

Diskussion ethischer Fragen um Zahnbehandlungen mit hohem ästhetischem Anspruch oder aus ästhetischer Motivation

# Ethische Ästhetik in der zahnärztlichen Praxis

Ein Beitrag von Prof. Dr. Martin Karrer, Wuppertal  
mit Bildern von Dr. Jan Hajt6, München/Deutschland

**In den Praxen bedarf es fortwährend rascher faktischer Entscheidungen. Ethische Gesichtspunkte bleiben oft unberücksichtigt. In dem Beitrag werden konkrete, ethisch abgesicherte Handlungsoptionen für die Praxis vorgestellt, die auf dem Fundament grundsätzlicher Gedanken zur Ethik beruhen. Dem zentralen Spannungsfeld zwischen ethischer Medizin und der Privatisierung ästhetischer Behandlungen wird unser Autor am Ende nachgehen.**

## Ethische Fragen in der Praxis

Die Ästhetik hat in der Zahnmedizin einen sehr hohen Stellenwert gewonnen. Das schafft neben medizinischen Aufgaben die ethische Frage: Wieweit und in welcher Weise ist ästhetischen Forderungen Raum zu geben? Allgemeiner gesagt: Welche Auswirkungen zeitigen die komplexe Ethik ästhetischer Wünsche und die Rahmenbedingungen medizinischer Ethik in der Praxis [1, 2]?

### Feststellung: Ein hoher ästhetischer Anspruch an Behandlungen ist legitim und ethisch vertretbar

Zu beginnen haben wir mit einer Entlastung. Nicht nur sind alle klinischen Behandlungen zur Behebung von Schmerzen, Verbesserung der Funktion etc. von der hier folgenden ethischen Diskussion ausgenommen. Auch der aus diesen Behandlungen resultierende medizinische Fortschritt im ästhetischen Bereich ist ausdrücklich zu begrüßen. Er steht in der hippokratischen Tradition und bringt die ärztliche Kunst auf den bestmöglichen Stand der Ausbildung und Durchführung und verbessert das Leben der Patienten. Zudem steigert die Absicht, eine Behandlung gut und schön, damit in Annäherung an den alten Wert der „kalokagathia“ (Schöngutheit) [3, S. 167] durchzuführen, die Motivation bei behandelnden Zahnärzten und -technikern. Das verbessert die individuelle Aufmerksamkeit in der Behandlung.

### Einschränkung der Feststellung: Ästhetische Motivationen sind zu prüfen

Allerdings unterliegt diese positive Motivation der Ärzte manchen Zerreißproben:

- Sie ist, soll sie ethisch im hippokratischen Sinn „rein“ bleiben, von fremden Zwecken der Patienten frei zu halten.
- Auf die problematische Doppelbindung der Ärzte, die durch die gegenwärtige Finanzierungsentwicklung in den Praxen für das ärztliche Handeln entsteht, werde ich später eingehen.
- Nicht zuletzt erschwert die finanzielle Verantwortung für die Angestellten in einer Praxis, den strengen hippokratischen Maßstab durchzuhalten.

Die Vielschichtigkeit in der Motivation der Patienten bedarf eines ergänzenden Hinweises. Denn Patienten kommen – wenn wir von Schmerzen und Funktionsstörungen absehen – aus verschiedenen Gründen zur Behandlung:

- weil sie mit ebenmäßigen Zähnen gesellschaftlichen Rang verbinden,
- weil sie den Widerstand gegen Lebenskrisen oder ihr Aufatmen nach solchen in einer Verbesserung des Gebisses spiegeln wollen,
- weil sie meinen, durch eine Zahnkorrektur harmonischer leben oder sich besser in eine Gruppe integrieren zu können, schließlich
- weil sie durch ästhetische Extravaganzen (von Piercing bis Bleaching) besondere Stimulation und besondere Selbstverwirklichungsmilieus suchen<sup>1</sup>.

1: Soziologische Literatur dazu in [4].

**Verstoßen rein ästhetische Restaurationen gegen zahnärztliche Standesethik? Wir bebildern die theoretische Abhandlung Prof. Martin Karrers, Wuppertal, mit einem Patientenfall von Dr. Jan Hajtó, München (Zahntechnische Ausführung: Ztm. Peter Schaller, München). Oben ist das Porträt der Patientin zu sehen: vorher (l.) und nachher. Auf den folgenden Seiten stellen wir Step-by-Step den gesamten Fall vor. Die Bebilderung des Falles steht in keinem direkten Zusammenhang mit dem Text, gehört aber zweifellos zu den Fällen, die von dem Behandler ethisch sehr sorgfältig geprüft werden sollten.**



Viele ihrer Gründe sind legitim und ethisch zu begrüßen, zum Beispiel der Widerstand gegen Lebenskrisen. Andere sind in unausweichlichen Konflikten zu ertragen; so veranlasst der Druck zu einem „schönen“ Gebiss in bestimmten Berufsfeldern ethisch die Mahnung – noch mehr an die Gesellschaft als an die Einzelnen –, die Erwartungen zu prüfen. Einige Gründe sind allerdings sehr bedenklich: das Verlangen nicht zwingender ästhetischer Eingriffe unter Schädigung von Gebiss oder Zahnfleisch.

Im Alltag herrscht eine pragmatische Lösung dieses Konfliktes vor: Behandlungen erscheinen dann als legitim, wenn der Arzt einen hohen Leidensdruck bei dem Patienten beobachtet und den Mangel subjektiv nachvollziehen kann. Da ein Mensch in christlicher wie allgemein humaner Ethik mehr ist als klinische Befunde, nämlich eine vielschichtige Persönlichkeit<sup>2</sup>, rechtfertigt in solchen Fällen das „Wohl tun“ (beneficere) an der Person Eingriffe auch über einen im engeren Sinn klinischen Befund hinaus.

Allerdings ist das Kriterium des Leidensdrucks sehr unklar. Soll es nicht verschwimmen, ist bei nicht funktional gebotenen Behandlungen stets auch die Gegenseite, ein bejahtes Leben mit dem vorhandenen Befund an „weißer“ und „roter“ Ästhetik, ins Gespräch einzubringen. Das bedeutet

einen hohen Rang für das der Behandlung vorangehende Patientengespräch und die Bereitschaft zu Kompromissen von Arzt und Patient in den ästhetischen Zielsetzungen.

#### **Ermutigung: Die bestmögliche Behandlung ist zu wählen**

Nicht allein das „Ob“, auch das „Wie“ und die Durchführung der Behandlung bergen Entscheidungskonflikte. Eine Verlängerung der klassischen medizinischen Normen fordert strengste Qualitätsstandards. Das spricht für folgende Leitlinien:

- ❑ Die **Priorität der Funktionalität** ist auch in ästhetischen Behandlungen zu wahren. Danach verlangt die medizinische Kunst gegen eine Lockerung der Berufsgrenzen.
- ❑ Das vorhandene komplexe **Funktionssystem** (Zahnschubstanz, Gingiva, Muskulatur, Kiefergelenk, Okklusion) ist zu achten und soweit wie möglich zu **schützen** – samt Aufmerksamkeit auf regenerierbare Teile. Das beschränkt nicht zuletzt Extravaganzen beim Piercing, Bleaching etc.
- ❑ **Minimalinvasive Eingriffe** verdienen den Vorrang, um das „nocere“, die schädigenden Nebenwirkungen, zu minimieren, allerdings unter Abwägung der eigenen (meist operativen) Risiken der minimalinvasiven Eingriffe.

2: Man vergleiche das Leitmotiv in den Stellungnahmen Johannes Pauls II. zur Medizinethik [5].



□ Die Eingriffe sollen sich auf **Dauerhaftigkeit** richten. Denn das vermeidet – oder verzögert zumindest – neue schädigende Eingriffe.

□ Die Verfahren sind auf die **allgemeinen Bedingungen bei dem Patienten** (Hygiene, Psyche, Compliance) abzustimmen, damit ein Eingriff nicht durch Mängel im Folgeverhalten zunichte wird oder dann gar zusätzliche Schäden entstehen.

### **Nachfragen der Medizinethik**

Nicht verhehlt sei, dass in diese Leitlinien heftig diskutierte Aspekte aus der allgemeinen Medizinethik einfließen. So vertritt derzeit *Jürgen Habermas* in der Debatte um die Gentechnik die Ethik der „Achtung vor der Eigendynamik einer sich selbst regulierenden Natur“ [6, S. 81]. Diese Ansicht korreliert

mit dem Schutz des vorhandenen Funktionssystems im begrenzten Mund- und Kieferbereich, wenn der Grundgedanke etwas weiter gefasst wird. Die *Habermas*-Ansicht ist nur einzuschränken, wenn die Materialien eine größere Dauerhaftigkeit versprechen als die Rücksichtnahme auf vorhandene biologische Substanz.

Fraglicher stellt sich in der ästhetischen Medizin die verlangte Dauerhaftigkeit dar. Empirische Beobachtungen zeigen nämlich, dass sich die individuellen ästhetischen Selbstentwürfe der Patienten wandeln. Daraus folgt, dass eine Behandlung für weitere Korrekturen offen gehalten werden muss und die etwaige Reversibilität von Eingriffen einen Vorrang vor der Dauerhaftigkeit verdient [7, bes. S. 43]. In der Realität wird die fortwährende Korrektur immerhin – oder lediglich – durch den großen Aufwand und die Kosten für die Patienten gehemmt. Schließlich vermag kein Behandler das Folgeverhalten des Patienten sicher abzuschätzen. Nehmen wir hinzu, dass sich in Zukunft auch die Beurteilung der gegebenenfalls weiterentwickelten Materialien, die Wünsche des Patienten oder die persönlichen Vorlieben des Arztes ändern könnten und daraus Handlungsbedarf entsteht; dann wachsen die Risiken ein weiteres Mal. Damit steht die Behandlung trotz der im Großen plausiblen Leitlinien im Einzelfall unausweichlich vor der Wahl verschiedener, gegebenenfalls falscher Entscheidungen.

Aus beiden Beobachtungen resultiert eine weitere Leitlinie für ästhetische Zahnmedizin (wie für jede ästhetische Medizin):

□ Für ästhetische Korrekturen ist **nicht** oder allenfalls äußerst eingeschränkt zu **werben**, und im Gespräch vor der Behandlung sind alle bekannten **Vorbehalte zu nennen**<sup>3</sup>.

### **Ein Zwischenfazit:**

Falsch wäre jedoch, die Risiken in eine Handlungs lähmung umschlagen zu lassen. Der Verzicht auf Handeln stellt nicht eo ipso eine richtigere Wahl dar, und natürlich muss wie überall im Leben eine Urteilsbildung erfolgen, selbst wenn eine falsche Wahl getroffen wird [3, S. 200-221]. Bewusst wird allerdings: Es bedarf zur ärztlichen Existenz des Mutes.

Die folgenden Ermutigungen schließen daher diesen Abschnitt und lenken zum zweiten Teil des Artikels über:

□ Zahnbehandlungen aus ästhetischer Motivation bestehen bei **verantwortlicher, kritischer Durchführung** eine ethische Prüfung.

3: Werbung für ästhetische Korrekturen gewinnt in jüngerer Zeit auch in der Zahnmedizin an Boden; Vorbehalte klammert dabei z.B. die Anzeige der Firma 3i auf der Titelseite der Tageszeitung „Die Welt“ vom 19.7.2003 aus. Zum rechtlichen Rahmen vgl. Jaeger [8]. Zu den Patientenrechten „Patientencharta“ [9].

□ Funktionale Behandlungen mit einem begleitenden hohen ästhetischen Anspruch sind von vornherein medizinethisch begründet.

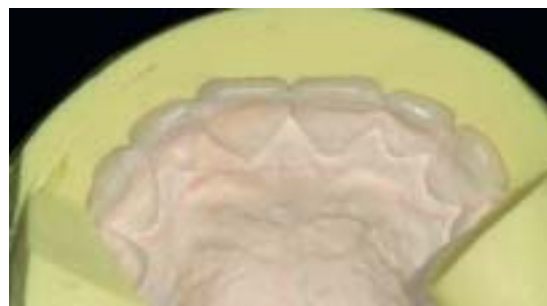
Wenden wir uns von da aus der Geschichte der Ethik zu.

### **Zugang: Von einer Ethik der Pflicht zu einer Ethik der Lebenskunst**

„Sich eines integrierenden Theils als Organ berauben (verstümmeln), z. B. einen Zahn zu verschenken oder zu verkaufen, um ihn in die Kinnlade eines andern zu pflanzen [...] u. dgl. gehört zum partialen Selbstmorde“, stellte *Immanuel Kant* zu Anfang seiner ethischen Elementarlehre fest. In einer Zeit, in der Zahnkronen und Zahnimplantate noch durch die Organspenden Dritter gewonnen werden mussten, gesellte er sich zu deren Kritikern. Seine Thesen sind für die Diskussion um Organspenden bis heute relevant. Nicht minder schritt er gegen weitere Möglichkeiten ein, eine Zahnbehandlung dritten Zwecken zu unterwerfen.<sup>4</sup> Denn – so seine Begründung – die Menschheit sei „Zweck an sich selbst“ und mache die „Selbsterhaltung“ der Körperlichkeit mit ihren „animalischen“ Organen in ihrer vorfindlichen Gestalt an sich zur Pflicht. Grundsätzlich sei dem Einzelnen vorzuhalten: „über sich als bloßes Mittel zu ihm beliebigen Zweck zu disponieren, heißt die Menschheit in seiner Person [...] abwürdigen“ [10, S. 423].

Strenger und beschwerlicher kann der Zugang zu unserer Fragestellung nicht angegangen werden: Ästhetische Motivationen fallen nach *Kants* Maßstab unter die dritten Zwecke. Sie werden sogar in der ästhetisch anspruchsvollen Behandlung klinischer Befunde fraglich, sobald solche Zwecke Patient und Behandler bewusst werden. Das kann etwa geschehen, wenn bei einer Beseitigung funktionaler Defekte der gleichzeitige Wunsch nach einem „besseren“ Aussehen befriedigt wird. Vollends illegitim wären Eingriffe bei den Zähnen aufgrund von Erfordernissen des Berufslebens. Trotzdem bilden sie einen wichtigen Kontext für Behandlungen bei Personen in öffentlichen Funktionen bis hin zu Zahnmedizinern und Zahntechnikern.

Der Konsequenz und Kompromisslosigkeit *Kants* kann sich bis heute kein Ethiker ent-



ziehen. Doch fällt es schwer, seinen engen Zusammenhang zwischen Einzelfall und Menschheit nachzuvollziehen. Zwischenglieder fehlen, die die Lebensbedingungen in einer Gesellschaft mit hohen Ansprüchen ans Aussehen und die ärztlichen Fähigkeiten berücksichtigen, also medizinisch notwendige und ästhetische Behandlungen kombinieren und die Zwecke von Behandlungen prüfen. Kant spart diese Zwischenglieder und Abwägungen bewusst aus. Eine Ethik für die Medizin im Alltag heute kann dies nicht mehr.

Wechseln wir deshalb zu einem auf den ersten Blick gegensätzlichen, zeitgemäßerem Paradigma mit einem positiven Verhältnis zu unseren ästhetischen Sehnsüchten. *Wilhelm Schmid* legte es unter dem Titel „Philosophie der Lebenskunst“ im letzten Jahrzehnt vor [3] und löste damit eine scharfe Kontro-

4: Im 1. Hauptstück konzediert Kant unter dem Thema „Die Pflichten des Menschen gegen sich selbst, als ein animalisches Wesen“ § 6: Sich „ein abgestorbenes oder die Absterbung drohendes und hiemit dem Leben nachtheiliges Organ [...] abnehmen zu lassen“, zähle zwar nicht „zum Verbrechen an seiner eigenen Person“. Indes sei selbst dieser letztere, bis heute scheinbar einfache „Fall nicht ganz schuldfrei [...], wenn er zum äußeren Erwerb beabsichtigt wird“ [10, S. 423]. Das problematisiert jede Zahnbehandlung aus beruflichem Interesse.



verse aus. Die Kontroverse brauchen wir nicht zu verfolgen; uns genüge der Grundgedanke:

*Schmid* unterscheidet Ebenen der Ethik, um die Kluft bei *Kant* zu überbrücken. Neben einer Erörterung der Prinzipien treten die angewandte Ethik in der Gesellschaft und, als dritte Ebene (Ethik III), die Verhaltensbestimmung der Einzelnen. Diese Einzelnen suchen nach dem schönen Leben, und ihre Suche ist legitim. Die Basis für diese Gedanken legte *Foucault* in seinen vielschichtigen Beiträgen zu Ästhetik und Anthropologie ab den 1960er Jahren [11-14]. Ethisch erlaubt lassen die Einzelnen sich darauf in der Wahl ihrer Lebensgestalt nicht abstrakt von der Menschheit als Selbstzweck leiten, sondern davon, „der eigenen Existenz das 'Profil einer sichtbaren Schönheit' zu verleihen“ [3, S. 80f., 167].

Eine solche Ethik schönen Lebens gibt der Medizin größere Spielräume.<sup>5</sup> *Kant* immerhin äußerte auch in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“, der Mensch mache im „Bewußtsein seiner selbst“ etwas aus sich selber [15, S. 127ff.]. Für *Schmid* folgert daraus, die Selbstgestaltung des Menschen in all seinen Lebenszusammenhängen und damit auch an seinem Körper zu bejahen [3, S. 241f.]. Er trifft damit einen Nerv derzeitiger Lebenswirklichkeit. Ohne dass *Schmid* sie erörtert, tritt ästhetische Medizin aus der ethischen Nische. Mehr noch, sie erhält Plausibilität.

Allerdings besagt das wiederum keinesfalls die Freigabe beliebiger ästhetischer Behandlungen. Im Gegenteil, der Philosoph muss fragen: Was ist sichtbare Schönheit an der eigenen Existenz? *Schmid*s einfachste Antwort: Schön ist, „was als *bejahenswert* erscheint“. Selbst hier tritt eine Grenzziehung ein, denn schon diese einfache Antwort verlangt, eine Bejahung des vorhandenen, gegebenen Lebens mit zu prüfen. Ein „*existentieller Imperativ*“ löst den kategorischen Imperativ *Kants* ab und bleibt gleichwohl Imperativ.

Die Aufforderung „Gestalte dein Leben so, dass es bejahenswert ist“ lehnt jede „Perfektionierung“ und „oberflächliche(n) Glättung“ aus ungeprüften, ästhetischen Wünschen ab, wenn sie nicht auf die Bejahung des vorhandenen Lebens abgestimmt ist. Lebensgestaltung und medizinische Behandlungen haben die Grenzen des Lebens gegen ein „*ästhetizistische(s) Missverständnis*“ mit ins Kalkül zu ziehen.<sup>6</sup>

So unterschiedlich sich *Kants* Pflichtethik und *Schmid*s Wiederbelebung der Wünsche nach Glück und Schönheit in der Ethik [3, 167, S. 333] darstellen, warnen sie damit im Ergebnis zwar abgestuft, aber in der Pointe übereinstimmend:

□ Ästhetische Wünsche bedürfen der Prüfung und Rechtfertigung, bevor sie eine Handlung als ethisch gut legitimieren.

Obwohl die Rigorosität *Kants*, die jeden ästhetischen Eingriff in Frage stellt, ihre Relevanz verlor, bleiben mithin bis in eine kantkritische Ethik modern-postmoderner Lebenskunst gravierende Bedenken, ästhetische Medizin schlechthin freizugeben.<sup>7</sup>

5: Medizinethik allgemein spricht *Schmid* ab S. 65 an. Er wertet das Individuum sehr hoch.

6: 3, S. 168f. (Hervorhebungen in den Zitaten von *Schmid*) Folgerecht widmet sich *Schmid* im Fortgang umfangreich dem Umgang mit Sorgen, Schmerzen, Tod (bes. S. 340-355).

7: Zu einer Verbreiterung der philosophisch-ethischen Erörterung [4].

## Ein zentraler Konflikt: Medizinethik und die Privatisierung ästhetischer Behandlungen

Die Verlegenheit bestätigt sich, wenn wir uns unserem Gegenstand enger medizinethisch nähern. Medizinethik gab es bereits lange vor *Kant*, und sie bewahrte – wie alle Ethiken für verschiedene Lebensbereiche – über *Kant* hinaus selbständige Argumentationsmuster. Ihr besonderes Ansehen verlieh und verleiht ihr die Tradition des *Hippokratischen Eides*. Freilich kann der an *Apollo* gerichtete Eid seit dem Ende der griechisch-römischen Religion nicht unverändert verwendet werden. Er verlor seine unbedingte Geltung<sup>8</sup> und wird im neueren Europa nicht mehr gesprochen [17]. Heftige Debatten stimmten seine Forderungen seit dem 19. Jahrhundert und namentlich in den letzten Jahrzehnten auf die Lebensbedingungen der Gegenwart ab. Keine Debatte ist abgeschlossen. Doch Koordinaten der Entwicklung sind erkennbar.

Wie alle Bioethik unterliegt die Medizinethik einem Dilemma: Sobald sie um der Lebenswirklichkeiten willen auf eine Unbedingtheit der Reflexion verzichtet, was in der Praxis unausweichlich ist, kann sie weltweit obligatorische Normen für konkrete Fragen nur eingeschränkt entwickeln und durchsetzen [18-20]. Das begrenzt ihre Tragweite [21], ohne die Aufgabe zu mindern. Denn da es nachvollziehbarer Begründungen für medizinisches Handeln gegenüber Dritten in Gesellschaft, Politik und Berufsstand bedarf, wachsen die Anforderungen an ethische Plausibilitäten im Sinne vorläufig vernünftiger, langfristig bewährter und reflektierter Rahmenbildungen.

Deren Überzeugungskraft wächst, je weiter sie in Geschichte und Horizont ausgreifen. Darum erinnerte *Otfried Höffe* die internationale Bioethik vor kurzem unter anderen an die griechischen Kardinaltugenden und die Menschenwürde, die unsere Kultur direkt und über die Vermittlung des Christentums bestimmen, ohne ans Abendland gebunden zu sein.<sup>9</sup> Für die Medizin dürfen wir den Rahmen etwas enger setzen. Die Aktualisierung der klassischen hippokratischen Normen besitzt bereits in sich hohe Konsensfähigkeit:

Ihrem klassischen Kern zufolge dürfen die Ärzte nicht schaden („non nocere“), müssen zum Wohl der Kranken handeln („benefice-



re“), uneingeschränkt Leben schützen (angliziert: „preserve life“), ihre Kunst „lauter und rein“ (ohne Verfehlungen und auf dem bestmöglichen Stand der Ausbildung) bewahren und untereinander einen ethisch bewussten Ärztestand formen [16, S. 245f.]. An diesen Kern lagerten sich im 20. Jahrhundert zwei zusätzliche Schwerpunkte an: Die Patientenautonomie sei strikt zu achten (in Opposition gegen einen älteren ärztlichen Paternalismus) und soziale wie berufsständische Gerechtigkeit zu gewährleisten.<sup>10</sup> Im ästhetisch-medizinischen Bereich wirkt sich vor allem die neue Betonung der Patientenautonomie intensiv aus. Die erhöhte Aufmerksamkeit für die Anliegen der Patienten verlagert nämlich die Koordinaten auch im erweiterten ethischen Feld. Bei den behandelnden Ärzten erhöht sich das Gewicht auf dem „beneficere“, dem „Wohltun“ im Sinne einer Durchführung der von

8: Die Eidesformel ist in sich als bedingt anzusehen. Denn sie fußt auf der Bedingung, dass *Apollo*, *Asklepios*, *Hygieia* (die göttlich personalisierte Gesundheit) und *Panakeia* (die göttlich personalisierte Allheilerin), bei denen geschworen wird, real wirken, Segen verleihen und Sanktionen verhängen können. Entsprechend schließt sie: „Wenn ich nun diesen Eid treu halte [...] möge ich von meinem Leben und meiner Kunst Segen haben [...]; wenn ich ihn aber verletze [...] möge mich das Gegenteil hiervon treffen“ (Zitat aus der Übersetzung des Eides [16, 245f.]).

9: Auch um einer Ethikvergessenheit in der Realität medizinischen Handelns zu wehren [22].

10: Siehe die internationalen Formulierungen seit dem *Belmont Report* [23] und ihre Anwendungen auf den Bereich der Zahnmedizinethik seit 1988 [24].



den Patienten um ihres Wohlbefindens willen gewünschten Taten. Nehmen wir das Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten hinzu, jede Behandlung „gut“ und medizinisch gelungen durchführen zu können, liegt der Schluss auf der Hand, den weite Bevölkerungskreise in jüngster Zeit vollzogen: Eine ästhetische Behandlung durch einen „guten“, medizinisch fähigen Arzt sei „gutes“ Handeln an den autonomen, für ihre ästhetischen Wünsche verantwortlichen Patienten. Die Plausibilitätskette vervollständigt sich, wenn die Patienten die Verantwortung für ihre Wünsche finanziell übernehmen, somit durch ein finanzielles Opfer die Autonomie und Dringlichkeit des Behandlungswunsches bestätigen. Denn damit verlagert sich die ethische Verantwortung oft unausgesprochen vom Arzt auf die zu Finanzleistungen bereiten Patienten.

Die derzeitige Finanzierungsdiskussion folgt, soweit ich sehe, dieser Tendenz. Die meisten kassenärztlichen ebenso wie die von Privatversicherungen erstatteten Leistungen nehmen ästhetische Behandlungen von vornherein aus, und für die Zahnmedizin mit ihren vielen Übergängen zur Ästhetik wird gern eine nochmals weitergehende Privatisierung der Kosten vertreten, die Behandlung als solche indes in keiner Weise außer durch die Grenzen medizinischen Könnens reglementiert.<sup>11</sup>

Allerdings provoziert dieser Argumentationsgang gravierende ethische Bedenken. Das größte Problem verbirgt sich im Verständnis der Patientenautonomie. Autonomie besagt nämlich ethisch keinesfalls eine in jeder Richtung freie Selbstbestimmung der ästhetischen Wünsche. Vielmehr wird, wer die philosophisch seit 200 Jahren stringenteste Lösung wählt und den Begriff der Autonomie von *Kant* her entwickelt, den Patienten als Subjekt definieren, das gerade in seiner Autonomie die Entscheidung dafür trägt, die Menschheit in der eigenen Person nie zum Zweck zu machen. Der Kreis schließt sich dann zu dem vorangegangenen Abschnitt. Die Autonomie rechtfertigt nicht ästhetische Patientenwünsche, sondern begrenzt sie; allemal, wenn wir zusätzlich die Mitte von *Kants* Ästhetik beachten, jedwede eigene Interessen seien im Urteil, was schön ist, auszuschließen [26, S. 115ff.].

Das Dilemma des zweiten, philosophisch grundsätzlich fragenden Abschnittes wiederholt sich also. Zugleich zeichnet sich in der derzeitigen ästhetisch-ethischen Diskussion interessanterweise ein analoger Kompromiss ab: Der autonome Patient bestimmt die Linien für seine Behandlung, doch im Respekt für das Leben in all seinen, auch seinen eingeschränkten Formen [27, 28]. Er darf das Bestmögliche, das er gesundheitlich und ästhetisch anstrebt, nicht mit einem vollkommenen Leben verwechseln. Die Achtung vor dieser Schranke gibt den Patientenwünschen und den ärztlichen Behandlungen Freiräume, verwehrt indessen Beliebigkeit.

Betrachten wir von da aus die weiteren Koordinaten und beginnen beim Bild des Arztes. In den letzten Jahrzehnten verbreitete sich zusammen mit dem oberflächlichen Verständnis der Patientenautonomie unter vielen Patientinnen und Patienten der Wunsch nach dem „sympathischen“ Arzt, der sich ihrem Wunsch zuneigt und sein Können in ihren Dienst stelle. Den ärztlichen

11: Vergleiche als Rahmen die Tendenz zu einem „normativen Individualismus“ [25].

Paternalismus beendetete das mit guten Gründen. Indes instrumentalisiert es den Arzt oft verdeckt für Interessen, die überprüft werden müssen. Positiv gewendet: Soll die Patientenautonomie ethisch gelingen, bedarf sie einer ärztlichen Autonomie als Gegenüber. Eine ärztliche Empathie für die Anliegen der Patienten hat ungeachtet ihrer humanen Kostbarkeit Grenzen zu beachten [29].

Vollends ungut wird die Lage, wenn eine Privatisierung der Kosten die Spannungen des Entscheidungsfelds lösen soll. Denn diese Privatisierung erweckt den Eindruck, die private Bezahlung treffe die ethische Entscheidung oder erleichtere sie zumindest. Dabei bringt die Gabe und Annahme von Geld in die Behandlung eine dritte, der Behandlung selbst gegenüber fremde Größe ein, ist ethisch mithin ein heteronomes, also fremdbestimmtes Unterfangen.<sup>12</sup> Die Heteronomie aber schafft einen unlösbaren Folgekonflikt:

Falls die Rechtsentwicklung ästhetisch motivierte Behandlungen und solche mit hohem ästhetischem Anspruch privatisiert und dadurch finanziell schwache Patienten überfordert, beteiligen sich Ärzte, die trotzdem Wünsche finanziell schwacher Patienten erfüllen, an deren finanzieller Gefährdung.<sup>13</sup> Falls die Ärzte in Reaktion darauf die Behandlung auf finanziell solvente Klienten einschränken, setzen sie sich einem Dilemma ihres ärztlichen Selbstbewusstseins aus:

□ Entweder die nicht finanzierten Leistungen werden für nicht medizinisch geboten erklärt. Dann fallen entsprechende Eingriffe, von der herkömmlichen Medizinethik her gesehen, aus dem gebotenen, medizinischen Handeln heraus; die standesethische Verpflichtung der hippokratischen Tradition verfällt.

□ Oder die Ärzte halten die nicht finanzierten Leistungen für medizinisch geboten und dennoch nicht durchführbar; dann unterliegen sie einer illegitimen Eingrenzung des Gebots, allen wohl zutun, die medizinischer Hilfe bedürfen.

Weiter gedacht, tut sich auf der einen Seite die Gefahr auf, ästhetische Medizin sei eine private Dienstleistung und daher nicht mehr im ethisch-hippokratischen Sinn gebunden: unverkennbar bereits eine Grauzone in der Schönheitschirurgie. Auf der anderen Seite laden sich die Mediziner, die dem entgegen wollen, ethische Schuld auf durch das Zuge-



ständnis, ästhetische Medizin an Finanzschwachen sei zwar erforderlich und daher ethisch gefordert, aber bedauerlicherweise von ihnen nicht bezahlbar.

Die derzeitige Finanzierungsdiskussion der Medizin schiebt den Zwang, mit dem Dilemma zu leben, letztlich den Ärzten zu. Als Folge könnte sich der Berufsstand teilen. Privat finanzierte ästhetische Medizin würde dann zum eigenen dienstleistenden Berufszweig, der sich aufgrund der Ausbildung „Medizin“ nennen würde, doch ethisch vom Ärztestand hippokratischer Tradition zu trennen und als eigene Größe zu erörtern wäre. Paradoxerweise zeichnet sich eine dritte, die hippokratisch unbefriedigendste Lösung ab: Die Privatisierung ästhetischer orientierter Behandlungen lässt sich bei den Finanzierungsträgern nicht aufhalten, aber der Berufsstand toleriert trotz Bedenken die ethisch freie Dienstleistung.

12: Weshalb die klassische Medizinethik die Annahme von Geld durch die Ärzte über deren Alimentierung zum Lebensunterhalt begründete, nicht durch die ärztlich dargebotenen Leistungen; bes. rigide war Galen, Die Kräfte der Physis I Kap. 5ff. (bei Rüegg ausschnittsweise in der Übersetzung O. Clavuot wiedergegeben [16, S. 261-265]).

13: Und bekanntlich ist auch in einigen sozial schwachen Gruppen die Bereitschaft ausgeprägt, trotz schmaler Kassen hohe ästhetische Ausgaben zu tragen.



Wechseln wir auf die Patientenseite. Dort bricht das Gerechtigkeitsproblem gleichfalls auf. Denn keine Ethik kann darauf verzichten, finanziell solvente Menschen an die durch ihre besonderen Möglichkeiten gegebenen Verpflichtungen zu erinnern. Wir haben die Wahl zwischen *Kants* Pflichtethik, *Schmids* Philosophie der Lebenskunst [3, S. 279 u.ö.] oder der gegenwärtig wirksamsten politischen Ethik, *John Rawls'* Theorie der Gerechtigkeit. Stets erinnern sie uns daran, dass der Mensch grundsätzlich gleich und deshalb nach *Rawls* „Fairness“ geboten sei, die die Interessen eines jeden Gesellschaftsgliedes angemessen berücksichtigt [30-32]. In den sozialstaatlichen Regelungen seit Ende des 19. Jahrhunderts übernahm der Staat die Sorge dafür. Die jüngste Diskussion verschiebt nun, wer diese Fairness zu gewährleisten habe, auf den Einzelnen: Wenn Staat und Kassen sich zurückziehen, geht die Herausforderung, die ausgleichende Gerechtigkeit persönlich zu gewährleisten, und damit die ethische Last auf die einzelnen gesellschaftlichen Subjekte über.<sup>14</sup> Freilich, werden sie dadurch nicht überfordert? Unversehens hat sich unser medizinethisches Problem in ein sozial- und politisch-ethisches verwandelt. Gerade das indes kennzeichnet am entschiedensten die Komplexität der gegenwärtigen Situation. Fassen wir sie zusammen:

□ Die Medizin – Zahnmedizin, Chirurgie etc. – hat neue ästhetische Kompetenzen entwickelt, die zu einem Gutteil legitime, an Grenzen allerdings nicht mehr gerechtfertigte Wünsche wecken.

□ Gleichzeitig ist eine Finanzkrise des Gesundheitswesens entstanden, die die Grauzone zwischen berechtigter und nichtberechtigter Behandlung für eine ethisch problematische Privatisierung von Kosten nützt.

Auf den ersten Blick tritt durch diese Privatisierung eine Erleichterung des Handelns in den Praxen ein. Auf den zweiten Blick erhöhen sich die ethischen Probleme für die Ärzte und Patienten. Klar ist alles in allem:

- Ästhetische Anliegen und Selbstentwürfe der Patienten sind legitim.
- Die Verbindung funktionaler und ästhetischer Behandlung ist hohe ärztliche Kunst.
- Isolierte ästhetische Behandlungen sind nur nach sorgfältiger, verantwortlicher Prüfung ethisch begründbar.

Ein wachsender Konflikt droht zugleich über die Finanzierungsfrage. Sozial- und medizinethisch bedenklich wäre, den Vollzug ästhetischer Behandlungen allein über eine Privatisierung der Kosten zu regeln. □

14: Die Diskussion ist hier inhaltlich über den Beitrag von Austin [33] hinaus zu führen.

**Kontaktadressen:**  
**Prof. Dr. Martin Karrer**  
**Kirchliche Hochschule Wuppertal**  
**Missionsstraße 1A**  
**D - 42285 Wuppertal**  
**Fon +49 (0) 2 02. 8 91 95**  
**Fax +49 (0) 2 02. 2 82 01 01**  
**karrer@uni-wuppertal.de**

**Dr. Jan Hajtó**  
**Weinstr. 4**  
**D - 80333 München**  
**Fon +49 (0) 89. 2 42 39 91-0**  
**hajto@iconz.de**

## Literatur

- [1] Rule JT, Veatch RM: Ethical Questions in Dentistry, Chicago 1993.
- [2] Karrer M: Ethik und Ästhetik – Perspektiven für die Zahnmedizin, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 54, 1999, 424-437.
- [3] Schmid W: Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung, stw 1385, Frankfurt a.M. 1998.
- [4] Karrer M: Das Schöne, das Gesicht und die Zähne – Blicke in die Ästhetik, Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 57, 2002, 515-525.
- [5] Gubala W: Personalistic Conception of Medical Ethics in John Paul II Teaching, in: Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001, 409-414.
- [6] Habermas J: Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?, Frankfurt a.M. 2001.
- [7] Karrer M: Zwischen sinnvollen Korrekturen und Schönheitswahn: Ethik der zahnärztlichen Ästhetik, Dental Magazin 2/2002, 40-43.
- [8] Jaeger R: Der Arzt im Wettbewerb – Perspektiven und Grenzen der Werbung in der nationalen und europäischen Rechtsentwicklung, Vortrag beim Europäischen Forum Zahnmedizin in Frankfurt a.M., Kurzbericht in Dental Magazin 2/2003, 86-87.
- [9] <http://patientenstellen.de/patientencharta.html>.
- [10] Kant I: Die Metaphysik der Sitten, Akademieausgabe 6, Berlin 1914.
- [11] Foucault M: Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften, Frankfurt a.M. 1969.
- [12] Foucault M: Der Gebrauch der Lüste, Frankfurt a.M. 1997.
- [13] Foucault M: Zur Genealogie der Ethik, in: Dreyfus HL, Rabinow P, Foucault M: Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik, Frankfurt a.M. 1987, 265-292.
- [14] Köglér HH: Michel Foucault, Sammlung Metzler 281, Stuttgart 1994.
- [15] Kant I: Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Akademieausgabe 7, Berlin 1917.
- [16] Rüegg W: Antike Geisteswelt I. Eine Sammlung klassischer Texte, dtv 419, München 1967.
- [17] Nutton V: Hippocratic Oath, Brill's New Pauly. Preview, Leiden usw. 2002.
- [18] Korff W (Hrsg.): Lexikon der Bioethik [Elektronische Ressource], Gütersloh 2002.
- [19] Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001.
- [20] Düwell M, Steigleder K (Hrsg.): Bioethik. Eine Einführung, stw 1597, Frankfurt a.M. 2003.
- [21] Würmeling HB: Bioethics, Rooted in „Weltethos“ or in Christian Culture?, in: Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001, 17-22.
- [22] Höffe O: Medizin ohne Ethik?, Edition Suhrkamp 2245, Frankfurt a.M. 2002.
- [23] Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics, New York 1989.
- [24] Gilbert JA: Ethics and esthetics, The Journal of the American Dental Association 117 (1988), 490.
- [25] Daumann F: Interrelations of Ethics, Politics and Economics in Health Care – Experiences with the German Health Care System, in: Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001, 447-451.
- [26] Kant I: Kritik der Urteilskraft, stw 57, Frankfurt a.M. 1974.
- [27] Irrgang B: Grundriß der medizinischen Ethik, UTB 1821, München 1995.
- [28] Beckmann JP: On the Philosophical Foundations of Bioethics, in: Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001, 31-39.
- [29] Gaertner H: Doctor and Patient – Empathy or Sympathy? in: Schauer AJ, Schreiber HL, Ryn Z, Andres, J Hg., Ethics in Medicine, Göttingen 2001, 231-237.
- [30] Rawls J: Theory of Justice, 1971, dt. Eine Theorie der Gerechtigkeit, stw 271, Frankfurt a.M. 1988.
- [31] Gosepath S: Rawls, John, in: Metzler Philosophen Lexikon, hg. v. Bernd Lutz, Stuttgart. Weimar 21995, 725-730.
- [32] Rawls J: Gerechtigkeit als Fairneß. Ein Neuentwurf, Frankfurt a.M. 2003.
- [33] Austin SE: Medical Justice: a Guide to Fair Provision, International Healthcare Ethics 5, Frankfurt a.M. usw. 2001.