

Gesundheit und Krankheit in „biopolitischen Zeiten“.

Frauke Koppelin, Rainer Müller

1. Biopolitische Zeiten

Auch wenn in jüngster Zeit häufig Landwirtschaft durch gentechnisch verändertes Saatgut als Gegenstand von Biopolitik verstanden wird, so leben wir doch schon erheblich länger in „biopolitischen Zeiten“. Im Rahmen dieses Beitrages wird unter Biopolitik ein Politikfeld verstanden, das als Folge moderner naturwissenschaftlicher bzw. medizinischer Erkenntnisse und deren technologischer Umsetzung in Praxis entstanden ist. Natur- bzw. Lebensprozesse sind in den letzten Jahrzehnten derart gestaltbar geworden, dass das Wechselverhältnis von Natur/Leben und Politik neu konzipiert werden muss. Konzeptionen, die natürliche Lebensgrundlagen als Basis von Politik verstehen, reichen für das Verstehen und die Regulierung der modernen biotechnologischen Entwicklungen nicht mehr aus. Notwendig ist eine Bestimmung, die eine historische Sichtweise einnimmt, um Biopolitik als komplexes wechselseitiges Geflecht von Lebenswissenschaft, Biotechnologie und Politik zu verstehen. Nur so kommen die Politisierung und ebenso der Trend zur Ökonomisierung des Lebens in den Blick (Sunder Rajan 2009).

Biopolitik umfasst somit ein weites Gebiet. Dieses ist gekennzeichnet durch Verschiebungen der Grenzen zwischen Natur und Gesellschaft, zwischen natürlich und technisch, zwischen Schicksal und Gestaltung, zwischen gesund und krank. Der Gedanke einer Optimierung von Prozessen kennzeichnet diese Politik. Biopolitik bedeutet eine Veränderung des Politischen, das bislang als geplante Handlungen von gesellschaftlichen und staatlichen Institutionen hinsichtlich demokratischer und rechtlicher Interventionen verstanden wurde. Auch Formen des Wissens und der Kommunikation sowie Arten und Weisen der Subjektivierung verändern sich (Lemke 2007). So stehen die technologischen Entwicklungen und naturwissenschaftlichen Erkenntnisse mit ihren Innovationen für die medizinische Diagnostik und Behandlung in einem Spannungsverhältnis zu den subjektiven Perspektiven und Erwartungen der Individuen.

Was aber sind die Antriebskräfte für diese Verwissenschaftlichung und Technisierung der Welt? Gewiss ist, dass diese Dynamik nicht unabhängig von ökonomischen Verwertungsinteressen zu erklären ist, und nicht selten einer instrumentellen Rationalität folgt. Gleich welche Auffassung man persönlich teilt, ob Technik als Kulturfaktor anzuerkennen oder abzulehnen, ob die Gesellschaft den angeblichen Sachzwängen der wissenschaftlich-technischen Revolution verfallen ist oder sich Freiheitsräume öffnen: Es ist davon auszugehen, dass die alltägliche Lebenswelt – auch dort, wo es um Krankheit bzw. Gesundheit geht – durchsetzt ist von Technologie und mithin als soziotechnische Konfiguration anzusehen ist.

Zu fragen ist deshalb, wie sich unsere Lebenswelten im Verhältnis von Natur/„Natürlichkeit“ – einschließlich unserer Körperlichkeit – zu Wissenschaft und Technologie entwickelt haben und sich heute in ihren dynamischen Veränderungen zeigen. Wie verändern die aktuellen Entwicklungen der Biopolitik (z.B. in Bereichen wie der Genetik, der Hirnforschung und der Pharmakologie über die Reproduktions-,

Transplantations-, Nano- oder Telemedizin bis hin zu Lifestyle-Medizin und Functional Food) das Verhältnis von Medizin, Gesellschaft und Individuum?

Um solche Fragen zum Thema „Gesundheit und Krankheit zwischen Lebenswelt und Wissenschaft“ beantworten zu können, muss man die aktuellen Entwicklungen in den Life Sciences (Lebenswissenschaften) betrachten: Wie sieht der Wissensfortschritt in den verschiedenen Sparten der neuen Biologie (z.B. der Gehirn- und Genforschung) aus? Was sind die Anwendungsfelder der Biotechnologie, der Gen- und Neurotechnik? Welche individuellen und gesellschaftlichen Folgen können die modernen technologischen Szenarien haben? Sind sie politisch bzw. gesellschaftlich regulierungsfähig und steuerbar? Nach welchen Kriterien und über wie geartete Politiken können Technologien, als Sozialkonfiguration verstanden, sozialverträglich, menschengerecht und nachhaltig gestaltet werden?

Der vorliegende Beitrag fragt nach dem Einfluss des medizintechnischen und naturwissenschaftlichen Fortschritts auf die Ausweitung von Normierung, Pathologisierung und Medikalisierung und reflektiert die Wirkung, die diese Prozesse (in einer biographischen Perspektive) auf das Individuum mit seiner Gesundheit, seinem Körper und seinem Leib haben. Die Unterscheidung zwischen Körper und Leib spricht auf die Debatte in den Sozial-, Geistes- und Naturwissenschaften über den Unterschied und das Verbindende zwischen Natur und Kultur an (Barkhaus u.a. 1996, Schroer 2005, Honnefelder, Schmidt 2007). Unter Leib wird der lebendige Körper verstanden. Während der Körper eine objektive von außen wahrnehmbare Tatsache ist, kann der Körper als Subjekt, also als eigener Leib, nur von innen wahrgenommen werden. Körperliches Tun wie Arbeiten oder Sport und leibliche eigene Erfahrung wie Freude, Ärger oder Wohlbefinden sind immer untrennbar miteinander verwoben (Gugutzer 2004:152-155).

2. Die Rolle der Technikentwicklung und Naturwissenschaften

Die Naturwissenschaften haben in den vergangenen 150 Jahren ein von niemandem mehr zu überschauendes Wissen aufgehäuft und befinden sich derzeit in einem enormen Schub des Erkenntnisfortschritts. Allerdings verbleibt dieser Wissensfortschritt nicht auf der Stufe des reinen Wissens, sondern wird in Technik, Technologien umgesetzt und zur sozialen Anwendung gebracht. Im beruflichen wie außerberuflichen Alltag haben wir Umgang mit Technik, Maschinen, Geräten und technischen Großsystemen. Wir erleben eine andauernde Diffusion von neuen Technologien in unsere Lebenswelt. Verwiesen sei auf Informations- und Computertechnologie, auf Biotechnologie, auf Gen- und Neurotechnik, auf Robotertechnik sowie auf das Internet und Cyber-Technologien mit ihren virtuellen Welten (Dolata & Werle 2007). Ob nun die Systemwelt der naturwissenschaftlich bestimmten Technik und deren Rationalität unsere Lebenswelt kolonisiert, wie Habermas (1981) meint, oder nicht: Sicher ist, dass unser technikbezogenes Alltagshandeln uns als techniknutzendes Sozialwesen sozialisiert. Die Menschen werden zu (auch) technisch versierten Alltagsexperten. Unter Technik wird üblicherweise die Anwendung von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen zur Produktion von Maschinen und Verfahren in vielfältigen Bereichen verstanden. Bei der Beschreibung von menschlichen Handlungsfertigkeiten in der Arbeit, im Sport oder Alltag wird ebenso von Techniken gesprochen. In humanwissenschaftlicher, soziologischer Sicht ist zu betonen, dass Technik als Nutzung der Erkenntnisse der

Naturwissenschaften oder als menschliches Tun immer in sozialen Kontexten d.h. in Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Menschen stattfindet.

Geprägt durch unterschiedliche mediale Vermittlungen und naturwissenschaftliche bzw. medizinische Erkenntnisse und die darauf aufbauenden technologischen Umsetzungen, wird die Vorstellung und Selbstdeutung des Individuums über seinen Körper und Leib beeinflusst. Leiblichkeit, Gesundheit und Krankheit sowie die Natürlichkeit des menschlichen Körpers unterliegen den biopolitischen Rationalitäten und Technologien. In öffentlichen Diskursen, ökonomischen Vermarktungen und professionellen Denkweisen sowie Interventionsformen – eben auch in der Alltagswelt – erhalten sie eine bestimmende Macht. Diese nennt man Biomacht (Geyer 2001, Gehring 2006, Lemke 2007). Das natürliche Leben wurde zum Gegenstand der Wissenschaft, technischer Optimierung, ökonomischer Verwertung und administrativer Regulierung. Die Politik wiederum verändert sich unter den Bedingungen von lebenswissenschaftlicher Technologie. Neue Gestaltungsoptionen und Regulierungsnotwendigkeiten ergeben sich. Direkte autoritative Steuerung und indirekte Mechanismen der Anreizung und Anleitung, der Vorsorge bzw. Vorhersage, der Moralisierung und Normierung treten auf die Tagesordnung (Lemke 2007: 147). Verwiesen sei an dieser Stelle auf die genetische Diagnostik, um z.B. die Veranlagung für familiären Krebserkrankungen zu erkennen, die Verfahren der Reproduktionsmedizin (wie Präimplantationsdiagnostik oder In-vitro-Fertilisation) oder auch auf die Entwicklungen der Stammzellforschung für Diagnostik und Therapie.

Bei aller kritischen Betrachtung soll dennoch Folgendes festgestellt werden: Das Thema Gesundheit und Krankheit zwischen Lebenswelt und Wissenschaft hat zwar durch den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt der Medizin der letzten Jahrzehnte eine enorme Brisanz bekommen, diskutiert wird es aber seit Beginn der Aufklärung der Moderne: Im christlichen Mittelalter war der menschliche Leib im religiösen Weltbild eingeordnet. Gesundheit wurde als Zeichen von Glaube und Gottgefälligkeit sowie Gnade gedeutet. Krankheit wurde mit Sünde und göttlicher Prüfung in Verbindung gebracht. In der Zeit der Renaissance um 1600 galt es, den menschlichen Leib als objektivierten Körper durch Aufschneiden (Anatomie) und Augenschein (Autopsie) zu entdecken. Leibniz setzte um 1700 die Ordnung des Körpers, der Seele und der Gesellschaft mit Gesundheit, Gerechtigkeit und Frömmigkeit in eins. Medizin, Kirche und Justiz waren die zuständigen Institutionen. Die Französische Revolution proklamierte ein Recht auf, aber ebenso eine Pflicht zur Gesundheit. Mit der Bakteriologie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Louis Pasteur 1822-1895 und Robert Koch 1843-1910) wird Gesundheit und Krankheit eine Angelegenheit des rationalen naturwissenschaftlichen Labors. Gesundheitssicherung und Krankheitsbekämpfung wird zu einer Aufgabe der technischen Hygiene, frei von religiösen, philosophischen oder traditionellen Wertungen. Allerdings – das wissen wir heute – sind auch diese so genannten wertfreien Wissenschaften und ihre Anwendungen im höchsten Maße bestimmt durch außerwissenschaftliche Faktoren sowie Gesellschafts- und Menschenbilder. In Anlehnung an die Denkfigur des Homo oeconomicus wurde vom „Homo hygienicus“ (Labisch 1992) gesprochen mit dem Anspruch einer wissenschaftlich begründeten Lebensführung als Individuum in Familie, Gemeinschaft und Gesellschaft. Im Nationalsozialismus wurde die Sozialhygiene pervertiert zur Rassenhygiene.

Mit dem Aufkommen der Klinik und der ärztlichen Profession mit den Bezugsdisziplinen der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erhalten die Medizin und die Ärzteschaft das Definitions- und Handlungsmonopol über den menschlichen Körper und damit eine exklusive Stellung in der Gesellschaft. Der Ausbau des sozialen Sicherungssystems im vorigen Jahrhundert sichert der Ärzteschaft durch das neutrale wissenschaftliche Gutachten zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Falle von Krankheit, über Diagnostik und Therapie, bis hin zur prognostischen Aussage, eine gesellschaftlich steuernde Funktion. Doch auch wenn in Bezug auf Krankheit und Gesundheit die Definitions- und Handlungsmacht der Medizin beständig gewachsen ist, so offenbart die Geschichte der modernen Medizin mit ihrem viel beschworenen Siegeszug und Fortschrittsoptimismus jedoch zugleich auch die Widersprüchlichkeit der Moderne. Denn „im existentiellen und niemals abgeschlossenen ‚Sinnzwang‘ des Leibes, des Körpers, der Gesundheit, der Behinderung, der Krankheit, des Leidens und des Todes liegen die unmittelbaren Grenzen der Medizin“ (Labisch 1999: 26).

3. Leib, Leiblichkeit und Körper

Zum Thema „Gesundheit und Krankheit“ kann jeder mitreden, denn im alltäglichen Tun macht jeder seine individuellen, leibgebundenen Erfahrungen mit Wohlbefinden bzw. Unwohlsein, Schmerz, Leid oder Erkrankung. Die persönliche Erfahrung mit Befindlichkeit erlebt und deutet jeder nicht nur im alltäglichen, sondern auch im lebenszeitlichen Rhythmus der Entwicklungsphasen seines Lebenslaufs bzw. seiner eigenen Biografie. Dies reicht von den vorgeburtlichen Erfahrungen über die späteren Phasen als Kind, Jugendlicher, Erwachsener, Alt- und Älterwerdender und Sterben der. Es gehört also zu den lebenspraktischen Erfahrungen, dass Gesundheit an Leiblichkeit gebunden ist.

Die Integration der Ebenen des Körperlichen, des Psychischen/Spirituellen und Sozialen im biografischen Prozess läuft sowohl über die Sinne und die Sinnlichkeit des Leibes, als auch über die den Handlungen Orientierung gebenden Sinnstrukturen und Deutungsmuster. In diesem biografischen Prozess bildet die Person ihre Sozialität und Subjektivität aus. Im biopolitischen Diskurs wird nun gefragt, ob die Verbreitung und Veralltäglichung biotechnischer bzw. biomedizinischer Optionen (bei massiver medialer Inszenierung) neue Biosozialitäten hervorbringt oder zu einer Biologisierung bzw. Naturalisierung des Sozialen führt (Wehling u.a. 2007). Denn die biotechnologischen bzw. biomedizinischen Sprachen, Texte und Zeichen sowie ihre Interpretationen und Konzepte des Körpers und des Selbst prägen die alltägliche Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsaktivität von Körper und Selbst. Ebenso wandern verhaltenswissenschaftliche Texte, Zeichen und Konstruktionen, so z.B. der Psychologie, in Selbstbilder und Leiblichkeitsvorstellungen von Laien und legen fest, was als normal bzw. pathologisch, was als das Selbst und was als das Andere gelten kann.

Leiblichkeit kann biopolitisch nicht mehr als „Nur-Körper“ (Rittner 1982) verstanden werden, sondern muss als die lebenspraktische Einheit der organischen, seelischen, geistigen, spirituellen und sozialen Ebenen des eigenen Selbst verstanden werden (Gugutzer 2004, Schroer 2005). Die Integration dieser Ebenen wird durch praktische Auseinandersetzung mit der stark bio- und sozialtechnisch strukturierten Umwelt geleistet. Hierbei ist Arbeit eine wesentliche Sphäre dieses Stoffwechsels zwischen der

Eigenwelt und der Umwelt. Arbeit soll hier nicht auf Erwerbsarbeit reduziert werden, sondern im umfassenden Sinne, so von Marie Jahoda (1983) formuliert, als das 'innerste Wesen der Lebendigkeit' verstanden werden. Aufrechterhaltung und Entwicklung von Selbstidentität ist selbstverständlich auch in diesen Deutungen als ein reflexiver Prozess zwischen innerer und äußerer Welt zu begreifen und als eigene Biografie zu konstruieren. Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte wird geprägt durch Vorstellungen von der eigenen Handlungsfähigkeit, vom Vermögen, Ereignisse der Außenwelt in die eigene Biografie zu integrieren. Aber auch von der Fähigkeit, Kontrolle durch Nutzung der biopolitischen Angebote über den eigenen Körper ausüben zu können (Barkhausen 1996, Alheit/Hansen 2004, Hauser-Schäublin u.a.2001). In dem Diskurs über „reflexive Modernisierung“ wird von einer Erosion der Grenze zwischen Privat und Öffentlich, von einer Uneindeutigkeit von Macht und Herrschaft bzw. von normativen Ambivalenzen gesprochen. Paradoxe Handlungsziele und Werte würden in komplexe Neukombinationen von Autonomie und Kontrolle münden (Beck/Lau 2004). Gefragt wird nach den Möglichkeiten zur Emanzipation von Individuen in ihrer „freigesetzten, riskanten Lebensgestaltung“ (Hirsland/Schneider 2008: 5647) mit den Handlungsoptionen und Handlungszwängen. Denn die moderne Biopolitik eröffnet neue Formen der „Subjektivierung von Macht und Herrschaft“, von „Technologien des Selbst“ (Hirsland/Schneider 2008: 5640). Dieser Diskurs wurde sehr intensiv am Beispiel der Reproduktionsmedizin geführt. Paare mit Kinderwunsch haben sich als Individuum wie als Gemeinschaft mit den Angeboten dieser Disziplin auseinanderzusetzen, zu entscheiden und entsprechend zu handeln. Einerseits wird auf Freiheit in der Entscheidung andererseits auf Verantwortlichkeit gegenüber Kind und Gesellschaft /Solidargemeinschaft verwiesen.

Wunschträume, Visionen und Idealbilder der Aufklärungsepoche sind weiterhin wirksam und erhalten mit der postmodernen Medizin einen neuen Schub: die Hoffnung auf Realisierung des vollkommenen Lebens. Dieses impliziert ein Leben von langer Dauer, ohne Not und Verletzungen, ohne Leiden, Krankheit und vorzeitigem Tod. Jugend und Schönheit, Wohlbefinden und Unversehrtheit sind Leitmotive von Körperbildern, Körperkulturen und Leiblichkeitsverständnissen.

4. Gesundheit und Krankheit im Spiegel der (Sozialen) Rolle des Patienten und der Krankheitsbewältigung

Wissenschaft, Medizin und Technik sowie die sozialen Institutionen scheinen Träger und Realisierer dieser Utopien und Visionen zu sein. Die Machbarkeitspotentiale der Biomedizin bzw. von Life Sciences versprechen nicht mehr nur eine Disziplinierung und Reparaturung des Körpers, sondern eine Gestaltung nach eigenen Wünschen und Idealen; verwiesen sei auf Designerbabies, Antiaging-Medizin und Wellness. Diese Optionen und Versprechungen fließen ein in institutionelle Steuerungen und individuelle Handlungsstrategien bei der Planung und Bewältigung von Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf sowie in die alltägliche reflexive Lebensführung.¹ Individuen sind gehalten, ein bewusstes Management ihres Selbst als Einheit von Körper, Seele und Geist angesichts der Optionen der Bio-, Psycho- und Sozialtechnologien zu betreiben. Sie werden gefragt, ob sie ihre genetischen, psychischen und sozialen Dispositionen mit ihren Risikofaktoren wie auch Ressourcen

¹ Dies wird weiter unten am Beispiel der Pränataldiagnostik aufgezeigt.

wissen und ob sie die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Angebote der Experten annehmen wollen. Mit Experten ist nicht allein die Ärzteschaft gemeint. Hierzu zählen auch die Versicherungen und die Gesundheitsmärkte insgesamt. Die soziale Beziehung der Institution Medizin zu ihrer Laienklientel wird komplizierter, denn die medizinisch-technischen Experten verfügen über ein wachsendes und komplexer werdendes Wissen über Krankheit und Gesundheit. Dieses Wissen erschließt sich in seinen wissenschaftlichen Aussagen und Bedeutungen den Laien nicht oder kaum noch. Der Laie braucht Übersetzungen in das Alltagsverständnis und zugleich muss er mit den Modellen und Aussagen der Biomedizin vertraut gemacht werden. Eine Integration in die alltäglichen Bilder von Körper und Leib, von Gesundheit und Krankheit muss jeweils dynamisch entlang des Fortschritts erfolgen. Die Spezialisierung in der Medizin bei permanentem Erkenntnisfortschritt stellt selbst die Ärztinnen und Ärzte der professionellen Teams in ihrem Berufsalltag vor Herausforderungen nach einer Integration des heterogenen Wissens. Auch sie können diesem nur schwerlich nachkommen.

Eine Identitätsbildung des einen Leibs steht immer auf fragiler Grundlage, denn der subjektiv konkrete Leib ist und bleibt verletzbar und sterblich. Er entfaltet in seiner rhythmischen Dynamik quasi einen Eigensinn. Unter rein funktionalen Anforderungsmustern, wie z.B. der Leistungsfähigkeit in der Erwerbsarbeit oder im Sport, wird er als unzulänglich angesehen. Von daher wurde und wird er zum Objekt sozialer Normierung und Disziplinierung (Foucault 2004). Er lässt sich zwar trainieren und zu Höchstleistungen bringen. Diese können auch biotechnologisch stimuliert sein. Dennoch ist der Leib in seiner eigenen Deutung und mit seiner Abwehr bzw. seinen Bewältigungsmodalitäten Außeneinwirkungen ausgesetzt, z.B. natürlichen Einwirkungen durch Viren, Eiweiße oder chemisch toxische Stoffe, aber auch psychosozialen Stressfaktoren. So kann es zu Erkrankungsgeschichten und Krankheitskarrieren kommen. Schmerzen, Unwohlsein, Leiden mit Funktionsstörungen oder auch Verlust von Leistungsfähigkeit und Autonomie stellen sich ein, den sozialen Verpflichtungen kann nicht mehr nachkommen werden, so dass man zur sozialen Rolle des Patienten gezwungen wird. Die Person wird zu einem Hilfsbedürftigen und um Hilfe Nachsuchenden.

Die Patientenrolle erfordert ein Bemühen um Bewältigung mit unterschiedlichen Strategien sowohl innerpsychisch als auch im Verhalten, bewusst oder unbewusst, kontrolliert oder eher fremdbestimmt durch Experten unter Inanspruchnahme biotechnologischer Möglichkeiten. Erkrankung ruft zur Selbstdeutung und zu Sinnfragen auf. Deutungen, Sinnstiftungen und Bewältigungsformen der erkrankten Person sind nun entscheidend geprägt durch die lebensweltlichen Erfahrungen und Sinnhorizonte. Diese hat die Person in ihrem Leben aufgebaut bzw. verändert und entwickelt. Die biografischen Erfahrungen von Realität und Erschließung der Welt mit ihren Vertrautheiten, Verständnissen und Interpretationen sowie Verlässlichkeiten stellen dem Individuum ein Inventar für Orientierungsleistungen zur Verfügung. Über eine gemeinsame Alltags-, Erfahrungs-, Sozial- und Kulturgeschichte werden Individuen in ihren Lebensformen und Handlungsmustern sowie Sinnstrukturen sozialisiert. Gemeinschaft, Gesellschaft und Kultur haben hier ihren Einfluss. Entscheidend ist, dass die lebensweltliche Sozialisation zum Deuten und schließlich Handeln immer an Körperlichkeit bzw. Leiblichkeit gebunden ist. Das Verständnis von Körper bzw. Leib

unterliegt – wie oben angesprochen – lebensweltlichen Einflüssen. Diese werden durch die Entwicklungen im Feld der Biopolitik geprägt. Das Verhältnis von Individuum, Gesellschaft und Medizin verändert sich aktuell grundlegend. Somit wird Gesundheit und Krankheit ebenfalls neu gedeutet und für die alltägliche Praxis, sei es die Verwirklichung eines Kinderwunsches oder die vorverlegte Kenntnis über ein Krebsrisiko oder die mögliche höhere Empfindlichkeit gegenüber Nahrungsmitteln bzw. Umweltgefahrstoffe relevant gemacht.

5. Biopolitik und Biomacht

Auf welches Wissen über molekularbiologische Mechanismen stützt sich z.B. die Ankündigung der Abschaffung des Alterns. Gerade in der Medizin haben wir es mit einem permanenten Prozess der Integration neuer biologischer Wissensbestände und technologischen Handelns in die Praxis und Deutung von Krankheit und Gesundheit zu tun. Nicht nur der Patient und die Patientin sind mit diesen Entwicklungen konfrontiert, sondern ebenso der Gesunde. Durch Früherkennungsuntersuchungen, z.B. durch Screenings von großen Bevölkerungsgruppen, wird nach dispositiven Krankheitsrisiken gefahndet. Die Bürger und Bürgerinnen werden als Gesunde und sich gesund Fühlende aufgefordert, sich mit den Angeboten und Diagnosen der modernen prädiktiven Medizin auseinanderzusetzen. Gerade an der prädiktiven genetischen Diagnostik lässt sich das komplexe Wechselverhältnis zwischen medizintechnischen Innovationen und gesellschaftlichem Umgang studieren. Gesunde werden zu genetischen Risikopersonen und evtl. zu Objekten von Primärprävention. Tendenzen der Medikalisierung machen die Familie zur Patientin, so z.B. bei familiären Krebserkrankungen der Brust oder Hirnerkrankungen wie der Huntington-Krankheit. Eigenverantwortung wandelt sich zur Pflicht zum Management genetischer Risiken. Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens, erst Recht die Märkte der globalen Gesundheitswirtschaft regen im Verhältnis von Angebot und Nachfrage prädiktiver Gentests Erwartungen, Hoffnungen und Praktiken an, die unsere Sozialordnung und sozialpolitischen Regulierungen über Gerechtigkeit und Solidarität verändern. Dies vollzieht sich trotz der Kritik der neuen Erkenntnisse der System- und Entwicklungsbiologie am genetischen Determinismus (Kollek/Lemke 2008: 320f.).

Ebenso wie die Genetik macht die Hirnforschung von sich reden. Sie scheint sich als Leitwissenschaft des 21. Jahrhunderts etablieren zu wollen. Hier wurden bereits Neurochips entwickelt, mit denen Sehbehinderungen behoben werden können. Ferner werden Forschungen zur Entwicklung von Neuroimplantaten aus Silizium als Gedächtnisstützen für Alzheimer-Kranke und Schlaganfallopfer vorangetrieben. Darüber hinaus erobern aber auch so genannte Lifestyle-Medikamente, die von der Pharma-Industrie entwickelt wurden, verstärkt den Markt. Große ökonomische Gewinnchancen werden in diesem Sektor gesehen.

Der Konsum von neuropharmakologischen Mitteln hat längst Einzug in den Alltag gehalten, eben nicht nur zur Behandlung von Krankheit, sondern zur Beeinflussung von emotionaler Stimmung, Gedächtnis, Appetit, Libido und Schlaf bzw. Wachheit. Im Manifest von elf führenden Neurowissenschaftlern/-schaftlerinnen der Bundesrepublik über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung (Elger u.a. 2004: 33ff.), wird der Anspruch der Hirnforschung als Leitwissenschaft mit seinen Konsequenzen für kulturelle und soziale Umwälzungen offenkundig:

„Die Hirnforschung wird in absehbarer Zeit, also in den nächsten 20 bis 30 Jahren, den Zusammenhang zwischen neuroelektrischen und neurochemischen Prozessen einerseits und perzeptiven, kognitiven, psychischen und motorischen Leistungen andererseits soweit erklären können, dass Voraussagen über diese Zusammenhänge in beiden Richtungen mit einem hohen Wahrscheinlichkeitsgrad möglich sind.“ (S. 36). „Geist und Bewusstsein – wie einzigartig sie von uns auch empfunden werden – fügen sich also in das Naturgeschehen ein und übersteigen es nicht. Und: Geist und Bewusstsein sind nicht vom Himmel gefallen, sondern haben sich in der Evolution der Nervensysteme allmählich herausgebildet. Das ist vielleicht die wichtigste Erkenntnis der modernen Neurowissenschaften“ (S. 33). „Denn in diesem zukünftigen Moment schickt sich unser Gehirn ernsthaft an, sich selbst zu erkennen. Dann werden die Ergebnisse der Hirnforschung, in dem Maße, in dem sie einer breiteren Bevölkerung bewusst werden, auch zu einer Veränderung unseres Menschenbilds führen. Was unser Bild von uns selbst betrifft, stehen uns also in sehr absehbarer Zeit beträchtliche Erschütterungen ins Haus“ (S. 37).

Wie sehr der biomedizinische Fortschritt Leben und Handeln und damit Deutung und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit verändert hat, lässt sich an der historischen Entwicklung von Schwangerschaft und Geburt bzw. der Reproduktionsmedizin aufzeigen. Dieser Bereich eignet sich sehr gut dafür, um den Prozess der Normierung, Pathologisierung und Medikalisierung zu verdeutlichen. In den 1960er Jahren wurden die ersten hormonalen Ovulationshemmer zur Schwangerschaftsverhütung massenhaft eingenommen und damit die Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit ermöglicht. 1978 wurde zum ersten Mal eine In-vitro-Fertilisation mit Embryonentransfer mit Erfolg durchgeführt. Inzwischen wurden immer präzisere chemisch-technische Fertilisationstechniken und genetisch-diagnostische Überwachungsverfahren einschließlich der Ultraschalluntersuchungen der pränatalen Medizin als Alltagsroutinen in der Reproduktionsmedizin etabliert. Präimplantationsdiagnostik und Keimbahntherapie sind naturwissenschaftlich-technisch machbar, wenn auch juristisch in Deutschland nicht erlaubt. Was früher der Metapher „Natur“ bzw. „Natürlichkeit“ zugeschrieben wurde, ist heute der medizinisch-technischen Intervention zugänglich und hat den Aktionsradius der Medizin enorm erweitert. Traditionale lebensweltliche und natürliche Umgangsformen mit Empfängnis und Schwangerschaft sind heute auf dem Rückzug. Paare, Ärztinnen/Ärzte und Hebammen sind mit den naturwissenschaftlichen und technischen Instrumentarien der Reproduktionsmedizin konfrontiert. Ob sie wollen oder nicht, sie müssen sich dazu verhalten.

Was früher als Natur galt und schicksalhaft hinzunehmen war, wird heute dem Sicherheits- und Gesundheitsversprechen der medizinisch-technischen Intervention zugeordnet.

Allerdings haben Paare sich der Unsicherheit der Entscheidung für oder gegen die Option „Natürlichkeit“ versus Reproduktionsmedizin zu stellen. Sie sind zu einer Entscheidung aufgerufen. Zugleich werden sie mit normativen gesellschaftlichen Auffassungen und Erwartungen nach gesunden, nicht behinderten Kindern konfrontiert. Denn diese, sich auf das Versprechen der Medizintechnik nach einem gesunden Kind beziehende normative Erwartungshaltung, breitet sich in der Gesellschaft aus. Habermas spricht in diesem Zusammenhang von der Möglichkeit einer „liberalen Eugenik“ (Habermas 2001). Das Recht auf Gesundheit wandelt sich immer deutlicher zu

einer Pflicht zur Gesundheit. In den modernen Konstruktionen und Strategien der präventiven Medizin hat sich dieses technische und auch normative Verständnis zunehmend etabliert. Das Individuum wird immer mehr zur Eigenverantwortung aufgerufen. Die prädiktive Genetik verweist auf Möglichkeiten der Vorhersage gesundheitlicher Risiken mit komplexen individuellen, familialen, gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen psychosozialen Implikationen und Handlungsoptionen. Das Verständnis von Krankheitsursachen wird genetifiziert. Gesundheit wird als moralische Kompetenz ausgelegt und zum ökonomischen Gut: Es kommt vom Kinderwunsch zum Wunschkind und damit zur Koproduktion von Technik und Gesellschaft (Kollek/Lemke 2008).

Wehling u.a. (2007) betonen, dass eine sozialwissenschaftliche Analyse des heterogenen Feldes der Biopolitik die Vielschichtigkeit differenziert darzustellen habe. Sie unterscheiden für Gesundheit bzw. Krankheit vier biopolitische Dynamiken:

1. die Ausweitung medizinischer Diagnostik,
2. die Entgrenzung medizinischer Therapie,
3. die Entzeitlichung von Krankheit,
4. sowie eine Perfektionierung der menschlichen Natur.

Dadurch würden die eingespielten Grenzziehungen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen Heilung und Optimierung des Körpers (Enhancement) infrage gestellt. Für Individuen oder professionelle Akteure entstünden neue Handlungsspielräume. Zugleich erzeugten die Möglichkeiten allerdings schwerwiegende Uneindeutigkeiten, Paradoxien und Dilemmata. Diese zeigen sich im alltäglichen individuellen, institutionellen und professionellen Handeln. Dadurch wird es notwendig, Soziale Rollen und Verantwortlichkeiten, Rechte und Pflichten neu zu definieren.

Obwohl auch in früheren Diskursen über Krankheitsursachen ebenfalls naturwissenschaftliche Erklärungen und Deutungsmuster dominierten, blieb Raum für Berücksichtigung von sozialen und psychischen Aspekten der Krankheitsentstehung und -bewältigung. Gegenwärtig allerdings haben wissenschaftliche Konzepte, die Gesundheit und Krankheit als Ergebnis komplexer Zusammenhänge sozialer, psychischer, spiritueller und physiologischer Prozesse begreifen, in der Medizin einen schweren Stand. Die größeren Chancen, akzeptiert und für Interventionen genutzt zu werden, haben jene Konzepte, die Krankheitsursachen im Individuum verorten. Hierzu zählen Konzepte, die die genetische Ausstattung, den Einfluss von Krankheitserregern oder das individuelle Fehlverhalten in den Vordergrund rücken. Dieser Reduktionismus zeigt sich im Alltag von Ärztinnen und Ärzten. Denn durch ihre berufliche Sozialisation, auf den einzelnen Fall hin orientiert, kommen nur diejenigen Faktoren in den Blick, die sie durch individualmedizinische Interventionen auch angehen können.

Im Gegensatz dazu haben die sozialwissenschaftlichen Gesundheitswissenschaften ein sozio-psycho-physiologisches Modell von Krankheit und Gesundheit konzipiert. Hierin ist eine hierarchische Abfolge von Kausalzusammenhängen dargestellt: Sozialstrukturell bedingte ungünstige bzw. prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen (wie niedriger sozioökonomischer Status, Armut, chronische Disstresserfahrungen in der Erwerbsarbeit und außerhalb davon) führen zu Depression, erlernter Hilflosigkeit oder Resignation, zu negativen Bewusstseinsformen, wie Feindseligkeit und Hoffnungslosigkeit. Dies wiederum führt zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen

(etwa dem übermäßigen Gebrauch von Alltagsdrogen) und pathologischen physiologischen Reaktionen (wie z.B. Bluthochdruck und Herz-Störungen). Es gilt als gesichert: Niedrige Kontrollmöglichkeiten in Lebenskontexten, wie z.B. am Arbeitsplatz und die darin erlebten Gratifikationskrisen (weniger zurück bekommen zu haben als man gegeben hat), erhöhen signifikant das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das lebensweltliche Wissen, dass Arme eher sterben und kränker sind als Reiche, wird durch die Public-Health-Forschung und Sozialepidemiologie unbestreitbar belegt und erklärt (Helmert u.a. 2000, WHO 2008).

6. Fazit

Trotz dieser Erkenntnisse dominiert die Biomedizin. So lässt sich am Beispiel der geplanten risiko- und schmerzfreien sicheren Schwangerschaft und Geburt sogar die Ausweitung der zugeschriebenen und auch beanspruchten Zuständigkeit der Medizin nicht bloß für Krankheit, sondern auch für die Gesundheit und natürliche Lebensprozesse beschreiben. Die Eingriffskompetenz der wissenschaftlich-technischen Medizin steigt ständig, wobei der medizinisch-technische Fortschritt als Wert an sich interpretiert und ökonomisch wie politisch stark gefördert wird. Die Gesundheitswirtschaft wurde mittlerweile als der boomende Wachstumsmarkt erkannt, auf den Gewinnerwartungen spekulativen Kapitals wie auch regionaler Arbeitsmarktpolitiken setzen. Zugleich wächst die Erwartungshaltung der Individuen und der Gesellschaft an die Medizin. Dies lässt sich nicht nur bei der Krankheitsbekämpfung, sondern eben auch bei der Sicherung von Gesundheit im gesamten Lebenslauf nachvollziehen. Erwartet wird ein Garantieverprechen auf ein langes gesundes Leben. Annahmen, Überzeugungen, Wissen und Praktiken der Medizin, der Naturwissenschaften, der Biotechnologie wie auch der Verhaltenswissenschaften erlauben bereits heute analytische und gestalterische Eingriffsmächtigkeiten in das Leben. Die Vernetzung dieser Bereiche durch Informations- und Kommunikationstechnologie unterstützt diesen Prozess. Es ist zu vermuten, dass sich dies zukünftig noch intensivieren wird.

Die Frage nach dem existentiellen Sinn stellt sich den Menschen alltäglich – nicht nur im Falle von Krankheit im alltäglichen Lebensvollzug, sondern generell. Wissenschaft und Technik sind außerstande, Werte zu setzen, Orientierung im Lebenslauf zu geben, dem Handeln einen letzten Sinn bzw. eine Gewissheit zur Verfügung zu stellen. Zwar werden die biopolitischen Optionen und die biomedizinischen Errungenschaften in die Alltagskulturen sowohl der Laien als auch der Professionellen und Experten einfließen, doch beide haben in ihrem alltagspraktischen Tun nach Sinnhaftigkeit und Verantwortlichkeit gegenüber der Würde des Menschen zu fragen (Dabrock u.a. 2004, Menke/Pollmann 2007). Gesellschaft und Politik stehen angesichts dessen vor der Herausforderung, die Grenzen des wissenschaftlich-technischen Zugriffs auf die „Natur des Menschen“ neu zu bestimmen. Allerdings scheint es offen, wie in individualisierten und globalisierten Gesellschaften mit sehr heterogenen kulturellen und politischen Orientierungen demokratisch auf nationaler, europäischer bzw. internationaler Ebene Grenzziehungen rechtlich und institutionell gezogen werden können. Denn mit Säkularisierung und Erosion religiöser bzw. politischer Weltbilder schwinden verbindliche Konsense über Menschenbilder und das „richtige“ individuelle und soziale Leben.

Literatur

Alheit, P./Hanses, A. (2004): Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen, in: Hanses, A. (Hrsg.): Biografie und soziale Arbeit. Institutionelle und biografische Konstruktion von Wirklichkeit, Baltmannsweiler.

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco; siehe auch: Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln.

Barkhausen, A. /Mayer, M./Roughley, N./Thürnau, D.(Hrsg.) (1996): Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt/M.

Beck, U./Lau, Ch. (Hrsg.) (2004): Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? Frankfurt a.M.

Dabrock, P./Klennert, L./Schardien, St.(2004): Menschenwürde und Lebensschutz. Herausforderungen theologischer Bioethik. Gütersloh.

Dolata, U./Werle, R. (Hrsg.) (2007): Gesellschaft und die Macht der Technik. Frankfurt a.M.

Elger, Ch. E./Friederici, A. D./Koch, Ch./Luhmann, H./ von der Malsburg, Ch./Menzel, R./Menzel, H./Rösler, F/Roth, G/Schleich, H/Singer, W. (2004): Das Manifest. Elf führende Neurowissenschaftler über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung. In: Gehirn & Geist 6, S. 30-37.

Foucault, M. (2004): Geschichte der Gouvernementalität 2: Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt a.M.

Gehring, P. (2006): Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Frankfurt a.M.

Geyer, Ch. (Hrsg.) (2001): Biopolitik. Die Positionen. Frankfurt a.M.

Gugutzer, R. (2004): Soziologie des Körpers. Bielefeld.

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt a.M.

Habermas, J. (2001): Die Zukunft der menschlichen Natur. Frankfurt a.M.

Honnfelder, L./Schmidt, M.C. (Hrsg.) (2007): Naturalismus als Paradigma. Wie weit reicht die naturwissenschaftliche Erklärung des Menschen? Berlin

Hauser-Schäublin, B./Kalitzkus, V./Petersen, I./Schröder, I. (2001): Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Frankfurt/New York.

Helmert, U./Bammann, K./Voges, W./ Müller, R. (Hrsg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Weinheim/München.

Hirseland, A./Schneider, W. (2008): Biopolitik und Technologien des Selbst – Zur Subjektivierung von Macht und Herrschaft. Download unter: doku.iab.de/externe/2008/k080811f07.pdf [1.2.2009]

Jahoda, M. (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Weinheim.

Kollek, R./Lemke, Th. (2008) : Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests. Frankfurt a.M.

Labisch, A. (1992): Homo hygienicus. Frankfurt a.M.

Labisch, A. (1999): „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten. Zur Geschichte und Theorie des Problems „Medizin in der Gesellschaft“. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied/Kriftel, S. 1-49.

Lemke, Th. (2007): Biopolitik zur Einführung. Hamburg.

Menke, Ch./Pollmann, A. (2007): Philosophie der Menschenrechte zur Einführung. Hamburg.

Rittner, V. (1982) : Krankheit und Gesundheit. Veränderungen in der sozialen Wahrnehmung des Körpers. In: Kemper, D./Wulf, Ch. (Hrsg.): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt a.M., S. 40-51.

Schroer, M. (2005): Soziologie des Körpers. Frankfurt a.M.

Sunder Rajan, K. (2009): Biokapitalismus. Werte im postgenomischen Zeitalter. Frankfurt a.M.

Wehling, P./Viehöver/Keller, R./Lau, Ch. (2007) : Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung. In: Berliner Journal für Soziologie 17, S. 547-567.

WHO, Commission on Social Determinants of Health (Marmot, M. et al.) (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health. Download: whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf [1.2.2009]