

UTA BITTNER/DOMINIK BALTES/ILONA SZLEZAK/OLIVER MÜLLER

**DER KRANKHEITSBEGRIFF UND SEINE GRENZEN – IMPLIKATIONEN
FÜR DIE ETHISCHE BEWERTUNG VON TECHNIKEN
DER ASSISTIERTEN FORTPFLANZUNG**

Uta Bittner, M.A. und Dipl.-Kauffrau, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Promoviert zum Dr. phil. am Institut für Philosophie der Humboldt Universität zu Berlin, Lehrstuhl für Praktische Philosophie, Rechts- und Sozialphilosophie.

Dominik Baltés, Dipl.-Theologe, Promovend an der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Systematische Theologie, Arbeitsbereich Moralthologie.

Ilona Szlezak, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Oliver Müller, Dr. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, und Leiter der vom BMBF geförderten Nachwuchsgruppe „Zur Relevanz der Natur des Menschen als Orientierungsnorm für Anwendungsfragen der biomedizinischen Ethik“.

Der nachfolgende Aufsatz diskutiert die Grenzen des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffs für die ethische Bewertung von Reproduktionstechniken und zeigt, dass insbesondere der Charakter von Technisierungsprozessen in einer ethischen Stellungnahme berücksichtigt werden muss. Denn Technikanwendung hat immer auch Konsequenzen für Fragen der individuellen Lebensführung. Diese Implikationen sind in einer ethischen Reflexion zu integrieren.

I. EINFÜHRUNG

Seit den 1970er Jahren hat sich in der Reproduktionsmedizin die Zahl der Interventionsmöglichkeiten vervielfältigt. Diesen Möglichkeiten korrespondiert eine wachsende Nachfrage, die wohl nicht zuletzt in den geänderten Lebensgewohnheiten und Transformationen in den Bildungs- und Erwerbsbiografien begründet liegt.¹ Mit der Etablierung der In-vitro Fertilisation (IVF) und der

¹ M. BRECKWOLDT und C. KECK gehen davon aus, dass in der Bundesrepublik Deutschland 10–15% der Paare ungewollt kinderlos bleiben, weisen aber zugleich darauf hin, dass in den letzten Jahrzehnten auch der Anteil der gewollt kinderlos bleibenden Paare deutlich angestiegen sei. Vgl. dies: M. BRECKWOLDT: Störungen der Fruchtbarkeit (2008), S. 84.

Geburt des ersten extrakorporal gezeugten Kindes im Jahre 1978 war ein weiterer Meilenstein zur Modularisierung des Fortpflanzungsprozesses erreicht.² Ging es im Rahmen der ersten IVF-Behandlungen noch darum, die Samenzellen mit den Eizellen der Frau extrakorporal zusammenzubringen, um Krankheitsbilder wie etwa geschädigte Eileiter zu umgehen, so zeigt sich besonders in den vergangenen Jahren die Ausweitung des reproduktionsmedizinischen Angebots auch auf Gesunde.³ Vor allem in den USA wird gesunden Frauen die Entnahme von Eizellen in jungen Jahren inklusive einer anschließenden extrakorporalen Aufbewahrung ihrer unbefruchteten Eizellen von einigen Fertilitätszentren offeriert (Stichwort: „egg freezing“⁴).⁵ Dadurch vollzieht sich eine weitere Abkopplungsstufe: die Fortpflanzungsfähigkeit des Menschen wird von seinem Alterungsprozess abgekoppelt.⁶ Unfertilisierte Oozyten können mittels neuer Einfrier- und Auftautechniken (siehe etwa das Verfahren der Vitrifikation⁷) über mehrere Jahre schadensfrei aufbewahrt und zu einem Wunschtermin aufgetaut, befruchtet und in den Uterus eingesetzt werden. Dadurch entsteht der Eindruck, ungewollte Kinderlosigkeit im fortgeschrittenen Alter der Frau sei nun nicht mehr ein im Zweifelsfall zu akzeptierendes Schicksal, sondern ein frei verfügbares Element der Familienplanung und damit der Lebensführung. Da die natürliche Fruchtbarkeit der Frau bereits ab dem 30. Lebensjahr deutlich abnimmt,⁸ stellt die Möglichkeit der Entnahme und Aufbewahrung entnommener Eizellen in jungen Jahren, also das Anlegen einer extrakorporalen Eizellreserve, wie KAREY HARWOOD schreibt, eine Art „Versicherungsschein“ („‘insurance’ against age-related infertility“⁹) dar, der verheißt, auch in Phasen abnehmender oder gar ganz erschöpfter (ovarieller) Fertilität noch genetisch eigene Kinder bekommen zu können.¹⁰

² Vgl. etwa C. WOOPEN: Fortpflanzung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit (2002), S. 236. Vgl. auch U. BITTNER: Ein Baby namens IVF (2008), S. 10.

³ Vgl. U. BITTNER/O. MÜLLER: Technisierung der Lebensführung (2009), S. 23–45.

⁴ Vgl. J. SAVULESCO/I. GOOLD: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons (2008), 47–58, oder auch K. HARWOOD: Egg Freezing (2009), 39–46.

⁵ Vgl. exemplarisch die Marketingmaßnahmen auf der Homepage des amerikanischen Fertilitätszentrums „Extend Fertility“: <http://www.extendfertility.com> (21.04.2010).

⁶ Vgl. T. EICHINGER/U. BITTNER: Macht Anti-Aging postmenopausale Schwangerschaften erstrebenswert(er)? (2010), 19–32, sowie U. BITTNER: „Großmütter nicht zu Müttern machen“ (2008), S. 9.

⁷ Vgl. N. ZECH u. a.: Vitrifikation von der Eizelle bis zur Blastozyste (2002), 13–18.

⁸ Zur Anzahl der Follikel in den verschiedenen Altersphasen vgl. R. G. GOSDEN: Biology of Menopause (1985), S. 38.

⁹ K. HARWOOD: Egg Freezing (2009), 39–46.

¹⁰ Männer hingegen sind aufgrund ihrer biologischen Ausstattung nicht mit einer solch klaren Fertilitätsgrenze wie der Menopause bei der Frau konfrontiert.

Die ethische Diskussion über die Reproduktionsmedizin hat, je nachdem, welche technischen Verfahren zur Debatte stehen, andere Akzentsetzungen: In der Diskussion um die Rechtmäßigkeit präimplantations- oder pränataldiagnostischer Verfahren (PID, PND) werden häufig anerkennungstheoretische Argumente ins Zentrum gerückt (HABERMAS),¹¹ während IVF als „künstliches“ Verfahren normative Aspekte der „Natürlichkeit“ oder des „Widerfahrnischarakters“ der Fortpflanzung thematisch machen kann (WOOPEN)¹². In anderen Ansätzen wird das „Schicksal spielen“ und der Verlust des „Gabe“-Charakters des Kinderkriegens in das Zentrum der ethischen Reflexion gerückt (SANDEL).¹³ Eine wiederum andere Pointierung haben Überlegungen zur „Geschlechtergerechtigkeit“ sowie zum „Recht auf Fortpflanzung“ (SAVULESCU) im aktuellen reproduktionsethischen Diskurs.

Die Unterscheidung von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ ist jedoch in diesem Feld eine der normativ wirksamsten. Denn eine eindeutige Beantwortung der Frage ‚Ist Infertilität eine Krankheit?‘ scheint gleichzeitig eine eindeutige Antwort zur Legitimationsbasis reproduktionstechnischer Eingriffe zu sein: Wenn Infertilität eine Krankheit ist, dann ist die Linderung bzw. Behebung dieses (Leidens-)Zustandes primäres Ziel der Medizin und damit als eine ethisch gerechtfertigte Maßnahme zu bewerten, so die Argumentation. Diese Argumentation mag auf den ersten Blick überzeugend klingen, doch sind hiermit sowohl medizintheoretische als auch normative Probleme verbunden: Als erstes stellt sich in medizintheoretischer Hinsicht die Frage, ob plausible und eindeutige Kriterien für die Unterscheidung von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ im Falle der Infertilität vorliegen. Daran schließt sich die Frage an, was dieser Befund für die ärztliche Praxis bedeutet. Durch das Krankheitskriterium scheint die Anwendung der entsprechenden Technik selbst prima vista gerechtfertigt, gehört die Behandlung von Krankheiten doch zum traditionellen Selbstverständnis der Medizin. Doch dies ruft die Frage nach der Angemessenheit dieser traditionellen Auffassung medizinischer Praxis an die tatsächliche Komplexität ärztlichen Handelns unter den Bedingungen vermehrter Formen der Technisierung und Medikalisierung der Lebensführung auf den Plan. Liegt in der durch die Fortpflanzungstechniken eingeleiteten Technisierung der Lebensführung nicht vielmehr selbst schon eine eigenständige ethische Problemlage vor – unabhängig von der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit? Dieser Gedanke führt zu der Vermutung, dass die Fokussierung der

¹¹ J. HABERMAS: Die Zukunft der menschlichen Natur (2001).

¹² C. WOOPEN: Die „Natur des Menschen“ (2008), S. 288–302.

¹³ M. J. SANDEL: Plädoyer gegen die Perfektion (2008).

ethischen Debatte um reproduktionsmedizinische Techniken auf den Krankheitsbegriff nicht nur zu kurz greift, sondern auch normative Implikationen der Technisierung verdeckt, die über die Frage nach dem Krankheitsbegriff hinausgehen und unabhängig davon relevante Aspekte beinhalten, die bei der ethischen Evaluierung dieser Verfahren berücksichtigt werden sollten.

Im Folgenden soll dieser für die ethische Einschätzung von reproduktionsmedizinischen Techniken zentralen Problemlage nachgegangen werden. Dabei wird in Abschnitt II zunächst die Frage nach dem Krankheitsstatus von Infertilität in den Blick genommen. Die Anwendung systematisch unterschiedener Krankheitszuschreibungen zeigt, dass zwar grundsätzlich differenzierende Kriterien bereitstehen, um den Krankheitswert von Infertilität zu begründen, diese aber nur für den „Standardfall“ (etwa einer 30-jährigen Frau mit organisch bedingter Unfruchtbarkeit) zu eindeutigen Ergebnissen führen, bei komplexeren Infertilitätsphänomenen aber, wie Infertilität in fortschreitendem Alter oder sozialer Infertilität, ohne gewichtige Zusatzprämissen keine eindeutige Zuordnung ermöglichen. Die in Frage stehenden Phänomene werden durch die Anwendung von Krankheitskriterien weder im Gesamtspektrum ihrer phänomenalen Vielfalt erfasst, noch werden jenseits des Standardfalls liegende Phänomene einer eindeutigen Zuordnung (ohne Zusatzprämissen) zugänglich. Der Befund schränkt nicht nur die Reichweite des Krankheitsbegriffs für die begriffliche Identifizierung des ethisch relevanten Feldes der in Frage stehenden Phänomene empfindlich ein, sondern legt darüber hinaus die Vermutung nahe, dass die Fokussierung auf die Zuschreibung von Krankheit dazu beiträgt, einen wesentlichen Aspekt der Problematik zu verdecken: nämlich die *vorgängige* Veränderung der Lebensführung und der ärztlichen Situation durch die Einführung und Anwendung neuer Technik. Im dritten Abschnitt wird daher der Charakter von Technisierungsprozessen und ihre Auswirkungen auf Lebenswelt und Selbstverständnis des Menschen untersucht (III.1), um eine umfassendere ethische Einschätzung von Reproduktionstechniken zu ermöglichen. Mit Blick auf die konkrete klinische Praxis wird schließlich gezeigt (III.2), dass in der Tat die Anwendung der Techniken weitreichende Folgen für die Lebensführung und Lebensplanung des Menschen hat und sogar zur einseitigen Anpassung von existentiellen Entscheidungen und Lebensführungsfragen an die Funktionsweise und den „Rhythmus“ der Technik führt, was wiederum einen Verlust an ethischen Orientierungspunkten bewirken kann (jedoch nicht notwendigerweise muss).

Abschließend wird das Wechselverhältnis von Krankheitsbegriffen und technischen Möglichkeiten diskutiert, indem eine Verbindung der Gesund-

heits-Krankheits-Unterscheidung mit den für die menschliche Lebensführung einschlägigen Konsequenzen des Technisierungsprozesses in den Blick genommen wird (III.3).

II. ÜBERLEGUNGEN ZUM KRANKHEITSTATUS VON INFERTILITÄT

In formal-juristischer Hinsicht werden Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach §27a SGB V *nicht* als Behandlung einer Krankheit angesehen, sondern lediglich den für die Behandlung einer Krankheit geltenden Regeln der entsprechenden Norm unterstellt. Gleichwohl wird Zeugungs- oder Empfängnisunfähigkeit offensichtlich als Krankheitszustand gewertet, wie aus dem Umstand hervorgeht, dass beispielsweise chirurgische Eingriffe, pharmakologische Verordnungen oder psychotherapeutische Interventionen zur Behebung dieses Zustandes durchaus als Krankenbehandlungen gewertet werden.¹⁴ Doch die Beantwortung der Frage, ob Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit Krankheiten darstellen, hängt jenseits juristischer Festlegungen maßgeblich davon ab, welche Annahmen in Bezug auf das Krankheitsverständnis zu Grunde gelegt werden. Ist Krankheit beispielsweise bereits mit dem Vorliegen einer organischen Funktionseinschränkung gegeben oder muss zumindest noch ein aus dieser Funktionseinschränkung resultierender, individueller Leidenszustand hinzutreten?¹⁵ Es gilt daher, der grundsätzlichen Frage nachzugehen, inwiefern es sich bei reproduktiven Problemen tatsächlich um Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen handelt. In diesem Zusammenhang ist zu diskutieren, welchen Beitrag die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit im Hinblick auf reproduktionsmedizinische Probleme und Entscheidungssituationen überhaupt leisten kann.

¹⁴ Vgl. BVerfG, 1 BvL 5/03 vom 28.2.2007.

¹⁵ So weist etwa N. W. PAUL darauf hin: „Es entsteht ein schwer zu fassender Austausch zwischen gesellschaftlichen sowie kulturellen Vorstellungen von Krankheit einerseits und naturwissenschaftlichen Krankheitsvorstellungen andererseits. Dies gilt sowohl für die Ebene der Wahrnehmung von einzelnen Krankheiten individueller Patienten als auch für die kategoriale Ebene, auf der entschieden wird, wann ein Organismus, wann ein Mensch überhaupt gesund oder krank genannt werden kann. Ob und wann Kinderlosigkeit eine Krankheit ist, hängt ja sowohl von sozialen Werthaltungen und dem Leidensdruck der Frau oder des Paares ab als auch von biologisch-medizinischen Kriterien – etwa dem Alter der Frau.“ N. W. PAUL: *Gesundheit und Krankheit* (2006), S. 140.

1. Probleme bei der Definition eines einheitlichen Krankheitsbegriffs

Prima facie vermittelt die gängige reproduktionsmedizinische Praxis durchaus den Eindruck, dass es sich bei ungewollter Sterilität bzw. Infertilität¹⁶ um Krankheiten handle: Das entsprechende Behandlungsangebot wird von medizinisch ausgebildetem Personal offeriert; die Behandlungen finden in Kliniken, Laboren und Praxen statt; zudem übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen derzeit in Deutschland zumindest hälftig die Kosten für die ersten drei Behandlungszyklen einer IVF- bzw. ICSI¹⁷-Behandlung.¹⁸ Sowohl ärztliches Handeln als auch die Leistungen der Krankenkassen legitimieren sich derzeit üblicherweise durch die Annahme einer medizinischen Notwendigkeit. Der Befund, den die gesellschaftliche Praxis nahelegt, kann für die hiesige Fragestellung jedoch nur ein erster Anhaltspunkt sein. Denn für die ethische Beurteilung stellt sich im Anschluss an den alltagspraktischen Befund die Frage, welche begrifflichen Kriterien und Begründungen für die Einschätzung von Infertilität als Krankheit ins Feld geführt werden können.

Die vergangenen Jahrzehnte haben zur Frage nach der Definition von ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ eine breite Debatte hervorgebracht. Die Diskussion verläuft dabei im Wesentlichen zwischen zwei Argumentationstypen: a) einem naturalistischen Argumentationstypus, der durch naturwissenschaftlich-deskriptives Vorgehen einen objektiven und wertfreien Krankheitsbegriff hervorbringen beansprucht, und b) einem normativen Argumentationstypus, der den Begriff der ‚Krankheit‘ grundsätzlich als einen evaluativen Begriff versteht.¹⁹ Das im Krankheitsbegriff enthaltene Werturteil kann systematisch

¹⁶ Im Folgenden seien die Begriffe Infertilität (Unfähigkeit, Schwangerschaften austragen zu können) und Sterilität (Unfähigkeit, Schwangerschaften erzeugen zu können) synonym verwendet. Auf die Unterschiede soll hier nicht näher eingegangen werden.

¹⁷ Unter ICSI ist eine intracytoplasmatische Spermieninjektion zu verstehen, bei der extrakorporal eine einzelne Samenzelle unter Verwendung einer feinen Pipette in die entnommene Eizelle injiziert wird.

¹⁸ Zur Thematisierung der Verbindung von Krankheit und Leistungspflicht der Krankenkassen vgl. etwa R. ANSELM: *Kinderlosigkeit als Krankheit?* (2003), S. 15–21. Vgl. auch T. KRONES u. a.: *Kinderwunsch und Wunschkind* (2006), S. 51–62. Zur historischen Genese der Kostenregelungen vgl. B. ORLAND: *Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit* (2003), S. 7–31.

¹⁹ Naturalistische und normativistische Argumentationstypen sind hinsichtlich der Frage der Bestimmbarkeit des Krankheitsbegriffs grundsätzlich affirmativ. Daneben gibt es den skeptischen Argumentationstypus, der diese Frage verneint. Die skeptische Position in der Frage des Krankheitsbegriffs bestreitet zum einen, dass angesichts der vielfältigen relevanten Parameter des Phänomens Krankheit eine sinnvolle befriedigende Bestimmung möglich ist, und zum andern, dass eine solche Bestimmung pragmatisch notwendig sei. Vgl. U. WIESING: *Kann die*

betrachtet zum einen ein individuelles Werturteil sein, etwa dass eine Person sich durch einen Zustand beeinträchtigt fühlt. Zum andern kann die Zuschreibung von Krankheit als gesellschaftliche Praxis verstanden werden, die das Wertesystem der betreffenden Gesellschaft widerspiegelt. Im Folgenden sollen diese beiden affirmativen Argumentationstypen erläutert werden, um in Abschnitt c) deren Erklärungspotenzial für die Einordnung des Phänomens der Infertilität zu prüfen.

a) *Die naturalistische Argumentation*

Im Zentrum des naturalistischen Krankheitsverständnisses steht die Auffassung, dass Krankheitsphänomene im Prinzip physikalisch-kausal erklärbar sind und dass diese Erklärung einer „objektiven“ Beobachterperspektive naturwissenschaftlicher Untersuchung zugänglich ist. Den erfolgreichsten Versuch einer naturalistischen Definition von Krankheit hat CHRISTOPHER BOORSE mit seiner theoretischen Bestimmung von Krankheit (*disease*) unternommen.²⁰ Es handelt sich um den Versuch einer rein deskriptiven und wertneutralen Bestimmung von Zuständen als pathologisch nach Maßgabe biologischer Funktionsbestimmungen. Hauptelemente dieser Konzeption sind der Begriff der ‚physiologischen Funktion‘ und der ‚statistischen Normalität‘. Unter einer ‚physiologischen Funktion‘ wird dabei ein Vorgang verstanden, der einen Beitrag für bestimmte evolutionsbiologisch sinnvolle Ziele eines Organismus oder dessen Teil(e) leistet, so etwa für dessen individuelles Überleben oder die Erhaltung der Art. Die Normalität einer Funktion besteht in einem statistisch typischen Beitrag innerhalb einer Referenzklasse, die sich etwa nach Alter und Geschlecht ausdifferenziert. Kriterium für das Vorliegen einer Krankheit ist nun der Befund einer unter- oder überdurchschnittlichen Funktion, die sich etwa an einem unterdurchschnittlichen (oder überdurchschnittlichen) Beitrag zu den genannten evolutionsbiologischen Zielen zeigt. Diesem als theoretisch verstandenen Krankheitsbegriff (*disease*), stellt BOORSE einen praktischen Krankheitsbegriff, *illness*, gegenüber, der die Krankheitskonzeption hin zu evaluativen Aspekten öffnet, denen BOORSE in praktischer Hinsicht eine Rolle einräumt. Der Begriff *illness*, als Unterbegriff von *disease* gefasst, umfasst das Vorliegen einer theoretischen Krankheit (*disease*) und die negative Eva-

Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? (1998), 83–98.

²⁰ Zum Folgenden v. a. C. BOORSE: On the distinction between Disease and Illness (1975), 49–68, sowie ders.: Wright on Functions (1976), 70–86; ders.: Health as a theoretical concept (1977), 542–573. Vgl. auch D. LANZERATH: Krankheit und ärztliches Handeln (2000), S. 117ff.

luation des Zustandes durch den Betroffenen als Beeinträchtigung. Das heißt, nicht jede *disease* muss auch von Betroffenen als Zustand der Beeinträchtigung gewertet werden. BOORSE öffnet damit seine Gesamtkonzeption auf ein gemischtes Verständnis von Krankheit hin, das neben den naturalistischen begrenzt auch normativistische Argumente zulässt, um deren Charakteristika es im folgenden Abschnitt gehen soll.

b) Die normativistische Argumentation

Normativistische Krankheitskonzeptionen verstehen das Begriffspaar ‚Krankheit/Gesundheit‘ grundsätzlich als evaluative Begriffe. Hinsichtlich des im Krankheitsbegriff enthaltenen negativen Werturteils kann systematisch zwischen einem individuell-subjektiven Urteil, einem in gesellschaftlichen Normvorstellungen begründeten und einem aus diesen beiden Urteilstypen gemischten Urteil unterschieden werden. Im Unterschied zu naturalistischen Krankheitskonzepten, die in der Regel einen negativen Gesundheitsbegriff (als Abwesenheit von Krankheit) beinhalten, der prinzipiell auf alles Lebendige ausdehnbar ist, formulieren normativistische Ansätze in der Regel einen positiven Gesundheitsbegriff, der sich auf die menschliche Spezies beschränkt. Prominente Beispiele für individuell-subjektivistisch argumentierende normative Ansätze sind etwa die Gesundheitsdefinition der WHO von 1946, die Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“²¹ definiert, oder der aus der neueren Debatte in der Auseinandersetzung mit BOORSE hervorgegangene handlungstheoretische Ansatz von LENNART NORDENFELT²². NORDENFELTS *welfare theory* fasst Gesundheit als die Fähigkeit, unter durchschnittlichen Umständen (*standard circumstances*) grundlegende persönliche Ziele (sog. *vital goals*) verfolgen zu können und dadurch einen Zustand einer gewissen Zufriedenheit (*minimal happiness*) in längerfristiger Perspektive zu erreichen.²³ *Vital goals* sind dabei als zentrale persönliche Lebensziele einer Person zu verstehen, wie etwa berufliche Verwirklichung oder Ziele der persönlichen Lebensführung wie Partnerschaft oder Kinderwunsch etc. Das Kriterium für das Vorliegen von Gesundheit ist die handlungstheoretisch gefasste Fähigkeit zur Verwirklichung ebensolcher

²¹ Vgl. WHO, Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (1946).

²² L. NORDENFELT: *On the Nature of Health* (1995).

²³ Ders., ebd. S. 90: „*A* is in health if, and only if, *A* has the ability, given standard circumstances, to realize his vital goals, i.e. the set of goals which are necessary and together sufficient for his minimal happiness.“

Lebensziele.²⁴ Normativistische Ansätze dieser Art haben die konzeptionelle Schwierigkeit, dass sie über eine Krankheits-/Gesundheits-Definition hinaus auf eine Theorie des guten Lebens oder eine Glückskonzeption hinauslaufen, die einer ergänzenden Ausarbeitung und Begründung bedarf, wodurch der Krankheitsbegriff sehr stark prämissenabhängig ist.

c) Zur Anwendbarkeit der verschiedenen Krankheits- und Gesundheitskonzeptionen auf die reproduktionsmedizinische Fragestellung

Die systematische Analyse der Argumentationsformen bei der Bestimmung von Krankheits-/Gesundheitsbegriffen zeigt ein breites Spektrum vielfältiger Kriterien zwischen den idealtypisch unterschiedenen naturalistischen und normativistischen Argumentationstypen. Interessant für unsere Fragestellung ist nun, dass beide als Idealtypen skizzierten Ansätze für die Frage der Einordnung von Infertilität eindeutige, differenzierende Antworten bereithalten. So würde nach BOORSE etwa bei organischer Infertilität einer 30-jährigen Frau (z. B. beidseitiger Tubenverschluss) eine hinsichtlich der Referenzklasse (Frauen im reproduktionsfähigen Alter) zweifelsfrei statistisch unterdurchschnittliche Funktion der Reproduktionsorgane vorliegen, und somit wäre das Kriterium für eine Krankheit im Sinne von *disease* erfüllt. Fühlte sich die betreffende Person dadurch nicht beeinträchtigt, etwa weil sie keinen Kinderwunsch hat, läge nach BOORSE jedoch keine Krankheit im Sinne von *illness* vor. Dies wäre erst bei gegebenem Kinderwunsch, der die Infertilität zur Beeinträchtigung machte, der Fall. Problematisch wird die Einordnung von Unfruchtbarkeit mit Boorse'schen Kriterien erst bei nicht-organischer Unfruchtbarkeit oder zum Beispiel bei Altersinfertilität. Da der Begriff *illness* als Unterbegriff von *disease* konzipiert ist, läge nach BOORSE in theoretischer Hinsicht im Falle von nicht-organischer Unfruchtbarkeit einer 30-Jährigen oder im Falle von Alterssterilität keine Krankheit vor.²⁵ Denn die Referenzklasse (nämlich: postmenopausale Frauen) unterliegt allgemein ovarieller Erschöpfung und verfügt damit nicht mehr über die Fähigkeit zur Reproduktion. Eine postmenopausale

²⁴ Eine detaillierte Untersuchung, wie sich die Wichtigkeit von Zielen definieren lässt, kann hier nicht erfolgen. Es sei exemplarisch auf den *Importance*-Begriff von H. G. FRANKFURT und seine Konzeption wichtiger Lebensziele verwiesen. Vgl. hier vor allem H. G. FRANKFURT: *The Importance of What We Care About* (1988), S. 80–94 oder auch ders.: *Gründe der Liebe* (2005).

²⁵ Für den Fall nicht-organischer Unfruchtbarkeit einer 30-jährigen Frau würde dies in naturalistischer Perspektive nicht als abschließendes Urteil gewertet werden, da die Möglichkeit von noch nicht feststellbaren theoretischen Krankheiten immer eingeräumt werden kann.

und damit altersinfertile Frau weicht damit mit ihrer Infertilität nicht von ihrer Referenzklasse ab.

Bezogen auf den ersten Fall – den beidseitigen Verschluss der Eileiter bei einer 30-jährigen Frau – fällt der Befund in der Nordenfeltschen Argumentation ähnlich deutlich aus. Ob das Vorliegen von Infertilität die Gesundheit der betreffenden Person beeinträchtigt, hängt davon ab, ob eigene Kinder zu den persönlichen Lebenszielen der Person gehören oder nicht. Ist das der Fall, wäre die Infertilität als Beeinträchtigung der Fähigkeit, die eigenen Lebensziele (hier: das *vital goal*, eigene Kinder zu haben) zu verfolgen und somit als Einschränkung ihrer Gesundheit und mithin als Krankheit zu verstehen. Liegt kein Kinderwunsch vor, dann beeinträchtigt die Infertilität in Form des Tubenverschlusses das Erreichen der Lebensziele der Person in keiner Weise und könnte in der Nordenfeltschen Argumentation nicht als Einschränkung der Gesundheit (also Krankheit) gewertet werden. Eine konzeptionelle Schwierigkeit des Nordenfeltschen Ansatzes besteht in der Frage nach einem Kriterium für die Bestimmung, ob es sich bei gewissen Zielen, die Menschen verfolgen, um vitale Ziele handelt oder nicht. Die Bewertung von Infertilität als Krankheit hängt demnach davon ab, ob der Wunsch nach einem eigenen Kind als vitales Ziel gilt oder nicht. Die Entscheidung darüber, was ein vitales Ziel darstellt, erfolgt in NORDENFELTS Ansatz zunächst vor allem anhand von subjektiven Präferenzen. Allerdings wird man nicht übersehen können, dass auch diese sich stets nur in Interdependenz zu historisch-gesellschaftlichen Strömungen herausbilden. Interessant im Rahmen des Ansatzes von NORDENFELT erscheint die Bewertung des Kinderwunsches in den unterschiedlichen Lebensphasen einer Frau: wird der Wunsch nach einem eigenen Kind bei einer 13-Jährigen, einer 30-Jährigen und einer 60-Jährigen unterschiedlich gewertet? Oder stellt er in allen drei Konstellationen (d.h. in den verschiedenen Altersgruppen) ein vitales Ziel dar? In ähnlicher Weise wäre auch zu fragen, welchen Status der Kinderwunsch etwa eines homosexuellen Paares besitzt: Ist er ein vitales Ziel, das mit Hilfe medizintechnischer Mittel realisiert werden sollte? Ist dann eine solche Form sozialer Infertilität als Krankheit zu bezeichnen? Diese Fragen zeigen das Prekäre des auf vitale Lebensziele rekurrierenden Gesundheitsbegriffs von NORDENFELT. Um Klarheit zu erhalten, wäre zuerst der Status des Kinderwunsches zu klären: unter welchen Bedingungen stellt er ein vitales Ziel dar? Diese für die Nordenfeltsche Gesundheitsdefinition elementare Frage ist nur unter Rückgriff auf ein ausgereiftes Konzept des guten Lebens bzw. einer Theorie der Wünsche und Bedürfnisse zu beantworten. Ohne diese definitorischen Zusatzangaben kann schwerlich

eine Aussage darüber getroffen werden, ob Infertilität aufgrund abnehmender ovarieller Reserven bei gleichzeitigem Kinderwunsch nun eine Krankheit gemäß NORDENFELT darstellt oder nicht.

Die Frage nach dem Krankheitsstatus von Infertilität ist durch die Anwendung von Krankheitskriterien nur in unstrittigen Fällen eindeutig zu beantworten. Bei komplexeren Fällen, wie altersassoziierter, sozialer oder psychogener Infertilität ermöglichen die verfügbaren Kriterien ohne weitreichende Zusatzannahmen keine eindeutige Zuordnung. Das begriffliche Instrumentarium der Debatte um den Krankheitsbegriff stellt, so der Befund, keinen Maßstab bereit, mit dessen Hilfe sich das ganze Spektrum der in Frage stehenden Phänomene von Infertilität eindeutig als Instantiierungen von Krankheit oder Gesundheit verstehen ließen. Die Frage nach dem Krankheitsstatus von Infertilitätsphänomenen scheint daher für die ethische Bewertung der Anwendung von reproduktionsmedizinischen Techniken nur bedingt weiterführend.

Zudem legen die voranstehenden Überlegungen die Vermutung nahe, dass die Diskussion um den Krankheitsbegriff in der ethischen Bewertung der Anwendung reproduktionsmedizinischer Techniken bestimmte Schwierigkeiten sogar eher verdeckt. Denn die als grundlegend und ebenso kompliziert wie in ethischer Hinsicht zentral gehandelte Debatte um den Krankheitsbegriff lässt sowohl die Bedingungen des in Frage stehenden Handelns, die durch die neue Technik allererst geschaffen wurden, als auch die Technisierungsprozesse selbst leicht in den Hintergrund geraten. So gerät über der Frage nach dem Krankheitsstatus von Infertilität leicht die Komplexität ärztlichen Handelns angesichts der grundlegend veränderten technischen Eingriffs- und Gestaltungsmöglichkeiten bei Infertilitätsphänomenen in Vergessenheit. Unthematisiert bleiben darüber auch die Auswirkungen auf die Lebensführung durch die Technisierung der Reproduktion. Die Frage, welche neuen Bedingungen die Technisierung der Reproduktionsmedizin für das ärztliche Handeln einerseits und die Lebensführung andererseits schaffen, kann über der Fokussierung auf den Krankheitsbegriff leicht aus dem Blick geraten.²⁶

²⁶ Der Befund spricht im Übrigen auch für die skeptische Position innerhalb der kontrovers geführten Krankheits-/Gesundheits-Debatte, welche die Suche nach einem konsensfähigen Krankheitsbegriff weder theoretisch noch praktisch für zielführend hält, s.o.

2. Die Grenzen des legitimatorischen Rekurses auf die Krankheitsdefinitionen

Die Diskussion über reproduktionsmedizinische Eingriffe wird durch die begrifflich-theoretisch geführte Debatte um den Krankheitsstatus von Infertilitätsphänomenen hinsichtlich der ethischen Beurteilung reproduktionsmedizinisch-technischer Eingriffe nur bedingt befördert. Für organische Dysfunktionen innerhalb der Referenzklasse der 18- bis 50-Jährigen bei Vorliegen eines Kinderwunsches scheint die Zuschreibung von Krankheit sowohl in der naturalistischen als auch in der normativistischen Argumentation unbestreitbar. Für strittige, neuartige Phänomene aber, wie etwa das Vorliegen eines Kinderwunsches bei Altersinfertilität oder bei sozialer Infertilität, erweisen sich beide Argumentationstypen als komplexer. Entweder, es bedarf wie im Falle der normativistischen Gesundheitsdefinition einer Einbettung in eine umfassende Theorie des guten Lebens, oder es muss, wie im Falle des naturalistischen Argumentationstypus, über die Rolle von Referenzklassen und ihrer normativen Kraft neu nachgedacht werden. Will man Letzteres vermeiden, dann würde innerhalb einer naturalistischen Argumentation Altersinfertilität niemals Krankheitscharakter zugeschrieben werden. Dies mag intuitiv beim Kinderwunsch einer 75-Jährigen plausibel erscheinen. Der Kinderwunsch einer 50-jährigen postmenopausalen Frau jedoch könnte andere intuitive Reaktionen hervorrufen, etwa der Art, dass sich die Erwerbsbiografien von Männern und Frauen immer mehr angleichen und die Referenzklasse nicht mehr nur 50 Jahre alte Frauen, sondern auch 50 Jahre alte Männer umfassen sollte – die durchaus biologisch in der Lage sind, mit mehr als 50 Jahren noch eigene Kinder zu zeugen.

Diese skizzierten Szenarien verdeutlichen, dass der Kinderwunsch peri- bzw. postmenopausaler Frauen eine Herausforderung für die gängigen Krankheitsargumentationen darstellt und einer grundlegenden ethischen Reflexion bedarf, die etwa auch Überlegungen zur faktischen Komplexität ärztlichen Handelns angesichts grundlegend veränderter technischer Gestaltungsmöglichkeiten oder die grundlegende Veränderung der Lebensführung als solche durch die Technisierung beinhaltet.

Die ethische Beurteilung neuer reproduktionsmedizinischer Techniken und Eingriffe muss daher, das hat die bisherige Untersuchung gezeigt, auf einem Weg erfolgen, der den Krankheitsbegriff berücksichtigt, aber auch über selbigen hinausgeht. Auch die etablierte ärztliche Praxis kann hier nur schwachen Orientierungscharakter beanspruchen: Denn es ist zunächst zwar intuitiv ein-

leuchtend, dass eine ärztliche Handlung schon dadurch legitimiert ist, dass ein Arzt sie ausführt, verpflichtet sich ärztliches Handeln doch traditionell auf die Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit sowie die Linderung von Leid und Schmerz. Doch dieses Argument mündet in eine Variante des klassischen Sein-Sollen-Fehlschlusses: das Faktum einer Praxis kann schwerlich deren ethische Legitimität begründen. Die ethische Beurteilung zielt vielmehr darauf ab, eine Praxis *vorgängig* auf ihre ethische Legitimität zu untersuchen. Leitend ist dabei die Frage, welche Gründe dafür und welche dagegen sprechen, dass eine Technik von Ärzten angewendet werden *sollte* (oder eben nicht).²⁷ Für die Beantwortung dieser Frage scheint es von zentraler Bedeutung, auch auf die grundlegend veränderte Situation ärztlichen Handelns unter den Bedingungen der Technisierung und ihre Konsequenzen für das ärztliche Selbstverständnis zu reflektieren.

An dieser Stelle scheint es für die ethische Untersuchung daher vielversprechend, die Perspektive zu wechseln und den Blick auf die Techniken selbst, ihre inhärenten Normen und Einflussnahmen auf die Lebensführung zu richten. Unter der Annahme, dass ärztliches Handeln immer auch durch die Anwendung von Techniken geprägt ist und unter Umständen von diesen sogar „kanalisiert“ wird, ist es unabdingbar, die Implikationen der Technik und von Technisierungsvorgängen selbst zu thematisieren, um auf dieser Grundlage ethische Orientierung zu gewinnen. Nur so scheint es möglich, der Komplexität des ärztlichen Handelns gerecht zu werden – einer Komplexität, der die vorgestellten Krankheits- und Gesundheitskonzeptionen in ihrer derzeitigen Form nicht habhaft werden konnten.

III. DIE AUSWIRKUNGEN EINER ZUNEHMENDEN TECHNISIERUNG DER FORTPFLANZUNG AUF DIE LEBENSFÜHRUNGSPRAXIS UND DAS MENSCHLICHE SELBSTVERSTÄNDNIS

1. Strukturmomente von Technisierungsprozessen

Technisierungsprozesse haben eine ambivalente Struktur. Dies wird insbesondere an den philosophischen Selbstverständigungsversuchen deutlich, die Autorinnen und Autoren wie ERNST CASSIRER, MARTIN HEIDEGGER, HANNAH

²⁷ Daran angeknüpft ist die noch grundlegendere Frage, ob eine Technik *überhaupt* – unabhängig, wer der Ausführende ist – Anwendung finden sollte oder nicht.

ARENDT, KARL JASPERS, GÜNTHER ANDERS, EDMUND HUSSERL, HANS BLUMENBERG und andere Mitte des 20. Jahrhunderts in bis heute grundlegenden Texten unternommen haben.²⁸ Betrachtet man diese Selbstverständigungsbewegung analog zu den transzendentalen Begründungsversuchen des Deutschen Idealismus und liest die in vieler Hinsicht unterschiedlichen Positionen in systematischer Hinsicht, dann ergeben sich folgende ambivalente Strukturmomente von Technisierung:²⁹

a) Die Technik konstituiert Objektivität, da durch sie Kausalzusammenhänge erkannt und verbundene kausale Einwirkungsmöglichkeiten manifest werden (CASSIRER). Mit der Technik ist infolgedessen ein entsprechender Wahrheitsbegriff verbunden (HEIDEGGER), denn mittels Technik zeigt sich die Wirklichkeit in einer bestimmten Perspektive. In dieser Hinsicht ist die Technik eine fundamentale Grundfunktion des Menschseins und vergleichbar mit der Sprache. Gleichzeitig kann dies aber dazu führen, dass die technische Wahrheit zur Norm *aller* Kulturbereiche wird (CASSIRER) und Mensch und Natur als bloßer „Bestand“ betrachtet werden (HEIDEGGER), so dass Verdinglichungsphänomene eintreten (ARENDT, ANDERS). Das heißt, mit ANDERS' Worten ausgedrückt: Der Mensch bejaht ausdrücklich seine eigene Verdinglichung bzw. verwirft sein Nicht-Verdinglichtsein als ein „Manko“.³⁰ Er schämt sich, „geworden, statt gemacht zu sein.“³¹ Daher kann es zu einer „Selbsterniedrigung vor dem Selbstgemachten“³² kommen. Für das Selbstverständnis des Menschen bedeutet dies: Verdinglichend sind Technisierungsprozesse, wenn der Mensch nur noch als ein „Gerät für Geräte“ betrachtet wird – und wenn er sich selbst als ein solches betrachtet.³³ In einer Art „imitatio instrumentorum“ führt er dann

²⁸ Vgl. G. ANDERS: Die Antiquiertheit des Menschen. Bd. 1: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution (1956), sowie ders.: Die Antiquiertheit des Menschen; Bd. 2: Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution (1980). Ebenso H. ARENDT: Vita activa oder Vom tätigen Leben (1981); H. BLUMENBERG: Das Verhältnis von Natur und Technik als philosophisches Problem (1951), 461–467; ders.: Lebenswelt und Technisierung unter Aspekten der Phänomenologie (1981), 7–54; E. CASSIRER: Form und Technik. In: B. Recki (Hg.) Gesammelte Werke. Bd. 17, S. 139–183; M. HEIDEGGER: Die Frage nach der Technik. In: Vorträge und Aufsätze. Gesamtausgabe 7, S. 13–44; M. HORKHEIMER/T. ADORNO: Dialektik der Aufklärung (1969); E. HUSSERL: Die Krisis der europäischen Wissenschaft und die transzendentalen Phänomenologie. In: Husserliana, Bd. 6; K. JASPERS: Vom Ursprung und Ziel der Geschichte (1949).

²⁹ Siehe insgesamt dazu O. MÜLLER: Zwischen Mensch und Maschine (2010).

³⁰ Vgl. G. ANDERS: Die Antiquiertheit des Menschen. S. 30.

³¹ Ders., ebd., S. 24.

³² Ders., ebd., S. 30.

³³ Ders., ebd., S. 32.

die Selbstverwandlung den Geräten zuliebe durch.³⁴ Die Technik konstituiert zwar auf der einen Seite Objektivität, auf der anderen Seite kann sie aber auch zu einer umfassenden Norm werden, die droht, zum *alleinigen* Maßstab von Entscheidungen zu werden. Damit einhergehend werden Technisierungsprozesse nicht selten als Entscheidungen determinierend wahrgenommen oder beschrieben. Mit der Verdinglichung geht dann die Selbstanpassung an den vermuteten „Determinismus“ der Technisierungsprozesse einher.

b) Unter Technisierung versteht man auch die Änderungen von Verfahren. Durch Technisierung werden Abläufe schneller und effizienter, dadurch werden Fortschrittsprozesse ermöglicht (BLUMENBERG). Gleichzeitig kann dies aber auch dazu führen, dass die bloße methodische Effizienz an die Stelle des Sinnes tritt, wodurch die Erfahrungswirklichkeit verarmt (HUSSERL). Zudem kann die Verbesserung von Abläufen zu Akzelerationserscheinungen führen.³⁵ Die Technisierung kann die Zeiterfahrung von Menschen insofern verändern, als die Zeit bloß als lineare, im Modus der „gestundeten Zeit“ (INGEBORG BACHMANN), wahrgenommen wird und nicht mehr im Horizont der Verschränkung von Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft. Die Akzeleration kann dazu führen, dass Verstehensprozesse und damit die Integration von Technik in die Lebenswelt unterlaufen werden.

c) Insgesamt ist die Technik durch die Ausweitung des menschlichen Verfügbarkeitsrahmens charakterisiert. Damit erschließt sie neue Kontrollbereiche und kann ein Gewinn sein, weil sie neutral zu sein scheint und für gute wie für schlechte Zwecke gleichermaßen eingesetzt werden kann (JASPERS). Gleichzeitig steht die Neutralität der Technik auch in Frage, wenn die Ausweitung der Verfügbarkeitssphäre zur „Totalisierung einer partiellen Rationalität“ (BERNHARD WALDENFELS) wird und damit zu einer „gewalttätigen“ Aneignung der Wirklichkeit führt (ARENDE). In diesem Sinne beschreibt HEIDEGGER das „Wesen“ der Technik als „Ge-stell“, was heißt, dass die Wirklichkeit durch die Technik auf der Basis ihrer Kriterien für das „Wahre“ und „Richtige“ auf eine ganz bestimmte Weise Thema und Gegenstand menschlichen Handelns wird, nämlich in der Weise des „Bestellens“.³⁶ Die Handlungsweisen können

³⁴ Ders., ebd., S. 47.

³⁵ Vgl. O. MÜLLER/C. BOZZARO: Endlichkeit und Technisierung. Philosophisch-anthropologische Überlegungen zur Veränderung von Zeiterfahrungen und zum angemessenen Umgang damit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. In: M. Höfner/S. Schaede/G. Thomas (Hg.): Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit (2010), S. 93–112.

³⁶ Vgl. M. HEIDEGGER: Die Frage nach der Technik. In: Vorträge und Aufsätze, Gesamtausgabe

sich bei der Internalisierung dieser Perspektive einseitig an der Maßgabe und Logik des Technischen orientieren.

Wie sind nun diese Strukturmomente der Technisierungsprozesse vor dem Hintergrund des zunehmenden Einsatzes von Reproduktionstechniken zu verorten? Die aufgezeigten ambivalenten Strukturmomente lassen sich im Kontext von „praktischen Fragen“ des guten Lebens reformulieren,³⁷ die wiederum für die Evaluierung von reproduktionstechnischen Eingriffen – insbesondere bei ihrem Einsatz aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches – von Bedeutung sind. Die Reflexion über Technisierungsvorgänge kann für die Grenzen der Integration derselben in die Lebenswelt sensibilisieren. Nicht nur, dass die ausschließliche Orientierung an der technischen Logik bestimmte Einsichten verdecken kann, die Art und Weise des Umgangs mit existentiellen Fragen kann sich durch die Selbstanpassung an Technisierungsprozesse ändern. Dies muss nicht per se ethisch problematisch sein. Doch es können unter Umständen Alternativen im Umgang mit Lebensführungsfragen verloren gehen. Dies soll nun gezeigt werden (2.), um dann auf den Einfluss der Technik auf den Krankheitsbegriff zu sprechen zu kommen (3.). Damit soll einerseits ein Beitrag dazu geleistet werden, das ärztliche Handeln vor dem Hintergrund von die Praxis mitbestimmenden Technisierungsvorgängen zu untersuchen, um die normative Orientierung über die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit hinaus zu erweitern. Und andererseits soll verdeutlicht werden, dass sich auch die Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit selbst durch die Technik verändern kann.

2. Konkrete Implikationen der Reproduktionsmedizin für die Lebensführung: Wie die Technik den Umgang mit alternativen Bewältigungsstrategien prägt

Bei den Techniken der assistierten Reproduktion handelt es sich vielfach um *Substitutionspraktiken*, das heißt, sie heilen nicht die Dysfunktionen oder stellen sie wieder her, sondern sie umgehen biologisch dysfunktionale Bereiche und bieten Ersatzwege bei der Erfüllung des Kinderwunsches an – wie dies vor allem bei der In-vitro-Fertilisation deutlich wird, bei der der Befruchtungsvorgang aus dem Körper ausgelagert wird. Das Ziel ist dabei häufig die Realisie-

7, S. 31. Konkret mit Blick auf die Reproduktionsmedizin hat Barbara Maier Heideggers Theoreme aufgegriffen. Vgl. dazu: B. MAIER: Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe (2000), S. 42ff.

³⁷ Vgl. R. JAEGGI: Entfremdung (2005).

rung des Kinderwunsches, das Austragen und Bekommen eines Kindes. Der ursprünglich nicht in seine Einzelteile zerlegbare Fortpflanzungsprozess wird durch diese Techniken der Reproduktionsmedizin nun modular unterteilbar, wobei jedes „Produkt“ auf jeder Stufe (u.a. Keimzelle, extrakorporal durchgeführter Befruchtungsvorgang, Einsetzen der befruchteten Eizelle) einzeln auf seine erfolgreiche Ausführung hin beobachtet und überprüft werden kann. Auch wenn es nicht zu einer erfolgreichen Geburt eines (gesunden) Kindes kommt, so stellt mitunter das Erreichen einzelner Prozessstufen zumindest einen Teilerfolg dar, sowohl für die Mediziner als auch für die betroffenen Paare.³⁸ Dieser Mechanismus kann dazu verleiten, dass selbst bei nicht zustande gekommener Schwangerschaft die Hoffnung wächst, dass innerhalb eines weiteren Behandlungszyklus sich der nächste kleine Teilerfolg einstellen wird, bis schließlich eine Schwangerschaft entsteht und es zu einer erfolgreichen Entbindung eines gesunden Kindes kommt. Vor diesem Hintergrund des Technikeinsatzes kann die Option eines gänzlichen Scheiterns der ganzen Unternehmung schnell aus dem Blick geraten – die Hoffnung bleibt stets auf den nächsten medizinisch-technischen Schritt ausgerichtet.³⁹ Es kann mitunter ein psychologischer Wirkmechanismus entstehen, der ohne Anstrengung und Reflexion kaum zu durchbrechen ist: Denn wer schon so viele (finanzielle und auch emotionale) Investitionen getätigt und physische Anstrengungen auf sich genommen hat, dem wird es womöglich zusehends schwerer fallen, sich mit dem Gedanken vertraut zu machen, dass sich die ungewollte Kinderlosigkeit auf dem Wege einer technischen Intervention nicht lösen lässt; solche Verstehensprozesse können durch die Fokussierung auf die Technik unterminiert werden. Auch die Akzeptanz der Kinderlosigkeit als Schicksal gestaltet sich als nicht mehr so einfach, da die Selbstzweifel zunehmen und die Personen vor sich selbst das Gefühl entwickeln, versagt zu haben.⁴⁰ In diesem Kontext ist auch von einer „Präkonditionierung“ der ungewollt kinderlosen Paare die Rede, die durch die vorangegangene Beschäftigung mit den zur Verfügung stehenden Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin entstanden ist: Das Wissen von möglichen technischen Behandlungsverfahren verstellt womöglich den Blick auf andere Formen des Umgangs mit ungewollter Kin-

³⁸ Auch wenn es im Verlauf einer Schwangerschaft zu einer Fehlgeburt kommt, so wird die erfolgreiche Nidation der befruchteten Eizelle oft als vielversprechendes Indiz für zukünftige IVF-Maßnahmen interpretiert.

³⁹ Vgl. zu diesen Fragestellungen auch: B. MAIER: Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe (2000), S. 68ff.

⁴⁰ Vgl. A. FEIGE u.a.: Frauenheilkunde (2005), S. 160f.

derlosigkeit. Daher fordern einige, diese (meist sich unbewusst etablierenden) Voreinstellungen der Paare zu korrigieren, indem man den Betroffenen auch die Möglichkeit eines Verzichts auf die Sterilitätsbehandlung als eine alternative, gleichwertige Handlungsoption zur Lebensführung in nicht-direktiver Weise vorstellt.

Es ist unter anderem die Rede von der Gefahr, dass sich eine Eigendynamik der Technik einstellt, wie sie bereits in den Strukturmomenten von Technisierungsprozessen aufgezeigt wurde: Bereits das Bestehen der Möglichkeit des Technikeinsatzes generiert, so die Annahme, eine Nachfrage – und durch mehrfach frustrane Verläufe könnten sich, so die geäußerte Befürchtung, daraufhin Abhängigkeitskonstellationen herausbilden, die mitunter das Leiden der in Behandlung befindlichen Paare noch verstärken.⁴¹ So schreibt etwa G. MARSCHÜTZ:

„Insgesamt ist für Patientinnen die ‚psychische Belastung durch die extrakorporale Fertilisation größer als die organische Belastung‘. Viele Paare geraten in eine ‚Achterbahn der Gefühle‘ – zwischen Hoffen und Bangen, zwischen Euphorie und Depression. Eine betroffene Frau schreibt: ‚Es ist psychisch so schwierig, dass man eigentlich die Sache ablehnt, sowohl vom Kopf als auch von der Seele her.‘ Dass eine Ablehnung bzw. ein Abbruch der Behandlung dennoch in vielen Fällen nicht erfolgt, hängt – zumeist auf der Basis der erwähnten Fixierung des Kinderwunsches – eng mit der persuasiven Macht der medizintechnischen Möglichkeiten zusammen. Das vielfältige IVF-Angebot wird zum Gebot, nichts unversucht zu lassen – insbesondere auch aus Angst vor späteren Selbstvorwürfen oder Vorwürfen anderer, zu früh resigniert zu haben.“⁴²

Vielleicht könnte in Abwandlung des Ansatzes zur Definition von Gesundheit bei NORDENFELT formuliert werden, dass Gesundheit für den Menschen in derartigen Situationen auch darin bestehen kann, zumindest einen Teil seiner vitalen Ziele zu revidieren, d.h. sich im Dienste eines gelingenden und guten Lebens die Freiheit zu bewahren, solche Korrekturen in der Lebensplanung berücksichtigen und durchführen zu können. Die Reproduktionsmedizinerin BARBARA MAIER weist auf die Gefahr einer Versperrung der Sichtweise auf alternative Lebensführungsstrategien hin, die dadurch zustande kommt, dass die Fokussierung auf die Realisierung des Kinderwunsches zum einzig dominierenden Ziel des Lebens avanciert, so dass die Realisierung anderer wichtiger Lebensziele womöglich (vollständig) aus dem Blick- und Handlungsfeld

⁴¹ Vgl. S. DAVIES-OSTERKAMP: Sterilität als Krankheit? (1990), S. 49–56, 53ff., und: M. SABOROWSKI: Der „ethische Wert“ des „eigenen Kindes“ (2006), S. 318.

⁴² G. MARSCHÜTZ: Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt... (2001), S. 124 m. Anm. 26ff.

der Betroffenen gerät (das ist eben das, was Bernhard Waldenfels als Totalisierung einer partiellen Rationalität bezeichnet). So heißt es:

„Das Verdrängen, der realistischen Möglichkeit kinderlos zu bleiben, kann in depressive Verstimmungen während und besonders nach schließlich erfolgloser IVF-/ICSI-Behandlung münden. Biologische Unfruchtbarkeit führt so zur Unfruchtbarkeit des gesamten Lebens. Aughagen Stephanos [...] spricht von einem ‚Kinderwunsch-Syndrom‘, das neben dem Erlöschen der Lebensfreude Schuldgefühle, Scham, Kränkung, Hass und Neid aufweisen kann. Es kommt zur Unfruchtbarkeit in der eigenen Entfaltung, weil man andere Optionen des Lebens weder sieht noch realisiert, zur Unfruchtbarkeit in der Beziehung zum Partner, weil sie sich nur noch um Sexualität nach Plan bis hin zur Reduktion gemeinsamer Aktivitäten auf die unbedingte Kinderwunscherfüllung dreht, und zur Unfruchtbarkeit in der Beziehung zu anderen Menschen, weil man sich zurückzieht, insbesondere dann, wenn es sich um Familien mit Kindern handelt. Eine solche Unfruchtbarkeit lässt kreative Gestaltungskraft und Energie erlöschen. Man ist und bleibt Sklave des unerfüllten oder unerfüllbaren Kinderwunsches. Wenn die existentielle Krise, die lange durch wiederholte IVF-Behandlungen hinausgeschoben wurde, gemeistert werden soll, sind die psychophysischen und sozialen Ressourcen meist aufgebraucht. Alles-oder-Nichts im Leben nach dem Motto ‘give me children or I shall die!’“⁴³

Sicherlich ist dieses von MAIER geschilderte Szenario ein drastischer Befund. Doch es verdeutlicht, welche Eigendynamik durch das Einsteigen in einen unreflektierten Technikkreislauf entstehen kann (gleichwohl nicht zwangsläufig in jedem Fall muss): Das Sich-abhängig-Machen von der Technik, die Angst, vorschnell aufzugeben und ‚gescheitert zu sein‘ der soziale Druck von außen – all diese Komponenten führen dazu, dass sich die ungewollt kinderlosen Personen einem Leistungs- und Erfolgsdruck gegenübergestellt sehen, dem sie mit fortschreitender erfolgloser Behandlungsdauer immer weniger standhalten können. Dabei wandelt sich auch das Verhältnis zum ehemals Lebensglück verheißenden Wunsch nach einem Kind. Wer ein Kind will, setzt

⁴³ Vgl. B. MAIER: Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe (2000), S. 73f. Vgl. auch die Aussage Demmers zum Problem der interpretationsbedürftigen Empirie: „An Theoriebildung führt niemals ein Weg vorbei. Letztere (sc. die Theoriebildung) wird sich allerdings einmal mit der Frage konfrontiert sehen, wann gedankliche Präzision in semantische Aufspaltung vitaler Prozesse umschlägt, so dass am Ende Wirklichkeitsferne anstelle von -beherrschung steht. Dieses Dilemma teilt Reproduktionsmedizin mit all jenen Wissenschaften, die in das Leben eingreifen, indem sie künstliche Überbrückungssysteme schaffen. Statt einer Kausaltherapie begnügt sie sich zwangsläufig mit einer Symptomtherapie. Sie sucht einem humanen Notstand durch eine Technik abzuhelpfen, die unvermeidliche Tücken hat. Diesen begegnet sie mit Interventionen, die wiederum nicht frei von Tücken sind. Das Ende einer solchen Spirale lässt sich nicht absehen. Der Rubikon wird zum selbst gewählten Schicksal.“ K. DEMMER: Gott denken – Sittlich handeln. Fährten ethischer Theologie (2008), S. 151.

alles daran, um sich diesen Lebenstraum zu verwirklichen. Wer jedoch bei der Realisierung dieses zentralen Wunsches immer und immer wieder scheitert, muss, will er nicht in der Negativspirale von Hoffnung, Verzweiflung und Depression stecken bleiben, irgendwann den ‚Exit‘ schaffen. Um jedoch zu einem inneren Frieden zu gelangen, ist es notwendig, sich vom starken Wunsch nach einem Kind eben auch lossagen zu können. Natürlich ist das kein leichtes Unterfangen; denn fest in der personalen Struktur manifestierte Wünsche sind nicht einfach per deliberativem Akt widerstandslos aus dem Wunschgefüge einer Person zu eliminieren.⁴⁴ Aber es sollte zumindest der Blick freigehalten werden, dass eine solche, wie schwer auch immer umzusetzende Distanzierung von zentralen Wünschen und Lebenszielen potenziell eine Alternative darstellen könnte.

3. Die Veränderung des Krankheitsbegriffs durch Technisierungsprozesse

Die technische Ausweitung der Verfügbarkeitssphäre kann fernerhin Konsequenzen für den Krankheitsbegriff haben, der insbesondere im Bereich der Reproduktionsmedizin, wie gezeigt wurde, von einiger Tragweite ist. Denn wenn der Mensch durch bestimmte reproduktionsmedizinische Verfahren in Bereiche eingreifen kann, die ihm vorher unzugänglich waren, kann das vorher nicht in Frage gestellte Gesunde zum Kranken werden (und vice versa), gerade weil prinzipiell darüber verfügt werden kann (auch wenn die konkrete Behandlung nicht erfolgreich sein mag).⁴⁵ Diese Verschiebung von Krankheits- und Gesundheitszuschreibungen kann durch die technischen Möglichkeiten initiiert bzw. verstärkt werden.

Ein Beispiel aus dem Kontext normativistischer Gesundheitskonzeptionen, an dem diese Verschiebung verdeutlicht werden kann, ist NORDENFELTS Ansatz: Wie bei der Erörterung seiner Gesundheitskonzeption deutlich wurde, orientiert sich der Gesundheitsbegriff an der Möglichkeit zur Realisierung vitaler Ziele. Ist die Realisierbarkeit vitaler Ziele nicht möglich, dann ist die Gesundheit der betroffenen Person beeinträchtigt. Vermag die Medizin indes mit ihren verbesserten, immer neuartigen Techniken und Verfahren eine solche Realisierung zu ermöglichen, dann verschiebt sich auch das Verständnis von Gesundheit und damit sukzessive auch das Krankheitsverständnis – wie

⁴⁴ Vgl. H. G. FRANKFURT: Gründe der Liebe (2005), S. 21.

⁴⁵ Vgl. J. HARRIS: Enhancements Are a Moral Obligation (2009), S. 131–154.

bei der Erörterung des Krankheitsstatus von Altersinfertilität deutlich wurde. Denn wenn es plötzlich durch eine neue Medizintechnik möglich wird, bestimmte (vitale) Ziele zu realisieren, dann mag dies womöglich dazu führen, dass vormals nicht-krankte Zustände zu kranken Zuständen umgedeutet werden. Daraus folgt, dass Gesundheit immer abhängig vom Stand der zur Verfügung stehenden (Medizin-)Technik definiert wird: Je mehr funktionsfähige, risikofreie medizintechnische Verfahren bereitstehen, um so mehr Ziele können potenziell realisiert werden – und umso stärker weitet bzw. verschiebt sich sowohl der Bereich des „Gesunden“ als auch der des „Kranken“. Das heißt: Einerseits führen neue therapeutische Ziele dazu, dass sich das Verständnis dessen, was „gesund“ ist (die Therapie will bekanntlich in erster Linie Gesundheit bewahren bzw. wiederherstellen), entsprechend nach den therapeutisch-technischen Möglichkeiten ausrichtet. Gleichzeitig wird dann entsprechend das, was nach der Lage der technischen Möglichkeiten gesund war, zur Krankheit. Hier wäre etwa der Status von sozialer Infertilität näher zu überdenken: Der Kinderwunsch homosexueller Paare lässt sich heutzutage mittels medizintechnischer Verfahren (Eizellspende, Samenspende, künstliche Befruchtung, Leihmutterchaft) umsetzen. Ist deshalb Personen, die unter sozialer Infertilität leiden, ein Krankheitsstatus zuzuschreiben? Würde man aus der Perspektive von NORDENFELTS normativistischem Krankheitsbegriff den Kinderwunsch als vitales Ziel einstufen, dann wäre die ungewollte Kinderlosigkeit von homosexuellen Paaren möglicherweise als Krankheit zu bewerten – womit ein Beispiel für eine mögliche Anpassung des Krankheitsbegriffes an das technisch Mögliche skizziert wäre.

Die Überlegungen zur Struktur von Technisierungsprozessen können hier helfen, diese fast schon automatische Ausweitung und Anpassung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffs an die technischen Machbarkeitspotenziale zu reflektieren und transparent zu machen. Dies soll nicht bedeuten, dass eine Ausweitung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffs per se zu unterbinden ist. Vielmehr ist es wichtig, innerhalb ethischer Überlegungen Sensibilität dafür zu erzeugen, aus welchen Gründen bzw. welchen möglichen Automatismen hier begriffliche Verschiebungen erfolgen. Selbstverständlich sind Gesundheit und Krankheit Konzepte, die kultur- und epochenabhängig zu verstehen sind – und dabei eine Variabilität aufweisen, die nicht negiert werden sollte. Aber es macht einen Unterschied, auf welche Gründe Verschiebungen im Verständnis von Krankheit/Gesundheit zurückzuführen sind. Und diese Gründe sollte eine ethische Reflexion aufzudecken bestrebt sein, um sie überhaupt bewerten zu können. Das Nachdenken über Technisierungsstrukturu-

ren, so das Ziel der Ausführungen, scheint hier einen adäquaten Weg bereitzustellen, eine reflektierte Stellungnahme vornehmen zu können.

IV. FAZIT

Aus der Sicht der Ethik, die sich ihrem Selbstverständnis gemäß als eine umfassende Reflexion menschlichen Handelns versteht, genügt es nicht, das ärztliche Handeln im Kontext der Reproduktionsmedizin allein vor dem Hintergrund des Begriffspaares ‚Krankheit/Gesundheit‘ normativ zu legitimieren. Vielmehr geht es auch darum, die Technisierung der menschlichen Fortpflanzung selbst kritisch zu untersuchen und zu fragen, was die angebotenen Verfahren für das „gelingende Leben“ bedeuten können und inwiefern sie die Lebensführungspraxis des Einzelnen möglicherweise gravierend zu beeinflussen imstande sind. Nur anhand solcher grundsätzlich ansetzender Überlegungen vermag ethisches Nachdenken die Gefahr zu vermeiden, demjenigen, was faktisch bereits existiert, nun nachträglich die (notwendige) Legitimation zu verleihen. Wenn Technik im Dienst des Menschen stehen soll, dann müssen die subtilen Veränderungen durch ein zunehmendes Angebot bzw. einen verstärkten Einsatz von Technik ebenso in die ethische Reflexion integriert werden wie die Frage, ob unter dieser Technisierungstendenz nicht andere, alternative Lösungswege und Strategien zur Gestaltung des eigenen Lebens in den Hintergrund geraten bzw. ob sie aufgrund der Eigendynamik technischer Machbarkeitsvorstellungen gar ganz verstellt werden.

Zusammenfassung

BITTNER, UTA/DOMINIK BALTES/ILONA SZLEZAK/OLIVER MÜLLER: **Der Krankheitsbegriff und seine Grenzen – Implikationen für die ethische Bewertung von Techniken der assistierten Fortpflanzung.** ETHICA 19 (2011) 2, 123–147

Zur Bewertung von reproduktionsmedizinischen Techniken wird oft auf die Gesundheits-Krankheits-Unterscheidung Bezug genommen. Allerdings sind die Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriffe weit weniger eindeutig als es auf den ersten Blick erscheinen mag, so dass sie nur bedingt ethische Orientierung bieten. Vielmehr kann die Bezugnahme auf selbige dazu führen, dass wichtige Aspekte und Dimensionen

Summary

BITTNER, UTA/DOMINIK BALTES/ILONA SZLEZAK/OLIVER MÜLLER.: **The concept of disease/illness and its bounds – implications for the ethical valuation of assisted reproductive technologies.** ETHICA 19 (2011) 2, 123–147

In the valuation of methods of reproduction medicine it is often referred to the distinction between health and illness. However, the concepts of disease/illness and health are less clear than it seems at first glance so that they are only partially suited to ethical orientation. By referring to them important aspects and dimensions of reproduction methods may even be marginalized or, ethically, get out of the focus of attention. The

der Reproduktionstechniken marginalisiert werden bzw. aus dem ethischen Blickfeld geraten. Der Artikel zeigt, inwiefern dies in zweierlei Hinsicht erfolgt: Erstens besteht die Möglichkeit, dass insbesondere der Charakter von Technisierungsprozessen selbst aus dem Blick gerät – und damit auch die Konsequenzen, die die Anwendung der Technik für individuelle Lebensführungsfragen haben kann. Zweitens können Technisierungsprozesse Konsequenzen für den Krankheits- und Gesundheitsbegriff in einem bestimmten Kontext haben, weil sich durch die Technik das Wissen und die Rahmenbedingungen für Therapien und Technikanwendungen ändern können.

Ethik
Fertilität/Infertilität
Fertilitätsreserve
Krankheit/Gesundheit
Lebensführung
Reproduktionsmedizin
Selbstverständnis
Technik
Technisierung

authors show in how far this is the case in a twofold way. First of all, it is possible that especially the character of the processes of technization itself is slightly passed over and with it are the consequences which the use of such techniques may have for questions of individual lifestyle. Secondly, the processes of technization may have consequences for the concepts of disease/illness/health in a particular context, because the knowledge and the basic conditions for therapies as well as for the application of certain methods might be changed by technology.

Disease/illness – health
ethics
fertility/infertility
fertility reserve
lifestyle
reproduction medicine
self-conception
technization
technology

L i t e r a t u r

- ANDERS, GÜNTHER: Die Antiquiertheit des Menschen. Bd. 1: Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution. München: Beck, 1956.
— Die Antiquiertheit des Menschen. Bd. 2: Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution. München: Beck, 1980.
- ANSELM, RAINER: Kinderlosigkeit als Krankheit? Ethische Aspekte reproduktionsmedizinischer Fragestellungen. *Reproduktionsmedizin* 19 (2003) 1, 15–21.
- ARENDET, HANNAH: Vita activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper, 1981.
- BAUER, AXEL W.: Brute Facts oder Institutional Facts? Kritische Bemerkungen zum wissenschaftstheoretischen Diskurs um den allgemeinen Krankheitsbegriff. *Erwägen, Wissen, Ethik* 18 (2007), 93–95.
- BITTNER, UTA: Ein Baby namens IVF. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v. 25.07.2008, S. 10.
— „Großmütter nicht zu Müttern machen“. *Frankfurter Allgem. Ztg.* v. 17. 11.2008, S. 9.
- BITTNER, UTA/OLIVER MÜLLER: Technisierung der Lebensführung. Zur ethischen Legitimität des Einfrierens von Eizellen bei gesunden Frauen als Instrument der Familienplanung. In: Ludger Honnefelder/Dieter Sturma (Hg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 14 (2009), S. 23–45.
- BLUMENBERG, HANS: Das Verhältnis von Natur und Technik als philosophisches Problem. *Studium Generale* 4 (1951), 461–467.
— Lebenswelt und Technisierung unter Aspekten der Phänomenologie. In: Wirklichkeiten, in denen wir leben. Aufsätze und eine Rede. Stuttgart: Reclam, 1981, S. 7–54.

- BOORSE, CHRISTOPHER: On the distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs* 5 (1975), 49–68.
- Wright on Functions. *The Philosophical Review* 85 (1976), 70–86.
- Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44 (1977), 542–573.
- A Rebuttal on Health. In: James M. Humber. (Hg.): *What is Disease?* Totowa, New Jersey: Humana, 1997, S. 1–134.
- BRECKWOLDT, MEINERT: Störungen der Fruchtbarkeit. In: Ders./Gerhard Martius (Hg.): *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart u. a.: Thieme, 2008, S. 84–100.
- CASSIRER, ERNST: Form und Technik. In: Birgit Recki (Hg.): *Gesammelte Werke*. Bd. 17. Darmstadt: Wiss. Buchges., 2004, S. 139–183.
- DAVIES-OSTERKAMP, SUSANNE: Sterilität als Krankheit? *Wege zum Menschen* 42 (1990), 49–56.
- DEMMER, KLAUS: *Gott denken – Sittlich handeln. Fährten ethischer Theologie*. Fribourg: Herder/Academic Press, 2008.
- EICHINGER, TOBIAS/UTA BITTNER: Macht Anti-Aging postmenopausale Schwangerschaften erstrebenswert(er)? *Ethik in der Medizin* 22 (2010) 1, 19–32.
- FEIGE, AXEL u.a.: *Frauenheilkunde. Fortpflanzungsmedizin – Geburtsmedizin – Onkologie – Psychosomatik*. München: Urban & Fischer, 2006.
- FRANKFURT, HARRY G.: The Importance of What We Care About. In: Ders. (Hg.): *The Importance of What We Care About: Philosophical Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988. S. 80–94.
- *Gründe der Liebe*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2005.
- GOSDEN, ROGER G.: *Biology of Menopause. The Causes and Consequences of Ovarian Aging*. London u.a.: Academic Press, 1985.
- HABERMAS, JÜRGEN: *Die Zukunft der menschlichen Natur*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2001.
- HARRIS, JOHN: Enhancements Are a Moral Obligation. In: Julian Savulescu/Nick Bostrom (Hg.): *Human Enhancement*. Oxford: Oxford University Press, 2009, S. 131–154.
- HARWOOD, KAREY: Egg Freezing: A Breakthrough for Reproductive Autonomy? *Bioethics* 23 (2009) 1, 39–46.
- HEIDEGGER, MARTIN: Die Frage nach der Technik. In: Ders: *Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Neske, 1954, S. 13–44.
- HORKHEIMER, MAX/THEODOR W. ADORNO: *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Frankfurt am Main: Fischer, 1969.
- HUCKLENBROICH, PETER: Krankheit – Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie. *Erwägen, Wissen, Ethik* 18 (2007), 77–91.
- HUSSERL, EDMUND: Die Krisis der europäischen Wissenschaft und die transzendente Phänomenologie. In: Walter Biemel (Hg.): *Husserliana*, Bd. 6. Dordrecht u.a.: Nijhoff, 1969.
- JAEGGI, RAHEL: *Entfremdung*. Frankfurt a. M.: Campus, 2005.
- JASPERS, CARL: *Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*. Frankfurt a. M.: Fischer, 1949.
- JUENGST, ERIC T.: What's Taxonomy Got to Do with It? ‚Species Integrity‘, Human Rights, and Science Policy. In: Julian Savulescu/Nick Bostrom (Hg.): *Human Enhancement*. Oxford: Oxford University Press, 2009, S. 43–58.
- KRONES, TANJA/ELKE NEUWOHNER/SUSAN EL ANSARI/THOMAS WISSNER/GERD RICHTER: Kinderwunsch und Wunschkinder. Möglichkeiten und Grenzen der In-vitro-Fertilisations-Behandlung. *Ethik in der Medizin* 18 (2006) 1, 51–62.

- LANZERATH, DIRK: Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg u. a.: Alber, 2000.
- MAIER, BARBARA: Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Berlin u. a.: Springer, 2000.
- MARSCHÜTZ, GERHARD: Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt... Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung. *Ethica* 9 (2001) 2, 115–147.
- MÜLLER, OLIVER: Zwischen Mensch und Maschine. Vom Glück und Unglück des Homo faber. Berlin: Suhrkamp, 2010.
- MÜLLER, OLIVER/CLAUDIA BOZZARO: Endlichkeit und Technisierung. Philosophisch-anthropologische Überlegungen zur Veränderung von Zeiterfahrungen und zum angemessenen Umgang damit am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. In: Markus Höfner/Stephan Schade/Günther Thomas (Hg.): Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit. Tübingen: Mohr Siebeck, 2010, S. 93–112.
- NORDENFELT, LENNART: On the nature of health. An action-theoretic approach, 2. revised and enlarged edition. Dordrecht u. a.: Kluwer, 1995.
- ORLAND, BARBARA: Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit: Die Normalisierung der Reproduktionsmedizin seit den 1970er Jahren. In: Giovanni Maio/Hansjörg Just u. a. (Hg.): Die Forschung an embryonalen Stammzellen in ethischer und rechtlicher Perspektive. Baden-Baden: Nomos, 2003, S. 7–31.
- PAUL, NORBERT W.: Gesundheit und Krankheit. In: Ders./Stefan Schulz/Klaus Steigleder/Heiner Fangerau (Hg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2006, S. 131–142.
- SABOROWSKI, MAXINE: Der „ethische Wert“ des „eigenen Kindes“. Eine Analyse der bioethischen Diskussion um ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin. *Pflege & Gesellschaft* 11 (2006), 306–321.
- SANDEL, MICHAEL J.: Plädoyer gegen die Projektion. Berlin: Berlin University Press, 2008.
- SAVULESCU, JULIAN/IMOGEN GOOLD: Freezing Eggs for Lifestyle Reasons. *American Journal of Bioethics* 8 (2008) 6, 47–58.
- WHO: Präambel zur Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946).
- WIESING, URBAN: Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? *Zeitschrift für medizinische Ethik* (1998) 44, 83–98.
- WOOPEN, CHRISTIANE: Fortpflanzung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit. *Reproduktionsmedizin* 18 (2002) 5, 233–240.
- Die „Natur des Menschen“ als Maßstab für die Reproduktionsmedizin. In: Giovanni Maio/Jens Clausen/Oliver Müller (Hg.): Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Freiburg u. a.: Karl Alber, 2008, S. 288–302.
- ZECH, NICOLAS u. a.: Vitrifikation von der Eizelle bis zur Blastozyste. *Journal für Fertilität und Reproduktion* 12 (2002) 4, 13–18.