

## ***Gesunde Körper – kranke Gesellschaft? Medizin im Zeitalter der Biopolitik***

In den aktuellen Debatten um die moderne Medizin, ihre wissenschaftlichen Fortschritte und ihre sozialen Folgen fehlt etwas. In Ethikräten, Enquetekommissionen und den Pressefeuilletons sind naturwissenschaftliche, juristische, philosophische und theologische Positionen in der Regel sehr gut vertreten, wenig wird jedoch auf sozialwissenschaftliche Analysen in diesem Feld Bezug genommen. Der Schwerpunkt der Debatte liegt auf ethischen Konflikten und rechtlichen Konsequenzen, die mit den neuen biologischen Erkenntnissen und der darauf aufbauenden medizinischen Forschung einhergehen, nicht oder kaum thematisiert werden jedoch die materialen Voraussetzungen der Wissensproduktion, die Bedingungen ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz und die Frage, wer in welcher Weise davon profitiert, welche Interessen sich mit der Durchsetzung bestimmter Krankheitsbilder und der Suche nach spezifischen Krankheitsursachen verbinden. Zu selten wurden kulturwissenschaftliche, soziologische und politologische Analysen herangezogen, zu wenig das Kontingente und Konflikttuelle, das Umgekämpfte und Entscheidungsabhängige in der Produktion und Durchsetzung biomedizinischen Wissens herausgestellt.

Dies ist insofern überraschend, als in den Debatten der letzten Jahre um neue medizinische Möglichkeiten, ein Begriff nicht wegzudenken ist: Immer wieder war in den Texten um therapeutisches Klonen, die Stammzellforschung oder die molekulare Medizin von Biopolitik die Rede. Wird damit nicht gerade das Politische, das Umgekämpfte und Entscheidungsabhängige herausgestellt? Seltsamerweise ist eher das Gegenteil der Fall. Der Begriff der Biopolitik wurde in den letzten Jahren inflationär verwendet und hat entscheidend an Kontur verloren. Von der rechtlichen Regulierung der Landwirtschaft über die ökologische Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen bis zur wissenschaftlichen Förderung der Medizin wird heute alles als Biopolitik bezeichnet, was irgendwie mit der Erhaltung und Entfaltung des Lebens zu tun hat. Es wäre jedoch falsch, dies allein als ein Problem mangelnder begrifflicher Präzisierung zu betrachten; vielmehr ist es der Gesundheitsbegriff selbst, der heute diffus geworden ist und damit auch die Frage nach den Aufgaben und Grenzen der Medizin.

Es lassen sich etwas schematisch, aber mit guten Gründen, vier Problemkomplexe oder Entwicklungslinien der aktuellen Medizin unterscheiden, die im folgenden stichwortartig vorgestellt werden sollen: Virtualisierung, Individualisierung, Sozialisierung, Naturalisierung.

### **Virtualisierung**

Beginnen wir mit der Virtualisierung: Diese hat zwei Aspekte: eine quantitative Ausweitung und eine qualitative Umwertung der Medizin. Die Medizin dehnt sich heute auf Gebiete aus, die bislang nicht als medizinisch relevant angesehen wurden. Immer häufiger wird von Forschungsarbeiten berichtet, die etwa versuchen, Leseschwäche oder Homosexualität auf bestimmte als krankhaft diagnostizierte Abweichungen von einem „normalen“ Genom bzw. einem „normalen“ Gehirn zurückzuführen. Dadurch wird zum einen der Bereich des medizinisch Relevanten ungeheuer ausgeweitet. So hat die Fachzeitschrift *British Medical Journal* vor einiger Zeit eine Liste der „Nichtkrankheiten“ herausgegeben. Als Nichtkrankheiten gelten dabei – so die Zeitschrift – „menschliche Probleme, die manche als medizinisch relevant definieren, und das, obwohl es Menschen ohne diese Definition möglicherweise besser ginge.“ Die Leserinnen und Leser der Zeitschrift setzten „Altern“ ganz oben auf die Liste, gefolgt von Arbeit, Langweile und Tränensäcken. Ist Altern also therapiebedürftig, Langweile ein klinisches Phänomen? Sind fehlende Intelligenz, mangelnde Schönheit oder ein Übermaß an Sommersprossen medizinische Probleme? Von der Sportmedizin bis zur Schönheitschirurgie, von Potenzproblemen bis zu Schüchternheit und schulischem Versagen kann offenbar jeder Mangel und jeder Überfluss als ein medizinisches Problem wahrgenommen und behandelt werden. Dies ist also der erste Befund: Die Medizin dehnt sich aus und erfasst nun auch Merkmale und Verhaltensauffälligkeiten, die bislang dem medizinischen Bereich äußerlich waren.

Die Ausweitung des Krankheitsbegriffs ist begleitet von einer Umwertung des Gesundheitsverständnisses. Das Ziel der Medizin verändert sich. An die Stelle einer reaktiven Heilkunst tritt eine präventive Medizin, die sich auf die aktive Verhinderung von Krankheiten spezialisiert und auf die Diagnose von Anlageträgerschaften, Anfälligkeiten, Dispositionen und Risiken konzentriert. Es geht immer weniger um die Behandlung konkreter körperlicher oder psychischer Leiden als um die Vermeidung möglicher Krankheiten vor deren Ausbruch. Die neurobiologische und molekulargenetische Perspektive in der Medizin erlaubt es, den Krankheitsbegriff auf Zustände und Normvariationen auszudehnen, die bislang nicht als „krank“ angesehen wurden. Damit ist das Modell einer Medizin skizziert, die sich von einer

konkret beschreibbaren oder empirisch feststellbaren Krankheitssymptomatik abzukoppeln vermag. Gesunde Menschen werden zu Risikopersonen und potentiell Kranken, im scheinbar gesunden Körper schlummern unsichtbare Gefahren, die nur durch komplexe technologische Nachweisverfahren sichtbar gemacht werden können. Der starke Anstieg beim Einsatz von Psychopharmaka wie Ritalin oder Prozac zeigt, dass Krankheit nicht mehr länger einen Ausnahmezustand symbolisiert, sondern den Regelfall darstellt. Die Pathologie wird offenbar zur Normalität und die Behandlung auf Dauer gestellt: Normalität gilt als eine Frage der „Einstellung“ – auf das richtige Medikament und die angemessene Dosis. Damit komme ich zum zweiten Punkt: der Individualisierung.

### **Individualisierung**

Mit Individualisierung soll hier wiederum ein komplexes Ensemble unterschiedlicher Tendenzen bezeichnet werden. Individualisierung meint zum einen das Leitbild einer personalisierten Medizin, die auf das individuelle Genom abgestimmte pharmakologische Interventionen erlauben soll. Statt von einem menschlichen „Standardgenom“ wird heute mehr und mehr von individuell variablen genetischen Profilen ausgegangen, die für jeweils unterschiedliche Wirkungen von Medikamenten oder die Entwicklung des Krankheitsverlaufs verantwortlich seien. Zum anderen bezieht sich „Individualisierung“ auch die heutige Konzentration der medizinischen Forschung auf die Suche nach Krankheitsursachen im individuellen Körper. Diese Perspektive blendet den physischen, biologischen oder sozialen Kontext der Krankheitsentstehung systematisch aus. Im menschlichen Gehirn oder in den Genen – so die zugrunde liegende Annahme – findet sich die Erklärung für Krankheit und Gesundheit. Nicht mehr schädigende Umweltstoffe und Industriegifte, verunreinigtes Wasser oder schlechte Luft, gesellschaftliche Machtverhältnisse und Ausbeutungsstrukturen seien schuld am Kranksein, sondern das Individuum selbst: Verantwortlich für die Krankheit sei ein Fehler im molekularen Text oder den neurobiologischen Schaltungen. Unter Individualisierung ist schließlich auch permanente Rekurs auf Selbstbestimmung, informierter Zustimmung und Patientenautonomie in der medizinischen Praxis zu begreifen. Wurden diese Konzepte einmal gegen den ärztlichen Paternalismus und wissenschaftliches Expertentum von den medizinkritischen und feministischen Bewegungen der 70ern und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eingefordert, scheint heute Selbstbestimmung zur Letztbegründungsressource in der Medizin zu werden: der eigene, freie Wille wird zum ausschlaggebenden Kriterium, zur Grundlage und Grenze für medizinische Interventionen.

Dabei bleibt in der Regel unberücksichtigt, wie dieser Wille sozial geformt, normativen Anforderungen und materiellen Restriktionen unterworfen wird.

### **Sozialisierung**

Die beschriebene Tendenz zu einer zunehmenden Individualisierung wird – scheinbar paradox – ergänzt durch eine Bewegung der Sozialisierung. Der Referenz- und Einsatzpunkt medizinischen Wirkens verlagert sich ebenso wie das Ethos der Medizin. Die alte hippokratische Ethik macht mehr und mehr utilitaristischen Konzepten Platz. Gesundheitsökonomische Überlegungen und Kosten-Nutzen-Relationen finden verstärkt Eingang in die medizinische Praxis. Zugleich werden Vorstellungen von „Spende“ und „Solidarität“ zugunsten von „Kundenbeziehungen“ und „Vertragsverhältnissen“ aufgegeben: Diskutiert werden etwa finanzielle Anreize und materielle Vergütungen für Menschen, die freiwillig ein Organ zur Transplantation bereitstellen. Medizinisch relevante Körpersubstanzen können patentiert und veräußert werden.

Ein weiterer Aspekt dieser Tendenz zu einer „sozialen Medizin“: Das genetische Wissen ist medizinisch relevant nicht nur für das Individuum selbst, sondern auch für dessen Nachkommen. Damit erhalten Familien- und Verwandtschaftsbeziehungen eine neue – medizinische – Bedeutung. Konzepte einer „genetischen Verantwortung“ und neue, bislang undenkbare Rechte tauchen auf: das Recht, von seinen Verwandten über vermeintliche genetische Belastungen informiert zu werden, das Recht nicht geboren oder gesund geboren zu werden.

Schließlich: Kriterien von Gesundheit und Krankheit, Leben und Sterben werden zu einer Frage der gesellschaftlichen Konvention, die Ziehung von Grenzen zwischen Körpern wird zum Gegenstand von politischer Regulierung und bioethischer Beratung. Die Forderungen nach dem Schutz der Privatsphäre und körperlicher Unversehrtheit erscheinen in einem neuen Licht, sie gelten nicht mehr selbstverständlich und absolut, sondern werden zu etwas Relativem, das Güter- und Rechtsabwägungen offen steht und Interpretationen unterworfen ist. Dabei sind erste Konturen einer „Sozialpflichtigkeit“ des Körpers auszumachen. Ein Beispiel dafür ist ein in den USA mit den Mitteln der Präimplantationsdiagnostik gezeugtes Kind, dessen Eltern es auf ein bestimmtes genetisches Profil hin testen ließen, um mit dessen Zellen die Erbkrankheit des bereits geborenen Geschwisterkindes behandeln zu können. Wenn in den Körpern der einen die Mittel für das Wohlergehen oder die Heilung der anderen stecken, ist es dann nicht unverantwortlich und letztlich unmoralisch, der Transplantation von eigenen Organen oder der Spende von Körpersubstanzen nicht zuzustimmen? Inwieweit setzt

umgekehrt der Erhalt von Spenderorganen bestimmte soziale Qualifikationen und den Nachweis einer „Verantwortungsbereitschaft“ voraus, etwa eine vernünftige Lebensführung, Abstinenz von Drogen oder soziales Prestige?

### **Naturalisierung**

Kommen wir zur vierten Entwicklungstendenz: der Naturalisierung. Technische Optionen und medizinische Innovationen führen auf der einen Seite zu einer Erweiterung von Entscheidungsspielräumen und Gestaltungsmöglichkeiten, indem sie traditionelle, scheinbar universell gültige Vorstellungen von „normal“ oder „natürlich“ problematisieren. Auf der anderen Seite verschränkt sich diese Kontingenzproduktion mit Prozessen sozialer Schließung und Strategien der Re-Naturalisierung.

So wird der medizinisch-technische Fortschritt häufig als etwas aufgefasst, das einer eigenen, internen und unumkehrbaren Dynamik folgt, als eine zielgerichtete Entwicklung, die gesellschaftlichen Interventionen prinzipiell äußerlich bleibt. In der häufig zu hörenden Formel „Was gemacht werden kann, wird gemacht“, wird die Zwangsläufigkeit wissenschaftlich-technologischer Prozesse einfach unterstellt. Gesellschaftliche Auseinandersetzungen, ökonomische Interessen und politische Strategien werden somit unsichtbar gemacht: Die Ausweitung von Kontingenz- und Entscheidungsspielräumen verbindet sich also mit Vorstellungen von Zwangsläufigkeit und Unveränderbarkeit, die Vergesellschaftung der Natur ist begleitet von einer Naturalisierung der Gesellschaft.

Die neuen medizinischen Möglichkeiten wecken auch alte Ängste. Die Fassung des Körpers als komplexes System oder informationeller Text erlaubt zwar bislang unbekannte Formen der Rekombination innerhalb der menschlichen Spezies und jenseits der traditionellen Artgrenzen. So ist es heute möglich, Schafe mit menschlichen Genen auszustatten und Menschen mit Schweineherzen zu versorgen. Aber die Auflösung moderner Kategorien und Grenzziehungen zwischen Mensch und Tier, Mann und Frau, Geist und Körper, Biologie und Gesellschaft führt nicht nur zu einer „reflexiven“, sondern vor allem zu einer „defensiven Modernisierung“. Gerade weil die geschlechtlichen und speziesspezifischen Grenzen immer häufiger in der wissenschaftlichen und medizinischen Praxis unterlaufen werden, müssen sie umso deutlicher markiert werden. So mag etwa die traditionelle Familienform als Grundeinheit gesellschaftlicher Reproduktion und individueller Identitätsbildung durch die neuen Gen- und Reproduktionsmedizin zunehmend normativ unterspült werden, dennoch oder besser: gerade deshalb werden biologische Kriterien wie blutmäßige Abstammung im Familienrecht affirmiert und gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften von der Nutzung

der neuen Technologien ausgeschlossen. Die Früchte des medizinisch-technischen Fortschritts stehen nicht für alle gleichermaßen bereit, sondern sie sind mehr und mehr an finanzielle Ressourcen, soziale Qualifikationen und normative Erwartungen rückgebunden.

Virtualisierung, Individualisierung, Sozialisierung und Naturalisierung – diese vier heterogenen und konfligierenden Entwicklungslinien bewirken zusammengenommen, dass sich ein neues Verständnis von Gesundheit und Krankheit und letztlich ein neues Konzept dessen, was wir sind, abzeichnet. Wenn heute Gesundheit zu einer wichtigen symbolischen Ressource für die Schaffung der eigenen persönlichen Identität, aber auch für die Zugehörigkeit zu einer sozialen Klasse geworden ist, dann stellt sich die Frage, inwieweit die Forcierung des Gesundheitsimperatives Krankheit produziert. Werden Krankheit und Behinderung zum Schatten des technologischen Traums von Gesundheit als Leidensfreiheit und langem Leben? Wie vermischen sich moralische Vorstellungen mit medizinischen Konzepten und welche Rolle spielt Gesundheit als Aufbau von Widerstandsfähigkeit, Ausdauer und Dehnbarkeit in einem flexiblen, deregulierten und globalisierten Kapitalismus? Jede zeitgemäße Analyse der Medizin wird auf diese Fragen Antworten geben müssen.