

# Krankheitsbegriff und Zielsetzungen der modernen Medizin – Vom Heilungsauftrag zur Antiaging-Dienstleistung?

von Dirk Lanzerath\*

## ABSTRACT

**Traditionell strukturiert der Krankheitsbegriff** das Feld der Medizin und das Handeln des Arztes. Doch werfen die zu ethischen Irritationen führenden Erweiterungen der Handlungsmöglichkeiten innerhalb der modernen Medizin die Frage nach dem Krankheitsbegriff und seiner handlungsleitenden Funktion in signifikanter Weise neu auf. Denn die traditionellen Ziele ärztlichen Handelns werden durch neue Ziele ergänzt oder ersetzt. Zunehmend wird die „medizintechnische Machbarkeit“ in den Mittelpunkt von Überlegungen und Handlungen innerhalb der Medizin gestellt, die diese zur „Anthropotechnik“ werden lässt mit dem Ziel der Verbesserung der menschlichen Natur (enhancement).

Welche Bedeutung kommt angesichts der Strukturveränderungen in der Medizin dem Krankheitsbegriff noch zu? Welche Rolle spielt hinsichtlich der neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten noch das Arzt-Patient-Verhältnis? Wird der Patient zum Kunden, die Vertraulichkeit zur Vertraglichkeit, die Medizin zur reinen Serviceleistung?

**Schlüsselworte:** Krankheitsbegriff, Arzt-Patient-Verhältnis, Ethik

**Traditionally, the concept of disease** structures the field of medicine and the clinical practice of the physician. However, contemporary medicine has brought about possibilities that are raising moral concerns. This situation calls for a new look at the concept of disease and the way in which that concept guides our actions. The traditional goals of medical practice are supplemented or replaced by new goals, and „technical feasibility“ increasingly moves into the center of medical considerations and actions. Thus, medicine might become a kind of an „anthropo-technology“ which aims at the enhancement of human nature.

What relevance remains of the concept of disease in the light of the structural changes in the field of medical practice? In what way is the traditional doctor-patient relationship affected by the new medical applications? Is the patient becoming a client; will contractual secrecy replace confidentiality; is the medical profession turning into a mere service provider?

**Keywords:** concept of disease, physician-patient relationship, ethics

Die Frage nach der Krankheit ist so alt wie die Menschheit selbst. Jeder von uns begegnet im Verlauf seines Lebens immer wieder Krankheiten und kranken Menschen. Die damit verbundene Auseinandersetzung mit Krankheit und Kranksein wird zu einer existenziellen Grunderfahrung, die in vielfältiger Weise den individuellen Lebensentwurf prägt. Schlägt man jedoch medizinische

Handbücher oder Lexika auf, so fällt auf, dass viele Krankheiten im Detail beschrieben sind, man aber in der Regel vergeblich nach dem Stichwort „Krankheit“ sucht. Vom Arzt und Philosoph K. Jaspers stammt die Bemerkung: „Was gesund und was krank im Allgemeinen bedeutet, darüber zerbricht sich der Mediziner am wenigsten den Kopf“ (Jaspers 1965, 652). Doch wird der Be-

\*Dr. Dirk Lanzerath  
Geschäftsführer Deutsches Referenzzentrum  
für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE)

Niebuhrstr. 53, 53113 Bonn · Tel.: (0228) 73 19 30  
Fax: (0228) 73 19 40 · E-Mail: lanzerath@drze.de  
Internet: www.drze.de

griff der „Krankheit“ von Ärzten, Patienten und all denen, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben, nicht nur verwendet, sondern für unentbehrlich gehalten – nicht zuletzt aufgrund seiner ethischen Funktion.

### ■ Die ethische Funktion des Krankheitsbegriffs

Diese ethische Bedeutung des Krankheitsbegriffs ist lange Zeit wenig thematisierungsbedürftig gewesen. Erst zu dem Zeitpunkt, an dem die Handlungsmöglichkeiten innerhalb der modernen Medizin eine erhebliche Erweiterung erfahren und ethische Irritationen im ärztlichen Handeln auslösen, stellt sich die Frage nach der Krankheit und ihrer handlungsleitenden Funktion in signifikanter Weise neu. Denn wie kaum zuvor wird deutlich, dass der Krankheitsbegriff in seiner Leitfunktion innerhalb der zunehmend von den Naturwissenschaften beeinflussten Medizin immer mehr durch die an der Lebensqualität orientierte medizintechnische Machbarkeit bestimmt zu werden droht. Wo dieser Anspruch nicht von der Medizin selbst verfolgt wird, wird er von Patientenseite an die Medizin oder an eine an ihre Stelle tretende „Anthropotechnik“ herangetragen. Kann dies aber als hinlängliches Indiz dafür verstanden werden, dass der Krankheitsbegriff seine Funktion als ethische Orientierungsgröße in der modernen Medizin verloren hat? Kann er abgelöst werden durch andere normative Begriffe wie „Lebensqualität“ oder „Normalität“? Oder gibt es eine Leistung des Krankheitsbegriffs, die nicht ersetzt werden kann?

Der normative Charakter des Krankheitsbegriffs wird deutlich, wenn man nach der Rechtfertigung des ärztlichen Eingriffs in die physische Integrität eines Menschen fragt, die sich nicht aus sich selbst heraus ergibt. Ein solcher Eingriff kann erst dann legitimiert werden, wenn zum Patientenwillen eine von der Zielsetzung des ärztlichen Handelns geforderte Indikation tritt. Zu dieser Zielsetzung gehört unverzichtbar der Bezug auf die zu diagnostizierende, zu therapierende oder zu verhindernde Krankheit. Während die naturwissenschaftliche Orientierung der Medizin die Reduktion des Krankheitsbegriffs auf seine naturwissenschaftlichen Parameter nahelegt, scheint das gesellschaftliche Bedürfnis nach medizinischer Fürsorge die Ersetzung des Krankheitsbegriffs durch umfassendere Begriffe wie Gesundheit oder Lebensqualität zu fordern. Da jedoch beide Alternativen ungeeignet sind, die dem Begriff der Krankheit eigene und für das ärztliche Handeln normative Funktion wahrzunehmen, ist aufzuzeigen, ob sich der Begriff der Krankheit in seiner Bedeutung so rekonstruieren lässt, dass ihm die unterstellte handlungsleitende Funktion zugeordnet werden kann (Lanzerath 2000).

### ■ Krankheit und die Natur des Menschen

Welche Momente im Einzelnen in den Krankheitsbegriff einfließen, hängt in hohem Maße von der Position des Betrachters ab, sei es als Pathologe, Kliniker, Patient, Krankenversicherer oder Gesellschaft. Eine univoke Verwendungsweise des Krankheitsbegriffs ist offensichtlich nicht möglich. Hegemoniale Interpretationen von Krankheit führen zu erheblichen praktischen Problemen und machen den Arzt bei einer mechanistisch-naturalistischen Krankheitsinterpretation zum reparierenden „Mechaniker“. Bei einem emphatischen Krankheitsverständnis, angelehnt an die Gesundheitsbeschreibung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – die Gesundheit auffasst als das vollkommene physische, psychische und soziale Wohlbefinden – wird der Arzt zu einer Art „Sozialpolizist“ oder aber jeder Beruf wird zu einem „Heilberuf“.

Vielmehr stehen hinter unserer Krankheitsvorstellung und unserem Krankheitsempfinden anthropologische Grundannahmen, die sich auf unser Verhältnis zu Körper und Leib beziehen. Denn für jeden Zustand unseres Organismus gilt, dass er uns auf der einen Seite als Natur vorgegeben ist, zugleich ist er aber Resultat und Aufgabe unserer Interpretation im Rahmen unserer lebensweltlichen Bedingungen. Die Krankheit lässt sich weder aus einem Blutwert oder aus einer Nukleotidsequenz auf der DNA des individuellen Genoms ableiten. Es sind Werte, Sequenzen neben anderen, deren Krankheitsrelevanz sich erst aus der Korrelation zu einem bestimmten Zustand des Menschen ergibt, den wir als Krankheit bezeichnen. Erst über die Krankheit selbst bewerten wir die Labordaten, nicht umgekehrt. Der Umkehrschluss ist nur aus der vorgängigen Erfahrung zulässig und lässt dann sogar eine Prädiktion zu, die zu einem präventiven Handeln führen kann. Aus der Natur selbst ergeben sich jedoch keine Standards und Normen, erst durch die Art und Weise, wie der Mensch seine ihm vorgegebene psycho-physisch konstituierte Natur deutet und als praktische Aufgabe akzeptiert, wird Natur in dieser Selbstinterpretation als Zustand der Gesundheit oder der Krankheit erfahren. Aus zu interpretierenden natürlichen Vorgegebenheiten, dem Selbstempfinden des erkrankten Subjekts im gesellschaftlichen Kontext erwachsen ärztliche Aufgabe und Auftrag in Form von Diagnose, Heilung, Linderung und Prävention (Lanzerath 2000).

### ■ Krankheit und ärztliches Handeln

Fragt man nun von der Arzt-Patient-Relation und dem Handlungskontext der Beteiligten aus nach dem, was sie unter Krankheit verstehen, dann bezeichnet „Krankheit“ einen Zustand, den der betreffende Patient als Störung seines Wohlbefindens emp-

findet, und zwar als eine solche, die ihn veranlasst, beim Arzt um Hilfe und Heilung oder zumindest um Schmerzlinderung nachzusuchen (*Rothschuh 1972*). Die Dimension der Hilfs- und damit Behandlungsbedürftigkeit ist damit keineswegs nur eine Modifikation naturwissenschaftlich-empirischer Krankheitsbestimmung, vielmehr steht gerade sie für den Kranken im Mittelpunkt. Der Krankheitsbegriff bestimmt also sowohl die Bewertung des subjektiven Zustandes durch den Patienten wie durch den Arzt: er steuert die Erwartungen des Patienten, reguliert das ärztliche Handeln und formuliert somit die normative Vorstellung, die die Anerkennung der Hilfsbedürftigkeit des Patienten und die vom Patienten ausgehende Aufforderung zum ärztlichen Handeln bestimmen; freilich stößt man hier an Grenzen des Wissens und der praktischen Umsetzung.

Versteht man den Krankheitsbegriff als einen solchen Handlungsbegriff, der ein Sollen ausdrückt, dann kann er nicht aus der Natur einfach abgelesen werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ein Rekurs auf die Natur im Blick auf den Krankheitsbegriff nicht möglich wäre. Im Gegenteil ist dieser Rekurs unverzichtbar. Doch erfolgt dieser Naturbezug nicht in gleicher Weise wie innerhalb der Naturwissenschaften. Vielmehr verhält sich der Mensch zu seiner Natur wertend. Im Arzt-Patient-Verhältnis ist dann zu bestimmen, was gemäß der individuellen Natur des Patienten für diesen zuträglich oder abträglich ist. Diese Handlungsorientiertheit des Krankheitsbegriffs fügt sich in den Charakter ein, den Medizin als praktische Wissenschaft (griechisch „praxis“ = Handlung) hat, wenn in ihr nicht theoretisch manifestierte Sätze oder Satzsysteme im Mittelpunkt stehen – wie in den theoretischen Naturwissenschaften –, sondern eine zu einem Urteil gewordene Erkenntnis, die in eine am individuellen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgenommene zielorientierte Handlung umgesetzt wird. Diese teleologische Struktur (griechisch „telos“ = Ziel) lässt nur ein Handeln zu, das ärztlich indiziert ist, und schließt die Verfolgung von Zielen außerhalb dieses Handlungsfeldes aus. Die Indikation wird damit zu einem praktischen Regulativ, das sich am Krankheitsbegriff orientiert (*Lanzerath 2000*).

Die natürlichen Voraussetzungen für ein gelingendes menschliches Leben können durch Krankheit beeinträchtigt und als solche zum Gegenstand ärztlichen Handelns werden (*Nordenfelt 1987, 88*). Da Gesundheit ein Gut, aber nicht das Gute ist, befasst sich der Arzt nicht mit dem Gelingen selbst, denn dafür trägt jeder eigenständig die Verantwortung. Weder der individuelle Lebensentwurf noch das völlige soziale Wohlbefinden können Gegenstand ärztlichen Handelns sein. Die Erinnerung an den eugenischen Missbrauch der Medizin in Diensten einer verdrehten Gesellschaftsvorstellung zeugt von einem erheblichen Orientierungsverlust in der Medizin, wenn sie den Pfad in Richtung des Heilungsziels verlässt und andere Ziele verfolgt (*Hanson/Callahan 1999*).

## ■ Selbstbestimmung und Indikation

Die dargelegte Bindung ärztlichen Handelns an Krankheitsbegriff und Indikation ist keineswegs unumstritten. Die mit den neuen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin verbundenen Risiken und Gefahren – so wird vielfach diskutiert (*Lanzerath 1998, 198-199; Birnbacher 1997*) – seien nämlich auch dann berechenbar, wenn man alle Handlungsoptionen in der Medizin grundsätzlich zulassen würde, aber jedem Einzelnen aufgrund seines Rechts auf Selbstbestimmung die Entscheidung, ob er einen entsprechenden Eingriff will oder nicht, ganz selbst überließe. Die an die Autonomie des Patienten gebundene Zustimmung nach Aufklärung (informed consent) wäre dann unabhängig von grundsätzlichen Zielvorgaben das einzige Regulativ ärztlichen Handelns. Betrachtet man Freiwilligkeit und Selbstbestimmung als isolierte Kriterien für die Legitimation einer ärztlichen Handlung, dann stellt der Arzt naturwissenschaftlich erhobenes und gesichertes Wissen in Form technischen Handelns zur Verfügung und jedem Klienten muss es freigestellt sein, welche Behandlung er wünscht.

Mit dieser Forderung wird jedoch die gesamte Last der Verantwortung auf den Einzelnen übertragen. Der Vorschlag erfordert, dass jeder Klient, der sich einem medizinischen Eingriff unterzieht, alle Details kennt und die Folgen des Eingriffs antizipieren kann. Diese Voraussetzungen sind jedoch fragwürdig. Bei Handlungen, die so tief in die Integrität von Leib und Leben eingreifen, können diese Verfahren nur dann verantwortbar praktiziert werden, wenn die Zielsetzungen ärztlichen Handelns grundsätzlich nicht zur Disposition stehen, denn die Bedürftigkeit stellt sich auch immer als eine Wehrlosigkeit dar, die die Selbstbestimmung eingrenzt.

## ■ Medizinische Ethik in der modernen Gesellschaft

Versteht man Medizin in erster Linie als eine praktische Wissenschaft mit einer bestimmten Zielorientierung, dann kommt es dem Arzt zu, die rechten Mittel zu wählen, die zum Ziel führen. Diese Mittel sind aber prinzipiell ambivalent und zieloffen, denn das Arzneimittel, das heilen soll, kann in falscher Dosierung auch schaden. Das ärztliche Handeln unterliegt daher einer immanenten Verschränkung von technischem und ethischem Handeln. Ist diese Analyse richtig, dann fällt das ärztliche Handeln nicht nur unter die pragmatische Differenz von richtig und falsch, sondern auch unter die moralische Differenz von gut und böse, so dass beide Differenzen im ärztlichen Urteil in einem unauflösbaren Zusammenhang stehen. Doch Pluralität der Lebensentwürfe und Wertüberzeugungen, interkultu-

relle Vernetzungen und Arbeitsteiligkeit einer modernen Gesellschaft im 21. Jahrhundert führen zu selbständigen Subsystemen, die nicht mehr nach einheitlichen Regeln und Zielen funktionieren und deren Diskurse und Sprachen nur schwer untereinander vermittelbar sind. Dadurch sind – verglichen mit den Ursprüngen der Medizin – einerseits die Vorstellungen der Ärzteschaft von ihrem Handeln kaum mehr einheitlich zu nennen (medizininterne Faktoren) und andererseits haben sich die Ansprüche seitens der Gesellschaft an die Medizin individualisiert (externe Faktoren). So haben sich nicht nur der Wissenschaftscharakter und die Naturerfahrung der Medizin gewandelt, sondern auch das Verhältnis zwischen ärztlichem Handeln und gesellschaftlichen Ansprüchen ist ein anderes geworden. Die verschiedenartigen in- und externen Bedingungen bestimmen den Strukturwandel der Medizin, der ihr Selbstverständnis und ihre Handlungsmöglichkeiten sehr verändert hat und der die Beantwortung der aktuell häufig gestellten Frage: „Was darf die Medizin heute?“ erschwert. Welche Auswirkungen, so kann dann gefragt werden, hat die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Medizin aufgrund des Einflusses der biomedizinischen Forschung auf die ursprüngliche Verschränkung von technischem und ethischem Handeln innerhalb der Medizin? Was bedeuten die damit verbundenen Veränderungen für die Zielsetzungen des ärztlichen Handelns?

### ■ Die erweiterten Handlungsmöglichkeiten der Medizin

Die Medizin ist zu einem hochorganisierten und hochspezialisierten Apparat geworden; sie erweist sich zwar immer noch als im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Naturerkenntnis und Kunstfertigkeit stehend, hat aber durch die Entwicklungen in Naturwissenschaft und Technik ihre Handlungsspiel- und Handlungsfolgenräume erheblich ausdehnen können, wie Transplantationsmedizin, In-vitro-Fertilisation oder Humangenetik deutlich zeigen. Damit hat sich nicht nur die Form der Naturerkenntnis verändert, auch die Tiefe möglicher Eingriffe in die menschliche Natur – etwa in das individuelle Genom – hat eine neue Dimension erreicht: Natur wird nicht mehr vorrangig als Grenze, sondern als erforschbares und manipulierbares Objekt erfahren.

Medizintechnische Geräte ermöglichen intensivmedizinische Maßnahmen, die vor Jahrzehnten unvorstellbar gewesen sind und vielen Menschen das Leben retten. Mit den Fortschritten in der Anästhesie sind aufwendige Operationen auf eine schmerzfreie Weise möglich. Die Diagnosemöglichkeiten haben sich bis auf die molekulargenetische Ebene ausgedehnt und lassen Prognosen über Krankheiten zu, die sich erst in einem späteren Lebensalter manifestieren. Die Transplantationschirurgie ermög-

licht ein Weiterleben auch dann, wenn ein Organ seine Funktion eingestellt hat. Die künstliche Befruchtung hilft Paaren, sich den Kinderwunsch zu erfüllen, wenn hierfür biologische Hindernisse vorhanden sind. Damit sind nur einige der neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten skizziert, die auch unsere Vorstellungen vom menschlichen Leben, seinen Steuerungsmechanismen, seinem Beginn und seinem Ende in einem neuen Licht erscheinen lassen. Darüber hinaus haben sich die inneren Strukturverhältnisse von Medizin und ärztlichem Handeln erheblich verändert: der Einzelfall wird anonymisiert, arbeitsteilig untersucht und den das Gesundheitswesen mitbestimmenden ökonomischen Zwängen unterworfen.

Die wissenschaftlich-technische Zivilisation schafft Bedingungen, die es Menschen ermöglichen, auch auf Dauer mit einer Krankheit zu leben. Dieses Angebot moderner Medizin macht den Menschen aber auch mehr und mehr abhängig von ihr. Auch für den Arzt werden mit diesem Strukturwandel nicht nur die Vorteile der neuen Handlungsmöglichkeiten sichtbar; zugleich wird er vor neuartige Entscheidungsprobleme gestellt: So ermöglichen zwar Rettungswesen und Intensivmedizin oftmals ein Weiterleben eines Unfallopfers trotz längerer Zeit ohne Sauerstoffversorgung, doch verbleiben eine Reihe von reanimierten Menschen im persistierenden apallischen Syndrom und werden nie wieder ein bewusstes Leben führen können (Lanzerath 1997; Lanzerath et al. 1998). Stößt ärztliches Handeln an seine Grenzen, dann werden aus Unsicherheit immer wieder Maßnahmen ergriffen, die medizinisch nicht helfen (medical futility) und insofern weder medizinisch, noch ethisch oder aber ökonomisch vertretbar sind. Darüber hinaus heilt Medizin nicht nur, sondern ihr unterlaufen auch Behandlungsschäden; der hohe Standard der invasiven Medizin wird von iatrogenen Risiken begleitet. Bereits geringe Nachlässigkeiten des Arztes oder der Ausfall eines medizintechnischen Gerätes können fürchterliche Folgen haben.

### ■ Medizinische Machbarkeit und Medikalisierung der Lebenswelt

Die Bedeutung naturwissenschaftlicher Forschung und ihrer technischen Anwendung hat die Tendenz wachsen lassen, medizinisches Handeln generell unter naturwissenschaftliche und technische Kategorien zu subsumieren, und damit das Selbstverhältnis der Disziplin und die Struktur ihres Handlungsfeldes zu berühren. Lassen sich Naturwissenschaft und Technik als zieloffen charakterisieren, zeichnet sich hingegen die Medizin bislang durch ein zielgerichtetes Handeln ihrer Akteure aus. Da aber die Orientierung an klar definierten Zielen inzwischen nicht mehr selbstverständlich ist, sich das Handlungsfeld aus-

dehnt und der Entscheidungsdruck zunimmt, ist das ärztliche Handeln diesbezüglich deutlich unsicherer geworden.

Die traditionellen Ziele ärztlichen Handelns werden vor dem Hintergrund der erweiterten Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin durch neue Ziele ergänzt oder ersetzt. Zunehmend wird die „medizintechnische Machbarkeit“ in den Mittelpunkt von Überlegungen und Handlungen innerhalb der Medizin gestellt, die diese zur „Anthropotechnik“ werden lässt. Das Bestreben der Menschen, ihre Leistungen immer weiter steigern zu wollen, alte Grenzen zu überschreiten und in diesen Prozess auch die eigene Gesundheit mit einzubeziehen, führt seit der Aufklärung zu jener Vorstellung, die davon ausgeht, dass potentiell keine Grenzen mehr für das menschliche Handeln bestehen. Kontingenz und Sterblichkeit als Kennzeichen für die Natürlichkeit des Menschen werden letztlich verdrängt. Der Glaube vieler Menschen an die medizintechnische Machbarkeit kann schließlich zu jener völligen Medikalisierung der Lebenswelt führen, die suggeriert, auch die sozialen Probleme seien letztlich medizinisch lösbar.

Der naturwissenschaftliche Einfluss auf die Medizin – der in seiner positiven Wirkung nicht in Frage gestellt werden soll, aber zu der Annahme verleitet, Medizin sei lediglich eine angewandte (Natur-)Wissenschaft – löst die traditionelle ärztliche Teleologie auf und verwandelt die Medizin von einer Techne zu einer Technik. Eine solche Technik kann dann prinzipiell jedermann zu beliebigen Zwecken zur Verfügung stehen. Als Ziele einer so konstituierten modernen „Dienstleistungsmedizin“ werden die Verbesserung der Lebensqualität, das Erreichen eines „perfekten“ Gesundheitszustands u.a. diskutiert. Der Wunsch nach „Steigerung“ und „Verbesserung“ (Enhancement) der menschlichen Natur wird beflügelt durch die Utopie einer leidensfreien Gesellschaft. Nicht mehr die Unterstützung der Natur („magister naturae“) (Gadamer 1993, 162), sondern ihre Verbesserung wird zum medizinischen Desiderat.

## ■ „Verbesserung“ der menschlichen Natur statt Heilung

Das wachsende Wissen um die physischen und psychischen Zustände des Menschen suggeriert, man könne zur Steigerung der Lebensqualität mit Hilfe von konventionellen chirurgischen Eingriffen, genetischen Manipulationen oder Medikamenten langfristig den perfekten Menschen schaffen. Auch die Verabreichung von Anabolika oder Amphetaminen durch die Sportmedizin zur Leistungssteigerung von Sportlern fügt sich in diese Vorstellungen ein. Wird Doping in der Öffentlichkeit primär unter dem Aspekt der Wettbewerbsverzerrung kritisch disku-

tiert, so ist es darüber hinaus die Zielsetzung ärztlichen Handelns, die hier zur Disposition steht (Murray 1984; Parens 1998; Fuchs et al. 2002).

Besonders intensiv werden die Möglichkeiten von „Anthropo-Techniken“ oder „Enhancement-Techniken“ im Hinblick auf die zu erwartenden Ergebnisse des weltweit organisierten Human genomprojekts diskutiert: Über gentherapeutische Ansätze hinaus scheint die Molekulargenetik – in Verbindung mit der Reproduktionsmedizin – zukünftig ein weites Anwendungsfeld für derartige „Verbesserungen“ bieten zu können. Als ein solches Enhancement wird in diesem Zusammenhang die gezielte Beeinflussung genetisch determinierter menschlicher Zustände oder Eigenschaften verstanden, die nicht im Zusammenhang mit einer Krankheitsbehandlung erfolgt. Anknüpfungspunkte für die ethische Diskussion sind nicht klinische Projekte gewesen, sondern Gedankenexperimente über die Berechtigung experimenteller Eingriffe in die genetischen Grundlagen von Intelligenz und Aggressivität (Reich 1997; Walters/Palmer 1997). Da sich bereits heute am Tiermodell andeutet, dass sich Lern- und Gedächtnisleistungen mittels gentechnischer Eingriffe in die Keimbahn steigern lassen und ausdrücklich auf die Anwendbarkeit auf den Menschen verwiesen wird, ist die Ebene des Gedankenexperiments hinsichtlich dieser Form von Enhancement bereits verlassen worden (Tang et al. 1999; Fuchs 2001).

Besonders aktuell ist die Diskussion, die die Antiaging-Forschung begleitet. Deren Ziel ist es, durch Umkehrung der Alterungsprozesse bei Erwachsenen kontinuierlich die Vitalfunktionen wiederherzustellen. Dabei stellen sich hinsichtlich dieser Zielsetzung sehr grundsätzliche Fragen im Blick auf die Folgen dieser Forschung. Als was wird der Alterungsprozess, wie wir ihn kennen, erfahren? Wenn ein langes gesundes Leben ein grundsätzliches soziales Bedürfnis ist, wie sollen die Kosten hierfür verteilt werden? Kann es hierfür ethische, soziale, politische oder ökonomische Kriterien geben? Begleitend zur Forschung wird hier dringend eine öffentliche Debatte gefordert (Juengst et al. 2003; Martin et al. 2003).

Da uns die eigene Natur zur Gestaltung und Vervollkommenung aufgegeben ist, muss man nicht diversen historischen Utopie-Vorstellungen folgen oder Nietzsches Idee vom Übermenschen anhängen, wenn man über die Vervollkommenung des Menschen nachdenkt. In verschiedenen abendländischen Traditionen wird das Gelingen gleichgesetzt mit dem Streben nach einer bestimmten Form der „Vollkommenheit“. Aber welche Rolle spielt dabei der unmittelbare Eingriff in die menschliche Natur mittels Biotechniken? Sind Eingriffe in Körper und Psyche des Menschen die Fortsetzung technischer Lebensbewältigung und Grenzüberschreitung mit neuen Mitteln?



Ist Biotechnik als Enhancement vergleichbar mit dem Lungenautomaten des Tauchers, den Spikes des Sprinters oder dem Flugzeug des Fliegers? Wie verhalten sich mittelbar wirkende Ingenieurtechnik und die unmittelbar in die menschliche Natur eingreifende Biotechnik zueinander (*Lanzerath 2002, Fuchs et al. 2002*)? Welche Kriterien helfen uns dann aus dieser Verlegenheit heraus, wenn wir das Projekt der Selbstvervollkommnung verantwortlich verfolgen wollen?

Einmal mehr erweist sich die Schwelle zwischen medizinisch Machbarem und medizinisch Verantwortbarem, zwischen Selbstgestaltung und Selbstverlust als schwer zu definieren. Zweifelsohne wird sie ständig verschoben. Aber gibt es einen unverrückbaren Wesenskern, vor dem die Anwendung von Anthropotechniken in individueller und kollektiver Verantwortung „zurückschrecken“ muss? Kann dann Enhancement als eine Behandlung verstanden werden, die zwar über Therapie hinausgeht, die aber mal Gestaltung, mal Manipulation sein kann? Diese Frage ist nicht identisch mit der Frage, wer dies denn bezahlen soll.

### ■ Patient oder Kunde in einer verantwortbaren Medizin?

Angesichts der immer zahlreicher angebotenen medizintechnischen Serviceleistungen vollzieht sich ein Wandel vom „Patienten“ zum „Kunden“. Ein solches „ärztliches“ Handeln könnte schließlich marktgerecht über Angebot und Nachfrage geregelt und das bislang an die ärztliche Teleologie gebundene Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis durch ein reines, individuelles Vertragsverhältnis ersetzt werden. Es bleibt zu fragen, ob die Gesellschaft ein Interesse an einer derartigen Rolle des Arztes als Serviceleister hat, und wie sich diese Rolle zur Garantenstellung des Arztes verhält.

Freilich ist die Medizin als Teil einer Kommunität gesellschaftlichen Werten, politischen und ökonomischen Kalkülen ausgesetzt. Mannigfache Geschmäcke, Wünsche und Phantasien beeinflussen die Ziel- und Prioritätensetzung in der Medizin. Gesellschaftliche Ziele und medizinische Ziele verweisen aufeinander und müssen gleichermaßen reflektiert werden. Die Frage, ob es überhaupt medizinische Zielsetzungen mit einem universellen oder globalen, d.h. transkulturellen Anspruch gibt, hängt sehr von der Auffassung ab, die man vom ärztlichen Handeln und von der in der Natur des Menschen angelegten universellen Erfahrungen von Krankheit hat. Aber erst dann, wenn sich der Begriff „Krankheit“ klarer eingrenzen lässt, ist es möglich, diesen Begriff auch reflektiert in ethischen Zusammenhängen anzuwenden. Dies gilt besonders

dann, wenn die traditionelle Struktur ärztlichen Handelns mehr und mehr in Frage gestellt ist.

Gegenüber anderen Begriffen – die auch normativen Charakter haben können, aber extensional sehr offen sind – hat der praktische Krankheitsbegriff den Vorteil, Medizin und ärztliches Handeln eng zu fassen und berechenbar zu gestalten. Der so entwickelte Krankheitsbegriff orientiert sich daran, Kranksein als eine Weise des Menschseins so zu fassen, dass die kommunikative Komponente des seine Befindlichkeit mitteilenden Menschen wesentlich zur Konstitution von Krankheit gehört. Dabei erweist sich der Arzt als jene Instanz, die dem um Selbstausslegung bemühten Kranken nicht nur im engeren Sinne therapeutische, sondern auch – gegen technizistische Verkürzungen – hermeneutische Hilfestellung gibt (*Lanzerath 2000*). Diese Funktion macht den Krankheitsbegriff zu einer Größe, die in einer durch nichts zu ersetzenden Weise das ärztliche Handeln spezifiziert, legitimiert und limitiert. Ein solcher praktischer Krankheitsbegriff kann dazu beitragen, dass Medizin weiterhin berechenbar bleibt, das Vertrauen zwischen Arzt und Patient stabilisiert wird und die innovativen Möglichkeiten moderner biomedizinischer Forschung im Rahmen von Diagnose und Therapie genutzt werden können, ohne dass die mit ihnen verbundenen Risiken eskalieren, die Medizin zur „Anthropotechnik“ wird und die Medizinethik nur noch Technikfolgenabschätzung sein würde. ◆

## Literatur

**Birnbacher D (1997):** Patientenautonomie und ärztliche Ethik am Beispiel der prädiktiven Diagnostik; in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2, 105-119.

**Fuchs M (2001):** Die Natürlichkeit unserer intellektuellen Anlagen. Zur Debatte um ihre gentechnische Verbesserung; in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 6, Berlin, New York, 107-122.

**Fuchs M et al. (2002):** Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen (drze-Sachstandsbericht, 1), Bonn.

**Gadamer H-G (1993):** Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt a.M.

**Hanson M/Callahan D (1999):** The Goals of Medicine. The Forgotten Issue in Health Care Reform (Hastings Center Studies in Ethics), Washington, DC.

**Jaspers K. (1965):** Allgemeine Psychopathologie, Wien.

**Juengst E T et al. (2003):** Antiaging Research and the Need for Public Dialogue; in: Science (299) 1323.

**Lanzerath D (1997):** Selbstbestimmung und Lebensrecht; in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2, 253-276.

**Lanzerath D (1998):** Prädiktive genetische Tests im Spannungsfeld von ärztlicher Indikation und informationeller Selbstbestimmung; in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 3, 193-203.

**Lanzerath D (2000):** Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik, Freiburg i.Br.

**Lanzerath D (2002):** Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt? – Ein Werkstattbericht; in: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 7, 319-336.

**Lanzerath D et al. (1998):** Nationaler Bericht der europäischen Befragung: „Doctors' views on the management of patients in persistent vegetative state (PVS)“ im Rahmen des Forschungsprojekts “The moral and legal issues surrounding the treatment of patients in persistent vegetative state (PVS)”; in: Ethik in der Medizin 10 (3), 152-180.

**Martin G M et al. (2003):** Research on Aging: The End of the Beginning; in: Science (299) 1339-1341.

**Murray T (1984):** Drugs, Sports and Ethics; in: Ders. et al. (Hrsg.), Feeling Good and Doing Better: Ethics and Nontherapeutic Drug Use, Clifton, NJ, 107-129.

**Nordenfelt L (1987):** On the nature of health. An action-theoretic approach (Philosophy and Medicine 26), Dordrecht et al.

**Parens E (ed.) (1998):** Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications (Hastings Center Studies in Ethics), Washington, DC.

**Reich J (1997):** Das Problem der Genverbesserung; in: Kursbuch 128, 127-141.

**Rothschuh K E (1972):** Der Krankheitsbegriff; in: Rothschuh (1975), Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung (Wege der Forschung CCCLXII), Darmstadt, 397-420.

**Tang, Y A et al. (1999):** Genetic Enhancement of Learning and Memory in Mice; in: Nature 401, 63-69.

**Walters L/Palmer J G (1997):** The Ethics of Human Gene therapy, New York.

## DER AUTOR



**Dirk Lanzerath (Dr. phil.)** ist seit 2002 Geschäftsführer des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften in Bonn. Nach Studium der Biologie und Philosophie an der Universität Bonn war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wissenschaft und Ethik an der Universität Bonn.

Er hat einen Lehrauftrag für Philosophie an der Philosophischen Fakultät der Universität Bonn und ist Gastdozent an der Loyola Marymount University, Los Angeles, Ca. Seine Publikationen und Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Ethik, Angewandte Ethik, Bioethik, Naturphilosophie und Philosophie der Biologie.