

Peter Wehling, Willy Viehöver, Reiner Keller, Christoph Lau

Zwischen Biologisierung des Sozialen und neuer Biosozialität: Dynamiken der biopolitischen Grenzüberschreitung

1. Einleitung

Unter dem Etikett ‚Biopolitik‘¹ wird gegenwärtig ein breites Spektrum von Entwicklungen diskutiert, die in folgenreicher Weise die etablierten gesellschaftlichen Erfahrungs- und Vorstellungshorizonte von Gesundheit und Krankheit sowie von der Natürlichkeit des menschlichen Körpers zu sprengen drohen. Beispiele hierfür bieten Visionen der pharmakologischen Beeinflussung zentraler Gehirnleistungen wie Erinnern und Vergessen, radikalisierte Vorstellungen von der chirurgischen Umgestaltung und „Optimierung“ des menschlichen Körpers, die mögliche Verpflanzung genetisch „maßgeschneiderter“ tierischer Organe in menschliche Körper (Xenotransplantation), Versuche, die menschliche Lebensspanne erheblich zu erweitern sowie nicht zuletzt Utopien der genetischen Optimierung oder des „reproduktiven Klonens“ von Menschen (vgl. zum Überblick die Beiträge in Parens 1998; Geyer 2001; van den Daele 2005a; Ach/Pollmann 2006). Vieles hiervon ist bisher bloße Spekulation und Vision – und wird es aller Voraussicht nach auch bleiben. Doch nicht wenige der erwähnten Entwicklungen könnten schon in absehbarer Zeit realisiert werden. In jedem Fall werden durch derartige gleichermaßen wissenschaftlich-technische wie diskursive Dynamiken nicht nur Fragen nach dem Wert des „natürlichen“ menschlichen Körpers aufgeworfen (Karafyllis 2003; Bayertz 2004; Birnbacher 2006); darüber hinaus geraten bislang handlungsleitende Unterscheidungen zwischen Krankheit und Gesundheit oder zwischen Therapie (Heilung) und Optimierung („Enhancement“) unter Druck, werden unscharf und gesellschaftlich neu ausgehandelt.

1 Der Begriff „Biopolitik“ ist von Michel Foucault in den 1970er Jahren in die neuere sozialwissenschaftliche Diskussion eingeführt worden; er bezeichnete damit den „Eintritt der Phänomene, die dem Leben der menschlichen Gattung eigen sind, in die Ordnung des Wissens und der Macht, in das Feld der politischen Techniken“ (Foucault 1977: 169). Dieser seit dem 18. Jahrhundert sich herausbildenden „Biomacht“ ging es nicht (wie dem vormodernen Souverän) um die Unterdrückung oder Vernichtung des menschlichen Lebens, sondern um seine Erhaltung und Optimierung. Biopolitik trat zunächst in Gestalt von Hygiene- und Bevölkerungspolitik an die Seite der Disziplinierung des individuellen Körpers durch Militär, Erziehungs- und Schulwesen etc. In unserem Beitrag knüpfen wir an das durch Foucault geprägte Verständnis von Biopolitik an; in der aktuellen Debatte wird der Begriff häufig allerdings recht unspezifisch im Sinne der (nachträglichen) politischen Reaktion auf neue medizinisch-technische Optionen verwendet (vgl. z.B. van den Daele 2005b).

In der öffentlichen wie der sozialwissenschaftlichen Debatte werden die skizzierten Entwicklungen äußerst kontrovers beurteilt: Einige Beobachter befürchten bereits das „Ende des Menschen“ und sehen eine bedrohliche, posthumane Zukunft heraufziehen (Fukuyama 2002; vgl. auch Habermas 2001). Andere hingegen vermögen kaum etwas Neues zu erkennen und verweisen darauf, dass es weder begründbar noch Erfolg versprechend sei, wollte man versuchen, die menschliche „Natur“ gegen Eingriffe abzuschotten, die im Namen besserer Gesundheit oder individueller Selbstbestimmung vorgenommen werden (van den Daele 2005b). Ähnlich umstritten ist in der sozialwissenschaftlichen Diskussion, ob die Verbreitung und Nutzung neuer biomedizinischer Optionen in eine fragwürdige „Biologisierung des Sozialen“ münden werde (vgl. Bertilsson 2003) oder umgekehrt Chancen für eine neuartige „Biosozialität“ (Rabinow 2004) eröffnen könnte, d.h. für Formen der Solidarität und Vergemeinschaftung auf der Grundlage einer kulturell gestalteten (menschlichen) Natur.

Bisher werden solche Fragen zumeist stark generalisierend diskutiert; unausgesprochen wird dabei eine mehr oder wenig homogene und lineare Entwicklungstendenz und -richtung des biopolitischen Feldes zugrunde gelegt, die *entweder* als Biologisierung und Naturalisierung des Sozialen *oder* als Herausbildung neuer Biosozialitäten und Gewinn an individueller Selbstbestimmung gedeutet wird. Aus dem Blick zu geraten drohen auf diese Weise nicht nur die Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten biopolitischer Entwicklungen, sondern auch die Tatsache, dass man es dabei mit teilweise sehr unterschiedlichen Dynamiken, Verlaufsformen, Akteurskonstellationen, Rhetoriken, Legitimationsstrategien, möglichen Gegentendenzen wie auch gesellschaftlichen Widerständen zu tun hat. Um diese Differenziertheit und Vielschichtigkeit sichtbar zu machen, möchten wir in unserem Beitrag idealtypisch vier Dynamiken der Biopolitik im Spannungsfeld der (unscharf werdenden) Abgrenzungen zwischen Krankheit und Gesundheit sowie Therapie und Enhancement unterscheiden.² Wir vermuten, dass sich damit die Fragen nach den Hintergründen, Motiven, Antriebskräften und möglichen Konsequenzen biomedizinischer und biopolitischer Grenzüberschreitungen differenzierter stellen (und möglicherweise beantworten) lassen, als wenn von nur einer homogenen Entwicklungsdynamik ausgegangen würde.

² Diese Überlegungen sind entstanden im Rahmen des Forschungsvorhabens „Biologisierung des Sozialen oder neue Biosozialität?“ an der Universität Augsburg, einem Teilprojekt des Sonderforschungsbereichs „Reflexive Modernisierung“ (München/Augsburg). Für hilfreiche Anregungen und wertvolle Unterstützung danken wir Brigitte Ploner, Debora Frommeld und Fabian Karsch.

Im Folgenden möchten wir zunächst sehr knapp verdeutlichen, inwiefern und weshalb die aktuellen und zukünftig erwartbaren Entwicklungen im Feld der Biopolitik sowohl etablierte Vorstellungen von der menschlichen Natur als auch eingespielte Grenzziehungen zwischen Krankheit und Gesundheit, Heilung und Optimierung in Frage stellen und sogar aufzulösen drohen (Kap. 2). Daran anschließend möchten wir die vier biopolitischen Dynamiken der *Ausweitung medizinischer Diagnostik*, der *Entgrenzung medizinischer Therapie*, der *Entzeitlichung von Krankheit* sowie der *Perfektionierung der menschlichen Natur* in ihrer jeweiligen Spezifik darstellen (Kap. 3). Abschließend möchten wir einige vorläufige Schlussfolgerungen, insbesondere hinsichtlich der Frage nach der möglichen Biologisierung des Sozialen sowie nach den Grenzen biopolitischer Entgrenzungen ziehen (Kap. 4).

2. Jenseits von Gesundheit und Krankheit?

Die neuen biomedizinischen Möglichkeiten machen uns, so vermutet der Wissenschaftshistoriker und Biologe Hans-Jörg Rheinberger (1996: 289), gegenwärtig zu „Zeugen einer globalen, irreversiblen Transformation lebender Wesen, einschließlich des Menschen, in gezielt konstruierte Wesen“. Auf diese Weise würde letztlich, so Rheinberger (1996: 288f.), „der Gegensatz zwischen Natur und Kultur selbst zur Disposition stehen“.³ Die Vorstellung der „Natürlichkeit“, und insbesondere der Naturgegebenheit des menschlichen Körpers, scheint ihre Bedeutung als normativer Wert und als kulturelle Handlungsorientierung mehr und mehr einzubüßen. Infolgedessen beginnt sich auch die alltagsweltliche Wahrnehmung von „Krankheit“ als Abweichung von einem natürlichen, normalen Zustand des menschlichen Körpers aufzulösen.⁴ Damit geraten bislang als „natürlich“ wahrgenommene körperliche Gegebenheiten wie Alterung,

³ In seiner „Rahmen-Analyse“ hatte Erving Goffman (1980) davon gesprochen, dass in modernen Gesellschaften die Unterscheidung von „Natur“ und „Gesellschaft“ einen „primären Rahmen“ darstelle. Er bezeichnete damit eine basale Unterscheidung oder Leitdifferenz, die im Sinne einer sozialen „Definition der Situation“ genutzt wird, um einen menschlich bzw. gesellschaftlich nicht zu verantwortenden Phänomenbereich von der Sphäre menschlicher Verursachung zu unterscheiden. Gegenwärtig ist in zahlreichen gesellschaftlichen Handlungsbereichen eine tief greifende Erosion dieser modernen Basisunterscheidung von „Natur“ und „Gesellschaft“ sowie damit zusammenhängender spezifischer Unterscheidungsmuster (z.B. natürlich/künstlich, krank/gesund) zu beobachten. Vgl. zur Bedeutung sowie zur Entgrenzung der modernen Natur-Gesellschafts-Unterscheidung aus unterschiedlichen Perspektiven: Luckmann (1980); Habermas (1981); Latour (1995); Lau/Keller (2001); Lindemann (2002); Viehöver et al. (2004).

⁴ Zweifellos ließ sich die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit noch nie verbindlich und trennscharf vornehmen, nicht zuletzt, weil die Begriffe höchst unterschiedlich definiert wurden und werden (vgl. Lenk 2006). Jedoch wird alltagsweltlich, und zwar auch im Alltag der Medizin, unter Krankheit zumeist die Unterbrechung des „normalen“ Funktionierens (in Relation zu Alter, Geschlecht u.ä.) des menschlichen Körpers verstanden.

Aussehen, Körpergröße und (Über-)Gewicht oder auch alltägliche Verhaltensformen wie Schüchternheit mit der Erweiterung des medizinischen Zugriffs in die Nähe therapiebedürftiger und therapierbarer „Defizite“ und „Störungen“ (Lau/Keller 2001: 85; Wehling 2007). Aufgrund dessen wird „Krankheit“ unter der Hand zunehmend als die „suboptimale“ Entfaltung und Ausnutzung eines *prinzipiell steigerbaren* Potenzials verstanden, über das der menschliche Körper verfügt – oder das man ihm „einpflanzen“ kann. Folglich schwinden (tatsächliche oder vermeintliche) lebensweltliche Handlungsgewissheiten und -voraussetzungen in dem Maße wie die biologische Natur des menschlichen Körpers immer mehr zum Objekt wissenschaftlich-technischer Intervention wird und damit – selbst beim Interventionsverzicht – *entscheidungsabhängig* wird.

Die Hintergründe und Ursachen für solche Entgrenzungstendenzen sind vielschichtig: An erster Stelle lassen sich sicherlich die zuvor ungekannten Möglichkeiten der Manipulation, Optimierung oder Transformation des menschlichen Körpers (und „Geistes“) nennen, die durch Gentechnik, Reproduktions- und Transplantationsmedizin, Hirnforschung, Psycho- und Neuropharmakologie, kosmetische Chirurgie etc. eröffnet werden. Es wäre jedoch eine verfehlt, letztlich technikdeterministische Sichtweise, würde man die gleichermaßen technisch-materiale wie diskursive Erosion der Abgrenzungen von Natur vs. Kultur/Gesellschaft, Krankheit vs. Gesundheit etc. allein als Folge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Handlungsmöglichkeiten begreifen. Hinzu kommen vielmehr eine Reihe sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Faktoren und Kontexte, welche die Nutzung und (Weiter-)Entwicklung dieser technischen Möglichkeiten beeinflussen und in bestimmte Richtungen lenken. So trägt beispielsweise erst die weite Verbreitung und Veralltäglichung biomedizinischer Optionen aufgrund sinkender Kosten und medialer Inszenierungen (etwa bei Schönheitschirurgie oder Psychopharmaka) entscheidend zur Erosion bisher kulturell etablierter Natürlichkeitsvorstellungen und Grenzziehungen bei. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei die Marketingstrategien von Pharmaunternehmen und anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen. Diese gehen immer stärker dazu über, nicht mehr lediglich ihre Produkte zu bewerben, sondern zunächst die „Krankheiten“ und „Störungen“, auf die ihre Therapien zugeschnitten sind, ins Bewusstsein der Zielgruppen zu heben. „Marketing diseases, and then selling drugs to treat those diseases“ – so hat der amerikanische Medizinsoziologie Peter Conrad (2005: 6) diese Strategie zusammengefasst. „Selling sickness“ (Moynihan/Cassels 2005) lautet dementsprechend die nur auf den ersten Blick paradox anmutende Devise der „Gesundheitsindustrie“. Dies zeigt sich besonders deutlich in den USA, seitdem dort im Jahr 1997 auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel Werbung direkt bei den Endverbraucherinnen und -verbrauchern zugelassen worden ist. In

der Folge beginnt die Grenze zwischen zwar unangenehmen, aber „normalen“ Verhaltens- und Befindlichkeitsproblemen (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, Stimmungstiefs, Schüchternheit) und therapiebedürftigen Erkrankungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom ADHS, Depression, Angststörungen) immer undeutlicher und uneindeutiger zu werden.⁵ Verstärkt werden solche Entgrenzungstendenzen dadurch, dass es offensichtlich für eine wachsende Zahl von Menschen normal und alltäglich geworden ist, das eigene Aussehen und Wohlbefinden sowie ihre körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit mit medizinischen Mitteln zu verbessern – auch dann, wenn hierfür keine medizinisch-diagnostische Grundlage besteht. Der Boom, den die sogenannte Schönheitschirurgie, „Glückspillen“ wie *Prozac* oder das „Potenzmittel“ *Viagra* in den letzten Jahren erlebt haben, sind prägnante Beispiele hierfür. Mit Blick auf solche Tendenzen wird verschiedentlich von einem Übergang zur „Lifestyle-Medizin“ oder „wunscherfüllenden Medizin“ (Kettner 2006) gesprochen.

Damit verschwimmt eine weitere grundlegende Unterscheidung, die in modernen Gesellschaften lange Zeit handlungsorientierend für Bereiche wie Medizin, Psychotherapie, Pädagogik etc. war: die Differenz zwischen „Heilung“ (*therapy*) und „Verbesserung“ (*enhancement*) (vgl. Juengst 1998; Lenk 2002; Council on Bioethics 2003). Solange die Medizin sich im kulturellen und institutionellen Erwartungshorizont der „Heilung“ bewegte, blieb sie als idealtypische *Wiederherstellung* eines durch Krankheit veränderten und gefährdeten „natürlichen“ oder „normalen“ Zustands an die Vorstellung einer vorgegebenen Körpernatur des Menschen gebunden (vgl. Rheinberger 1996: 289). Ein solcher Diskurs der Normalisierung und Wiederherstellung erschien lange Zeit als sozial und kulturell plausibel, wenngleich er verdeckte, dass diese Körpernatur schon immer gesellschaftlich (mit)geprägt war und die „Wiederherstellung der normalen Gestalt und Funktion des Menschen“ (Schlich 2001: 141) häufig (etwa in Form von Prothesen, Herzschrittmachern u. ä.) eine schrittweise Veränderung und gelegentlich auch eine „Verbesserung“ des Körpers mit einschloss. Insofern geht es bei dem Spannungsverhältnis zwischen Therapie und Enhancement *nicht* um die „ontologische“ und „essentialistische“ Gegenüberstellung zwischen dem völlig unveränderten, naturegebenen Körper auf der einen Seite und dem technisch manipulierten, „künstlichen“ auf der anderen, sondern in erster Linie um eine Differenz zwischen kulturellen Erwartungshorizonten und Handlungsorientierungen (vgl. Gill 2003: 157f.).

⁵ Vgl. zu diesen Beispielen Conrad (1976); Conrad/Potter (2000); Dworkin (2001); Moynihan/Cassels (2005);

Entscheidend ist hierbei, dass infolge der teils bereits verfügbaren, teils anvisierten Möglichkeiten der Biomedizin der Handlungshorizont der Heilung und Wiederherstellung sukzessive durch denjenigen der Verbesserung und Optimierung der menschlichen Natur überlagert wird. Dadurch wird die Unterscheidung insgesamt uneindeutig und problematisch: Lassen sich die Behandlung von Menschen mit geringer Körpergröße mit Hilfe von Wachstumshormonen, die Verlangsamung des Alterns oder die pharmakologische Beeinflussung von Erinnern und Vergessen weiterhin im kulturellen Horizont der „Wiederherstellung“ eines durch Krankheit gestörten Naturzustands begreifen? Oder stellen sie bereits Visionen einer medizinisch-technischen Perfektionierung und Transformation des menschlichen Körpers und seiner Funktionen dar? Dies wirft die Frage auf, an welchen Maßstäben und Zielen sich (reflexiv) moderne Gesellschaften, angesichts der sich abzeichnenden medizinischen Möglichkeiten, orientieren *können* und *sollen*, wenn der Referenzrahmen der „menschlichen Natur“ dafür ausfällt (vgl. schon van den Daele 1987 sowie Habermas 2001; Fukuyama 2002). Und offen ist auch: „Wer wird die Verantwortung tragen, die mit diesen Optionen verbunden ist?“ (Rheinberger 1996: 297).

In der sozialwissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass die Verantwortung für solche Optionen und die Festlegung von Zielen für ihren Einsatz in den gegenwärtigen modernen Gesellschaften immer weniger von zentralen staatlichen Instanzen übernommen wird, wie es bis Mitte des 20. Jahrhunderts der Fall war. Auch Foucault (1999: 294ff.) hatte in der nationalsozialistischen Politik der Eugenik und „Rassenhygiene“ eine mögliche, wenn auch nicht unbedingt notwendige Konsequenz kollektivistischer, staatlich organisierter Biopolitik gesehen. Nach der Diskreditierung einer solchen Politik ist der Umgang mit Fragen der Gesundheit, der Körperverbesserung, der Optimierung des menschlichen Lebens mehr und mehr individualisiert, privatisiert und kommerzialisiert worden (vgl. Bauman 1992; Nye 2003; Conrad/Leiter 2004; Conrad 2005). Jürgen Habermas (2001) spricht vor diesem Hintergrund von der Möglichkeit einer „liberalen Eugenik“. Deren Antriebskraft ist nicht primär das staatliche Interesse an der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Bevölkerungen, sondern die individualisierte Sorge um die Gesundheit, sei es die eigene oder die von Kindern und nahen Angehörigen. Dies schließt allerdings keineswegs aus, dass die Vielzahl individueller Einzelentscheidungen für (oder gegen) den Einsatz neuer biomedizinischer Techniken sich zu einer unter Umständen irreversiblen Transformation

Scott (2006).

der „menschlichen Natur“ und der gesellschaftlichen Zukunft summieren könnte (Habermas 2001), gerade weil bislang handlungsorientierende Unterscheidungen wie Krankheit/Gesundheit und Heilung/Verbesserung unscharf werden, sich pluralisieren oder ganz auflösen (Rose 2007). Zudem kann auch eine „liberale“, individualisierte Nutzung biotechnischer Optionen durchaus mit der Entstehung neuer Formen von sozialer Herrschaft und Ungleichheit verbunden sein – sei es, dass bei Betroffenen kaum auflösbare (Entscheidungs-)Dilemmata erzeugt werden, die selbst ein Ausdruck von Herrschaft (etwa diskursiver Definitionsmacht) sind, sei es, dass übermächtiger sozialer Konformitätsdruck entsteht oder sich neuartige Formen einer „naturalisierten“, beispielsweise genetisch basierten Diskriminierung herausbilden (vgl. Wehling 2005; Lemke 2006).

Für die soziologische Untersuchung und Reflexion der skizzierten Entwicklungen stehen Fragen wie die folgenden auf der Tagesordnung: Welche Formen und Dynamiken sozialer Praktiken und „Körpertechniken“ (Mauss 1975) resultieren aus der diskursiven wie technisch-materialen Erosion von Unterscheidungen wie krank/gesund, natürlich/künstlich, normal/abweichend? Bilden sich im Horizont einer möglichen „Biologisierung des Sozialen“ spezifische Formen von Herrschaft und sozialer Ungleichheit heraus, etwa indem sich Normen des „perfekten“ Körpers, der unbegrenzten Leistungsfähigkeit und des „unauffälligen“ Verhaltens oder Mechanismen der genetischen Diskriminierung („genetic underclass“) durchsetzen? Inwieweit eröffnen sich gegenläufig dazu Chancen für eine neue „Biosozialität“, also für die Bildung von sozialen Gemeinschaften und für die kollektive Artikulation von Interessen bzw. „Anerkennungskämpfen“ (Axel Honneth) auf der Grundlage einer kulturell reflektierten und gestalteten menschlichen Natur? Wo könnten in modernen, liberalen Gesellschaften normative oder kulturelle Grenzen der Optimierung der menschlichen Körnernatur liegen? Die soziologische Behandlung solcher Fragen leidet bislang nicht zuletzt darunter, dass die sehr verschiedenen und heterogenen Entwicklungen innerhalb des biopolitischen Feldes oft nicht hinreichend differenziert werden. Die soziologische Analyse kann daher von einem heuristischen Modell biopolitischer Entgrenzungsdynamiken profitieren, das es erlaubt, die unterschiedlichen Prozesse und Phänomene idealtypisch zu ordnen und auf ihre jeweiligen Implikationen zu befragen. Im folgenden Abschnitt möchten wir vier solcher Entgrenzungsdynamiken vorstellen.

3. Vier Dynamiken der biopolitischen Entgrenzung

Unsere Hypothese lautet, dass sich die erwähnten Fragestellungen differenzierter bearbeiten lassen, wenn der Unterschiedlichkeit von biopolitischen

Entwicklungsdynamiken analytisch Rechnung getragen wird. Bringt man die beiden Unterscheidungen „Krankheit vs. Gesundheit“ und „Heilung vs. Verbesserung“ in heuristischer Absicht in eine Kreuztabelle, so können idealtypisch vier Formen und Dynamiken der Grenzverwischung und -überschreitung identifiziert werden. Dabei werden die Grenzen nicht lediglich verschoben und neu gezogen, sondern zugleich vervielfältigt und dadurch mehrdeutig und unscharf. Insofern bedeutet Grenzüberschreitung gleichzeitig auch „Entgrenzung“, d.h. Erosion und tendenziell sogar Auflösung der Grenzziehung. Die vier Formen der Entgrenzung bezeichnen wir als

- 1.) *Ausweitung medizinischer Diagnostik,*
- 2.) *Entgrenzung medizinischer Therapie,*
- 3.) *Entzeitlichung von Krankheit sowie*
- 4.) *Perfektionierung der menschlichen Natur.*

Wir möchten diese biopolitischen Dynamiken zunächst jeweils kurz charakterisieren, um anschließend auf einige wichtige Gemeinsamkeiten und Unterschiede hinzuweisen.

3.1 Ausweitung medizinischer Diagnostik

Unter der „Ausweitung medizinischer Diagnostik“ verstehen wir eine gesellschaftliche Dynamik, in deren Verlauf körperliche, psychische und/oder mentale Phänomene (Körperzustände, Verhaltensformen u.ä), die zuvor nicht in medizinischen Termini wahrgenommen wurden, in Begriffen wie „Krankheit“, „Störung“, „Pathologie“ definiert (und behandelt) werden. Ein bekanntes, noch immer aktuelles und umstrittenes Beispiel hierfür bildet die Definition kindlicher Verhaltensprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten als „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom“ ADHS in den 1970er Jahren (Conrad 1976) sowie dessen Ausweitung auf Erwachsene in den 1990er Jahren (Conrad/Potter 2000). Weitere einschlägige Fälle sind etwa die Wahrnehmung von Schüchternheit oder der weiblichen Menopause und ihrer Symptome als behandlungsbedürftige Probleme und „Störungen“. Unabhängig davon, ob man derartige Redefinitionen als wissenschaftlich begründet betrachtet oder als fragwürdig kritisiert, lassen sie sich zunächst analytisch-neutral als Ausweitung des Geltungsbereichs medizinischer Terminologie und Diagnostik begreifen. Die Folge dieser Ausweitung ist nicht allein, dass eine wachsende Zahl sozialer Phänomene in medizinischer Begrifflichkeit definiert wird. Vielmehr werden die implizit zugrunde liegenden Unterscheidungen von „gesund“ und „krank“, „normal“ und „abweichend“ selbst uneindeutig wie auch unscharf, und zwar um so mehr, je stärker umstritten solche medizinischen Deutungsangebote sind.

Gut beobachten lässt sich dies an den anhaltenden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Kontroversen um die Diagnose und Behandlung von ADHS (vgl. Leuzinger-Bohleber/Brandl/Hüther 2006). Besonders strittig ist hierbei der seit den 1990er Jahren expandierende, wenn nicht „explodierende“ Einsatz des Neurostimulanz Methylphenidat (bekannt geworden unter dem Handelsnamen *Ritalin*) zur Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen (und seit etwa Mitte der 1990er Jahre auch bei Erwachsenen). In Deutschland wurde Ritalin laut *Balance online* (<http://www.balance-online.de/texte/104.htm>, Zugriff 22.03.2004) im Jahr 1989 rund 58.000 Mal verschrieben, 1996 seien es bereits 445.000 Verschreibungen gewesen; nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums ist der Verbrauch von Ritalin bei Kindern in der Bundesrepublik allein zwischen 1997 und 2000 um rund 270 Prozent angestiegen (zit. nach Leuzinger-Bohleber 2006: 16). Nach anderen Schätzungen haben die Verordnungen von Methylphenidat (nach Tagesdosen) zwischen 1990 und 2001 um das 61-fache zugenommen mit vermutlich weiter steigender Tendenz (Mattner 2006: 77f.). Für die USA werden noch deutlich höhere Behandlungszahlen und Steigerungsraten berichtet; dem *Arzneitelegramm* (Nr. 8/2000) zufolge bekommen dort 4 Mio. Kinder unter 17 Jahren (nach anderen Quellen sogar 8 Mio.) sowie inzwischen 1 Mio. Erwachsene das Medikament (ebd).⁶ Bedeuten die enormen Steigerungsraten der ADHS-Diagnose und der entsprechenden medikamentösen Behandlung „nur“, dass erst seit kurzem das volle Ausmaß der Erkrankung erkannt wird, als deren Ursache zumeist eine Störung des Hirnstoffwechsels angesehen wird? Oder hat man es mit einem Fall der „Biologisierung abweichenden Verhaltens“ (Mattner 2006) zu tun?

Die Tendenz zur Ausweitung medizinischer Diagnostik weist deutliche Parallelen zu dem Begriff der „Medikalisierung“ (*medicalization*) auf, d.h. der Wahrnehmung sozialer Probleme in medizinischen Termini, der seit den 1970er Jahren Verbreitung vor allem in der englischsprachigen Soziologie gefunden hat (vgl. Conrad 1992).⁷ Dessen theoretische Wurzeln sind vielschichtig: Sie liegen zum einen in den Analysen Michel Foucaults über die Entstehung moderner Praktiken und Techniken der Disziplinierung des menschlichen Körpers (Foucault 2002; vgl. zusammenfassend Nye 2003) sowie in den medizinkritischen

⁶ Vgl. zur Situation in den USA auch DeGrandpre (2002) und Fukuyama (2002). Darüber hinaus findet Ritalin ähnlich wie Kokain auch Verwendung zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit bei „nicht-hyperaktiven“ Erwachsenen (Fukuyama 2002: 75f.).

⁷ Diese Parallelen werden besonders deutlich, wenn Conrad (2005: 3) als Kern des Medikalisierungsgeschehens das „definitional issue“ bezeichnet: „defining a problem in medical terms, usually as an illness or disorder“.

Arbeiten der 1960er und 70er Jahre, etwa von Tomas Szasz und Ivan Illich. Zum anderen stammen wesentliche Impulse aus der interaktionistischen oder konstruktivistischen Soziologie sozialer Probleme, die sich für Prozesse des „Labeling“ bestimmter, (tatsächlich oder vermeintlich) abweichender Verhaltensformen in medizinischen Termini interessierte: „from badness to sickness“ (vgl. vor allem Conrad 1976, 1992, 2005; Conrad/Schneider 1980). Medizinische Diagnosen und Definitionen erscheinen unter dem kritischen Blick auf Medikalierungsprozesse nicht als ein von vorneherein privilegierter Zugang zu Wahrheit und Objektivität, sondern nurmehr als *eine* unter mehreren konkurrierenden Realitätsdeutungen, die zudem häufig verbunden ist mit neuartigen Formen sozialer Kontrolle.⁸

Ganz allgemein ist unter Medikalisierung nach einer neueren Definition „a way of thinking and conceiving human phenomena in medical terms, which then guides ways of acting and organizing social institutions“ (Council on Bioethics 2003: 303) zu verstehen. Genauer beinhaltet dies die Tendenz, „to conceive an activity, phenomenon, condition, behavior, etc. as a disease or disorder or as an affliction that should be regarded as a disease or disorder“ (ebd.). Explizite oder implizite Konsequenz daraus ist, dass die Gründe für solche Phänomene vorrangig oder ausschließlich als „physisch“ oder „somatisch“, und nicht als „mental“, „psychisch“ oder „sozial“ angesehen werden. Auf den ersten Blick könnte Medikalisierung insofern als „normale“ Dimension gesellschaftlicher Rationalisierung und Modernisierung erscheinen, als dadurch (pathologische) Verhaltensformen oder Körperzustände, die zuvor als unbegreiflich und unbehandelbar erschienen oder aufgrund mangelhaften Wissens nicht als Krankheitssymptome wahrgenommen werden konnten, nunmehr in den Bereich wissenschaftlicher Erklärung und medizinischer Handlungskompetenz einbezogen werden (vgl. von Ferber 1989). Eine solche Sichtweise verkennt jedoch, dass die zugrundeliegenden Begriffe und Unterscheidungen (gesund/krank; normal/abweichend) nicht objektiv und eindeutig vorgegeben sind, sondern unterschiedlichen sozialen, insbesondere medizinisch-wissenschaftlichen Definitions- und Grenzziehungsaktivitäten unterliegen.⁹ Im Gefolge

⁸ Eine entscheidende theoretische wie kulturelle Voraussetzung für diesen Perspektivenwechsel war die seit den 1960er Jahren sich vollziehende Abkehr von einem objektivistischen (Selbst-)Bild der Wissenschaft und der Medizin sowie von einer naturalistischen Auffassung von Krankheiten „als natürliche Gegebenheiten (...), die als solche völlig unabhängig von ihrer Isolierung und Benennung durch die Ärzte existieren“ (Schlich 1998: 114).

⁹ Aus diesem Grund wird Medikalisierung soziologisch nicht als ein eindimensionales und unaufhaltsames Geschehen begriffen, sondern ausdrücklich auch die Möglichkeit von „Demedikalisierung“ (*demedicalization*) hervorgehoben. Ein wichtiges Beispiel hierfür ist die allmähliche Demedikalisierung von

der Ausweitung von medizinischen Behandlungsmöglichkeiten (oder Behandlungsansprüchen) können dabei zuvor als „gesund“ und „normal“ angesehene Verhaltensweisen als „krank“ und „auffällig“ etikettiert werden. Das Ergebnis solcher Prozesse ist somit nicht einfach – im Sinne der „Entzauberung der Welt“ – eine Ausweitung des objektiven Wissens in den Bereich zuvor für unerklärbar und/oder nicht-therapierbar gehaltener Phänomene hinein. Vielmehr wird aufgrund kontingenter wissenschaftlicher und professioneller Wissensansprüche vieles, was bis dahin als medizinisch unauffällig angesehen wurde, nunmehr als behandlungsbedürftig definiert. Dabei entfaltet sich, wenn etwa der Zustand des Unglücklichseins „medikalisiert“ wird, eine weit reichende Dynamik „that blurs the line between sickness and health“ (Dworkin 2001: 87). Es geht hierbei dann nicht nur um die seit langem strittige Frage, ob und inwieweit psychische Erkrankungen körperliche („natürliche“) oder soziale, z.B. familiäre Ursachen haben, sondern darüber hinaus um die vorgängige und weiter reichende Frage, was überhaupt als eine behandlungsbedürftige (psychische) Erkrankung anzusehen ist.

Ungeachtet der engen Parallelen zwischen „Ausweitung medizinischer Diagnostik“ und „Medikalisierung“ verstehen wir den letzteren Begriff in einem umfassenderen Sinne, nämlich als Verbreitung *sowohl* von medizinischen Terminologien und Definitionen *als auch* von medizinischen Techniken und (materialen) Praktiken, so dass sich auch in den übrigen drei noch darzustellenden Entgrenzungsdynamiken Elemente einer Medikalisierung sozialer Phänomene beobachten lassen. Dieses weitere Begriffsverständnis wird dadurch unterstützt, dass in jüngster Zeit auch führende Vertreter der Medikalisierungssoziologie die frühere Konzentration auf die Deutungsmacht der medizinischen Profession als entscheidende Triebkraft des Geschehens relativiert haben (vgl. vor allem Conrad/Leiter 2004; Conrad 2005). In den Blick geraten stattdessen sowohl andere (Schlüssel-)Akteure (vor allem Pharma-Unternehmen, Medien und zunehmend auch die betroffenen Individuen selbst) wie andere Formen und Dynamiken der Medikalisierung.¹⁰ Conrad (2005) spricht daher von „shifting engines of medicalization“ und hebt neben dem Einfluss von Pharmaunternehmen die zunehmende Rolle der „Selbst-Medikalisierung“ Betroffener hervor: „Individuals’ self-medicalization is becoming increasingly common, with patients taking their troubles to physicians and often asking

Homosexualität, die unter der Dominanz der Genetik aber wiederum abgelöst und konterkariert werden könnte durch eine neuerliche Re-Medikalisierung.

¹⁰ Die enge Bindung von Medikalisierung an den Einfluss und die Definitionsmacht der ärztlichen Profession war so gesehen eher Ausdruck einer bestimmten historischen Phase und Verlaufsform des Geschehens als eine inhärente Qualität von Medikalisierungsprozessen.

directly for a specific medical solution.“ (Conrad 2005: 9). Möglicherweise hat man es also zunehmend mit dem paradoxen Phänomen einer fortschreitenden Medikalisierung bei schwindendem Einfluss – oder teilweise sogar gegen den Widerstand – von Ärzten zu tun. Gleichwohl besitzen die Ärzte bei dieser Form biopolitischer Entgrenzung nach wie vor die Rolle von „gatekeepers“ (Conrad 2005: 10), weil in der Regel nur sie die medizinische Diagnose institutionell beglaubigen und den (legalen) Zugang zu entsprechenden Therapien sichern können. Dennoch gibt die wachsende Bedeutung anderer Akteure einen wichtigen Hinweis darauf, dass die Ausweitung medizinischer Definitionen und Terminologien unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht so sehr zu neuen, stabilen Krankheitsdefinitionen als vielmehr zum Verschwimmen der Unterscheidung von „gesund“ und „krank“ führt. Daraus resultieren Grauzonen der Uneindeutigkeit, in denen die Individuen ihre eigenen Befindlichkeiten (oder die ihrer Kinder) „selbst“ interpretieren und definieren müssen, aber angeregt und angeleitet durch Außeneinflüsse wie Medien, Werbung, Selbst-Tests im Internet, Ratgeber-Literatur u.ä.

3.2 Entgrenzung von Therapie

Unter der „Entgrenzung von Therapie“ verstehen wir allgemein den sich sukzessive ausweitenden Einsatz medizinischer Behandlungstechniken über professionell definierte und begrenzte Krankheitsdiagnosen hinaus. Im Unterschied zum vorigen Fall löst sich die Nutzung medizinischer Technologie hierbei also mehr und mehr von Krankheitsdefinitionen ab, ohne allerdings ganz den Bezug dazu zu verlieren.¹¹ An die Stelle der „Heilung“ oder „Wiederherstellung“ tritt damit *de facto* die Verbesserung des „gesunden“ menschlichen Körpers bzw. bestimmter physischer oder mentaler Funktionen. Infrage gestellt wird durch diese Dynamik also sowohl die Unterscheidung zwischen „gesund“ (im Sinne von „nicht therapiebedürftig“) und „krank“ („therapiebedürftig“) als auch diejenige zwischen Therapie und Enhancement.

Die Geschichte der Medizin und der Körperpraktiken weist eine Vielzahl von Beispielen für diese Tendenz zur Entgrenzung von Therapien auf. Eines der gerade in jüngster Zeit auffälligsten Beispiele hierfür ist die so genannte „Schönheitschirurgie“: Ursprünglich als plastische Chirurgie entwickelt zur („wieder herstellenden“) Behandlung von Kriegs- oder Unfallverletzungen, hat sich der Anwendungsbereich der dabei entwickelten chirurgischen

¹¹ Hieran lässt sich ablesen, dass die Unterscheidung der Entgrenzungsdynamiken nur idealtypisch zu treffen ist. Denn in „Grauzonen“ uneindeutiger und umstrittener Krankheitsdefinitionen mag es im Einzelfall schwer zu entscheiden sein, ob man es mit der Ausweitung von Diagnostik oder der Entgrenzung von Therapie zu tun hat.

Techniken in den letzten Jahren mehr und mehr ausgeweitet auf die „Korrektur“ von altersbedingten Körperveränderungen und/oder eines als „hässlich“ (bzw. nicht „schön“) empfundenen körperlichen Aussehens (vgl. Schlich 2001: 133f.; Leven 2006).¹² Wenn es darum geht, inwieweit Schönheitschirurgische Leistungen von den Krankenversicherungen finanziert werden, wird zwar nach wie vor auf medizinische (Krankheits-)Diagnosen zurückgegriffen, die aber – wie beispielsweise Hinweise auf „psychosoziale Probleme“ – sehr unscharf und teilweise fragwürdig sind (vgl. Wiesing 2006: 146ff.). Bei dem expandierenden Markt für kosmetische Eingriffe, die von den Betroffenen selbst bezahlt werden, entfällt dieser Bezug auf medizinische Diagnostik jedoch (fast) vollständig.

Schönheitschirurgische Eingriffe sind in einigen Ländern und sozialen Milieus zur fast schon alltäglichen Normalität, zu einem „Massenphänomen“ (Davis 1995: 16) geworden und zeigen ein neues Verhältnis zum „eigenen“, „naturegegebenen“ Körper in weiten Teilen der modernen Gesellschaft an (vgl. Gilman 1999). Wenngleich bisher (noch) überwiegend Frauen die Kundinnen einer sich rapide entwickelnden „Schönheitsindustrie“ bilden, werden die Dienste kosmetischer Chirurgen zunehmend auch von Männern in Anspruch genommen. Schätzungen zufolge werden in Deutschland jährlich etwa 500.000 bis 1 Million Schönheitsoperationen durchgeführt, und es wird angenommen, dass die Zahl der Eingriffe sich in den vergangenen zehn Jahren verdreifacht hat (Kahlweit 2004). Für andere Länder, wie die USA, Brasilien oder China, werden noch dramatischere Steigerungsraten angenommen, in den USA beispielsweise von 2 Millionen Eingriffen 1997 auf 8,5 Millionen im Jahr 2001 (Degele 2004: 19).

Von besonderem Interesse sind bei diesem Beispiel für die Entgrenzung medizinischer Therapie vier Aspekte: erstens die gleichermaßen massive wie umstrittene massenmediale Inszenierung und Popularisierung solcher Praktiken (auch in der Bundesrepublik Deutschland); zweitens bemerkenswerte „kulturelle“ Unterschiede in der Nutzung der kosmetischen Chirurgie im Ländervergleich; drittens eine sich andeutende Tendenz, wonach die „Korrektur“ des körperlichen Aussehens nicht mehr „nur“ der individuellen Selbstwahrnehmung und der Anerkennung im sozialen Umfeld dient, sondern zunehmend auch von Bedeutung auf dem Arbeitsmarkt werden könnte (vgl. Wehling 2006). Viertens

¹² Ein zweiter Entstehungskontext der ästhetischen Chirurgie ist direkter mit sozialen Macht- und Herrschaftsverhältnissen verbunden. Wie Gilman (1999, 2001) am Beispiel von Nasenoperationen bei Juden, Afro-Amerikanern oder Asiaten zeigt, geht es hierbei primär um das „Unsichtbarmachen“ eines zur Stigmatisierung genutzten vermeintlichen körperlichen „Makels“ und somit um die Anpassung an den (idealisierten) Körper einer dominanten sozialen Gruppe, weniger um die tendenziell unabschließbare Optimierung des eigenen Körpers unter Aspekten wie „Schönheit“ oder „Jugendlichkeit“. Beide Aspekte

schließlich löst die Tatsache, dass bei offenkundig gesunden Personen teilweise schmerzhaft und riskant chirurgische Eingriffe vorgenommen werden, bei einem Teil der Ärzteschaft deutliches Unbehagen aus. Hinweise hierauf sind ärztliche Forderungen nach Qualitätskontrollen sowie die in der Bundesrepublik Deutschland von der Bundesärztekammer mitinitiierte „Allianz gegen Schönheitswahn“, die sich unter anderem für Altersbegrenzungen bei kosmetischen Operationen einsetzt. Andere Teile der medizinischen Profession (aber auch nicht-ärztliche Berufe) haben die Schönheitschirurgie hingegen als einen expandierenden und lukrativen Markt entdeckt. Anders als im unter 3.1. geschilderten Fall ADHS geht es in diesem Kontext weniger um eine medizinisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung um die *Art* der Diagnose, als vielmehr um die (professions-)ethische Frage, ob chirurgische Eingriffe auch *ohne* Krankheitsdiagnose ärztlich vertretbar sind, sowie um mögliche Grenzen für individuelle Verschönerungswünsche.

Auch die Nutzung von pharmazeutischen Mitteln zur Beeinflussung von wichtigen Gedächtnisleistungen (Erinnern und Vergessen), an denen gegenwärtig gearbeitet wird (Klein 2004; Breuer 2004; Kandel 2006), könnte zukünftig einer Dynamik der Entgrenzung von Therapie folgen: Zwar sind die Ziele bisher vorwiegend medizinisch definiert, bspw. das Leiden von Patienten mit quälenden, traumatischen Erinnerungen zu verringern. Dennoch verknüpfen sich mit der Möglichkeit, bestimmte Gehirnfunktionen zu beeinflussen oder Gedächtnisinhalte neutralisieren zu können, inzwischen weitreichende Erwartungen hinsichtlich einer gezielten Manipulation und „Steuerung“ von Vergessen oder Erinnerung. Der US-amerikanische Film „Eternal sunshine of the spotless mind“ aus dem Jahr 2003 hat solche, bisher (noch) nicht realisierbaren Erwartungen, etwa den Wunsch, die Erinnerung an vergangene Liebesbeziehungen zu „löschen“, in ironischer Form aufgegriffen. Wie häufig, ist auch in diesem Fall die massenmedial-künstlerische Verarbeitung ein Hinweis darauf, dass entsprechende Phantasien und Visionen, angeregt durch neue medizinisch-technische Optionen, in der Gesellschaft virulent sind.

3.3 Entzeitlichung von Krankheit

Als „Entzeitlichung von Krankheit“ begreifen wir die zunehmende Ablösung des Krankheitsbegriffs von zeitlich manifesten (akuten oder chronischen) Symptomen und Beschwerden sowie seine „Vorverlagerung“ auf bestimmte Indizien und

können sich allerdings auch vermischen (vgl. Wehling 2005).

„Risikofaktoren“.¹³ Im Zusammenhang damit etablieren sich immer mehr Strategien eines „präventiven Risikomanagements“, das den betroffenen Personen einerseits bestimmte Verantwortungen in ihrer individuellen Lebensführung zuschreibt und/oder sie andererseits in den Wirkungsbereich von (im weitesten Sinne) medizinischen Therapien einbezieht, ohne dass die Betroffenen jedoch (im bisherigen Verständnis) tatsächlich „krank“ wären. So werden beispielsweise in den USA im Zusammenhang mit – durchaus umstrittenen – Medikamenten zur Brustkrebsprävention seitens der medizinischen Forschung und Pharmaindustrie „Hoch-Risiko-Frauen“ als Zielgruppe für die Vermarktung solcher Mittel identifiziert (Fosket 2004). Risiko wird in solchen Kontexten mehr und mehr zu einer „illness category in and of itself“ (Fosket 2004: 294).

Ihre markanteste und vermutlich gesellschaftlich folgenreichste Ausprägung erfährt die Dynamik der Entzeitlichung von Krankheit gegenwärtig im Zusammenhang mit den neuen Möglichkeiten der prädiktiven Gendiagnostik. Diese ist darauf ausgerichtet, genetische Besonderheiten einer Person oder Gruppe zu identifizieren, die in späteren Lebensstadien mit statistisch erhöhter oder in einzelnen Fällen, wie der Huntington-Krankheit, sogar mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu bestimmten Erkrankungen führen werden (Feuerstein et al. 2002: 39). Die zu erwartende Verbreitung dieser Form medizinischer Diagnostik wird vermutlich weitreichende Folgen im Sinne der Entgrenzung von Krankheit und Gesundheit haben. *Zum einen* entsteht aufgrund des Wissens um genetische Dispositionen für bestimmte Krankheiten, die erst in einer späteren Lebensphase auftreten – und unter Umständen *überhaupt nicht*, – eine neue Personen-Kategorie von „Noch-Nicht-Kranken“, „Kranken ohne Symptom“ oder „gesunden Kranken“. Diesen wird nicht nur ein schwer zu bewältigendes Risikomanagement auferlegt, wobei häufig, etwa bei erblich (mit-)bedingtem Brustkrebs, sinnvolle Präventions- und Therapiemöglichkeiten für die prognostizierten Erkrankungen fehlen. Darüber hinaus sind sie möglicherweise auch der Gefahr neuartiger sozialer Diskriminierungen aufgrund ihrer genetischen „Auffälligkeiten“ oder „Abweichungen“ ausgesetzt. *Zum anderen* sind in diesem Zusammenhang Anzeichen für eine unter Umständen sehr weit reichende Neudefinition des Krankheitsbegriffs im Sinne einer Verschiebung der Unterscheidungskriterien von „Krankheit“ oder „Gesundheit“ auf die genetische Ebene zu beobachten (vgl. Wolf 2002; Lemke 2002, 2003). Die medizinische und gesellschaftliche Wahrnehmung von Krankheit

¹³ Dies ist durchaus auch eine Konsequenz aus der Etablierung des modernen, industriegesellschaftlichen Gesundheitsbegriffs seit dem ausgehenden 18. Jahrhunderts, der auf die Stabilisierung und „Steigerung“ von Gesundheit ausgerichtet ist (vgl. Labisch 1985, 1992).

könnte hierbei von der Manifestation der Symptome zunehmend auf das Vorliegen genetischer Besonderheiten verlagert werden.

In Reaktion auf diese Entgrenzungstendenz und ihre möglichen Folgen sind neue soziale und institutionelle Praktiken zu beobachten. Hierzu gehört neben der Entstehung „bio-sozialer“ Selbsthilfegruppen von Menschen mit gleichen genetischen Besonderheiten vor allem die Diskussion um ein inzwischen zwar prinzipiell anerkanntes, in seiner faktischen Reichweite aber stark umstrittenes „Recht auf Nichtwissen“ (Wehling 2003) ebenso wie Fragen des Datenschutzes gegenüber Arbeitgebern oder Versicherungsgesellschaften (vgl. zum Überblick Damm 2004).¹⁴ Verhindert werden soll durch die institutionelle Absicherung eines Rechts auf Nichtwissen die Herausbildung neuartiger Formen sozialer Benachteiligung und Ausgrenzung („genetische Diskriminierung“), etwa am Arbeitsmarkt, im Gesundheits-, Versicherungs- und Bildungswesen oder auch auf dem Heiratsmarkt (vgl. Lemke/Lohkamp 2005; Lemke 2006). Besonders ausgeprägt sind zugleich die individuellen und familiären Entscheidungsdilemmata: Soll man einen Gentest auf bestimmte Krankheitsdispositionen oder -risiken vornehmen lassen, wie werden nahe Verwandte (Eltern, Geschwister, Kinder) durch das Ergebnis beeinflusst oder beeinträchtigt, wie kann ein positives Testergebnis, das eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bestimmter (zukünftiger) Erkrankungen diagnostiziert, individuell und sozial verarbeitet werden? Offen ist gegenwärtig, inwieweit sich gesellschaftlich eine explizite oder implizite Verhaltenserwartung durchsetzen wird, wonach insbesondere sogenannte „Risikopersonen“ eine Art von moralischer Verpflichtung haben, ihre genetischen Dispositionen überprüfen zu lassen? Da in absehbarer Zeit mit einer Ausweitung und verstärkten Nutzung DNA-basierter prädiktiver Diagnosen (und unter Umständen sogar mit umfassenden „Screenings“ auf eine Reihe vererbbarer Krankheiten) zu rechnen ist (vgl. Hennen et al. 2003), werden solche Frage aller Voraussicht nach erheblich an sozialer, politischer und rechtlicher Brisanz gewinnen. Dabei wird nicht nur die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit neu definiert, pluralisiert, verschoben und damit unscharf und uneindeutig; weiter gehende Möglichkeiten der Biomedizin, etwa die somatische Gentherapie oder die Keimbahntherapie, könnten das präventive Risikomanagement eines Tages sogar in Bemühungen um eine krankheitsvermeidende Optimierung des Körpers übergehen lassen.

¹⁴ Umstritten ist besonders, inwieweit Versicherungsunternehmen oder Arbeitgeber berechtigt sind, genetische Informationen über (potenzielle) Kunden oder Beschäftigte einzusehen oder dies sogar zur Bedingung für den Abschluss von Versicherungs- oder Arbeitsverträgen zu machen.

3.4. Perfektionierung und Transformation der menschlichen Natur

Versuche zur „Perfektionierung“ der menschlichen Natur beinhalten idealtypisch die *direkte* Verbesserung des menschlichen Körpers, seiner Funktionen und Leistungen über das „natürliche Maß“ hinaus. Solche Strategien gehen insofern über die schrittweise Ausweitung medizinischer Diagnostik und/oder des Anwendungsspektrums medizinischer Technik hinaus, als sie unmittelbar das Ziel der Körperoptimierung, des „Enhancement“ ansteuern. Beispiele hierfür sind Visionen von der Verlangsamung oder gar „Abschaffung“ des Alterns, unter anderem mit gentechnischen Mitteln (vgl. de Grey 2004; Gesang 2007: 140ff.), Utopien der Verknüpfung menschlicher Gehirne mit informationstechnischen Systemen („brain-machine-interaction“) sowie der technischen Verbesserung sensorischer Fähigkeiten (Roco/Bainbrige 2002; vgl. Fleischer/Decker 2005) oder die Zielsetzungen der 1998 gegründeten „World Transhumanist Association“ (www.transhumanism.org). In deren programmatischer „Deklaration“ heißt es: „We seek personal growth beyond our current biological limits.“ Die Praktiken des Dopings im Leistungssport, aber zunehmend auch im Breitensport, in der Freizeit und im beruflichen Alltag folgen einer ähnlichen Optimierungsdynamik. Zwar sind die meisten Dopingmittel und -methoden ursprünglich für medizinisch-therapeutische Zwecke entwickelt worden, ihr (illegaler) Einsatz im Sport basiert allerdings nicht auf einer sukzessiven Ausweitung und Entgrenzung des Krankheitsbegriffs, sondern verfolgt unmittelbar den Zweck einer Leistungssteigerung über „natürliche“ Grenzen und Maßstäbe hinaus.

Die Dynamik der „Perfektionierung der menschlichen Natur“ weist zwei Besonderheiten auf: Erstens sind entsprechende medizinische Techniken und Praktiken bisher zumeist nur ansatzweise verfügbar. Daher lässt sich diese Dynamik gegenwärtig überwiegend auf der Ebene von Strategien und Forschungsprogrammen sowie in Diskursen beobachten, wird dabei aber häufig rhetorisch überdeckt oder bleibt unausgesprochen. Denn explizite („transhumanistische“) Enhancement-Strategien scheinen zweitens unter einem höheren Legitimationsdruck als die drei übrigen Dynamiken zu stehen, insofern sie den Handlungshorizont der Heilung und Wiederherstellung bewusst überschreiten. Sie treten daher selten in „Reinform“ auf, sind aber häufig ein Bestandteil übergreifender Forschungsprogramme oder -felder und verwischen dadurch die Differenz zwischen Therapie und Enhancement. Recht gut beobachten lässt sich dies am Feld der sogenannten „Anti-Aging-Medizin“, worin sich drei Zielsetzungen überlagern (vgl. Maio 2006: 342f.; Viehöver 2007): Erstens die Prävention von altersbedingten Erkrankungen, zweitens die Prävention und Behandlung von altersbedingten körperlichen und mentalen Einschränkungen mit strittigem Krankheitswert sowie drittens die Verlangsamung oder

Überwindung des Alterns mit dem utopischen Fernziel der „Unsterblichkeit“. Nur diese dritte Zielsetzung, die Verlängerung des menschlichen Lebens weit über bislang bekannte Zeitspannen hinaus, lässt sich als „reine“ Perfektionierung begreifen. Offen formuliert würde eine solche Vision wegen ihrer unabsehbaren gesellschaftlichen Konsequenzen möglicherweise auf Zweifel und Ablehnung stoßen. Als Teil des gesellschaftlichen akzeptanzfähigen Feldes „Anti-Aging-Medizin“ findet sie hingegen größere Zustimmung und kann entsprechende Forschungsprogramme (wie die Suche nach genetischen Ursachen des Alterns) anregen.¹⁵ Unabhängig davon mehren sich allerdings im biopolitischen und -ethischen Diskurs Stimmen, welche die Praktiken des Enhancement prinzipiell für durchaus vertretbar halten oder ihnen positive Aspekte abgewinnen (vgl. z.B. Hughes 2004; Schöne-Seifert 2006; Gesang 2007). Längerfristig könnte dies die Legitimationsschwierigkeiten von Enhancement-Programmen erheblich verringern.

3.5. Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Unterscheidung der vier Dynamiken, die in der folgenden Abbildung noch einmal zusammengefasst werden (vgl. Abb. 1), ermöglicht einen differenzierten Blick auf die aktuellen und zukünftig erwartbaren biopolitischen Entwicklungen. Erkennbar wird, worin die einzelnen Dynamiken sich voneinander abheben, wo sie sich überschneiden und inwieweit sie sich wechselseitig verstärken. Alle vier Dynamiken weisen – wenngleich in jeweils spezifischer Form – in Richtung der Erosion und Entgrenzung der Unterscheidungen von Krankheit und Gesundheit und/oder Therapie und Enhancement.¹⁶ Sie eröffnen dabei neue Handlungsspielräume für Individuen oder professionelle Akteure, erzeugen aber gleichzeitig gravierende Uneindeutigkeiten im alltäglichen und institutionellen Handeln, mit den möglichen Folgen, die oben angedeutet worden sind.

Abb. 1

Die wichtigsten Unterschiede zwischen den vier biopolitischen Dynamiken betreffen die jeweilige gesellschaftliche Rolle, Legitimation und Konstellation der verschiedenen Akteure (professionelle und wirtschaftliche Akteure, Medien, Wissenschaft, Politik sowie nicht zuletzt die individuellen Patientinnen und „Kunden“). Die „Entgrenzung

¹⁵ Auch Bernhard Gill (2003: 161) vermutet, dass Perfektionierungsprogramme in breiten Kreisen der Gesellschaft „Manipulationsängste“ auslösen könnten; „zu ‚therapeutischen Häppchen‘ kleingearbeitet und in die individuelle Verfügung gestellt“, würden solche Programme aber sehr wohl akzeptiert.

¹⁶ Dies wird in Abb. 1 durch Pfeile symbolisiert die, jeweils in einem Quadranten beginnend, die eingespielten Unterscheidungen und Grenzziehungen in eine bestimmte Richtung überschreiten und damit zugleich in Frage stellen.

medizinischer Therapie“ beispielsweise wird, besonders prägnant im Fall der kosmetischen Chirurgie, stark von den Medien und den Kundinnen und Kunden vorangetrieben, bei einer gewissen Distanz eines Teils der Ärzteschaft. Deutlich anders verläuft hingegen die Entgrenzung von Krankheit und Gesundheit durch die prädiktive Gendiagnostik: Hier stellt eher die biowissenschaftliche Grundlagenforschung die treibende Kraft dar, indem sie immer mehr Erkrankungen mit genetischen Besonderheiten und (Risiko-)Faktoren in Verbindung bringt, während betroffene Patienten und Patientinnen (besonders solche aus sogenannten „Risikogruppen“) mit erheblicher Zurückhaltung reagieren. Die Debatte um das „Recht auf Nichtwissen“ und die Warnungen vor genetischer Diskriminierung verdeutlichen die gesellschaftlich ambivalente Wahrnehmung der „Entzeitlichung von Krankheit“. Wieder andere Akteurskonstellationen kennzeichnen die Ausweitung medizinischer Diagnostik: Das Beispiel ADHS verdeutlicht zum einen, dass solche Tendenzen (auch) innerhalb der Medizin bzw. zwischen verschiedenen Fachrichtungen umstritten sind; zum anderen gewinnen hierbei die Marketingstrategien von Pharmaunternehmen einen immer größeren Einfluss auf das Geschehen. Im Zusammenspiel mit Tendenzen zur „Selbstmedikalisierung“ der Patienten kann dies zu einem relativen Bedeutungsrückgang der ärztlichen Profession führen (vgl. Conrad/Leiter 2004; Conrad 2005).

Wie diese Hinweise unterstreichen, wäre es wenig weiterführend, von *einer* homogenen und kohärenten Tendenz zur „Medikalisierung“ oder biopolitischen Entgrenzung auszugehen. Den Differenzierungen innerhalb des Feldes Rechnung zu tragen, ist insbesondere dann von entscheidender Bedeutung, wenn man den Blick auf gegenwärtige oder zu erwartende Konflikte, auf mögliche Gegentendenzen und soziale Widerstände sowie auf Potenziale und Ressourcen einer (Selbst-)Begrenzung der biopolitischen Dynamiken richtet. Solche Potenziale können sich fall- und kontextspezifisch in Professionsethiken finden (z.B. kosmetische Chirurgie, Enhancement-Strategien), in innerwissenschaftlichem Dissens (Expansion von Diagnostik), in sozialem Protest (etwa gegen genetische Diskriminierung), in rechtlichen Regelungen (Recht auf Nichtwissen, Regulierung der Arzneimittelwerbung u.ä.) oder auch in ethisch-normativ begründeten Widerständen, sei es in individuellen Ethiken der „Authentizität“ oder generellen Bedenken gegen die technische Umgestaltung und Transformation der menschlichen Natur. Inwieweit solche Gegentendenzen gesellschaftlich wirksam werden und welchen Erfolg sie haben, ist eine letztlich empirisch zu beantwortende Frage.

4. „Biologisierung des Sozialen“ oder neue „Biosozialität“?

Die idealtypisch beschriebenen Entgrenzungsprozesse haben wesentliche Implikationen sowohl für das, was man die „gesellschaftliche Herstellung der Zukunft“ nennen könnte, als auch für neue Erscheinungsformen von Herrschaft und sozialen Ungleichheiten. Unter dem Aspekt der Herstellung und Festlegung von Zukunft könnten sie zu einer möglicherweise irreversiblen Veränderung und Überschreitung der „menschlichen Natur“ führen. *Unsere These lautet in diesem Zusammenhang, dass die Vorstellung einer „naturegebenen“ Körperlichkeit des Menschen allmählich ihre Bedeutung als Orientierungs- und Legitimationshorizont für wissenschaftliches und medizinisches Handeln sowie für soziale Alltagspraktiken einbüßen könnte.* Der Leib, der man *ist*, wird dann (fast) durchgehend zum Körper, den man *hat* (vgl. Plessner 1981), d.h. mehr und mehr zu einem Objekt technischer Umgestaltung und Perfektionierung.

Unter den Gesichtspunkten des Wandels und der Neudefinition von Herrschaftsformen und sozialen Ungleichheiten ist eine Dimension der beschriebenen Entwicklungen von besonderem Interesse, die sich mit den bereits erwähnten individuellen Handlungsunsicherheiten und Entscheidungszwängen verschränkt und diese verstärkt: Von nicht wenigen sozialwissenschaftlichen Beobachtern wird befürchtet, es könnten sich neue Wahrnehmungs- und Bewertungskriterien für Individuen und individuelle Verhaltensformen etablieren und verfestigen, die sich in erster Linie an scheinbar „naturalistischen“, tatsächlich aber technisch hergestellten Standards wie „maximale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit“, „Unauffälligkeit des Verhaltens“, „Schönheit“, „Jugendlichkeit“ orientieren. *Die Emanzipation vom „naturegebenen“ Körper scheint, so unsere zweite These, in paradoxer Weise in eine neue „Körperabhängigkeit“ zu münden.* Das bedeutet, dass körperliche Attribute (Gesundheit, Jugendlichkeit, Schönheit etc.) auf neue Art an Bedeutung für soziale Hierarchiebildung, Distinktion und Diskriminierung gewinnen. Die weiter laufende (wissenschaftlich-technische) „Vergesellschaftung der Natur“ wird auf diese Weise durch eine fragwürdige „Naturalisierung und Biologisierung des Sozialen“ ergänzt und teilweise konterkariert (vgl. Bertilsson 2003). Dabei ist zu vermuten, dass nicht so sehr „substanzielle“ Normen und Körperbilder als vielmehr das beständige und letztlich unabschließbare Bemühen um „Verbesserung“ oder um eine nie einlösbare „Perfektionierung“ des Geist/Körper-Komplexes zur dominierenden Verhaltenserwartung wird. Und Erkrankungen, berufliche Misserfolge u.ä. könnten dann als Folge mangelnder Gesundheitsverantwortung und eines unzureichenden Körper-Monitorings den Individuen zugerechnet werden, wie es gegenwärtig in den Regulierungen des Rauchens, des Alkoholkonsums, der

Gewichtskontrolle entlang des „Body Mass Index“ teilweise bereits anklingt (vgl. Feuerstein/Kollek 2001). Entsprechend können sich „post-politische“ Formen von „Biomacht“, sozialer Ungleichheit und Konformismus herausbilden, die sich auch und gerade in den sozialen Praktiken und Motivlagen der individuellen Akteure ausprägen und gewissermaßen festsetzen, indem beispielsweise bestimmte Konsumentenbedürfnisse verstärkt oder überhaupt erst geweckt werden: „Suitably stimulated, the demand of consumers for easier means to better-behaved children, more youthful or beautiful or potent bodies, keener or more focused minds, and steadier or more cheerful moods is potentially enormous.“ (Council on Bioethics 2003: 302). Francis Fukuyama und andere Autoren befürchten in diesem Zusammenhang die Herausbildung einer „kosmetischen Psychopharmakologie“ zur „Verbesserung oder Vervollkommnung ansonsten normaler Verhaltensformen, oder zur Umwandlung eines normalen Verhaltens in ein anderes, von dem irgendwer meint, es sei gesellschaftlich vorzuziehen“ (Fukuyama 2002: 83). Unter diesem Blickwinkel rücken die Entwicklung und Verbreitung von Psycho- und Neuropharmaka, die Gentechnik und -diagnostik, Reproduktions-, Transplantations- und „Anti-Aging“-Medizin, kosmetische Chirurgie, „Functional Food“, „Wellness“ u.ä. in den Vordergrund der soziologischen Betrachtung. Gemeinsam ist diesen Feldern, dass darin alltagsrelevante Formen der Krankheit/Gesundheit-Unterscheidung uneindeutig werden und die betroffenen Individuen, Familien oder Gruppen ohne nennenswerten institutionellen Rückhalt entscheiden müssen, an welchem der beiden „Pole“ der Unterscheidung (krank/gesund etc.) sie ihr Handeln ausrichten wollen. Die in diesen Bereichen beobachtbaren Entwicklungen bieten einerseits eine Vielzahl neuer medizinischer und technischer Optionen zur Verbesserung des Gesundheitszustands, des individuellen Wohlbefindens und der Leistungsfähigkeit. Sie erzeugen andererseits in der „Grauzone“ zwischen Gesundheit und Krankheit fundamentale Handlungsunsicherheiten, erlegen den Betroffenen (illusionäre) Verantwortlichkeiten für letztlich kaum beeinflussbare Gesundheitsrisiken auf und können als eine Art „*diskreter Charme der Biokratie*“ (Viehöver et al. 2004) zu neuen Formen von Herrschaft, Abhängigkeit, Konformität und sozialer Ungleichheit beitragen.

Gleichwohl ist vor dem Hintergrund der in Kap. 3 beschriebenen Differenzierungen und Ambivalenzen des biopolitischen Feldes keine lineare und eindeutige Tendenz zur „Biologisierung des Sozialen“ zu erwarten. Denn die Auflösung (oder Re-Stabilisierung) der Unterscheidungen von Gesundheit und Krankheit sowie von Therapie und Verbesserung geschieht nicht zuletzt im Rahmen alltäglicher Handlungspraktiken sozialer (Mikro-)Akteure wie Individuen, Haushalte, Familien; wemgleich gesellschaftlich erzeugt, werden die Ambivalenzen und ihre Bearbeitung gleichsam „privatisiert“ (Bauman

1992). Daher darf keinesfalls von einer einseitigen Determination der alltäglichen Praktiken durch Makro-Prozesse und -diskurse ausgegangen werden; vielmehr muss ein wechselseitiges Interaktions- und Beeinflussungsverhältnis angenommen werden. Neue wissenschaftlich-technische Optionen können durch die Alltagsakteure transformiert und in einer unerwarteten Weise genutzt werden, und Selbsthilfegruppen oder Patientenorganisationen haben häufig einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Handlungsweisen und Entscheidungen von wirtschaftlichen oder professionellen Akteuren. Umgekehrt werden jedoch die Entscheidungen zur Nutzung von neuen „Technologien des Selbst“ (Michel Foucault) sowohl durch professionelle, diskursive und mediale Vermittlungsprozesse als auch durch die praktische Verfügbarkeit und Zugänglichkeit neuer Produkte und Techniken strukturiert. Insofern sind die Mikro-Akteure bei ihren Handlungen und Entscheidungen mit einem vielschichtigen, heterogenen und teilweise widersprüchlichen Geflecht von (Makro-)Strategien, Diskursen und Interessenlagen unterschiedlicher wirtschaftlicher und professioneller Akteure konfrontiert (Rose 2007).

Wie eingangs bereits angedeutet werden die skizzierten Phänomene und Tendenzen gegenwärtig nicht nur in Politik und gesellschaftlicher Öffentlichkeit, sondern auch in den Sozialwissenschaften kontrovers diskutiert. Idealtypisch lässt sich dabei eine Richtung unterscheiden, die hier in erster Linie neue Freiheitsspielräume und die Entstehung erweiterter Formen der Selbstbestimmung (van den Daele 2005b) oder die Herausbildung neuartiger „bio-sozialer“ Gemeinschaften sehen will (vgl. z.B. Rabinow 2004; vgl. auch Rose 2001). Unter „Biosozialität“ versteht der amerikanische Anthropologe Paul Rabinow die Bildung von Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen, „deren Mitglieder sich treffen, um Erfahrungen auszutauschen, um auf ihre Krankheit hinzuweisen, um ihre Kinder der Krankheit entsprechend zu erziehen und um ihre Umwelt ihrem Lebensumstand anzupassen“ (Rabinow 2004: 143). Darin sieht Rabinow (2004: 139) gerade keine Form von Gesellschaft, die „auf der Grundlage einer biologischen Metapher konstruiert“ werde; vielmehr werde die Natur „in der Biosozialität auf der Grundlage von Kultur modelliert“.¹⁷ Eine andere Richtung der Diskussion erkennt in den angedeuteten Prozessen jedoch eher

¹⁷ Hartmut Böhme (2004) spricht in diesem Zusammenhang von „Fortschritten der Biologie als Kultur“, durch die der Mensch zum Subjekt der Evolution sowie seiner körperlichen und genetischen Ausstattung werde. Kultur beginne nun schon auf subzellularer Ebene; es würden Prozesse gestaltbar, „die ehemals gleichsam unter Naturschutz standen – wie Zeugung, Geburt, Tod, Gefühl, Wahrnehmung etc.“; dies habe zu einer „eigentümlichen Drehung zwischen Bio- und Geisteswissenschaften geführt“ (Böhme 2004: 76). Biologie als Kulturtechnik unterstehe den Aushandlungsregeln, die in unserer Kultur gelten, somit sei sie historische Praxis.

eine problematische „Biologisierung des Sozialen“ sowie fragwürdige Tendenzen einer potenziell schrankenlosen (Selbst-)Objektivierung, Instrumentalisierung und Transformation des Menschen (vgl. u.a. Habermas 2001; Fukuyama 2002; Council on Bioethics 2003; Feuerstein/Kollek 2001). Dabei drohe letztlich genau jenes autonome „Selbst“ verloren zu gehen, das doch sowohl die Voraussetzung als auch das Ziel solcher Optimierungsstrategien darstelle. Besonders dramatisch könnte dies der Fall sein bei zukünftig möglichen chirurgischen oder pharmakologischen Eingriffen in das Gehirn von Personen, die deren individuelle Identität massiv verändern können (vgl. dazu Galert 2005).

Nicht minder kontrovers wird daher die Frage nach dem „naturegegebenen“, „gewachsenen“ Körper sowohl als Orientierungsrahmen wie auch als (personale, identitätsverbürgende) Grundlage und Voraussetzung für die Nutzung biomedizinischer Optionen diskutiert (vgl. hierzu Bayertz 2004; Ach/Pollmann 2006; Birnbacher 2006). Zumindest in dem skeptischen Teil des öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurses wird in diesem Kontext die Forderung nach „Grenzen“ für Optimierungsstrategien erhoben (vgl. z.B. Habermas 2001; Fukuyama 2002; Bertilsson 2003; Council on Bioethics 2003: 298f.). Dabei ginge es nicht allein um „harte“ rechtlich-institutionell verankerte Grenzziehungen in Form von gesetzlichen Verboten und Sanktionen, sondern gleichermaßen um „weiche“ kulturelle, ethische, lebensweltlich fundierte Schranken für wissenschaftlich-technische Visionen und Praktiken einer anscheinend schrankenlosen (Selbst-)Verbesserung des Menschen. Es zeigt sich jedoch, dass auch und gerade bei Versuchen, dem Machbaren Grenzen zu setzen, nicht mehr umstandslos auf vermeintlich natürliche und daher evidente Unterscheidungen zurückgegriffen werden kann (van den Daele 1987). Dies gilt für den „laienhaften“ Versuch der Moralisierung der menschlichen Natur ebenso wie für die Maschinerie der Ethikräte. So geht beispielsweise die Beratungskommission für bioethische Fragen des US-amerikanischen Präsidenten George W. Bush in ihrem Bericht „Beyond therapy?“ zunächst zwar von der Unterscheidung zwischen *therapy* und *enhancement* aus, räumt aber gleichzeitig ein, dass diese Abgrenzung inzwischen selbst unscharf geworden ist und daher keinen eindeutigen Anhaltspunkt bietet, um das ethisch Vertretbare vom nicht Vertretbaren abzugrenzen (Council on Bioethics 2003: 13ff.). Wie Eric Juengst (1998) hervorgehoben hat, muss diese Unschärfe aber nicht notwendigerweise bedeuten, gänzlich auf die Unterscheidung im Sinne einer kontextspezifisch handlungsleitenden Orientierung zu verzichten.

Angesichts der Vielschichtigkeit des biopolitischen Geschehens erweisen sich vergleichsweise klar geschnittene Alternativszenarien (Biologisierung *oder* neue

Biosozialität?) offenbar als zu schematisch. Stattdessen dürften moderne Gesellschaften es zukünftig mit Formen der Gleichzeitigkeit, des „Sowohl-als-auch“ zu tun haben: *sowohl* mit neuartigen Dynamiken einer (vermeintlich) „naturbasierten“ sozialen Diskriminierung und neuen Formen von körperbasierter Macht und Distinktion *als auch* mit neuen sozialen Zusammenschlüssen und kollektiven Praktiken, die wiederum erweiterte Handlungsmöglichkeiten auch gegenüber einflussreichen (Makro-)Akteuren aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik eröffnen können. Eine soziologisch aufschlussreichere Fragestellung und Forschungsprogrammatische ließe sich daher wie folgt formulieren: Inwieweit bilden sich in unübersichtlichen Gemengelagen gleichsam „zwischen“ den polarisierten Alternativen Formen eines „reflexiv modernen“ Umgangs mit den sich auflösenden Grenzen zwischen dem „Natürlichen“ und dem „Gesellschaftlichen“ oder „Künstlichen“ heraus? „Reflexiv modern“ würde in diesem Kontext bedeuten, die menschliche Körper-Natur nicht als gegebenes Faktum und unabänderliches Schicksal zu verstehen, sondern sie als etwas kulturell und gesellschaftlich Gestaltetes und Gestaltbares zu begreifen, ohne jedoch dem „modernistischen“ Phantasma einer grenzenlosen Formbarkeit und Perfektionierung der (menschlichen) Natur aufzusitzen. Lassen sich hier verbindliche, *allgemein* anerkannte Grenzen errichten – und soll man dies überhaupt versuchen? Oder müssen die Grenzziehungen zwischen Natürlichem und Künstlichem, Krankheit und Gesundheit, Heilung und Optimierung mittels einer „pragmatistischen Experimentalität“ im Sinne John Deweys immer wieder neu ausgehandelt und in einem widersprüchlichen Geflecht von wissenschaftlich-technischen Möglichkeiten, kontrastierenden Interessenlagen, Machtungleichgewichten, vielschichtigen sozialen Praktiken und normativen Reflexionen ausbalanciert werden? Und wenn ja, in welchen institutionellen und sozialen Kontexten könnte dies geschehen und gelingen?

Ein reflexiv werdender Umgang mit biopolitischen Entgrenzungstendenzen würde somit einerseits die Notwendigkeit von gesellschaftlich zu ziehenden Grenzen des wissenschaftlich-technischen Zugriffs auf die „Natur des Menschen“ anerkennen, ohne andererseits natürliche Gegebenheiten als prinzipiell „unverfügbar“ zu tabuisieren, zu ontologisieren oder zu sakralisieren. Unter gesellschafts- und demokratietheoretischen Aspekten bleibt bislang jedoch völlig offen und klärungsbedürftig, inwieweit individualisierte und globalisierte moderne Gesellschaften sich überhaupt auf derartige Grenzziehungen verständigen könnten, und auf welchen normativen und rechtlichen Grundlagen sowie mit Hilfe welcher Institutionen und Verfahren dies aussichtsreich erschiene (vgl. hierzu Wehling/Viehöver/Keller 2005).

Literatur

- Ach, Johann/Pollmann, Arnd (Hrsg.) (2006): no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse. Bielefeld. transcript.
- Bauman, Zygmunt (1992): Moderne und Ambivalenz. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Bayertz, Kurt (Hrsg.) (2004): Die menschliche Natur. Welchen und wieviel Wert hat sie? Paderborn: Mentis
- Bertilsson, Thora M. (2003): The Social as Trans-Genic. On Bio-Power and its Implications for the Social. In: Acta Sociologica 46, S. 118-131.
- Birnbacher, Dieter (2006): Natürlichkeit. Berlin: de Gruyter.
- Böhme, Hartmut (2004): Die Fortschritte der Biologie als Kultur. In: Gegenworte, Nr. 13, Frühjahr 2004, S. 75-78.
- Breuer, Hubertus (2004): Vergessen auf Rezept. Was Unfallopfer von ihrem Trauma befreit, könnte auch ein Leben ohne Scham und Reue ermöglichen. In: Süddeutsche Zeitung, 6.7.2004, S. 9.
- Conrad, Peter (1976): Identifying Hyperactive Children. The Medicalization of Deviant Behavior. Lexington: D.C. Heath.
- Conrad, Peter (1992): Medicalization and social control. In: Annual Review of Sociology 18, S. 209-232.
- Conrad, Peter (2005): The Shifting Engines of Medicalization. In: Journal of Health and Social Behavior 46, S. 3-14.
- Conrad, Peter/Leiter, Valerie (2004): Medicalization, Markets and Consumers. In: Journal of Health and Social Behavior 45 (Extra Issue), S. 158-176.
- Conrad, Peter/Potter, Deborah (2000): From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. In: Social Problems 47, S. 559-582.
- Conrad, Peter/Schneider, Joseph (1980): Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness. St. Louis/Toronto/London: C.V. Mosby.
- Council on Bioethics (2003): Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness. A Report of the President's Council on Bioethics. Washington D.C., www.bioethics.gov (Zugriff 15. April 2004).
- Damm, Reinhard (2004): Gesetzgebungsprojekt Gentestgesetz – Regelungsprinzipien und Regelungsmaterien. In: Medizinrecht 22, S. 1-19.
- Davis, Kathy (1995): Reshaping the Female Body. The Dilemma of Aesthetic Surgery. New York: Routledge.
- Degele, Nina (2004), Sich schön machen. Zur Soziologie von Geschlecht und Schönheitshandeln. Wiesbaden: VS.
- DeGrandpre, Richard J. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft: ADS, eine Generation wird krankgeschrieben. Weinheim: Beltz.
- De Grey, Aubrey (ed.) (2004): Strategies for engineered negligible senescence. New York: Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 1019.
- Dworkin, Ronald (2001): The medicalization of unhappiness. In: The Public Interest, no. 144, S. 85-99.
- Feuerstein, Günter/Kollek, Regine (2001): Vom genetischen Wissen zum sozialen Risiko: Gendiagnostik als Instrument der Biopolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 27, S. 26-33.
- 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 (Hrsg.), 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. In: Science, Technology and Human Values 29, S. 291-313.
- Foucault, Michel (1977): Sexualität und Wahrheit, Bd. 1: Der Wille zum Wissen, Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Foucault, Michel (1999): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am College de France 1975-76. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2002): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt a.M.: Fischer. (Erste frz. Auflage 1963).
- Fukuyama, Francis (2002): Das Ende des Menschen. Stuttgart/München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Galert, Thorsten (2005): Inwiefern können Eingriffe in das Gehirn die personale Identität bedrohen? In: Alfons Bora/Michael Decker/Armin Grunwald/Ortwin Renn (Hrsg.), Technik in einer fragilen Welt. Berlin: Ed. Sigma, S. 91-99.
- Gesang, Bernward (2007): Perfektionierung des Menschen. Berlin: de Gruyter.
- Geyer, Christian (Hrsg.) (2001): Biopolitik. Die Positionen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gill, Bernhard (2003): Streitfall Natur. Weltbilder in Technik- und Umweltkonflikten. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Gilman, Sander (1999): Making the body beautiful. A cultural history of aesthetic surgery. Princeton: Princeton University Press.

- Gilman, Sander (2001): Die Operation, die unsichtbar machte. In: Gero von Randow (Hrsg.), *Wieviel Körper braucht der Mensch?* Hamburg: edition Körper-Stiftung, S. 17-21.
- Goffman, Erving (1980): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns. Band I,* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (2001): *Die Zukunft der menschlichen Natur.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hughes, James (2004): *Citizen Cyborg. Why Democratic Societies Must Respond to the Redesigned Human of the Future.* Boulder, CL: Westview.
- Juengst, Eric (1998): What Does Enhancement Mean? In: Erik Parens (ed.), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications.* Washington, D.C.: Georgetown Univ. Press, S. 29-47.
- Kahlweit, Cathrin (2004): Ich will nicht aussehen wie meine Mutter. In: *Süddeutsche Zeitung*, 21.9.2004, S. 15.
- Kandel, Eric (2006): *In Search of Memory. The Emergence of a New Science of Mind.* New York/London: W.W. Norton & Co.
- Karafyllis, Nicole (Hrsg.) (2003): *Biofakte. Versuch über den Menschen zwischen Artefakt und Lebewesen* Paderborn: Mentis.
- Kettner, Matthias (2006): „Wunscherfüllende Medizin“ zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit. In: *Ethik in der Medizin* 18, S. 81-91.
- Klein, Stefan (2004): Niemand hat die Pflicht, sich zu erinnern. Die Frage der Zukunft: Eric Kandel entwickelt eine Pille gegen das Vergessen. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 24.6.2004, S. 35.
- Labisch, Alfons (1985): Die soziale Konstruktion der ‚Gesundheit‘ und des ‚homo hygienicus‘: Zur Soziogenese eines sozialen Gutes. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* 10, S. 60-81.
- Labisch, Alfons (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit.* Frankfurt a.M.: Campus.
- Latour, Bruno (1995): *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie.* Berlin: Akademie-Verlag.
- Lau, Christoph/Keller, Reiner (2001): *Natur und Gesellschaft - Zur Politisierung gesellschaftlicher Naturabgrenzungen.* In: Ulrich Beck/Wolfgang Bonß (Hrsg.), *Die Modernisierung der Moderne.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 82-95.
- Lemke, Thomas (2002): Mutationen des Gendiskurses: Der genetische Determinismus nach dem Humangenomprojekt. In: *Leviathan* 30, S. 400-425.
- Lemke, Thomas (2003): Molekulare Medizin? Anmerkungen zur Ausweitung und Redefinition des Konzepts der genetischen Krankheit. In: *Prokla* 33, S. 471-492.
- Lemke, Thomas (2006): *Die Polizei der Gene. Formen und Felder genetischer Diskriminierung.* Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Lemke, Thomas/Lohkamp, Christine (2005): Formen und Felder genetischer Diskriminierung. Ein Überblick über empirische Studien und aktuelle Fälle. In: Wolfgang van den Daele (Hrsg.), *Biopolitik. Leviathan, Sonderheft* 23, S. 45-70.
- Lenk, Christian (2002): *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin.* Münster: LIT
- Lenk, Christian (2006): Verbesserung als Selbstzweck? Psyche und Körper zwischen Abweichung, Norm und Optimum“. In: Johann Ach/Arnd Pollmann (Hrsg.), *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse.* Bielefeld: transcript, S. 63-78.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne (2006): Einführung. In: Marianne Leuzinger-Bohleber/Yvonne Brandl/Gerald Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen.* Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, S. 9-49.
- Leuzinger-Bohleber, Marianne/Brandl, Yvonne/Hüther, Gerald (Hrsg.) (2006): *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen.* Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Leven, Karl-Heinz (2006): „Eine höchst wohlthätige Bereicherung unserer Kunst“ – Plastische Chirurgie in medizinhistorischer Perspektive. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52, S.127-137.
- Lindemann, Gesa (2002): *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin.* München: Fink.
- Luckmann, Thomas (1980): *Die Grenzen der Sozialwelt. In: Thomas Luckmann, Lebenswelt und Gesellschaft. Grundstrukturen und geschichtliche Wandlungen.* Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh, S. 56-92.
- Maior, Giovanni (2006): Die Präferenzorientierung der modernen Medizin als ethisches Problem. Ein Aufriss am Beispiel der Anti-Aging-Medizin. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52, S. 339-354.
- Mattner, Dieter (2006): ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: Marianne Leuzinger-Bohleber/Yvonne Brandl/Gerald Hüther (Hrsg.), *ADHS - Frühprävention statt Medikalisierung. Theorie, Forschung, Kontroversen.* Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, 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.
- Nye, Robert A. (2003): *The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century.* In:

- Journal of History of the Behavioural Sciences 39, S. 115-129.
- Parens, Erik (Hrsg.) (1998): *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Washington, D.C.: Georgetown Univ. Press.
- Plessner, Helmuth (1981): *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Gesammelte Schriften, Bd. IV*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp (Orig.: 1927).
- Rabinow, Paul (2004): *Artificialität und Aufklärung. Von der Soziobiologie zur Biosozialität*. In: Paul Rabinow, *Anthropologie der Vernunft. Studien zu Wissenschaft und Lebensführung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 129-152.
- Rheinberger, Hans-Jörg (1996): *Jenseits von Natur und Kultur. Anmerkungen zur Medizin im Zeitalter der Molekularbiologie*. In: Cornelius Borck (Hrsg.), *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle*. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 287-306.
- Roco, Mihail/Bainsbridge, William Sims (2002): *Converging Technologies for Improving Human Performance*. Washington, D.C.: National Science Foundation.
- Rose, Nikolas (2001): *The Politics of Life Itself*. In: *Theory, Culture and Society* 18, S. 1-30.
- Rose, Nikolas (2007): *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton/Oxford: Princeton University Press.
- Schlich, Thomas (1998): *Wissenschaft: Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung*. In: Norbert Paul/Thomas Schlich (Hrsg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt a.M.: Campus, S. 107-129.
- Schlich, Thomas (2001): *Eine kurze Geschichte der Körperverbesserung*. In: Gero von Randow (Hrsg.), *Wieviel Körper braucht der Mensch? Hamburg: edition Körber-Stiftung*, S. 131-144.
- Schöne-Seifert, Bettina (2006): *Pillen-Glück statt Psycho-Arbeit. Was wäre dagegen einzuwenden?* In: Johann Ach/Arnd Pollmann (Hrsg.), *no body is perfect. Baumaßnahmen am menschlichen Körper – Bioethische und ästhetische Aufrisse*. Bielefeld: transcript, S. 279-291.
- Scott, Susie (2006), *The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness*, In: *Sociology of Health & Illness* 28, S. 133-153.
- van den Daele, Wolfgang (1987): *Die Moralisierung der menschlichen Natur und Naturbezüge in gesellschaftlichen Institutionen*. In: *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft* 2, S. 351-366.
- van den Daele, Wolfgang (Hrsg.) (2005a): *Biopolitik. Leviathan, Sonderheft 23*, Wiesbaden: VS.
- van den Daele, Wolfgang (2005b): „Einleitung: Soziologische Aufklärung zur Biopolitik“, In: Wolfgang van den Daele (Hrsg.), *Biopolitik. Leviathan, Sonderheft 23*, Wiesbaden: VS, S. 7-41.
- Viehöver, Willy (2007): *Auf dem Wege zu einer protestantischen Ethik des Alterns? Anti-Aging als eine Form der methodischen Selbstdisziplinierung des Leibes*. In: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Frankfurt a.M./New York: Campus (im Erscheinen).
- Viehöver, Willy/Gugutzer, Robert/Keller, Reiner/Lau, Christoph (2004): *Vergesellschaftung der Natur – Naturalisierung der Gesellschaft*. In: Ulrich Beck/Christoph Lau (Hrsg.), *Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 65-94.
- von Ferber, Christian (1989): *Medikalisierung – ein zivilisatorischer Prozeß oder eine sozialpolitische Fehlleistung?* In: *Zeitschrift für Sozialreform* 35, S. 632-642.
- Wehling, Peter (2003): *Das Recht auf Nichtwissen in der Humangenetik - ein "Irrläufer" in der Wissensgesellschaft?* In: Jutta Allmendinger (Hrsg.), *Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002*. 2 Bände und CD-ROM. Opladen: Leske + Budrich (CD-ROM).
- Wehling, Peter (2005): *Social inequalities beyond the modern nature-society-divide? The cases of cosmetic surgery and predictive genetic testing*. In: *Science, Technology & Innovation Studies* 1, S. 3-15 (www.sti-studies.de)
- Wehling, Peter (2006): *Renaturalisierung sozialer Ungleichheit - eine (Neben-)Folge gesellschaftlicher Modernisierung?* In: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede. Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München 2004*. Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 526-539.
- Wehling, Peter (2007): *Biomedizinische Optimierung des Körpers – individuelle Chance oder suggestive soziale Norm?* In: Karl-Siegbert Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Frankfurt a.M./New York: Campus (im Erscheinen).
- Wehling, Peter/Viehöver, Willy/Keller, Reiner (2005): *Wo endet die Natur, wo beginnt die Gesellschaft? Doping Genfood, Klimawandel und Lebensbeginn: die Entstehung kosmopolitischer Hybride*. In: *Soziale Welt* 56, S.137-158
- Wiesing, Urban (2006): *Die ästhetische Chirurgie. Eine Skizze der ethischen Probleme*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 52, S. 139-154.

Wolf, Nicola (2002): Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P02-2002.

Abb. 1: Entgrenzungsdynamiken im Feld der Biopolitik

