

BRÜCKENSCHLAG

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie · Literatur · Kunst

Wir danken der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH und dem Kieler Fenster e.V. für die besondere Unterstützung bei der Herstellung dieser Brückenschlag-Ausgabe.

Seit Anfang 2005 unterstützen folgende Personen und Einrichtungen im Förderkreis PARANUS-Verlag unsere Arbeit:

Christel Achberger, Gisela und Hans-Peter Blume, Thomas Böndell, Dorothea Buck,
Sabine Burtzlaff, Veronika Christiansen, Michael von Cranach,
Heinrich Detering, Klaus Dörner, Michael Eink, Anne Fischer, Irene Fröhlich, H. U. Hermann,
Axel Ihle, Jörg Joost, Helene und Heinrich Kupffer, Wilhelm Meier, Ronald Mundhenk,
Christian Nieraese, Peter Reibisch, Frauke Schild, Michael Schiebel, Sebastian Stierl, Renate Schernus,
Harald Thoms, sowie Brücke Dithmarschen e.V., Brücke Elmshorn e.V., Brücke Lübeck gGmbH, Brücke
Ostholstein gGmbH, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie,
DGSP Schleswig-Holstein, Fachambulanz Kiel, Kieler Fenster, Kirschberg e.V. Kiel,
Niedersächsisches Landeskrankenhaus Lüneburg, Mürwiker Werkstätten GmbH,
Verein zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen – die Wabe e.V.,
Westfälische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie.

**Wir danken allen für die vielfältige und solidarische Hilfe!
Und wir freuen uns über jede weitere Unterstützung.**

BRÜCKENSCHLAG

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie · Literatur · Kunst

Band 27 · 2011



Zeitschrift im Paranus Verlag
der Brücke Neumünster gGmbH

BRÜCKENSCHLAG

Zeitschrift für Sozialpsychiatrie · Literatur · Kunst

Band 27 · 2011

Begründet von Fritz Bremer und Henning Poersel
Redaktion: Jürgen Blume, Fritz Bremer, Hartwig Hansen
V.i.S.d.P.: Fritz Bremer
Erste Auflage 2011
ISBN 978-3-940636-14-0

Das © an den einzelnen Beiträgen liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Vertrieb: Brigitte Knop und Monika Dunker
Anzeigen: Jürgen Blume, Marco Haß und Jochen Schoenfeld
Gestaltung und Satz: Druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH · Tel. (0 43 21) 20 04-4 20
Titelgestaltung: Druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH
unter Verwendung eines Bildes von Dr. Arnhild Köpcke
Den Text auf der Umschlag-Rückseite verdanken wir Fritz Bremer.

Druck und Bindung: Druckwerk der Brücke Neumünster gGmbH · Tel. (0 43 21) 20 04-4 35
Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Herstellung:
Doris Brunswieck, Joachim Bünz, Martin Bollmann, Tillmann Dommach, Inga-Lill Gärtner-Reimer,
Julia Graber, Alexander Krauter, Fabian Krüger, Sven Lakenberg, Carlo Langmaack, Kirsten Lütten,
Sebastian Osinski, Marcello Russo, Thomas Stark, Stefan Suhr,
Tanja Villwock, Natali Wegner, Margret Treisch

Wir freuen uns über Einsendungen von Text- und Bildbeiträgen zum »Brückenschlag«, müssen bei unverlangt eingesandten Manuskripten jedoch um das Beilegen von Rückporto bitten.

Mit einem Abonnement des »Brückenschlag« unterstützen Sie unsere Arbeit sehr und beziehen den jeweils aktuellen »Brückenschlag« sofort nach Erscheinen im Mai des Jahres zum vergünstigten Abo-Preis. Die Kündigung eines Abos ist jederzeit schriftlich mit einer Fristeinholung von sechs Wochen zum Jahreswechsel möglich.

Kontaktadresse: Die Brücke Neumünster gGmbH, Postfach 12 64, 24502 Neumünster
Telefon Paranus Verlag (0 43 21) 20 04-5 00 · Telefax (0 43 21) 20 04-4 11
eMail: verlag@paranus.de · www.paranus.de
Bankverbindung: Stadtparkasse Neumünster, BLZ 212 500 00, Kto. 815 438

»Da es sehr förderlich für die Gesundheit ist,
habe ich beschlossen,
glücklich zu sein.«

Voltaire

»Das Leben entsteht um des Lebens willen.
Das Leben wird gelebt um des guten Lebens willen.«

Aristoteles

»Was ist Wohlsein, wenn es nicht genau dies ist, dass man nicht auf es
hingerichtet ist, sondern unbehindert offen und bereit ist für alles, ...
sich so wegzugeben und das Andere ganz da-sein zu lassen.«

Hans-Georg Gadamer

Inhalt

Berichte · Aufsätze · Stellungnahmen

FRITZ BREMER: Symptomatisches aus Neumünster?	9	BRIGHT ANGEL: Innenleben – Außenwelten	63
JÜRGEN SCHIEDECK / MARTIN STAHLMANN: Imperative der Gesundheitsgesellschaft	14	MICHAELA AMERING: Chronizität und andere missverständliche Konzepte	66
ULRIKE BAUREITHEL: Teuer und leistungsfähig, aber auch ungerecht: Woran das deutsche Gesundheitssystem krank	25	MATTHIAS BEHRENDT: Hoffnung macht Sinn – Recovery und Empowerment in meiner Lebensgeschichte	72
CHRISTINE MORGENROTH: Arbeitsutopien – nur noch jenseits des Marktes?	31	BIRGIT SCHINDLER: Aus Psychosen lernen	79
VOLKMAR ADERHOLD: »Finnisch« denken und handeln – im offenen Dialog	41	ANDREAS GEHRKE: Meine Erfahrungen im Gesundheitsprozess	85
JOOP SMOOR: Über die Gefahr, im Psychiatriebetrieb unterzugehen	51	SIBYLLE PRINS U.A.: Glück auf Antrag – Ein Gespräch	91
URSULA TALKE: Gesund-Sein ist nicht vorgesehen	60	SUSANNE GEFKEN: Initiative ergreifen	102
		IRENE HOPPE: Gesund werden	107
		KARSTEN KIRSCHKE: Auf eigene Faust	111

ELISABETH RICHTER: Erfahrungen, die nicht meine sind – Stimmenhören aus der Perspektive einer Angehörigen	114	MARGRIT FILLIES: Bild	32
SIGISMUND OHEIM: Selbsthilfearbeit hat mich verändert	122	THOMAS RIESNER: Bild	53
MARINA SCHNURRE: Leben wie nie zuvor	126	ROSALIA LEECK: Erwachtet (Objekt)	65
PETER MANNSDORFF: Künstlerisches Schaffen und psychische Gesundheit – von drinnen nach draußen	131	LISA MEYER ZU BRICKWEDDE: Bild	81
ANGELICA SEITHE-BLÜMER: Schöpferisches Schreiben als Ressource	137	DESPINA PAPADOPOULOU: Bild	90
SASCHA HEUER: Frau Winter hinter der Mauer – Wie Theater und Theatertherapie auf die gesunden und kranken Anteile des Menschen wirken können	149	STEFAN SCHIFT: Bilder	101/117/130
SIBYLLE PRINS: Wie gesund bin ich eigentlich?	154	STEFANIE CLEMENT: Fisch gegen Seestern	106
KURT TUCHOLSKY: Rezepte gegen Grippe	182	IRENE HOPPE: Bilder	108/109
		KARSTEN KIRSCHKE: Bild	113
		REGINA SCHMICK: An die Arbeit gehen	120
		EVELINE HERBER: Bild	125
		PETRA BLUME: Bilder	140/148
		AGRI MAENNER: Rückkehr	160
		EDELTRAUD BONK: Bild	162
		FRANCO SORIC: Die einsamen Menschen sind voller Stille	163
GÜNTER NEUPEL: Bilder	13/181	KARSTEN KIRSCHKE: Wenn & Aber	164
GABI: Bild	23	HARTMUT SELLE: Der Schein / Stillstand	165
VERENA LIEBERS: »Gesund« – das klingt irgendwie rund	24		

Gedichte · Bilder · Texte

CONSTANZE WEILAND: Auf den Weg gebracht 166

Buchbesprechungen · Anhang

FRANCO SORIC: Außenseiter 167

RONALD MUNDHENK ZU MANFRED LÜTZ: »Irre!
Wir behandeln die Falschen« 191

ALEXANDER PETER: Bild 168

JÜRGEN BLUME ZU BURKHART BRÜCKNER:
»Geschichte der Psychiatrie« 196

MARTIN STOFFEL: Engel 169

JUTTA LINDNER: Mondkind (Objekt) 178

KLAUS WENDLER ZU M. ALBERT U. K. HURRELMANN :
»16. Shell Jugendstudie« 197

ROBERT GERNHARDT: Noch einmal: Mein Körper 190

FRITZ BREMER ZU FRITZ OHRTMANN:
»Es gibt keine Mauern - Gedichte« 200

Kurzgeschichten & kurze Geschichten

JOCHEN SCHOENFELD ZU MONIKA GOETSCH:
»Wasserblau« 201

MARTIN STOFFEL:

Gespräch zwischen den Welten 158

FRITZ BREMER ZU SABINE PETERS:
»Feuerfreund« 202

GISELA NOY: Der Rufer 170

Herzlichen Dank
an die Autorinnen und Autoren 205

SABINE PETERS: Herzkram 173

MICHAEL AUGUSTIN: Koslowski und die
anderen – Prosaminaturen 179

Schreibaufwurf: Brückenschlag 28 211

PETER FRIEDRICH: Das Loch in der Brust oder
Wie ich den 7-Tage-Mau-Mau-Wettkampf
gegen Onkel Fritz verlor 185

Symptomatisches aus Neumünster?

Beim Schreiben der Themenvorschau für diesen Brückenschlag »Gesund werden – gesund bleiben« Ende 2009 dachte ich: Ja, wir sind schon weit gekommen mit unseren Bemühungen um eine gute sozial-psychiatrische Entwicklung in dieser Stadt. Hier in unserer Arbeit, in den alltäglichen Begegnungen – nicht nur in der »Brücke« – kann ich beobachten und miterleben, dass psychisch erkrankte Menschen nicht mehr nur mit ihren Defiziten, sondern vor allem und zunehmend mit ihren Begabungen wahrgenommen werden. In vielen Situationen werden sie nicht mehr nur als Fremde oder als »Randgruppe« gesehen, sondern eher als Menschen, deren besondere Erfahrungen auch Bedeutung für andere haben. Wir konnten in der gemeindenahen Arbeit gemeinsam Räume schaffen, in denen auch chronisch psychisch erkrankte Menschen Teilhabe und Mitwirkung entdecken und erproben. Das gilt, dachte ich, vor allem für die »Offenen Hilfen« – Begegnungsstätte, Beratung, Gruppenangebote, Veranstaltungen. Täglich können psychiatrienerfahrene Menschen in Arbeits- und Selbsthilfegruppen, beim Tresendienst, in dialogischen Seminaren, kulturellen Veranstaltungen u.a. Selbstwirksamkeit erleben. Dadurch entstehen – wie die Literatur belegt und wie wir praktisch erfahren – Schutzfaktoren für psychische Gesundheit.

Viele Betroffene fanden hier im Laufe der Jahre die Anregungen dazu, Herausforderungen anzunehmen, ihre Lebenssituation besser zu verstehen und Bedeutung für sich und andere zu gewinnen. Wir konnten durch die systematische Weiterentwicklung der Psychose-Seminar-Arbeit viele psychiatrienerfahrene Menschen und Angehörige dazu ermutigen und darin unterstützen, von ihren Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und mit Genesungsprozessen in öffentlichen Veranstaltungen zu berichten. Ja, dachte ich, sie werden angehört, sie beantworten Fragen, ihre Erfahrungen werden wirksam für andere – der Dialog wird lebendig.

Seit 2001 fördern wir in der »Brücke Neumünster« zudem die Entwicklung trialogischer Mitwirkung, das heißt, es gibt gewählte Sprecher in allen Einrichtungen, regelmäßige Treffen der Sprecher, Delegierte der Sprecher im Qualitätszirkel usw. Im Rahmen der vom Land Schleswig-Holstein geförderten Inklusionsprojektarbeit »Gemeinsam füreinander« organisieren wir trialogische Informationsveranstaltungen in der Volkshochschule, unterstützen von psychiatrieerfahrenen Menschen initiierte Gruppenangebote, koordinieren Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern und vieles mehr.

Ja, dachte ich Ende 2009, es gibt gute Gründe zu hoffen, dass durch eine entsprechende Veranstaltungs- und Gesprächskultur psychische Erkrankungen weniger mystifiziert und tabuisiert werden, dass durch die Förderung von selbstbewusster Mitwirkung und Teilhabe an öffentlichen Veranstaltungen immer mehr psychisch erkrankte Menschen als Personen, die etwas zu sagen haben, sichtbar werden. Unsere konkrete Erfahrung in der Arbeit der vergangenen zehn Jahre – intensiviert im Rahmen der Projektarbeit seit 2007 – ist: Je ermutigter und mutiger psychisch erkrankte Menschen sich öffentlich mit ihren Erfahrungen äußern, desto mehr stärkt das ihre Gesundheit (ihr Kohärenzgefühl) und hilft zugleich anderen, zu neuen Einsichten über psychische Gesundheit und Krankheit zu gelangen.

Und während ich schrieb, war mir klar, dass eine ganz besonders wichtige Voraussetzung für diese emanzipative gesundheitsfördernde Arbeit – für dieses »Gesund werden und gesund bleiben« – die »Offenen Hilfen« sind.

Woran ich damals zwar auch dachte, es aber doch eher befürchtete, geschah dann in der Folge. Seit Anfang 2010 wurden in Verwaltung, Politik und Bevölkerung mit wachsender Intensität die Haushaltsdefizite in Stadt und Land und die deshalb geplanten Sparmaßnahmen diskutiert. Und weil mir scheint, dass die Entwicklung in Neumünster kein Einzelfall ist, will ich hier Folgendes berichten: Im September 2010 machte die Verwaltung ca. 1000 Sparvorschläge – einer davon war die 20%ige Kürzung des städtischen Zuschusses für die »Offenen Hilfen«, die unsere Arbeit in dem oben beschriebenen so wichtigen Bereich gefährden wür-

de. Wir wollten uns gegen diesen Kürzungsvorschlag und den drohenden Beschluss zur Wehr setzen. So führten wir Gespräche mit dem Oberbürgermeister, mit Kommunalpolitikern, stellten in einer Einwohnerversammlung mit Erfolg einen Antrag gegen die Kürzung, organisierten über sechs Wochen jeden Donnerstagnachmittag Protest vorm Rathaus. Die gewählten Begegnungsstätten-Beiräte verfassten mit Ex-In-Vertretern eine Petition an den Oberbürgermeister. Darin heißt es: »Die Begegnungsstätte ist für viele Betroffene hier in Neumünster ein Ort, in dem eine familiäre Gemeinschaft sich positiv auf die seelische Erkrankung auswirkt. Das ist gerade in Zeiten knapper finanzieller Mittel und sozialer Ausgrenzung ein Konzept aktiver Lebensgestaltung und eine große Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Für viele Bürgerinnen und Bürger, die zum ersten Mal eine seelische Krise durchlaufen, ist sie eine Anlaufstelle zur Wiedereingliederung ins normale Leben. Sie hilft bei der Bewältigung akuter Krisen.«

Mit dieser Petition wurden 1.258 Unterschriften für die Arbeit in der Begegnungsstätte gesammelt – zur Einordnung: Neumünster hat ca. 80.000 Einwohner.

Über die Erfahrung dieser Wochen schreibt eine Kollegin: »Es war spürbar, dass ein besonderes Gemeinschaftsgefühl entstand. BesucherInnen wurden aktiv, weil es um ihre Interessen und Rechte ging – und weil sie sich auf die anderen verlassen konnten. Die Gespräche auf der Straße gaben Rückhalt und Auftrieb. Die BesucherInnen konnten wahrnehmen, dass andere BürgerInnen ihnen auf Augenhöhe mit Respekt, ohne Vorbehalte, begegneten. Aktivität, sich für selbst und andere einsetzen können, steuert den Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegen. Ein Garant für Stabilität und psychische Gesundheit.« (14.1.2011)

Am 30. November 2010 beschloss – gegen all diese Einwendungen – die Ratsversammlung mit den Stimmen von CDU und SPD die vorgeschlagene 20%ige Kürzung der Mittel. Dieser Beschluss wird den Bestand und erst recht die Entwicklung der Arbeit gefährden.

Vor 27 Jahren wuchs die Idee zum »Brückenschlag« in derselben Begegnungsstätte. Hier entstanden viele hilfreiche Ideen.

Während Krankenkassen bei der Auswertung ihrer Daten zu dem Ergebnis kommen, dass psychische Erkrankungen eine immer größere Rolle spielen, werden allzu oft naheliegende, Möglichkeiten der Stärkung und Förderung psychischer Gesundheit nicht erkannt, nicht entwickelt oder geschwächt – durch Sparmaßnahmen, durch Dokumentationszwänge, durch Methoden der Rationierung von Leistungen (Behandlung, Betreuung), durch Einengung von Handlungsspielräumen, durch Steuerung und vieles mehr.

Mir scheint, die aus dem Mikrokosmos Neumünster berichteten Ereignisse sind Symptom einer eskalierenden Entwicklung, die deutlich macht, dass Gesundheit abhängig ist von wirtschaftlichen und politischen Machtverhältnissen und Zwängen. Die in den vergangenen dreißig Jahren erarbeiteten Fortschritte, die vielfältig geknüpften Netzwerke, die vielfältigen Erfahrungen könnten und sollten jetzt erfrischend und konstruktiv-erneuernd wirksam werden, auch wenn es offenbar aktuell gilt, sich in der Spannung zwischen dem möglichen neuen Schwung und widrigen Umständen zurechtzufinden. Unser Ziel bleibt eine demokratische und emanzipative Form der Gesundheitsförderung auf der Grundlage von Mitwirkung, Dialog und Inklusionsorientierung. Nicht Selbstmanagement- und Wellness-Kultur ist unser Anliegen, sondern ein aufgeklärter und selbstbewusster Umgang mit psychischer Erkrankung als Teil der Lebensgeschichte.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, allen Künstlerinnen und Künstlern, die mit ihren Gedanken, Texten und Bildern diesen Brückenschlag ermöglicht haben.

■ Fritz Bremer, im Januar 2011



GÜNTER NEUPEL, »Kraft meines verborgenen Lebens«,
Stifte und Plakafarben auf Papier

Jürgen Schiedeck /
Martin Stahlmann

Imperative der Gesundheitsgesellschaft

*»Der Körper ist nun unbestreitbarer Privatbesitz
und es ist am Besitzer,
ihn zu pflegen und zu kultivieren –
wie einen Garten;
es gibt niemanden,
der für wucherndes Unkraut
oder fehlende Bewässerung
zur Rechenschaft zu ziehen wäre.
Er muss die Kontrolle übernehmen,
doch im Grund ist er es,
der kontrolliert wird.«
Zygmunt Bauman*

Hat jemand Geburtstag oder hören wir auch nur ein Niesen, so wünschen wir ›Gesundheit‹. Prostern wir uns zu, so natürlich auf die ›Gesundheit‹ und auch zum Abschied geben wir noch ein ›Bleib gesund‹ mit auf den Weg. Gesundheit ist offensichtlich positiv besetzt. Wer ist schon lieber krank als gesund? Gesundheit erscheint als überzeitliche und anthropologische Voraussetzung des ›guten Lebens‹ schlechthin. Erst Gesundheit macht Leben in vollem Umfang lebenswert und ermöglicht eine Entfaltung des Daseins in all seinen Facetten. ›Gesundheit‹, so die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits am 22.

Juli 1946, »ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen«. Damit ist aber noch nicht einmal im Ansatz geklärt, was Gesundheit denn eigentlich ausmacht.

Im Folgenden möchten wir zeigen, dass sich Gesundheit nicht – wie es unserem Alltagsbewusstsein entspricht – ihrem ›Wesen‹ nach bestimmen lässt, sondern als soziale Konstruktion und Bestandteil einer Machtkonstellation zu betrachten ist. Jenseits einer Ontologisierung von Gesundheit sind Fragen des Körpers, seiner Ästhetik und Optimierung in der »Gesundheitsgesellschaft« (Kickbusch 2008) von zentraler *psychosozialer* Bedeutung. Gesundheit ist zum allgegenwärtigen Thema geworden und dringt in immer mehr Bereiche der Lebenswelt ein. Eine neue Biopolitik – so die These – bedient sich dabei subtiler, individualisierter und privatisierter Mechanismen und konstituiert so ein neues Körperregime.

Mit Foucault lässt sich diese Entwicklung als Entstehung eines ›Gesundheitsdispositivs‹ verstehen. Ein Dispositiv ist nach Foucault ein komplexes Gefüge, »das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze [...] umfasst. [...] Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann« (Foucault 1978, S. 119 f.).

In einem solchen Netz etablieren sich beispielsweise neue Institutionen (Fitnessstudios, Wellnessoasen), Dienstleistungsangebote (Gesundheitschecks, Gesundheitstourismus) und Produkte (Gesundheitsmagazine, Fitnesspräparate), die jeweils spezifische (neue) Handlungsmuster und Denkweisen der Individuen nach sich ziehen. Dies hat tiefgreifenden Einfluss auf »die Art und Weise, wie Subjekte unter Anleitung wissenschaftlicher, medizinischer, moralischer, religiöser und anderer Autoritäten und auf der Grundlage gesellschaftlich wirksamer Körper- und Geschlechterordnungen, Gesundheits- und Krankheitskonzepte ihre eigene Existenz zum Gegenstand praktischer Bearbeitung machen« (Lemke 2007, S. 151).

An vier Erscheinungen wollen wir aufzeigen, wie das Gesundheitsdispositiv spezifisches Wissen darüber erzeugt und verbreitet, was Gesund-

heit ›ist‹ und wie sich Subjekte zu präsentieren, auf sich selbst einzuwirken und mit ihrer Sozialwelt in Beziehung zu treten haben, um als ›gesund‹ zu gelten und sich selbst als ›gesund‹ betrachten zu können.

Ästhetisierung – Gesundheit als Lebensstil

In der Gesundheitsgesellschaft verliert Gesundheit den Status der Natürlichkeit. Sie ist nicht länger als Geschenk nur passiv ›hinzunehmen‹, sondern wird zu einem Gestaltungsprojekt. Dabei kommt es zu einer dialektischen Verknüpfung von Gesundheit und Ästhetik. Bei der angeblich die Gesundheit erhaltenden Fitness geht es nicht mehr allein um Herz-Kreislaufprophylaxe oder normale Blut- und Cholesterinwerte. Es geht auch um eine Art ästhetisierte Gesundheit, die äußerlich sichtbar sein muss. Der fitte, durchtrainierte ›body‹ wird zum Aushängeschild für Gesundheit, zum Lifestyle-Attribut: »Wellness ist insofern die bewusste und demonstrativ ausgestellte Gesundheit, eine Gesundheit, die man aktiv verfolgen, statt passiv und unwissentlich genießen soll.« (Greco 2004, S. 294)

Der ästhetische Aspekt bleibt aber nicht bloßes Oberflächenphänomen, sondern wird zum festen Bestandteil einer neuen »Gesundheitsnorm« (ebd.). Daraus ergibt sich ein doppelter Verweisungszusammenhang: Ästhetik (Attraktivität) wird zur Chiffre für Gesundheit und umgekehrt. Wer nicht ›schön‹ ist, ist auch nicht ›gesund‹.

Der normative Druck der Gestaltbarkeit des Körpers geht mittlerweile so weit, dass sich nicht erst der ›Besitzer‹ des Körpers, sondern schon die ›Hersteller‹ im Vorfeld um beste Voraussetzungen zu bemühen haben. Die nach wie vor umstrittene Präimplantationsdiagnostik (PID) schürt bei manchen die Hoffnung, dass Gesundheit und Aussehen schon perfekt in die Wiege gelegt werden könnten. War es ursprünglich die Idee der PID, Leid zu vermeiden, gewinnen nun durch die Verbindung von Ästhetik und Gesundheit Aspekte des »korporalen Designs« (Opitz 2010, S. 143) an Bedeutung: Augen-, Haarfarbe, Intelligenz etc. werden zu optionalen Multiple-Choice-Elementen.

So etablieren sich Körperbilder, die das Ideal des schönen, schlanken

und leistungsfähigen Körpers zum neuen moralischen Wertmaßstab werden lassen (Duttweiler 2003). Als ›Produkt‹ erfolgreichen ästhetischen pränatalen Projekt- und postnatalen Selbstmanagements dient der Körper dem ›Besitzer‹ als prestigeträchtiges Distinktionsmerkmal und wird zu symbolischem Kapital.

Kapitalisierung – Gesundheit als body investment

Ein solcher weit gefasster Kapitalbegriff geht auf Bourdieu (1983) zurück. Er geht davon aus, dass auch in nicht-ökonomischen Lebensbereichen Kapital zum Einsatz kommt, über das sich die Inhaber in einer allgemeinen »Ökonomie der Praxis« soziale und symbolische Profite sichern. Gesundheit – neben Stärke, Schönheit, Hautfarbe – ist in diesem Sinne dann als Körperkapital zu betrachten: *Mens sana in corpore sano* – gesund – schön – schlau. Der Körper als Speichermedium von Zeichen repräsentiert so nicht nur biologischen, sondern auch sozialen Code. Damit wird Gesundheit nicht mehr im Rahmen anthropologischer Logik und Wertigkeit verhandelt, sie wird ökonomischen Kalkülen unterworfen. Aktivitäten zur Förderung und demonstrativen Präsentation von Gesundheit sind Investment und Teil des Humankapitals. Sie treten neben (Aus-) Bildung und werden zur wichtigen Voraussetzung von employability. Körperkapital wird zum maßgeblichen Anlageobjekt des unternehmerischen Selbst, das sich so als kompetenter, flexibler und verantwortungsbewusster ›Leistungsträger‹ ausweist: »Ein gut trainierter Körper mit ausreichend Spannkraft bildet ebenso den physisch sichtbaren Ausweis von Flexibilitätsgeist. Nichts signifiziert bekanntlich eine größere Unbeweglichkeit als Fettleibigkeit« (Opitz 2010, S. 143).

Phänomenologisch gesehen wird damit die Dualität von *Leib*, verstanden als die gegebene Fundamentalebene der Existenz und Zugang zur Welt, und *Körper*, verstanden als materiale Substanz, aufgelöst und auf Letzteren reduziert (Gröschke 1997). Dieser Reduktionismus spiegelt sich auch auf anderer Ebene wider. So kritisiert Gehring eine Entwicklung, die die »ontologische Sonderrolle« (2006, S. 45) der leiblichen Stoffe des Menschen aufhebe und sie zu disponiblen Substanzen mache.

Der Mensch werde auf seinen »Substanzenkörper« (ebd., S 41) reduziert, was einer totalen Körperverwertung Tür und Tor öffne. Gehring schreibt: »Selbst in der Sklaverei ›besaß‹ der Herr *de jure* nur das ganze Individuum. Er besaß den ungeteilten, der Arbeit dienenden Körper des Sklaven, nicht aber sein Fleisch. Eben dieses Fleisch wird heute verwertet: Organe, Zellen, Zellbestandteile, Stücke des Erbgutes und mehr« (Gehring 2006, S. 56).

Zentral ist dieser Aspekt auch in der Diskussion um den ›Biowert‹ (bio-value) und die ›biologische Bürgerschaft‹. Lemke/Wehling konstatieren in diesem Kontext das Entstehen einer »Sozialpflichtigkeit des Körpers« und »bislang unbekannt[e] Verpflichtungen in Bezug auf die individuelle Gesundheit und das konkrete Leiden Dritter« (Lemke/Wehling 2009, S. 87 f.). So schlug der Deutsche Ethikrat 2007 vor, in der Frage der Organspende von mutmaßlicher Zustimmung auszugehen, sofern keine explizite Ablehnung vorliege. Auch wenn dieser Vorschlag auf breite öffentliche Kritik stieß, sehen Lemke/Wehling hierin eine sukzessive »Verschiebung des bioethischen Diskurses weg von individuellen Rechten und subjektiver Entscheidungsfreiheit hin zu Betonung moralischer Pflichten für kollektive Güter und Interessen« (2009, S. 88). Als Bestätigung dieser Annahme ist es zu werten, dass der Ethikrat im Jahr 2010 eine neuerliche Diskussion der Organspende-Problematik initiiert hat. Dabei wird u.a. die Frage aufgeworfen, ob es hierbei eine »Pflicht zur Solidarität« gäbe und wie der Fall vor dem Hintergrund einer bürgerschaftlichen »Verantwortung des Einzelnen im Gesundheitswesen« zu beurteilen sei. (vgl.: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/aeusserungspflicht-zur-organspende>)

Genetifizierung – Gesundheit als asymptomatische Krankheit

Auch dem dritten biopolitischen Aspekt der Gesundheitsgesellschaft geht es um ein planerisches und kontinuierliches Bemühen um Gesundheit. Allerdings führt dies paradoxerweise zu ihrem tendenziellen Verschwinden. Dieser Strang des Gesundheitsdispositivs wird als Genetifi-

zierung bezeichnet. Genetik wird in diesem Diskurs »das zentrale konzeptionelle Modell zur Erklärung menschlichen Lebens und Verhaltens, von Gesundheit und Krankheit, Normalität und Abweichung« (Lemke 2009, S. 1). Der genetische Code gilt als Metaprogramm. Zwar führen ›molekulare Bugs‹ nicht zwangsläufig zum direkten, biologischen ›Programmabsturz‹, sie tragen diesen aber als permanente Bedrohung in sich. Nicht mehr Gesundheit gilt als ›Normalzustand‹ des Lebens, sondern genetisches Risiko. Vor diesem Hintergrund verbietet es sich eigentlich von ›Gesunden‹ zu sprechen, denn es existieren nur noch Risikogruppen. Nur konsequent ist es dann, wenn »das genetische Risiko für eine Krankheit selbst zur Krankheit erklärt wird und man von ›Kranken ohne Symptome‹ zu sprechen beginnt« (Trojan 2007, S. 123).

In dem Maße, in dem es gelingt, genetische Ursachen, Dispositionen für Krankheiten oder Behinderungen zu entdecken, steigen auch Begehrlichkeiten, dieses Risiko zu »managen« bzw. zu minimieren. Was sich in diesem Niemandsland zwischen krank und gesund abzeichnet, ist ein Generalverdacht, unter dem es nur noch Normabweichungen und Risikokonstellationen gibt. Der Körper ist quasi grundsätzlich risikokontaminiert. Damit korrespondiert ein Wandel der traditionellen Vorstellung von Heilung: »An die Stelle einer reaktiven Heilkunst tritt eine präventive und prädiktive Medizin, die sich auf die aktive Verhinderung von Krankheiten spezialisiert und auf die Diagnose von Anlageträgerschaften, Anfälligkeiten und Dispositionen konzentriert« (Lemke 2000, S. 137). Wobei zu betonen ist, dass Risiken keine individuellen Vorhersagen ermöglichen, da sie keine klinischen ›Tatsachen‹ darstellen, sondern es sich um statistische Größen handelt. Zum einen bedeutet diese neue Biomedizin das Ende der (potenziellen) Vollkommenheit des Menschen, denn Rest-Risiken (Mängel im genetischen Code) sind nicht auszuschließen. Zum anderen ist sie aber getragen von der Überzeugung, dass Lebensprozesse auf molekularer Ebene steuer- und gestaltbar sind. Es geht ihr nicht mehr primär um Heilung und Erhaltung von Gesundheit, sondern um ›human enhancement‹ und Optimierung. Die Verbesserung ›Gesunder‹, die Erhöhung ihrer Leistungsfähigkeit und letztlich eine Nutzensteigerung geraten ins Zentrum der Bemühungen.

In letzter Konsequenz könnte sich ein solches Denken wieder mit

Überlegungen zum Ausschalten von Mängeln, d.h. zur Auslese im ›Präembryonenstadium‹ treffen. Aus der Entgrenzung von Krankheit und Gesundheit resultiert daher die nicht unberechtigte Angst vor einer daraus möglicherweise folgenden Diskriminierung z.B. bei psychischer Krankheit oder Behinderung. Diese Befürchtung erhöht den Druck, alle nur erdenklichen Maßnahmen zur ›Gesundheitsvorsorge‹ zu ergreifen, selbst wenn die Folgen krank machen oder ethisch bedenklich sind.

Responsibilisierung – Gesundheit als selbstverantwortliches Körpermanagement

An dieser Stelle greift der vierte Aspekt des Gesundheitsdispositivs. Es ist die Klammer, die die drei bisher behandelten Aspekte verknüpft: die Responsibilisierung, die Verlagerung der Gesamtverantwortung ins Individuum.

Das Gesundheitsdispositiv gliedert sich nahtlos in das Regime neoliberaler Gouvernementalität (Foucault) ein. Macht wird nicht mehr offen repressiv ausgeübt. Sie wird in die Selbstverantwortung des Subjekts verlegt. Als Träger von Selbstverantwortung ›angerufen‹, hat es sich nicht nur um die eigene Gesundheit zu kümmern, sondern muss auch die genetische Verantwortung für seine Nachkommen übernehmen.

Vordergründig verläuft dieser Prozess selbstbestimmt, da das Subjekt vor die Wahl von Alternativen gestellt wird. De facto finden diese Entscheidungen aber unter »diskursiv und normativ bereits stark vorgeprägten Rahmenbedingungen statt« (Wehling 2008, S. 257). Somit besteht die Gefahr, dass die derzeit stark strapazierten Begriffe Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Autonomie in Zeiten eines »therapeutische[n] Regime[s] der Selbstoptimierung« (Lemke 2000, S. 244) zu Leerformeln werden.

Wer heute ein Recht auf Nicht-Wissen einfordert und z.B. Gentests ablehnt, wird schnell mit dem Vorwurf konfrontiert, unverantwortlich und fahrlässig zu handeln, da er hinter seinen Informationsmöglichkeiten zurückbleibe. Die Pflicht zur Information verdrängt zunehmend das Recht auf Nicht-Wissen. Damit erhält die Debatte einen zynischen Char-

akter, denn von der Zuweisung individueller Verantwortung ist es nicht weit zur Zuschreibung individueller Schuld: an fehlender Gesundheit, an Krankheit oder Behinderung.

Angesichts der Tyrannei der Gesundheit greift die unkritische Rede von Selbstverantwortung und Autonomie zu kurz, denn auch sie bedeutet immer eine Verpflichtung auf normative Erwartungen. Wehling (2008) schlägt daher vor, von »reflexiver Autonomie« zu sprechen. Diese hätte nämlich auch die Fähigkeit zu beinhalten, »gesellschaftliche Normierungen (Erwartungen an körperliches Aussehen, Jugendlichkeit, Selbstbewusstsein, Leistungsfähigkeit usw.) nicht nur [zu] erkennen, sondern sich ihnen auch verweigern zu können« (Wehling 2008, S. 270).

Eine kritische Analyse dieser Imperative der Gesundheitsgesellschaft könnte zu dem Schluss führen, dass es zukünftig vielleicht nicht so sehr um ›Gesundheit‹ zu gehen hat, sondern darum, repressive, entmündigende und diskriminierende Strukturen offenzulegen und Möglichkeiten zu schaffen, das Anders-Sein gestalten zu können. ■

Literatur:

- BRÖCKLING, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt/M.
- BOURDIEU, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Soziale Welt, Sonderband 2, Göttingen, S. 183-198.
- DUTTWEILER, ST. (2003): Körpertechnologien – Der Körper als Medium der Subjektivierung. 3. Intern. Grad.-Konferenz Universität Wien »Verkörperter Differenzen«. pdf-Download unter: http://www.univie.ac.at/graduertenkonferenzenculturalstudies/3_konferenz/duttweiler_vortrag.pdf [Abruf: 8.06.2010]
- FOUCAULT, M. (1978): Dispositive der Macht. Berlin.
- GEHRING, P. (2006): Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens. Frankfurt/New York.
- GRECO, M. (2004): Wellness. In: Bröckling, U./ Krasmann, S./ Lemke, Th. (Hg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt, S. 293-299.
- GRÖSCHKE, D. (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik. München (2. Aufl.).
- KICKBUSCH, I. (2008): Die Gesundheitsgesellschaft – eine Herausforderung für Theorie und Praxis. In: Auf dem Weg zur »Gesundheitsgesellschaft«? Gemeinsamer Kongress der österreichischen, deutschen und Schweizer Fachgesellschaften für Gesundheits- und Medizinsoziologie 27.-29. März 2008. pdf download unter: <http://www.fh-joanneum.at> [Abruf: 11.07.2010]
- LEMKE, TH. (2007): Biopolitik zur Einführung. Hamburg.

- LEMKE, TH. (2000): Die Regierung der Risiken. In: Bröckling, U./ Krasmann, S./ Lemke, Th. (Hg.): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt/M., S. 227-264.
- LEMKE, TH./WEHLING, P. (2009): Bürgerrechte durch Biologie? Kritische Anmerkungen zur Konjunktur des Begriffs »biologische Bürgerschaft«. In: Weiß, M.G. (Hg.): Bios und Zoe. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit. Frankfurt/M., S. 72-107.
- OPITZ, S. (2010): Der flexible Mensch. In: Moebius, St. / Schroer, M. (Hg.): Diven, Hacker, Spekulanten. Sozialfiguren der Gegenwart. Frankfurt/M., S. 132-147.
- TROJAN, A. (2007): Medikalisierung der Prävention. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München, S. 117-128.
- WEHLING, P. (2008): Selbstbestimmung oder sozialer Optimierungsdruck? Perspektiven einer kritischen Soziologie der Biopolitik. In: Leviathan 36, S. 249-273.
- <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/aeusserungspflicht-zur-organ-spende> [Abruf: 01.10.2010]



GABI, »Phantasie«, Acryl auf Papier, ca. 28 x 39 cm, 2010