

Der perfekte Körper: Utopien der Biomedizin

Hille Haker

Vorbemerkung

Zwei Motive durchziehen untergründig die neueren Entwicklungen der Biomedizin: Zum einen ist dies das Motiv der *Kontrolle* über den Körper und seine Funktionen, zum anderen die aktive *Gestaltung* körperlicher Prozesse auf molekularbiologischer bzw. genetischer oder auch organischer bzw. physiognomischer Ebene. Nun mag darüber gestritten werden, ob die Motive der Kontrolle des Körpers und seiner Gestaltung, die ja genauso auch Ziele darstellen, wirklich *Utopien* sind oder nicht eher Zwangsvorstellungen von Forschern, die nicht die Endlichkeit des Menschen sehen wollen und von daher auch jegliche scheinbar „naturegegebene“ Grenze als eine Herausforderung für die Forschung als Ganze empfinden. Im Selbstverständnis der Biomediziner und Genforscher sind diese Ziele aber positiv besetzt, und deshalb lohnt sich ein Blick darauf, was sie genau bedeuten.

„Wenn wir nicht Gott spielen, wer dann? Ich habe es noch nicht erlebt, dass Gott in das Leben irgendeines Menschen eingegriffen hat. Menschen beten zu Gott, damit er Tragödien verhindere. Aber jetzt haben Wissenschaftler die Möglichkeit, im Falle vorliegender persönlicher genetischer Tragödien das Ergebnis zu beeinflussen.“¹

Solche unfreiwillig anmutende Komik, welche die hybriden Selbsteinschätzungen der Genforscher begleitet, weicht schnell einem Erschrecken, wenn wir die zugrunde liegenden Annahmen ihrer Zielsetzungen betrachten. Mit etwas Distanz zu den konkreten Forschungsrichtungen werden diese deutlich.

I. „Das zentrale genetische Dogma“ und die doppelte Reduktion der Biotechnologie

Wenn die Biomedizin den menschlichen „Körper“ im Visier hat, so vor allem diejenige Seite, die mit Krankheit, Gebrechlichkeit, vielleicht auch mit Hässlichkeit konnotiert ist: Der Körper eines schwer behinderten Kindes, der nicht nur den Gesundheitsvorstellungen, sondern ebenso (oder sogar noch mehr?) den *normalen* Schönheitsvorstellungen widerspricht, stellt eine Bedrohung dar, während der genetisch, hormonell oder biochemisch verbesserte ewig

junge, dadurch scheinbar *unsterbliche Körper* als Verlockung erscheint. Der kranke oder gealterte Körper widerspricht dem sozialen Fetisch, das heißt dem Jugendideal einer Körperkultur, die den Körper nicht als Erscheinungsform der Individualität und Geschichte eines Menschen wahrnimmt, sondern als Machtinstrument, *mit dem* gehandelt wird. Die größte Kontrolle über den menschlichen Körper und die größte Gestaltungsmöglichkeit liegt nun aber nicht an der Oberfläche, *gleichsam auf der Haut*, sondern *unter der Haut*, in der spezifischen Selektion von Merkmalen und in der genetischen Programmierung. Aus diesem Grund ist es kein Zufall, dass gerade der Lebensbeginn und, in zumindest herausgehobener Weise, auch das Lebensende im Zentrum der Bemühungen der mit der Humangenetik arbeitenden Biomediziner stehen.

Nur: Die spezifische Umgangsweise der Biomedizin mit dem menschlichen Körper unterliegt einer doppelten Reduktion. Sie nimmt nämlich im eigentlichen Sinn *Körper* gar nicht wahr, sie ent-körpert vielmehr den Körper, indem sie ihn auf Materialität reduziert, auf die reine *res extensa* (Descartes). Die Materialität des Materials, mit dem die Forscher umgehen, ist damit dem lebensweltlichen Kontext entzogen, nämlich dem Körper als Erscheinungsform, als Ausdruck und Medium der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Jede Verbindung zur Leiblichkeit, der „nicht-instrumentellen Beziehungen zum eigenen Körper“ und Leiberfahrung wird damit von vornherein unterbunden.²

Biomedizin beschäftigt sich mit dem Körper in fragmentierter Form: Organe, Gewebe, Zellen, Chromosomen, Gene stehen zwar als *pars pro toto* für den Körper, dessen Funktionen verstanden werden sollen und der verändert werden soll, dieser wird aber *als Ganzer* gerade nicht in den Blick genommen. Für die jüngere Geschichte der Genforschung ist das so genannte „zentrale genetische Dogma“ (Crick) von großer Bedeutung. Obwohl dieses „Dogma“ heute auf der wissenschaftlichen Ebene als gescheitert gelten kann, wirkt es auf der Ebene der Praxis unvermindert weiter. Die Entstehung des Lebens wird dabei auf die „Buchstaben“ des „Buches des Lebens“ zurückgeführt:

„Die DNA macht die RNA, die RNA macht Protein, und die Proteine machen uns.“³

Mit solchen Aussagen beruht die Genforschung auf Annahmen, die in der allgemeinen Wissenschaftstheorie höchst umstritten sind. Wie Martin Altmeyer gezeigt hat, ignoriert sie die Infragestellungen der einfachen Kausalitätstheorie, die zur Entwicklung der Systemtheorie und Chaosforschung geführt haben und die erkennen lassen, dass die Selbstorganisation der Organismen genauso berücksichtigt werden muss wie die Kompensation physikalischer Prozesse auf einer jeweils anderen Ebene. Auch Emergenz, die Entstehung von Neuem, ist mit der einfachen Genetik, mit dem „zentralen genetischen Dogma“, nicht zu erklären.

„Wenn nämlich die Wirkung potentiell immer schon in der generierenden Ursache vorhanden wäre, Entfaltung von Angelegtem also, könnte nichts Neues dazukommen. Für Emergenz, um die es in der Ontogenese geht, gäbe es keinen Raum.“⁴

Was im Dogma „ein Gen, eine Wirkung“ suggeriert wird, ist die gleichsam vorwärtsgelesene Geschichte:

„Fast jede Zelle in unserem Körper verfügt über einen kompletten Satz von Genen, und dieses chemische Programm bestimmt den Stoffwechsel, das Wachstum der einzelnen Zellen und ihre Wechselwirkung mit den Nachbarzellen.“⁵

Tatsächlich aber liest die Genforschung die Geschichte des Körpers genauso rückwärts wie andere, nichtmaterialistische Körpergeschichten. Vom Phänotyp etwa eines Kindes oder Erwachsenen mit Downsyndrom wird auf den Genotyp geschlossen, der wiederum, im glücklichen Falle der Ortung relevanter Merkmale auf chromosomaler oder genetischer Ebene, Aufschluss über die Entwicklung weiterer Phänotypen geben kann.⁶

Weil die frühen wissenschaftstheoretischen Annahmen der Genomforschung heute als widerlegt gelten können, ist die Genforschung gegenwärtig von wissenschaftlichen Aussagen über die Funktionsweise des Genoms weit entfernt. Weit entfernt ist sie daher auch vom Verstehen der Funktionsweise des Körpers und ebenso seiner Veränderungen. Vielmehr wird immer mehr klar, dass gerade die Reflexion auf den *Modellcharakter* des Genoms – der im Wesentlichen in der Analogie biologischer Systeme zu Computern besteht – die Grenzen des Wissens sichtbar macht. Naturwissenschaftlich mag diese Form der Materialisierung bei gleichzeitiger Ent-Körperlichung einleuchtend sein, aber insbesondere die humangenetischen Aussagen zur Entwicklung von Krankheiten und Behinderungen zielen letztlich auf ein *praktisches* Verständnis unserer selbst und auf ein Selbstverhältnis, das gerade nicht allein von Materialität geprägt ist, sondern vom Zusammenspiel von „Körper und Geist“ und von Körper- und Leiberfahrung.

Als ein erstes Ergebnis können wir festhalten, dass die Biomedizin den *Körper als Ganzes* sowie den *Körper als einen Faktor der Selbsterfahrung und Selbstwahrnehmung* des Menschen, dessen Komplement im Leib zu sehen ist, auflöst. Biologische Prozesse wer-

den vom Körper abstrahiert, ohne dass jedoch diese Abstraktion am Ende der Handlungskette wieder zurückgenommen würde.

Welche Utopien sind es nun aber, die in der Biomedizin zum Tragen kommen? Die weitreichendste biomedizinische Utopie des perfekten Körpers setzt dabei am Lebensbeginn an, erstreckt sich jedoch auch auf das Alter.

Der perfekte Körper:
Utopien der Biomedizin

Die Autorin

PD Dr. theol. Hille Haker, geb. 1962, ist Wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl Ethik/Sozialethik an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen. Sie ist Mitglied des Interfakultären Zentrums für Ethik in den Wissenschaften, wo sie unter anderem von 1998–1999 für das „European Network for Biomedical Ethics“ Wissenschaftliche Koordinatorin war. Ihre wichtigsten aktuellen Veröffentlichungen umfassen die Schwerpunkte ihrer Arbeit: Literatur und Ethik (Dissertation: *Moralische Identität. Literarische Lebensgeschichten als Medium ethischer Reflexion*, Tübingen 1999) und biomedizinische Ethik: *The Ethics of Genetics in Human Procreation*, Aldershot 2000 (hg. zusammen mit Deryck Beyleveld). Die Habilitationsschrift „*Ethik der genetischen Frühdiagnostik*“ (Paderborn 2002) ist soeben erschienen. Für CONCIILIUM schrieb sie zuletzt „Compassion‘ als Weltprogramm des Christentums?“ in Heft 4/2001. Adresse: Liebermeisterstr. 12, D-72076 Tübingen. E-Mail: Hille.Haker@uni-tuebingen.de

II. Biomedizinische Eingriffe am menschlichen Lebensbeginn

1. Keimzellspende

Am Beginn des menschlichen Lebens sind wir heute in der Lage, bestimmte Eigenschaften gezielt zu vermeiden oder aber zu befördern. Dies beginnt bei der Auswahl von Spermien- und Eizellen, die innerhalb der Reproduktionsmedizin gespendet werden. Anders als im Kontext der Transplantationsmedizin stehen Keimzellspenden nicht in Verbindung mit Armut, sondern sind vielmehr ein Mittel- oder Oberschichtphänomen: Gesucht (und gefunden!) werden Spenden von jungen, meistens weißen Männern und Frauen, die einen möglichst hohen Bildungsstand haben. Potentielle Empfängerpaare können sehr detailliert Auskünfte über die Spender einholen und entsprechend ihren Wünschen eine Auswahl treffen. Daran ist leicht zu sehen, wie das „zentrale genetische Dogma“ in der Praxis beinahe ungebrochen wirkt, bis dahin, dass von einer genetischen Determination, von der auf der Grundlagenebene niemand mehr ernsthaft sprechen würde, ausgegangen wird. Die Utopie der Vollkommenheit, der Kontrolle und Gestaltung nicht nur des menschlichen Lebens (*human life*), sondern menschlicher Lebewesen (*human beings*) wirkt hier untergründig, und sie wird von entsprechenden Kliniken, die ein kommerzielles Interesse haben, befördert. Die bekannte Spermienbank verschiedener Nobelpreisträger wird ergänzt durch Spender mit überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten und mit körperlichen Eigenschaften, die mit Dominanz assoziiert werden. Häufig kommt in dieser kommerzialisierten Branche der Reproduktionsmedizin unverhohlen rassistisches Denken zum Ausdruck.

2. Gendiagnostik

Aber auch jenseits der Keimzellspende, also bei Beibehaltung des eigenen „genetischen Bestandes“ eines Paares bleiben genügend Eingriffsmöglichkeiten für die Biomedizin. So ist es möglich, Geschlechtsselektionen vor der Schwangerschaft vorzunehmen - eine Praxis, die in westlichen Ländern bisher weitgehend auf geschlechtsbedingte genetische Krankheitsmerkmale beschränkt ist, die aber zunehmend als Bestandteil der Familienplanung eingesetzt wird. In patriarchalisch strukturierten Ländern wird die Geschlechtsselektion vor und während der Schwangerschaft als Mittel der Armutsbekämpfung eingesetzt, zum Teil ist sie sogar die einzige Möglichkeit, einer existentiellen Bedrohung zu entkommen. Dort, wo Mädchen ein Armutsrisiko darstellen, wirkt Geschlechtsselektion keineswegs geschlechtsneutral und wird auch nicht selten von Frauen offensiv propagiert. In den westlichen Ländern werden demgegenüber Mädchen häufig gerade gewünscht. Es ist leicht zu sehen, wie soziale Normierungen in der und mit der Biomedizin realisiert werden können.

Zwei Bereiche solcher Normierungen sind zu unterscheiden: *Erstens* gibt es innerhalb eines engeren, also auf Krankheit und Behinderung beschränkten

biomedizinischen Verständnisses Eingriffsmöglichkeiten. So ist es - mit dem Mittel der Präimplantationsdiagnostik oder der Pränataldiagnostik - möglich, Trägerschaften für Krankheitsmerkmale zu detektieren, auch wenn diese Trägerschaften für die betreffenden Personen nicht in Krankheiten resultieren. Wir sind in der Lage - oder wähen uns in der Lage - Dispositionen für die Entwicklung von Brustkrebs, von Darmkrebs, von bestimmten Herzgefäßerkrankungen noch „in vitro“, also noch vor dem Eintreten einer Schwangerschaft zu diagnostizieren. Die Embryonen, die eine solche Prädisposition aufweisen, werden vernichtet. Schon gibt es DNA-Chips, die in den kommenden Jahren sicher noch verbessert werden, auf denen dann eine Vielzahl genetischer Merkmale gespeichert werden können und die entsprechend abrufbar sind. Genetiker, die diese Tests vorantreiben, sind zumeist Biologen oder Mediziner, die zwar in die Forschung, nicht aber in die klinische Betreuung von Patienten und Patientinnen eingebunden sind. Ihnen, den Paaren und PatientInnen, die die assistierte Fortpflanzung in Anspruch nehmen, wird dennoch - unter der Flagge reproduktiver Autonomie - die Entscheidung über den Umgang mit dem genetischen Wissen überlassen. Vergessen und verschwiegen wird dabei, dass die entscheidenden Weichenstellungen an diesem Punkt der Entscheidung bereits erfolgt sind: Die Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit auf der molekularbiologischen Ebene führt fast automatisch dazu, dass Paare Tests befürworten und natürlich auch der Verwerfung derjenigen Embryonen zustimmen, die als genetisch „minderwertig“ klassifiziert worden sind. Gäbe es nicht die Annahme der Monokausalität zwischen Gen und Ausprägung, würden wir dem genetischen Bestand einer einzigen Zelle am Beginn der Entwicklung vielleicht nicht ein so herausragendes Gewicht zumessen. Wir würden vielmehr nach dem Zusammenspiel mit Proteinen und, später, vielen anderen, unter anderem auch gesellschaftlicher Faktoren fragen, die weit über den biologischen Kontext hinausgehen. Wir würden nach biologischen und sozialen Kompensationen bestimmter genetischer Merkmale fragen. Weil aber ein versteckter genetischer Determinismus am Werk ist, und weil dieser als ein je nach Kontext verlockender oder bedrohlicher *Mythos* wirkt, als eine im Sinne Roland Barthes zur Natur gewordene, versteinerte *Meinung*, schließen sich die selektiven Handlungen direkt an die genetischen Analysen an. Die Geschlechtsselektion steht *zweitens* stellvertretend für die Normierung, welche sich nicht am Gesundheitsparadigma orientiert, sondern an nichtmedizinischen Vorstellungen über Merkmale der Nachkommen. So wird ein Ziel der Präimplantationsdiagnostik schon jetzt darin gesehen, einen Embryo im Hinblick auf seine Eigenschaft als möglichen Gewebe- oder Organspender für schon geborene Geschwister auszuwählen.

3. Keimbahntherapie und genetische Eingriffe (*genetic enhancement*)

Aber nicht nur die Diagnose mit anschließender Selektion bzw. Verwerfung und positiver Auswahl ist möglich geworden, auch die gezielte Veränderung des genetischen Bestandes gehört zu den Praxisfeldern, an denen gearbeitet wird:

Dies ist die so genannte *Keimbahnveränderung*, manchmal auch Keimbahntherapie genannt. Auch hier gibt es die *engere* biomedizinische Zielsetzung: die „endgültige“ Beseitigung genetischer Krankheitsmerkmale, die in einer Familie über Generationen hinweg Leiden bewirkt hat, und die *weitere* Zielsetzung der Veränderung im Sinne der gezielten Verbesserung jenseits der Merkmale von Krankheit oder Behinderung. Dieses *genetic enhancement* mag bisher vielleicht geächtet sein. Dennoch liegt ein solcher Eingriff nicht nur auf der Linie der technischen Möglichkeiten, sondern auch auf der Linie des monokausalen genetischen Dogmas und auf der Linie einer Kultur, die den Körper instrumentalisiert und ihn - von der genetischen Ausstattung bis zum Körperdesign - einer Normierung unterwirft, die deutliche Spuren von Gewalt aufzeigt.

4. Fremdnützige Verwendung embryonaler Zellen

Sprechen wir von den biomedizinischen Utopien am Beginn des menschlichen Lebens, so müssen wir auch zur Kenntnis nehmen, dass Embryonen im biologischen Sinn Lieferanten von *nützlichem Zellmaterial* sein können, die in Zukunft für die medizinische Behandlung im Kontext der Gewebe- und Organtransplantation dienen mögen. Im Kontext der Stammzellforschung wird demgegenüber nicht an die „Herstellung“ von *Menschen* als Gewebespender gedacht, sondern hier werden die so genannten überzähligen Embryonen bzw. eigens hergestellten Embryonen ausschließlich zur Stammzellgewinnung gebraucht und dabei vernichtet. Weder ist ihre weitere Kultivierung bzw. Entwicklung technisch möglich noch *intendiert*. Auch diese Totalinstrumentalisierung von Embryonen zeigt eine Form der Biomedizin, die sich einerseits mit dem *Imperfekten* nicht abfinden mag und gerade aufgrund der Uneingeschränktheit ihrer Ziele nach ungewöhnlichen, tabuverletzenden Wegen der biomedizinischen Perfektionierung sucht, die andererseits aber aufgrund der materialistischen Voraussetzungen ihre Methoden gar nicht als solche Tabuverletzungen wahrnehmen kann. Auch hier sind die sozialen Normierungen präsent, die über die zu erforschenden Krankheiten oder Merkmale zu einer immer stärkeren Stigmatisierung der betroffenen *Menschen* führen.

III. Die Austreibung des Menschen aus der Materie

In der Präimplantationsdiagnostik werden Aussagen über die Entwicklung anhand von einer oder zwei Zellen gemacht, die einem Embryo entnommen worden sind. Nun betreffen in der traditionellen Medizin die prognostischen Aussagen über den möglichen Verlauf eines menschlichen Lebens einen Patienten oder eine Klientin, der oder die selbstverständlich *existiert*, einen Menschen also, der einen Körper hat, dessen Prozesse diagnostiziert werden. Im Fall der embryonalen Gendiagnostik aber sprechen die Wissenschaftler dem „Zellhaufen“, dem sie Zellen zur Biopsie entnommen haben, nicht nur *diese* spezifisch menschliche Weise der Leiblichkeit und Körperlichkeit ab, sondern darüber hinaus auch die Zugehörigkeit zur menschlichen Gattung, zumindest im Sinne ihrer moralischen

Relevanz. Die totipotenten embryonalen Zellen haben dadurch keinen existentiellen oder moralischen Zugehörigkeitsort, sie sind u-topisch in einem neuen Sinne. Biologisch sind sie *zwischen* einer Keimzelle und einer Körperzelle angesiedelt. Dieser Zwischenzustand wirft viele Fragen auf: Macht die Tatsache, dass die Embryo-Zellen totipotent sind, also die Potenz haben, sich zu einem Menschen zu entwickeln, sie zu einem hohen Schutzgut? Ist diese Potenz allein biologisch zu interpretieren oder ist sie nicht vielmehr vor dem Hintergrund unseres Erfahrungswissens zu sehen, das uns die irreversible Kontinuität der embryonalen Entwicklung vor Augen führt? Aber vielleicht verwickeln wir uns nur in unüberwindbare Widersprüche, *weil* wir die moralische Bewertung der biologischen Kriteriologie unterworfen haben. Ein Menschenleben lässt sich *moralisch* nicht nach der Maßgabe seiner biologischen Fähigkeiten und seines Entwicklungsstandes bewerten. Spätestens hier wird die doppelte Reduktion des menschlichen Selbstverhältnisses auf die Körperlichkeit und der Körperlichkeit auf Materialität, zur Falle für die moralische Beurteilung. Diese kann nämlich gar nicht unberücksichtigt lassen, dass der Mensch nicht auf seine biologischen - und entsprechend nicht auf seine genetischen - Merkmale reduziert werden kann.

Aus der philosophisch-phänomenologischen Perspektive gesehen, ist die Unterscheidung von Körper und Leib einzig eine heuristische Vorgehensweise, um die verschiedenen Weisen des In-der-Welt-Seins zu beschreiben. Sie ist keine Aussage in dem Sinn, dass Körperlichkeit und Leiblichkeit als getrennte Seinsweisen aufzufassen sind. Nun besteht am Lebensbeginn das Problem, dass es keine Leiblichkeitserfahrung gibt, weil das Bewusstsein überhaupt noch nicht ausgeprägt ist. Aber es ist *unsere* Leiblichkeitserfahrung, die von einer Kontinuität unserer Entwicklung ausgeht, die gerade nicht fragmentarisiert. Insofern *unser* Selbstverhältnis leiblich und in der Leiblichkeit *geschichtlich* ist, ist der Beginn des menschlichen Lebens, der unserem Bewusstsein und unserer Erinnerung so entzogen ist, wie auch der Tod unserem Bewusstsein unzugänglich ist, eine Grenze, eine Grenze freilich, die für die Selbstkonstitution notwendig ist, die nicht *außerhalb* des Selbst liegt, sondern im Selbstkonzept, als Anfang und Ende, verankert ist.

Im biomedizinischen Modell sind embryonale Zellen nichts weiter als biologisches Material, das - im glücklichen Fall - der aktiven Verfügungsgewalt der Forschung unterstellt ist. Die *life sciences* unterliegen einer vollkommen anderen Kategorisierung als die Geisteswissenschaften, die *humanities*, die in ihrer Traditionalität an eine vergangene Zeitrechnung erinnern. Eine Vermittlung zwischen diesen beiden Paradigmen scheint *innerhalb* der Wissenschaft heute kaum mehr möglich, noch wird sie von den *life sciences* als notwendig angesehen. Unter das Verdikt des „Überflüssigen“ oder des „Zusätzlichen“, das aufgrund gesellschaftlichen Akzeptanzdrucks (von dem nicht zuletzt die Förderungsmittel oder aber die gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängen) fällt auch die Ethik. Sie wird als *Alternative* in der Reflexion auf das gute Leben gar nicht erst wahrgenommen. Auf diese Weise wird klar: Der perfekte Körper, der in der Biomedizin als implizite oder auch explizite Utopie angestrebt wird, ist eine Ideologie, die sich

gegen jede Infragestellung immunisiert hat. Nur durch einen radikalen Perspektivwechsel, von der Biologie zur philosophischen Anthropologie und von der Anthropotechnik zur „Kreativität des Handelns“⁷, ist sie als Ideologie zu entlarven.

IV. Die alterslose Gesellschaft

Die Biomedizin greift nicht nur am Lebensbeginn in die biologischen Prozesse ein, sondern sie umfasst nahezu alle Bereiche des Lebens. Neben dem Lebensbeginn ist es jedoch vor allem das *Lebensende*, das für sie interessant ist. Anders als in der klinischen Medizin geht es der Biomedizin nun aber nicht um Fragen der Sterbehilfe oder der Lebensqualität im Alter, sondern vielmehr um die Frage des Alterns und Absterbens von Zellen.⁸ Wie für das Genomprogramm die Drosophilafliege von unschätzbbarer Bedeutung ist, so dient für das Altern der Fadenwurm als Modell, nachdem es Mitte der neunziger Jahre gelungen ist, den Alterungsprozess des Wurmes zu stoppen. Seit einigen Jahren wird die biomedizinische Forschung in diesem Bereich offensiv betrieben. So beschreibt die nach eigenen Angaben über 8000 Mitglieder zählende *American Academy of Anti-Aging Medicine* ihre Aufgabe („mission“) folgendermaßen:

*„The American Academy of Anti-Aging Medicine promotes the development of technologies, pharmaceuticals, and processes that retard, reverse, or suspend the deterioration of the human body resulting from the physiology of aging, and provides continuing medical education for physicians.“*⁹

Interessanterweise setzt sich die Mitgliedschaft zu über 90 Prozent aus Medizinern bzw. Forschern aus dem Gesundheitsbereich zusammen. Auch die Sponsoren dieser wichtigen Bewegung sind erwähnenswert: Neben einer Alzheimer-Präventionsorganisation sind dies einige biotechnologische Unternehmen, aber auch Universitäten, die biomedizinische Forschungen durchführen (Harvard University, Manchester University), oder das Internationale Olympische Komitee. Die Organisation wirbt mit einer „neuen“, nämlich der alterslosen Gesellschaft, einer Lebensspanne bis zu 150 Jahren und dem reproduktiven Klonen als einem Baustein zur Unsterblichkeit. Nicht zufällig treffen hier, beim Klonen von Menschen, die Biomedizin und Gentechnik am Lebensbeginn mit der Biomedizin am Lebensende, aufeinander.

Weil diese und ähnliche Vorstellungen als eine der Biomedizin inhärente Utopie des perfekten Körpers wirksam sind, ist eine Auseinandersetzung mit den Bildern und Mythen, die in ihr zum Tragen kommen, notwendig. Ein solcher Weg zur Auseinandersetzung besteht darin, die Körperbilder und Körperkonstruktionen sowie die Bedrohung, die vom lebensweltlichen, leiblich erfahrenen Körper auszugehen scheint, zu analysieren. Hier ist die *praktische* Wirkung des „zentralen genetischen Dogmas“ trotz seines theoretischen Scheiterns zu bewerten. Der Ethik muss es darum gehen, die Bilder der Vollkommenheit in ihre sozialen Kontexte zu

retransferieren. Dann nämlich könnte es sein, dass ein „gutes Leben“ nicht unbedingt mit der Unsterblichkeit der eigenen Gene identifiziert werden muss, dass die Endlichkeit – die Leiblichkeit und die Sterblichkeit – ihren eigenen Wert besitzt, und dass die doppelte Reduktion des Menschen auf den Körper und des Körpers auf die biologische Materie einen Preis hat, den wir nicht zu zahlen bereit sind – oder jedenfalls, um unserer selbst willen, nicht zu zahlen bereit sein *dürfen*: Dies ist der Preis der Menschlichkeit im Sinne der normativen Gleichheit unter der Bedingung individueller Differenz; es ist der Preis der Würde des Menschen.

¹ „If we don't play God, who will? I haven't seen God intervene in anyone's life. People pray to God to prevent tragedies. Right now, in the sense that there are personal genetic tragedies, scientists have the ability to affect the outcome.“ James Watson, zit. n. Alan Petersen, *Biofantasies: genetics and medicine in the print news media*, in: *Social Science and Medicine* 52 (2001) 1255-1268, 1255.

² Vgl. eingehend Annette Barkhaus (2001): *Körper und Identität. Vorüberlegungen zu einer Phänomenologie des eigensinnigen Körpers*, in: Sabine Karoß/Leonore Welzin, *Tanz Politik Identität*, Hamburg 2001, 27-51. Ich danke Annette Barkhaus für den Hinweis auf diesen Artikel.

³ Francis Crick, zit. n. Evelyn Fox Keller, *Das Jahrhundert des Gens*, Frankfurt am Main 2001, 76.

⁴ Martin Altmeyer, *Im Geschosshagel der Sequenzierroboter. Der neue Szientismus ignoriert die Ergebnisse der modernen Wissenschaftstheorie*, in: *Frankfurter Rundschau*, 22.5.2001.

⁵ Francis Crick, *Ein irres Unternehmen. Die Doppelhelix und das Abenteuer Molekularbiologie*, München 1990, 54, zit. n. Sigrid Graumann, *Die somatische Gentherapie. Entwicklung und Anwendung aus ethischer Sicht*, Tübingen 2000, 92-121. Graumann stellt das „zentrale genetische Dogma“ in den Horizont alternativer Deutungsmöglichkeiten und Kritiken. Vgl. auch Evelyn Fox Keller, *Das Jahrhundert des Gens*, aaO.

⁶ Vgl. dazu eingehend und immer noch einschlägig Ulrich Wolf, *The genetic contribution to the phenotype*, in: *Human Genetics* 95 (1995) 127-148.

⁷ Hans Joas, *Die Kreativität des Handelns*, Frankfurt am Main 1996.

⁸ Peter A. Möller (Hg.), *Die Kunst des Alterns. Medizinethische Diskurse über den Alterungsprozess in exogener Einflussnahme*, Frankfurt am Main 2002.

⁹ Vgl. die entsprechende Auskunft unter www.worldhealth.net/a4m/overview.html.