

Vortrag auf dem Kommendefest der Kommende Dortmund, Sozialinstitut des Erzbistums Paderborn, Dortmund, 23. November 2004

Rainer Müller

Gesundheit und Krankheit zwischen Lebenswelt und Wissenschaft

Zum Thema Gesundheit – Krankheit kann jeder von uns, von Ihnen, mitreden, denn in unserem alltäglichen Tun machen wir jederzeit unsere individuelle, personale, leibgebundene Erfahrung mit Wohlsein, Wohlbefinden bzw. Unwohlsein, Schmerz, Leid oder Erkrankung. Unsere individuelle Erfahrung mit Befindlichkeit erleben und deuten wir nicht nur in alltäglichen, sondern auch im lebenszeitlichen Rhythmus der Entwicklungsphasen unseres Lebenslaufs bzw. unserer je eigenen Biografie. Von den vorgeburtlichen Erfahrungen über die späteren Phasen als Kind, Jugendlicher, Erwachsener, Alt- und Älterwerdender und im Sterben. Es gehört also zu unseren lebenspraktischen Erfahrungen, dass Gesundheit an unsere Leiblichkeit gebunden ist. Leiblichkeit soll dabei nicht als „Nur-Körper“ (Rittner 1982), wie er als Objekt der Biomedizin angesehen und behandelt wird, sondern als die lebenspraktische Einheit der organischen, seelischen, geistigen, spirituellen und sozialen Ebenen unseres eigenen Selbst verstanden werden. Die Integration dieser Ebenen leisten wir durch unsere praktische Auseinandersetzung mit der Umwelt, wobei Arbeit eine wesentliche Sphäre dieses Stoffwechsels zwischen der Eigenwelt und unserer Umwelt ist. Arbeit soll hier nicht auf Erwerbsarbeit reduziert werden, sondern im umfassenden Sinne, so von Marie Jahoda (1983) formuliert, als dem „innersten Wesen der Lebendigkeit“ eigen verstanden werden. Die Integration der Ebenen des Körperlichen, des Psychischen/Spirituellen und Sozialen im biografischen Prozess läuft sowohl über die Sinne und die Sinnlichkeit des Leibes, als auch über die unseren Handlungen Orientierung gebenden Sinnstrukturen und Deutungsmuster. In diesem biografischen Prozess bildet die Person ihre Sozialität und Subjektivität aus. Dieser Prozess wird auch als Entwicklung der personalen Identität (Erikson 1968) beschrieben. Das Individuum verfügt über einen inneren Aspekt des Selbst und einen äußeren und wahrzunehmenden körperlichen Aspekt; beides macht die Person aus. Aufrechterhaltung und Entwicklung von Selbstidentität ist also als ein reflexiver Prozess zwischen innerer und äußerer Welt zu begreifen und gelingt in der Kontinuität der eigenen Biografie. So wird die eigene Lebensgeschichte weiter entwickelt und erzählt. Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte wird geprägt durch Vorstellungen von der eigenen Handlungsfähigkeit, vom Vermögen, Ereignisse der Außenwelt in die eigene Biografie zu integrieren und von der Fähigkeit, Kontrolle über den eigenen Körper ausüben zu können (Barkhausen 1996, Alheit u.a. 1999, Hauser-Schäublin u.a., 2001). Unter Biografie ist somit die individuell gestaltete und erlebte Lebensgeschichte, also der subjektiv gedeutete Erfahrungszusammenhang im Lebenslauf zu verstehen (Heinz 2001). Erfahrungen machen wir in unseren alltäglichen Interaktionen mit Dingen und Mitmenschen. Nun wird unsere Alltagswelt auch in unseren Interaktionen mit anderen Personen stark geprägt durch Technik bzw. Technologie in der Arbeitswelt wie auch außerhalb von ihr. Zu unseren alltagsweltlichen Erfahrungen gehört, dass unser individuelles leibliches Selbstgefühl als Basis unserer Identität mit seinen Mustern von innerer und sozialer Kohärenz durch gesundheitliche Krisen und/oder instrumentalisierende, z.B. risikohafte Arbeits- und Lebensformen, gefährdet werden kann. Unserem Kohärenzsinn liegt ein Gefühl des Vertrauens in uns selbst, in unsere Mitwelt, in unsere Zukunft wie auch in einem Gottvertrauen – soweit vorhanden - sowie eine Anerkennung durch andere - das können Personen oder

auch Institutionen sein – zu Grunde. Der Kohärenzsinn speist sich aus den Erfahrungen der eigenen Handlungsfähigkeit, der Gewissheit, sich selbst planend steuern zu können und unserer Fähigkeit, dem Leben einen Sinn geben zu können. Der israelische Soziologe Antonowsky (1987) hat es mit den Begriffen Machbarkeit, Vorhersehbarkeit und Sinnhaftigkeit als die drei Elemente des Kohärenzsinn umschrieben, als er sich mit der Frage beschäftigte, warum Menschen gesund bleiben, selbst wenn sie in extremen Bedingungen leben mussten, wie z.B. in Konzentrationslagern.

Zu unserer eingestandenen oder auch eher ignorierten Gewissheit gehört allerdings ebenso, dass unsere Identitätsbildung auf fragiler Grundlage steht, unser subjektiv konkreter Leib, also unsere Gesundheit, immer verletzbar und sterblich ist. Er entfaltet in seiner rhythmischen Dynamik einen Eigensinn. Unter rein funktionalen Anforderungsmustern, wie z.B. der Leistungsfähigkeit in der Erwerbsarbeit oder im Sport, wird er als unzulänglich angesehen. Von daher wurde und wird er zum Objekt sozialer Normierung und Disziplinierung. Er lässt sich zwar trainieren und zu Höchstleistungen bringen, dennoch betreibt unser Leib in seinem Eigensinn, in seiner Abwehr bzw. seinen Bewältigungsmodalitäten seine „unterirdische“ Geschichte, z.B. gegenüber natürlichen Einwirkungen wie Viren, Eiweißen oder chemischen toxischen Stoffen wie auch gegenüber psychosozialen Stressfaktoren. So kann es zu Erkrankungsgeschichten und Krankheitskarrieren kommen.

Schmerzen, Unwohlsein, Leiden mit Funktionsstörungen oder auch Verlust von Leistungsfähigkeit und Autonomie stellen sich ein und wir können unseren sozialen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen, so dass wir zur sozialen Rolle des Patienten gezwungen sind. Wir werden zu Hilfsbedürftigen und um Hilfe Nachsuchende. Die Patientenrolle erfordert ein Bemühen um Bewältigung mit unterschiedlichen Strategien sowohl innerpsychisch als auch im Verhalten, bewusst oder unbewusst, kontrolliert oder auch quasi automatisch. Erkrankung bzw. Kranksein ruft zur Selbstdeutung und zu Sinnfragen auf. Deutungen, Sinnstiftungen und Bewältigungsformen der erkrankten Person sind nun entscheidend geprägt durch die lebensweltlichen Erfahrungen und Sinnhorizonte, welche die Person in ihrem Leben aufgebaut bzw. verändert und entwickelt hat. Die biografischen Erfahrungen von Realität und Erschließung der Welt mit ihren Vertrautheiten, Verständnissen und Interpretationen sowie Verlässlichkeiten stellen dem Individuum ein Inventar für Orientierungsleistungen zur Verfügung. Über eine gemeinsame Alltags-, Erfahrungs-, Sozial- und Kulturgeschichte werden wir als Individuen in unseren Lebensformen und Handlungsmustern sowie Sinnstrukturen sozialisiert. Gemeinschaft, Gesellschaft, Kulturen, Milieus haben hier ihren Einfluss. Entscheidend ist nun, dass die lebensweltliche Sozialisation zum Deuten und schließlich Handeln immer an Körperlichkeit bzw. Leiblichkeit gebunden ist. Unser Verständnis von Körper bzw. Leib mit seinen handlungsleitenden Konsequenzen wiederum unterliegt lebensweltlichen Bestimmungen. Somit wird Gesundheit und Krankheit ebenfalls in diesem Sinne gedeutet und für die alltägliche Praxis relevant.

Zu fragen ist nun, wie sich unsere Lebenswelten, in denen wir aktiv sind, im Verhältnis von Natur/„Natürlichkeit“ - einschließlich unserer Körperlichkeit - zu Wissenschaft entwickelt haben und sich heute in ihren dynamischen Veränderungen zeigen.

Die Naturwissenschaften haben in den vergangenen 150 Jahren ein von niemandem mehr zu überschauendes Wissen aufgehäuft und befinden sich derzeit in einem enormen Schub des Erkenntnisfortschritts. Allerdings verbleibt dieser Wissensfortschritt nicht auf der Stufe des reinen Wissens, sondern wird in Technik, Technologien umgesetzt und zur sozialen Anwendung gebracht. Im beruflichen wie außerberuflichen Alltag haben wir Umgang mit Technik, Maschinen, Geräten und technischen Großsystemen. Wir erleben eine andauernde Diffusion von neuen Technologien in unsere Lebenswelt (verwiesen sei auf Informations- und Computertechnologie, auf Biotechnologie, auf Gen- und Neurotechnik, auf Robotertechnik sowie auf Internet und Cyber-Technologien mit den virtuellen Welten).

Was sind die Antriebskräfte für diese Verwissenschaftlichung und Technisierung unserer Welt? Gewiss ist, dass diese Dynamik nicht unabhängig von ökonomischen Verwertungsinteressen zu erklären ist. Und nicht selten einer instrumentellen Rationalität folgt. Gleich welche Auffassung wir persönlich auch teilen, ob Technik als Kulturfaktor anzuerkennen oder abzulehnen ist, ob unsere Gesellschaft den angeblichen Sachzwängen der wissenschaftlich-technischen Revolution verfallen ist, wir haben der Tatsache ins Auge zu sehen, dass unsere alltägliche Lebenswelt – auch dort, wo es um Krankheit bzw. Gesundheit geht – durchsetzt ist von Technologie. Wir haben uns zu fragen, ob Technik als Mittel zu individuellen bzw. gesellschaftlichen Zwecken dient und Überlegungen zur Nachhaltigkeit genügt.

Ob nun die Systemwelt der naturwissenschaftlich bestimmten Technik und deren Rationalität unsere Lebenswelt kolonisiert, wie Habermas (1981) meint, oder nicht; sicher ist, dass unser technikbezogenes Alltagshandeln uns als techniknutzendes Sozialwesen sozialisiert. Wir werden zu auch technisch versierten Alltagsexperten. Zu klären bleibt, welche Bedeutungen wir an die Technik, die Technologien herantragen bzw. welche Bedeutungen, Verständnisse und Sinngebungen wir aus dem alltäglichen Umgang mit Technologie glauben gewinnen zu können. Fallen wir unkritisch bestimmten Metaphern und Heilsversprechungen anheim?

Für das Thema „Gesundheit und Krankheit zwischen Lebenswelt und Wissenschaft“ sind die Entwicklungen in den Life Sciences, den Lebenswissenschaften, zu betrachten. Wie sieht der Wissensfortschritt in den verschiedenen Sparten der neuen Biologie z.B. der Gehirn- und Genforschung aus? Was sind die Anwendungsfelder der Biotechnologie, der Gen- und Neurotechnik? Was ist gemeint, wenn von Koevaluation von Mensch und Maschine gesprochen wird? Was wird unter künstlicher Intelligenz, global brain, künstlichem Leben verstanden? Welche individuellen und gesellschaftlichen Folgen können die modernen technologischen Szenarien haben? Sie sie politisch bzw. gesellschaftlich regulierungsfähig und steuerbar? Nach welchen Kriterien und über wie geartete Politiken können wir Technologie, als Sozialkonfiguration verstanden, sozialverträglich, menschengerecht und nachhaltig gestalten? Stimmt es, wenn Christian Geyer in der FAZ vom 6. Oktober 2004 feststellt: „Es ist schwer, den Menschen ganz abzulegen. Wie entgehen wir dem Betrug, den die Wissenschaft an der Lebenswelt verübt?“ Er stellt fest: „Es geht um den Betrug, den die Wissenschaft an der Lebenswelt immer dann verübt, wenn sie ihren Erklärungsanspruch überzieht und keck behauptet, zum Herzen aller Dinge vorgestoßen zu sein, zum Kern unseres Selbstverständnisses.“ Auf welches Wissen über molekularbiologische Mechanismen stützt sich z.B. die Ankündigung der Abschaffung des Alterns. Gerade in der Medizin haben wir es mit einem permanenten Prozess der Integration neuer biologischer Wissensbestände und technologischen

Handelns in die Praxis und Deutung von Krankheit und Gesundheit zu tun. Wir sind alltäglich konfrontiert, nicht nur als Patient und Patientin mit diesen Entwicklungen, sondern ebenso als Gesunde. Durch Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen, durch Screening von großen Bevölkerungsgruppen wird nach dispositiven Krankheitsrisiken in den Genen und im Gehirn und in sonstigen Teilen des Organismus gefahndet. Wir werden ebenso als Gesunde und sich gesund Fühlende aufgefordert, uns mit den Angeboten und Deutungen sowie Interpretationen der modernen prädiktiven Medizin auseinanderzusetzen. Aktuell macht die Hirnforschung von sich reden. Sie scheint sich als Leitwissenschaft des 21. Jahrhunderts etablieren zu wollen. Die Hirnforschung hat bereits zu Neurochips geführt, mit denen Sehbehinderungen behoben werden können. Forschungen zur Entwicklung von Neuroimplantaten aus Silizium sollen als Gedächtnisstützen für Alzheimer-Kranke und Schlaganfallopfer voran getrieben werden. Gedächtnispillen und Lifestyle-Medikamente wurden von der Pharma-Industrie entwickelt und kommen verstärkt auf den Markt, um für gute Laune, Optimismus und intellektuelle Leistungssteigerungen zu sorgen. Große ökonomische Gewinnchancen werden in diesem Sektor gesehen. Die Einnahme von neuropharmakologischen Mitteln hat längst Einzug in den Alltag gehalten, eben nicht nur zur Behandlung von Krankheit, sondern zur Beeinflussung von emotionaler Stimmung, Gedächtnis, Appetit, Libido und Schlaf bzw. Wachheit.

Im Manifest von 11 führenden Neurowissenschaftlern/-schaftlerinnen der Bundesrepublik über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung publiziert im Heft 6/2004 der Zeitschrift „Gehirn und Geist“, wird der Anspruch der Hirnforschung als Leitwissenschaft mit seinen Konsequenzen für kulturelle und soziale Umwälzungen offenkundig. „Die Hirnforschung wird in absehbarer Zeit, also in den nächsten 20 bis 30 Jahren, den Zusammenhang zwischen neuroelektrischen und neurochemischen Prozessen einerseits und perzeptiven, kognitiven, psychischen und motorischen Leistungen andererseits soweit erklären können, dass Voraussagen über diese Zusammenhänge in beiden Richtungen mit einem hohen Wahrscheinlichkeitsgrad möglich sind.“ (S. 36)

„Geist und Bewusstsein – wie einzigartig sie von uns auch empfunden werden – fügen sich also in das Naturgeschehen ein und übersteigen es nicht. Und: Geist und Bewusstsein sind nicht vom Himmel gefallen, sondern haben sich in der Evolution der Nervensysteme allmählich herausgebildet. Das ist vielleicht die wichtigste Erkenntnis der modernen Neurowissenschaften.“ (S. 33) „Denn in diesem zukünftigen Moment schickt sich unser Gehirn ernsthaft an, sich selbst zu erkennen. Dann werden die Ergebnisse der Hirnforschung, in dem Maße, in dem sie einer breiteren Bevölkerung bewusst werden, auch zu einer Veränderung unseres Menschenbilds führen... Was unser Bild von uns selbst betrifft, stehen uns also in sehr absehbarer Zeit beträchtliche Erschütterungen ins Haus.“

Wie sehr der biomedizinische Fortschritt unser Leben und Handeln und damit Deutung und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit verändert hat, lässt sich als unsere eigene historische Erfahrung an der Geburt bzw. der Reproduktionsmedizin aufzeigen.

Bis etwa 1960 waren von der Zeugung bis zur Geburt alle Vorgänge gleichsam natürlich und durch wissenschaftlich-technische Interventionen kaum berührt. In den 60er Jahren wurden die ersten hormonalen Ovulationshemmer zur Schwangerschaftsverhütung massenhaft eingenommen (Paul VI Enzyklika Humanae vitae 1968) und damit die Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit ermöglicht. 1978 wurde

zum ersten Mal eine In-vitro-Fertilisation mit Embryonentransfer mit Erfolg durchgeführt und ein „Retortenbaby“ geboren. Inzwischen wurden immer diffizilere chemisch-technische Fertilisationstechniken und genetisch-diagnostische Überwachungsverfahren einschließlich der Ultraschalluntersuchungen der pränatalen Medizin als Alltagsroutinen in der Reproduktionsmedizin etabliert. Präimplantationsdiagnostik und Keimbahntherapie sind naturwissenschaftlich-technisch machbar, wenn auch juristisch in unserem Lande nicht erlaubt. Was früher der Metapher „Natur“ bzw. „Natürlichkeit“ zugeschrieben wurde, ist heute der medizinisch-technischen Intervention zugänglich und hat den Aktionsradius der Medizin enorm erweitert und eine Hegemonie in reproduktivem Verhalten als Teil der Lebenswelt eingenommen. Traditionale lebensweltliche Umgangsformen mit Schwangerschaft und Geburt sind heute auf dem Rückzug bzw. mit den naturwissenschaftlich-technischen Instrumentarien der Reproduktionsmedizin konfrontiert. Frauen bzw. Paare, Ärzte und Hebammen müssen sich dazu verhalten, ob sie wollen oder nicht. Was früher als Natur schicksalhaft hinzunehmen war, wird heute dem Sicherheits- und Gesundheitsversprechen der medizinisch-technischen Intervention anheim gegeben. Allerdings haben Frauen, Männer bzw. Paare sich der Unsicherheit der Entscheidung für oder gegen die Option „Natürlichkeit“ versus Reproduktionsmedizin zu stellen. Sie sind zu einer personalen Entscheidung aufgerufen. Zugleich werden sie mit normativen gesellschaftlichen Auffassungen und Erwartungen nach gesunden, nicht behinderten Kindern konfrontiert. Denn diese sich auf das Versprechen der Medizintechnik nach einem gesunden Kind beziehende normative Erwartungshaltung breitet sich in der Gesellschaft aus. Recht auf Gesundheit kann und hat sich z.T. zur Pflicht zur Gesundheit gewandelt. In den modernen Konstruktionen und Strategien wie auch Fantasien der präventiven bzw. der prädiktiven Medizin hat sich dieses technische und auch normative Verständnis zu Wort gemeldet und fordert das Individuum zur Eigenverantwortung auf. Ein solcher Wandlungsprozess lässt sich beim Diskurs über Krankheitsursachen beobachten. Zwar dominierten im Diskurs über Krankheitsursachen in der Vergangenheit naturwissenschaftliche Erklärungen und Deutungsmuster, doch es blieb Raum für Berücksichtigung von sozialen und psychischen Aspekten der Krankheitsentstehung. Mittlerweile allerdings haben wissenschaftliche Konzepte einen schweren Stand in Medizin und Sozial- bzw. Gesundheitspolitik, die Gesundheit und Krankheit als Ergebnis komplexer Zusammenhänge sozialer, psychischer, spiritueller und physiologischer Prozesse begreifen. Die größeren Chancen, akzeptiert und für Interventionen genutzt zu werden haben jene Konzepte, die Krankheitsursachen im Individuum verorten, sei es die genetische Ausstattung, der Einfluss von Krankheitserregern oder das individuelle Fehlverhalten. Dieser Reduktionismus zeigt sich im Alltag von Ärztinnen und Ärzten, denn durch ihre berufliche Sozialisation, auf den einzelnen Fall hin orientiert, kommen nur diejenigen Faktoren in den Blick, die sie durch individualmedizinische Interventionen auch angehen können.

Public Health bzw. die eher sozialwissenschaftlichen Gesundheitswissenschaften dagegen haben ein sozio-psycho-physiologisches Modell von Krankheit und Gesundheit konzipiert, in dem eine hierarchische Abfolge von Kausalzusammenhängen darstellbar ist: Sozialstrukturell bedingte ungünstige bzw. prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie niedriger sozio-ökonomischer Status, Armut, chronische Disstresserfahrungen in der Erwerbsarbeit und außerhalb davon führen zu andauernden Emotionen, wie Depression, gelernte Hilflosigkeit oder Resignation, zu negativen Bewusstseinsformen, wie Feindseligkeit, Hoffnungslosigkeit; dies wiederum führt zu gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, wie Sucht (Stichwort

Rauchen, Alkohol) und pathologischen physiologischen Reaktionen, z.B. Bluthochdruck und Herz-Störungen. Es gilt als gesichert: Niedrige Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz und berufliche Gratifikationskrisen, also weniger zurück bekommen zu haben als man gegeben hat, erhöht signifikant das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das lebensweltliche Wissen, dass Arme eher sterben und kränker sind als Reiche, wird durch die Public-Health-Forschung und Sozialepidemiologie, also die Sozialstatistik, belegt und erklärt (Helmert u.a. 2000).

Warum tut sich Politik so schwer damit, diese, von der Lebenswelt wie auch von Wissenschaft als plausibel erkannte und bewiesene Grunderkenntnis in komplexe sozialstrukturelle Interventionen in gesellschaftliche Gestaltung umzusetzen?

Trotz dieser Erkenntnis dominiert nämlich die Biomedizin. So lässt sich am Beispiel der geplanten risiko- und schmerzfreien sicheren Schwangerschaft und Geburt sogar die Ausweitung der zugeschriebenen und auch beanspruchten Zuständigkeit der Medizin nicht bloß für Krankheit, sondern ebenso für Gesundheit beschreiben. Die Eingriffskompetenz der wissenschaftlich-technischen Medizin steigt ständig, wobei der medizinisch-technische Fortschritt als Wert an sich interpretiert und ökonomisch wie politisch stark gefördert wird. Die Gesundheitswirtschaft wurde mittlerweile als der boomende Wachstumsmarkt erkannt, auf den Gewinnerwartungen spekulativen Kapitals wie auch regionaler Arbeitsmarktpolitiken setzen. Zugleich wächst die Erwartungshaltung der Individuen und der Gesellschaft an die Medizin nicht nur bei der Krankheitsbekämpfung, sondern eben auch bei der Sicherung von Gesundheit im gesamten Lebenslauf. Erwartet wird ein Garantieverprechen auf ein langes gesundes Leben. Hedonistische Lebensentwürfe von Wellness, Happiness und Antiaging sollen und werden bedient werden. Annahmen, Überzeugungen, Wissen und Praktiken der Medizin, der Naturwissenschaften, der Biotechnologie wie auch der Verhaltenswissenschaften, erst recht in der Vernetzung dieser Bereiche durch Informations- und Kommunikationstechnologie erlauben bereits heute und zukünftig noch intensiver analytische und gestalterische Eingriffsmächtigkeiten in das Leben.

Auf die uralten Frage "Was ist der Mensch?", "Wie soll ich leben?" sind die gesellschaftlichen und individuellen Antworten noch schwieriger geworden als sie bereits früher waren.

Denn mit Säkularisierung und Erosion religiöser bzw. politischer Weltbilder schwinden verbindliche Konsense über Menschenbild und das richtige individuelle und soziale Leben. Im Manifest der Hirnforscher kommt dies zum Ausdruck.

Wunschträume, also Visionen und Idealbilder, nämlich Utopien der Aufklärungsepoch sind weiterhin wirksam und erhalten mit der postmodernen Medizin einen neuen Schub der Hoffnung auf Realisierung des vollkommenen Lebens mit langer Dauer ohne Not und Verletzlichkeit, ohne Leiden, Krankheit und vorzeitigem Tod. Jugend und Schönheit, Wohlbefinden und Spaß/Genuss/Lust, perfekter Nachwuchs und langes Leben werden als Leitbild von Körperbildern, Körperkulturen und Leiblichkeitsverständnissen angeboten. Andauernde individuelle Gesundheit und irdisches Glück werden als die höchsten Prioritäten angepriesen. Wissenschaft, Medizin und Technik sowie die sozialen Institutionen scheinen Träger und Realisierer der Utopien und Visionen zu sein. Denn die biotechnologischen bzw. biomedizinischen Sprachen und Texte sowie Zeichen und ihre Interpretationen und Konzepte des Körpers und des Selbst prägen die alltägliche Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsaktivität von Körper und Selbst von uns Laien. Ebenso wandern verhaltenswissenschaftliche Texte, Zeichen und Konstruktionen, so z.B. der Psychologie, in Selbstbilder und

Leiblichkeitsvorstellungen von uns Laien und legen fest, was als normal bzw. pathologisch, was als das Selbst und was als das Andere gelten kann. Die Machbarkeitspotentiale der Biomedizin bzw. von Life Sciences versprechen nicht mehr nur eine Disziplinierung und Reparaturung des Körpers, sondern eine Gestaltung nach eigenen Wünschen und Idealen; verwiesen sei auf Designerbabies, Antiaging-Medizin, Wellness und Happyness-Offerten. Diese Optionen und Versprechungen fließen ein in institutionelle Steuerungen und individuelle Handlungsstrategien bei der Planung und Bewältigung von Statuspassagen, wie im genannten Beispiel der Entscheidung für Vater- bzw. Mutterschaft und Risikolagen im Lebensverlauf wie auch in die alltägliche reflexive Lebensführung. Individuen sind gehalten, ein bewusstes Management ihres Selbst als Einheit von Körper, Seele und Geist angesichts der Optionen der Bio-, Psycho- und Sozialtechnologien zu betreiben. Sie werden gefragt, ob sie ihre genetischen, psychischen und sozialen Dispositionen mit ihren Risikofaktoren wie auch Ressourcen wissen wollen und ob sie die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Angebote der Experten der Versicherungen, der Gesundheitsmärkte annehmen wollen. Die soziale Beziehung der Institution Medizin zu ihrem Laienklientel wird komplizierter, denn die medizinisch-technischen Experten verfügen über ein wachsendes und komplexer werdendes Wissen über Krankheit und ebenso Gesundheit, das sich in seinen wissenschaftlichen Aussagen und Bedeutungen uns Laien nicht oder kaum noch erschließt. Wir brauchen Übersetzungen in unser Alltagsverständnis und zugleich müssen wir uns mit den Modellen und Aussagen der Biomedizin vertraut machen, also in unsere Bilder von Körper und Leib, von Gesundheit und Krankheit integrieren. Die weiter schreitende Spezialisierung in der Medizin bei permanentem Erkenntnisfortschritt stellt selbst Ärzte in ihrem Berufsalltag vor Herausforderungen nach Integration des heterogenen Wissens, dem sie nur schwerlich nachkommen können.

Bei aller kritischen Betrachtung möchte ich dennoch Folgendes feststellen:
Das Thema Gesundheit und Krankheit zwischen Lebenswelt und Wissenschaft hat zwar durch den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt der Medizin der letzten Jahrzehnte eine enorme Brisanz bekommen, ist aber seit Beginn der Aufklärung der Moderne auf der Tagesordnung.

Im christlichen Mittelalter war der menschliche Leib im religiösen Weltbild eingeordnet. Gesundheit wurde als Zeichen von Glaube und Gottgefälligkeit sowie Gnade gedeutet. Krankheit wurde mit Sünde und göttlicher Prüfung in Verbindung gebracht. In der Zeit der Renaissance um 1600 galt es, den menschlichen Leib als objektivierter Körper durch Aufschneiden (Anatomie) und Augenschein (Autopsie) zu entdecken. Leibniz setzte um 1700 die Ordnung des Körpers, der Seele und der Gesellschaft mit Gesundheit, Gerechtigkeit und Frömmigkeit in eins. Medizin, Kirche und Justiz waren die zuständigen Institutionen. Die Französische Revolution proklamierte ein Recht auf, aber ebenso eine Pflicht zur Gesundheit. Mit der Bakteriologie in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts (Louis Pasteur 1822-1895 und Robert Koch 1843-1910) wird Gesundheit und Krankheit eine Angelegenheit des rationalen naturwissenschaftlichen Labors. Gesundheitssicherung und Krankheitsbekämpfung wird als eine Aufgabe der technischen Hygiene, frei von religiösen, philosophischen oder traditionellen Wertungen. Allerdings – das wissen wir heute – sind auch diese so genannten wertfreien Wissenschaften und ihre Anwendungen im höchsten Maße bestimmt durch außerwissenschaftliche Faktoren und Gesellschafts- wie Menschenbilder. In Anlehnung an die Denkfigur Homo oeconomicus wurde vom Homo hygienicus gesprochen mit dem Anspruch einer wissenschaftlich begründeten

Lebensführung in Familie, Gemeinschaft, Siedlung und Volk. Heute wird vom Homo cereberalis geredet, so das Buch von Hagner, der „Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn“.

Mit dem Aufkommen der Klinik und der ärztlichen Profession mit den Bezugsdisziplinen der Naturwissenschaften in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts erhält die Medizin und die Ärzteschaft das Definitions- und Handlungsmonopol über den menschlichen Körper und damit eine exklusive Bestellung in der Gesellschaft. Mit dem Ausbau der sozialen Sicherungssysteme im vorigen Jahrhundert kommt der Ärzteschaft über das neutrale wissenschaftliche Gutachten zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Falle von Krankheit, über Diagnostik und Therapie, bis hin zur prognostischen Aussage, eine gesellschaftlich steuernde Funktion zu. Doch nicht nur in Bezug auf Krankheit, sondern ebenfalls hinsichtlich Gesundheit ist, wie angesprochen, die Definitions- und Handlungsmacht der Medizin gewachsen. Die Geschichte der modernen Medizin mit ihrem viel beschworenen Siegeszug und Fortschrittsoptimismus offenbart jedoch auch die Paradoxie, die Widersprüchlichkeit der Moderne. Denn „im existentiellen und niemals abgeschlossenen ‚Sinnzwang‘ des Leibes, des Körpers, der Gesundheit, der Behinderung, der Krankheit, des Leidens und des Todes liegen die unmittelbaren Grenzen der Medizin“ (Labisch 1999, S. 26). Die Frage nach dem existentiellen Sinn stellt sich den Menschen alltäglich nicht nur im Falle von Krankheit im alltäglichen Lebensvollzug als z.B. Arzt oder Patient/Patientin oder auch als Gesunde, sondern generell. Wissenschaft und Technik sind außerstande Werte zu setzen, Orientierung im Lebenslauf zu geben, dem Handeln einen letzten Sinn bzw. eine Gewissheit zur Verfügung zu stellen. Zwar wird in den lebensweltlichen Handlungsvollzügen die moderne Biomedizin in den Alltagskulturen einfließen, sowohl bei den Ärzten wie auch bei den Laien, doch beide fragen in ihrem alltagspraktischen Tun nach Sinnhaftigkeit und Verantwortlichkeit gegenüber der Würde des Menschen. Das Suchen nach der Einheit der Welt, der Ganzheit des Lebens, nach dem Verhältnis von Immanenz und Transzendenz und nach dem Guten und Wahren wird hier immer wieder neu aufgeworfen. Unsere Kirche und eben die Kommende sind Institutionen und Einrichtungen, die den Menschen dabei zur Seite stehen und ihnen Gewissheiten geben.

Literatur

Alheit, P.; Hanses, A., 2004: Institution und Biografie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen, in: Hanses, A. (Hg.): Biografie und soziale Arbeit. Institutionelle und biografische Konstruktion von Wirklichkeit, Baltmannsweiler, i.E.

Antonowsky, A, 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco; siehe auch: Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H., 1998: Was erhält Menschen gesund? Antonowskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln

Barkhausen, A. u.a., 1996: Identität, Leiblichkeit, Normativität, Frankfurt

Erikson, E.H., 1968: Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart

Geyer, Ch. (Hg.), 2001: Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt/M

Habermas, J., 1981: Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt/M

Hauser-Schäublin, B. u.a., 2001: Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland, Frankfurt/New York

Heinz, W.R., 2001: Der Lebenslauf der Soziologie, in: Joas, (Hg.): Lehrbuch der Soziologie, Frankfurt/New York

Helmert, U. u.a. (Hg.), 2000: Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Weinheim/München

Jahoda, M., 1983: Wieviel Arbeit braucht der Mensch?, Weinheim

Labisch, A., 1991: Homo hygienicus, Frankfurt/M

Labisch, A., 1999: „Gesundheit“ im Wandel der Zeiten. Zur Geschichte und Theorie des Problems „Medizin in der Gesellschaft“, in: Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (Hg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder, Neuwied/Kriftel, S. 1-49

Rittner, V., 1982: Krankheit und Gesundheit. Veränderungen in der sozialen Wahrnehmung des Körpers, in: Kemper, D., Wulf, Ch. (Hg.): Die Wiederkehr des Körpers, 40-51