

WIDER|SPRUCH

In: Widerspruch Nr. 42 Gesundheit (2004), S. 59-62

Autor: *Michael Weingarten*

Artikel/Umfrage

Michael Weingarten

Gesundheit als „Normalstandard“

Zu Frage 1:

Ich bin mir nicht sicher, ob wirklich von einem so hohen Stellenwert von „Gesundheit“ und „Gesundheitsbewusstsein“ gesprochen werden kann. Zumal dieser Begriff – ebenso wie sein Gegenbegriff „Krankheit“ – in aller Regel ohne exakte Bestimmung verwendet wird. Verschiebt man nämlich ein wenig das Beschreibungsraster, indem man auf die molekularbiologisch-genetischen Forschungsansätze der Medizin fokussiert, dann kann mit gleichem Recht gesagt werden, dass jeder Einzelne, auch wenn er an sich keine Symptome der Erkrankung feststellen kann, noch nie so „krank“ war wie heute. Denn bezogen auf einen unterstellten genetischen Normalstandard, der in diesem Kontext auch den Zustand der Gesundheit definiert, weist jeder die eine oder andere genetische Abweichung auf und ist also „objektiv“ „krank“, ohne dass „subjektiv“ irgendeine Symptomatik registriert werden kann. Ein Beispiel: Wird einem Embryo (oder auch schon einer befruchteten Eizelle) die genetische Disposition für Corea Huntington diagnostiziert, so ist aus der Beschreibungsperspektive der molekular-genetischen Medizin der Embryo (resp. die befruchtete Eizelle) „krank“ und kann auf Grund einer „medizinischen Indikation“ selbst dann abgetrieben werden, wenn die Krankheit in ihrer körperlichen Symptomatik erst nach dem 50. Lebensjahr mit 60 % Wahrscheinlichkeit ausbrechen wird.

Insgesamt scheint mir die von Georges Canguilhem¹ schon 1943 gegebene Diagnose heute erst recht zuzutreffen, dass Zuschreibungen wie „krank“ und „gesund“, „normal“ und „pathologisch“ weithin ungeklärt sind.

Nimmt man die molekularbiologisch-genetische Beschreibung als zumindest eine (mögliche) Beschreibung unserer menschlichen Natur, des uns natürlich gegebenen Körpers, dann kann sich das „Gesundheitsbewusstsein“ eigentlich nur auf den „kulturellen Körper“, ein bestimmtes Bild des So-Seins oder So-Sein-Sollens beziehen. „Wellness-“ und „Fitness-Studios“, „Schönheits-Chirurgie“ und „Ernährungs-Beratung“ sowie all die damit verbundenen Industrien und neu geschaffenen Arbeitsplätze beziehen sich doch eigentlich eher auf Versuche, den „natürlichen“ Körper in einem kulturell fixierten Zustand zu erhalten (Ideologie der „ewigen Jugend“), aber nicht auf die Begleitung der „natürlichen“ Entwicklung des menschlichen Körpers bis hin zu den Altersstadien. Ein 70-jähriger, der aussieht wie „natürlicherweise“ ein 70-jähriger aussieht, signalisiert eher eine „ungesunde“ Lebensweise, während dagegen ein 70-jähriger, der aussieht wie ein 50-jähriger, als „gesund“ und „körperbewusst“ eingestuft wird. Wie weit solche Versuche gehen können, ein modisches Körperbild mit seinem eigenen Körper zu erfüllen, wird in Sendern wie MTV vorgeführt, wo Mädchen sich mit den Mitteln der plastischen Chirurgie nach dem Körperbild von Jennifer Lopez oder Jungen nach dem Körperbild von Britney Spears modellieren lassen. Überspitzungen? Gewiß! Aber sie signalisieren, dass es sich bei dem Gesundheitsbewusstsein um instrumentelle Zwecke handelt, die sich nicht auf den „natürlichen“ Körper beziehen, sondern auf soziale Anerkennung durch die Erfüllung eines Körperideals. Und zu dieser Bereitschaft, sich einem solchen Ideal in seiner Lebensweise zu unterwerfen, gehört sicher nicht zuletzt die Hoffnung, damit der Altersstigmatisierung auf dem Arbeitsmarkt zu entgehen.

Zu Frage 2

Sollte diese Beschreibung richtig sein, dann geht es in dem „Gesundheitsbewusstsein“ nicht um eine soziale und humane Utopie der Erfüllung eines „höchsten Wertes“. Auch die Individualisierungsthese über die Ausbildung

¹ Georges Canguilhem: Das Normale und das Pathologische. München 1974.

differenzierter Lebensstile scheint mir den Sachverhalt nicht zureichend zu erfassen – dazu ist das vorgegebene Körperbild zu homogen und in normativer Hinsicht zu ausschließend. Treffender dagegen scheint mir, dass die mit dem „Gesundheitsbewusstsein“ verknüpfte Individualisierung ein Teilmoment des neoliberalen Projekts des Abbaus von Sozialsystemen darstellt. Die Individualisierung in Form der „Sorge um sich“, seinen Körper und eben auch seine „Gesundheit“ läuft zugleich auf eine Privatisierung der Krankheit hinaus. Denn der Erkrankte zeigt doch an, dass er sich nicht zureichend – auf Grund fehlenden „Körperbewusstseins“ – um sein „Wohlbefinden“ gekümmert hat. Zwar kann sich „Gesundheit“ und „Wohlbefinden“ immer nur auf den Einzelnen beziehen; dies erlaubt aber nicht den Schluss, dass auch Krankheit nur und ausschließlich den Einzelnen betrifft und in dessen Verantwortungsbereich liegt. Die Vermutung von Tilman Reitz², Foucaults Konzept der „Sorge um sich“ und niemand anderen könnte sich als Teil des neoliberalen Umbauprojektes erweisen, hat einiges für sich. Auch die Überlegungen von Nancy Fraser, insbesondere in der Diskussion mit Honneth, weisen in diese Richtung.³ Hier bedarf es sicherlich noch weiterer grundbegrifflicher Überlegungen im gesellschaftstheoretischen Kontext.

Zu Frage 3

Gesund-*sein* und krank-werden-*können* bzw. krank-*sein* und gesund-werden-*können* werden terminologisch weder mit Begriffen wie „schicksalhaft“ oder „zufällig“ zureichend erfasst. Als Modal-Aussagen⁴ verweisen sie vielmehr darauf, dass Gesundheit und Krankheit unaufhebbbar zu unserem Lebensvollzug gehören. Nimmt man „gesund sein, aber krank werden können“ resp. „krank sein, aber gesund werden können“ in dieser Hinsicht als modifizierende Prädikate, dann zeigen diese modifizierenden Prädikate an sich den Selbstunterschied von modifizierenden und determinierenden Prädikaten („Jemand *ist* krank“; „Jemand *ist* gesund“). Indem modifizierende Prädikate *auch* als determinierende verwendet werden können, kann plausibel

² T. Reitz: Die Sorge um sich und niemand anderen. Foucault als Vordenker neoliberaler Vergesellschaftung. Das Argument 249, 2003, 82-97.

³ N. Fraser: Die halbierete Gerechtigkeit, Frankfurt/Main 2001; dies., A. Honneth, Umverteilung oder Anerkennung? Frankfurt/Main 2003; sowie die einschlägigen Beiträge in dem Band A. Honneth, M. Saar (Hg), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption. Frankfurt/Main 2003.

⁴ Vgl. zum folgenden: J. König: Sein und Denken. Tübingen 1969; M. Weingarten: Leben (bioethisch), Bielefeld 2003; ders.: Sterben (bioethisch), Bielefeld 2004.

gemacht werden, dass ein bestimmter Zustand (des Gesund- oder Krankseins) eines Individuums kausal in einen anderen (hier: in den jeweils anderen) Zustand überführt werden kann. Dies bedeutet: Zumindest prinzipiell ist jede Krankheit, von der ein Individuum betroffen ist, auch *heilbar*. Umgekehrt bedeutet dies zugleich aber auch, dass jedes gesunde Individuum krank werden kann. Der Modus des Lebensvollzuges hinsichtlich des „gesund sein und krank werden können“ resp. des „krank sein und gesund werden können“ kann, insofern er zu unserem Lebensvollzug hinzugehört, nicht aufgehoben werden etwa in der Hinsicht des nur und ausschließlich „gesund sein“. Philosophisch gesprochen würden so modifizierende Prädikate und der an ihnen gegebene Selbstunterschied modifizierender und determinierender Prädikate nivelliert auf ausschließlich determinierende Prädikate. Nur in dieser nivellierten Form könnten wir sagen, ein Individuum *ist* gesund bei Vorliegen einer Liste von Eigenschaften; und es *ist* krank dann, wenn aus dieser Liste von Eigenschaften eines oder einige fehlen bzw. weitere hinzukommen. Das „Gesund-sein“ wird vorstellbar als ein fixierter Zustand, dessen Aufrechterhaltung nötigenfalls durch technische Mittel auf Dauer gewährleistet werden kann. Genau dies umschreibt die technizistische Utopie eines individuellen Lebens letztendlich ohne Krankheit, die – konsequent zu Ende gedacht – auch die Utopie des unendlichen individuellen Lebens enthält. Krankheit und Tod als Abweichungen von diesem Zustand sind diesem gegenüber insofern kontingent, zufällig und vielleicht auch schicksalhaft (weil vielleicht das zur Beseitigung dieser „Störung“ nötige „technische Reparaturwissen“ fehlt, weil Krankheiten und Tod nicht zum Lebensvollzug selbst gehören, sondern letztendlich extern induzierte Störungen dieses Vollzuges sind).

Eine völlig andere Strukturierung dieses Problemfeldes ergibt sich dagegen, wenn wir das „krank sein können“ als unaufhebbaren Modus des Lebensvollzuges zu begreifen versuchen. In diesem Konzept ist es vorstellbar, dass jede *einzelne* Krankheit eines Individuums geheilt werden kann – und insofern ist medizinische Forschung unverzichtbar. Aber der je individuelle Lebensvollzug kann genau nicht begriffen werden als fixierter Zustand des Gesundseins, sondern immer nur als „Balance“ von „gesund sein und krank werden können“ und zugleich als „krank sein und gesund werden können“. Die begriffliche Ausbuchstabierung dieses Problemfeldes ist originäre Aufgabe einer noch zu erstellenden Philosophischen Anthropologie, von der dann sowohl Aufschlüsse für eine wissenschaftstheoretische Grundlegung der Medizin zu erhoffen sind als auch klinische und lebenspraktische Orientierungen bezüglich des Umganges mit Gesundheit und Krankheit, Sterben und Tod.