

Vererbung und Selbstmanagement: Wie "Gen" den eigenen Leib zum Risiko macht

Duden, Barbara; Samerski, Silja

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Duden, B., & Samerski, S. (2006). Vererbung und Selbstmanagement: Wie "Gen" den eigenen Leib zum Risiko macht. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 558-568). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-145146>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Vererbung und Selbstmanagement: Wie »Gen« den eigenen Leib zum Risiko macht

Barbara Duden und Silja Samerski

Ein körpergeschichtlicher Umbruch – Schizo-Aisthesis

Barbara Duden

Lassen Sie mich mit dem Ahnherrn europäischer Rationalität beginnen, um zu klären, was wir hier tun wollen. Aristoteles unterscheidet vier Weisen des Fragens: was, wie, womit und mit welchem *telos* präsentiert sich und untersuchen wir eine Sache? Der Stoff dieser Morgen-Sitzung ist

- erstens, die Somatik der Jetzt-Zeit – das »Fleisch«, also die am Leib haftenden Sinne, die wir
- zweitens, ethologisch, also benehmenskundlich, an Hand typischer Praktiken untersuchen wollen;
- drittens, müssen wir das Werkzeug besprechen: *womit*, mit welchen Begrifflichkeiten kommt die Sozialwissenschaftlerin da dran? Was leisten die begrifflichen Handhaben, zum Beispiel des »Körpers« als »Konstruktion« oder als »Projektionsfläche sozialer Programmatik«? Die Begrifflichkeit dürfte ein Zankapfel zwischen den Vortragenden sein, denn die Begriffe legen fest, wohin das Gespräch letztendlich führen kann;
- viertens, schließlich, was ist das *telos*, das uns bewegt und anzieht? Ich für meine Person habe eine Lockursache: ich nehme hier teil, um auf den epochalen körper-, das heißt sinnes- und wahrnehmungsgeschichtlichen Bruch aufmerksam zu machen, der durch die soziologischen Begriffe verkleistert wird oder, noch fataler, den die geläufigen Kategorien noch vertiefen. Um Ihr Verständnis für diesen Bruch mitten durch die Wahrnehmung heute will ich werben und schlage Ihnen ein Konzept vor: »Schizoästhesis«. Nicht die Schizophrenie, eine Verrückung im Kopf, sondern eine epochencharakteristische Spaltung – »Schizo« – in der Aisthesis, in der sinnhaften Orientierung scheint mir typisch für die Jetzt-Zeit. Eine eigentümliche Verrückung der Sinne. Unzählige Rituale im Alltag leiten Menschen dazu an, sich *selbst* in einer Weise wahrzunehmen, die verrückt ist. Einerseits hofft die Schwangere auf ihr Kind, andererseits beobachtet sie im Ko-

ordinatenkreuz des Ultraschallbildschirmes ein Konzeptionsprodukt, über dessen Erhalt oder Abstoßung sie eine kalkulierte Entscheidung treffen soll. Der Bruch geht mitten durch ihren Blick hindurch. Über diese verrückten Brüche will ich sprechen. Um das zu tun, müssen wir auch die Haltung des Forschers und der Forscherin besprechen, denn die disziplinierte Distanz zu entkörpernden Begrifflichkeiten ist heute eine Voraussetzung, um diesen Bruch auszuloten. Was mich zur Reise nach München verlockte, war letztlich der Wunsch, das Gebot der Askese des Forschers als *conditio sine qua non* in den Körperstudien ins Gespräch zu bringen.

Wir singen hier im Duett. Ich, die Historikerin der Somatik, und Dr. Silja Samerski, Sozialwissenschaftlerin und von Haus aus Biologin und Humangenetikerin. Seit zwei Jahren untersuchen wir das Unwesen, das das Wörtchen »Gen« in der Umgangssprache anrichtet. Wir nennen es das »Alltags-Gen« und konzentrieren uns auf die semantischen und praxeologischen Umrisse von Gen, wenn es in der Umgangssprache vorkommt. Die Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. Wir fragen nach der sozialen und persönlichen Bedeutung von gen-bezogenen Wörtern in zwei Instanzen: was sagt das Wort aus dem Mund des Genetikers bei einer genetischen Beratungssitzung? Was antworten die Leute in »Heudorf«, einem süddeutschen Dorf, wenn sie aufgefordert werden, sich über »Gene« zu äußern? Silja Samerski wird gleich ihre These zum »Gen« in den genetischen Beratungsgesprächen vorstellen. Bevor sie dran ist, ist es meine Aufgabe, – das »lumen sub quo« – auszurichten, also das körpergeschichtliche Feld auszuleuchten. Ich will dazu, knapp und stichwortartig, mein bisheriges körpergeschichtliches Themenfeld abstecken und meine Methodik der soziosomatischen Semantik erklären, mein Projekt der Körpergeschichte als Bedeutungskunde der epochenspezifischen Prägung der Wahrnehmung.

Ich habe im letzten Jahrzehnt meine Forschung und Lehre der Aufgabe gewidmet, der Geschichtlichkeit des Somas – der am Leib haftenden Erlebnisse – und damit der epochenspezifischen Prägung von Perzeption und Autozeption, von Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung wissenschaftliche Legitimität zu verschaffen. Ich tat das als Pendlerin zwischen den Zeiten. Von Anfang an wollte ich Vergangenheit als »Erlebnis damals« verstehen und ich wollte mich im Rückblick von der Vergangenheit her an der Gegenwart befremden. Diese Perspektive habe ich, zu Recht oder Unrecht, »Körpergeschichte« genannt. Es ging mir darum, bei meinen Lesern und Zuhörern Verständnis für die heute befremdliche Sinnlichkeit lange verstorbener Frauen zu wecken und so, im Blick aus dem Damals auf das Heute, den Sinn für die Unsinnlichkeit der Gegenwart zu provozieren (Duden 2002).

Mit einem Bein fest im frühen 18. Jahrhundert verankert, beobachtete ich mit Befremden, wie jener (Frauen-)»Körper« in den Schatten rückte, der mir aus meiner

oberbayrischen Kindheit vertraut war. Der Herr Doktor in meiner Kindheit verarztete noch das ältere Modell eines (entitativ) »Körpers« und sagte einem, was das Mädel *hatte*: »schau, diesen Körper hast Du!« Inzwischen liefert das Medizin- und Gesundheitssystem den Ratsuchenden ein Modell, nicht was sie *hat*, sondern wer und wie sie *ist*, in Gegenwart und Zukunft. Der Kontakt mit der Medizin dient immer seltener dazu, Leidenden ärztlich aufzuhelfen, sondern hat heute eine symbolische Funktion: die Klienten in ein präzedenzloses Modell von »Körper-«, Selbst- und Weltverständnis einzuführen. Seitdem hat bald jede diagnostische Technik und jede medizinische Beratung die Aufgabe, den beratenen Klienten dahin zu führen, sich *selbst* im Spiegel von Konstrukten zu begreifen und entsprechend zu handeln.

Ich habe diesen Vorgang der Verrückung der Klientin verschiedentlich untersucht.¹ Als Beispiel diente mir vor Jahren schon »die Pille«, die in den sechziger Jahren aufkam und die das erste Mittel war, das nicht einen Schaden behob, sondern eine Funktion im Körper zeitweilig umstellt und die es der Frau anheim stellt, sich selbst, die Frau als System, chemisch in verschiedene Zustände zu versetzen; zwanzig Jahre später ließ sich an alternden Frauen ein neuer Konflikt studieren: die kalkulierte Entscheidung zwischen zwei »Risiken«. Alternde Frauen stehen neuerdings vor der Frage: Sollten sie sich hormonell optimieren, um eventuellen Knochenbrüchen zuvorzukommen oder überwiegen die chemisch induzierten Schäden, weil das Risiko für Brust-Knoten mit der Einnahme der Chemikalie ansteigt? Am Ultraschall beängstigte mich vor allem, was es der Frau symbolisch »sagt«, wenn sie mit ihren eigenen Augen das kommende »Du« im Fadenkreuz eines auf die Durchschnittswerte einer fötalen Population geeichten Bildschirms streichelt. Ich studierte die »Verkrebsung im Kopf«, also den amtlichen Terror gesunden Frauen gegenüber durch das Mammographie-Screening; schließlich hatte ich schon in den frühen 1990er Jahren die Implantierung eines Idols kommentiert, nämlich »eines Lebens« in den Leib der Frau und die »Beratung zum Leben« in der Schwangeren-Konfliktberatung. All dies waren Neuerungen, an denen ich die zunehmende Entkörperung mit Händen greifen konnte, die wachsende Verunsicherung ganz gewöhnlicher und gewöhnlich gesunder Frauen und deren Einweisung in einen neuen Wahrnehmungsstil.

Die eben genannten Prozeduren waren Wendebojen, die mich verstehen ließen, wie »der Frauenkörper« seit den 1970er Jahren zum Emblem wurde für eine gesellschaftsweite Entkörperung des Erlebens. Die Kommandowörter, nach denen Frauen sich nun ausrichten sollten, forderten ein neues »Selbstverständnis«: Verdacht, Früherkennung, Normalfall, Beratung, Screening, kontinuierliche Kontrolle, Management, Risiko und selbstverantwortliche Entscheidung. Das waren Chiffren

1 Die folgenden Beispiele entnehme ich Aufsätzen aus dem genannten Sammelband.

für eine professionell übermittelte, techno- und soziogene Haltung zu sich selbst. Alle Zustände im Frauenleben kamen unter die gleiche Begriffskonstellation.

Viele hier im Saal haben diese ungeheuerlichen Veränderungen im Selbstbewusstsein und in der gesellschaftlichen Praxis als Zunahme von Selbstbestimmung, Erweiterung von Handlungsräumen, als ein Mehr an Frauenautonomie interpretiert. Nun, die Routinen des Gesundheitsbetriebes körpern sich vor allem in Akademikerinnen ein. Ich sehe das Ergebnis kritisch. Bei jeder der genannten Instanzen erweiterte sich der Abgrund zwischen dem, was die Frau somatisch fühlen, sinnlich wissen, von sich wahrnehmen kann und dem, was ihr als Rahmen für ihre Orientierung vor- und dargestellt wird: erlebnisfremde Konstrukte, statistisch berechnete Durchschnittswerte, nie erwogene Test-Optionen. Der Appell an die Klientin, solche Konstrukte sich zu eigen zu machen, ließ *Schizoanalysis* zur zweiten Natur werden, förderte die Einfleischung eines Widerspruchs in der eigenen Wahrnehmung.

Und damit komme ich zu Silja Samerski, die Ihnen nun ihre Untersuchung zur sozialen Funktion der »Gene« vorstellen wird. Was Silja untersucht, scheint mir ein Höhepunkt zu sein der entsomatisierenden Kolonisierung der Eingeweide durch empfindungsfremde Konstrukte. Samerski untersucht seit einigen Jahren genetische Beratungsgespräche und publizierte ihre Dissertation unter dem Titel: »Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung« (Samerski 2002), eine Arbeit, in der sie die Verschiebung tiefensemantischer Grundbegriffe der Gegenwart (Entscheidung, Verantwortung, Risiko) mit der kritischen Analyse gen-bezogenen Vokabulars verband. Die These, die sie Ihnen vorstellen wird, scheint mir ein gegenwartswissenschaftlicher Index zu sein – nicht zur Genetik – sondern zu ihrer symbolischen gesellschaftlichen Funktion. Auch andere Sozialwissenschaftler bemerkten den epochenspezifischen Zusammenfall von Risiko-Gesellschaft und Genetik, sie versäumten es aber, die Frage nach der Wahrnehmung so zu stellen, dass sie als Schlüssel für die Gegenwartsanalyse dienen kann.

Die Relevanz von Dr. Samerskis These werden wir in der Schlussdiskussion besprechen. Ich stütze mich nochmals auf Aristoteles: Die *causa finalis*, das Ziel der Erkenntnis, stellt die Weichen beim Vorgehen. Ich will nicht nur fragen: Was ist, wodurch wirkt, wie prägt eine »Körperpraxis«, sondern ich will es so tun, dass der Kontrast zwischen Somatischem, Sinnlichem, sinnhaft Greifbarem und systemkompatibler Verwaltungssprache unmissverständlich deutlich wird.

Sich selbst zur Bedrohung werden

Silja Samerski

In meiner Studie habe ich ein Aufklärungs-Ritual analysiert, in dem gesunden Menschen beigebracht wird, dass sie für sich selbst eine ernsthafte Bedrohung sind. In der genetischen Beratung attestiert ein Genetiker seiner Klientin ein »genetisches Risiko« oder einen »Gendefekt« und sagt ihr – die Zahlen mit Hilfe statistischer Tabellen und Formeln berechnend – eine mehr oder weniger wahrscheinliche morbide oder gar fatale Zukunft voraus. Zur Voraussage dieser düsteren Aussichten veranlasst ihn nicht etwa ihre schwache körperliche Konstitution, ihr ungesunder Lebenswandel, eine schleichende Erkrankung oder eine ungünstige Sternkonstellation – nein, augenscheinlich leitet der Genetiker die verringerten Lebenschancen direkt aus ihrer genetischen Ausstattung ab, also aus dem, was in den geheimnisvollen Tiefen des Molekularen ihre leibliche Verfasstheit, ihr So-Sein bestimmt. Die eigentliche Bedrohung, die er diagnostiziert, ist also nicht eine Krankheit, die sie morgen befallen oder kriegen könnte, sondern ein Gen in ihr, in dem die befürchtete Krankheit bereits angelegt ist.

Das »Gen für« als Hypostasierung

Im Folgenden möchte ich zwei Punkte plausibel machen: Erstens möchte ich klarstellen, dass es nicht eine wissenschaftliche Tatsache, sondern ein Irrglaube ist anzunehmen, die eigene Zukunft würde in Form eines genetischen Programms oder eines genetischen Fehlers bereits in einem stecken. Der Zusammenhang zwischen Genotyp und Phänotyp, also zwischen DNA und Erscheinungsbild oder Erkrankung ist nicht ursächlich, sondern rein statistisch. Anhand der Basensequenz der DNA lässt sich – bis auf wenige Grenzfälle – nicht vorhersagen, was mit dem Menschen sein wird. Es lassen sich lediglich Wahrscheinlichkeiten berechnen, also die Häufigkeit bestimmter Erkrankungen oder Auffälligkeiten in der Grundgesamtheit derjenigen, die eine bestimmte Eigenschaft der DNA haben. Der Ausdruck »Gen für« oder der »Gendefekt« sind nichts als Kürzel für diese statistische Korrelation. Im umgangssprachlichen Gespräch impliziert die Rede vom Gendefekt oder vom Gen für jedoch, dass da bereits etwas im Körper ist, das nicht stimmt und schließlich zur Krankheit führt. Das heißt, mathematische Zusammenhänge gerinnen als »Gene« zu körperlicher Substanz und machen ihn zum bedrohlichen Fremdkörper. Zweitens möchte ich auf die Folgen dieser Hypostasierung statistischer Konstrukte als körperliches Etwas aufmerksam machen: Der eigene Leib wird zum Genträger, zum

statistischen Risikoprofil, und damit zur Ressource für das Management von Populationen.

Die genetische Beratung

Genetische Beratung ist eine professionelle Dienstleistung, die Menschen dazu befähigen soll, selbstbestimmte oder eigenverantwortliche Konsumenten genetischer Tests, statistischer Vorhersagen und so genannter Präventivmaßnahmen zu werden. Während einer solchen Lehrveranstaltung fasst der Berater Spekulationen über zukünftige Erkrankungsmöglichkeiten, die auf Statistiken beruhen, in umgangssprachliche Formulierungen. Risikovorhersagen gerinnen hier zu Diagnosen. In den vorgeburtlichen genetischen Beratungen attestiert er seiner schwangeren Klientin ein so genanntes »Basisrisiko« von 5 Prozent, dass mit dem Kind etwas nicht stimmen könnte, und trägt Sorge, dass die Frau versteht, was alles schief gehen könnte. In den tumorgenetischen Beratungen attestiert der Genetiker seiner Klientin ein »genetisches Risiko« für Brustkrebs oder Darmkrebs, und weil er seine Vorhersagen von Genen ableitet, scheinen die genannten Wahrscheinlichkeiten eine Bedrohung zu beziffern, die bereits im Körper steckt. Die statistische Korrelation zwischen DNA-Marker und der Häufigkeit von klinischen Auffälligkeiten in Grundgesamtheiten wird so zur Diagnose einer genetischen Krankheit. Die Beraterinnen sollen sich diejenigen Zukunftsmöglichkeiten als persönliches »Noch-Nicht« zu eigen machen, die Epidemiologen und Gesundheitsökonomien für dasjenige statistische Kollektiv vorausberechnet haben, in das sie aufgrund einer biochemischen Auffälligkeit gesteckt werden.

Auszüge aus der genetischen Beratung

Im Folgenden möchte ich Ihnen anhand von Auszügen aus genetischen Beratungssitzungen zeigen, wie dort der eigene Körper zur Bedrohung wird. In fünf der 18 von mir beobachteten und aufgezeichneten genetischen Beratungssitzungen geht es um Krebs. Weil Schwestern, Väter und Tanten an Darmkrebs oder Brustkrebs gestorben waren, befürchteten die Beraterinnen, dass sie selbst das gleiche Schicksal ereilen könnte. »Weil ich eben von meiner Mutter weiß, alle sind an Darmkrebs gestorben so um sie herum und das möchte ich nicht«, so erklärt eine der Beraterinnen.

Die Genetikerin erläutert der besorgten Frau, dass es so genannte »Hochrisikofamilien« gibt, in denen eine Art genetisches Programm für Krebs vererbt wird. Ein Test könnte Klarheit darüber bringen, ob sie selbst dieses Programm auch geerbt

habe. Schuld an den schweren Schicksalen soll eine kleine biochemische Veränderung in der DNA sein:

B: Das ist die Minimalveränderung, die sozusagen vorhanden sein kann und die dann eben zu der gesamten nachfolgeträchtigen auch ähm Krebsentwicklung führen kann.

Eine kleine, nicht wahrnehmbare biochemische Veränderung, ein zufälliger Fehler im genetischen Make-up als Ursache für Leid und Tod. Obwohl die beratene Frau mit Mitte vierzig quietschfidel vor der Beraterin sitzt, soll die Katastrophe in ihrem Körper schon jetzt ihren Lauf nehmen. Auf der molekularen Ebene funktioniere ihr Körper nicht so, wie er sollte, teilt ihr die Beraterin mit:

B: Und dann ist dieses so genannte Eiweißmolekül, Protein nennen wir das, hat dann eben 'ne veränderte oder 'ne fehlende Funktion im Vergleich zur üblichen Funktion, die es im Körper ausübt. Und das ist das, was dann letztlich dann diesen Träger Richtung Krebs führt.

Wenige Sätze später muss sie jedoch einräumen, dass die biochemische Veränderung nicht die Ursache für Brustkrebs ist. Immerhin ein Fünftel der diagnostizierten BRCA-Genträger bekommen keinen Brustkrebs. Und kein Mensch kann erklären, warum es die einen trifft und die anderen nicht. Die Mutation steht also in keinem ursächlichen Zusammenhang zur Erkrankung, sondern sie ist lediglich ein Merkmal, das die entsprechende Person in eine Risikogruppe steckt, in der Brustkrebs häufiger vorkommt als im Durchschnitt. Ob die Frau, die vor ihr sitzt, nun Brustkrebs bekommen wird oder nicht, steht mit oder ohne »Gen« weiterhin in den Sternen:

B: Also wenn eine Veränderung in BRCA 1 oder 2 getragen wird,

F: Ja.

B: dann hat eine Frau, die diese Veränderung trägt, statistisch gesehen, was ja überhaupt noch nichts persönlich sagt, lebenslang ein etwa 80–85 prozentiges Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Und ein etwa ganz grob 30–60 prozentiges Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken.

Der Genfehler ist also ein Kürzel für einen probabilistischen, wahrscheinlichkeitstheoretischen Zusammenhang zwischen Genotyp und Phänotyp. Nicht nur beziehen sich die 85 Prozent auf 79 Lebensjahre und kein Mensch weiß, ob die beratene Frau jemals so alt wird oder bereits mit 68 an Herzschlag stirbt. Doch nicht nur lassen sich statistische Zahlen außerhalb ihres Entstehungszusammenhanges nicht interpretieren, sondern sie sagen auch per definitionem nichts über eine konkrete Person aus – die Beraterin räumt das ausdrücklich ein. Trotzdem, wie sie im nächsten Satz klarstellt, empfindet sie die Zahl als bedrohlich und meint, ihre Klientin warnen zu müssen:

B: Also das sind schon enorme Zahlen auch,

F: Hm-hm.

B: das heißt, man muss vorsichtig sein. Und das ist auch der Grund, warum man eben diese engmaschigen Früherkennungs-Empfehlungen empfiehlt.

Die Beraterin fordert von ihrer Klientin, sich auf einer statistisch konstruierten Zeitachse vor- und zurückzubewegen. Sie soll die Gegenwart verlassen und sich in eine probabilistisch vorausberechnete Zukunft versetzen, in der sie Brustkrebs bekommen hat. Mit diesem Wissen über das, was – vielleicht – passiert sein wird, soll sie sich wieder zurückbewegen in die Gegenwart. Das, was dann als Vor-Wissen erscheint, soll sie zur Perspektive ihres Denkens, Fühlens und Handelns machen. Dann soll sie alles daransetzen, dass dieses eine mögliche Ereignis, der Brustkrebs, nicht eintritt – ein Ereignis, von dem niemand weiß, ob es überhaupt je so kommen würde.

Doch das »Gen« eröffnet nicht nur eine beängstigende Möglichkeit. In einer Sitzung, in der die Frau wegen mehreren Darmkrebs-Erkrankten in ihrer Verwandtschaft beunruhigt ist, assoziiert die Beraterin mit dem potentiellen Genfehler jede Menge weiterer Zukunftsoptionen, die eine nicht weniger beängstigend als die andere.

B: Und dann gibt es weitere Krebserkrankungen, die man eben bei diesen Familien gefunden hat. Und dazu gehört ähm ... es *kann* gehäufte Magenkrebs (F. rollt Augen) auftreten.

(...)

B: Ähm, dann ähm gibt es Gebärmutterkrebs (F. lehnt nach vorne, hat große Augen), der gehäufte auftreten kann, das ist auch, das ist auch nicht selten, so dass für Sie ganz wichtig sein sollte 'ne gynäkologische Früherkennung zu machen.

(...)

B: Ne? Dann ähm, gibt es etwas häufiger auch einen Krebs im Bereich der ableitenden Harnwege (F. zieht Stirn in Falten und Augenbrauen hoch), wobei nicht die Niere selber betroffen ist, sondern nur das Nierenbecken, der Harnleiter, die Blase wiederum nicht und dann auch die Harnröhre, also ganz gewisse Abschnitte einfach im Harnwege-System.

Das »Gen« erscheint also als Speicher verschiedenster zukünftiger Möglichkeiten, mit denen allen die Frau rechnen soll. Für jede dieser Möglichkeiten empfiehlt die Beraterin wiederum Präventivmaßnahmen, so dass die Frau, die ursprünglich Angst vor Darmkrebs hatte, nun auch jährlich durch verschiedene Tests wie Ultraschall und zytologische Untersuchungen sicherstellen muss, dass sie auch keinen Gebärmutterhalskrebs, Magenkrebs oder Harnröhrenkrebs hat.

Doch zurück zur Beratung über Brustkrebs. Die Frau, die zur Beratung erschienen ist, hat noch keinen genetischen Test-Befund. Da sie aus einer Familie kommt, in der Brustkrebs in jüngeren Jahren und einmal beidseitig aufgetreten ist, gilt sie als so genannte Hochrisiko-Person – sicherheitshalber, wie die Beraterin betont, denn man wolle sie ja nicht in falscher Sicherheit wiegen. Ein Gentest könnte diesen Status entweder bestätigen oder kein Ergebnis bringen und damit diese Risiko-Klassifizierung ebenfalls nicht ändern oder ihr statistisches Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, verringern. Sie würde nun anders klassifiziert, das Risiko würde auf den Durchschnitt sinken:

B: Was den, was ... einfach ... und damit auch Ihr Risiko, an Brustkrebs zu erkranken wieder zum Durchschnittsrisiko statistisch gesehen machen zu können.

Brustkrebs kann sie auch weiterhin bekommen, auch ohne BRCA-Gen. Aber wenn sie jetzt krank würde, obwohl sie das gefürchtete Gen gar nicht hat, dann würde ihr Brustkrebsfall anders klassifiziert: Er gilt dann als »nicht erblich«. Die Beraterin erklärt ihrer Klientin:

B: Wenn man bei Ihrer Kusine sagen wir mal, was finden würde und bei Ihnen nicht, und Sie würden dennoch an Brustkrebs erkranken, dann würde man sagen, es ist nicht erblich.

Zusammenfassung

Ich möchte nun zusammenfassen, was die Berater von ihren Klienten fordern. Noch mal vorweg gestellt: Die statistische Korrelation zwischen DNA-Marker und der Häufigkeit von klinischen Auffälligkeiten in Grundgesamtheiten erscheint im Beratungsgespräch als Diagnose einer genetischen Krankheit. »Genetisch bedingt« erscheint als Aussage über etwas, das schon *ist*, während es nur ein Kürzel oder eine Hypostasierung ist für einen statistischen Zusammenhang. Wenn man genau hinschaut, spekuliert die Beraterin ständig über Mögliches; ihre Aussagen sind gespickt mit Wendungen wie »wenn, dann« oder »es könnte« oder »es würde« oder ein allgemeines »es gibt«. Die scheinbare Diagnose »genetisch bedingt« sagt also lediglich etwas darüber, was nachher gewesen sein *könnte*. Durch diese Verwirrung mutieren jedoch vorausberechnete Möglichkeiten zu konkreten Gefahren in der Gegenwart, nämlich zu körperlichen Fehlern. Indem diese Genfehler oder Gene das, was passieren könnte, als etwas vergegenwärtigen, das latent schon da ist, verwandeln sie den Körper in eine Bedrohung für sich selbst.

Auf drei Folgen dieser Hypostasierung von statistischen Zusammenhängen als körperliche Anlage oder körperlicher Fehler möchte ich kurz eingehen: Erstens zerstört die Zuschreibung von Genen jede Möglichkeit, bei Sinnen zu bleiben. Obwohl sich die Beratenen gesund und munter fühlen, warnt die Beraterin sie davor, dass ihr eigener Körper Fehler und Gefahren in sich birgt, die sie nicht wahrnehmen können. Eine extreme, aber logische Folge dieser Verwandlung des eigenen Leibes in einen bedrohlichen Fremdkörper zeigen Interviews mit Frauen, denen Ärzte ein erhöhtes Risiko für Krebs attestiert haben: Eine der Frauen möchte sich am Körper am liebsten alles herausschneiden lassen, was sie nicht wirklich zum Leben braucht, denn: »because the tiniest bit can go wrong, and if that's not there well you can't have a problem with it« (Kavanagh/Broom 1998: 440).

Zweitens führt die umgangssprachliche Aufklärung über statistische Zusammenhänge zu einer ganz neuen Form der Inkonsistenz im Gespräch. Die Beratene fühlt sich – zu Recht – vom Genetiker angesprochen, denn er sitzt ihr nicht nur gegenüber und berät sie, sondern er spricht ausdrücklich von »ihrem Risiko« für Brustkrebs und dem »Genfehler«, den sie haben soll. In dem, was er sagt, fallen jedoch Adressat und Referent unvermeidlich auseinander. Ein Risiko bezieht sich per definitionem auf Häufigkeiten in einer statistischen Grundgesamtheit und niemals auf eine einzelne Person. Umgangssprachliche Formulierungen wie »ihr Risiko« und ein durch die Alltagssprache geprägtes Verständnis von »Risiko« als Gefahr und »Gen« als Erbanlage verwischen diese Kluft jedoch. Auf diese Weise wird die Beratene aufgefordert, sich als Konstrukt zu verstehen, deren So-Sein aus den Eigenschaften statistischer Risikoklassen zusammengestückelt ist. Die Aufklärung über »Gene« und »genetische Risiken« verwandelt die Person also in ein statistisches Profil, in ein gesichtsloses Mitglied verschiedener Risikoklassen. Diese tiefgreifende Umformung im Selbstverständnis ist kein vermeidbarer Nebeneffekt der Beratung, sondern ihr implizites Ziel. Erst, wenn sich die Beratene selbst als Risikoprofil und Genträger versteht, dann ist sie präpariert für die Entscheidungen, die sie treffen soll: Nämlich die Chancen und Risiken verschiedener Test- und Behandlungsoptionen abzuwägen, um eigenverantwortliche Konsumentin von genetischen Tests und risikoreduzierenden Präventivmaßnahmen zu werden. Sobald die Beratene sich als Genträger und Risikoprofil versteht, wird sie selbst, körperlich sozusagen, kompatibel mit der Logik von Kosten-Nutzen-Analysen und ökonomisch orientiertem *decisionmaking*.

Und damit komme ich zur dritten Folge der Hypostasierung von statistischen Zusammenhängen in der Genetik: Ziel der genetischen Beratung ist es, die Beratenen zu einer neuen Form der Mündigkeit zu erziehen, nämlich zu selbstbestimmten Entscheidungen in einer Welt, in der die sinnhafte, wahrnehmbare Wirklichkeit zunehmend durch Laborbefunde und statistische Kalkulationen ersetzt wird. Selbstbestimmung ist hier jedoch ein Widerspruch in sich. In einer technogenen Welt entscheiden zu können erfordert, das »Selbst« – auf wen ich sprechend hinweise – durch ein statistisches Konstrukt, ein Risiko-Profil zu ersetzen (siehe Samerski 2003). Indem die Beratenen davon überzeugt werden, dass die – wahrscheinlichen – Schicksale, die ihnen von Experten vorausberechnet und zugeteilt werden, bereits in ihrem Leib vorprogrammiert sind, werden sie dazu aufgefordert, sich selbst zur Ressource für das Management statistischer Populationen zu machen.

Literatur

- Duden, Barbara (2002), *Die Gene im Kopf, der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper*, Hannover.
- Kavanagh, Anne M./Broom, Dorothy H. (1998), »Embodied Risk: My Body, Myself?«, *Social Science and Medicine*, Jg. 46, H. 3, S. 437–444.
- Samerski, Silja (2002), *Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*, Münster.
- Samerski, Silja (2003), »Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt«, in: Graumann, Sigrid/Schneider, Ingrid (Hg.), *Verkörperte Technik – Entkörperte Frau*, Frankfurt a.M./New York, S. 213–232.