht, soll in den folgenden Ausführungen näher beleuchtet werden.

²⁷⁸ Geniusas, „Phänomenologie chronischen Schmerzes“, 183.

²⁷⁹ vgl. ebd. 183f.

3.2 Zum aktuellen Umgang mit Schmerz in der Medizin

„Menschen mit Schmerzen erwarten medizinische Hilfe; die Medizin wendet sich den Hilfesuchenden mit diagnostischen und therapeutischen Angeboten zu.“²⁸⁰

Schmerzbekämpfung ist ein zentrales Ziel in der Medizin, das am Anfang der Therapie steht.²⁸¹ Dabei werden jedoch unterschiedliche Schmerzen unterschiedlich bewertet, und je nachdem auch verschieden therapiert. Akute Schmerzen haben eine Warnfunktion, beispielsweise, wenn man sich den Fuß bricht. Sie deuten auf eine Verletzung hin, die behandelt werden sollte und sind lebensnotwendig, was sich bei Patienten und Patientinnen mit einer sogenannten kongenitalen Analgesie zeigt. Sie haben eine geringe Lebenserwartung, weil sie jenen akuten Schmerz nicht spüren, der Körper aber gleichermaßen mit Entzündungen, Blutaustritt, etc. darauf reagiert.²⁸²

Der Umgang mit dieser Art von Schmerz ist medizinethisch weitestgehend unumstritten: Es werden Schmerzmittel gegeben und der gebrochene Knochen wird gerichtet. Diese Reihenfolge ist nicht willkürlich, sondern gehört zu den anerkannten Prinzipien der Schmerztherapie. Im „Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie“ von E. Beubler heißt es:

„Schmerzen, die durch traumatische Ereignisse entstanden sind, sollten *so früh wie möglich* und mit sofort wirksamen Maßnahmen gestoppt werden – diagnostische Verfahren sind jedenfalls hinten zu stellen. Schmerzen, die sich im Verlaufe von Erkrankungen langsam entwickeln, sind ebenfalls *so früh wie möglich* zu unterbinden. Das erfordert in jedem Fall auch die Aufklärung des Patienten, um falsches Heldentum zu verhindern; Schmerzen sind für den Krankheitsverlauf *schädlich* und *können* und *müssen verhindert werden*.“²⁸³

Die Intensität des Schmerzes wird mittels verschiedener Skalen, von einer verbalen Skala bis einer Smiley-Skala für Kinder festgestellt. Dann erfolgt eine genau überwachte medikamentöse Schmerztherapie, die nach einem bestimmten, von der WHO festgelegten Stufenplan zu erfolgen hat.²⁸⁴ Begonnen wird mit Nicht-Opioiden, ein nächster Schritt

²⁸⁰ Marcus Schiltenswolf, „Schmerz und Medikalisation“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 241.

²⁸¹ vgl. Beck, *Hippokrates am Scheideweg*, 130.

²⁸² vgl. Lisa Tambornino, *Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände*, Bd. 6, Studien zu Wissenschaft und Ethik (Berlin: DE GRUYTER, 2013), 39.

²⁸³ Eckhard Beubler, *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie: Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten* (Wien, New York: Springer-Verlag, 2016), 6.

²⁸⁴ vgl. ebd.

sind schwache Opioide und wenn dadurch auch nicht weitestgehend Schmerzfremheit hergestellt werden kann, werden starke Opioide gegeben. Weiters ist die orale Einnahme einer intravenösen Gabe vorzuziehen, wobei hier auch moderne Analgetika-Pflaster in Frage kommen. Zwischen den Einnahmezeiten, die genau eingehalten werden sollen, sollten keine Schmerzen bestehen.²⁸⁵

Bei chronischen Schmerzen, vor allem bei solchen, die keine deutliche erkennbare äußere Ursache haben, wird die Begutachtung zu einem komplexen Problemfeld, insbesondere dann, wenn Versicherungsleistungen daran geknüpft sind. Schließlich kann man nicht einfach Opioide auf Dauer verschreiben oder einen vorzeitigen Ruhestand genehmigen, wenn sich jemand auf der Schmerzskala verbal der höchsten Stufe zuordnet. L. Tambornino schreibt in ihrer umfassenden Untersuchung zum Thema Schmerz:

„Schmerzen nehmen eine wichtige Rolle in der Öffentlichkeit ein, sie stellen ein zentrales Moment bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen und anderen lebensverbessernden Maßnahmen dar. Finanzielle Leistungen stehen nur begrenzt zur Verfügung, weshalb eine gerechte Verteilung der Ressourcen dringend geboten ist, wobei diejenigen, die durch ihren Schmerz am stärksten in ihrem Leben beeinträchtigt sind, auch die größte Hilfeleistung erfahren sollten.

Zwei Begutachtungsmöglichkeiten wurden diskutiert: erstens die Begutachtung auf Grundlage von Schmerzverhalten und zweitens die Begutachtung mittels neurowissenschaftlicher Untersuchungsmethoden.“²⁸⁶

Um zu begutachten wird sogenanntes Schmerzverhalten beobachtet, immer mit der Möglichkeit, dass man eine Vortäuschung niemals ganz ausschließen kann. Entgegen kontemporärer Annahmen ist eine neurowissenschaftliche Untersuchungsmethode, aufgrund derer man einen bestimmten Grad an Schmerzen sicher messen könnte, ebenfalls nicht möglich.²⁸⁷

Schmerzverhalten zeigt sich in motorischen Reaktionen auf den Schmerz, beispielsweise in einer Schonhaltung. Weiters wird im jeweils erlernten kulturellen Kontexte eine sprachliche Artikulation gewählt, eventuell mithilfe von allgemein bekannten Metaphern, wie zum Beispiel der des Feuers (es brennt). Zudem werden Schmerzlaute artikuliert, die unwillkürlich sind und darauf hindeuten, dass der Schmerz ein gewisses Maß überschritten hat. All diese Regungen sind von außen beobachtbar

²⁸⁵ vgl. ebd. 10.

²⁸⁶ Tambornino, *Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände*, 182.

²⁸⁷ vgl. ebd.

und ermöglichen es somit, zu verstehen, dass eine Person Schmerzen hat.²⁸⁸ In der Praxis wird, wenn es zum Beispiel um die Begutachtung durch eine Versicherung geht, anhand bestimmter Kriterien untersucht, ob es Anzeichen auf Simulation gibt. Diese werden vermutet, wenn:

„[...] eine deutliche Diskrepanz zwischen den berichteten Belastungen oder Behinderungen und objektiven Befunden besteht, wenn der Proband einen Mangel an Kooperation bei den diagnostischen Untersuchungen und den medizinischen Handlungsmaßnahmen zeigt und wenn er die Kriterien für eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung erfüllt.“²⁸⁹

Mittels eigens entwickelter Fragebögen versucht man zudem über die sprachliche Ebene hinter einen Simulationsversuch zu kommen. Hier wird auf widersprüchliche Angaben sowie auf bestimmte Antworttendenzen und Persönlichkeitsauffälligkeiten geachtet.²⁹⁰

Derartige Praktiken sind ethisch bedenklich, da erstens die Infragestellung der Schmerzen einer Person zu einer persönlichen Kränkung führen kann und zweitens, da ein Mensch, der offenbar lieber all diese Amtswege, persönliche Befragungen bis hin zu finanziellen Nachteilen einhergehend mit gesellschaftlicher Stigmatisierung in Kauf nimmt, anstatt einen bestimmten Beruf weiter auszuüben oder Militärdienst zu leisten, mit gravierenden Problemen zu kämpfen hat. Diesen Menschen dazu zu zwingen, der Tätigkeit nachzugehen, für deren Vermeidung er einen so hohen Preis bezahlen würde, widerspräche einem respektvollen Umgang der Menschen untereinander. Außerdem bleibt es eine offene Frage, wie gut er diese Tätigkeit dann ausführt und was für negative Folgen für die mit ihm Arbeitenden oder die von ihm Behandelten beziehungsweise Betreuten entstehen.

Neben dem Umgang mit Schmerz im alltäglichen medizinischen Bereich, ist dieses Thema vor allem in der Palliativmedizin an der Tagesordnung. Wie geht man mit Schmerzen um, die mit Krankheiten verbunden sind, die nicht geheilt werden können? Hierzu gibt es ziemlich genaue Vorgaben, für das ethisch korrekte Verhalten, da sich das Leben mit einer fortschreitenden tödlichen Krankheit durch die Erweiterung der medizinischen Möglichkeiten in den letzten Jahrzehnten stark verändert hat. Hier ist das Ziel, durch Symptomlinderung eine von dem oder der der Betroffenen als lebenswert

²⁸⁸ vgl. ebd. 81f.

²⁸⁹ ebd. 177.

²⁹⁰ vgl. ebd. 178.

empfundene verbleibende Lebenszeit zu ermöglichen. Auch hier greift der Stufenplan der WHO, wobei psychosoziale und eventuell spirituelle Begleitung miteinbezogen werden. In diesem Bereich haben ethische Überlegungen einen besonderen Platz, da aufgrund ethischer Gutachten flächendeckende juristische Entscheidungen getroffen werden, was Ärzte und Ärztinnen wann tun dürfen und was nicht. So gibt es unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten, je nachdem ob der Wert der Dauer Lebenszeit oder der Qualität dieser letzten Tage, Stunden, Wochen im Vordergrund steht.²⁹¹

Wenn der sterbende Mensch immer stärkere Schmerzen hat und der Tod absehbar ist, gibt es in der medizinischen Praxis die sogenannte *palliative Sedierung*, die bisweilen unter dem Streitthema Sterbehilfe kontrovers diskutiert wird. Darunter versteht man, dass der Patient oder die Patientin so starke Medikamente verabreicht bekommt, dass er oder sie einen möglichst schmerzfreien Tod hat, den er oder sie nicht mehr bewusst erlebt. Bei diesbezüglichen Entscheidungen wird versucht, dem Patientenwunsch gemäß zu handeln, den dieser eventuell mittels intermittierender Sedierung immer wieder neu äußern kann.²⁹² Der Tod gilt hier als *Nebenwirkung* und darf nicht Ziel der Behandlung sein. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin eine entsprechende Schmerzbehandlung verweigert, kann das sogar als strafbare Körperverletzung gelten, da die ärztliche Sorgfaltspflicht vernachlässigt wurde.²⁹³

Ein Ende hat dieser Patientenwunsch aber zurzeit noch, wenn die Tötung gewünscht wird. Tötung auf Verlangen und Beihilfe zum Suizid sind in Österreich nach wie vor nicht möglich, wie im Strafgesetzbuch § 77 und § 78 verankert.²⁹⁴ Schweizer Vereine wie zum Beispiel der Verein „Dignitas“ bieten allerdings eine in der Schweiz legale sogenannte Freitodbegleitung an, die auch für Mitglieder anderer Staaten möglich ist, solange die Freitodbegleitung auf Schweizer Grund und Boden geschieht. Somit ist die Rechtslage zu Sterbehilfe in Österreich also keineswegs so eindeutig, wie mitunter durch die Medien kommuniziert. Gerade die ethische Bewertung vom rechten Umgang mit Schmerzen spielt eine wesentliche Rolle im Bereich der Palliativmedizin, wobei aufgrund der starken

²⁹¹ vgl. Bernhard Irrgang und Caris-Petra Heidel, *Medizinethik. Lehrbuch für Mediziner* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2015), 187.

²⁹² vgl. ebd. 191; vgl. Sophie Roggendorf, *Indirekte Sterbehilfe*, Bd. 27, Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Quellen und Studien (Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media, 2011), 110, <https://doi.org/10.1007/978-3-86226-952-5>.

²⁹³ vgl. Roggendorf, *Indirekte Sterbehilfe*, 24.

²⁹⁴ vgl. „Strafgesetzbuch (StGB) - JUSLINE Österreich“, zugegriffen 1. November 2018, <https://www.jusline.at/gesetz/stgb>.

diskursiven Aufladung des Begriffs *Sterbehilfe* dieser in diesem Zusammenhang eine weitere fruchtbare Diskussion eventuell erschwert.

Nicht nur an diesem Umgang mit Schmerz in der Medizin gibt es aber ethische Kritik, sondern auch in anderen Bereichen sind Praktiken dem Wortsinn nach *fragwürdig*. So hat sich mittlerweile eine eigene Schmerzmedizin etabliert, die ein breites Spektrum an Therapiemöglichkeiten anbietet. Weiters gibt es Projekte wie schmerzfreie Krankenhäuser oder gar schmerzfreie Städte, wie bei der schmerzfreien Stadt Münster, was bedeutet, dass ein Pharmakonzern, der Schmerzmedikamente herstellt, fördernd einwirkt.²⁹⁵ Mit einer zunehmendem Medikalisierung in der Medizin existiert – neben der schwer einzuschätzenden Motivation für eine solche Großzügigkeit – in Bezug auf Schmerz eine weitere medizinethische Besonderheit: Die Fähigkeit, mit Alltagsschmerzen umzugehen, sinkt nachweislich.²⁹⁶ Einfache Schmerzempfindungen, die man eben hat, die aber keine Krankheit darstellen – wie etwa Rückenschmerzen, wenn man lange Zeit im Auto gesessen hat – werden zum medizinischen Schmerz, der ein gravierendes Problem darstellt. Medizinethisch betrachtet, schadet die Medizin hier also eigentlich dem Patienten oder der Patientin, wenn auch auf Umwegen, was genau genommen eine Missachtung des Prinzips des Nichtschadens darstellt.²⁹⁷

Rund um diese Schmerzen, und die medizinisch nicht behebbaren, hat sich eine breite Marketingindustrie gebildet. Esoterik, Homöopathie, TCM sind in ihrer Wirkweise schwer überprüfbar, können aber hohe Summen einbringen. So entsteht eine Dynamik aus Angebot und Nachfrage, die mit Heilen und Helfen nicht mehr viel zu tun hat.²⁹⁸ Das hängt auch damit zusammen, dass die psychosozialen Faktoren von Schmerzen in der Schulmedizin mitunter nicht beachtet werden, sodass eine Diagnose erschwert wird. M. Schiltenswolf schreibt:

„Denn der stärkste Prädiktor für erstmalige Rückenschmerzen ist nicht in schlummernden körperlichen Bedingungen zu finden, sondern in neu auftretender Depressivität und über alle Kulturen hinweg sind Rückenschmerzen eng mit Depression und Angst verbunden. [...] Und chronische (Rücken-)Schmerzen sind oft mit einer Vielzahl weiterer Körperbeschwerden verbunden und zeigen damit oft gar kein fokales Störungsproblem der Wirbelsäule mehr an, sondern stehen als Symptom

²⁹⁵ vgl. Schiltenswolf, „Schmerz und Medikalisierung“, 237f.

²⁹⁶ vgl. ebd. 245.

²⁹⁷ vgl. ebd.

²⁹⁸ vgl. ebd. 236.

für eine generalisierte Stress- und Überforderungsproblematik und deren unzureichende Regulationsmöglichkeiten.“²⁹⁹

Das heißt nun nicht, dass Schmerzpatienten und Patientinnen zwangsläufig psychische Probleme haben, sondern vielmehr, dass ein ganzheitlicher Blick lohnenswert ist, vor allem, wenn es scheinbar keine Ursache für die Schmerzen gibt. Ein weiteres Plädoyer für eine solche Betrachtungsweise wäre der Umstand, dass Schmerz sich unter bestimmten sozialen Bedingungen verstärken kann, obwohl der eigentliche Gewebeschaden, wenn einer vorliegt, immer noch derselbe ist. So ist es erwiesen, dass die Erfahrung des Ausgeschlossenenseins Menschen körperliche Schmerzen eindrücklicher erleben lässt. Deshalb kann es sein, dass jemand sich an die Medizin wendet, um ein Problem zu lösen, das eigentlich seelsorgliche Betreuung bräuchte.³⁰⁰

Eine besondere Herausforderung im Umgang mit Schmerz stellen jene Eingriffe dar, die in der Arbeit als Human Enhancement behandelt wurden. Schmerz, der so viel Bedeutung für eine Person haben kann, wird generiert, obwohl er eigentlich nicht vorhanden wäre. Auf einmal ist der Mensch im schmerzenden Körper zurückgeworfen auf sich selbst, fühlt seine Verletzlichkeit und damit seine Endlichkeit, obwohl er eigentlich nur etwas ästhetischer sein wollte. Diese Relation scheint etwas unausgeglichen, und ist Anlass für Frustration und Beschwerden in der plastischen Chirurgie.³⁰¹ Daher soll diese Problematik im Folgenden näher beleuchtet werden.

²⁹⁹ ebd. 246.

³⁰⁰ vgl. ebd. 244.

³⁰¹ vgl. Gazar, *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten*, 3.

3.3 Schmerz und Human Enhancement

Human Enhancement wird durch bestimmte kontemporäre gesellschaftliche „Werte wie Jugendlichkeit, Leistungsfähigkeit, Schönheit sowie – körperliche Unversehrtheit“³⁰² und bestimmte medizinische Entwicklungen wie die einer zunehmenden Ökonomisierung³⁰³ erst ermöglicht. Diese Werte stehen aber der Erfahrung des Schmerzes, die zwangsläufig mit solchen Eingriffen verbunden ist, diametral entgegen. Allein bei einfachen Enhancements wie Piercings oder Tätowierungen entsteht Schmerz, bei größeren Eingriffen bleibt er mitunter für länger.

Sieht man sich die genannten Werte, die durch Enhancement verwirklicht werden können, genauer an, so ist unter diesem Gesichtspunkt der Wert der körperlichen Unversehrtheit, der mit Jugendlichkeit einhergeht, besonders interessant. Was bedeutet es, körperlich unversehrt zu sein? Studiert man die Werbebilder auf Seiten von Schönheitskliniken, sieht man ästhetische Körper ohne Wunden und Narben. Sie werden mit Alter, Krankheit, Vulnerabilität assoziiert und können daher nicht mit Leistung und Jugendlichkeit mithalten. Zudem bedeutet jede einzelne Wunde immer Schmerz, auch wenn sie unter Vollnarkose zugefügt wird. Ohne den Trend der Medikalisierung³⁰⁴, bei dem versucht wird, Schmerzen gänzlich auszuschalten, wäre ein solcher Eingriff also gar nicht möglich. Kaum jemand würde sich etwa für eine Mammaaugmentation oder eine Nasenkorrektur unters Messer legen, wenn die Schmerzen tatsächlich empfunden werden könnten. Allerhöchstens könnten sie für lebensnotwendige Operationen in Kauf genommen werden, wie sie es in der Medizingeschichte auch wurden. Auch ohne Vollnarkose hat man Operationen durchgeführt, was für die Betroffenen eine unglaubliche Qual gewesen sein muss und sicher nur im äußersten Notfall in Frage kam. In einem von M. Zimmermann in der medizinischen Fachzeitschrift „Der Schmerz“ veröffentlichten Artikel ist von Kriegsverletzungen, notwendigen Amputationen oder notwendigen Zahnbehandlungen die Rede, für die man sich eine Möglichkeit der Schmerzlinderung überlegen musste.³⁰⁵ So wurden größere plastische Operationen erst

³⁰² Tobias Eichinger, „Behandlungsziel Verstümmelung“, in *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, hg. von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger (Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015), 274.

³⁰³ vgl. dazu Maio, *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*.

³⁰⁴ vgl. dazu Schiltenswolf, „Schmerz und Medikalisierung“.

³⁰⁵ vgl. dazu M. Zimmermann, „Geschichte der Schmerztherapie 1500 bis 1900“, *Der Schmerz* Jg. 21, Nr. 4 (2007), 297–306, <https://doi.org/10.1007/s00482-007-0573-0>.

im 19. Jahrhundert möglich, die allerdings im rekonstruktiven Bereich lagen, keineswegs im ästhetischen. Erste Nasenoperationen wurden etwa bei schwer entstellten Kriegsoptionen durchgeführt und das ästhetische Ergebnis war, soweit durch Illustrationen zu beurteilen, nicht mit dem heutigen vergleichbar.³⁰⁶ Durch die heutige Vollnarkose schläft man einfach ein und erwacht fertig operiert wieder. Dabei können Schmerzmedikamente bereits vor der Narkose während des Schlafens verabreicht werden, sodass die Operation weitestgehend schmerzfrei abläuft.³⁰⁷ Die vorangegangenen Ausführungen haben aber ergeben, dass es gar nicht so einfach ist, zu wissen, ob eine andere Person Schmerzen hat. Das Erkennen von Schmerzen anderer ist eng an verbale und nonverbale Artikulationsmöglichkeiten gebunden, die bei einer Narkose nicht existieren. Daher vermag man auch nicht mit Sicherheit zu sagen, was während einer Operation wirklich in einer Person vorgeht.

Ein anderer Aspekt, der im Kontext des Umgangs mit Schmerz bei Schönheitsoperationen relevant ist, ist die von G. Maio angesprochene Machbarkeitserwartung an die moderne Medizin. Durch eine ökonomisierte Medizin wird der Patient oder die Patientin zum Unternehmer seiner oder ihrer selbst. Man managt sich, mit seinem Körper, formt ihn und hat ihn unter Kontrolle, wie ein erfolgreicher Unternehmer eine Firma leitet.³⁰⁸ Das Bild des dem Schmerz ausgelieferten Individuums, das von diesem existentiell betroffen ist, widerspricht aber dieser Vorstellung eines souveränen Managers. Wie in den bisherigen Ausführungen gezeigt worden ist, wird im Schmerz, vor allem im lange anhaltenden – der eigene Körper zu etwas Fremdem, das man so gar nicht mehr zu kennen scheint. Die Person ist als Ganzes von der Erfahrung betroffen, der Mensch, der Schmerzen hat, krümmt sich, ist klein und in sich zusammengesunken. Die Erfahrung vereinnahmt ihn, bis zu dem Punkt der Sprachlosigkeit, an dem Schmerzen durch unwillkürliche Laute artikuliert werden. Dieses Wesen ist in diesem Moment kein Unternehmer, der autark über sich selbst herrscht, er ist gerade dann, wenn er sich selbst durch Enhancement zu erhöhen versucht, kleiner als zu jedem anderen Zeitpunkt. Dass das so ist, hat wesentlich mit der Erfahrung des Schmerzes, die an solche Praktiken zwangsläufig gekoppelt ist, zu tun.

³⁰⁶ vgl. Günter Maria Lösch, *Plastische Chirurgie – Ästhetik Ethik Geschichte: Kulturgeschichte eines medizinischen Fachgebiets* (Springer-Verlag, 2013), 73f.

³⁰⁷ vgl. Hermann-Alexander Locher, Hans-Raimund Casser und Martin Strohmeier, *Spezielle Schmerztherapie der Halte- und Bewegungsorgane* (Georg Thieme Verlag, 2010), 243.

³⁰⁸ vgl. Maio, „Der Schmerz als Widerfahrnis“, 175.

Noch ein Aspekt, der vor allem in den Ausführungen zum Thema Leid deutlich geworden ist, spielt in der ethischen Diskussion um Enhancement eine wesentliche Rolle. Es wurde festgestellt, dass die Erfahrung von Leid mitunter dazu führt, dass der Mensch sich Fragen stellt, die er sich ohne dieses Leid nicht gestellt hätte und dass es Leiderfahrungen gibt, die durch Schmerz verursacht werden. Dabei ist häufig zu beobachten, dass Menschen sich die Frage der Schuld stellen. Man möchte zum einen eine Ursache für den Schmerz finden³⁰⁹ und man möchte wissen, warum man denn nun Schmerzen hat. Durch ein mechanistisches Körperbild entsteht eine Kontrollierbarkeitserwartung dieser Maschine oder – um das Bild des Unternehmers noch einmal zu bedienen – dieser Firma.³¹⁰ Und auf einmal ist da diese Erfahrung des unkontrollierten Ausgeliefertseins, die Frage nach dem Warum und Wozu und nach dem Schuldigen an dieser Misere. Im Fall von Human Enhancement ist der Schuldige schnell gefunden: Da Patientenautonomie in diesem Bereich besonders groß geschrieben wird, hat man sich ja selbst für diesen Schmerz entschieden. Im Nachhinein kann man dann einen gesellschaftlichen Druck dafür verantwortlich machen, Spott wegen herausstechenden Körpermerkmalen, eine Schönheitsindustrie, die einen verführt hat, aber im Endeffekt wird man sich selbst eine gewisse Teilschuld eingestehen müssen. Daraus resultiert für das Individuum eine schwer zu bewältigende Situation, denn schließlich liegt auch ein gewisser Trost in der Zufälligkeit von Schmerz. Man ist eben nicht selbst dafür verantwortlich, dass man krank wird und ein anderer nicht, es ist einfach so. Bei Schmerz und Leid, das durch Human Enhancement verursacht wurde, ist dieser entlastende Gedanke nicht möglich, sondern man wird in einem langwierigen Prozess lernen müssen, sich selbst zu verzeihen. Dem Trend der Ökonomisierung gemäß werden aber mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für dieses Problem Dienstleistungsangebote entstehen, als Antwort auf eine gegebene Nachfrage.

³⁰⁹ ebd. 173.

³¹⁰ vgl. ebd. 174–76.

4 Conclusio

Die theoretische Hinführung in Kapitel 1 hat augenscheinlich ergeben, dass sich Enhancement nicht präzise von anderen medizinischen Praktiken abgrenzen lässt. Damit unterscheidet sich dieser Begriff aber nicht von anderen philosophisch-ethischen Angrenzungsversuchen, da sprachliche Bezeichnungen eben einen gewissen Interpretationsspielraum haben, sodass sie selten ganz eindeutig zu erklären sind. Diese Erkenntnis führt also nicht weiter.

Was allerdings weiter führt, ist das am deutlichsten im letzten Abschnitt, dem Abschnitt „1.2.4. Enhancement als Pervertierung der Medizin“, zutage tretende Problem, dass Enhancementpraktiken zumindest Realisationen von körperbezogener Diskriminierung sein *können*. Dies zeigt sich darin, dass die vorhandenen Merkmale als nicht *normal* gelten und eine Person dadurch am Entfalten ihres vollen Aktionspotentials in der Gesellschaft hindern. Besonders brisant wird es, wenn es um Merkmale geht, die eine bestimmte ethnische Zugehörigkeit signalisieren. Dann wird es erschwert, der Gesellschaft beizubringen, dass solche Merkmale niemals Grund für einen weniger respektvollen Umgang mit einer Person sein dürfen.

Gleichzeitig ist die Ermöglichung von Enhancement an Kapital gebunden, Kapital wiederum an Bildung, Macht und politische Mitsprache. Das bedeutet, dass jene Menschen, die sich Enhancement ermöglichen können, die sind, die die Möglichkeit haben, auf gesellschaftspolitischer Ebene gegen Diskriminierung anzukämpfen. Diese Tatsache birgt eine gewisse Ironie in sich, denn die Menschen, über die geredet wird, haben die Option, den Grund ihrer Stigmatisierung zu verändern, eben nicht. Dieses Problem könnte gelöst werden, indem für alle Menschen einer Gesellschaft der gleiche Zugang zu Enhancement besteht.

Kapitel 2 beginnt bei dem Genfer Gelöbnis, in dem Gesundheit als zentrale Aufgabe des Arztes oder der Ärztin benannt wird. Durch eine Verknüpfung mit Unterkapitel „1.1.1. Krankheitsbasierte Modelle“ lässt sich rechtfertigen, warum Enhancement auch als Aufgabe eines Arztes oder einer Ärztin betrachtet werden kann, nämlich über C. Boorses Unterscheidung von *disease* und *illness*, die Krankheit am Funktionieren misst. Da Schönheit eine soziale Funktion hat, funktioniert quasi etwas nicht, wenn sie – im Sinne

von *illness* – subjektiv nicht wahrgenommen wird. Somit ist es ethisch rechtfertigbar, dass ein Arzt oder eine Ärztin auch Schönheitschirurgische Eingriffe vornimmt.

Die Eingangsthese, dass es durch Human Enhancement zu einer grundlegenden Veränderung im Verhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin kommt, hat sich durch die Ausführungen in Kapitel 2 nicht bestätigt. Dass es eine Entwicklung dieser Beziehung gibt, ist objektiv feststellbar, da das paternalistische Modell früherer Zeit mit Aufkommen moderner Narkosemöglichkeiten durch ein partnerschaftlich-deliberatives Modell abgelöst wurde, da geklärt werden musste, was mit dem Körper eines Patienten oder einer Patientin während der Narkose getan oder nicht getan werden darf. Durch die vor allem von G. Maio festgestellte zunehmende Ökonomisierung der Medizin³¹¹ entwickelt sich die Beziehung von Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin in Richtung eines vertragsbasierten Dienstleistungsmodells, wie es beliebigen anderen Dienstleistungen auch zugrunde liegt. Gegenstand dieses Modells ist jedoch die menschliche Person, was ein solches Modell ethisch bedenklich macht.

Zu Kapitel 2 soll weiter noch gesagt sein, dass eben nicht Human Enhancement diese Veränderung im geschilderten Verhältnis bewirkte, sondern, dass andere Prozesse dafür verantwortlich waren. Dazu zählen etwa die Weiterentwicklung der Narkose, die Weiterentwicklung der Schmerzmedikation, das moderne Verständnis von grundlegender Freiheit des Individuums in seinen Entscheidungen sowie ein gewisser Wohlstand, der einen Markt potentieller zahlkräftiger Kunden und Kundinnen entstehen lässt.

Für die Entwicklung von Enhancement im Sinne moderner Schönheitschirurgie waren auch nicht, wie man annehmen könnte, luxuriöse Lebensumstände, die tiefergehende Fragen in der Hintergrund stellen, verantwortlich, sondern tatsächlich bildete sich die ästhetische Chirurgie als man versuchte, schwer entstellten Kriegsoptionen wieder ein halbwegs normales Leben zu ermöglichen, wie in Kapitel 3.3. in einem Exkurs gezeigt wurde.

Im dritten Kapitel, „Enhancement und Schmerz in der Medizinethik“, wurde deutlich, dass die Möglichkeiten der modernen Schmerzmedikation die Bereitschaft von Kunden und Kundinnen, Enhancement-Praktiken vornehmen zu lassen, drastisch erhöhen. Erst dieser Aspekt ermöglicht eben die Illusion, man sei Kunde oder Kundin, souverän und

³¹¹ vgl. Maio, *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*.

autonom die eigenen, ganz individuellen Wünsche verfolgend. Wie die Ausführungen gezeigt haben, widerspricht dieser Sichtweise die Tatsache, dass es nicht möglich ist, im Behandlungsverlauf nach einer Operation niemals Schmerzen zu haben. Selbst wenn dies so wäre, bliebe zudem immer noch – bei invasiven Eingriffen – die Zeitspanne der Narkose selbst, in der die Person hilflos, dem Dienstleister oder der Dienstleisterin ganz ausgeliefert ist.

Ein weiterer problematischer Aspekt, der in Kapitel 3 angesprochen wird, ist das mit Enhancement-Praktiken zusammenhängende Bild eines mehr und mehr optimierbaren Körpers, für dessen Optimierungsprozess das Individuum selbst die Verantwortung trägt. Man muss an sich arbeiten, um bessere Chancen im sozialen und ökonomischen Leben zu haben. Das wiederum generiert eine neue Form von Rassismus, der sich nicht auf ethnische Merkmale richtet, sondern auf jene Menschen, die nicht bereit sind, alles Mögliche zu tun, um den bestmöglichen Körper zu haben, vielleicht auch wieder auf jene, die von vornherein benachteiligt sind. Genannt wird dieses Phänomen *Hyperrassismus* als neue Art der Ausgrenzung, auf Basis des Diktats der Ökonomie.³¹²

Zusammengefasst wird unter dem Begriff *Hyperrassismus* also folgendes Phänomen problematisiert:

„[...] eine politische Vision, eine Vision von Perfektion und Effizienz, und zugleich eine Norm, eine Doktrin der Normierung. Effizienz ist ein Wort, das heute alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens durchzieht.“³¹³

Neben dieser sozialpolitischen Erkenntnis bringt Kapitel drei noch eine weitere ethisch fruchtbare Erkenntnis ans Licht: Es wurde beschrieben, dass es keinen Körper *an sich* gibt, sondern alles über die Sinne Erfahrene den *Leib* trifft und somit die ganze Person. Leider kennt das Englische diese Differenzierung nicht, und so tendiert man mitunter dazu, unter *body enhancement* eine Verbesserung des Körpers zu verstehen. Eigentlich müsste man aber im Denken und in der Praxis von einem *Leib-Enhancement*, einem im wahrsten Sinn des Wortes *Human Enhancement*, einem Enhancement des ganzen Menschen ausgehen.³¹⁴ Spätestens dann ist klar, dass kein Arzt und keine Ärztin dies mit welcher Operationsmethode auch immer bewerkstelligen kann. Zu erwarten, dies sei

³¹² vgl. Elisabeth List, *Ethik des Lebendigen* (Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2009), 133f.

³¹³ ebd. 133.

³¹⁴ vgl. Alloa u. a., „Leiblichkeit. Einleitung“, 3.

möglich, ist eine Illusion und kann also nur dazu führen, dass der Mensch im wahrsten Sinne des Wortes *enttäuscht* ist.

Literaturverzeichnis

Quellentexte

- Aristoteles. *Nikomachische Ethik. Buch 6. 10.*, gegenüber der sechsten, durchges., unveränd. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter, 2014. <https://doi.org/10.1524/9783050066318>.
- Deutsche Bibelgesellschaft, Hrsg. *Die Bibel*. Übersetzt von Martin Luther. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft, 2017.
- Husserl, Edmund. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Zweites Buch: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. Herausgegeben von Marly Biemel. Bd. IV. Husserliana. Dordrecht: Springer, 1971.
- Kant, Immanuel. *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Herausgegeben von Wilhelm Weischedel. 20. Aufl. Bd. Werkausgabe Band VII. XII Bde. wissenschaft 56. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 2012.

Sekundärliteratur

- Abele, Andrea E. „Arztberuf. Zwischen Erwartung und Realität“. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 98, Nr. 46 (2001), A 3008-A 3011.
- Ach, Johann S., und Arnd Pollmann. „Einleitung“. In *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper - Bioethische und ästhetische Aufrisse*, herausgegeben von Johann S. Ach und Arnd Pollmann, 9–17. Edition Moderne Postmoderne. Bielefeld: transcript, 2006.
- Alloa, Emmanuel, Thomas Bedorf, Christian Grüny und Nikolaus Klass. „Leiblichkeit. Einleitung“. In *Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts*, herausgegeben von Emmanuel Alloa, Thomas Bedorf, Christian Grüny und Nikolaus Klass, Bd. 3633, 1-4. UTB. Tübingen: Mohr Siebeck, 2012.
- , Hrsg. *Leiblichkeit. Geschichte und Aktualität eines Konzepts*. Bd. 3633. UTB. Mohr Siebeck, 2012.
- Alloa, Emmanuel, und Natalie Depraz. „Edmund Husserl – ‚Ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding‘“. In *Leiblichkeit*, herausgegeben von Emmanuel Alloa, Thomas Bedorf, Christian Grüny und Nikolaus Klass, Bd. 3633, 7–22. UTB. Tübingen: Mohr Siebeck, 2012.
- Ammicht-Quinn, Regina. „Jung, schön, fit – und glücklich?“ In *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004*, herausgegeben von Severin J. Lederhilger, Bd. 11, 72–88. Linzer Philosophisch-Theologische Beiträge. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005.
- Anderson, William French. „Human gene therapy: Why draw a line?“ *The Journal of Medicine and Philosophy* Jg. 14, Nr. 6 (1989), 681–93.

- „Aufklärung über Risiken von Brustimplantaten“. *GesundheitsRecht* Jg. 15, Nr. 6 (2016), 363–67.
- Beck, Matthias. *Hippokrates am Scheideweg*. 2. korrigierte und erweiterte Auflage. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2016.
- Beubler, Eckhard. *Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie: Wirkungen, Nebenwirkungen und Kombinationsmöglichkeiten*. Wien, New York: Springer-Verlag, 2016.
- Birnbacher, Dieter. *Natürlichkeit*. Grundthemen Philosophie. Berlin, New York: De Gruyter, 2006. <https://doi.org/10.1515/9783110193695.toc>.
- Boorse, Christopher. „On the Distinction between Disease and Illness“. *Philosophy & Public Affairs* Jg. 5, Nr. 1 (1975), 49–68.
- Borutta, A. „Ungleichheit in der Mundgesundheit: Herausforderung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. *Prävention und Gesundheitsförderung* Jg. 4, Nr. 2 (2009), 105–12. <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0159-z>.
- Bozzaro, Claudia. „Schmerz und Leid als anthropologische Grundkonstanten“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 13–36. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Caysa, Volker. *Körperutopien. Eine philosophische Anthropologie des Sports*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2003.
- . „Vom Recht des Schmerzes“. In *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper - Bioethische und ästhetische Aufrisse*, herausgegeben von Johann S. Ach und Arnd Pollmann, 295–306. Bielefeld: transcript, 2006.
- Daniels, Norman. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
- Doorley, Karina, und Eva Sierminska. „Myth or fact? The beauty premium across the wage distribution in Germany“. *Economics Letters* Nr. 129 (2015), 29–34.
- Eichholzer, Karoline. „Einfluss von Mammaaugmentation auf die muskuläre Leistungsfähigkeit des M. pectoralis major - Elektromyografische Aktivierungsmuster während dynamischer und isometrischer Maximalkontraktionen, (Magisterarbeit)“. Universität Wien, 2013.
- Eichinger, Tobias. „Behandlungsziel Verstümmelung“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 267–87. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Fenner, Dagmar. *Einführung in die Angewandte Ethik*. Bd. 3364. UTB. Tübingen: A. Francke Verlag, 2010.
- Fuchs, Michael. „Enhancement“. In: *Lexikon der Bioethik*, herausgegeben von Wilhelm Korff u.a., Bd.1, 604f. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 1998.
- Gamm, Gerhard. „Das Selbst und sein Optimum. Selbstverbesserung als das letzte Anliegen der modernen Kultur“. In *Inszenierung und Optimierung des Selbst. Zur Analyse gegenwärtiger Selbsttechnologien*, herausgegeben von Ralf Mayer, Christiane Thompson und Michael Wimmer, 31–53. Wiesbaden: Springer VS, 2013.

- Gazar, Isabelle. *Schönheitsoperationen. Erfolgsaussichten. Risiken und Kosten*. Wien: Verein für Konsumenteninformation, 2003.
- Geniusas, Saulius. „Phänomenologie chronischen Schmerzes“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 169–201. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Gesang, Bernward. *Perfektionierung des Menschen*. Grundthemen Philosophie. Berlin, New York: De Gruyter, 2007. <https://doi.org/10.1515/9783110931150.80>.
- Grüny, Christian. „Zwischen Aspirin und Aglodizee“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 89–111. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Hähnel, Martin. „Empfindungsfähigkeit für die ethische Beurteilung des Schmerzes“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 37–66. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Hamermesh, Daniel S., und Jeff E. Biddle. „Beauty and the labor market“. *American Economic Review* Jg. 84, Nr. 5 (1994), 1174–94.
- Haverkamp, Fritz. „Gesundheitliche Ungleichheit und neue Morbidität“. In *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*, herausgegeben von Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh und Hildegard Mogge-Grotjahn, 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, 479–502. Wiesbaden: Springer VS, 2018.
- Heil, Alexander M. „Die dialogische Verletzbarkeit des Menschen“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 130–43. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Heil, Reinhard. „*Human Enhancement* – Eine Motivsuche bei J.D. Bernal, J.B.S. Haldane und J.S. Huxley“. In *Die Debatte über »Human Enhancement«*. Historische, philosophische und ethische Aspekte der technologischen Verbesserung des Menschen, herausgegeben von Christopher Coenen, Stefan Gammel, Reinhard Heil und Andreas Woyke. Science Studies. Bielefeld: transcript, 2010.
- Heilinger, Jan-Christoph. *Anthropologie und Ethik des Enhancements*. Humanprojekt. Berlin, New York: DE GRUYTER, 2010. <https://doi.org/10.1515/9783110223705>.
- Heinrichs, Jan-Hendrik. „Enhancement: Ein Begriff zwischen Definitionshoheiten?“ *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Jg. 21, Nr. 1 (2017), 69–98.
- Hildt, Elisabeth. *Neuroethik*. Bd. 3660. UTB. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2012.
- Höffe, Otfried. „Glück“. in *Lexikon der Ethik*, herausgegeben von Otfried Höffe, 114–118. Beck’sche Reihe. München: C. H. Beck, 2008.
- . „medizinische Ethik“. in *Lexikon der Ethik*, herausgegeben von Otfried Höffe, 192–200. Beck’sche Reihe. München: C. H. Beck, 2008.

- Hoffmann, Martin. „Gibt es eine klare Abgrenzung von Therapie und Enhancement?“ *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Jg. 11 (2006). <https://doi.org/10.1515/9783110186406.201>, 201-221.
- Hoppe, Jörg-Dietrich. „Die Patient-Arzt-Beziehung im 21. Jahrhundert“. In *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, herausgegeben von Christian Katzenmeier und Klaus Bergdolt, 1–7. Heidelberg: Springer-Verlag, 2009.
- Horn, Christoph. „Leid“. in *Lexikon der Ethik*. hg. von Otfried Höffe, 179f. Beck'sche Reihe. München: C. H. Beck, 2008.
- Irrgang, Bernhard, und Caris-Petra Heidel. *Medizinethik. Lehrbuch für Mediziner*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2015.
- Jastrow, Robert. *The Enchanted Loom. Mind in the Universe*. New York: Simon & Schuster, 1983.
- Juengst, Eric T. „Was bedeutet Enhancement?“ In *Enhancement. Die ethische Debatte*, herausgegeben von Bettina Schöne-Seifert und Davinia Talbot, Bd. 16, 25–45. ethica. Paderborn: mentis, 2009.
- Kloiber, Otmar. „Patienten sind keine Kunden“. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 97, Nr. 5 (2000), A-229.
- Labahn, Antje. „Trauern Als Bewältigung Der Vergangenheit Zur Gestaltung Der Zukunft. Bemerkungen Zur Anthropologischen Theologie Der Klagelieder“. *Vetus Testamentum* Jg. 52, Nr. 4 (1. Oktober 2002), 513–27. <https://doi.org/10.1163/156853302320764834>.
- List, Elisabeth. *Ethik des Lebendigen*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2009.
- Locher, Hermann-Alexander, Hans-Raimund Casser, und Martin Strohmeier. *Spezielle Schmerztherapie der Halte- und Bewegungsorgane*. Georg Thieme Verlag, 2010.
- Lösch, Günter Maria. *Plastische Chirurgie – Ästhetik Ethik Geschichte: Kulturgeschichte eines medizinischen Fachgebiets*. Springer-Verlag, 2013.
- Maio, Giovanni. „Der Schmerz als Widerfahrnis“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 169–79. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- . *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Bd. 15. medizinHuman. Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 2014.
- . *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2012.
- Maio, Giovanni, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, Hrsg. *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Mayer, Ralf, und Christiane Thompson. „Inszenierung und Optimierung des Selbst. Eine Einführung“. In *Inszenierung und Optimierung des Selbst. Zur Analyse gegenwärtiger Selbsttechnologien*, herausgegeben von Ralf Mayer, Christiane Thompson und Michael Wimmer, 7–28. Wiesbaden: Springer VS, 2013.
- Mayer-Tasch, Peter Cornelius. *Die Macht der Schönheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-03491-7>.

- Meinberg, Eckhard. *Leistung und Moral. Zur Genealogie einer modernen Leistungsethik*. Pädagogik – SportKultur – Philosophie 1. Berlin: LIT Verlag, 2009.
- Müller-Busch, Hans Christof. „Schmerz und Leid in der Palliativmedizin“. In *Schmerz und Leid. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 288–311. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.
- Neitzke, G. „Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns“. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* Jg. 109, Nr. 1 (2014), 8–12. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0280-9>.
- Nietzsche, Friedrich. *Die fröhliche Wissenschaft. Kritische Studienausgabe*. Herausgegeben von Giorgio Colli und Mazzino Montinari. Bd. 3. München: dtv, 1980.
- Pauer-Studer, Herlinde. *Einführung in die Ethik*. 2. Aufl. Bd. 2350. UTB. Wien: Facultas, 2010.
- Pöltner, Günther. *Grundkurs Medizin-Ethik*. Bd. 2177. UTB für Wissenschaft. Wien: Facultas, 2002.
- Reichenberger, M.A., N. Biedermann und G. Germann. „Ästhetische Mammaaugmentation“. *Der Chirurg* Jg. 82, Nr. 9 (2011), 782–88. <https://doi.org/10.1007/s00104-011-2108-6>.
- Rheinsberg, Zoé, Ramin Parsa-Parsi, Otmar Kloiber, und Urban Wiesing. „Medical Oath: Use and Relevance of the Declaration of Geneva. A Survey of Member Organizations of the World Medical Association (WMA)“. *Medicine, Health Care and Philosophy* Jg. 21, Nr. 2 (Juni 2018), 189–96. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9794-x>.
- Ried, Jens, und Peter Dabrock. „Weder Schöpfer noch Plagiator“. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* Jg. 55, Nr. 3 (2011), 179–91. <https://doi.org/10.14315/ze-2011-55-3-179>.
- Riedler, Katharina. „Historische Betrachtung der Arzt-Patienten-Beziehung mit Blick auf die Aufklärung“. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, Nr. 4 (2013), 10–25.
- Roggendorf, Sophie. *Indirekte Sterbehilfe*. Bd. 27. Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte. Quellen und Studien. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media, 2011. <https://doi.org/10.1007/978-3-86226-952-5>.
- Runkel, Thomas. *Enhancement und Identität. Die Idee einer biomedizinischen Verbesserung des Menschen als normative Herausforderung*. Tübingen: Mohr Siebeck, 2010.
- Saalfrank, Wolf-Thorsten, und Klaus Zierer. *Inklusion*. Bd. 4541. UTB. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh, 2017.
- Sabin, James E., und Norman Daniels. „Determining ‚Medical Necessity‘ in Mental Health Practice“. *The Hastings Center Report* Jg. 24, Nr. 6 (1994), 5–13. <https://doi.org/10.2307/3563458>.
- Schiltenswolf, Marcus. „Schmerz und Medikalisation“. In *Leid und Schmerz. Konzeptionelle Annäherungen und medizinethische Implikationen*, herausgegeben von Giovanni Maio, Claudia Bozzaro und Tobias Eichinger, 232–49. Freiburg, München: Verlag Karl Alber, 2015.

- Schürmann, Volker. „Max Scheler und Helmuth Plessner – Leiblichkeit in der Philosophischen Anthropologie“. In *Leiblichkeit*, herausgegeben von Emmanuel Alloa, Thomas Bedorf, Christian Grüny und Nikolaus Klass, Bd. 3633, 207–23. UTB. Tübingen: Mohr Siebeck, 2012.
- Stock, Christoph. *Die Indikation in der Wunschmedizin. Ein medizinrechtlicher Beitrag zur ethischen Diskussion über „Enhancement“*. Recht & Medizin 97. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009.
- Tambornino, Lisa. *Schmerz. Über die Beziehung physischer und mentaler Zustände*. Bd. 6. Studien zu Wissenschaft und Ethik. Berlin: DE GRUYTER, 2013.
- Uhl, Florian. „Glück als Wohlgefühl und Gutes Leben. Grundlegende Aspekte des gegenwärtigen philosophischen Diskurses über das Glück“. In *Gott, Glück und Gesundheit. Erwartungen an ein gelungenes Leben. 6. Ökumenische Sommerakademie Kremsmünster 2004*, herausgegeben von Severin J. Lederhilger, Bd. 11, 17–31. Linzer Philosophisch-Theologische Beiträge. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2005.
- Unschuld, Paul U. „Der Patient als Leidender und Kunde“. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 103, Nr. 17 (2006), A 1136-9.
- Vogt, Michaela, und Katharina Krenig. „Hochbegabtenförderung aus inklusiver Perspektive - ein Brückenschlag“. In *Begabungsförderung kontrovers? Konzepte im Spiegel der Inklusion*, herausgegeben von Claudia Solzbacher, Gabriele Weigand und Petra Schreiber, 69–84. ^{hoch}begabung und pädagogische praxis. Weinheim und Basel: Beltz, 2015.
- Voigt, Tobias. *Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) im Rechtsverhältnis von Arzt und Patient*. Bd. 12. Kölner Schriften zum Medizinrecht. Heidelberg: Springer, 2013.
- Wallenfels, Matthias. „Im Dienste der Schönheit: Ästhetisch-plastische Eingriffe stehen weiter hoch im Kurs“. *Ärzte-Zeitung*, Nr. 148D (2015), 2.
- Wiesing, Urban, und Dieter Birnbacher. „Neufassung des Genfer Gelöbnisses“. *Ethik in der Medizin* Jg. 30, Nr. 1 (1. März 2018), 71–74. <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0470-3>.
- Zenger, Erich, Hrsg. *Stuttgarter Altes Testament. Einheitsübersetzung mit Kommentar und Lexikon*. 3. durchgesehene Auflage. Stuttgart: Katholisches Bibelwerk, 2005.
- Zimmermann, M. „Geschichte der Schmerztherapie 1500 bis 1900“. *Der Schmerz* Jg. 21, Nr. 4 (2007), 297–306. <https://doi.org/10.1007/s00482-007-0573-0>.

Internetseiten

- „About IASP - IASP“. Zugegriffen 30. Oktober 2018. <http://www.iasp-pain.org/AboutIASP/?navItemNumber=506>.
- „europa-lebenserwartung.pdf“. Zugegriffen 28. Juli 2018. <http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>.
- Loeser, John D., Lars Arendt-Nielsen, Ralf Baron u.a., „Pain Terms. A Current List with Definitions and Notes on Usage“, 2011, zugegriffen am 12. Jänner 2019, <http://s3.amazonaws.com/rdcms->

iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/Classification ofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf.

- „Nachwehen von Peking 2008: 31 Athleten gedopt“. derStandard.at. Zugegriffen 25. Juli 2018. <https://derstandard.at/2000037118004/Nachwehen-von-Peking-31-Athleten-gedopt>.
- OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 20.01.1954. „Rechtssatznummer: RS0038169“. Rechtsinformationssystem der Republik Österreich. Zugegriffen 8. Juli 2018. https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JR_19540120_OGH0002_0010OB00005_5400000_001.
- OGH der Republik Österreich, Gerichtsurteil vom 27.02.2009. Rechtsinformationssystem der Republik Österreich. Zugegriffen 25. August 2018. https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JT_20090227_OGH0002_0060OB00122_07W0000_000.
- „Strafgesetzbuch (StGB) - JUSLINE Österreich“. Zugegriffen 1. November 2018. <https://www.jusline.at/gesetz/stgb>.
- Riffer, Florian, und Martin Schenk. „Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung“. Zugegriffen 29. August 2018. http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf.
- „WHO | Constitution of WHO: principles, unterzeichnet von 61 Staaten 1946, in Kraft getreten 1948“. WHO. Zugegriffen 10. Juli 2018. <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- „WHO | World Health Organization“. Zugegriffen 7. Juli 2018. <http://www.who.int>.

Anhang

Kurzbeschreibung

Die vorliegende Arbeit dient als Abschlussarbeit für das *interdisziplinäre Masterstudium Ethik für Schule und Beruf* an der Universität Wien. Das Thema *Medizinethik und Human Enhancement* wird mittels dreier Großkapitel abgehandelt: Einem Diskursüberblick folgt eine Darstellung der Veränderungen im Verhältnis zwischen Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin durch die Möglichkeiten des Human Enhancement, die in einen Abschnitt über die ethische Bewertung von Schmerz bei entsprechenden Enhancement-Prozeduren mündet.

Im biomedizinischen Bereich werden die Grenzen dessen, was machbar ist, mehr und mehr erweitert. Mit Human Enhancement sind jene Praktiken gemeint, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurden, um den menschlichen Körper nach den individuellen Wünschen des Individuums zu verbessern. Damit einhergehend entstand eine Vielzahl an neuen ethischen Problemen, wie etwa jenes, wer Zugang zu entsprechenden Möglichkeiten hat und wer nicht, auch Allokationsproblematik genannt.

Da Enhancement den Körper betrifft, wird es in vielen Fällen von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt, wodurch es neuer Regelungen für den Umgang mit ausgefallenen Patienten- und Patientinnenwünschen bedarf. Gleichzeitig zeigt sich daran, dass es eine Veränderung in der Definition dessen gab, was Aufgabe von Medizinern und Medizinerinnen ist. Insbesondere der Bereich der ästhetischen Chirurgie funktioniert nach der ökonomischen Dynamik der kapitalistischen Marktwirtschaft: Ärzte und Ärztinnen fungieren als Dienstleister und Dienstleisterinnen, aus Patienten und Patientinnen werden Kunden und Kundinnen, auf eine Nachfrage hin werden Angebote entwickelt.

Eines der ethischen Probleme daran ist, dass der Körper eines Menschen und damit die ganze Person Gegenstand des Dienstleistungsvertrages ist. Schmerz und Leid bis hin zu existentiellen Fragen können auch durch Enhancement-Praktiken entstehen, ungeachtet dessen, dass sich der Kunde oder die Kundin aus freien Stücken dafür entschieden hat. Diese Problematik wird neben den bereits genannten Themen im Rahmen der Arbeit diskutiert.

Abstract

The present master's thesis, which is the final paper for the interdisciplinary master's program *Ethics for school and work*, focuses on the academic discussion about human enhancement. The text is divided into three main chapters: the first one gives an overview of the ethical discussion, the second part is about the development of the relationship between doctor and patient concerning enhancement-practices, the third chapter discusses the problem of pain in medical ethics and its relation to human enhancement.

In the last 30 years the advancements of life enhancing technologies within the biomedical sciences have influenced society. Human enhancement involves practices developed in the last decades that have helped the individual to fulfill various wishes for his or her body. This development generated new ethical questions, as for example the problem of allocation of the resources of the public health system.

Concerning the human body, it is the doctors' responsibility to use life enhancing techniques. Therefore new rules and guidelines need to be created when dealing with extraordinary wishes of patients. Recently the understanding regarding the purpose of a physician's profession has been shifted. Particularly in the field of cosmetic surgery, the rules are governed by a capitalistic market economy. One of the ethical problems resulting from this shift is that procedures concern the human body and therefore the whole person. Pain and suffering result from enhancement-procedures, even though one has freely chosen to undergo them. This problem as well as other ethical issues regarding biomedical sciences are discussed in the thesis.