

Arnd Hofmeister

Dimensionen eines kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriffs

An Jahrestagen, aber auch zu anderen festlichen Gelegenheiten, kommt der »Gesundheit« eine zentrale Bedeutung zu. Wir wünschen »Gesundheit«, wir trinken auf die Gesundheit und je älter wir werden, desto häufiger schließen sich Gespräche über die eigene Gesundheit oder die unserer Nächsten an. In diesen Gesprächen geht es aber primär um etwaige Erkrankungen, Gesundheit selbst stellt man lediglich erfreut fest und wechselt das Thema. Gesundheit ist im Alltagsdiskurs also zunächst negativ als Abwesenheit von Krankheit bestimmt, sollte sie hingegen einmal positiv thematisiert werden, dann geschieht dies in der Regel in einem ermahnenden Ton, der zu gesünderem Verhalten hinsichtlich des eigenen Lebensstils auffordert, oder seltener auf ermutigende Art und Weise, einmal auszuspannen, um sich zu regenerieren. Aus der Perspektive des Subjekts, das in einen solchen »positiven Gesundheitsdiskurs« gestellt wird, findet in diesem Diskurs in der Regel eine normative Anrufung statt, in der Gesundheit als unhinterfragtes Ziel gesetzt ist, dem man sich schwer entziehen kann. Das »materiale Apriori« der Kritischen Psychologie (vgl. Holzkamp 1983, 350) macht es uns – auf den ersten Blick – schwer, ein gesundheitsschädliches Verhalten zu begründen: »Wer schadet sich schon bewusst selbst, indem er oder sie seine oder ihre eigene Gesundheit gefährdet?« Tatsächlich tut das jeder und jede – allerdings mit jeweils unterschiedlich großem »schlechtem Gewissen«. Die Widersprüchlichkeit von Gesundheitsdiskursen und -verhalten macht diese so ideologiefähig – und daher zu einem wichtigen Gegenstand von Analyse und Kritik.

Gesundheit scheint für eine kritische Wissenschaft jedoch ein schwieriger Begriff zu sein. Negativ bestimmt kann er Ausgangspunkt von Kritik an krank-machenden Verhältnissen sein, aber positiv bestimmt birgt er gerade in individualwissenschaftlicher Theoriebildung die Gefahr der ideologischen Subjektion. Gesundheitsdiskurse konstituieren ein selbstverantwortliches, handlungsmächtiges Subjekt, das in einer scheinbaren Ermächtigung entmächtigt wird. Die Anordnung dieses Diskurses gerät dabei völlig aus dem Blick.

Klaus Holzkamp hat die Begriffe Gesundheit und Krankheit, in der »Grundlegung der Psychologie« (1983) weder systematisch eingeführt noch überhaupt als Worte in substantivischer oder adjektivischer Form benutzt. Die Leerstelle an einem solch zentralen Aspekt »menschlicher Lebensgewinnung« ist erstaunlich. So hat die Kritische Psychologie stets auch einen Kampf um Begriffe geführt und versucht, diese durch Funktionskritik und kategorial fundierte Reinterpretation neu zu bestimmen. Zudem bildet die gesundheitliche Situation der Arbeiter und Arbeiterinnen einen wichtigen Ansatzpunkt der Kritik an der kapitalistischen Produktionsweise. Karl Marx beschreibt überspitzt im Kapital, dass unter Umständen die Erhaltung von gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen den Kapitalisten ihre Reproduktionsfähigkeit sichert (MEW 23, 506). Am Beispiel der Arbeitsschutzgesetzgebung erläutert er die Widersprüchlichkeit der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft. Der Kampf gegen gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen und die Absicherung gesundheitlicher Risiken ist im 19. Jahrhundert ein zentrales Motiv der Selbstorganisation von Arbeitern und Arbeiterinnen in Arbeitervereinen und in Form der Gesetzlichen Krankenversicherung ein zentrales Element der Befriedung der Arbeiterklasse von oben gewesen (Berlin 1996). Gesundheit und Krankheit als existentielle Bedingungen personaler Handlungsfähigkeit und als möglicher Ausgangspunkt gesellschaftlichen Widerstands sollten vor diesem Hintergrund Teil individualwissenschaftlicher Theoriebildung sein. Sie sind implizit in der Kritischen Psychologie im Begriff der körperlichen Situiertheit (Holzkamp 1993) angedacht, aber im Sinne eines Kampfes um gesellschaftlich bedeutsame Begriffe ein Desiderat Kritischer Psychologie.

Daher möchte ich die Dimensionen eines kritischen Gesundheitsbegriffs im Rahmen kritisch psychologischer Theoriebildung ausloten.¹ In einem ersten Schritt werde ich gesellschaftliche Anordnungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit und ihre subjektivierenden Effekte analysieren. In einem zweiten Schritt zeige ich Ansatzpunkte der Reinterpretation gesundheitswissenschaftlicher Theorieansätze. Beide Zugänge, den eher gesellschaftsbezogenen und den eher gegenstandsbezogenen, werde ich abschließend inhaltlich im Sinne einer Verbindung von »Gegenstands- und Erkenntniskritik« (Maiers 1979) ansatzweise zusammen führen und Perspektiven einer emanzipatorischen Praxis aufzeigen.

1 Unter Begriff verstehe ich wesentlich die Arbeit des Begriffs und weniger eine Festsetzung einer bestimmten Bedeutung. Wenn ich also im Folgenden über den Gesundheitsbegriff reflektiere, dann versuche ich, wesentliche Dimensionen, die mit diesem Begriff in einem Zusammenhang gedacht/begriffen werden können, in ihrem Verhältnis zueinander zu diskutieren.

*Gesundheit als Begriff einer marxistischen Individualwissenschaft
– die gesellschaftliche Ebene*

Der Gesundheitsbegriff ist, wie einleitend skizziert, ideologiefähig. Ohne eine ideologietheoretisch inspirierte Kulturgeschichte des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit schreiben zu wollen, kann man mit Wolfgang Fritz Haug festhalten, dass bereits in der frühen Phase der Menschheitsgeschichte »integrative Gruppenkräfte und Wirkkräfte von Pflanzen und anderen Naturstoffen Anlässe für sich abhebende Stellungen von Ältesten, Medizinmännern oder Kräuterhexen und für die Entwicklung von magischen Techniken [gaben]« (1987b, 17). Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit ist schon damals »herrschaftsanfällig«, aber ist nach Haug eher noch als protoideologisch zu bezeichnen, da er in die Struktur einer horizontalen Vergesellschaftung eingebunden ist (18). Folgt man Michel Foucaults historischen Analysen zum gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Übergang vom Mittelalter zur frühen Neuzeit, so lässt sich ein Paradigmenwechsel festhalten: Eine »medizinische Polizey« entwickelt sich als ein neues Kontrollinstrument des späten Feudalzeitalters und bildet im Übergang zur bürgerlichen-kapitalistischen Gesellschaft ein Element eines neuen Regulations- oder Gouvernamentalitätsregimes (2004, 479ff). Die Gesundheit und ihre Erhaltung, insbesondere die der Bevölkerung als Arbeiter und Soldaten, wird zu einem wichtigen Ziel der (Bio-)Politik (2006) und ist hier in ein ideologisches Fremd-Vergesellschaftungsregime von oben eingebunden. Die Bevölkerung und ihre Gesundheit wird als Gegenstand der Politik konstituiert: Hygiene, Geburtenziffern, Lebensdauer etc. etablieren sich bis heute als Kennzahlen eines umfassenden Steuerungssystems. Fortschritte in der öffentlichen Gesundheit und damit auch in der Lebensqualität und dem Wohlbefinden der Bevölkerung dienen primär dem Verwertungsinteresse und sind im 19. Jahrhundert eingebunden in ein engmaschiges Kontrollregime. Neben diesem Kontrollregime haben sich schon im Mittelalter in den Gilden und im 19. Jahrhundert in freiwilligen, beschäftigungsbezogenen Selbsthilfeeinrichtungen Systeme sozialer Sicherung bei Krankheit oder Invalidität herausgebildet (Busse/Riesberg 2005, 15), die eher einem Modus der Selbstvergesellschaftung folgen. Durch die Bismarcksche Sozialgesetzgebung werden diese emanzipatorischen Entwicklungen in einem »Klassenkompromiss« ideologisch eingebunden. Verwertungs- und Kontrollinteressen stehen in einem Spannungsverhältnis zu entideologisierenden Hilfe- und Solidarstrukturen.

Im deutschen Faschismus, dem »Ernstfall der Normalität« (Haug 1987a, 18) hält der Gesundheitsbegriff weiteren Einzug in den politischen Diskurs. Anknüpfungspunkte bieten die Diskussionen in der bürgerlichen Wissenschaft über die Gesundheit der Arbeiterpopulationen und die Folgen des Pauperismus für den Wohlstand des Staates. Hygienische Begriffe und Krankheitsbegriffe tauchen über-

all auf, wo sich die faschistische Gewalt gegen Widerstand und »nicht-verwertbares Menschenmaterial« zur Wiederherstellung des »gesunden Volkskörpers« richtet. Doch die ideologische Wirkung beschränkt sich nicht nur auf die Naturalisierung gesellschaftlicher Widersprüche, sondern erweitert sich in einem »Zur-Ordnung-Rufen« des Individuums. Sie mobilisiert die Inkludierten: Diese sind aufgerufen, einen schönen, wohlgeformten Körper zu bilden. Gesundheit und Krankheit sind in diesem Diskurs Artikulatoren, die zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Verbindungen herstellen und diese mit Sinn füllen (22). »Offenbar organisiert die Anrufung zur Gesundheit eine Enteignung des Angerufenen, der diese besonders bereitwillig zustimmen. Möglicherweise besetzt Gesundheit eine Stelle von Vergesellschaftungshandeln. Es ist, als wäre anstelle der Werte einer selbstbestimmten Gesellschaft eine Gesellschaft der Werte getreten« (ebd.). Gesundheit wird im Faschismus zu einem zentralen ideologischen Begriff, der die verschiedensten gesellschaftlichen Bereiche organisiert.

Im Neoliberalismus ist das selbstverantwortliche Individuum, das unternehmerische Selbst (Bröckling 2007), zentraler Bezugspunkt von Vergesellschaftungsideologien. Die dispositive Anordnung dieser politischen Technologien funktioniert über zwei komplementäre Strategien der Objektivierung und der Subjektivierung. So wird die Bevölkerung in detaillierten Studien zu ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten untersucht, sei es bezogen auf die Geburtenraten, das Essen, den Alkoholkonsum, die Bewegung etc., um daran anschließend entweder Gesetze zu entwerfen, dieses zu regulieren (z. B. Diskussionen um Junk-Food-Steuern in den USA), oder Programme aufzulegen, in denen der Bevölkerung zielgruppenspezifisch verschieden mitgeteilt wird, wie sie sich gesundheitsbewusst zu verhalten habe. Das Individuum sieht sich in eine Anordnung gestellt, in der es als »gesundes Subjekt« zur Ordnung gerufen wird und sich als solches konstituiert (vgl. Hofmeister 2005).

Neben diesen am Gesundheitsverhalten ansetzenden Strategien, in deren Zentrum das selbstverantwortliche Individuum steht, wird auch das über Jahrzehnte gewachsene, umkämpfte und reformierte fordistische System gesundheitlicher Sicherung nach neoliberalen Prinzipien umgebaut. Mit einem »Wettbewerbsstärkungsgesetz« (BMG 2006) wird das Konkurrenzprinzip ins Zentrum eines Solidarsystems implementiert.

An die Stelle der alten wohlfahrtsstaatlichen Autorität, die gesellschaftliche Gesundheitsrisiken zu kompensieren suchte, tritt in der neoliberalen Ökonomie des Risikos der mündige Patient als aktiver Nachfrager und souveräner Konsument. Auf diese Weise kann sich die Rationalisierung medizinischer Leistungen sogar als Rationalisierung präsentieren: Der »König Kunde« weiß ohne staatliche Bevormundung, angeleitet allein durch die Gesetze des Marktes, selbst am besten, welche medizinischen Leistungen man sich »sparen kann«. (Lemke 2000, 252)

Entsprechend verbindet sich die reduzierte Grundversorgung mit einer Reihe von Wahlmöglichkeiten und –notwendigkeiten (von Zusatzversicherungen), die die Einzelnen als verantwortliche Entscheidungsträger anruft: »Was ist Ihnen Ihre Gesundheit wert?«

Es erfordert differenzierte Analysen der Erfahrungen als Patientin im »neoliberalen Gesundheitssystem«, die über die subjektive Unmittelbarkeitsfixiertheit hinausgehen und beispielsweise die langjährigen Erfahrungen der Patientenselbsthilfe und gewerkschaftlich organisierter Pflege produktiv aufgreifen, um an einer »Selbstvergesellschaftung« im Gesundheitssystem zu arbeiten und nicht ein wohlfahrtsstaatlich-paternalistisches Gesundheitssystem naiv zu glorifizieren. So bestehend »paranoide Analysen« einer totalitären »genetischen Gouvernementalität« (Lemke 2000) wirken, so lähmend sind sie, weil in ihnen Zukunft immer schon gemacht ist und Widersprüche in diese totalitäre Anordnung integriert sind, anstatt die Geschichte und Gegenwart als Produkt politischer Kämpfe zu begreifen (Hofmeister 2005). Stattdessen wäre eine konkrete »Utopie der Negation der bürgerlichen Negation des Gesellschaftlichen« (Markard 1997, 38) gegen die neoliberale Anrufung zu entwickeln. Die Kategorien Kritischer Psychologie sind dazu angetan, »Praxisanalysen« des Gesundheitssystems zu erstellen und die widersprüchlichen Handlungsmöglichkeiten der Subjekte darin herauszuarbeiten, um eine emanzipatorische Praxis denkbar werden zu lassen.

Jenseits eines biomedizinischen Begriffs von Gesundheit und Krankheit – Ansätze zur Reinterpretation gesundheitswissenschaftlicher Konzepte

Gesundheit steht in der vorhergehenden Analyse für gesellschaftliche Anordnungen und Praxisverhältnisse im Sinne von Bedingungs-Bedeutungsanalysen. Gesundheit taucht aber gleichzeitig als Konzept in psychologischer Theoriebildung auf, insofern ist im Sinne von Kritik und Weiterentwicklung zu prüfen, ob Reinterpretationen dieser Konzepte einen kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriff denkbar werden lassen.

Im wissenschaftlich-professionellen Diskurs sind Gesundheit und Krankheit primär biomedizinisch bestimmt. Krankheit wird hier als das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden, als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer Regelgröße verstanden und auf bestimmte Ursachen innerer oder äußerer Schädigungen zurückgeführt (vgl. Schmidt/Unsicker, 2003). Die Kritische Psychologie hat systematisch die biologische Grundlage des Menschen in ihre Kategorientwicklung einbezogen und kann deshalb an einer solchen Bestimmung

ansetzen, ohne sie unkritisch zu übernehmen. Sie begreift die biologisch-materielle Grundlage des Menschen in ihrer ökologisch-evolutionären Form als Grundlage, Ausgangs- bzw. Übergangspunkt für die menscheitsgeschichtliche Entwicklung und gesellschaftlich formierte bzw. vermittelte Dimension personaler Handlungsfähigkeit. Mit diesem Verständnis der *gesellschaftlichen* Natur des Menschen liegt Kritischer Psychologie ein rein biomedizinisches Gesundheits- und Krankheitsverständnis fern. Krankheit kann in einem solchen Kategorialapparat nicht lediglich als körperliche Funktionsstörung genetischer, mikroorganismischer, physikalischer, mechanischer oder biochemischer Natur betrachtet werden. Die begriffliche Trennung von »biologisch« einerseits und »sozial/gesellschaftlich« andererseits in herkömmlichen Definitionen von Gesundheit und Krankheit greift begrifflich zu kurz. Für den Gesundheits- und Krankheitsbegriff ist eine Verbindung/Vermittlung beider Aspekte notwendig.

Aus einer an kritischer Gesundheitswissenschaft interessierten Sicht stellt sich die Frage, ob die Kritische Psychologie das komplexere Verständnis von Gesundheit als »Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche« (WHO 1948) der Weltgesundheitsorganisation übernehmen könnte. Diese Definition ergänzt erstmalig systematisch die biomedizinischen durch psychische und soziale Aspekte. Im »biopsychosozialen Gesundheitsbegriff« (Blättner 1998, 81) wird dies systematisch ausgearbeitet. Diese Ausarbeitung unterschreitet jedoch die theoretische Komplexität kritisch-psychologischer Begriffsbildung, da die drei Komponenten der »biopsychosozialen Einheit Mensch« unvermittelt nebeneinander stehen und nicht in ihrer Verschränkung konzeptualisiert werden.

Die Handlungsregulationstheorie definiert »Gesundheit als dauerhafte Weiterentwicklung und Erhalt der menschlichen Handlungsfähigkeit« (vgl. Greiner 1998, 46f) und bietet somit in der Gesundheitswissenschaft Ansatzpunkte für einen kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriff. »Entwickelte Handlungsfähigkeit« wird als Fähigkeit bestimmt, langfristige Ziele zu bilden, stabil-flexibel mit sich verändernden Umweltbedingungen umzugehen sowie körperliche Prozesse und Handlung zu integrieren (vgl. Ulich/Wülser 2005, 49). Die Begrenzungen eines solchen Begriffs von Gesundheit und Handlungsfähigkeit liegen wiederum in ihrer Beschränkung auf die operationalen Aspekte menschlicher Lebensgewinnung. In gesundheitswissenschaftlichen Analysen insbesondere von Arbeitsprozessen arbeiten diese Theoretiker Regulationsbehinderungen und deren gesundheitsschädigende Folgen im Arbeitsprozess heraus, blenden dessen gesellschaftlichen Kontext aber aus. Zwar werden der Prozesscharakter von Gesundheit und Aspekte krankmachender Verhältnisse jenseits ihres biomedizinischen Verständnisses beleuchtet, »gesellschaftliche Bedeutungen« kommen aber nur als »individuelle [Lern-]Ziele« (Holzkamp 1993, 169) in den Blick. Eine weitere

Schwäche dieses Ansatzes besteht in der Gleichsetzung von Gesundheit und erhaltener bzw. erweiterter (individueller) Handlungsfähigkeit. Der Aspekt leiblich erlebten Leidens verschwindet dabei gänzlich, ist aber für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit bedeutsam (vgl. etwa Holzkamps Analysen zur körperlichen Situiertheit, 1993, 252ff).

Gleichwohl ist in dieser Definition von Gesundheit und Krankheit als Erhalt und Weiterentwicklung menschlicher Handlungsfähigkeit eine wesentliche Grundlage für einen möglichen kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriff gelegt. Das kritisch-psychologische Begriffspaar verallgemeinerte vs. restriktive Handlungsfähigkeit ist eine Vermittlungskategorie, die den Zusammenhang von gesellschaftlicher und individueller Reproduktion thematisiert. Dem folgend kann Gesundheit im Kontext Kritischer Psychologie nicht bloß als biologischer, psychologischer oder sozialer Begriff, sondern muss als gesellschaftlicher Begriff verstanden werden.

Um der Verhältnisbestimmung »Natur/Kultur« begrifflich näher zu kommen, könnte man in einer Paraphrasierung Holzkamps (1983, 246) formulieren: »Wenn also ein menschliches Individuum beispielsweise durch ›Krankheit‹ (Paraphrasierung durch A.H.) als ›sinnlich vital‹ beeinträchtigt oder gefährdet charakterisierbar ist, so leidet es nicht isoliert ›an der Erkrankung‹ (s. o.) als spezielle (leiblich erlebte Spannung oder Leiden), sondern leidet *darin* und *gleich elementar* an seiner Ausgeliefertheit an eine Situation, in welcher es so *weitgehend von der vorsorgenden Verfügungen über seine Lebensbedingungen abgeschnitten ist, dass es krank ist*: Seine Bedürfnisse haben damit nicht nur den ›*sinnlich vitalen*‹ Akzent (...), sondern als ‚menschliche‘ Bedürfnisse auch den ›*produktiven*‹ Akzent als subjektive Notwendigkeit der Wiedererlangung eines Grades bewusster Bedingungsverfügung.« Krankheit ist in diesem Zusammenhang sowohl als Verlust von Handlungsspielräumen als auch möglicherweise als Erkenntnis meiner »Nicht-Verfügung« über spezifische »körperliche Prämissen« zu begreifen. Körperliches Leid und gesundheitliches Wohlbefinden auf ihre biomedizinischen Aspekte zu reduzieren, ist eine falsche Abstraktion; erst ihr psychisches Erleben und Verarbeiten im gesellschaftlichen Kontext ermöglicht ein gegenstandsadäquates Verständnis des je individuellen Erlebens und Erleidens. Gesundheit und Krankheit auf einem unspezifisch biosozialen Niveau zu betrachten, verkennt ihre gesellschaftliche Natur: »Abgelöst vom Menschen und seinem gesellschaftlichen Lebensprozess hat Biologisches keinen Sinn« (Sigusch 1988, 189).

Dimensionen eines kritisch-psychologischen Gesundheitsbegriffs

Handlungsfähigkeit ist in der Kritischen Psychologie keine normative, sondern eine analytische Kategorie. Verallgemeinerte Handlungsfähigkeit ist kein Zustand, der

erreicht werden kann und dessen Erreichbarkeit gemessen werden könnte, sondern dient als Leitfrage dazu, im Bestehenden Perspektiven einer Kontrolle gesellschaftlicher Verhältnisse aufzudecken. Ähnlich ist auch Gesundheit als analytischer Begriff zu entwickeln. Dabei wäre (reinterpretativ) auszuführen, wie physiologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Dimensionen ›je meines‹ Wohlbefindens und ›je meiner‹ (Nicht-)Verfügung über körperliche wie gesellschaftliche Prämissen meiner personalen Handlungsfähigkeit in einem Zusammenhang zu begreifen sind.

Die normative Grundlage beider Begriffe liegt auf einer gesellschaftspolitischen Ebene und weniger auf der begrifflich-kategorialen (außer im Sinne einer Begriffspolitik), nämlich in dem Imperativ, »alle Verhältnisse umzuwerfen, in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist« (MEW 1, 385). Kritik setzt dort an, wo der Mensch an die Verhältnisse ausgeliefert ist und die gemeinschaftliche Verfügung über die Bedingungen der eigenen Bedürfnisbefriedigung und die Kontrolle über die Bedingungen der eigenen Gesundheit beschnitten ist. Gesellschaftskritisch über Gesundheit zu sprechen, scheint in einem Spannungsverhältnis zur existentiellen Bedeutung zu stehen, die Gesundheit und Krankheit für Menschen hat, stellen doch schwere Krankheiten das mit ihnen verbundene Leid in den Vordergrund und nicht so sehr den Verfügungsverlust. Um es salopp zu formulieren: »Die pralle Unmittelbarkeit des Leidens scheint auszuschließen, dass Gesellschaftlichkeit hier eine Rolle spielt«. Unter Bezug auf Elaine Scarry (1992) lässt sich jedoch der Verfügungsverlust als ein wesentliches leidproduzierendes Moment auch im Schmerz verstehen: »Nämlich die Unerträglichkeit ihrer (der Leidenden; A. d. A.) Situation anzuerkennen und ihr Klagen über ihren Schmerz als Versuch zu begreifen, ihn, wie es bei Scarry heißt, ›aus dem Körper heraus in die Welt‹ zu holen, zu objektivieren, und auf diese Weise dafür zu sorgen, dass ihre Leidenserfahrungen nicht eingeschlossen bleiben, sondern Eingang in die ›metasubjektive Verständigung‹ finden, das heißt, zu einem menschlicheren Umgang mit dem Leidenden finden« (Osterkamp 1995, 855). Leiden an der »totalen Ausgeliefertheit an die Umstände« (Holzkamp 1983, 236) bedeutet hier neben dem unmittelbaren Schmerz auch Leiden an Verständigungsschwierigkeiten über Grenzen von Heilung zwischen ›überhöhten Hoffnungen‹ und ›grandiosen Machbarkeitsversprechen‹ der Medizin, der Akzeptanz der eigenen Endlichkeit und Aufrechterhaltung der ethisch-politischen Forderungen nach bestmöglicher Versorgung und Unterstützung.

Auf begrifflicher Ebene ist deutlich geworden, dass Gesundheit neben einem unmittelbar erlebten körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden im Sinne Kritischer Psychologie immer auch eine Verfügung über die Bedingungen der eigenen Gesundheit beinhaltet. In seinen Ausführungen zur körperlichen

Situiertheit hat Holzkamp (1993, 253ff) auf die Diskrepanz des physiologischen Zugriffs auf den Körper vom Drittstandpunkt und konkreten Erfahrungen der Körperlichkeit vom Subjektstandpunkt hingewiesen und deutlich gemacht, dass beide Perspektiven nicht irreführend vermischt werden sollten. Kritische Psychologie hat hier kontinuierlich Begriffsarbeit zu leisten. Analytisch sind diese beiden Standpunkte voneinander zu trennen. Subjektwissenschaftlich sind dann körperliche »Verfügungsgrenzen, Behinderungen, Widerständigkeiten, Undurchschaubarkeiten« (257) als Prämissen meines begründeten Handelns zu begreifen.

Auf gesellschaftlicher Ebene ist deutlich geworden, dass Gesundheit als Begriff in hohem Maße ideologieanfällig ist. Der Gesundheitsdiskurs steht im Spannungsfeld einer ideologischen Fremdvergesellschaftung von oben und einer Selbstvergesellschaftung von unten. Verfügung über die Bedingungen der eigenen Gesundheit ist angesichts der komplexen Wissens-, Macht- und Herrschaftsstrukturen in einer arbeitsteiligen Gesellschaft mit einem hochdifferenzierten Gesundheitssystem weder auf die Wahlfreiheit von Versicherungspolice noch auf gesundheitsbewusstes Verhalten zu reduzieren.

In der Analyse und Entwicklung von (individueller) Handlungsfähigkeit ist differenziert darüber zu diskutieren, welche Fragen ich auf welcher Ebene mitentscheiden kann und will. So sind die Erfahrungen als »Patientin im neoliberalen Krankenhaus« (F. Haug 2003) widersprüchlich. Der Leib des Individuums sollte kein bloß physisches Objekt medizinischer Eingriffe sein und die »Festschreibung der Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten [sollte] zunächst als historische Errungenschaft angesehen werden« (Graumann 2003, 52). Zugleich ist das Individuum in der Regel kein medizinischer Spezialist und meistens überfordert, wenn es sich zwischen Behandlungsweisen mit unterschiedlichen Erfolgswahrscheinlichkeiten entscheiden soll (F. Haug 2003). Die Anrufung als selbstverantwortliches Subjekt, das die Entscheidungen zu fällen hat, kann individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit erweitern, aber auch – nicht zuletzt in Abhängigkeit von der Erkrankung – lähmend wirken. Es gilt, das Konzept der Selbstbestimmung in einem solidarischen (Gesundheits-)System gegen einen Begriff der Selbstverantwortung in einem neoliberalen, entsolidarisierten System der Eigenvorsorge zu verteidigen und in individuellen und kollektiven Selbst- und Mitbestimmungsprozessen immer wieder neu zu bestimmen. Dabei gilt es, achtsam die Anordnungen zu kritisieren, in denen Menschen im Namen ihrer Gesundheit zur Ordnung gerufen werden. Dagegen sind kollektive, selbstvergesellschaftende Praxen zu stellen, in denen Individuen gemeinsam die Verfügung über die Bedingungen ihrer Gesundheit erweitern. In diesem Sinne ist für eine solidarische Gesellschaft mit einer Gesundheitsversorgung zu kämpfen, die Subjekten Verfügung über die Bedingungen ihrer eigenen Gesundheit ermöglicht.

Kritische Psychologie sollte als Individualwissenschaft auch den existentiellen Aspekt des Gesundheitsbegriffs berücksichtigen. Ernst Bloch hat den Tod als die stärkste Nicht-Utopie (1985, 1297) bezeichnet. Die eigene Endlichkeit ist als eine wesentliche Dimension des Menschseins zu begreifen. Wer hier nicht theologisch werden will und mit Theodor Wiesengrund Adorno die Auferstehung des Fleisches (1966, 207) als materialistische Sehnsucht denkt, muss sich diesem Existenzial stellen. Dies zwingt keineswegs dazu, es zum Ausgangs- und Fluchtpunkt des eigenen Denkens zu machen und als zentrale Instanz der Sinnstiftung zu etablieren. Der Tod ist in bewusster oder verdrängter Form ein Element menschlicher Prämissen-Gründe-Zusammenhänge. »Der Satz, der Tod sei immer dasselbe, ist so abstrakt wie unwahr« (364).

Literatur

- Adorno, Theodor Wiesengrund, 1966: *Negative Dialektik*, Suhrkamp Frankfurt/M Berlin, Andreas, 1996: Sozialpolitik und Klassenkampf. In: *Sozialismus von unten* (erste Serie), Nr.6, Sommer 1996, Linksruck, Berlin, 101–104
- Blättner, Beate, 1998: *Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht*, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung Bonn
- Bloch, Ernst, 1985: *Das Prinzip Hoffnung*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Bröckling, Ulrich, 2007: *Das unternehmerische Selbst – Soziologie einer Subjektivierungsform*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Busse, Reinhard, und Anette Riesberg, 2005: *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*, WHO-Regionalbüro für Europa im Auftrag des europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Weltgesundheitsorganisation Kopenhagen
- Foucault, Michel, 1976: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Ders., 2004: *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernamentalität I*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Ders., 2006: *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernamentalität*, Suhrkamp Frankfurt/M
- Graumann, Sigrid, 2003: Autonomie, ein verletzliches Gut. In: *Forum Kritische Psychologie* 46, 52–62
- Greiner, Birgit A., 1998: Der Gesundheitsbegriff. In: E.Bamberg, A. Ducki u. A.-M. Metz (Hg): *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und*

- organisationspsychologische Methoden und Konzepte*, Angewandte Psychologie Göttingen, 39–55
- Haug, Frigga, 2003: Patientin im neoliberalen Krankenhaus. In: *Forum Kritische Psychologie* 46, 37–51
- Haug, Wolfgang Fritz, 1987a: *Faschisierung des Subjekts*, Argument Hamburg
- Ders., 1987b: *Pluraler Marxismus 2*, Argument Hamburg
- Hofmeister, Arnd, 2005: Health and Subjectivity; beyond Gouvernementality. In: A. Gulerce, A. Hofmeister, I. Staeuble, G. Saunders u. J. Kaye (Hg.), *Contemporary Theorising in Psychology: Global Perspectives*, Captus York/ON, 173–180
- Holzkamp, Klaus, 1983: *Grundlegung der Psychologie*, Campus Frankfurt/M-New York
- Ders., 1993: *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung*, Campus Frankfurt/M-New York
- Lemke, Thomas, 2000: Die Regierung der Risiken. Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität. In: U. Bröckling, S. Krasmann u. Th. Lemke (Hg.), *Gouvernementalität*, Suhrkamp Frankfurt/M, 227–264
- Maiers, Wolfgang, 1979: Wissenschaftskritik als Erkenntniskritik. Zur Grundlegung differentieller Beurteilung des Erkenntnisgehalts traditioneller Psychologie in kritisch-psychologischen Gegenstandsanalysen. In: *Forum Kritische Psychologie* 5, 47–128
- Markard, Morus, 1998: Kritische Psychologie als marxistische Subjektwissenschaft. In: B. Fried, Chr. Kaindl, M. Markard u. G. Wolf (Hg.), *Erkenntnis und Parteilichkeit. Kritische Psychologie als marxistische Subjektwissenschaft*, Argument Berlin/Hamburg, 29–41
- Osterkamp, Ute, 1995: Mitten im Umbau – Impulse aus Klaus Holzkamps letztem Lebensabschnitt, in: *Das Argument* 212, H. 6, 37. Jg., 847–856
- Scarry, Elaine, 1992: *Der Körper im Schmerz*, Fischer Frankfurt/M
- Schmidt, Robert F., und Klaus Unsicker, 2003: *Lehrbuch Vorklinik. In 4 Bänden*, Deutscher Ärzte Verlag Köln
- Sigusch, Volkmar, 1988: Thesen über Natur und Sexualität. In: H. Kentler (Hg.), *Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität*, Piper München, 183–190
- Ulich, Eberhard, und Marc Wülser, 2005: *Gesundheitsmanagement in Unternehmen, arbeitspsychologische Perspektiven*, 2. Auflage, Gabler Wiesbaden