

Aus:

WILLY VIEHÖVER, PETER WEHLING (Hg.)

Entgrenzung der Medizin

Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?

März 2011, 312 Seiten, kart., zahlr. Abb., 29,80 €, ISBN 978-3-8376-1319-3

Der Boom der Schönheitschirurgie, die Nutzung von Medikamenten zur Verbesserung der Stimmung oder Gedächtnisleistung sowie die »Anti-Aging«-Bewegung – alles Anzeichen dafür, dass die Medizin sich künftig nicht mehr allein mit der Heilung kranker Menschen, sondern zunehmend mit der »Optimierung« der körperlichen und geistigen Fähigkeiten Gesunder beschäftigen wird.

Die Beiträge in diesem interdisziplinär besetzten Band gehen systematisch der Frage nach, wie neuartig diese Entwicklungen im historischen Vergleich sind, und erörtern kritisch die möglichen sozialen Folgen einer solchen »Entgrenzung« des medizinischen Wirkungsbereichs.

Willy Viehöver (PhDrer. pol.) und **Peter Wehling** (PD Dr. phil.) arbeiten als Soziologen an der Universität Augsburg.

Weitere Informationen und Bestellung unter:

www.transcript-verlag.de/ts1319/ts1319.php

INHALT

Einleitung

Entgrenzung der Medizin: Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive	7
--	----------

PETER WEHLING/WILLY VIEHÖVER

I. **Gesundheit, Krankheit und Optimierung aus medizinhistorischer und -theoretischer Sicht**

Konzepte von Gesundheit und Krankheit – Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität	51
---	-----------

HEINER FANGERAU/MICHAEL MARTIN

Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit	67
--	-----------

CHRISTIAN LENK

Das »Recht auf optimale physiologische Lebensmöglichkeiten«. Die Verbesserung und Verjüngung des Menschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts	89
--	-----------

HEIKO STOFF

II. Entgrenzung der Medizin – Vier Fallbeispiele

Neuro-Enhancement oder Krankheitsbehandlung? Zur Problematik der Entgrenzung von Krankheit und Gesundheit am Beispiel ADHS	121
---	-----

FABIAN KARSCH

Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff	143
--	-----

PAULA-IRENE VILLA

Hintergründe, Dynamiken und Folgen der prädiktiven Diagnostik	163
--	-----

THOMAS LEMKE/REGINE KOLLEK

Ausweitung der Kampfzone: Anti-Aging-Medizin zwischen Prävention und Lebensrettung	195
---	-----

TOBIAS EICHINGER

III. Recht und Ethik als Möglichkeiten gesellschaftlicher Gestaltung

Ungleich besser? Zwölf Thesen zur Diskussion über Neuro-Enhancement	231
--	-----

JOHANN S. ACH/BEATE LÜTTENBERG

Professionsethische Aspekte aktueller Praktiken der Optimierung der menschlichen Natur	251
---	-----

DIRK LANZERATH

Entwicklung und Entgrenzung medizinrechtlicher Grundbegriffe – am Beispiel von Indikation und Information	271
--	-----

REINHARD DAMM

Autorinnen und Autoren	303
-------------------------------	-----

Entgrenzung der Medizin – Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive

PETER WEHLING/WILLY VIEHÖVER

1. Was heißt »Entgrenzung der Medizin«?

In der renommierten Zeitschrift *Nature* plädierten im Dezember 2008 sieben prominente Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den USA und Großbritannien, darunter Mediziner und Neurowissenschaftlerinnen, ein Jurist, ein Ethiker sowie der Chefredakteur der Zeitschrift, für die »verantwortungsvolle Nutzung« von Medikamenten zur kognitiven Leistungssteigerung durch gesunde Menschen (Greely et al. 2008). Ein Jahr später zogen in der populärwissenschaftlichen Zeitschrift *Gehirn und Geist* wiederum sieben deutsche Forscherinnen und Forscher aus Medizin, Philosophie und Rechtswissenschaft nach. In ihrem Memorandum *Das optimierte Gehirn* vertraten sie die Auffassung, »dass es keine überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche gibt« (Galert et al. 2009: 47). Auch die Bioethiker Robert Ranisch und Julian Savulescu sind der Ansicht, »prinzipielle ethische Bedenken gegenüber der Verbesserung der menschlichen Biologie« seien nicht aufrechtzuerhalten (Ranisch/Savulescu 2009: 49). Sie gehen indes noch einen wesentlichen Schritt weiter und sprechen von einer ethischen *Verpflichtung* von Eltern, ihre Kinder biologisch zu »verbessern«: »In der Form, in der wir die Pflicht haben, Krankheiten unserer Kinder zu behandeln, haben wir die Verpflichtung, ihre Biologie zu verbessern.« (ebd.: 36)

Im Frühjahr 2010 berichtete der ARD-Weltspiegel über aktuelle Praktiken der medizinisch-chirurgischen Körpergestaltung in Südkorea. Gezeigt wurden zum einen Versuche, die individuelle Körpergröße »positiv« zu beeinflussen, zum anderen spezielle Angebote der ästhetischen Chirurgie. Im ersten Beispiel wird von Jungen und Mädchen berichtet, deren Größenwachstum im vorpubertären Alter gesteigert werden soll, mittels »Streckmaschine« oder durch spezielle Tränke aus der chinesischen Heilkunde, die angeblich die Wachstumsphase des Körpers verlängern. Für die Behandlung ihres siebenjährigen Sohnes in einer so genannten »Wachstumsklinik« bezahlt eine Familie der Sendung zufolge gut 450 Euro monatlich, und dies auf unbestimmte Zeit und mit ungewissem Ausgang. Weiter heißt es: »Jedes dritte Kind in dieser Wachstumsklinik ist völlig normal entwickelt. Aber auch deren Eltern glauben, dass ein paar Zentimeter mehr entscheidend sein können für den Erfolg im Leben.« (Schmidt 2010: 1) Im zweiten Beispiel steht die chirurgische Veränderung der Gesichtszüge im Mittelpunkt. Erwünscht sind in Südkorea schmale, feine Gesichter mit weichen Zügen. Doch bei den entsprechenden Eingriffen, die vor allem junge Frauen vornehmen lassen, geht es nicht einfach darum, »schön« oder »normal« auszusehen; auch hier spielen vielmehr Ziele wie beruflicher Erfolg und bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt eine wichtige Rolle. In dem Fernsehbericht wird der Chef einer Schönheitsklinik mit den Worten zitiert: »Koreaner tun alles, um einen guten Job zu bekommen und im harten Konkurrenzkampf der südkoreanischen Gesellschaft zu überleben. Viele wollen eine Schönheitsoperation, wenn sie ihnen hilft, ihre Wettbewerbsfähigkeit zu steigern.« (Schmidt 2010: 2)

In seinem Buch *Ending Aging*, das im Jahr 2010 unter dem Titel *Niemals alt!* auch in einer deutschen Ausgabe erschienen ist (de Grey/Rae 2010), geht der britische Alterungsforscher Aubrey de Grey davon aus, dass sich das Altern des menschlichen Körpers durch eine Reihe gezielter medizinischer Interventionen in absehbarer Zeit nicht nur verlangsamen, sondern sogar umkehren lässt. De Greys Thesen waren lange Zeit höchst umstritten, finden inzwischen aber auch in der etablierten Medizin offenbar zunehmend Anerkennung. Er ist überzeugt davon, dass heute bereits lebende Menschen eine deutliche Verlängerung ihres Lebens erreichen können und dass in absehbarer Zeit sogar eine Ausdehnung der menschlichen Lebensspanne auf bis zu 1000 Jahre möglich sein werde. Notwendig seien hierfür aber die Abkehr von der fatalistischen Annahme, Altern sei ein unabwendbares Schicksal, sowie die Ausrufung eines regelrechten »Krieges gegen das Altern« (de Grey/Rae 2010).

So unterschiedlich diese Beispiele sind (und weitere ließen sich mühelos hinzufügen), so haben sie doch eines gemeinsam: Sie deuten darauf hin, dass sowohl die gesellschaftlichen Erwartungen, die an die Medizin herangetragen werden, als auch die Ziele, welche sie sich selbst setzt, zunehmend über den Handlungsrahmen und -horizont der Heilung oder Prävention von Krankheiten sowie der Kompensation körperlicher Beeinträchtigungen (infolge von Unfällen oder Krankheiten) hinaustreiben. Offenbar werden medizinische Mittel und Techniken in wachsendem Maße auf die Behandlung gesunder und »normaler« Menschen ausgeweitet, begleitet und unterstützt von ethischen Argumentationen, die mitunter sogar eine Pflicht zur »Verbesserung« postulieren. Der Zweck solcher Interventionen besteht dementsprechend nicht mehr in der Therapie, sondern in der Optimierung des menschlichen Körpers und Geistes, wofür sich inzwischen auch in der deutschsprachigen Diskussion der Begriff »Enhancement« eingebürgert hat (vgl. Schöne-Seifert/Talbot 2009a). Wir schlagen vor, solche Phänomene und Tendenzen als Indizien und Symptome eines seit einigen Jahren beobachtbaren Prozesses der »Entgrenzung« der Medizin zu begreifen. Ganz allgemein verstehen wir darunter einen Transformationsprozess des medizinischen Feldes, der aufs Engste damit verknüpft ist, dass die Grenzen medizinischen Handelns sowie des medizinischen Gegenstands- und Zuständigkeitsbereichs unscharf und uneindeutig werden oder sich sogar ganz auflösen. Entgrenzung steht dabei für ein vielschichtiges und heterogenes Geschehen, das sowohl Elemente der Grenzverschiebung, der Grenzüberschreitung, der Grenzverwischung sowie der Grenzpluralisierung mit einschließt (vgl. hierzu auch Viehöver et al. 2004).

- Im Fall der *Grenzverschiebung* werden vormals als gesund erachtete Menschen nunmehr als krank begriffen. Ein Beispiel hierfür aus jüngerer Zeit bildet der Wandel in der Wahrnehmung von Schüchternheit, deren Symptome zunehmend als Anzeichen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, der so genannten Sozialphobie, gedeutet werden.¹

1 Der prominente US-amerikanische Psychologe Philip Zimbardo erklärte Mitte der 1970er Jahre sogar die Schüchternheit selbst zu einer »Volkskrankheit« von geradezu epidemischen Ausmaßen (Zimbardo 1994: 20). Vgl. zur Neubewertung von Schüchternheit ausführlicher Scott (2006); Lane (2007) und Wehling (2008a) mit weiteren Literaturhinweisen.

- *Grenzüberschreitung* bedeutet demgegenüber, dass medizinische Mittel und Praktiken auch bei gesunden Menschen zum Einsatz kommen, ohne dass diese als »krank« oder »abweichend« definiert würden. Beispiele hierfür sind die weite Verbreitung der »Schönheitschirurgie« oder die eingangs erwähnte Forderung, gesunden Personen die Einnahme von mutmaßlich leistungssteigernden Medikamenten zu ermöglichen.
- Von *Grenzverwischung* sprechen wir, wenn zwischen Gesundheit und Krankheit keinen klaren Abgrenzungen mehr bestehen und die Übergänge »fließend« sind oder wenn bestimmte Personen sogar als gleichzeitig gesund und krank betrachtet werden. Diese paradoxe Situation betrifft vor allem die durch Techniken der prädiktiven Genodiagnostik konstituierte Gruppe der so genannten »healthy ill«. Mit diesem Begriff werden Menschen bezeichnet, die aktuell gesund sind, bei denen jedoch genetische Dispositionen für zukünftige Krankheiten entdeckt worden sind, so dass sie vielfach als »gesunde Kranke« angesehen werden (vgl. Kollek/Lemke 2008 sowie Lemke/Kollek in diesem Band).
- Beim Phänomen der *Grenzpluralisierung* dagegen existieren durchaus klare Abgrenzungen zwischen gesund und krank, allerdings werden diese Grenzen in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder von verschiedenen Akteursgruppen je unterschiedlich gezogen. Solche Differenzen können sowohl zwischen professionellen Akteuren und »Laien« auftreten als auch zwischen unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen, etwa zwischen Psychotherapeuten auf der einen und biomedizinisch orientierten Psychiatern auf der anderen Seite. Ein bekanntes Beispiel stellt die nach wie vor stark umstrittene Diagnose der Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung ADHS dar (vgl. hierzu Leuzinger-Bohleber et al. 2006 und den Beitrag von Karsch in diesem Band). Inwieweit hyperaktives, unkonzentriertes Verhalten bei Kindern noch »normal« oder bereits Symptom von ADHS ist, wird aufgrund fehlender klarer diagnostischer Kriterien höchst unterschiedlich bewertet.

In vielen Fällen überlagern und durchdringen sich diese ohnehin nur analytisch unterscheidbaren Teilaspekte der Entgrenzung der Medizin. So stellt der Fall der Schüchternheit nicht nur eine Grenzverschiebung dar, sondern auch eine Grenzpluralisierung und tendenziell auch eine Grenzverwischung, denn wo genau die »Grenze« zwischen normaler Schüchternheit und pathologischer Sozialphobie zu ziehen ist, kann anscheinend nicht mehr eindeutig und konsensuell festgelegt werden. Dementsprechend weisen die Schätzungen darüber, wie viele Menschen

an einer Sozialphobie leiden, eine beträchtliche Schwankungsbreite zwischen rund einem Prozent und fast 20 Prozent einer Bevölkerung auf (vgl. Wehling 2008a). Die Entgrenzung der Medizin hat somit sowohl zur Folge, dass für das medizinische Feld konstitutive Unterscheidungen und Grenzziehungen unscharf und uneindeutig werden, als auch, dass das medizinische Handeln sich (im Fall von Grenzüberschreitungen) nicht mehr ausschließlich an diesen Grenzziehungen orientiert. Als entscheidend erweist sich hierbei die Erosion der Unterscheidungen zwischen gesund und krank (oder normal und pathologisch) sowie zwischen Heilung und Verbesserung (Enhancement).

Die konstitutive Rolle der Unterscheidung von gesund und krank für die Funktionsweise des medizinischen Systems moderner Gesellschaften und für die Begrenzung seines (legitimen) Zuständigkeitsbereichs ist von der soziologischen Theorie Niklas Luhmanns besonders prominent hervorgehoben worden. Dieser Theorie zufolge handelt es sich bei der Medizin der Moderne nicht um ein offenes Praxisfeld, sondern um ein operativ geschlossenes Kommunikations- und Funktionssystem, das sich von seiner sozialen Umwelt durch den binären Kommunikations-Code von »krank« und »gesund« eindeutig abgrenzt.² Mit dieser Unterscheidung, so Luhmann (1990: 186; vgl. kritisch Bauch 1996: 75 ff.), legt das moderne System der Krankenbehandlung nicht nur einen klaren Kommunikationsbereich der Ärzte und ihrer Patienten fest; es weist den beiden Polen des Codes bei der medizinischen Körperbeobachtung zugleich Positiv- und Negativwerte zu (wobei »positiv« und »negativ« hier nicht in einem wertenden Sinn zu verstehen sind). Während Krankheit als positiver *operativer Wert* für die Anschlussfähigkeit von Kommunikationen im Medizinsystem sorgt, dient der negative Wert der Gesundheit nur als *Reflexionswert* (und Zielformel in einem), der anzeigt, was fehlt, wenn jemand erkrankt (Luhmann 1990: 187, 190). Als oberstes *Ziel* institutionalisierter medizinischer Praktiken steht, so Luhmann (1990: 187), die Befreiung von Krankheit allen sekundären Ziel- und Programmdefinitionen voran. Kurz gesagt: nur Krankheiten seien für den Arzt instruktiv, bei Gesundheit hingegen gäbe es nichts zu tun. Einem gleichsam inhaltsleeren Gesundheitsbegriff im Singular steht also der operative Wert »Krankheiten« im Plural gegenüber.

2 Dies entspricht bekanntlich der allgemeinen systemtheoretischen Darstellung gesellschaftlicher Funktionssysteme, die sich durch die ausschließliche Orientierung an einem je spezifischen binären Code (im Recht etwa Recht/Unrecht, in der Wissenschaft wahr/unwahr, in der Kunst schön/hässlich) voneinander und von ihrer gesellschaftlichen Umwelt abgrenzen sollen.

Bemerkenswerterweise schlichen sich aber schon bei Luhmann angesichts der wachsenden Bedeutung der Genetik Zweifel ein, ob diese Funktionsweise des medizinischen Systems sich auch in der Zukunft als stabil erweisen werde.³ Im Bereich der Gentechnologie glaubte er, die Herausbildung einer Art »Zweitcodierung« beobachten zu können: »Das, was nach traditionellen Kriterien als gesund (nicht akut krank) zu gelten hat, wird nochmals gespalten in genetisch o.k./genetisch bedenklich.« (Luhmann 1990: 193) Das daraus resultierende Problem vermutete Luhmann vor allem in der »Verunsicherung der Kriterien«; deshalb könne es »zu eigendynamischen Entwicklungen kommen, die nicht mehr über vorgegebene Kriterien kontrolliert werden können« (ebd.).⁴ Allerdings bleiben diese Andeutungen bei Luhmann kursorisch, und am Ende bekräftigt er die orthodox-systemtheoretische Sicht, dass die Autonomie des medizinischen Systems durch derartige Entwicklungen nicht eingeschränkt werde:

»Wie immer Arbeitsämter und Versicherungsträger, Parlamentsausschüsse oder Ethikkommissionen, Priester, Familienangehörige, Automobilumbau-techniker und nicht zuletzt, psychisch und emotional, die Patienten selbst involviert sein mögen: die Konstruktion der Krankheit, also Diagnose und Behandlung, Auskunft und Beratung bleibt Sache der Medizin.« (Luhmann 1990: 195)

Daran sind heute jedoch, angesichts der prominenten Rolle vor allem von Pharma-Unternehmen, aber auch von Selbsthilfeorganisationen, bei der »Konstruktion« von Krankheiten, erhebliche Zweifel angebracht (vgl. Conrad 2005 sowie Bauch 1996).

Die zweite für die Entgrenzung der Medizin wesentliche Unterscheidung, diejenige zwischen Heilung und Verbesserung, ist als *explizite* Unterscheidung neueren Datums. Sie wird zum Thema vor allem durch die gegen Ende der 1990er Jahre aufkommende Debatte um mut-

3 Zudem habe bereits die Schwerpunktverlagerung von Infektions- zu Zivilisationskrankheiten in den letzten Jahrzehnten den »Relevanzbereich« des medizinischen Systems auf die gesamte Lebensführung ausgeweitet (Luhmann 1990: 190).

4 Bauch (1996) weist ebenfalls darauf hin, dass der Code gesund/krank sich in dem Augenblick als zu eng erweise, als die Medikalisierung der Gesellschaft den Menschen nicht nur in Bezug auf die klassische Rolle des Kranken inkludiert, sondern seinen Alltag in immer umfassenderer Weise prägt und dabei den Relevanzbereich des *Gesundheitssystems* »auf die gesamte Lebensführung« ausdehnt (Bauch 1996: 79). Die Transformation des medizinischen Codes in einen Gesundheitscode (lebensfördernd/lebenshinderlich) führe dazu, dass dieser zu einem Leitcode und Topos der Risikogesellschaft werde.

maßlich neue Möglichkeiten zur Optimierung des menschlichen Körpers, bspw. in der Genetik, Neuro-Pharmakologie oder Ästhetischen Chirurgie.⁵ Man kann allerdings annehmen, dass das Interesse an Enhancement-Praktiken nicht nur einen Effekt neuer medizinisch-technischer Optionen darstellte. Einen wichtigen Antriebsfaktor bildete auch die seit den 1990er Jahren intensiviertere neoliberale Rhetorik der Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und permanenten Arbeit daran, eigene Schwächen zu überwinden, um so die individuelle Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu steigern (vgl. Bröckling 2007; Wehling 2008b). Neu ist ohnehin weniger der Umstand, dass sich die Medizin der »Verbesserung« der Menschen zuwandte oder mit entsprechenden Erwartungen konfrontiert wurde (vgl. Stoff in diesem Band sowie die Beiträge in Coenen et al. 2010). Neu ist jedoch die Einführung des übergreifenden Begriffs »Enhancement« für solche Optimierungsmöglichkeiten und -bestrebungen in unterschiedlichen medizinischen Feldern (Schöne-Seifert/Talbot 2009b). Zunächst wurde Enhancement in erster Linie durch die Abgrenzung von der klassischen medizinischen Aufgabe der Heilung definiert: Enhancement ist demnach zu verstehen als die Anwendung medizinischer Mittel und Techniken bei »gesunden« oder »normalen« Menschen, mit dem Ziel, deren Aussehen zu verbessern oder deren körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu steigern. Dem amerikanischen Bioethiker Eric Juengst (2009: 25) zufolge fungiert Enhancement somit als Grenzbegriff in zwei wichtigen Kontexten: in der Debatte um die angemessenen Grenzen der Biomedizin sowie in Diskussionen um eine Ethik der Selbstverbesserung (oder der »Verbesserung« von Kindern) und deren mögliche Grenzen.

Obwohl dem Grenzbegriff Enhancement also eine Orientierungsfunktion für angemessenes medizinisches Handeln zukommen sollte, erwies sich die zugrunde gelegte Unterscheidung von Therapie und Enhancement von Anfang an als höchst umstritten und uneindeutig (vgl. Synofzik 2006). Der wichtigste Grund hierfür ist darin zu sehen, dass die Differenz von Therapie und Enhancement offensichtlich eng an die Abgrenzungen krank/gesund oder normal/pathologisch gebunden ist. Nur wenn sich präzise zwischen Krankheit und Gesundheit unterscheiden lässt, gewinnt die Gegenüberstellung von Heilung kranker Menschen einerseits, Verbesserung gesunder (oder normaler) Menschen andererseits, klare Konturen. Wie wir oben bereits verdeutlicht haben, ist die Abgrenzung von gesund und krank in den letzten Jahren jedoch ihrerseits unscharf und problematisch geworden (soweit sie es nicht immer

5 Vgl. die Beiträge in Parens (1998), einem der ersten Bücher, das sich ausdrücklich mit der Problematik des Enhancements und dessen präziserer begrifflicher Bestimmung beschäftigte.

schon gewesen ist) – und das Gleiche gilt für die Unterscheidung von normal und pathologisch (vgl. Juengst 2009: 32-35). In vielen Fällen, etwa der Einnahme von Methylphenidat durch Menschen mit Konzentrationsschwierigkeiten oder von Antidepressiva durch Schüchterne, bleibt somit unklar und umstritten, ob es sich dabei um eine medizinisch indizierte Therapie gegen ADHS oder Sozialphobie handelt. Oder hat man es stattdessen mit einer unausgesprochenen Enhancement-Maßnahme zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Personen zu tun, die nicht krank sind, aber möglicherweise den extern vorgegebenen oder selbstgesetzten Verhaltens- und Leistungsansprüchen nicht genügen? Noch schwieriger zu treffen ist die Unterscheidung zwischen Prävention und Enhancement (vgl. Juengst 2009: 29-31), vor allem dann, wenn Prävention sich nicht auf eine spezifische Krankheit bezieht, sondern auf eine allgemeine prophylaktische Stärkung der Abwehrkräfte und des Immunsystems ausgerichtet ist. Wäre etwa eine gentechnische Intervention zur generellen Verbesserung des Immunsystems als ein Fall von Enhancement zu begreifen oder könnte man darin noch eine Präventionsmaßnahme sehen?

Nicht wenige Bioethiker ziehen aus solchen Abgrenzungsproblemen die Konsequenz, den Begriff Enhancement vollständig aus der Gegenüberstellung zur Therapie herauszulösen und stattdessen *jedliche* Art von Verbesserung der Situation des Menschen, unabhängig davon, mit welchen Mitteln sie erreicht wird, als Enhancement zu bezeichnen (vgl. z.B. Harris 2007; Ranisch/Savulescu 2009). Doch abgesehen davon, dass es keineswegs zwingend ist, eine Unterscheidung allein deshalb aufzugeben, weil sie in einzelnen Fällen nicht »trennscharf« und eindeutig gezogen werden kann,⁶ wird der Begriff Enhancement auf diese Weise gänzlich aus dem historisch-gesellschaftlichen Kontext herausgebrochen, in dem er geprägt wurde. Er verliert als Begriff jede Differenzierungsfunktion, wenn die Erfindung des Rades, eine Tasse Kaffee, der Computer, Schulunterricht für Kinder ebenso wie eine gentechnische Intervention zur Steigerung der Intelligenz gleichermaßen als Enhancement etikettiert werden. Die politisch-strategische Absicht hinter solchen

6 Ungeachtet aller oben beschriebenen Schwierigkeiten, die Begriffe krank und gesund klar voneinander abzugrenzen und im Einzelfall eindeutig zuzuordnen, hätte der Vorschlag, auf diese Unterscheidung ganz zu verzichten, in modernen (und wohl auch in vielen anderen) Gesellschaften kaum Aussicht auf Realisierung. Denn offensichtlich erfüllt die Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Menschen in zahlreichen gesellschaftlichen Handlungsfeldern eine entscheidende Rolle für die Differenzierung und Legitimierung sozialer Praktiken, von der gerechtfertigten Abwesenheit vom Arbeitsplatz bis hin zu abgestuften Urteilen in der Rechtsprechung.

Begriffsverwendungen ist ohnehin nicht zu schwer zu erkennen: Durch die begriffliche Parallelisierung mit gesellschaftlich verbreiteten und als nicht begründungsbedürftig erachteten Praktiken und Techniken sollen die Möglichkeiten des biomedizinischen und biotechnologischen Enhancements entproblematisiert und legitimiert werden. Ranisch und Savulescu (2009: 26) formulieren dieses Ziel sogar recht offen: »Soweit wir eine Reihe von etablierten Techniken zur Verbesserung des Menschen akzeptieren, vielleicht sogar als selbstverständlich voraussetzen, stellt sich die Frage, warum wir vergleichbare Möglichkeiten der Humanbiotechnologien anders bewerten sollten?« Derartige Argumentationen erscheinen allerdings nur vordergründig als plausibel, denn sie setzen stillschweigend voraus, was genauerer Klärung bedürfte: nämlich ob und inwieweit die anvisierten Humantechniken einerseits, eingespielte Praktiken zur Verbesserung menschlicher Lebensumstände, Leistungen und Befindlichkeiten andererseits tatsächlich vergleichbar im Sinne einer *Gleichartigkeit* sind. Zumeist wird die These der Vergleichbarkeit darauf gestützt, dass biomedizinische Enhancement-Technologien und bereits etablierte Praktiken den gleichen *Zielen* dienen. Doch schon dies ist fraglich, denn man kann durchaus darüber streiten, ob eine Tasse Kaffee zu trinken tatsächlich dem gleichen Ziel dient wie ein Medikament zur Steigerung der Wachheit einzunehmen.⁷ Davon abgesehen würde jedoch selbst aus der Vergleichbarkeit der Ziele keineswegs zwingend folgen, dass auch die Mittel vergleichbar und gleichartig sind und es daher keinen Unterschied mache, *welcher* Mittel man sich bedient.

Dennoch: auch wenn derartige Argumentationen ihre strategischen Absichten nur schlecht kaschieren können, bleibt festzuhalten, dass die Unterscheidung von Therapie und Enhancement kaum geeignet erscheint, klare medizinische und ethische Orientierungen zu bieten, geschweige denn konsensfähige Grenzen legitimen medizinischen Handelns zu benennen. Sowohl die Dynamik der Medizin selbst als auch die gesellschaftlichen Erwartungen an sie treiben offensichtlich über diese Grenze hinaus; der Boom der ästhetischen Chirurgie, die »radikalen« Visionen der Biogerontologie und Anti-Aging-Medizin wie auch das

7 Kaffee zu trinken dient wohl nur selten dem entkontextualisierten Ziel, die eigene kognitive Leistungsfähigkeit zu steigern, sondern wird in der Regel auch als Genuss empfunden, ist in alltägliche Rituale (zum Frühstück, nach dem Mittagessen etc.) und soziale Interaktionen eingebunden, ermöglicht eine kurze Pause im Arbeitsablauf usw. Daher basiert die von vielen Bioethikern vorgetragene Behauptung einer Identität der Ziele auf einer unausgesprochenen Reduktion des Kaffeetrinkens auf eine reine Enhancement-Maßnahme.

eingangs erwähnte Plädoyer, »Neuro-Enhancer« auch für gesunde Menschen zugänglich zu machen, sind einige der prägnantesten Beispiele hierfür. Entgrenzung der Medizin beinhaltet daher auch, dass die Beschränkung medizinischen Handelns auf kurative oder präventive Zwecke mehr und mehr infrage gestellt wird – sei es weil die Abgrenzung zwischen Therapie und Enhancement kaum eindeutig zu treffen ist, sei es weil die Bestrebungen zunehmen, diese Grenze bewusst zu überschreiten und auch die Optimierung des menschlichen Körpers als ein Ziel zu etablieren, das legitimerweise mit medizinischen Mitteln verfolgt werden sollte.

2. Vier Dynamiken der Entgrenzung

Es wäre ein Trugschluss anzunehmen, die Entgrenzung der Medizin stelle eine lineare und homogene Tendenz dar. Sie verläuft vielmehr in verschiedenen medizinischen Handlungsfeldern in je spezifischen Formen, folgt jeweils anderen Logiken und bringt vermutlich auch unterschiedliche Wirkungen hervor. Bringt man die beiden für die aktuellen Debatten zentralen Unterscheidungen *Krankheit vs. Gesundheit* und *Heilung/Therapie vs. Verbesserung/Enhancement* in heuristischer Absicht in die Form einer Kreuztabelle so lassen sich nach ihrem »Richtungssinn« idealtypisch vier Dynamiken der Entgrenzung der Medizin unterscheiden:

- Ausweitung medizinischer Diagnosen
- Krankheitsunabhängige Verbreitung medizinischer Techniken
- Entzeitlichung von Krankheit
- Direkte Optimierung des menschlichen Körpers

Da diese Differenzierungen wesentlich zu einem reflektierten soziologischen Verständnis der aktuellen Entwicklungen, ihrer Hintergründe, Antriebskräfte und möglichen Konsequenzen beitragen, wollen wir sie im Folgenden etwas näher erläutern (vgl. hierzu auch Wehling et al. 2007).

Ausweitung medizinischer Diagnosen

Der Entgrenzungs-Typus *Ausweitung medizinischer Diagnosen* bezeichnet eine gesellschaftliche Dynamik, in deren Verlauf physische und/oder mentale Phänomene (Körper- und Gefühlszustände, Verhaltensformen oder Handlungsweisen), die zuvor nicht in medizinischen Termini wahrgenommen wurden, nun in Begriffen von »Krankheit«, »Störung« oder »Pathologie« definiert und therapeutisch behandelt werden. Im »Richtungssinn« dieser Dynamik liegt es somit, dass bis dahin als ge-

sund und normal geltende Menschen nun als behandlungsbedürftig und krank angesehen werden.⁸ Die explizite oder implizite Konsequenz einer solchen auf den ersten Blick eher klassisch zu nennenden Dynamik besteht häufig in der Verschiebung des Ursachenraums: Entsprechend werden Phänomene nun vorrangig oder ausschließlich als physisch, somatisch oder biologisch und nicht als mental, psychisch oder »sozial« bedingt angesehen und »pathologisiert« (Buyxs/Hucklenbroich 2009). Ein ebenso bekanntes wie umstrittenes Beispiel für eine solche Entwicklung bildet die Re-Definition kindlicher Verhaltensprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten als Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) in den 1970er Jahren (Conrad 1976a; 1976b) sowie, seit den 1990er Jahren, dessen Ausweitung auf Verhaltensweisen Erwachsener (Conrad/Potter 2000; vgl. den Beitrag von Karsch in diesem Band). Strittig ist hierbei, ob die hohen Steigerungsraten der ADHS-Diagnose darauf hinweisen, dass erst jetzt mit einer entsprechenden Diagnostik das volle Ausmaß der Erkrankung erkannt wird, als deren Ursache vorwiegend eine Störung des Hirnstoffwechsels angesehen wird, oder ob man es eher mit der »Erfindung« einer Krankheit zu tun hat und in diesem Sinne mit einem Fall der »Biologisierung abweichenden Verhaltens« (vgl. Mattner 2006; Walcher-Andris 2006). Weitere einschlägige Fälle, in denen bislang als normal gedeutete Verhaltensweisen, Befindlichkeiten oder lebensphasenbezogene Ereignisse als behandlungsbedürftige Probleme und »Störungen« redefiniert werden, sind die Ausweitung der Diagnose Depression und ihre Behandlung mit Antidepressiva wie »Prozac« (Moynihan/Cassels 2005: 22-40), die oben bereits erwähnte medizinische Neudeutung von Schüchternheit oder die Definition der weiblichen Menopause als eine Art »Hormonmangel-Krankheit« (Moynihan/Cassels 2005: 41-60). Unabhängig davon, dass der substantielle wissenschaftliche Gehalt solcher Deutungen sowie die Verlässlichkeit der Diagnostik umstritten bleiben, lassen sie sich als Ausweitung medizinischer Definitionshoheit begreifen. In der Folge wird eine wachsende Zahl sozialer Phänomene kognitiv in medizinischen Begrifflichkeiten gerahmt sowie deren Behandlungswürdigkeit durch ein entsprechendes medizinisch angeleitetes Ethos gerechtfertigt (vgl. Pawelzik 2009). Zugleich werden die implizit zugrunde liegenden Unterscheidungen von »gesund« und »krank«, »normal« und »abweichend« in ihrer Bedeutung unscharf und zwar um so mehr, je umstrittener entsprechende Deutungsangebote sind. Wenn etwa der Zustand des

8 Dies entspricht weitgehend dem Kern dessen, was medizinsoziologisch als »Medikalisierung« bezeichnet wird (vgl. z.B. Conrad 2007: 5). Wir kommen auf dieses Konzept und seine Aussagekraft für die aktuellen Entwicklungen unten ausführlicher zurück.

Unglücklichseins »medikalisiert« wird, geht es nicht nur um die seit langem strittige Frage, ob und inwieweit psychische Erkrankungen biologische oder soziale, z.B. familiäre Ursachen haben. Vielmehr steht darüber hinaus die weiter reichende Frage im Raum, was überhaupt als eine behandlungsbedürftige (psychische) Erkrankung anzusehen ist. Wesentlich ist allerdings, sich bei all diesen Phänomenen und Kontroversen zu vergegenwärtigen, dass die Schlüsselakteure, die zur Ausweitung medizinischer Diagnosen beitragen, nicht unbedingt aus dem Bereich der medizinischen Profession stammen müssen. Neben dem in vielen Fällen entscheidenden Einfluss der Pharma-Industrie und ihrer wirtschaftlichen Interessen am Absatz von Medikamenten (vgl. Moynihan/Cassels 2005), sind es häufig auch die Medien, die zur Verbreitung von Krankheitsbildern beitragen, zudem spielen Patienten-Organisationen und die individuellen Patienten selbst eine wichtige Rolle. Conrad (2005) hebt deshalb zu Recht die wachsende Bedeutung der »Selbst-Medikalisierung« Betroffener hervor. Man kann also nicht mehr ohne weiteres von einem klaren Innen und Außen des medizinischen Feldes ausgehen. Die wachsende Bedeutung neuer Akteure gibt zudem einen wichtigen Hinweis darauf, dass die gegenwärtige Ausweitung medizinischer Diagnosen und Terminologien weniger zu neuen allgemein akzeptierten Krankheitsdefinitionen führen als vielmehr zum Verschwimmen der handlungsleitenden Unterscheidung von »gesund« und »krank« beitragen könnte.⁹

Krankheitsunabhängige Verbreitung medizinischer Techniken

Die zweite Entgrenzungsdynamik, die wir als *krankheitsunabhängige Verbreitung medizinischer Techniken* bezeichnen, umfasst Phänomene und Tendenzen, die in gewisser Weise in Kontrast zur soeben beschriebenen Ausweitung medizinischer Diagnosen stehen. Bezeichnet wird mit diesem sperrigen Ausdruck die allmähliche Ablösung des Einsatzes medizinischer Behandlungspraktiken und -techniken von medizinisch

9 Aus diesem Grund lassen sich die hier skizzierten gesellschaftlichen Entgrenzungsdynamiken auch nicht bruchlos je einem der oben beschriebenen analytischen Teilaspekte von Entgrenzung zuordnen. Zwar folgt die Ausweitung medizinischer Diagnosen zunächst primär einer Logik der Grenzverschiebung; das Resultat können jedoch auch Grenzpluralisierungen, Grenzverwischungen oder sogar Grenzüberschreitungen sein, etwa wenn die weite Verbreitung von ADHS-Medikamenten wie Ritalin dazu führt, dass diese in Stress- und Prüfungssituationen von gesunden Personen zur Steigerung ihrer Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit eingenommen werden.

beglaubigten Krankheitsdiagnosen oder Präventionszielen. Auf diese Weise finden ursprünglich therapeutisch intendierte Maßnahmen zunehmend bei gesunden Menschen Anwendung, ohne dass diese jedoch als »krank« etikettiert würden. Das wohl bekannteste und wichtigste Beispiel für diese Tendenz ist die so genannte »Schönheitschirurgie«, auch als ästhetische oder kosmetische Chirurgie bezeichnet (vgl. Viehöver 2010). Aber auch viele Maßnahmen der so genannten Anti-Aging-Medizin (etwa Hormongaben) lassen sich dieser Entgrenzungstendenz zuordnen (vgl. Viehöver 2008).

Die Nutzung der kosmetischen Chirurgie ist seit rund 20 Jahren in vielen Ländern zu einem regelrechten »Massenphänomen« geworden (Davis 1995: 16). Begleitet von entsprechenden Medienformaten wird es zunehmend als etwas »Normales« empfunden sich für *face-lifting*, Bauchstraffung, Brustvergrößerung, Fettabsaugung und vieles andere mehr »unters Messer« zu legen (vgl. Villa 2008). Viele der für die ästhetische Chirurgie maßgeblichen medizinischen Techniken sind allerdings schon seit Ende des 19. Jahrhunderts im Einsatz, nicht zuletzt zur Behandlung von Kriegs- und Unfallopfern (vgl. dazu Gilman 1999). Seitdem haben sich diese chirurgischen Möglichkeiten weitgehend von den Zielen einer kurativen und rekonstruktiven Medizin abgelöst. Auch zur individuellen wie gesellschaftlichen Rechtfertigung ästhetisch-medizinischer Eingriffe wird in der Regel kaum noch auf medizinische Indikationen zurückgegriffen. Ein erster Schritt dieser Ablösung vollzog sich bereits recht früh. Nasenoperationen bei Juden oder Afro-Amerikanern in den 1920er Jahren dienten keinem therapeutischen Zweck, sondern hatten das primäre Ziel, einen zur rassistischen Stigmatisierung genutzten vermeintlichen körperlichen Makel »unsichtbar« zu machen (vgl. Gilman 1999, 2005a, 2005b; Davis 2008). Bemerkenswert ist auch, dass hierbei nicht der individuelle Wunsch nach »Schönheit« im Vordergrund steht, sondern die Anpassung an den (idealisierten) Körper einer dominanten sozialen Gruppe. Insofern fließen hier soziale Herrschaftsverhältnisse recht direkt in die medizinischen Praktiken ein. Gegenwärtig sind derartige Eingriffe beispielsweise in vielen asiatischen Ländern recht weit verbreitet; »beliebte« Operationen sind neben der Erhöhung der Körpergröße unter anderem die Begradigung der Nase oder die Vergrößerung der Augen, um diese »westlicher« erscheinen zu lassen. Viele dieser medizinischen Interventionen dienen nicht oder nicht allein einem »besseren« Aussehen, sondern, wie eingangs dargestellt, auch der Steigerung der Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeits- oder Heiratsmarkt. Diese Entwicklung (die durchaus auch in Europa und Nordamerika zu beobachten ist) verdeutlicht, dass der im alltäglichen Sprachgebrauch verbreitete Begriff »Schönheitschirurgie« einseitig und irreführend ist.

Zudem wird mit dem Begriff häufig verbunden, dass vor allem Frauen die »Kundinnen« der ästhetischen Chirurgen sind. Zwar ist in der Tat die Mehrheit der Nutzerinnen weiterhin weiblich, doch in den letzten Jahren nehmen in steigendem Maße auch Männer die kosmetisch-medizinischen Angebote in Anspruch. Wenngleich auch hier das gute Aussehen eine wichtige Rolle spielt, sollen Bauchstraffung oder ein markantes Kinn zugleich auch beruflich verwertbare Eigenschaften wie Jugendlichkeit, Sportlichkeit oder Entscheidungsfreudigkeit signalisieren. Ohnehin wird attraktives Aussehen bei Frauen wie bei Männern offenbar immer mehr zu einem relevanten Faktor bei der Konkurrenz um begehrte Arbeitsplätze und gut bezahlte berufliche Positionen.

Dennoch hat sich die ästhetische Chirurgie insgesamt bisher nicht gänzlich von genuin medizinischen Zielen und Diagnosen abgelöst – und vermutlich wird das auch nie vollständig der Fall sein. Diese fortbestehende, wenngleich schwache Bindung an medizinische Zielsetzungen kommt nicht zuletzt auch darin zum Ausdruck, dass ein Teil solcher Operationen von den Krankenkassen finanziert wird, z.B. Brustverkleinerungen und -straffungen wegen Rückenproblemen oder manche Fettabsaugungen. Gelegentlich wird auch psychisches Leiden am eigenen Aussehen als medizinische Indikation für chirurgische Eingriffe anerkannt. Somit erhält zumindest ein Teil der kosmetischen Chirurgie eine Verbindung zu den kurativen Aufgaben der Medizin aufrecht, auch wenn der Großteil der entsprechenden Eingriffe sich an nicht-medizinischen Zielsetzungen orientiert.

Die skizzierte Entwicklung hat in jedem Fall Auswirkungen auf das professionelle Selbstverständnis der Medizin und die Arzt-Patienten-Beziehungen (vgl. dazu auch Junker/Kettner 2009 sowie Lanzerath in diesem Band). Während ein Teil der Ärzteschaft hierin eine willkommene Einnahmequelle sieht, die durch nicht-kassenfinanzierte Zusatzangebote zu den kurativ-medizinischen Leistungen oder gar durch eigene »Schönheitskliniken« erschlossen wird, scheint genau dies bei einem anderen Teil der medizinischen Profession Unbehagen auszulösen. So hat sich in der Bundesrepublik Deutschland vor einigen Jahren eine von der Bundesärztekammer mit initiierte »Allianz gegen Schönheitswahn« formiert, die sich unter anderem für Altersbegrenzungen bei kosmetischen Operationen einsetzt. Allerdings scheinen deren Aktivitäten mittlerweile im Sande verlaufen zu sein (vgl. Junker/Kettner 2009: 62). Die Organisationen der plastischen oder ästhetischen Chirurgie selbst haben auf zunehmende Kritiken mit Forderungen nach Qualitätskontrollen sowie mit der Einführung zusätzlicher Fach-Qualifikationen reagiert. Der Trend, dass Teile der medizinischen Profession (und auch nicht-ärztliche

Berufe) die ästhetische Chirurgie als lukrativen Markt erschließen, wird dadurch aber wohl kaum gebremst.

Entzeitlichung von Krankheit

Als *Entzeitlichung von Krankheit* bezeichnen wir eine dritte Dynamik; diese ist dadurch charakterisiert, dass sich das Verständnis von Krankheit zunehmend von zeitlich manifesten (akuten oder chronischen) Symptomen und Beschwerden ablöst und auf das Vorliegen bestimmter Indizien und Risikofaktoren (Genveränderungen, Übergewicht, hohe Blutfettwerte etc.) gleichsam »vorverlagert« wird. Auf den ersten Blick betrachtet, scheint dies noch in den »klassisch« medizinischen Bereich der (primären) Prävention zu fallen, denn, so könnte man argumentieren, aufgrund der frühzeitigen Kenntnis von Risikofaktoren können gezielte Maßnahmen ergriffen werden, um das Ausbrechen der entsprechenden Krankheit von vorneherein zu verhindern. Doch auch wenn die Grenze zur Prävention in der Tat fließend ist, sprechen einige Gründe dafür, in der Entzeitlichung von Krankheit eine Entgrenzungsdynamik zu erkennen, die über die Ziele und Möglichkeiten kurativer wie präventiver Medizin hinausgeht: *Erstens* existieren bei vielen tatsächlichen oder vermeintlichen Krankheitsrisiken keine oder nur begrenzt wirksame sowie unter Umständen selbst risikoträchtige Präventionsmaßnahmen. Dies gilt besonders bei genetischen Risikofaktoren und Krankheitsdispositionen, die mittels der so genannten prädiktiven DNA-Diagnostik festgestellt werden. Prädiktive genetische Diagnostik trifft auf der Grundlage von Erkenntnissen über vorliegende genetische Besonderheiten bei aktuell gesunden Personen Aussagen über deren zukünftige Erkrankungsrisiken.¹⁰ Dabei lassen sich prädiktiv-deterministische und prädiktiv-probabilistische Diagnosen unterscheiden (Kollek/Lemke 2008: 42). Ein Beispiel für den ersteren Fall ist die Huntington-Krankheit; hier führen bestimmte Genveränderungen mit einer Wahrscheinlichkeit von fast 100 Prozent bis zum 70. Lebensjahr zum Ausbruch der Krankheit. Probabilistisch ist die prädiktive Diagnostik hingegen beim so genannten erblichen Brustkrebs; hier liegt die Wahrscheinlichkeit, dass bei Vorliegen bestimmter Mutationen die Erkrankung bis zum Alter von 70 Jahren tatsächlich auftritt, zwischen rund 40 und 85

10 Damit kann der Begriff der Prädiktion von dem der Prognose unterschieden werden: Während unter Prädiktion »die Identifikation gesundheitlicher Risiken, für die zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keinerlei körperliche Anzeichen vorliegen«, verstanden wird, treffen Prognosen eine »Vorhersage über den weiteren Verlauf einer bereits vergangenen oder gegenwärtig bestehenden Krankheit« (Kollek/Lemke 2008: 39).

Prozent. Doch bestehen für die Huntington-Krankheit bislang keinerlei Präventionsmöglichkeiten und bei erblichem Brustkrebs existiert außer regelmäßigen Früherkennungsuntersuchungen letztlich nur die sehr gravierende Maßnahme der prophylaktischen Amputation der Brustdrüsen, die problematische Nebenwirkungen haben kann und überdies keine vollständige Sicherheit bietet. Ohnehin wird bei probabilistischen Diagnosen nur ein Teil der Personen, bei denen krankheitsrelevante genetische Besonderheiten festgestellt werden, auch tatsächlich erkranken, weil hierbei auch nicht-genetische Faktoren (Umwelteinflüsse, Lebensstil u.Ä.) eine Rolle spielen. In jedem Fall führen prädiktive Informationen und Diagnosen nicht notwendigerweise zu verbesserten Präventionsmöglichkeiten (vgl. Kollek/Lemke 2008: 50; 145 ff.). Sie bergen vielmehr die Gefahren genetischer Diskriminierung und der Konstruktion so genannter »gesunder Kranker«, auf die wir noch zurückkommen. *Zweitens* werden viele Risikofaktoren, die wie etwa erhöhte Cholesterinwerte, selbst keinen Krankheitswert haben, zunehmend als behandlungsbedürftige und damit pathologische Zustände wahrgenommen und entsprechenden medizinisch-pharmazeutischen Regimes unterworfen. So sollen Menschen mit hohen Cholesterinwerten nach den Leitlinien der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften lebenslang Cholesterin-Senker einnehmen, um das Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zu verringern (Pawelzik 2009: 279). Das statistische Krankheitsrisiko wird auf diese Weise *de facto* immer mehr wie eine bereits bestehende Krankheit behandelt und erlebt (vgl. Fosket 2004: 94; Aronowitz 2010) – und dies obwohl die zugrunde liegenden Wahrscheinlichkeitsberechnungen häufig höchst umstritten sind. Hinzu kommt eine Tendenz, die Zahl der mutmaßlichen Risikofaktoren immer weiter zu vermehren, indem beispielsweise schon nach den Vorformen und Vorläufern von Risikofaktoren gesucht wird (vgl. Pawelzik 2009: 279).

Durch die zunehmende Verfügbarkeit prädiktiver Tests und Diagnosen wird das Verständnis von Krankheit unter der Hand mehr und mehr »entzeitlicht«, d.h. vom feststellbaren Beginn einer akuten Erkrankung auf das Vorliegen von Risikofaktoren verschoben. Die prädiktive Gendiagnostik ist derzeit sicherlich die wirksamste, wenngleich durchaus nicht die einzige Triebkraft der Entzeitlichung des Krankheitsverständnisses; daher lassen sich hieran auch die möglichen gesellschaftlichen Folgen dieser Tendenz am besten verdeutlichen: In dem Maße, wie eine bestimmte genetische Veränderung schon als Beginn der Krankheit wahrgenommen und dadurch das Krankheitsverständnis »genetisiert« wird, entsteht die Gruppe der »präsymptomatischen« oder »gesunden Kranken«. Dies sind Menschen, die zwar aktuell gesund sind (und möglicherweise niemals an dem vorausgesagten Leiden erkranken werden),

auf die aber dennoch wegen bestimmter genetischer Risiken bereits der »Schatten einer zukünftigen Krankheit« (Feuerstein et al. 2002: 42) fällt. Abgesehen davon, dass diesen Personen häufig auch dann, wenn Prävention gar nicht möglich ist, eine besondere Verantwortung für ein angemessenes »Risikomanagement« zugewiesen wird, sind sie in besonderer Weise der Gefahr genetischer Diskriminierungen ausgesetzt. Darunter werden Benachteiligungen vor allem auf dem Arbeitsmarkt und im Versicherungswesen verstanden, von denen Menschen aufgrund erhöhter genetisch bedingter Krankheitsrisiken betroffen sein könnten (etwa der Ausschluss von bestimmten Versicherungsangeboten oder Arbeitsplätzen). Unabhängig von dieser gesellschaftlichen Problematik, für die es in der Bundesrepublik Deutschland zumindest erste Anzeichen gibt (vgl. Lemke 2006), ist es für individuell Betroffene und ihre Familien in der Regel äußerst schwierig, mit prädiktiven Informationen zurechtzukommen, insbesondere dort, wo daraus keinerlei Chancen für Prävention oder Therapie erwachsen. Als Reaktion auf die Ambivalenzen des prädiktiven genetischen Wissens wird in den meisten Ländern inzwischen das so genannte »Recht auf Nichtwissen« grundsätzlich anerkannt (Damm 1999). Es besagt, dass jede Person das Recht hat, ihre genetischen Dispositionen *nicht* zu kennen, und deshalb niemand direkt oder indirekt gezwungen werden darf, sich Wissen über seine genetischen Krankheitsrisiken zu verschaffen. Dies setzt der Nutzung prädiktiver Gendiagnosen durch Versicherungsunternehmen und Arbeitgeber (und damit der Entzeitlichung von Krankheit) gewisse Grenzen, die allerdings in unterschiedlichen Staaten jeweils unterschiedlich weit gezogen werden. Offen bleibt zudem, inwieweit durch Angebote kommerzieller Unternehmen, die über das Internet für wenige Hundert US-Dollar individuelle Genom-Analysen vertreiben, der Umgang mit genetischen Informationen zu einer alltäglichen Praxis wird. Auch wenn dabei häufig Dispositionen für einige schwere Krankheiten nicht untersucht werden, könnte dies nicht nur das Selbstverständnis der Individuen, sondern auch ihre Auffassungen von Krankheit und Gesundheit nachhaltig beeinflussen.

Direkte Optimierung des menschlichen Körpers

Die vierte Entgrendungsdynamik beinhaltet die Versuche zur *direkten* technischen und pharmakologischen »Optimierung« oder »Perfektionierung« der menschlichen Natur (vgl. Gesang 2007), häufig über ein bislang als »natürlich« oder »normal« empfundenes Maß hinaus. Prägnante Beispiele hierfür sind Visionen von der »Abschaffung« des Alterns (vgl. Huber/Buchacher 2007; de Grey/Rae 2010) oder der medikamentösen

Leistungssteigerung des Gehirns (»Neuro-Enhancement«) (Greely et al. 2008; Galert et al. 2009). Auch Utopien des gentechnischen Enhancements (vgl. Savulescu 2007), der Verknüpfung menschlicher Gehirne mit informationstechnischen Systemen (»brain-machine-interaction«) sowie der technischen Verbesserung sensorischer Fähigkeiten (Roco/Bainbrige 2002; vgl. Fleischer/Decker 2005) fallen in diese Entgrenzungstendenz.¹¹ Derartige Bestrebungen gehen nicht den »Umweg« einer expansiven Krankheits-Diagnostik; letztere kann im Zuge der medizinischen Behandlung als »krank« etikettierter, aber möglicherweise gesunder Menschen zwar faktische Enhancement-Praktiken befördern, die aber indirekt und latent bleiben. Demgegenüber sollen bei den Forderungen nach direkter Optimierung ausdrücklich gesunde und normale Körper und Gehirne »verbessert« werden. Außerdem soll im Idealfall sogar auf die missbräuchliche Nutzung therapeutischer Arznei-Mittel zu Enhancement-Zwecken verzichtet und stattdessen spezifische, eigenständige Enhancement-Präparate entwickelt werden (Galert et al. 2009: 47). Man könnte daher der Ansicht sein, dass solche gezielten Optimierungsbemühungen gänzlich aus dem Feld der Medizin herausfallen und einen völlig neuartigen Handlungsbereich konstituieren. Bei näherem Hinsehen stellt sich dies jedoch als komplizierter heraus: Zum einen werden sich viele Enhancement-Mittel in ihrer Wirkungsweise (Eingriffe in biochemische Prozesse) weiterhin an medizinischen Präparaten und deren Effekten orientieren. Es erscheint fraglich, ob nicht nur auf der Ebene der Ziele, sondern auch auf der Ebene der *Mittel* tatsächlich eine vollständige Abkopplung des Enhancement von der kurativen Medizin erreichbar wäre. Zum anderen werfen auch und gerade Optimierungsmittel und -methoden komplexe politisch-rechtliche Fragen etwa der Wirksamkeitsprüfung, der Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen sowie des Zugangs auf: Sollen diese Mittel frei verkäuflich sein oder soll der Zugang durch bestimmte Regulierungsinstanzen überwacht und eingeschränkt werden? Man kann vermuten, dass sich entsprechende Regelungen eng an die bestehenden Strukturen im Bereich der Medizin anlehnen würden und möglicherweise wäre es sogar die ärztliche Profession, die zukünftig den Zugang zu Enhancement-Präparaten ebenso kontrollieren würde wie den zu therapeutischen Mitteln. Obwohl sich die Tendenz zur direkten Optimierung des menschlichen Körpers den Strukturen des medizinischen Feldes zu entziehen versucht, scheint eine vollständige Entkopplung davon kaum realistisch zu sein – falls sich

11 Auch die Zielsetzungen der 1998 gegründeten »World Transhumanist Association« sind Teil dieser Dynamik. »We seek personal growth beyond our current biological limits«, heißt es in der programmatischen Erklärung der Organisation (www.transhumanism.org).

denn Praktiken der Optimierung des Menschen gesellschaftlich überhaupt durchsetzen können, was man aber kaum grundsätzlich ausschließen kann.

Vieles spricht für die Annahme, dass direkte Optimierungsstrategien einen deutlich höheren Rechtfertigungsbedarf aufweisen als die drei zuvor genannten Dynamiken, weil sie den Handlungshorizont der Heilung und Wiederherstellung bewusst überschreiten und, anders als beispielsweise die kosmetische Chirurgie, noch nicht einmal rudimentäre Bindungen an therapeutische Begründungen und Zielsetzungen aufrechterhalten. Gleichwohl, oder möglicherweise gerade deshalb, hat die Idee des Enhancement vor allem in den letzten rund fünf Jahren mehr und mehr Zustimmung vor allem im bio- und medizinethischen Diskurs, aber teilweise auch in der Medizin und den Naturwissenschaften gefunden.¹² Auch wenn die dabei vorgebrachten Begründungen in der Regel nicht sonderlich überzeugend sind (worauf wir hier nicht näher eingehen können), könnten Enhancement-Praktiken dennoch in näherer Zukunft gesellschaftlich durchaus Fuß fassen. Möglicherweise gibt den Ausschlag hierfür ohnehin weniger die Überzeugungskraft ethischer Argumente als vielmehr die in den gegenwärtigen Konkurrenzgesellschaften allenthalben bestehenden Erwartungen an permanente individuelle Leistungssteigerungen. Zudem tragen auch die drei anderen Entgrenzungsdynamiken zur faktischen Verbreitung von Optimierungspraktiken bei, wenngleich weniger manifest und explizit als Forderungen nach der direkten Verbesserung des menschlichen Körpers.

Die idealtypische Unterscheidung dieser vier Entgrenzungsdynamiken erlaubt unseres Erachtens einen differenzierteren Blick auf aktuelle und künftig erwartbare Entwicklungen im medizinischen Feld als andere Versuche, diese Entwicklungen analytisch zu fassen (siehe dazu den folgenden Abschnitt). Alle vier Dynamiken weisen in Richtung der Erosion und Entgrenzung der Unterscheidungen von Krankheit vs. Gesundheit sowie Therapie vs. Enhancement, jedoch in je spezifischer Form, mit je unterschiedlicher Logik und auch gegen jeweils verschiedene Widerstände und Gegentendenzen. Insgesamt ergeben sie das Bild einer Medizin, die sich offenbar immer weniger an klaren begrifflichen und institutionellen Abgrenzungen orientieren kann und deren Zielsetzungen sich zur Optimierung des menschlichen Körpers hin zu erweitern scheinen

12 Vgl. dazu, neben den bereits eingangs erwähnten Memoranden von Greely et al. (2008) und Galert et al. (2009), etwa Gesang (2007), Harris (2007), Bostrom/Sandberg (2009), Ranisch/Savulescu (2009) sowie – mit einigen Einschränkungen – Ach/Lüttenberg in diesem Band.

3. Entgrenzung der Medizin, wunscherfüllende Medizin oder Medikalisation?

Die in den vorangegangenen Abschnitten skizzierten Entwicklungen sind in der sozialwissenschaftlichen und (medizin-)ethischen Diskussion unter verschiedenen Aspekten und unterschiedlichen konzeptionellen Perspektiven aufgegriffen worden. Als besonders einflussreich erweisen sich dabei, vor allem in der englischsprachigen Diskussion, das Konzept der *Medikalisation* sowie, hauptsächlich in der deutschsprachigen Debatte, dasjenige der *wunscherfüllenden Medizin*. Wir möchten in diesem Abschnitt unsere Überlegungen zur Entgrenzung der Medizin weiter präzisieren, indem wir verdeutlichen, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vergleich mit diesen Konzepten existieren. Zeigen wird sich dabei, dass ein reflektiertes Konzept der Medikalisation in wesentlichen Zügen mit unserer Sichtweise übereinstimmt und zugleich wichtige Differenzierungen bietet. Das Konzept der wunscherfüllenden Medizin hingegen basiert, trotz einer gewissen sprachlichen Suggestivkraft, auf fragwürdigen Vorannahmen und weist eine Reihe von Einseitigkeiten auf.

Wunscherfüllende Medizin?

Mit Blick auf die dargestellten Transformationen der Medizin hat in der deutschsprachigen Diskussion in den letzten Jahren der Begriff der »wunscherfüllenden Medizin« Furore gemacht (Kettner 2006, 2009a, 2009b; Junker/Kettner 2009; Buyx/Hucklenbroich 2009). Danach ist es in erster Linie die gesellschaftliche Nachfrage nach neuen medizinischen Dienstleistungen, die den Charakter des kurativ orientierten Modells moderner Medizin »von den Rändern her« auszuhöhlen beginnt (Kettner 2009b: 9). Der Terminus »wunscherfüllende Medizin« wird vor allem auf die Herausbildung eines neuartigen Nutzertypus medizinischer Leistungen bezogen, der als Klient und Konsument ärztliches Wissen und Können benötige, »um sich zu seiner Lebensführung genau diejenige körperliche Verfassung zu schaffen, die er oder sie sich wünscht« (Junker/Kettner 2009: 66). Problematisch an diesem Konzept erscheint schon seine Ausgangsthese, die den Antriebsfaktor der beschriebenen Entwicklung primär in der Nachfrage, den »Wünschen«, der Konsumenten sieht. Zwar erwähnen Junker und Kettner (2009: 63 f.) unter fünf exemplarischen »Erscheinungsbildern« wunscherfüllender Medizin auch den »positiven medizinischen Utopismus«, d.h. die Produktion von Enhancement-Versprechungen und -visionen durch die Biomedizin selbst. Aber konzeptionell bleibt dieser Aspekt *de facto* unterbelichtet; als

Haupttriebkraft gilt die gesellschaftliche Nachfrage nach »wunscherfüllenden« medizinischen Dienstleistungen. Zudem zeigt sich das Konzept der wunscherfüllenden Medizin gegenüber der sozialen Genese von Bedürfnissen nach Leistungssteigerung und Körperverbesserung relativ uninteressiert; andernfalls müsste es anerkennen, dass viele dieser Bedürfnisse ihrerseits durch gesellschaftliche Einflüsse geprägt und forciert werden und somit keine unabhängigen Erklärungsfaktoren bilden. Darüber hinaus ist die Darstellung der Erscheinungsformen wunscherfüllender Medizin insofern nicht konsistent, als darunter alternative Formen der Medizin (Akupunktur, Homöopathie, Naturheilkunde etc.) ebenso eingeordnet werden wie die so genannten »individualvertraglichen Gesundheitsleistungen« (IGeL), also ärztliche Leistungsangebote, die von den Patienten selbst bezahlt werden müssen (ebd.: 64 f.). Unabhängig davon, wie man deren medizinischen Nutzen im Einzelnen bewerten mag, dient ein großer Teil dieser medizinischen Leistungen aus Sicht der Patienten keineswegs einer wunscherfüllenden »Wohlfühl-Medizin«, sondern durchaus kurativen (Akupunktur, Homöopathie) oder präventiven Zielen, z.B. bestimmte als »IGeL« angebotene Früherkennungsverfahren (vgl. hierzu kritisch auch Buyx/Hucklenbroich 2009). Letztlich zeichnet die These eines Übergangs zur wunscherfüllenden Medizin ein zu einseitiges und soziologisch unzureichendes Bild; sie neigt dazu, die unterschwellig als fragwürdig angesehenen Wünsche der Konsumenten (vgl. Junker/Kettner 2009: 64 f.) als den entscheidenden Faktor für die Erosion der kurativen Medizin zu privilegieren und dabei andere Einflüsse und gesellschaftliche Kontexte auszublenden.

Medikalisierung

Anders als die Rede von der wunscherfüllenden Medizin sieht das Konzept der Medikalisierung (*medicalization*) hauptsächlich in expansiven Tendenzen der Medizin selbst die wesentliche Ursache für die gegenwärtig zu beobachtenden Transformationsprozesse.¹³ Aktuelle Weiterentwicklungen des Konzepts (z.B. Conrad 2005, 2007), das in den 1970er Jahren Eingang in die sozial- und geschichtswissenschaftliche Diskussion gefunden hatte, heben aber auch die zentrale Bedeutung anderer Akteure für Medikalisierungsprozesse hervor, etwa von Patientenorganisationen oder der Pharma-Industrie. Herausgearbeitet wurde außerdem das offenbar zunehmende Phänomen der »Selbstmedikalisierung«. Hierbei deuten und interpretieren die betroffenen Individuen

13 Vgl. zur Geschichte und Weiterentwicklung des Konzepts Medikalisierung ausführlicher Viehöver/Wehling (2010).

selbst, wenngleich angeleitet durch mediale und medizinische Diskurse oder durch entsprechende Diagnosen in der eigenen Familie, ihre Befindlichkeiten in Begriffen von Krankheit, Störung oder Abweichung. Somit könne man, so der US-amerikanische Soziologe Peter Conrad (2005), mit Blick auf die jüngsten Entwicklungen von »shifting engines of medicalization« sprechen.

Conrad definiert Medikalisierung als »a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders« (Conrad 1992: 209). Medikalisierung wird aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive jedoch nicht als unausweichliche Durchsetzung überlegenen ärztlichen Wissens und effektiver Therapien begriffen. In den Blick gerückt wird stattdessen die Kontingenz und Historizität medizinischer Krankheitsdefinitionen und Behandlungspraktiken. In der Regel treffen Analysen von Medikalisierungsprozessen auch keine Aussagen darüber, ob die in Rede stehenden Phänomene »wirklich« medizinische Tatbestände sind oder nicht (Conrad 2007: 3f). Medikalisierungsforscher interessieren sich weniger für die Ätiologie der medikalisierten Befindlichkeiten und Verhaltensweisen selbst, sondern für die »etiology of definitions« (Conrad 1992: 212): Wie und unter welchen Bedingungen werden neue medizinische Definitionen und Erklärungsansprüche formuliert, weshalb können sie sich durchsetzen (oder nicht), welche Gegenbewegungen treten auf, welche weiterreichenden Implikationen und Konsequenzen haben Medikalisierungsprozesse?

Für ein reflektiertes und differenziertes Verständnis von Medikalisierung sind drei Aspekte entscheidend: Medikalisierung ist erstens nicht als linear und irreversibel zu verstehen, sondern bezieht die Möglichkeit von *Demedikalisierung* (ebenso wie von neuerlicher Remedikalisierung) ausdrücklich mit ein. Demedikalisierung besagt, dass eine Verhaltensweise, Lebensform oder Befindlichkeit nicht länger in medizinischen Begriffen definiert wird und medizinische Behandlungen daher nicht mehr als adäquate Lösung angesehen werden (Conrad 2007: 7).¹⁴ Medikalisierung ist zweitens keineswegs gleichzusetzen mit einer Art von expertokratischem »Imperialismus« des Ärztestandes. Aus-

14 Eines der wichtigsten Beispiele stellt die Demedikalisierung von (männlicher) Homosexualität dar, die erst in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts offiziell erreicht wurde (vgl. Conrad 2007: 97ff.). Zuvor wurde männliche Homosexualität als psychische Störung begriffen und behandelt. Das Beispiel ist auch deshalb aufschlussreich, weil vor allem seit den 1990er Jahren im Kontext der humangenetischen Forschung (Suche nach dem »Gen für Homosexualität«), einige, wenn auch schwache Anzeichen für eine Remedikalisierung unter veränderten Vorzeichen zu beobachten sind.

schlaggebendes Kriterium für Medikalierungsprozesse ist vielmehr die Wahrnehmung und Behandlung eines Phänomens in medizinischen Termini und mit medizinischen Mitteln. Wenngleich es häufig medizinische Forscher oder Ärzte sind, die einen solchen Wandel der Wahrnehmung einleiten, wird Medikalierung nicht selten auch von anderen Akteuren – und mitunter sogar *gegen* die etablierte Medizin – propagiert und vorangetrieben. Daraus ergibt sich schließlich drittens ein analytisch reflektiertes Verständnis von Medikalierung als vielschichtigem und offenem, auf mehreren Ebenen verlaufendem und von unterschiedlichem Akteuren getragenen sozialen Prozess.

Definitorische Prozesse sind zweifellos von zentraler Bedeutung für Dynamiken der Medikalierung: »The key to medicalization is definition« (Conrad 2007: 5), d.h. die Neudeutung bestimmter Befindlichkeiten oder Verhaltensweisen in medizinischen Begriffen.¹⁵ Gleichwohl können Medikalierungen unseres Erachtens auch dadurch zustande kommen, dass bestimmte Probleme *mit medizinischen Mitteln* behandelt werden, ohne auf definitorsch-diskursiver Ebene als medizinisch relevante Probleme wahrgenommen zu werden. Das auffälligste Beispiel hierfür ist sicherlich die kosmetische Chirurgie. Sofern das Konzept der Medikalierung anerkennt, dass nicht nur die definitorische Ausweitung medizinischer Diagnosen, sondern auch die faktische Übernahme medizinischer Praktiken und Techniken sinnvoll als Medikalierung begriffen werden kann, weist es einen hohen Grad von Übereinstimmung mit unserer These der Entgrenzung der Medizin auf. Zumal auch wir die Entgrenzung der Medizin nicht als ein homogenes und unaufhaltsames Geschehen begreifen, sondern ausdrücklich die Möglichkeit von Demedikalierungen (und neuerlichen Remedikalierungen) offen halten. Unabhängig davon erweist sich unser Konzept der Entgrenzung der Medizin insofern als flexibler und differenzierter, als es unterschiedliche Ansatzpunkte, Dynamiken und Verlaufsformen von Entgrenzung (oder Medikalierung) in den Blick nimmt.

4. Was ist neu an der gegenwärtigen Entgrenzung der Medizin?

Unsere These einer Entgrenzung der Medizin, eines Wandels von der ärztlichen Heilkunst zur biotechnologischen Optimierung des Menschen ist auch gegenwartsdiagnostisch intendiert. Sie nimmt an, dass diese

15 Dies entspricht im Wesentlichen dem, was wir oben als *Ausweitung medizinischer Diagnosen* beschrieben haben.

Entwicklung zwar nicht völlig neuartig ist, aber in ihrer aktuellen Zuspitzung doch spezifische Züge aufweist und moderne Gesellschaften vor besondere Probleme stellt. Damit sieht sich die Rede von der Entgrenzung der Medizin mit einer Reihe von gewichtigen Fragen vor allem aus medizinhistorischer, medizintheoretischer, medizinrechtlicher und medizinethischer Perspektive konfrontiert.

- a. Die vermutete Neuartigkeit der zurzeit unter Stichworten wie »Enhancement« diskutierten Phänomene und Tendenzen legt erstens die Frage nahe, inwieweit es historische Vorläufer und Parallelen zu einer optimierenden Medizin gegeben hat. Wenn dies der Fall ist – welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gegenüber den heutigen Diskursen und Praktiken lassen sich dann erkennen? Und läuft man nicht Gefahr, den vollmundigen Versprechungen von Teilen der biomedizinischen Forschung »auf den Leim« zu gehen oder sogar ungewollt zu deren »Komplizen« zu werden, wenn man die aktuellen Visionen und Entwürfe als historisch einzigartig und außerordentlich folgenschwer dramatisiert – oder gar, wie Francis Fukuyama (2002), das »Ende des Menschen« prognostiziert?
- b. Zweitens: Gegen die These, grundlegende Unterscheidungen, vor allem diejenige zwischen »gesund« und »krank«, würden gegenwärtig in besonders prekärer Weise ihre Eindeutigkeit und »Trennschärfe« einbüßen, lässt sich nicht zu Unrecht einwenden, diese Begriffe seien grundsätzlich kulturelle und wissenschaftliche Konstrukte und die Differenz gesund vs. krank sei schon immer unscharf gewesen. Genauer zu analysieren ist demnach, wie sich die gesund/krank-Unterscheidung historisch entwickelt hat, welche unterschiedlichen konzeptionellen Möglichkeiten bestehen, diese Differenz zu formulieren, wie sie gegenwärtig bestimmt wird und wie die aktuellen Auseinandersetzungen vor diesem Hintergrund zu bewerten sind: Handelt es sich bei den oben skizzierten Abgrenzungsproblemen nur um die »üblichen«, medizinhistorisch immer wieder beobachtbaren Schwierigkeiten? Oder gewinnt die Problematik eine neue Qualität, beispielsweise aufgrund neuer technischer Möglichkeiten (Gendiagnostik u.Ä.) oder des Auftretens neuer Akteursgruppen, die fallspezifisch eigenständige Vorstellungen von »gesund« und »krank« entwickeln und darüber unter Umständen auch mit der etablierten Medizin in Konflikt geraten?
- c. Drittens stellt sich die Frage, welche Folgen die Entgrenzung der Medizin in Richtung Optimierung des Menschen für die gegenwärtigen Gesellschaften und insbesondere für das medizinische Handeln sowie dessen rechtliche, wirtschaftliche und professionsethische Rahmenbedingungen haben würde. Hierzu gehören selbstverständ-

lich auch die höchst kontroversen Debatten, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, dieser Tendenz zu folgen, oder sogar geboten, sie aktiv voranzutreiben – oder ob man umgekehrt der Dynamik hin zur Verbreitung und Veralltäglichsung des Enhancements Grenzen setzen muss. Aber auch dann, wenn man derartige Grenzen grundsätzlich befürwortet, bleibt vorerst offen, wie sie sich argumentativ begründen ließen (vgl. z. B. Maio et al. 2008) sowie auf welche sozialen, kulturellen und institutionellen Ressourcen sich solche Grenzziehungen stützen könnten. Bieten beispielsweise das Medizinrecht, die ärztliche Standesethik oder die allgemeine bioethische Diskussion Anhaltspunkte für faktische oder normative »Grenzen der Entgrenzung« (vgl. hierzu die Beiträge von Damm und Lanzerath in diesem Band)? Oder erscheinen die aktuellen Entwicklungen aus diesen Perspektiven als unproblematisch, wenn nicht sogar wünschenswert (vgl. Ach/Lüttenberg in diesem Band)? Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass die Debatten um Enhancement und Medikalisierung nicht angemessen allein in wissenschaftlichen oder ethischen Expertendiskursen zu führen sind. Letztlich geht es dabei vielmehr um eine *politische* Auseinandersetzung, die das Selbstverständnis moderner Gesellschaften und die Lebensweisen ihrer Mitglieder fundamental betrifft und deshalb öffentlich ausgetragen werden muss.

5. Zum Aufbau des Bandes und der einzelnen Beiträge¹⁶

Der Aufbau des vorliegenden Bandes orientiert sich an den im vorangehenden Abschnitt skizzierten Fragestellungen sowie an den oben beschriebenen vier Entgrenzungsdynamiken der Medizin. Im ersten Teil, *Gesundheit, Krankheit und Optimierung aus medizinhistorischer und -theoretischer Sicht*, wird in insgesamt drei Beiträgen untersucht, wie sich die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit historisch entwickelt hat, wie sie sich medizintheoretisch jeweils unterschiedlich begründen lässt und inwiefern die zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter-

16 Der vorliegende Band geht zurück auf eine Tagung im Januar 2009 an der Universität Augsburg im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Sonderforschungsbereichs »Reflexive Modernisierung«. Wir danken der DFG und dem Sonderforschungsbereich für die finanzielle Unterstützung der Tagung und der Buchveröffentlichung. Für ihre großzügige Hilfe bei der Fertigstellung des Manuskripts bedanken wir uns bei Michael Ernst-Heidenreich, Debora Frommeld und Andreas Hechtel vom Lehrstuhl für Soziologie an der Universität Augsburg.

nommenen medizinischen Experimente zur Verjüngung und »Verbesserung« des Menschen Parallelen zur heutigen Entwicklung aufweisen. Damit wird mehr oder weniger ausdrücklich auch die Frage nach der Neuartigkeit und den besonderen Charakteristika der aktuellen Phänomene gestellt. Den zweiten Teil, *Entgrenzung der Medizin: vier Fallbeispiele*, bilden vier Beiträge, die – orientiert an den oben beschriebenen Dynamiken – anhand exemplarischer Fälle jeweils unterschiedliche Verlaufsformen der Entgrenzung der Medizin zum Thema haben. Das Beispiel ADHS steht dabei exemplarisch für die Ausweitung medizinischer Diagnosen, der Boom der kosmetischen Chirurgie für die krankheitsunabhängige Verbreitung medizinischer Techniken, die prädiktive Gendagnostik für Tendenzen zur Entzeitlichung von Krankheit, die Anti-Aging-Medizin schließlich (zumindest in ihren auf »radikale« Lebensverlängerung zielenden Varianten) für Versuche zur direkten Optimierung des menschlichen Körpers. Der dritte Themenblock, *Recht und Ethik als Möglichkeiten gesellschaftlicher Gestaltung*, fasst drei Beiträge zusammen, die sich den aktuellen Transformationsprozessen aus bioethischer, aus medizinethischer sowie aus medizinrechtlicher Perspektive widmen. Im Mittelpunkt steht dabei zum einen, inwieweit bisherige professionsethische Kriterien und rechtliche Regelungen insbesondere des Arzt-Patient-Verhältnisses durch die neuen Entwicklungen unter Druck geraten und ausgehöhlt werden könnten; zum anderen wird aber auch gefragt, welche Möglichkeiten Ethik und Recht zur Gestaltung und Regulierung einer entgrenzten Medizin bieten könnten.

Den ersten Themenblock eröffnen *Heiner Fangerau* und *Michael Martin* mit ihrem Beitrag *Konzepte von Gesundheit und Krankheit – Die Historizität elementarer Lebenserscheinungen zwischen Qualität und Quantität*. Die beiden Autoren analysieren darin die wechselvolle Geschichte einer für die Entwicklung (nicht nur) der modernen Medizin prägenden Unterscheidung. Ihnen zufolge sind Gesundheit und Krankheit keineswegs immer im Sinne einer klar getrennten Opposition verstanden worden. Zwar haben die antike humoral-pathologische Sichtweise und auch die an Linné anschließenden Klassifikationsversuche Vorstellungen einer »trennscharfen« Unterscheidbarkeit von Gesundheit und Krankheit hervorgebracht. Im 19. Jahrhundert traten jedoch mit der »quantitativ« verfahrenen und in Normalverteilungen denkenden physiologisch orientierten Medizin konkurrierende Deutungen auf den Plan. Danach sind Gesundheit und Krankheit nicht als scharfer Gegensatz, sondern im Sinne eines Kontinuums zu verstehen. Die Überlegungen der beiden Autoren relativieren die auch in der Soziologie prominenten Vorstellungen eines den medizinischen Diskurs der Moderne prägenden und eindeutig zwischen Gesundheit und Krankheit differenzierenden medi-

zinischen Codes. Fangerau und Martin gehen demgegenüber von einer Pluralität von Gesundheits- und Krankheitsbegriffen aus, wobei der inzwischen dominierende physiologische Krankheitsbegriff nicht dichotomischer, sondern eher kontinuierlicher und gradualistischer Natur sei. Aus diesem Grund ist die Grenzziehung zwischen »gesund« und »krank« grundsätzlich interpretationsoffen und flexibel handhabbar.

Christian Lenk untersucht in seinem Beitrag *Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit* aus einer medizinethischen Perspektive die Bedeutung konkurrierender Konzepte von Gesundheit und Krankheit für die Problematik des Enhancements. Er unterscheidet: a.) ein subjektivistisches Konzept, das sich u.a. in der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheits-Organisation WHO wiederfindet, b.) ein relationales Konzept der Gesundheit und schließlich c.) ein an der naturwissenschaftlich geprägten Physiologie orientiertes Verständnis der beiden Begriffe. Auch wenn Lenk die Bedeutung der beiden erstgenannten Gesundheits-/Krankheitskonzepte nicht bestreitet, lässt sich sein Beitrag als vorsichtige Verteidigung eines an physiologischen Normalfunktionen orientierten objektivistischen Krankheitsbegriffes lesen. Dessen Vor- und Nachteile demonstriert er an Christopher Boorses funktionalistischem Konzept von Gesundheit und Krankheit. Die Bedeutung dieses Konzepts für die aktuelle Diskussion um Optimierung und Perfektionierung sieht Lenk darin, dass nur auf dieser Grundlage überhaupt eine angemessene Definition von Enhancement gegeben werden könne. Denn nur wenn (statistische) Durchschnittswerte ausgewiesen werden könnten, ließe sich in sinnvoller Weise auch von einer »Verbesserung über das Normalmaß hinaus« sprechen. Wenngleich der objektivistische Gesundheitsbegriff bei psychischen Erkrankungen sowie bei ästhetisch motivierten Eingriffen an Grenzen stoße, stelle er gleichwohl ein wichtiges Korrektiv zur Verfügung, um überzogenen Ansprüchen auf körperliche Funktions- und Leistungssteigerung Einhalt zu gebieten.

Die oft gestellte Frage nach der Neuartigkeit der aktuellen Entwicklungen im medizinischen Feld greift *Heiko Stoff* aus medizinhistorischer Perspektive auf. Sein Beitrag *Das »Recht auf optimale physiologische Lebensmöglichkeiten«*. *Die Verbesserung und Verjüngung des Menschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts* diskutiert die Geschichte der Verjüngungsstrategien vom späten 19. Jahrhundert bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhundert. Stoff erinnert daran, dass die wissenschaftlichen Projekte physischer Transformation des Menschen, unter anderem auf der Basis darwinistischer Ideen, ihren Ursprung in der experimentellen Biologie und Entwicklungsphysiologie haben. Deren Ideen der Menschenschöpfung zehrten aber auch von utopischen und dystopischen (li-

terarischen) Erzählungen, die vom Jungbrunnentraum bis zu den Geschichten vom Verfall des Menschengeschlechts und der Überalterung der Gesellschaft im 19. und frühen 20. Jahrhundert reichten. Stoff argumentiert, das Ziel dieser biopolitischen Strategien sei nicht nur die Verjüngung, sondern auch die Verbesserung des männlichen und – in den 1920er Jahren – auch des weiblichen Körpers gewesen. Die entsprechenden Diskurse beschrieben programmatisch das Modell eines effizient verjüngten Menschen, der den Ansprüchen der sich herausbildenden Leistungs- und Konsumgesellschaften gerecht werden könne. In den 1930er Jahren fanden diese Diskurse ihr vorläufiges Ende; erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde wieder an sie angeknüpft. Die von Stoff beschriebenen Strategien der Bekämpfung des Alters und des Alterns bilden eine interessante Vergleichsfolie für die Untersuchung der aktuellen Entwicklungen im Bereich der Anti-Aging-Medizin; sie weisen eine Reihe von bemerkenswerten Gemeinsamkeiten auf, aber auch deutliche Unterschiede, schon allein bei der sozialen Verfügbarkeit entsprechender medizinischer Angebote.

Der zweite Teil des Bandes umfasst vier Beiträge zu Fallbeispielen, in denen sich – so die Ausgangsthese des Buches – jeweils unterschiedliche Entgrenzungsdynamiken der Medizin beobachten lassen. Den Auftakt bildet *Fabian Karschs* Beitrag *Neuro-Enhancement oder Krankheitsbehandlung? Zur Problematik der Entgrenzung von Krankheit und Gesundheit am Beispiel ADHS*. Er fragt danach, inwieweit der zunehmende Konsum von Methylphenidaten sowie die entsprechenden Diagnose-, Verschreibungs- und Therapiepraktiken noch im Sinne von Krankheitsbehandlung zu verstehen sind oder unausgesprochen bereits unter die Kategorie des Enhancements fallen und damit die Grenzen kurativer Medizin überschreiten. Der umstrittene Krankheitswert von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), aber auch die steigende Nutzung von Medikamenten wie Ritalin zum Zwecke der Leistungssteigerung sind aus seiner Sicht Symptome eines »weitreichenden Medikalierungsprozesses«, der sich in einer »Ausweitung medizinischer Deutungsansprüche« äußere. Diese Tendenzen müsse man als eine Ausweitung des medizinischen Herrschaftsbereiches verstehen, insofern vermehrt der Anspruch erhoben werde, soziale Verhaltensweisen legitimerweise in medizinischen Begriffen erfassen zu können. Phänomene der Entgrenzung von Gesundheit und Krankheit zeigten sich aber nicht nur in den Deutungskämpfen um die Anerkennung des Krankheitsbildes ADHS, sondern auch in den Praktiken der *Selbstmedikation* von Personen, die Pharmaka wie Ritalin ohne medizinische Indikation nutzen, weil sie sich davon eine angemessenere Organisation ih-

res Alltags oder, etwa in Prüfungssituationen, leistungssteigernde Effekte erwarten.

Der Beitrag von *Paula-Irene Villa* *Mach mich schön! Geschlecht und Körper als Rohstoff* setzt mit Überlegungen zur Genese der Geschlechterontologie in der »westlichen bürgerlichen Moderne« ein. Diese habe, so die Autorin, die Geschlechterdifferenz in Form einer körperlichen Ontologie bislang erfolgreich gegen »Modernisierungs- und Reflexivierungsprozesse« immunisiert. Die Naturalisierung der Körperontologie wird nun, wie Villa zu zeigen sucht, durch den aktuellen Trend zur ästhetischen Chirurgie sowie die damit zusammenhängenden medialen Inzenierungen der Arbeit am eigenen Körper in TV-Formaten wie *The Swan* zur Disposition gestellt. Hieraus resultiert der Autorin zufolge eine doppelte Dynamik: einerseits der Selbstermächtigung zur Gestaltung des »eigenen« Körpers, andererseits der (Selbst-)Unterwerfung unter dominante Körpernormen. Paradoxerweise stand, so Villa, der feministische Diskurs der 1970er Jahre, der die Legitimität der Schwangerschaftsunterbrechung unter der Parole »Mein Bauch gehört mir!« thematisierte, ungewollt bei der aktuellen Entwicklung Pate. Abschließend versucht Villa im Rekurs auf die Plessnersche Unterscheidung von »Leib sein« und »Körper haben« zu begründen, dass der Mensch nicht anders kann, als sich distanziert und instrumentell zu seinem Körper zu verhalten. Sie plädiert daher – im Horizont eines subjektiven Gesundheitsbegriffs – letztlich dafür, »das subjektive Leiden von Menschen an und in ihren Körpern unbedingt ernst zu nehmen«.

In ihrem Beitrag *Hintergründe, Dynamiken und Folgen der prädiktiven Diagnostik* diagnostizieren *Thomas Lemke* und *Regine Kollek* einen qualitativen Transformationsprozess im Feld des Medizinischen, der sowohl medizinethische als auch gesellschaftliche Probleme aufwirft. Denn die rapide Verbreitung so genannter prädiktiver Gentests, die Aussagen über die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Erkrankungen treffen, lässt gesunde Menschen mehr und mehr zu »genetischen Risikopersonen« oder gar zu »gesunden Kranken« werden. Lemke und Kollek skizzieren zunächst die sozio-technischen, sozio-kulturellen und sozio-politischen Kontexte, die die Verbreitung und Akzeptanz prädiktiver Gentest fördern und stabilisieren. Sie heben hervor, dass Angebote prädiktiven Wissens auf die Lenkung und Gestaltung von individuellen wie kollektiven Handlungsoptionen durch biomedizinische Risikoregime ausgerichtet sind. Die Autoren gehen aber davon aus, dass Verfahren der prädiktiven Diagnostik und die sie anleitenden biowissenschaftlichen Deutungsmuster von den »Betroffenen« *aktiv* angeeignet und in ihren spezifischen Gebrauchsweisen mitgestaltet werden. Dies korreliert mit einem Wandel des Gesundheitsverständnisses: Gesundheit wird immer

seltener als ein (passiver) Zustand begriffen, sondern als ein aktiv zu gestaltender Prozess, worin den Individuen zunehmend Pflichten und (Selbst-)Verantwortlichkeiten im Hinblick auf die eigene »genetische« Gesundheit zugeschrieben werden. Abschließend richten Lemke und Kollek den Blick auf die möglichen gesellschaftlichen Folgen der beschriebenen Entwicklungsdynamik. Sie vermuten zum einen eine (trotz teilweise gegenläufiger Befunde der biomedizinischen Forschung) weitergehende Genetifizierung der Medizin, zum anderen weisen sie auf die Gefahr hin, dass die »gesunden Kranken« spezifischen Formen einer genetischen Diskriminierung ausgesetzt werden könnten.

Den zweiten Themenschwerpunkt beschließt der Beitrag *Ausweitung der Kampfzone: Anti-Aging-Medizin zwischen Prävention und Lebensrettung* von Tobias Eichinger, der sich aus einer medizinhistorischen und -theoretischen Perspektive mit neueren Entwicklungen im Bereich der Anti-Aging-Medizin auseinandersetzt. Eichinger beschreibt zunächst die Ziele, die Mittel sowie die verschiedenen Anbieter von Anti-Aging-Praktiken und analysiert anschließend drei miteinander verwobene »Kampfzonen« (Wettbewerb, Diskurs und Medizin), worin über die Legitimität und Ausgestaltung der Anti-Aging-Medizin gestritten wird. Der Autor unterscheidet hierbei drei Legitimationsstrategien für dieses neue medizinische Feld: Bei der pathologisierenden Argumentationsstrategie steht, im Sinne einer Ausweitung der medizinischen Diagnostik auf spezifische altersbezogene Faktoren und Körperfunktionen, noch ein kuratives Verständnis im Mittelpunkt. Bei der probabilisierenden Begründungsstrategie liegt das Ziel in der Prävention möglicher oder wahrscheinlicher Erkrankungen und altersbezogener Degenerationserscheinung. Die Medikalierungsstrategie hingegen verzichtet insofern vollständig auf einen spezifischen Krankheitsbezug, als sie dem Altern *als solchem* den Kampf ansagt und dieses dabei häufig selbst als »Krankheit« begreift. Das Ziel besteht hier in erster Linie in der Beseitigung störender körperlicher Begleiterscheinungen des Älter-Werdens sowie in der Maximierung der menschlichen Lebensspanne, in den eingangs erwähnten Visionen von Aubrey de Grey und anderen weit über die bisher bekannten Grenzen hinaus. Diese letztere Strategie hält Eichinger ethisch gesehen für besonders problematisch. Er warnt davor, bislang handlungsleitende Vorstellungen der Medizin »als gesellschaftlich bedeutsamer Institution der Hilfe und Fürsorge für Menschen in Not« vorschnell für die Versprechungen einer zweifelhaften Anti-Aging-Medizin preiszugeben.

Den dritten Teil des Buches (*Recht und Ethik als Möglichkeiten gesellschaftlicher Gestaltung*) leiten Johann S. Ach und Beate Lüttenberg mit ihrem Beitrag *Ungleich besser? Zwölf Thesen zur Diskussion über*

Neuroenhancement ein. Aufgrund künftig erwartbarer medizinisch-pharmakologischer Fortschritte eröffnen sich aus Sicht der Autoren Möglichkeiten einer gezielten, nebenwirkungsarmen und effektiven Steigerung der kognitiven und mentalen menschlichen Leistungsfähigkeit. Dies verspreche sowohl aus kollektiver (z.B. Produktivitäts- und Innovationspotentiale) wie auch aus individueller Sicht (kognitive und soziale Kompetenzen) einige Vorteile. Ach und Lüttenberg gehen hinsichtlich der Bewertung von Enhancement-Verfahren davon aus, dass diesen nicht schon deshalb eine Sonderstellung zugeschrieben werden könne, weil sie im Gegensatz zu konventionellen Mitteln der Leistungssteigerung (Lernen, Training etc.) »künstlich« seien. Auch könne man Eingriffe in den menschlichen Organismus – einschließlich des Gehirns – nicht im Rekurs auf den hoffnungslos mehrdeutigen Begriff der menschlichen Natur ablehnen. Vielmehr könnten weder »traditionelle« noch neuere Optimierungstechniken unabhängig von normativen und evaluativen Vorentscheidungen beurteilt werden. Ein Konsens über deren Legitimität sei in pluralistischen, liberalen Gesellschaften allerdings kaum zu erwarten, es müsse daher den Einzelnen – unter strikter Wahrung des Prinzips der Freiwilligkeit – überlassen bleiben, welchen Eingriffen sie sich unterziehen. Trotz ihrer insgesamt positiven Bewertung von Techniken des Neuro-Enhancements halten aber auch Ach und Lüttenberg bestimmte Grenzen der Optimierung für erforderlich. So postulieren sie etwa ein dem Recht auf Nichtwissen zur Seite zu stellendes Recht auf »Naturbelassenheit«, um einem möglichen latenten Zwang zur Nutzung von »Neuro-Enhancern« entgegenwirken zu können. Würde ein solches Recht institutionell ebenso abgesichert wie das Recht auf Nichtwissen im Kontext der prädiktiven Diagnostik, wären kompetitive Enhancement-Maßnahmen, die der Verbesserung der individuellen Konkurrenzfähigkeit z.B. auf dem Arbeitsmarkt dienen, vermutlich recht enge Grenzen gesetzt. Denn dadurch würde ein mehr oder weniger starker Druck auf andere ausgeübt, sich ebenfalls zu »optimieren«.

Skeptischer als Ach und Lüttenberg bewertet *Dirk Lanzerath* (*Professionsethische Aspekte aktueller Praktiken der Optimierung der menschlichen Natur*) die Diskussion zum Enhancement. Auch er diagnostiziert eine Ökonomisierung des Gesundheitswesens einerseits, das Vordringen neuer Anthropotechniken andererseits. Dabei bestehe die Gefahr, dass durch die voranschreitende Medikalisierung der Lebenswelt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient langfristig durch ein individuelles Vertragsverhältnis ersetzt wird. Jedoch könne das Arzt-Patient-Verhältnis nicht auf ein rechtsbasiertes Vertragsverhältnis reduziert werden, solange die ärztliche Profession sich noch an eine Berufsethik gebunden fühlt, die im Arzt mehr sieht, als einen

»technischen Vollstrecker« naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Dienstleistungen. Die Möglichkeiten einer berufsethischen Regulierung des Umgangs mit Optimierungstechniken bewertet Lanzerath gleichwohl sehr zurückhaltend. Eine solche Regulierung wird seines Erachtens nicht nur durch die Heterogenität der ärztlichen Berufsgruppe erschwert, sondern auch durch den Umstand, dass in einer pluralen Gesellschaft ständig neue Bedürfnislagen von außen an das medizinische Feld und die Profession herangetragen werden. Wichtig bleibe es aber, Gesundheit und Krankheit als »praktische Begriffe« und »Grundkategorien menschlichen Dasein« zu fassen. Gesundheit erscheint in dieser medizinethischen Perspektive als ein schützenswertes soziales Gut, das als Gegenstand von Vor- und Fürsorge zu verstehen sei. Dem Arzt käme hierbei, so Lanzerath, die anspruchsvolle Rolle einer Instanz zu, die dem Kranken nicht nur therapeutische Dienste, sondern im weiteren Sinne »hermeneutische Hilfestellung« bieten könne. In diesem Sinne formuliert Lanzerath abschließend die offene Frage, ob die Gesellschaft ein Interesse daran hat, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten durch einen solchermaßen ethisch ausgerichteten praktischen Krankheits- und Gesundheitsbegriffs zu re-stabilisieren. Oder geht sie das Risiko ein, diese für das medizinische Feld konstitutiven Beziehungen künftig technizistisch zu verkürzen und in ein marktformig organisiertes Vertragsverhältnis übergehen zu lassen?

Im abschließenden Beitrag *Entwicklung und Entgrenzung medizinrechtlicher Grundbegriffe – am Beispiel von Indikation und Information* befasst sich *Reinhard Damm* aus rechtswissenschaftlicher Perspektive mit Veränderungen von zwei Basiskonzepten des Arzt-Patienten-Verhältnisses: *Indikation* (auf der Grundlage ärztlichen Sachverständnisses sowie diagnostischer und therapeutischer Standards) und *Information* beziehungsweise *informierte Einwilligung* (*informed consent*) der Patienten sind nach dem bislang vorherrschenden Verständnis die wesentlichen normativen Grundvoraussetzungen ärztlicher Intervention. Gegenwärtig beobachtet Damm aus medizinrechtlicher Sicht einerseits eine Relativierung des Indikationskonzepts, andererseits eine Bedeutungszunahme des informationellen Konsenskonzeptes, verbunden mit dem Vordringen einer »Wunschmedizin«, welche die Deutungshoheit des kurativen Modells schwäche. Er illustriert die Gründe und Folgen dieses Wandels anhand der vier Beispiele Fortpflanzungsmedizin, Entbindung durch Kaiserschnitt auf Wunsch, Transplantationsmedizin sowie genetische Diagnostik. Bezogen auf die aktuellen Debatten um eine »Verbesserung« des Menschen ist es aus Damms Sicht von entscheidender Bedeutung, wie künftig ärztliche Handlungen legitimiert werden sollen, die aufgrund ihrer technischen Machbarkeit auf dem medizinischen Markt

angeboten oder gesellschaftlich nachgefragt werden, ohne dass eine Indikation im Sinne kurativ-medizinischer Standards vorliegt. Damit stelle sich nicht zuletzt die Frage, ob individuelle Selbstbestimmung schon eine hinreichende oder »nur« eine notwendige Legitimationsgrundlage für optimierende Eingriffe darstelle. Damm warnt in diesem Zusammenhang vor einer »individual-ethisch verkürzten Vorstellung von Autonomie«, die die Rahmenbedingungen der Ausübung von Selbstbestimmung aus dem Blick zu verlieren drohe. Grundsätzlich müsse man zukünftig mit einer zunehmenden »Verzweigung« rechnen zwischen einer technisch induzierten und marktorientierten Dienstleistungsmedizin einerseits, dem tradierten Selbstverständnis der kurativen Medizin andererseits. Dabei sei es entscheidend, so Damm, weiterhin auf die »Bindungskraft« des Indikationsmodells zu setzen, die kaum durch anspruchslose Selbstbestimmungskonzepte ersetzt werden könne.

6. Ein vorläufiges Resümee

Versucht man im Hinblick auf die oben formulierten Fragen nach der Neuartigkeit und Spezifik der aktuellen Phänomene und Tendenzen ein Resümee aus diesen Beiträgen zu ziehen, so lassen sich in aller Kürze und Vorläufigkeit drei Aspekte festhalten:

1. Die medizinhistorisch und -theoretisch orientierten Beiträge des ersten Teils verdeutlichen eindrucksvoll, dass Uneindeutigkeiten und Unsicherheiten bei der Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit ebenso wenig neu sind wie Versuche, mit medizinischen Mitteln eine »Verbesserung« menschlicher Eigenschaften und Fähigkeiten zu erreichen. Allerdings rückt gerade der historische Vergleich auch die Besonderheiten der aktuellen Entwicklungen ins Licht, z.B. die zumindest in den Industrie- und Schwellenländern weit größere Verfügbarkeit medizinischer Optimierungsangebote für relativ breite Bevölkerungsschichten.¹⁷ Auch hat sich die Zahl der sozialen Akteure vervielfältigt, die fallspezifisch in Diskussionen über die Grenzen von Krankheit und Gesundheit involviert sind. Man hat es also nicht »nur« mit einem medizinischen oder medizintheoretischen Abgrenzungsproblem zu tun, sondern mit einem wesentlich breiteren gesell-

17 Die Kenntnis früherer Formen einer optimierenden Medizin ist ohne Zweifel wichtig, um die aktuellen Versprechungen der Biowissenschaften relativieren und »unaufgeregt« bewerten zu können. Der historisch vergleichende Rückblick kann gleichwohl nicht die differenzierte Analyse der gegenwärtigen Entwicklungen und ihrer möglichen Konsequenzen ersetzen.

schaftlichen Aushandlungsprozess über die »Grenzen« zwischen Gesundheit und Krankheit sowie über die Relevanz und Orientierungsfunktion dieser Unterscheidung. Nicht zuletzt hat sich auch die medizinische Behandlungstechnik erheblich weiterentwickelt und verfeinert, so dass Bemühungen um die »Perfektionierung des Menschen« (Gesang 2007) gegenwärtig wesentlich mehr Dynamik und Attraktivität besitzen als etwa zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Inwieweit sich gegen vermutlich zunehmende Enhancement-Tendenzen ein objektivierendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit erfolgreich in Stellung bringen lässt (vgl. den Beitrag von Lenk) bleibt abzuwarten; zumindest aber wird deutlich, dass moderne Gesellschaften allen Erosionstendenzen zum Trotz nicht ohne Weiteres auf handhabbare Unterscheidungen zwischen Krankheit und Gesundheit verzichten können.

2. Die Fallstudien des zweiten Teils lassen erkennen, dass Entgrenzungsprozesse der Medizin sehr heterogen verlaufen, oft heftig umkämpft sind und teilweise auch Gegentendenzen sowohl innerhalb wie außerhalb der Medizin auslösen. Zumindest heuristisch erweist sich die von uns vorgeschlagene Unterscheidung von vier Entgrenzungsdynamiken als produktiv, denn sie lenkt den Blick auf jeweils spezifische Einflussfaktoren, Akteure und Interessenkonstellationen sowie auf die von Fall zu Fall unterschiedliche Rolle von wissenschaftlichen Diskursen, neuen Technologien, medialen Inszenierungen, ökonomischen Interessen oder rechtlichen Regelungen. Hier könnten weitere Fallstudien möglicherweise zu einer noch schärferen Präzisierung der unterschiedlichen Dynamiken beitragen. In jedem Fall stellt die gesellschaftliche Nachfrage nach »verbessernden« medizinischen Dienstleistungen – anders als die Rede von der »wunscherfüllenden Medizin« suggeriert – nur einen von mehreren Faktoren dar. Grundsätzlich handelt es sich bei der Entgrenzung der Medizin weder um ein homogenes noch um unausweichliches Geschehen. Ebenso wie, historisch gesehen, Demedikalisierungen möglich waren, können die Ausweitung medizinischer Diagnosen, die Verbreitung medizinischer Techniken und Tendenzen zur Optimierung gesunder Menschen prinzipiell begrenzt oder sogar revidiert werden, wenngleich vorerst offen bleibt, mit welchen Mitteln dies im Einzelfall gelingen könnte.
3. Der professionellen Ethik (als Bioethik, Medizinethik und ärztliche Standesethik) wird in den aktuellen Debatten um die Entgrenzung der Medizin eine besondere Bedeutung zugewiesen; sie gilt in der Regel als diejenige Instanz, die – institutionalisiert in ethischen Beratungsgremien – letztlich darüber befinden soll, »ob wir dürfen, was

wir können«, ob also medizinisch-technisch Machbares auch tatsächlich umgesetzt werden soll. Wie die Beiträge des dritten Teils auf jeweils unterschiedliche Weise verdeutlichen, ist die Ethik mit dieser Aufgabe letztlich überfordert. Zum einen ist sie keineswegs die neutrale Schiedsrichterin und gleichsam »externe« Beobachterin der einschlägigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, sondern selbst Teilnehmerin und häufig genug parteiliche Protagonistin in diesen Debatten.¹⁸ Zum anderen ist die gesellschaftliche Wirksamkeit und Bindungskraft etwa professionsethischer Prinzipien im Vergleich mit ökonomischen Anreizen und Interessen durchaus skeptisch zu beurteilen. Dennoch sollte das Potential von Ethik und Recht für die Regulierung der aktuellen Entwicklungen im medizinischen Feld nicht unterschätzt werden. Denn die bisherige Praxis der kurativen Medizin ist eingebunden in ein Geflecht (professions-) ethischer und vor allem rechtlicher Regelungen und Rahmenbedingungen, die im Fall eines Übergangs zu einer optimierenden, nur noch schwach an ärztliche Indikationen gebundenen Medizin in teilweise gravierender Weise verändert werden müssten (vgl. dazu Damm in diesem Band sowie Eberbach 2009: 234 ff.). Betroffen wären hiervon unter anderem das Krankenversicherungsrecht sowie das Vertrags- und Haftungsrecht;¹⁹ darüber hinaus sind die Fragen nach der Zulassung von und dem Zugang zu Enhancement-Präparaten und -Dienstleistungen noch fast völlig ungeklärt. Ob und in welcher Weise sich hier in der Zukunft rechtlich tragfähige Regelungen einspielen würden, scheint bislang noch ganz offen zu sein. Doch selbst wenn bestehende Regulierungen oder neu auftretende rechtliche Unsicherheiten sich gelegentlich als eine »Fußangel« (Eberbach 2009: 239) für die Tendenz zu einer Optimierungsmedizin erweisen können, wäre es verfehlt anzunehmen, solche Fußangeln könnten die weitere Entgrenzung der Medizin letztlich »zu Fall bringen« (ebd.). Über Recht und professionelle Ethik hinaus erfordert die Transforma-

-
- 18 Es ist vermutlich nicht übertrieben, zu sagen, dass der (konsequentialistische) *mainstream* der Bioethik die Idee der Verbesserung des Menschen mehr oder weniger stark befürwortet (vgl. auch Hedgecoe 2010). Ethische Positionen, die sich, beispielsweise im Anschluss an Hans Jonas, skeptisch gegenüber utopischen Verbesserungsvisionen zeigen (z.B. LaFleur 2008), scheinen sich demgegenüber in der Minderheit zu befinden. Es ist demnach eher zu erwarten, dass die bioethische Debatte sich als »Motor« denn als »Bremse« einer beschleunigten Entgrenzung der Medizin erweisen wird.
- 19 Wer kommt beispielsweise für die unter Umständen medizinisch behandlungsbedürftigen Folgen einer misslungenen Optimierungs-Maßnahme auf (vgl. Eberbach 2009: 239)?

mation des medizinischen Feldes deshalb zwingend eine differenzierte und transparente öffentliche, im Kern *politische* Auseinandersetzung darüber, wie viel Raum und welche gesellschaftliche Bedeutung medizinische Praktiken und Techniken, die offen oder latent auf die Optimierung des menschlichen Körpers ausgerichtet sind, zukünftig haben sollen. Den Sozialwissenschaften, und im Besonderen der Soziologie, sollte dabei eine deutlich prominentere Rolle zukommen als ihnen bisher zugestanden wird – und als sie sich selbst üblicherweise zutrauen. Soziologische Analysen könnten wesentlich dazu beitragen, die Hintergründe und Antriebskräfte der Entgrenzung der Medizin aufzuklären, die impliziten Prämissen von Diskursen über Enhancement (beispielsweise diskursive Strategien, die den menschlichen Körper als »verbesserungsbedürftig« konstruieren) sowie die Interessenlagen und Deutungsmuster der beteiligten Akteure sichtbar zu machen (vgl. hierzu Wehling 2008b, 2010; Viehöver/Wehling 2010). Auf diese Weise kann ein soziologischer Blick auf die Entgrenzung der Medizin das gesellschaftliche Differenzierungsvermögen schärfen, reflexive Distanz zu den Versprechungen der Biomedizin (und Bioethik) ermöglichen sowie gesellschaftliche Handlungsspielräume offen halten und erweitern.

Literatur

- Aronowitz, Robert A. (2010): »Die Vermengung von Risiko- und Krankheitserfahrung«. In: Martin Lengwiler/Jeanette Madarász (Hg.), *Das präventive Selbst*, Bielefeld: transcript, S. 355-383.
- Bauch, Jost (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Bostrom, Nick/Sandberg, Anders (2009): »Die Weisheit der Natur: Eine Evolutionäre Heuristik für Enhancement am Menschen«. In: Nikolaus Knoepffler/Julian Savulescu (Hg.), *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, S. 83-126.
- Bröckling, Ulrich (2007): *Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Buyx, Alena/Hucklenbroich, Peter (2009): »Wunscherfüllende Medizin« und Krankheitsbegriff: Eine medizintheoretische Analyse«. In: Matthias Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 25-53.

- Coenen, Christopher/Gammel, Stefan/Heil, Reinhard/Woyke, Andreas (2010): Die Debatte über »Human Enhancement«. Historische, philosophische und ethische Aspekte der technologischen Verbesserung des Menschen, Bielefeld: transcript.
- Conrad, Peter (1976a): »The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behaviour«. *Social Problems* 23, S. 12-21.
- Conrad, Peter (1976b): Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behaviour, Lexington: D.C. Heath.
- Conrad, Peter (1992): »Medicalization and social control«. *Annual Review of Sociology* 18, S. 209-232.
- Conrad, Peter (2005): »The Shifting Engines of Medicalization«. *Journal of Health and Social Behavior* 46, S. 3-14.
- Conrad, Peter (2007): *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, Peter/Potter, Deborah (2000): »From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories«. *Social Problems* 47, S. 559-582.
- Damm, Reinhard (1999): »Recht auf Nichtwissen? Patientenautonomie in der prädiktiven Medizin«. *Universitas* 54. S. 433-447.
- Davis, Kathy (1995): *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Aesthetic Surgery*, New York: Routledge.
- Davis, Kathy (2008): »Surgical passing – Das Unbehagen an Michael Jacksons Nase«. In: Paula-Irene Villa (Hg.), *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld: transcript, S. 41-65.
- De Grey, Aubrey/Rae, Michael (2010): *Niemals alt! So lässt sich das Altern umkehren. Fortschritte der Verjüngungsforschung*, Bielefeld: transcript.
- Eberbach, Wolfram (2009): »Die Verbesserung des Menschen. Tatsächliche und rechtliche Aspekte der wunscherfüllenden Medizin«. In: Nikolaus Knoepffler/Julian Savulescu (Hg.): *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*, Freiburg/München: Karl Alber, S. 213-250.
- Feuerstein, Günter/Kollek, Regine/Uhlemann, Thomas (2002): *Gentechnik und Krankenversicherung*, Baden-Baden: Nomos.
- Fleischer, Torsten/Decker, Michael (2005): »Converging Technologies. Verbesserung menschlicher Fähigkeiten durch emergente Techniken?«. In: Alfons Bora/Michael Decker/Armin Grunwald/Ortwin Renn (Hg.), *Technik in einer fragilen Welt*, Berlin: Ed. Sigma, S. 121-132.

- Fosket, Jennifer (2004): »Constructing ›High-Risk Women‹: The Development and Standardization of a Breast Cancer Risk Assessment Tool«. *Science, Technology and Human Values* 29, S. 291-313.
- Fukuyama, Francis (2002): *Das Ende des Menschen*, Stuttgart/München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Galert, Thorsten/Bublitz, Christoph/Heuser, Isabella/Merkel, Reinhard/Repantis, Dimitris/Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (2009): »Das optimierte Gehirn«. *Gehirn & Geist* 11, S. 40-48.
- Gesang, Bernward (2007): *Perfektionierung des Menschen*, Berlin: de Gruyter.
- Gilman, Sander L. (1999): *Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery*, Princeton: Princeton University Press.
- Gilman, Sander L. (2001): »Die Operation, die unsichtbar machte«. In: Gero von Randow (Hg.), *Wieviel Körper braucht der Mensch?*, Hamburg: Edition Körber-Stiftung, S. 17-21.
- Gilman, Sander L. (2005a): »Die erstaunliche Geschichte der Schönheitschirurgie«. In: Angelika Taschen (Hg.), *Schönheitschirurgie*, Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 60-109.
- Gilman, Sander L. (2005b): »Ethnische Fragen in der Schönheitschirurgie«. In: Angelika Taschen (Hg.): *Schönheitschirurgie*, Köln/London/Los Angeles/Madrid/Paris/Tokyo: Taschen Verlag, S. 110-136.
- Greely, Henry/Sahakian, Barbara/Harris, John/Kessler, Ronald/Gazzaniga, Michael/Campbell, Philip/Farah, Martha J. (2008): »Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy«. *Nature* 456, S. 702-705.
- Harris, John (2007): *Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People*, Princeton: Princeton University Press.
- Hedgecoe, Adam (2010): »Bioethics and the Reinforcement of Sociotechnical Expectations«. *Social Studies of Science* 40, S. 163-186.
- Huber, Johannes/Buchacher, Robert (2007): *Das Ende des Alterns. Bahnbrechende medizinische Möglichkeiten der Verjüngung. Stammzelltherapie Organverjüngung*, Berlin: Ullstein.
- Juengst, Eric T. (2009): »Was bedeutet *Enhancement*?«. In: Bettina Schöne-Seifert/Davinia Talbot (Hg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Paderborn: Mentis Verlag, S. 25-46.
- Junker, Iris/Kettner, Matthias (2009): »Konsequenzen der wunscherfüllenden Medizin für die Arzt-Patient-Beziehung«. In: Matthias Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 55-74.

- Kettner, Matthias (2006): »Wunscherfüllende Medizin« zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit«. *Ethik in der Medizin* 18, S. 81-91.
- Kettner, Matthias (Hg.) (2009a): *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Kettner, Matthias (2009b): »Wunscherfüllende Medizin: Die Beiträge im Kontext«. In: Kettner, Matthias (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 9-22.
- Kollek, Regine/Lemke, Thomas (2008): *Der medizinische Blick in die Zukunft*, Frankfurt am Main/New York: Campus.
- LaFleur, William R. (2008): »Nachwort: Den Verlockungen von Utopien widerstehen – Forschung, moralische Rechtfertigung und die Ethik von Hans Jonas«. In: Gernot Böhme/William R. LaFleur/Susumu Shimazono (Hg.), *Fragwürdige Medizin*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 262-280.
- Lane, Christopher (2007): *Shyness. How normal behavior became a sickness*, New Haven/London: Yale University Press.
- Lemke, Thomas (2006): *Die Polizei der Gene. Formen und Felder genetischer Diskriminierung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2006): »Einführung«. In: Marianne Leuzinger-Bohleber/Yvonne Brandl/Gerald Hüther (Hg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 9-49.
- Luhmann, Niklas (1990): »Der medizinische Code«. In: Niklas Luhmann (Hg.), *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183-195.
- Maio, Giovanni/Clausen, Jens/Müller, Oliver (Hg.) (2008): *Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Forschung*, Freiburg: Alber.
- Mattner, Dieter (2006): »ADHS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens«. In: Marianne Leuzinger-Bohleber/Yvonne Brandl/Gerald Hüther (Hg.), *ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 51-69.
- Moynihan, Ray/Cassels, Alan (2005): *Selling Sickness. How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients*, New York: Nation Books.
- Parens, Erik (Hg.) (1998): *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Washington D.C.: Georgetown University Press.

- Pawelzik, Markus (2009): »Ist Neuro-Enhancement moralisch bedenklich?«. In: Matthias Kettner (Hg.), *Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 273-295.
- Ranisch, Robert/Savulescu, Julian (2009): »Ethik und Enhancement«. In: Knoepffler Nikolaus/Savulescu Julian (Hg.), *Der neue Mensch? Enhancement und Genetik*, Freiburg/München: Verlag Karl Alber, S. 21-54.
- Roco, Mihail/Bainsbridge, William Sims (2002): *Converging Technologies for Improving Human Performance*, Washington, D.C.: National Science Foundation.
- Savulescu, Julian (2007): »Genetic Interventions and the Ethics of Enhancement of Human Beings«. In: Bonnie Steinbock (Hg.), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford: Oxford University Press, S. 516-535.
- Schmidt, Mario (2010): »Ein neues Gesicht für die Karriere, Rückschau Südkorea«, ARD Weltspiegel, BR, Sonntag, den 21.3.2010 Internet Rückschau: Südkorea, http://www.daserste.de/weltspiegel/beitrag_dyn~uid,whgktsyc5q8jv21w~cm.asp vom 24.3.2010.
- Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (Hg.) (2009a): *Enhancement. Die ethische Debatte*, Paderborn: Mentis Verlag.
- Schöne-Seifert, Bettina/Talbot, Davinia (2009b): »Einleitung«. In: Bettina Schöne-Seifert/Davinia Talbot (Hg.), *Enhancement. Die ethische Debatte*, Paderborn: Mentis Verlag, 9-21.
- Scott, Susie (2006): »The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness«. *Sociology of Health & Illness* 28, S. 133-153.
- Synofzik, Matthis (2006): »Kognition à la carte? Der Wunsch nach kognitionsverbessernden Psychopharmaka in der Medizin«. *Ethik in der Medizin* 18, S. 37-50.
- Viehöver, Willy (2008). »Auf dem Wege zu einer protestantischen Ethik des Alterns? Anti-Aging als eine Form der methodischen Selbstdisziplinierung des Leibes«. In: Karl-Siegbert Rehberg (Hg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*, Frankfurt am Main/New York: Campus, S. 2756-2767.
- Viehöver, Willy (2010). »Häute machen Leute, Leute machen Häute. Das Körperwissen der ästhetisch-plastischen Chirurgie, Liminalität und der Kult der Person«. In: Reiner Keller/Michael Meuser (Hg.), *Körperwissen*, Wiesbaden: VS Verlag, S. 289-313.
- Viehöver, Willy/Wehling, Peter (2010): »Erfolgreich schüchtern und niemals alt? Ratgeberliteratur als Medium der Medikalisierung«. In: Katharina Liebsch/Ulrike Manz (Hg.), *Leben mit den Lebenswissen-*

- schaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?, Bielefeld: transcript, S. 83-111.
- Viehöver, Willy/Gugutzer, Robert/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2004): »Vergesellschaftung der Natur – Naturalisierung der Gesellschaft«. In: Ulrich Beck/Christoph Lau (Hg.), *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 65-94.
- Villa, Paula-Irene (Hg.) (2008): *Schön normal. Manipulationen am Körper als Technologien des Selbst*, Bielefeld: transcript.
- Walcher-Andris, Elfriede (2006): »Ethische Aspekte des pharmakologischen ›cognition enhancement‹ am Beispiel des Gebrauchs von Psychostimulanzien durch Kinder und Jugendliche«. *Ethik in der Medizin* 18, S. 27-36.
- Wehling, Peter (2008a): »Von der Schüchternheit zur Sozialen Angststörung: Die Medikalisierung alltäglichen Verhaltens«. *WestEnd, Neue Zeitschrift für Sozialforschung* 4 (2), S. 151-161.
- Wehling, Peter (2008b): »Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik«. *Leviathan* 36, S. 249-273.
- Wehling, Peter (2010): »Biology, citizenship and the government of biomedicine: Exploring the concept of biological citizenship«. In: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hg.): *Governmentality – Current Debates and Future Issues*, London: Routledge, S. 225-246.
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2007): »Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung«. *Berliner Journal für Soziologie* 17, S. 547-567.
- Zimbardo, Philip (1994): *Nicht so schüchtern! So helfen Sie sich aus Ihrer Verlegenheit*, 8. Aufl., München: mvg.