

Susanne Brauer

## **Medizin im Dienst der Schönheit: Philosophisch-ethische Überlegungen**

Vortrag am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern am 14. Mai 2013 in  
der Reihe „Medizinhistorische Runde – Frühling 2013:  
Der schöne Körper – Mensch, Medizin, Machbarkeit“

Erlauben Sie mir vorab die Bemerkung, dass es in meinem heutigen Vortrag nicht darum geht, kritisch zu hinterfragen was die einzelne Person alles mit ihrem Körper machen dürfe oder nicht. Es interessiert mich allein der Blickwinkel der Medizin: Was darf die Medizin tun? Welche Körpermanipulationen oder – veränderungen dürfen Ärztinnen und Ärzte aus rein ästhetischen Gründen mit medizinischen Mitteln vornehmen? Oder anders gewendet: Darf sich die Medizin auch in den Dienst der Schönheit bzw. von Schönheitsidealen stellen?

Schönheit ist kein Ziel der Medizin. Sie werden nach dem Wort vergeblich suchen, wenn Sie beispielsweise den Bericht der Expertengruppe zum Projekt „Zukunft Medizin Schweiz: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts“ von 2004 lesen. Und dieser Bericht ist für die normative Ausrichtung der Medizin in der Schweiz massgeblich, denn die Expertengruppe setzte sich aus Vertretungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte sowie der fünf Medizinischen Fakultäten zusammen. Also aus all den wichtigen Institutionen der Medizin, die auch die standesethischen Rahmenbedingungen für den Arztberuf festlegen. Laut dem Bericht dieser Expertengruppe gehe es in der Medizin darum, Einschränkungen der somatischen, psychischen und sozialen

Funktionsfähigkeit zu beheben, das körperliche und psychische Wachstum zu fördern, körperliche und seelische Leiden zu lindern, kranke Menschen zu betreuen und zu pflegen, Leben zu retten und die Gesundheit zu erhalten sowie gegen Krankheit und Unfall präventiv vorzugehen. Die Medizin geht also präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ vor. Oder, auf die kurze Formel gebracht: In der Medizin wird Gesundheit gefördert, Leben gerettet, Krankheit geheilt und – wo dies nicht mehr möglich ist – Schmerz und Leid gelindert sowie Kranke gepflegt. Wieso sollte Schönheit also ein Thema der Medizin sein?

Dass sie ein Thema ist, lässt sich kaum bestreiten. Seit der Antike ist die Kosmetik und Diätetik ein Teil der Medizin. Auch Schönheitsoperationen, die heutzutage ein etabliertes Feld in der Medizin darstellen, sind keine neue Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten. Die Grundlagen der modernen plastischen Chirurgie reichen bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück (Piza-Katzer & Kummer 2007). Hervorzuheben sind hier die Entwicklungen des Berliner Ordinarius für Chirurgie Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847), der die Tenotomie der Achillessehne beim Klumpfuß, die Äthernarkose, die Zirkumzision und operative Methoden zur Schielbehandlung einführte und erprobte. (Vor allem die Erfindung der Narkose war für die Chirurgie ein entscheidender Schritt.) Die ersten Gesichtsstraffungen führten Eugen Holländer (1867-1932) in Berlin und Erich Lexer (1867-1937) in Königsberg durch. Bald schon wurde der sogenannte kranke, unschöne und alternde Körper auch mit einem kranken Geist assoziiert. Der Begriff der „psychischen Gesundheit“ wurde eingeführt und kulturspezifisch-ideologisch ausgelegt. Die Medizin mit ihren neuen technischen Entwicklungen wurde also auch in den Dienst gewisser Schönheitsideale gestellt, die ideologisch mit rassenkundlichen, aus heutiger Sicht rassistischen Annahmen unterfüttert wurden. Die plastische Chirurgie wurde aber nicht nur eingesetzt, um Alterserscheinungen und sogenannte auffallende „Rassenmerkmale“ zu korrigieren. Vor allem in den ersten und zweiten Weltkrieg wurden rekonstruktive Eingriffe an Verstümmelten vorgenommen, z.B. die Rhinoplastik. Zunehmend diente die moderne Chirurgie auch zur Schaffung eines erotischen

Körpers. Die Entwicklung der Mikrochirurgie in den 1970-er Jahren stellt einen weiteren Meilenstein der modernen Chirurgie dar. Zusammenfassend kann man also festhalten, dass ästhetische Operationen an sich keine neue medizinische Tätigkeit sind, sich jedoch Mittel und Methoden weiterentwickelt haben, sich der Zugang zur Schönheitsoperation verändert hat (worauf ich noch eingehen werde) und wohlmöglich auch die Ziele und Zwecke, die mit solchen Eingriffen verfolgt werden.

Wie sieht die Situation in der Schweiz heute aus? 2008 wurden in der Schweiz rund 50'000 kosmetisch-chirurgische Eingriffe durchgeführt. Zu den häufigsten Eingriffen zählen Brustvergrößerungen, Nasenkorrekturen sowie Oberlid- und Unterlidplastiken. Hinzu kommen jährlich rund 400'000 Antifaltenbehandlungen, also das Aufspritzen von Falten in der Regel mit Botulinumtoxin. Im europäischen Vergleich liegt die Schweiz damit an der Spitze der Botulinumtoxin-Statistik. Der Markt für Schönheitsoperationen wird auf 600 bis 700 Millionen Franken geschätzt, mit einem jährlichen Wachstumspotential von rund 15 Prozent. Diese Entwicklung stösst auf breite Zustimmung, vor allem bei denjenigen, die sie nutzen, nämlich Frauen, oft auch junge Frauen unter 30 Jahre. Laut einer repräsentativen Studie von Acredis, einem unabhängigen Beratungszentrum für plastische und ästhetische Chirurgie, halten 40 Prozent der Schweizerinnen Schönheitsoperationen für etwas Alltägliches. Jede vierte Frau könnte sich sogar einen solchen Eingriff grundsätzlich vorstellen. 4,3 Prozent der 675 befragten Frauen gaben an, sich bereits einer Schönheitsoperation unterzogen zu haben. Zunehmend greifen auch Männer auf Schönheitsoperationen zurück. Damit hofft man seine Ausstrahlung von Attraktivität, Vitalität und Leistungsfähigkeit zu verbessern, im Privatleben wie auch im Berufsleben. Ein einfacher Zugang zu minimal-invasiven Eingriffen unterstützt diesen Trend. Mittlerweile bieten Walk-in-Praxen an zentralen Stellen (zum Beispiel im Zürcher Hauptbahnhof) Dienstleistungen wie das Aufspritzen von Falten mit Botulinumtoxin an, schnell und unkompliziert, quasi als kleiner Zwischenstopp auf dem Arbeitsweg. Leistungserbringer sind auch hier allein Ärztinnen und Ärzte, denn nur sie haben

Zugang zum Nervengift Botulinumtoxin und das nötige medizinische Fachwissen, es kundengerecht und in Abwägung möglicher Risiken zu verabreichen.

Gegen diesen sich stark entwickelnden Wirtschaftszweig der Medizin sind von ethischer Seite Bedenken geäußert worden, die ich im Folgenden kurz aufzählen möchte. Ich denke, schon angesichts der Zahlen liegt der Gedanke nahe, dass hier eine neue Qualität der Schönheitsmedizin oder Life-Style-Medizin erreicht ist, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts aufgrund der seltenen, kostspieligen Eingriffe noch nicht vorhanden war. Für meine folgenden Überlegungen interessieren dabei nur ästhetische Eingriffe, die als verbessernde Eingriffe bewertet werden. Andere Bereiche der plastischen und ästhetischen Chirurgie wie funktionelle Eingriffe, die auch ästhetische Nachteile beheben oder rekonstruktive Eingriffe, z.B. die Rekonstruktion des Gesichtes nach einem Verbrennungsunfall oder das Brustimplantat nach einer Brustentfernung aufgrund einer Krebserkrankung, lasse ich in meinen Betrachtungen aussen vor. Denn solche Eingriffe versuchen einen „normalen“ Zustand wieder herzustellen, eine Stigmatisierung und Ausgrenzung zu verringern und damit die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das heisst nicht, dass solche Eingriffe nicht auch ethisch schwerwiegende Fragen aufwerfen können. Ein prominentes Beispiel für eine solche Problematik sind geschlechtsbestimmende Operationen bei einem Menschen, der mit einem Geschlecht geboren wurde, welches nicht eindeutig als männlich oder weiblich bestimmbar ist. In solchen Fällen wurde früher durch einen operativen Eingriff, der irreversibel ist und in einen hochsensiblen Bereich eingreift, ein männliches oder (meist) weibliches Geschlecht konstruiert und damit eine gesellschaftliche Normierung vorgenommen. Diese Praxis geriet in den letzten Jahrzehnten unter sehr starke Kritik. In Folge hat sich auch der Umgang mit Menschen mit Geschlechtsvarianten in der medizinischen Praxis geändert. So gehört eine geschlechtsbestimmende Operation nicht mehr selbstverständlich zum Behandlungsstandard.

Zurück zu medizinischen Eingriffen, die unter ästhetischen Gesichtspunkten eine Verbesserung des Erscheinungsbildes eines Menschen anstreben, dessen Aussehen bereits in den Bereich des Normalen fällt. Zunächst wird darauf hingewiesen, dass sich bei medizinischen Schönheitsbehandlungen das traditionelle Arzt-Patienten-Verhältnis zu einem Kundenverhältnis wandelt. Das hat folgende Implikationen. Seit dem hippokratischen Eid ist das Patientenwohl und das ärztliche Verbot keinen Schaden zuzufügen oberstes Prinzip allen ärztlichen Handelns. Von diesem Prinzip rückt man im Bereich der ästhetischen Medizin ab. Denn an Stelle des Patientenwohls tritt der Kundenwunsch, also ein subjektives Anliegen, das nicht durch eine medizinische Grundlage gestützt ist. Kritisch betrachtet kann in einer Schönheitsbehandlung auch eine Verletzung des Prinzips des Nicht-Schadens gesehen werden, denn auch mit der Behandlung von Botulinumtoxin und schon gar bei Schönheitsoperationen wird die behandelnde Person Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die nicht in ein Verhältnis zu einem medizinischen Nutzen gesetzt werden können – da der Nutzen, der aus der Intervention gezogen wird, schon *per definitionem* rein persönlicher, nicht aber medizinischer Natur ist. Ebenfalls wird aus ethischer Sicht bemängelt, dass die Motivation der Arztperson bei Schönheitsbehandlungen in unverblümter Weise ökonomisch ist. Es wird eine Dienstleistung verkauft und der exklusive Zugang zu Medikamenten sowie die Verfügung über medizinisches Fachwissen zweckentfremdet und für den eignen wirtschaftlichen Vorteil genutzt. Insgesamt wird mit dieser Entwicklung eine Erosion des Arztethos und auch des Ansehens der Ärzteschaft in der Gesellschaft befürchtet. Wenn der Arztberuf nicht mehr auf das Heilen, Lindern und Pflegen ausgerichtet ist, sondern auch die Erfüllung von medizinisch nicht relevanten Wünschen mit medizinischen Mitteln umfasst, kann damit eine Konfusion ausgelöst und das Vertrauen in die Ärzteschaft untergraben werden. Denn als Patientin kann ich unter Umständen im Unklaren darüber sein, ob die Behandlung meinem gesundheitlichen Wohl oder bloss den wirtschaftlichen Interessen der Arztperson dient. Soweit die gängige Kritik der Ethik an der Schönheitsmedizin.

Gerne möchte ich mich dem Thema nochmals von einer anderen Seite her näher, nämlich über den Begriff „Enhancement“. Medizinische Behandlungen, die in den Dienst der Schönheit gestellt werden, können nämlich als eine Form von Enhancement verstanden werden. In einer Studie, die TA-Swiss 2011 herausgab, ist Enhancement wie folgt definiert worden:

Enhancement sind „[m]edizinische und biotechnologische Interventionen, die darauf zielen, Menschen in ihren Fähigkeiten und ihrer Gestalt in einer Weise zu verändern, die in den jeweiligen soziokulturellen Kontexten als Verbesserung wahrgenommen wird, deren Zielsetzung nicht primär therapeutischer oder präventiver Art ist“ (Eckhardt et al. 2011, S. 5).

Auf diese Definition stützen sich weitestgehend auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, die ebenfalls 2011 eine Stellungnahme zum Thema verfasste, und das Positionspapier der Arbeitsgruppe der Akademien der Wissenschaften Schweiz (2012). Bemerkenswert an dieser Definition ist die Spezifizierung hinsichtlich der Bewertung der Intervention: Sie wird als Verbesserung *wahrgenommen*, und zwar abhängig vom *soziokulturellen Kontext*. Das heisst, die Bewertung einer Intervention erfolgt subjektiv bzw. intersubjektiv aus Sicht des Individuums und der Gesellschaft. Eine *objektive* Messbarkeit der mit medizinischen Mitteln erzielten Veränderung spielt bei der *Bewertung* einer Intervention als eine *Verbesserung* keine Rolle. (Oder zumindest keine so entscheidende Rolle, als dass sie in der Definition Erwähnung fände.) Diese Beobachtung halte ich für sehr wichtig. Denn sie macht deutlich, dass die Medizin bei Enhancement-Interventionen in den Dienst *normativ-soziokultureller* Bewertungen von Aussehen oder (im Fall von pharmakologischen Enhancement) von emotional-sozialen Verhaltensweisen und kognitiven Leistungen gestellt wird – und eben nicht oder nicht primär eine naturwissenschaftlich-biologische Sichtweise heranzieht.

In einer ethischen Analyse von medizinischen Schönheitsbehandlungen ist dies zu berücksichtigen. Nehmen wir ein Beispiel aus einem der wachstumsstärksten

Bereichen der Schönheitsoperationen: Operationen am weiblichen Genital, zu denen Schamlippenverkleinerungen und –vergrößerungen, Hymenrekonstruktionen, Vaginastraffungen oder auch Aufspritzen des G-Punktes gehören. Dass solche Operationen, die keinen medizinischen Zweck erfüllen, zugleich aber teilweise Risiken wie Infektion, Gefühlslosigkeit, Vernarbungen und andere Komplikationen bergen, medizinrechtlich überhaupt durchgeführt werden dürfen, liegt ethisch betrachtet im Respekt vor der Autonomie der einzelnen Person begründet, mit ihrem Körper nach eigenen Vorstellungen verfahren zu dürfen. Dennoch gibt es ein paar Bedingungen, die für die Rechtmässigkeit des Eingriffes erfüllt sein müssen, damit eine Drittperson sie vornehmen darf. So muss die Frau, die sich der Operation unterziehen will, hinreichend und sachgerecht über die Risiken aufgeklärt werden; sie muss urteilsfähig sein und dem Eingriff zustimmen. Für den Arzt oder die Ärztin besteht das Verbot, für Behandlungen zu werben. Auch muss die Fachperson sicher gehen, dass der Wunsch der Frau nicht Teil eines psychiatrischen Krankheitsbildes ist, z.B. der Schizophrenie oder der Dysmorphophobie, wonach der Mensch glaubt wegen eines körperlichen Merkmals hässlich zu sein, jedoch diesen Glauben auch nach Korrektur des Merkmals nicht verliert. Sind diese Bedingungen erfüllt, darf die Arztperson ihr Fachwissen auch dort einsetzen, wo keine medizinische Notwendigkeit für den Eingriff besteht. Den Nutzen, den die Frau aus der Operation bezieht, soll sowohl physischer als auch psychischer Natur sein. Mit der Operation wird ein subjektives „Leid“ beseitigt, das jedoch klar keinen Krankheitswert besitzt. (Hier sei die kritische Anmerkung erlaubt, dass man bei dem Modell einer Walk-in-Praxis bezweifeln kann, ob dem Entscheidungsprozess der Kundin bzw. des Kunden genügend Zeit eingeräumt wird und auch die Abklärung, ob z.B. ein krankhafter Zustand zum Wunsch der behandelnden Person führt, angesichts der zeitlichen Knappheit überhaupt mit der angemessenen Sorgfältigkeit durchgeführt werden kann.)

In der medizinrechtlichen Beschreibung wird deutlich, dass die ethischen Fragen auf der personellen Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung gelöst werden. Primär

geht es um die Abwägung eines Risiko-Nutzen-Verhältnisses im individuellen Fall. Dabei kann der Nutzen auch rein subjektiver Natur sein. Fällt die Beurteilung von Risiko und Nutzen zugunsten des Eingriffes aus und sind weitere Bedingungen wie Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit erfüllt, gibt es keine Gründe, den Eingriff zu verweigern. Ich denke, diese medizinrechtliche Betrachtungsweise greift zu kurz und zwar aus folgenden Überlegungen.

Zunächst ist nachzufragen, wie der Wunsch der Frau, ihre Genitalien operieren zu lassen, überhaupt zustande kommt. Diese Wünsche sind nicht losgelöst vom kulturellen Kontext zu verstehen. Nehmen wir das Beispiel Hymenrekonstruktion, also der Wiederherstellung des Jungfernhäutchens (für das Folgende: Wild 2012). Darunter versteht man eine gynäkologische Operation, bei der die Schleimhaut am Vaginaleingang so vernäht wird, dass beim nächsten Geschlechtsverkehr mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Blutung stattfindet. Für diesen Eingriff gibt es keine medizinische Indikation und auch keinen Operationsstandard. Fundierte Kenntnisse für Risiken und Komplikationen fehlen. Der Wunsch nach einer Hymenrekonstruktion steht im Zusammenhang mit der volkstümlichen Annahme, dass die Jungfräulichkeit durch eine Blutung bei der Defloration bewiesen werden kann. Der Beweis der Jungfräulichkeit der Frau hat dabei vor allem im religiösen Kontext eine hohe Bedeutung. Dieser Umstand ist jedoch kritisch zu bewerten, da der Nachweis der Jungfräulichkeit nur von der Frau, nicht aber vom Mann eingefordert wird, und der fehlende Nachweis zu verheerenden, sogar gewaltsamen und lebensbedrohlichen Folgen für die Frau führen kann. Wie die Bioethikerin Verina Wild resümiert, „existiert [eine] umfangreiche Literatur zum Thema Jungfräulichkeit, wobei der Kontext der patriarchalen Machtstrukturen und die erwartete Subordination der Frauen häufig deutlich herausgestellt werden“ (Wild 2012, S. 277). Der Wunsch nach einer Hymenrekonstruktion wurzelt also bereits historisch gesehen in den ungleichen Machtverhältnissen von Männern und Frauen.



Dennoch könnte man aus Sicht der klinischen Ethik die Position vertreten, dass ein solcher Eingriff durchaus vorgenommen werden darf. So würde man dem Wunsch der Frau nachkommen und damit ihre Selbstbestimmung respektieren (Prinzip der Autonomie). Bei einem minimalen Eingriff würde man ihr auch keinen Schaden zufügen (Prinzip des Nicht-Schadens) und sogar einen grösseren Schaden abwenden, im Fall dass die Frau Sanktionen bei einem fehlenden Nachweis von Jungfräulichkeit zu erwarten habe (Prinzip des Wohltuns). Ausserdem würde die Frau die Kosten des Eingriffes selbst tragen, so dass die Gemeinschaft dadurch nicht finanziell belastet werden würde (Prinzip der Gerechtigkeit).

Dennoch greift diese Fallbeschreibung zu kurz. Denn mit der Operation werden soziale Zwangsstrukturen für die Frau, die zudem auf anatomischen Fehlannahmen basieren, weil es bei einer Defloration nur in 50% der Fälle zu einer Blutung kommt, aufrechterhalten. Die amerikanische Bioethikerin Margaret Olivia Little spricht im Zusammenhang mit vergleichbaren Fällen von einer „Komplizenschaft“ der Medizin mit ästhetischen Normen, die Teil eines ungerechten, diskriminierenden, sozialen Systems sind (Little 1998). Little führt als Beispiel die Hautaufhellung und Gesichtschirurgie afro-amerikanischer Menschen an, die damit ihr Aussehen an das von mitteleuropäischen Menschen angleichen wollen. Dass ein mitteleuropäisches Aussehen als Standard genommen wird, ist ihrer Meinung nach kein Zufall und kann nicht losgelöst von der Kolonialgeschichte und damit verbundenen Sklaverei und Unterdrückung afrikanischer Menschen verstanden werden. Das Ideal, das durch Schönheitsoperationen angestrebt wird, basiert also historisch auf einer rassistischen Ideologie und diskriminierenden Gesellschaftsstruktur. Als Institution trägt nun die Medizin damit bei, dass solche ungerechten gesellschaftlichen Systeme perpetuiert werden und der soziale Druck, der das individuelle Leid erzeugt nicht so auszusehen wie die „überlegene Rasse“, weiter bestehen bleibt. In diesem Zusammenhang wird auch von einem „Paradoxon der erzwungenen Freiwilligkeit“ (K.P. Morgan) gesprochen, welches die alleinige

Konzentration auf den geäusserten Klientinnenwunsch zur moralischen Begründung eines Eingriffes als Farce erscheinen lässt. *Wie* der Wunsch zustande kommt und *welche gesellschaftlichen Werte und Normen* darin Ausdruck finden, dürfen auch für eine Medizin, die sich primär als wunscherfüllend versteht, nicht gleichgültig sein. Die Medizin als Institution bedient und stützt mit den Leistungen, die sie anbietet, auch bestimmte Werte und Gesellschaftsstrukturen.

Im Einzelfall können für die Ärztin oder den Arzt Konflikte zwischen der individuellen und strukturellen Ebene von Gründen auftreten, z.B. wenn die Frau unter Todesangst eine Hymenrekonstruktion erbittet, man einen solchen Eingriff aber als Ausdruck einer ungerechten Sozialstruktur ablehnt. In ihrem Forschungsprojekt zur Hymenrekonstruktion kommt Verina Wild zu dem Schluss, dass grundsätzlich die Operation einer Hymenrekonstruktion vermieden werden soll, ohne aber die Frau im Einzelfall zu gefährden. So solle die Frau über anatomische Fakten und Alternativen zur Operation (z.B. Absetzen der oralen Kontrazeption vor der Hochzeitsnacht) aufgeklärt werden. Entscheidend sei, dass eine Hymenrekonstruktion nicht unkritisch durchgeführt wird und die behandelnde Arztperson aus der Notlage der Frau keinen finanziellen Profit schlägt.

Gegen das von mir vorgebrachte Beispiel der Hymenrekonstruktion könnte man einwenden, dass es einen Randbereich der Schönheitsoperationen betrifft. Die sich darin widerspiegelnde kulturell-religiös bedingte Unterdrückungsproblematik sei nicht repräsentativ für die ästhetische Chirurgie. Zudem sei es eine Errungenschaft der Medizin, eben nicht die Patientenwünsche zu bewerten, sondern als Ausdruck individueller Lebensführung zu respektieren und damit auch einen Pluralismus von Werten und Vorstellungen des guten Lebens anzuerkennen. Gerade diese Überzeugungen (individuelle Autonomie und Wertpluralismus) seien auch politisch gesehen für eine Demokratie entscheidend. Befürworter der wunscherfüllenden Medizin können zudem darauf hinweisen, dass nachweislich das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität durch

Schönheitsoperationen gesteigert werden können. So hat eine im März 2013 veröffentlichte und wohl weltweit grösste Studie dieser Art von Psychologen aus Bochum und Basel eine psychologisch nachhaltige positive Wirkung von Schönheitsoperationen an gesunden Menschen zeigen können. Der Titel der Studie lautet: „Well-being From the Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery“. Ist also die Schönheitsoperation einfach nur eine „Psychologie mit dem Messer“, die letztlich dem seelischen Wohlbefinden, vielleicht sogar der Genesung einer Person dienlich ist?

Meiner Ansicht nach bleibt auch angesichts positiver Effekte auf der individuellen Ebene die ethische Problematik von Schönheitsoperationen auf der strukturellen Ebene bestehen. Denn mit den Operationen wird ein sozialer Druck auf die Personen aufgebaut, die sich nicht operieren lassen und z.B. stärker sichtbaren Altersprozessen ausgesetzt sind oder aufgrund von körperlichen Merkmalen als unattraktiver wahrgenommen werden. Die Medizin leistet hier einer vor allem medial vermittelten Normierungen des Aussehens Vorschub, eine Normierung, die Leid und Benachteiligung bei denen verursacht, die sie nicht erreichen – und damit eine neue Kundschaft für Schönheitsoperationen generiert. Die wunscherfüllende Medizin kann sich dabei nicht auf die Position zurückziehen, dass sie einfach nur Dienstleisterin sei, die Werte, die im individuellen Wunsch nach einer Schönheitsoperation zum Ausdruck kommen, dagegen in der Gesellschaft gebildet werden. Die Medizin als Institution ist ein Teilsystem der Gesellschaft, und zwar ein entscheidendes. Denn aufgrund des hohen Ansehens der Ärzteschaft in der Gesellschaft wird das, was von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird, auch von der Gesellschaft als gut und rechtens wahrgenommen. Oder anders ausgedrückt: die Wichtigkeit und Angemessenheit einer Norm, wie man auszusehen hat, wird dadurch gestärkt, dass die Medizin ein von dieser Norm abweichendes Aussehen korrigiert. Damit ist die Medizin nicht bloss Dienerin von Normen, die sie einfach vorfindet, sondern Erzeugerin und Verstärkerin derselben. Dieser Verantwortung muss sich auch eine wunscherfüllende, ästhetische Medizin bewusst sein – und entsprechend die

Normen auf ihre Vereinbarkeit mit ethischen Grundprinzipien wie beispielsweise Gerechtigkeit zwischen den Geschlechtern oder zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen hinterfragen.

### Literatur (Auswahl)

Akademie der Wissenschaften Schweiz (2012): Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement. ([www.akademien-schweiz.ch](http://www.akademien-schweiz.ch))

Eckhardt, A. / Bachmann, A. / Marti, M. / Rütsche, B. / Telser, H. (2011): Human Enhancement. TA-Swiss 56.

Little, Margaret Olivia (1998): Cosmetic Surgery, Suspect Norms, and Complicity. In: Eric Parens (Hrsg.): Enhancing Human Traits: Conceptual Complexities and Ethical Implications, Georgetown University Press, 1998.

Margraf, J. / Meyer, A.H. / Lavalley, K.L. (2013): Well-being From a Knife? Psychological Effects of Aesthetic Surgery. Clinical Psychological Science, XX(X): 1-4.

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2011): Human Enhancement: Über die Verbesserung des Menschen mit pharmakologischen Mitteln. Stellungnahme 18 ([www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch))

Piza-Katzer, H. & Kummer, S. (2007): Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand. Imago Hominis, 14 (4): 297-306.

Wild, V. (2012): Zum Umgang mit „kulturellen Fragen“ in der klinischen Ethik am Beispiel der Hymenrekonstruktion. Ethik in der Medizin, 24(4): 275-286.

Zukunft Medizin Schweiz: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts. 2004 ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)).