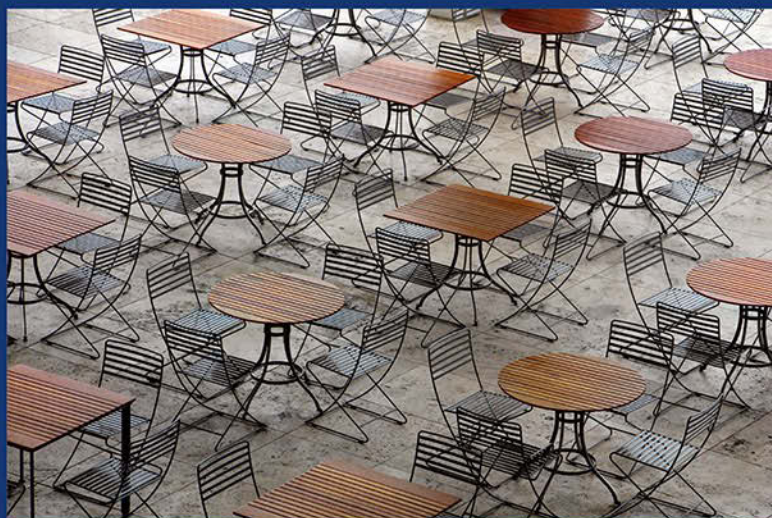


MARINA BÖDDEKER, THOMAS HEHLMANN (HG.)

GESUNDHEIT IN DER POSTMODERNE

TRANSDISZIPLINÄRE PERSPEKTIVEN

AUF PUBLIC HEALTH



Marina Böddeker, Thomas Hehlmann (Hg.)
Gesundheit in der Postmoderne

Marina Böddeker (Dr. phil.) ist Academic Lecturer an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit Schwerpunkten in Kommunikation, Medien, Berufspraxis und Journalismus. Darüber hinaus ist sie als Referentin für Wissenschaftskommunikation im SFB 1288 »Praktiken des Vergleichens« an der Universität Bielefeld und als freie Journalistin, Moderatorin, Sprecherin und Trainerin tätig.

Thomas Hehlmann (Dr. PH) ist Lecturer für Gesundheitskommunikation und Health Literacy an der Universität Bremen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitskommunikation, Palliative Care und Health Humanities.

Marina Böddeker, Thomas Hehlmann (Hg.)

Gesundheit in der Postmoderne

Transdisziplinäre Perspektiven auf Public Health

[transcript]

Diese Publikation wurde gefördert durch die Universitätsbibliothek der Universität Bielefeld und die Universitätsbibliothek Bremen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnb.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 Lizenz (BY-SA). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell, sofern der neu entstandene Text unter derselben Lizenz wie das Original verbreitet wird.

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2025 im transcript Verlag, Bielefeld

© **Marina Böddeker, Thomas Hehlmann (Hg.)**

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Umschlagabbildung: Thomas Hehlmann, Osterholz-Scharmbeck

Druck: Elanders Waiblingen GmbH, Waiblingen

<https://doi.org/10.14361/9783839465844>

Print-ISBN: 978-3-8376-6584-0

PDF-ISBN: 978-3-8394-6584-4

Buchreihen-ISSN: 2940-1828

Buchreihen-eISSN: 2940-1836

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Vorwort	7
Ein postmoderner Blick auf Public Health <i>Marina Böddeker & Thomas Hehlmann</i>	9
Der Linguistic Turn in den Gesundheitswissenschaften <i>Thomas Hehlmann & Marina Böddeker</i>	35
Gesundsein und Kranksein im Verhältnis zu Anderen Probleme der »Lebbarkeit« menschlichen Lebens in der Gefahr ihrer institutionellen Enteignung <i>Burkhard Liebsch</i>	59
Gesundheit und Krankheit im Spiegel von Anthropologie, Bioarchäologie und Evolutionärer Medizin <i>Kurt W. Alt & Sandra Pichler</i>	81
Gesundheit und Gesundsein im Alten Ägypten Annäherung an einen fragilen Zustand <i>Susanne Radestock</i>	109
»De conservanda valetudine« – Über die Erhaltung der Gesundheit Frühneuzeitliche Perspektiven auf Gesundheitswissen für eine historische Reflexion auf Gesundheit in der Postmoderne <i>Malte Wittmaack</i>	135

Populärmusikforschung und Public Health

Inter- und transdisziplinäre Perspektiven auf Populäre Musik und Gesundheit
Melanie Ptatscheck 151

Warum wir Musizierendenmedizin brauchen

Eckart Altenmüller & André Lee 177

Gestaltungsansätze für die Gesundheitsförderung in der Postmoderne

Jonas Rehn-Groenendijk & Helena Müller 193

**Der Einsatz von Innenarchitektur, Baubiologie und Wohnmedizin
zur Optimierung der Wohngesundheit**

Sandra Bruns, Thomas Jockel & Manfred Pilgramm 211

Medizin – Theater – Semiotik

Theaterwissenschaftliche Forschung in der Medizin am Beispiel
von Simulationspatient*innen
Mathias Müller 231

Public health humanities

Lise Saffran 249

Autor*innenverzeichnis 261

Vorwort

Der vorliegende Sammelband ist ein in dieser Form einzigartiges Projekt für die Gesundheitswissenschaften in Deutschland, um herauszufinden, welchen Beitrag akademische Disziplinen leisten können, die traditionell explizit *nicht* im Kanon der gesundheitswissenschaftlichen Teildisziplinen zu finden sind. Unser Ziel mit diesem Buchprojekt ist es daher, neue Impulse zur gesamtgesellschaftlichen Sorge um Gesundheit und Wohlergehen zu erhalten. Bei diesen Vorüberlegungen hat sich schnell herausgestellt, dass im angloamerikanischen Sprachraum der Einbezug von Sozial-, Kunst- und Geisteswissenschaften bereits seit mehr als 15 Jahren sowohl in der Medizin als auch in den Gesundheitswissenschaften stattfindet. Und während dort in Bachelor- und Masterstudiengängen bereits seit einem Jahrzehnt praktische Erfahrungen in dieser – im wahrsten Sinne – interdisziplinären Idee gesammelt wurde, wird in den Gesundheitswissenschaften in Deutschland unter der Führung der Medizin und der Epidemiologie seit mehr als 30 Jahren eine definitorische Außengrenze gesetzt, die wenig Spielraum für eine derartige Integration und Erweiterungsidee (zu) lässt.

Der Weg, den wir mit diesem Buchprojekt einschlagen, ist eine Einladung zu diesem interdisziplinären Projekt einer gesamtgesellschaftlichen Sorge um Gesundheit und Wohlergehen beizutragen. Die Einladung erfolgt aus den Gesundheitswissenschaften heraus an die bislang »ausgeschlossenen« akademischen Disziplinen, – denn wirklich gefragt, so hat sich überwiegend herausgestellt, hatte sie bislang niemand. Mit dem Ansatz dieses Buches verfolgen wir weniger das Ziel danach zu fragen, welche Bedeutung dieser neue und recht ungewohnte *Health Humanities*-Ansatz für die Gesundheitswissenschaften einnehmen könnte. Die Antwort auf solch eine Frage könnte bislang innerhalb Deutschlands ansatzweise lediglich im Bereich der *Narrativen Medizin* gefunden werden.

Interessant war bei unseren Vorbereitungen die Erkenntnis, dass viele der angefragten Autor*innen das Thema *Gesundheit und Krankheit* mit unterschiedlicher Betonung bereits in ihren Lehr- und Forschungsalltag integriert hatten, ihnen eine konkrete Verbindung zu den Gesundheitswissenschaften allerdings bislang noch fremd geblieben ist. Zu dem vorliegenden Projekt haben wir ausschließlich Autor*innen anderer wissenschaftlicher Felder eingeladen, die im deutschsprachigen Raum keinen ausgewiesenen Public Health Hintergrund haben, die also weder in Public Health promoviert noch an einem der vielen gesundheitswissenschaftlichen Fachbereiche Lehr- oder Forschungserfahrungen gesammelt haben. Ermutigt hat uns von Beginn an vor allem die vielfach positive Resonanz und das spontane »Verstehen« unseres Anliegens. Um einen Ausblick auf das zu geben, was im anglo-amerikanischen Sprachraum bereits jetzt als postmoderne Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit in den sogenannten *Health Humanities* gesundheitswissenschaftlicher Alltag geworden ist, konnten wir Lise Safran für eine kurze Definition dieses Forschungsfeldes gewinnen.

Bedanken möchten wir uns vor allem bei denen, die uns mit ihren vielen guten Wünschen und anregenden Gesprächen im Vorfeld mutigen Zuspruch gegeben haben, dass wir mit unserem Anliegen auf dem richtigen Weg sind. Recht herzlichen Dank möchten wir Christine Wichmann vom transcript Verlag Bielefeld und dem gesamten Verlagsteam aussprechen, die uns interessiert und fachkundig durch den gesamten Prozess des Projekts begleitet haben. Unser Dank gilt auch der Universitätsbibliothek der Universität Bielefeld und der Universitätsbibliothek Bremen, die die Finanzierung für diese Open Access-Publikation übernehmen. Außerdem möchten wir uns herzlich bei Carlotta Gerken bedanken, die mit unerschütterlicher Ruhe und mit viel Umsicht zum Gelingen dieses Projekts beigetragen hat.

Bielefeld im November 2024

Marina Böddeker

Bremen im November 2024

Thomas Hehlmann

Ein postmoderner Blick auf Public Health

Marina Bäddeker & Thomas Hehlmann

»Denn alle Wissenschaften sind miteinander verbunden und leisten sich gegenseitig Hilfe, wie die Teile eines Ganzen, von denen ein jedes seine Arbeit leistet, nicht nur um seiner selbst, sondern auch um der anderen willen, [...]«

(Roger Bacon 2020)

Ein postmoderner Blick auf die Gesundheitswissenschaften¹ ist unweigerlich mit einer Kritik verbunden, die von besonderem Wert für die Disziplin sein kann. Um die postmoderne Kritik des 20. Jahrhunderts an der sogenannten Moderne und diesen besonderen Wert besser resp. die damit verbundene Chance für die Disziplin verstehen zu können, lohnt der Blick auf einen Abschnitt des Spätmittelalters: Als Roger Bacon (ca. 1214 bis ca. 1292) im Jahr 1267 sein Verständnis von einer interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche verfasste, herrschte in Europa Endzeitstimmung. In den 150 Jahren zuvor hatten bereits die ersten fünf Kreuzzüge stattgefunden und weitere folgten. Zugleich ist es eine Zeit, in der sich die Katholische Kirche einer fortwährend schärfer vorgetragenen Kritik der sogenannten *Bettelorden* gegenüber sah: Sie klagten eine durch die Kirchenoberen verursachte extreme Form der sozialen Ungleichheit an, die weitreichende gesundheitliche Folgen für einen Großteil der Bevölkerung nach sich zog. In ganz Europa wurden die ersten Universitäten gegründet

1 Gesundheitswissenschaften und Public Health werden synonym verwendet.

und die Intellektuellen der Zeit etablierten sich in den Städten als eine eigene Standesorganisation (Rüegg 1993; Le Goff 1994).

Dieser postmoderne Blick lohnt sich aus mehreren Gründen: Zum einen hatte der Prozess der Christianisierung seit dem fünften Jahrhundert Vorstellungen von Krankheit und Tod entstehen lassen, deren Argumentationsketten alle mehr oder weniger darauf hinausliefen, dass die Kranken Gott in irgendeiner Weise nicht gerecht geworden waren. Und zu dieser Vorstellung eines vermeintlich *verfehlten* Lebens sorgte die Kirche zusätzlich dafür, dass die Menschen durch die herbeigeredete Vision eines qualvollen Lebens im sogenannten *Jenseits* bereits im Diesseits unter teilweise extremen emotionalen Stress gerieten. Die Fachwelt findet heute deutliche Worte für diese Art von emotionalem oder auch spirituellem Missbrauch, der in der Rückschau alle Anzeichen von verbaler Gewalt aufweist, bis hin zur Tatsache, dass das Nicht-Nachsprechen des christlichen Glaubensbekenntnisses mit dem Tod bestraft wurde.

Auf der anderen Seite lohnt sich der Blick auf diese Phase des Spätmittelalters auch deshalb, da auf der intellektuellen Ebene Kämpfe tobten (Flasch 2011b), die in der Folge die dominante theologische Argumentationslehre der katholischen Kirche – die sogenannte Scholastik – durch ein nicht unwesentliches sprachphilosophisches Detail zu Fall brachte. Dieses wahrnehmungsskeptische und sprachphilosophische Detail einer Lehre von Worten und Zeichen, die durch Menschen stets *vereinbart*, immer nur aus pragmatischen Gründen und mangels besseren Wissens *für sinnvoll erachtet* werden und die zugleich mit dem, was sie in der Realität *bezeichnen* wollen, gar nichts gemein haben, gilt als das theoretische Modell des »modernen Weges« (*via moderna*) der damaligen Zeit. Dieses Modell hatte in den folgenden Jahrhunderten für die Entwicklung der naturwissenschaftlichen Theorien und sozialen Praxen des gesellschaftlichen Zusammenlebens kaum Bedeutung mehr. Zu verlockend waren die Erfolge der Naturwissenschaften und später der technischen Neuerungen. Das Zeitalter also, das nach dem Ende des Mittelalters ein eher positivistisches Wissenschaftsverständnis favorisierte und dass sich seit dem *die Moderne* nannte, ist – so wird es Bruno Latour fast neunhundert Jahre später formulieren – im Grunde nie modern gewesen (Latour 2017). Erst die in Frankreich in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts aufkommende Kritik an der Moderne – hier vor allem im Rückblick auf die menschenverachtenden Gräueltaten des 20. Jahrhunderts – führte dazu, dass wahrnehmungskritische und konstruktivistische Denkmodelle ganz allmählich wieder ihren Einzug in die wissenschaftlichen Debatten der Zeit fanden. Um es aber vorwegzunehmen: in den Gesundheitswissenschaft-

ten haben bislang weder Neo-Skeptizismus, noch Sprachphilosophie, noch genealogische oder gar praxeologische und diskurskritische Ansätze ihren Platz gefunden (s. u.).

Was aber hat dieses moderne Denken des *via moderna* am Ende des Mittelalters ausgemacht? Für Kurt Flasch ist das Ende des Mittelalters, das diese neue Denkweise herbeigeführt hatte, unmittelbar mit dem Pariser Gelehrten Petrus Abaelard (1079–1142) verbunden, denn seine kritische philosophische Arbeit schlug offenbar »eine neue Seite in der Geschichte der Philosophie und der europäischen Kultur auf« (Flasch 2011b: 128). Er wagte es als einer der ersten Gelehrten darüber zu spekulieren, dass die biblischen Texte zum einen wohl keine Augenzeugenberichte sein können und – was nicht weniger ketzerisch wirkte – sie unter Umständen sogar manipuliert sein könnten (Flasch 2011a: 243). Zudem ermutigte Abaelard seine Studierenden, die Texte eigenständig zu interpretieren und zu reflektieren: Die Studierenden sollten als selbstbewusst denkende *Subjekte* in der damaligen intellektuellen Welt einen eigenen Standpunkt einnehmen können und nicht länger jene alten Lehrmeinungen wiederholen, die andere vor ihnen sehr autoritär als die einzig rezipierbaren Lehrmeinungen verabredet hatten. Für diese Einleitung noch wichtiger ist die Bedeutung, die Abaelard der Sprache zukommen lässt, denn sie war für Abaelard von Menschen *gemacht* und konnte »die reale Welt ebenso verdecken, wie erschließen« (Flasch 2011b: 134).

Eine weitere Referenz zum Thema nimmt der bereits zitierte Roger Bacon ein: Der in England aufgewachsene Bacon studierte in Oxford, lehrte hundert Jahre nach Abaelard in Paris und war stark an einer grundlegenden Neuordnung der Lehrpläne der Universitäten interessiert. Vor allem aber wollte er die zu dem Zeitpunkt übermächtige Dominanz der katholischen Lehrmeinungen innerhalb der Theologie brechen, indem er vorschlug, weitere akademische Disziplinen der Theologie als notwendige Ergänzung an die Seite zu stellen. Seine Reformpläne sahen vor, dass an den Universitäten nicht nur Musik und Philosophie gelehrt werden sollten, sondern auch Mathematik, Geografie, Astronomie, Optik – und auch die alten Sprachen sollten Einzug in den Lehrplan finden (Bacon 2017, 2020). Bacon ging davon aus, dass alle Wissenschaften miteinander verbunden sind, sich gegenseitig unterstützen, ergänzen und letztendlich darauf ausgerichtet sein sollten, nicht nur Antworten auf moralische Fragen geben zu können, sondern direkt dem Heil der Menschen, ihrer Tugend und ihrer Glückseligkeit zu dienen. Bacon favorisierte ein Wissenschaftsverständnis, das sich sowohl auf eigene, selbst erlebte als auch auf untereinander diskutierte Erfahrungen berufen sollte und das vor allem das

Experiment als Beweis für die Wissenschaften zulassen sollte. Seine allumfassende interdisziplinär ausgerichtete Vorstellung von Wissenschaft sollte sich aber auch mit den zwischenmenschlichen Beziehungen beschäftigen und die Wissenschaft sollte dem Körper und der Seele ebenso dienen, wie der Gesellschaft als Ganzes (Bacon 2020: LV).

Bacon warf dem Stand der damaligen gelehrten Elite Europas vor, ein nur schwach ausgeprägtes Interesse am wissenschaftlichen Denken und zugleich wenig Interesse am Wohlergehen der Menschheit zu haben. Das aber sollte seiner Meinung nach das Ziel der Wissenschaft sein: das Wohlergehen der Menschen. Damit knüpfte Roger Bacon an eine bereits bestehende, äußerst kritische Grundhaltung der damaligen Zeit an, die unterschwellig als eine erste Phase der »Aufklärung im Mittelalter« seit längerem präsent war (Flasch 1989). Bacon kann sein »szientistischer Optimismus« (Bacon 2020: LX) vorgeworfen werden und auch, dass er letztendlich die grundsätzliche Vormachtstellung der christlichen Glaubenslehre nie wirklich in Frage stellte. Doch sollte hier nicht vergessen werden, dass sowohl Abaelard als auch Bacon – und mit ihnen viele weitere Gelehrte*innen und Kritiker*innen der damaligen Zeit – nicht nur mit Kirchenbann und Exkommunikation bedroht wurden, sondern wegen ihrer kritischen Haltungen gegenüber der Kirche um ihr Leben fürchten mussten. Denn in diesen wenigen Jahrhunderten des Späten Mittelalters änderte sich in Rede und Gegenrede der Tonfall innerhalb der intellektuellen Debatten auf eine bis dahin ungewohnte und dramatische Art und Weise. Gleichzeitig drängte über die arabische Welt in Spanien nicht nur eine wesentlich modernere und wirkungsvollere medizinische Ausbildung nach Europa. Auch die Schriften des Aristoteles, mit ihrer entschiedenen Zurückweisung der jenseitigen Ideen Platons, auf die sich die katholische Lehre bis dahin stützte, erreichten vom islamischen Teil Spaniens kommend die philosophischen Debatten an den Universitäten.

Roger Bacons wissenschaftlicher Versuch einer Neuordnung geriet über dreihundert Jahre in Vergessenheit und jener wahrnehmungskritische Zweifel, der zudem die Sprache als »die Welt konstituierend« betrachtete, erreichte die Universitäten Europas erst wieder im 18. Jahrhundert als einen wirklich ernstzunehmenden und rezipierbaren Diskurs. Die Theologie hatte zwar ihre Vormachtstellung für die Welterklärung an den Universitäten verloren, diese Leerstelle wurde aber schnell von dem positivistischen Selbstverständnis der Naturwissenschaften eingenommen, die erfolgreich thematisierten, »was die Welt in ihrem Innersten zusammenhält« (Goethe 1808: 34). Jedweden metaphysischen Überbau galt es zu misstrauen und aus allen Modellen, die sich die

Wissenschaften für ihre Welterklärung zurechtlegten, zu beseitigen, denn die Welt musste zuerst »entzaubert« (Weber 1922: 547) werden, um sie anschließend industriell auszubeuten.

Erst die unhygienischen Lebens- und Arbeitsbedingungen in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts führten als gesellschaftliche Protestbewegung des sogenannten *Sanitary Movement* zusammen mit dem *Sanitary Report* (Chadwick 1842) zu einem Bewusstsein, dass die wirtschaftlichen Erfolge der Industrialisierung in England offensichtlich auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung gingen. Gesetzliche Regelungen, wie das in Preußen von Frank (1784) erarbeitete *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, gab es in Europa zwar schon, doch führten die in England sowohl öffentlich als auch innerhalb von Wissenschaft und Parlament ausgetragenen Proteste zu einer jetzt vom Staat getragenen und gesetzlich abgesicherten Regelung einer *öffentlichen Gesundheit* als Staatsangelegenheit. Zudem wurde in ganz Europa die Frage der *sozialen Ungleichheit* zunehmend als eine Frage der *gesundheitlichen Ungleichheit* diskutiert. So entwickelt sich in der Zeit zwischen 1875 und 1925 in Europa ein starkes wissenschaftliches Interesse an diesem Zusammenhang von sozialer Lebenslage und Sterblichkeit. Sehr schnell wurde diese Thematik zu einer der Gründungsthemen von Public Health überhaupt (Mosse & Tugendreich 1913). Allerdings gehört bedauerlicherweise genau diese Problematik der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit auch hundert Jahre später – trotz aller bedrückenden Evidenz (Wilkinson & Marmot 2004) – weltweit immer noch zu jenem ungelösten gesellschaftlichen Problem, das von Public Health eher wissenschaftlich *verwaltet* wird, als dass Konzepte zur Eindämmung des Phänomens entwickelt werden. Und zu einer »schwere Anklage gegen [...] die Gesellschaft«, wie sie damals noch von Mosse und Tugendreich (1913: 21) wegen dieser sehr bedrückenden Datenlage geführt wurde, kann sich in den Gesundheitswissenschaften der Gegenwart bislang nicht durchgerungen werden. Dafür hatten sich die in den Gesundheitswissenschaften entwickelten Präventionsbemühungen leider oft sogar als *Verstärkerin* des Problems herausgestellt (Bauer 2005). Und bisweilen wurden die sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten durch eine nur schwer nachvollziehbare Versimplifizierung dieses Sachverhalts sogar dem Verhalten der betroffenen Menschen allein zugeschrieben.

Die Gesundheitswissenschaften – so die hier vorgetragenen These – stecken derzeit in Bezug auf die selbstgesetzten Ziele (s. u.), in einer tiefen, nur schwer auszumachenden Krise. Und diese Krise hängt unmittelbar mit der Krise einer Moderne zusammen, die sich nur »modern« nennt, es aber nie war. Dafür fehlt es den Gesundheitswissenschaften ebenso wie der Gesellschaft, in

der sie agiert, an jenem Mut zum *Aushalten einer Ambivalenz*, die – so ungewöhnlich es auch klingen mag – dazu in der Lage sein könnte, »die scheinbar fixierte und erstarrte Welt wieder in Bewegung [zu bringen]« und die uns daran erinnert, »dass die Welt [immer auch] anders sein könnte, als sie ist« (Bauman 2000: 29).

Die Krise der Gesundheitswissenschaften

Wenn die Gesundheitswissenschaften in ihrem gegenwärtigen Erscheinungsbild von der Krise der Moderne eingeholt werden und ihre relative Erfolgslosigkeit – in Bezug auf das selbst erkannte Ziel eines bezahlbaren und gerecht verteilten *Mehr an Gesundheit und Wohlergehen* – so offensichtlich geworden ist, dann hatte sich diese Krise bereits lange vor der Corona-Pandemie abgezeichnet. Einige Gründe für diese Krise liegen in der Binnenstruktur des Fachs selbst und sollen im Folgenden anhand der *Theorielosigkeit von Public Health* und der *mangelnden Interdisziplinarität* beschrieben werden.

Die Theorielosigkeit von Public Health

Gesundheitswissenschaften sind, entgegengesetzt zum Namen, keine Wissenschaften der Gesundheit. Und so wie sich das Gesundheitssystem auch nicht mit Gesundheit, sondern mit Krankheit beschäftigt und Gesundheit hier lediglich als Ziel ihrer Wiederherstellung auftaucht, so geht es in den Gesundheitswissenschaften vornehmlich um Krankheit, ihre Bekämpfung und um ihre bestmögliche Verhinderung. Das liegt vor allem daran, dass es für die Medizin, als alles dominierende Disziplin der Gesundheitswissenschaften, im Falle der einmal festgestellten Gesundheit, keine Anschlusshandlungen mehr gibt:

»Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit. Die Krankheitsterminologien wachsen mit der Medizin, und der Begriff der Gesundheit wird zugleich problematisch und inhaltsleer.« (Luhmann 2005: 179)

Krankheit ist daher in allen Gesellschaften auch *die* erzählenswerte Sensation, die uns dazu ermutigt, von ihr wie von »Abenteuern [und] mutigen Schlach-

ten [zu erzählen], aus denen wir heldenhaft hervorgehen« (Hehlmann 2021: 270). Gesundheit dagegen scheint keinen erzählerischen Eigenwert zu besitzen und wird erst durch ihre Abwesenheit zum Thema. Versuchen wir dennoch von Gesundheit zu sprechen, so werden diese Geschichten »früher oder später von Krankheitserzählungen derart ›unterlaufen‹ als ob Gesundheit als eigenständiger Begriff ohne Krankheitsbezug gar nicht gedacht und erzählt werden [könne]« (Hehlmann 2018: 365). Und so kommt unsere Gesundheit eher wie ein »Leben im Schweigen der Organe« (Leriche 1936: 16) vor. Daher fragt sich der von der Public Health-Szene in Deutschland fast unbeachtet gebliebene französische Mediziner und Philosoph Georges Canguilhem bereits in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts:

»Wie kommt es, daß niemand je darauf gekommen ist, [...] daß man sich nie gefragt hat, ob die Gesundheit nicht die Wahrheit des Körpers ist.« (Canguilhem 2004: 54)

Canguilhems Nachdenken über die gesellschaftlich verabredeten Konstruktionen dessen, was wir für *pathologisch* und was wir für *normal* erachten (Canguilhem 2013 [1943]), hätte für Public Health ein Start in eine Debatte über eine theoretische Fundierung des Fachs sein können. Denn Canguilhem hatte das mechanistische und biologistische Weltbild der Medizin schon lange vor Gorge Engel (1977) und seiner Forderung nach einem biopsychosozialen Modell für die Medizin kritisiert. Charakteristisch für die Kritik Canguilhems war von Beginn an, dass er mit zeichentheoretischen und wahrnehmungskritischen Argumenten auf eine generelle Unbestimmbarkeit des Lebendigen verwies. Für Canguilhem – und später auch für seinen Schüler Michael Foucault – war eine das Leben beschreibende Wissenschaft auch dazu verpflichtet, das Zustandekommens ihrer eigenen Theorien im Lichte der Möglichkeiten und Grenzen menschlicher Erkenntnis zu diskutieren. Die fehlende Theorieentwicklung in den Gesundheitswissenschaften mag auch damit zusammenhängen, dass in der Medizin selbst, die Entwicklung einer ihrer Praxis zugrundeliegenden Theorie problematisch ist:

»Medizinische Lehrbücher verzichten gewöhnlich auf eine theoretische Einführung. Sie kommen gleich zur Sache. [...] So entsteht der Eindruck, das Problem einer Theorie der Medizin würde entweder gar nicht existieren oder habe mit der Sache, die medizinische Lehrbücher vermitteln, nichts zu tun.« (Uexküll & Wesiack 1998: 13)

Wie Canguilhem sind Uexküll & Wesiack ebenfalls stark an einer erkenntnis-kritischen und semiotischen Begründung einer Theorie der Medizin interessiert und verweisen auf die besondere Bedeutung, die eine »Lehre von den Beziehungen« (Uexküll & Wesiack 1998: 44) der Menschen untereinander für die Medizin haben könnte.

Und so kommen Hurrelmann et al. (2012) in ihrer Einleitung im *Handbuch Gesundheitswissenschaften* nicht umhin festzustellen, dass Public Health bislang in Deutschland keine allgemein akzeptierte theoriegeleitete Konzeptionalisierung besitzt und nicht einmal eine eigenständige Interventionsmethodik vorlegen kann. Ein Jahrzehnt zuvor warfen Weitkunat et al. (1997) den Gesundheitswissenschaften sogar vor, dass sich »das Fach Public Health [...] teilweise in einem vorwissenschaftlichen Stadium [befindet]« (Weitkunat et al. 1997: 16). Dieses Defizit mag – jedenfalls in Deutschland – dem Umstand geschuldet sein, dass sich Public Health nach seiner akademischen Wiedereinführung im Jahr 1989 mehr Problemen gegenüber sah als die Disziplin zu dem Zeitpunkt zu lösen imstande war. Doch als Peter-Ernst Schnabel 26 Jahre später dieses Defizit aufholen wollte und an seine Kolleg*innen eine *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften* (Schnabel 2015) aussprach, gab es in Deutschland kaum Interesse daran, dieser Einladung nachzukommen. Eine Theorie zu verfassen konnte Peter-Ernst Schnabel selbst nicht mehr nachkommen und wir verdanken es Uwe H. Bittlingmayer, dass wir an Peter-Ernst Schnabels erneutem Versuch einer Theoriearbeit in seinem posthum erschienenen Werk teilhaben können (Schnabel 2022).

Innerhalb der Gesundheitswissenschaften scheint diese Theorielosigkeit allerdings kein Problem darzustellen, was damit begründet werden kann, dass in den einzelnen Disziplinen, wie z. B. der Soziologie, Ökonomie, Psychologie oder Biologie eigene Theoriegebäude und Methoden bereits vorhanden sind. Zu fragen bleibt, wozu die Wissenschaftslandschaft Public Health benötigt, wenn sich auch andere akademische Disziplinen der »Sorge um die öffentliche Gesundheit« gleichermaßen gut von ihrem jeweils fachspezifischen Standpunkt aus annehmen können. Die ausgewiesenen etablierten Bindestrich-Disziplinen, wie die Gesundheits-Ökonomie, die Gesundheits-Psychologie oder die Gesundheits-Soziologie, zeugen von solch einem ausgewiesenen starken wissenschaftlichen Engagement auf dem Gebiet. In dem Zusammenhang ist eine fehlende Theorie der Gesundheitswissenschaften sogar für die eigene Disziplin vorteilhaft, denn es muss nicht noch unter Beweis gestellt werden, inwieweit spezifische theoretische Konstrukte, Fragen und Methoden der

Gesundheitswissenschaften oder darüber hinaus, die der anderen Disziplinen zusätzlich durchdacht werden müssen.

In einer Stellungnahme der Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. (2015) zum gegenwärtigen Stand von Public Health in Deutschland ist zu lesen, dass »Public Health [...] mehr [ist] als Medizin« (ebd.: 13). Das ist ein Eingeständnis in den Umstand der dominierenden Stellung, welche die Medizin innerhalb der Gesundheitswissenschaften immer noch hat. Dennoch hätte hier auch stehen müssen: Public Health ist mehr als Soziologie, mehr als Psychologie oder mehr als Ökonomie. Nur wenn es dann tatsächlich ein *Mehr* sein soll, stellt sich die Frage: *Was genau ist dieses »Mehr« innerhalb der Gesundheitswissenschaften?* Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina schreibt außerdem, dass sich alle Disziplinen und Teilbereiche von Public Health ein grundlegendes Merkmal teilen: »Sie brauchen eine solide Faktenlage für fundierte Entscheidungen« (ebd.: 13). Davon, dass die Gesundheitswissenschaften in Deutschland ein Vierteljahrhundert nach ihrer akademischen Wiedereinführung zuerst noch eine fundierte handlungsleitende Theorie benötigen, die sich kritisch und interdisziplinär vor allem mit dem Zustandekommen, dem »Doing« dieser Fakten auseinandersetzen sollte, ist in der Stellungnahme nichts zu lesen. Hier wird übersehen, dass dieses auf Fakten basierte, fundierte Entscheiden eines jener Probleme der Modernen ist, das sich – so wichtig diese Fakten auch sind und auch weiterhin dringend benötigt werden – eher durch das vorschnelle Schließen von Kontingenz auszeichnet als dass über jenes komplexe Entscheidungsgeflecht nachgedacht wird, das diese Fakten so und nicht anders hervorgebracht hat. Auffällig ist, dass sich auch in den Gesundheitswissenschaften eine herbeigeredete Metapher ausgebreitet hat, die sich bereits innerhalb der Medizin als sehr wirksam erwiesen hat und mit der das vorschnelle Schließen von Kontingenz abgesichert wird: Es ist der pathogenetische Blick auf das Leben als ein einziger *Notfall*, in dem stets unter Zeitdruck – wenn nicht sofort, dann aber stets präventiv gehandelt werden müsse – so als ob das Leben akut auf dem Spiel steht. Das Leben ist sicher eines, das stets in der einen oder anderen Weise auf dem Spiel zu stehen scheint, nur eben nicht als ein permanent herbeigeredeter medizinischer Notfall. In dieser Überbetonung der Kontingenzschließung, mit ihrem starken Drang zur Normativität, sieht der Soziologie Andreas Reckwitz eines der Kennzeichen der Moderne, der jede Form des Einübens von Kontingenzöffnungen ebenso wie des Aushaltens von Ambivalenz abhanden gekommen ist (Reckwitz 2021: 72ff.).

Und so zeigt sich das gegenwärtige Erscheinungsbild von Public Health in Deutschland aktuell als eine theoriearme Multidisziplin, in der das Public Health-Label genutzt werden kann, wann immer es passend erscheint, aber eigentlich die eigenen fachlichen Vorlieben im Vordergrund stehen. Schnabel (2015: 20) hatte bereits in seiner ersten »Einladung« (s.o.) bemängelt, dass vor allem besonders kritische Public Health-Themen aus Angst vor negativen Kommentaren aus den eigenen Disziplinen eher vermieden werden. Diese Form einer eher multi- als interdisziplinären Zusammenarbeit wird auch in der Selbstbeschreibung der Deutschen Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH) deutlich: dort ist von einer »notwendigen interdisziplinären Zusammenarbeit« zu lesen. Später im Text wird dann nur noch von einer »lebendige[n] und produktive[n] Kooperation zwischen unterschiedlichen Disziplinen« gesprochen, »insbesondere zwischen den Sozial- bzw. Geisteswissenschaften und der Medizin« (DGPH 2012: o. S.). Ein Eingeständnis.

Eine ernstgemeinte *inter-disziplinäre* Zusammenarbeit müsste als Ergebnis stets auf eine theoriefundierte Praxis verweisen können, die auf der einen Seite einen völlig neuen Charakter innehat und die so innerhalb der jeweiligen Einzeldisziplin – ob mit oder ohne »Bindestrich-Ambitionen« – nicht selbstständig hätte hervorgebracht werden können. Auf der anderen Seite müsste sie im Prozess dieses Hervorbringens jene disziplieneigenen *Blinden Flecken* diskutieren, die diese Disziplin in ihrer traditionellen Denkweise bislang daran gehindert hatten, derart neu und innovativ zu denken. Solch ein Vorhaben kann erst dann gelingen, wenn sich Public Health als »konsequent systemkritische, einheitlich argumentierende und sich ihrer selbst sichere Instanz« etabliert hat (Schnabel & Wolters 2011: 121).

Es wird schnell deutlich, dass die von Schnabel & Wolters geforderten »kongenialen Veränderungen im Gesundheitssystem« (ebd.: 121) nicht ohne eine kritische Auseinandersetzung mit den Gründungstheorien und Definitionen von Public Health zu haben sind. Dabei müsste eine Reflexion über das gegenwärtige und das vergangene »Doing« von Public Health vornehmliches Ziel solch einer Theoriearbeit sein. Hierzu sind sowohl kritische diskursanalytische und genealogische Arbeiten für die einzelnen Teildisziplinen von Public Health erforderlich als auch eine wissensarchäologische Arbeit zur Entstehung von Public Health. Auffällig für die Gesundheitswissenschaften ist, dass es in Deutschland so gut wie keine historischen Arbeiten über die Entstehung von Public Health gibt. Die umfangreiche geschichtswissenschaftliche Arbeit von Axel Flügel (2012) bietet hier eine Ausnahme. Und selbst die Beschäftigung mit dem Thema Public Health während des Nationalsozialismus lässt sich –

abgesehen von den Arbeiten von Johanna Bleker (Bleker 1994, 2018) – auf ein einziges Werk von Baader und Peter (2023) reduzieren. Für diese Vorhaben musste allerdings Unterstützung aus der Geschichtswissenschaft und der Medizin-Geschichte für die Gesundheitswissenschaften geboten werden.

Was ist eigentlich die ursprüngliche Gründungsidee von Public Health, auf die sich das Fach bislang bezieht? Für den angloamerikanischen Sprachraum hat diese Frage zuletzt John Coggon (2023) gestellt und er kommt zu dem Schluss, dass die wenigen Definitionen, die für Public Health vorliegen, für sich allein genommen wenig sinnvoll erscheinen, da sie im Grunde immer erst erklärt werden müssten. So hatte sich Coggon einige Jahre zuvor selbst daran gemacht z. B. die Bedeutungskarriere des Wortes »Public« in der Wortkombination Public Health nachzuzeichnen (Coggon 2012). Coggon plädiert stark dafür, sich die bekannten Definitionen von Public Health erneut vorzunehmen, um sie dann in einer breiten Öffentlichkeit zu diskutieren. Auffällig ist, dass viele der zeitgenössischen Definitionen zwar auf die folgende Definition von Winslow aus dem Jahre 1920 zurückgehen, seitdem aber nur wenig substantielle Veränderungen vorgenommen wurden.

»Public Health ist die Wissenschaft und die Kunst Krankheit zu verhindern, das Leben zu verlängern und die körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch organisierte gemeinschaftliche Bemühungen um die Hygiene der Umwelt, die Kontrolle gegenseitiger Ansteckungen, die Erziehung des Einzelnen in den Grundsätzen der persönlichen Hygiene, die Organisation von medizinischen und pflegerischen Diensten für die Früherkennung und vorbeugende Behandlungen von Krankheiten und die Entwicklung von sozialen Mechanismen, die jedem Einzelnen in der Gemeinschaft einen für die Erhaltung der Gesundheit angemessenen Lebensstandard sichern.«
(Winslow 1920: 30)

Weitere Passagen aus der Arbeit von Winslow, in denen er sein Vorhaben noch näher erläutert, wurden im Verlauf der nächsten 100 Jahre nicht weiter zitiert. So hatte Winslow mit der Entwicklung von »sozialen Mechanismen« durchaus das Ziel, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu fokussieren und zu beseitigen. An anderer Stelle hält Winslow ein starkes Plädoyer für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb von Public Health, indem er festhält, dass Public Health-Arbeiter*innen und Mediziner*innen für den Erfolg ihrer Arbeit aufeinander angewiesen sind, denn

»[d]er weitsichtige Arzt ist gleichermaßen bestrebt, seine Wissenschaft mit dem Public Health Programmen zu verknüpfen, weil er erkennt, dass die Medizin niemals ihr volles Leistungspotential erreichen kann, wenn sie nicht durch eine wirksame professionelle und soziale Koordination wirklich präventiv tätig wird.« (Winslow 1920: 28)

Was sich hier nur als »soziale Maschinerie« oder »soziale Koordination« verklausuliert erkennen lässt, sollte nach Winslow auf eine stärkere Berücksichtigung der Sozialwissenschaften innerhalb der Medizin hinauslaufen (Roelcke 2016). Dieses sich gegenseitige, interdisziplinäre Vernetzen im Bereich der Gesundheitsversorgung hatte vor Winslow bereits der U.S.-amerikanische Mediziner Richard Clarke Cabot beschrieben, indem er fordert, dass »ein Arzt [...] von der Sozialarbeit ebenso [etwas] verstehen [sollte] wie von dem spirituellen und mentalen Leben seiner Patienten« (Cabot 1914: 93f.). Und lange vor George Engels Forderung nach einem biopsychosozialen Modell für die Medizin (Engel 1977) wurde diese Idee im geistigen Umfeld der Medizin in den USA der 1930er Jahre als eine dringende Aufgabe formuliert:

»Wie können wir in Anbetracht der Tatsache, dass unser Wissen über die sozialen und psychischen Faktoren des menschlichen Verhaltens begrenzt ist – und diese Spezialgebiete müssen weiter vorangebracht werden – das Konzept des Individuums als psycho-biologische Einheit innerhalb eines sozialen Umfelds in die Medizin zurückbringen [...]?« (Winternitz 1930: 42)

Zur selben Zeit arbeiteten eine Reihe von Mediziner*innen in den USA an dem Aufbau eines »Institutes of Human Relations« (Hutchins 1929), denn sie verstanden Medizin als eine soziale Wissenschaft, für die die zwischenmenschlichen Beziehungen Gegenstand der medizinischen Wissenschaft sein sollten. Selbst der Biologe und Chemiker Lawrence J. Henderson wagte 1935 eine erste soziologische Betrachtung des Verhältnisses zwischen Ärzt*innen und ihren Patient*innen, indem er mit systemtheoretischen Vokabular feststellte: »Der Arzt und der Patient bilden zusammen ein soziales System« (Henderson 1935: 820). Henderson forderte die Health Professionals der damaligen Zeit dazu auf, unbedingt darauf hören, was die Patient*innen ihnen zu erzählen versuchen. Sie sollten aber auch genau auf das hören, was die Patient*innen versuchen, ihnen nicht zu erzählen und auf das, was sie ihnen u. U. gar nicht erzählen können (ebd. S. 822). Und ein Jahrzehnt nachdem dieser mutige Diskurs innerhalb der U.S.-amerikanischen Medizin aus innen- und außenpolitischen

Gründen bereits wieder zurückgedrängt worden war, prägte der Medizinhistoriker Sigerist (1946) den bemerkenswerten Satz: »Dass Medizin eine soziale Wissenschaft ist, klingt wie eine Binsenweisheit, kann aber nicht oft genug wiederholt werden, weil wir in der medizinischen Ausbildung immer noch so tun, als sei die Medizin eine Naturwissenschaft und nichts anderes« (Sigerist 1946: 127).

Hier vollzog sich in den USA – wenn auch nur auf wenige Jahrzehnte beschränkt – ein Bruch im traditionellen Selbstverständnis der Medizin. Diese Veränderungen, durch die eine elaboriertere Theorie von Public Health hätte entstehen können, wurden erst durch den zweiten Weltkrieg zu Fall gebracht. Interessant ist dabei, dass es diesen *Bruch* in Ansätzen auch in Deutschland gegeben hatte und heute als »Krise der Medizin« in der Weimarer Republik bezeichnet wird (Geiger 2010; Roelcke 2016). Während in der Sozialhygiene – als Vorläuferin der Gesundheitswissenschaften – der interdisziplinäre Charakter des Unterfangens betont wurde (Mosse & Tugendreich 1913) und dementsprechend eher Interesse an einer praktischen Lösung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit bestand, vollzog sich innerhalb der Medizin eine Krise: hier wurde einerseits das Verhältnis von Mensch und Medizin zu den Naturwissenschaften kritisch hinterfragt und andererseits wurde das Fehlen jedweder erkenntnistheoretischer Debatte innerhalb der Medizin kritisiert.

Die Kritik an den Naturwissenschaften, die den Menschen als Ganzes mit ihren reduktionistischen und positivistischen Vorstellungen von Wissenschaft nach Meinung der Kritiker*innen nicht hatte einholen können, hat in ganz Europa eine lange Tradition. So kritisiert Goethe bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Physik Isaak Newtons als eine »unheilbare empiristische Verwirrung der Welt« (Goethe 1907: 89) und bezeichnet an anderer Stelle die Absonderung des »Experiments vom Menschen« als »das größte Unheil der neuen Physik« (Goethe 1873: 98). Noch deutlicher trägt der polnische Mikrobiologe Ludwik Fleck (1896–1961) seine Kritik vor, indem er jede naturwissenschaftliche Erkenntnis grundsätzlich von der ärztlichen Erkenntnis trennen will (Fleck 2011 [1927]). Für ihn sind die Naturwissenschaften auf der Suche nach dem »Regelhaften«. Dies kann auf die Beschäftigung mit Krankheit schon deshalb nicht zutreffen, weil Krankheit stets in mannigfaltigen und unüberschaubaren Abweichungen von solch einer Regel auftritt: »Es gibt keine genaue Grenze zwischen dem, was gesund ist, und dem, was krank ist, und nirgends trifft man wirklich ein zweites Mal auf dasselbe Krankheitsbild« (Fleck 2011 [1927]: 41). Aus heutiger Sicht kann Flecks erkenntnis- und wahrnehmungskritische Position als *konstruktivistisch* bezeichnet werden. Derartige Vorstellungen auf

den Bereich der Medizin zu übertragen, war zu dem damaligen Zeitpunkt einmalig und muss als eine der mutigsten Pionierarbeiten bezeichnet werden, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aus der Medizin heraus gewagt wurden. Für Fleck besaß »jedes denkende Individuum [...] als Mitglied irgendeiner Gesellschaft seine eigene Wirklichkeit, in der und nach der es lebt« (Fleck 1929: 426). Und diese Wirklichkeiten konnten sich seiner Meinung nach durchaus widersprechen: eine grundlegend konstruktivistische Haltung. Berühmtheit erlangte Fleck durch sein 1935 erschienenes Werk *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* (Fleck 1980 [1935]), in dem er beschreibt, dass alle wissenschaftliche Erkenntnis als ein sozial hervorgebrachtes und damit gemeinschaftlich vereinbartes Phänomen zu verstehen ist. Dem entsprechend war »das Wissen [...] zu allen Zeiten für die Ansichten jeweiliger Teilnehmer systemfähig, bewiesen, anwendbar, evident. Alle fremden Systeme waren für sie widersprechend, unbewiesen, nicht anwendbar, phantastisch oder mystisch« (Fleck 1980 [1935]: 34). Die Grenzen unserer starren Denkmodelle sind – so Fleck weiter – von Menschen durch die Sprache hervorgebrachte Grenzen.

Außerhalb der Medizin ist diese Art der Verbindung von Erkenntnistheorie und Wissenschaft zur damaligen Zeit weit verbreitet. So waren für den Hamburger Philosophen Ernst Cassirer die Kunst, der Mythos und die wissenschaftliche Erkenntnis nichts anderes als sprachlich vereinbarte Zeichensysteme, durch die wir sehr komplexe, relationale und damit auch kontingente »natürliche Symbolik« immer nur aus einem bestimmten Blickwinkel betrachten (Cassirer 1983, S. 175). Und selbst der dänische Physiker Nils Bohr geht 1931 davon aus, dass »wir [...] im Allgemeinen darauf gefasst sein [müssen], dass eine allseitige Beleuchtung eines und desselben Gegenstandes verschiedene Gesichtspunkte verlangen kann, die eine eindeutige Beschreibung verhindern« (Bohr 1931: 63). Noch deutlicher formuliert es der französische Philosoph Henri Bergson in seinem 1921 auf Deutsch erschienen Werk *Schöpferische Entwicklung*:

»Damit ist gesagt, daß Erkenntnistheorie und Lebenstheorie etwas Untrennbares sind. Eine von keiner Erkenntnistheorie begleitete Lebenstheorie ist genötigt, die ihr vom Verstand zur Verfügung gestellten Begriffe fertig hinzunehmen: wohl oder übel muss sie die Tatsachen in schon vorhandene Rahmen sperren, die sie für endgültig hält; wodurch sie zu einem bequemen, einem der positiven Wissenschaft vielleicht sogar notwendigen Symbolismus gelangt, nicht aber zur unmittelbaren Anschauung ihres Gegenstandes.« (Bergson 2021 [1921]: 5)

Zu dieser wechselseitigen Beziehung zwischen Erkenntnistheorie und Wissenschaft äußert sich 1949, ähnlich wie Bergson, auch Albert Einstein, für ihn waren beide »voneinander [...] abhängig. Erkenntnistheorie ohne Kontakt zur Wissenschaft wird zu einem leeren Schema. Wissenschaft ohne Erkenntnistheorie ist – sofern sie überhaupt denkbar ist – primitiv und verworren« (Einstein 1949: 683). In solch einem verworrenen Zustand befinden sich derzeit sowohl die Medizin als auch die Gesundheitswissenschaften und mit ihnen viele andere akademische Disziplinen, die das Zustandekommen ihrer Wissensbestände nicht danach befragen, ob und wie ihr wissenschaftliches Wissen erkenntnistheoretisch überhaupt möglich sein kann. Es hilft dabei ggf. die Rückbesinnung auf eine Bemerkung von Thomas Kuhn, der zu berichten weiß, dass »[v]or allem in Zeiten anerkannter Krisen [...] sich Wissenschaftler der philosophischen Analyse zugewandt [haben], um die Rätsel ihres Fachgebiets zu entschlüsseln« (Kuhn 1970: 88). Allerdings zählt die Philosophie bislang nicht zu jenem exklusiven Fächerkanon der Gesundheitswissenschaften (s. Abb. 1), zu dem bislang nur wenige auserwählte akademische Disziplinen gehören (dürfen).

Der Kanon der Quellen, der für eine Definition von Public Health bisher genutzt wird, erschöpft sich nach wie vor auf die Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Nowak et al. 2022), die Arbeit von Winslow (1920) oder die von Acheson (1988). Danach wird noch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946) zitiert und eventuell die erweiterte Definition von Gesundheit in der Ottawa Charta (WHO 1986). Es fehlt also ein inter- und vor allem transdisziplinärer Blick auf Public Health.

Die mangelnde Inter- und Transdisziplinarität von Public Health

Peter-Ernst Schnabel hatte bereits formuliert, dass sich die Gesundheitswissenschaften als ein loser Zusammenschluss von Einzeldisziplinen verstehen, einer Multidisziplin, die Gesundheit als ihren gemeinsamen Gegenstand behauptet (Schnabel 2022: IX) und in der derzeit weder interdisziplinär noch transdisziplinär zusammengearbeitet wird. Gerade für eine transdisziplinäre Zusammenarbeit müsste die Universität allerdings *verlassen* werden und das traditionell zu ihren Gunsten asymmetrisch angelegte Verteilungskonstrukt von institutioneller Macht mit Menschen außerhalb der Universität für ihre anstehenden Forschungsvorhaben partizipativ teilen (Wright 2012).

In den Gesundheitswissenschaften geht es nicht nur um irgendeine Form von Interdisziplinarität, sondern gleich um die Überwindung eines traditionell in den Wissenschaften am stärksten verwurzelten Gegensatzes zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften (DGPH 2012). Da beide eigene Theorien und Vorstellungen vom Risiko des menschlichen Lebens entwickelt und ganz eigene Traditionen im Umgang mit Bestimmtheit auf der einen und der Bearbeitung von Kontingenz auf der anderen Seite haben, sieht Petre Roman hier eine noch größere Dringlichkeit zur Interdisziplinarität:

»Zwischen der Zone der Gewissheit, die über jeden Zweifel erhaben ist, und der Zone der unbegreiflichen Ungewissheit, deren Quellen nichts als Zufälle sind, müssen wir solide Ergebnisse aus einer großen Interdisziplinarität nutzen.« (Roman 2022: 148)

Das Ziel solch einer großen Interdisziplinarität ist für Petre Roman (2023) »die Suche nach einem integrativen Kern, der die Masse an neuem und altem Material aus Wissenschaft, Kunst und menschlicher Tätigkeit, die täglich auf dem globalen Markt eintrifft und als wahr angesehen wird, ordnet und ihr einen Sinn gibt« (Roman 2023: 32). Und die Zukunft einer Verbindung von Erkenntnistheorie und Wissenschaft, wie sie u. a. von Fleck, Bergson und Einstein eingefordert wurde, kann sich für Jean Piaget (1967) nur in einer »spezialisierten interdisziplinären Forschung« und weniger auf dem Gebiet der »isolierten spekulativen Reflexion« (Piaget 1967: 12) ergeben. Für das Gebiet der Gesundheitswissenschaften war solch ein interdisziplinärer Ansatz bereits im Gründungsdokument von Winslow (1920) enthalten (s. o.). Und noch im Jahresbericht des *Medical Officers* des britischen Gesundheitsministeriums von 1937 wurde von einer umfangreichen Einbindung von weiteren Berufen in das Unterfangen der Sorge und Fürsorge um die öffentliche Gesundheit berichtet:

»Die Fähigkeiten und Erfahrungen des Arztes, des Chirurgen, der Geburtshelferin, des Epidemiologen, des Architekten, des Ingenieurs, des Juristen, des Statistikers, des Soziologen, des Tierarztes und des Verwaltungsbeamten bilden alle zusammen Public Health als Wissenschaft.« (Brand 1965: 307)

Auch in der Einleitung der Übersichtsarbeit *Das Public Health Buch* (Schwartz et al. 2000) steht zumindest im Geleitwort von Asvall (2000), dass es für den Erfolg von Public Health wichtig ist, »daß [...] auch andere Berufsgruppen –

wie z.B. Lehrer, Architekten, Ingenieure, Wirtschaftswissenschaftler, Sozialarbeiter, Journalisten etc. – angeregt werden [sollten], mit Public Health zusammenzuarbeiten« (Asvall 2000: VIII f.). Weder im Public Health-Buch aus dem Jahr 2000 noch in späteren Ausgaben ist von solchen, die Gesundheitswissenschaften öffnenden Ambitionen etwas zu lesen. Und auch in den ersten Ausgaben des *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (Hurrelmann & Laaser 1998; Hurrelmann & Razum 2012) sind keine Hinweise auf eine derartige Öffnung für andere akademische Disziplinen und Berufsgruppen zu finden. Erst in der jüngsten Ausgabe, in dem die Herausgeber*innen einen »Neustart« versprechen, wird in der Einleitung festgehalten, dass das interdisziplinäre Projekt noch nicht ganz gelungen sei (Razum & Kolip 2020: 35) und eine Öffnung für die Bereiche Rechtswissenschaften und Ethik durchaus als sinnvoll erachtet wird. Sogar der Bereich der Tiermedizin wird hier sehr vorsichtig erwähnt – wenn auch nur in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Problem der Antibiotika-Resistenzen. Das ist umso erstaunlicher, da in den One Health-Konzeptionen, die bereits seit mehr als einem Jahrzehnt existieren, davon ausgegangen wird, »dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der weiteren Umwelt [...] eng miteinander verbunden und voneinander abhängig sind« (WHO 2023). Im Handbuch Gesundheitswissenschaften selbst fehlen Abschnitte, die sich explizit mit der Einbindung der Tiermedizin, Sozialarbeit, Kriminologie, Sexualwissenschaft oder Hebammenwissenschaft in die Gesundheitswissenschaften beschäftigen – um nur einige wenige zu nennen –, obgleich bei den hier genannten Disziplinen ein Gesundheitsbezug mehr als offensichtlich ist.

Wenn aber in den Angelegenheiten des menschlichen Lebens selbst und insbesondere dann, wenn wir uns vornehmen, uns in Sachen Gesundheit und Wohlergehen nicht nur zu *sorgen*, sondern auch *Fürsorge tragen* zu wollen, wenn in diesem Kontext deutlich wird, dass »alles mit allem zusammenhängt und als aufeinander bezogen« (Latour 2021) gedacht werden muss, dann benötigen wird dringend das Know how aller Berufsgruppen und akademischen Disziplinen, dann wird in der Tat *alles nützlich*. Dafür benötigen wir allerdings ein ambitionierteres Verständnis von diesen besonderen, relationalen Wechselwirkungen, die uns – und die uns umgebende soziale und dingliche Welt – auf unbeschreibliche Weise *uns selbst sein lassen*, in einem tiefen Bewusstsein darüber, dass wir allen Anderen gegenüber zur selben Zeit stets in einem geradezu existenziellen Sinne *nützlich* sein werden. In diesem Verständnis gibt es kein zeitliches Vor- oder Nacheinander mehr, kein gegenseitiges Aufrechnen,

sondern immer nur eine im umfassenden Sinne existentielle gegenseitige Abhängigkeit:

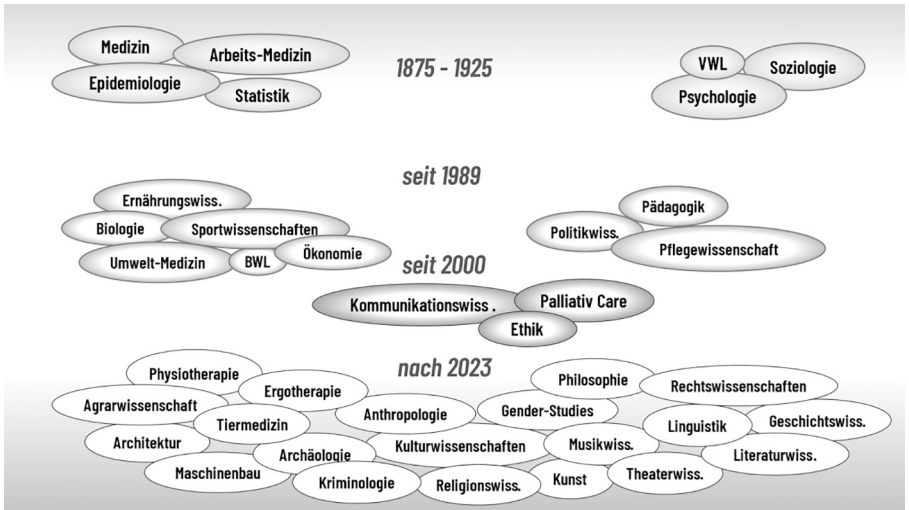
»[...] alles ist also so sehr *an sich*, als es *für ein Anderes* ist; oder alles ist *nützlich*.« (Hegel 2023: 415)

In einem neuen postmodernen Verständnis von Public Health müsste in einem ersten Schritt die Grenze jener Disziplinen *aufgeweicht* werden oder bestenfalls ganz verschwinden, die sich bislang unter dem Dach des traditionellen Fächerkanons aus der Zeit zwischen 1989 und 2023 versammeln durften (s. Abb. 1), um den Prozess der Inklusion weiterer Disziplinen voranzutreiben.

Die bisher starr gezogene Grenze, die um dieses bescheidene Ensemble von Einzeldisziplinen künstlich als Vereinbarung herbeigeredet wurde, ist nicht nur eine unnötige Beschränkung des Blickwinkels, sondern behindert die 1986 von der WHO eingeforderte gesamtgesellschaftlich getragene Sorge um die Gesundheit einer Bevölkerung. Mit diesem Sammelband soll ein Beitrag zu einer Vision von Gesundheit geleistet werden, die nicht zuerst an Krankheit denkt, sondern vor allem in der Lage ist, alle Aspekte des menschlichen Lebens einzuschließen, um gemeinschaftlich darüber nachzudenken, wie sich »Kontingenz erleben, ertragen und bearbeiten« lässt (Schmidt & Zurstiege 2007: 21).

Dazu benötigt Public Health aber eine definatorische Außengrenze, die als eine Grenze verstanden wird, die ebenso zu proliferieren vermag, wie sie zum Überschreiten einlädt und die ihren Grenzverlauf ständig, ganz im wissenschaftlichen Sinn, mit einen vorläufigen *Verfallsdatum* versieht, sodass diese Vorläufigkeit immer zugleich auch das Selbstverständnis des Fachs ausmacht. Eine Grenze, die lediglich gezogen wird, um ihrem Einschluss alleinige Gültigkeit zu verschaffen, übersieht, dass sich dieser Einschluss nicht durch diese gezogene Grenze, sondern in umfassenderem Maße durch das definiert, was sie beharrlich versucht durch diese Grenzziehung auszuschließen. Um es mit Heidegger zu sagen: »[d]ie Grenze [ist] nicht das, wobei etwas aufhört [...] die Grenze ist jenes, von wo etwas sein Wesen beginnt« (Heidegger 1967: 29).

Abbildung 1: Die Entwicklung des Public Health-Fächerkanons in der Gründungszeit (1875–1925), der Neueinführung 1989 und der Entwicklung nach 2000 (eigene Darstellung).



Mit diesem Sammelband soll ein erster Schritt aus den Gesundheitswissenschaften herausgewagt werden, um diese Grenze für andere akademische Disziplinen durchlässiger zu machen und diese danach zu befragen, wie sie sich an diesem gesamtgesellschaftlichen Projekt eines *Mehr* an Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen beteiligen können. Dabei kann es sich nur um eine erste Perspektive handeln, der weitere folgen müssen. Und u. U. lässt sich so das Problem des beschriebenen Theoriedefizits der Gesundheitswissenschaften im Verlauf dieser Öffnung begleichen. Dafür wurden Wissenschaftler*innen aus unterschiedlichen akademischen Disziplinen angefragt und gebeten, sich erstmals dieses gesundheitswissenschaftlichen Themas anzunehmen und so einen Beitrag zur gesamtgesellschaftlich getragenen Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung zu leisten. Diese transdisziplinäre Perspektive umfasst in diesem vorliegenden Sammelband folgende Disziplinen: Literaturwissenschaften, Anthropologie, Musikphysiologie und Musizierendenmedizin, Baubiologie, Philosophie, Designforschung, Umwelt- und Architekturpsychologie, Linguistik, Theaterwissenschaft, Archäoanthropologie, Innenarchitektur, Health Humanities, Architektur, Populärmusikforschung, Ägyptologie und Geschichtswissenschaft. Eine Erweiterung dieser Perspektiven ist obligatorisch und wünschenswert.

Die sogenannte Moderne ist mit der Vorstellung hausieren gegangen, dass die Welt der Natur und die des Subjekts säuberlich voneinander getrennt werden müssten. Für Bruno Latour sind aber diejenigen modern, »die auf extreme und zu weilen wunderbare Art und Weise Politik, Wissenschaft, Technik und Recht miteinander vermischen, sie zu einem eigenen Reich vereinen« (Latour 2021: o. S.). Für Latour »müssen wir Mythologie, Wissenschaft und Politik nicht mehr voneinander trennen, denn das lässt die Kosmologie, in der wir leben nicht zu« (ebd. o. S.). Gehen wir es also an.

Literatur

- Acheson, D. (Hg.) (1988). Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: Her Majesty's Stationery Officer.
- Asvall, J.E. (2000). Geleitwort. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. VIII-IX). München: Urban & Fischer.
- Baader, G. & Peter, J. (Hg.) (2023). Public Health, Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus. Gesundheit und Krankheit als Vision der Volksgemeinschaft Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Bacon, R. (2017). Opus maius. Teile I, II und VI. Brief an Papst Clemens IV. Brief über die geheimen Werke der Natur und der Kunst. Übersetzt von Nikolaus Egel und Katharina Molnar. Mit einer Einleitung und Anmerkungen herausgegeben von Nikolaus Egel. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Bacon, R. (2020). Opus tertium. Edition und Übersetzung, mit einer Einleitung und Anmerkungen herausgegeben von Nikolaus Engel. Lateinisch – Deutsch. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Bauer, U. (2005). Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Bauman, Z. (2000). Vom Nutzen der Soziologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bergson, H. (2021 [1921]). Schöpferische Entwicklung: Eugen Diederichs.
- Bleker, J. (1994). Der Mythos vom unpolitischen Arzt. Historische Überlegungen zum Unterschied zwischen politischer Abstinenz und Toleranz. In: H.-H. Abholz, D. Borgers, H. Klosterhuis, H. Kühn, U. Lenhard, R. Rosenbrock, F. Schafstedde, U. Schangen & N. Wolf (Hg.), Jahrbuch für Kritische Medizin Band 22. Rationalitäten in der Medizin (S. 164–186). Hamburg: Argument-Verlag.

- Bleker, J. (2018). Die Deutschen Hygieniker und der Nationalsozialismus. *Hyg Med*, 43(7/8), S. D74–D78.
- Bohr, N. (1931). *Atomtheorie und Naturbeschreibung*. Berlin: Springer.
- Brand, J.L. (1965). *Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870–1912*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Cabot, R.C. (1914). *Social service and the art of healing*. New York: Moffat, Yard and Company.
- Canguilhem, G. (2004). *Gesundheit – eine Frage der Philosophie*. Berlin: Merve Verlag.
- Canguilhem, G. (2013 [1943]). *Das Normale und das Pathologische*. Berlin: August Verlag.
- Chadwick, E. (1842). *1842 Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. London: House of Commons Sessional Paper.
- Coggon, J. (2012). *What Makes Health Public? A Critical Evaluation of Moral, Legal, and Political Claims in Public Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coggon, J. (2023). *What is public health?* London: Faculty of Public Health.
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V., DGPH (2012). *Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland – Forschung und Lehre. Positionspapier der DGPH vom 13.09.2012*. Verfügbar unter: <https://www.dgms.de/assets/pdf/NKStellungnahmeDGMS.pdf> [14.11.2024].
- Einstein, A. (1949). *Remarks to the Essays Appearing in this collective Volume*. In: P.A. Schilpp (Hg.), *Albert Einstein: Philosopher-Scientist* (S. 663–688). Evanston: Library of Living Philosophers Inc.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), S. 129–136.
- Flasch, K. (1989). *Aufklärung im Mittelalter? Die Verurteilung von 1277: Das Dokument des Bischofs von Paris*. Mainz: Dieterich'sche Verlagsbuchhandlung.
- Flasch, K. (2011a). *Das philosophische Denken im Mittelalter. Von Augustin bis Machiavelli*. Stuttgart: Reclam.
- Flasch, K. (2011b). *Kampfplätze der Philosophie. Große Kontroversen von Augustin bis Voltaire*. Frankfurt a. M.: Vittorio Klostermann.
- Fleck, L. (1929). *Zur Krise der »Wirklichkeit«*. *Naturwissenschaften*, 17(23), S. 425–430.

- Fleck, L. (1980 [1935]). Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fleck, L. (2011 [1927]). Über einige spezifische Merkmale des ärztlichen Denkens. In: S. Werner & C. Zittel (Hg.), Denkstile und Tatsachen. Gesammelte Schriften und Zeugnisse (S. 41–51). Berlin: Suhrkamp.
- Flügel, A. (2012). Public Health und Geschichte. Historischer Kontext, politische und soziale Implikationen der öffentlichen Gesundheitspflege im 19. Jahrhundert. Weinheim: Beltz Juventa.
- Frank, J.P. (1784). System einer vollständigen medizinischen Polizey. Erster Band. Zwote, verbesserte Auflage. Mannheim: Schwan.
- Geiger, K. (2010). »Krise« — zwischen Schlüsselbegriff und Schlagwort. Zum Diskurs über eine »Krise der Medizin« in der Weimarer Republik/»Crisis« — oscillating between keyword and buzzword. On the discourse about a »crisis of medicine« in the Weimar Republic. *Medizinhistorisches Journal*, 45(3/4), S. 368–410.
- Goethe, J.W.v. (1808). Faust – Der Tragödie erster Teil. Tübingen: Cotta.
- Goethe, J.W.v. (1873). Goethes Werke. Mit erläuternden Einleitungen. Zwanzigster Band. Sprüche und Prosa. Ethisches. Berlin: Grote'sche Verlagsbuchhandlung.
- Goethe, J.W.v. (1907). Maximen und Reflexionen. Nach den Handschriften des Goethe-Schiller Archivs. Herausgegeben von Max Hecker. Weimar: Verlag der Goethe-Gesellschaft.
- Hegel, G.W.F. (2023). Phänomenologie des Geistes. Werke 3. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hehlmann, T. (2018). Kommunikation und Gesundheit. Grundlagen einer Theorie der Gesundheitskommunikation. Wiesbaden: Springer VS.
- Hehlmann, T. (2021). Interpersonale Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung (S. 263–283). Berlin: Springer.
- Heidegger, M. (1967). Bauen Wohnen Denken. In: M. Heidegger (Hg.), Vorträge und Aufsätze (S. 19–36). Frankfurt: Klostermann Vittorio.
- Henderson, L.J. (1935). Physician and Patient as a Social System. *New England Journal of Medicine*, 212(18), S. 819–823.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hg.) (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. & Razum, O. (2012). Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland. In: K. Hurrelmann &

- O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 15–51). Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Razum, O. (Hg.) (2012). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Beltz.
- Hutchins, R.M. (1929). An Institute of Human Relations. *American Journal of Sociology*, 35(2), S. 187–193.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Vol. I and II. *Foundations of the Unity of Science*. Volume II Number 2. Chicago: University of Chicago Press.
- Latour, B. (2017). *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Latour, B. (2021). *Im Gespräch mit Bruno Latour*. Deutsche TV-Premiere: 30.05.2022 (arte). Verfügbar unter: [https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/\[15.05.2024\]](https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/[15.05.2024]).
- Le Goff, J. (1994). *Die Intellektuellen im Mittelalter*. München: dtv/Klett-Cotta.
- Leriche, R. (1936). *Introduction générale; De la Santé à la Maladie: La douleur dans les maladies; Où va la médecine?* In: *Société Nouvelle de l'Encyclopédie Française* (Hg.), *Encyclopédie Française Band VI* (S. 1–6). Paris: Larousse.
- Luhmann, N. (2005). *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistischer Perspektiven*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Mosse, M. & Tugendreich, G. (Hg.) (1913). *Krankheit und soziale Lage*. München: J.F. Lehmanns Verlag.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (Hg.) (2015). *Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. Stellungnahme vom Juni 2015. Köthen: Druckhaus Köthen.
- Nowak, A.C., Kolip, P. & Razum, O. (2022). *Gesundheitswissenschaften/Public Health*. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* (Hg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verfügbar unter: [https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0 \[25.05.2024\]](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0 [25.05.2024]).
- Piaget, J. (Hg.) (1967). *Logique et connaissance scientifique*. Volume *Encyclopédie de la Pléiade*. Paris: Gallimard
- Razum, O. & Kolip, P. (2020). *Gesundheitswissenschaften: eine Einführung*. In: O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 7. Auflage (S. 19–43). Weinheim: Beltz Juventa.

- Reckwitz, A. (2021). Gesellschaftstheorie als Werkzeug. In: A. Reckwitz & H. Rosa (Hg.), *Spätmoderne in der Krise: Was leistet die Gesellschaftstheorie?* (S. 23–150). Berlin: Suhrkamp.
- Roelcke, V. (2016). »Krise der Medizin« – Modelle der Reform. *Psychotherapeut*, 61(3), S. 237–242.
- Roman, P. (2022). We Live Under the Permanent Conviviality of Norms and Chance—Understanding It Is Key to Building More Resilient Complex Systems. *International Journal of Philosophy*, 10(4), S. 147–152.
- Roman, P. (2023). Interdisciplinarity as a Tool to the Understanding of Global Behavior Under Uncertainty in Science and Society. *International Journal of Philosophy*, 11(2), S. 32–45.
- Rüegg, W. (Hg.) (1993). *Geschichte der Universitäten in Europa. Band I Mittelalter*. München: C. H. Beck.
- Schmidt, S.J. & Zurstiege, G. (2007). *Kommunikationswissenschaft. Systematik und Ziele*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schnabel, P.-E. (2015). *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften: Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schnabel, P.-E. (2022). *Soziopsychosomatische Gesundheit, robuste Demokratie, Suffizienzökonomie und das »glückliche« Leben. Über ein wechselseitiges Verhältnis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schnabel, P.-E. & Wolters, P. (2011). 16 Jahre Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. In: T. Schott & C. Hornberg (Hg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 105–126). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schwartz, F.W., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hg.) (2000). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Fischer.
- Sigerist, H.E. (1946). *The University at the Crossroads*. New York: Henry Schumann.
- Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (1998). Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Model. In: R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T.v. Uexküll & W. Wesiack (Hg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 13–52). München: Urban & Schwarzenberg.
- Weber, M. (1922). *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: J.C.B. Mohr.

- Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (Hg.) (1997). *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber.
- World Health Organisation, WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, WHO (Hg.) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986*. WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt & Kickbusch. Genf: WHO Regionalbüro für Europa.
- World Health Organisation, WHO (2023). *The One Health Definition and Principles Developed by OHHLEP. Translations*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/groups/one-health-high-level-expert-panel> [12.07.2023].
- Wilkinson, R.G. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten*, 2. Auflage. Kopenhagen: WHO.
- Winslow, C.E.A. (1920). *The Untitled Fields of Public Health*. *Science*, 51(1306), S. 23–33.
- Winternitz, M.C. (1930). *Medicine as a Social Science*. In: L.D. White (Hg.), *The New Social Science* (S. 40–45). Chicago: University of Chicago University Press.
- Wright, M.T. (2012). *Partizipation in der Praxis: die Herausforderung einer kritisch reflektierten Professionalität*. In: R. Rosenbrock & S. Hartung (Hg.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 91–101). Bern: Huber.

Der *Linguistic Turn* in den Gesundheitswissenschaften

Thomas Hehlmann & Marina Bäddeker

»Infektionskrankheiten [sind] zu wichtig [...], um sie allein den Ärzten zu überlassen.«
(Snowden 2010: o. S.).

Der Begriff *linguistic turn* geht auf den österreichischen Wissenschaftstheoretiker und Philosophen Gustav Bergmann aus den 1950 Jahren zurück und wurde durch die gleichnamige Veröffentlichung von Richard Rorty (1967) zu einem festen Begriff der akademischen Welt. Inhaltlich wird damit die u. a. von Ludwig Wittgenstein zu Beginn des letzten Jahrhunderts ins Spiel gebrachte, grundsätzliche Eingebundenheit unserer gesamten Vorstellung von der Welt *in* die Sprache beschrieben, wobei wir diese Vorstellungen auch nur *durch* die Sprache zum Ausdruck bringen können. Dies führt zu dem Dilemma, dass wir »mit der Sprache nicht aus der Sprache heraus [können]« (Wittgenstein 1984a: 55). Dass solch ein Zirkelschluss nur schwierig zu durchdenken ist, schreibt Wittgenstein an dieser Stelle:

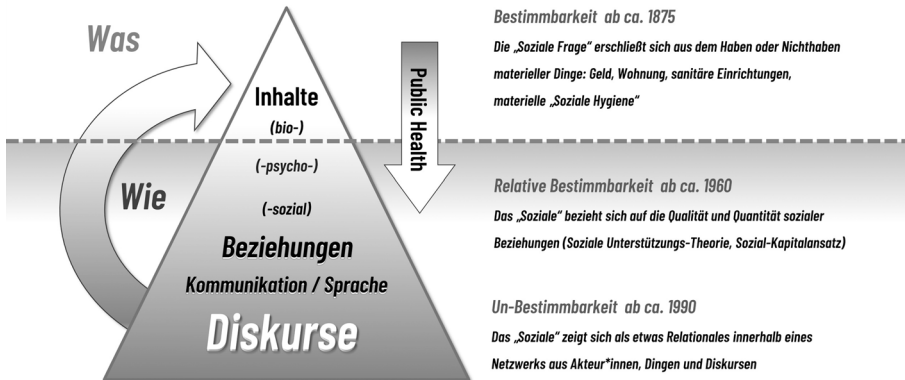
»Hier ist es schwer, gleichsam den Kopf oben zu behalten, zu sehen, dass wir bei den Dingen des alltäglichen Denkens bleiben müssen, um nicht auf den Abweg zu geraten, wo es scheint, als müssten wir die letzten Feinheiten beschreiben, die wir doch wieder mit unseren Mitteln gar nicht beschreiben könnten.« (Wittgenstein 1984b: 297)

Und auch Martin Heidegger beschreibt ein paar Jahre nach Wittgenstein »die Sprache als Haus des Seins,« zu dem wir nur gelangen können, in dem wir »ständig durch dieses Haus gehen« (Heidegger 1950: 286). Heidegger sieht

auch, dass wir in dieses »Sprachwesen« derart verstrickt sind, dass wir aus ihm niemals »heraustreten können, um uns noch von anderswoher um[zu]blicken« (Heidegger 1985: 256). Wenn alle Angelegenheiten unseres gesamten Lebens und damit unsere gesamte »Lebens-Welt« derart stark mit der Sprache verstrickt sind, dann verwundert es, dass sich eine Wissenschaft, die sich mit Lebendigem beschäftigt, das Leben vor Krankheit schützen und ein gesundes Leben ermöglichen will, dass diese Wissenschaft bislang nicht einen einzigen Gedanken darauf verschwendet hat, dass die Sprache hier eine entscheidende Rolle spielt und daher am Prozesse des Entstehens und Vergehens von Krankheit und Gesundheit beteiligt sein muss. Denn mit der Sprache werden auch zwischenmenschliche Interaktionen adressiert, also Angelegenheiten des Sozialen, die für die Frage nach Krankheit und Gesundheit relevant sind.

Bezüglich der Frage nach dem »Sozialen« in den Gesundheitswissenschaften können außerhalb der Gesundheitswissenschaften drei große Entwicklungsschritte ausgemacht werden. Im Bereich Public Health wurde bislang lediglich der erste Schritt absolviert – am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts gab es eine Tendenz, auch den zweiten Schritt zu wagen (s. Abb. 1).

Abbildung 1: Die Entwicklung der sozialen Frage in den Gesundheitswissenschaften (eigene Darstellung).



In den Gesundheitswissenschaften war die »soziale Frage« in ihrer Gründungsphase auch eine politische Frage danach, wie sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit beseitigt werden kann. Diese Frage wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts innerhalb von Public Health vornehmlich an materielle Bedingungen festgemacht, wie der Wohnsituation, der Wasserqualität oder an den Besitz von materiellen Gütern. Ihre Quantifizierbarkeit und die damit verbundene Fähigkeit, sie in einem epidemiologischen Sinne mit Lebenserwartung und Krankheitslast korrelieren zu lassen, hat ihre hohe Akzeptanz innerhalb des gesamtgesellschaftlichen Diskurses der damaligen Zeit ausgemacht. Und solange die »sozialen Frage« bestimmbar und berechenbar war, im Sinne eines biomedizinischen Verständnisses der Moderne, demnach ihre »Positivität« durch die Schließung von Kontingenz vorweisen konnte, hatte sie innerhalb der Gesundheitswissenschaften einen Ort.

Während sich der Begriff des »Sozialen« in dieser Phase in der Soziologie, in der Psychologie und der Philosophie nie wirklich auf etwas Materielles bezogen hatte, sondern sich auf die weniger sichtbaren und weniger eindeutig bestimmbar »Interaktionen« der Menschen bezog, wurde in der Medizin, bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein, die Einbeziehung soziologischer Modelle in ihre Kausalmodelle von Krankheit und Sterblichkeit verhindert und diskreditiert. Diese Forschungsart wurde als sogenannte »ökologische« Forschung abgetan, die im Sinne des biomedizinischen Verständnisses als nicht berechenbar galt, da die Kontextfaktoren menschlicher Interaktionen ebenso wie die Interaktionen selbst mit naturwissenschaftlichen Maßstäben als nicht kontrollierbar galten. Allein behavioristische Ansätze der Verhaltenspsychologie konnten in der Medizin in den 1980er Jahren die Vorstellungen von Krankheitsverhinderung durch Verhaltensänderung integrieren. Die relative Erfolglosigkeit dieses Ansatzes in Bezug auf seine nachhaltigen Effekte ist über Jahrzehnte in den Gesundheitswissenschaften ignoriert worden. Menschliches Verhalten findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern ist stets in Systeme resp. die sozialen Kontexte von Familie, Arbeit und Freizeit eingebettet. Um diese Zusammenhänge zu verstehen und dementsprechend mit komplexeren Ansätzen als mit Maßnahmen der Verhaltensänderung zur reagieren, hätte sich die sogenannte Verhaltens-Medizin schon Jahrzehnte vorher für diese bereits hochentwickelten Theorien zum Zusammenhang von menschlichen Beziehungen, Krankheit und Gesundheit öffnen müssen. Und die Ignoranz der sogenannten verhältnispräventiven Ansätze gegenüber den Sozialwissenschaften bleibt deshalb nur schwer nachvollziehbar, da bereits in den 1980er Jahren Modelle vorlagen (s. u.), die einen deutlichen Hin-

weis auf einen Zusammenhang von Qualität und Quantität sozialer Beziehungen und Sterblichkeit belegen konnten. So aber wirkt sich der tiefe Graben zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften, der sich bereits im 19. Jahrhundert zwischen der Anschauung des Menschen als biophysisches Wesen auf der einen und seiner Konzeptionierung als soziales Wesen auf der anderen Seite aufgetan hatte, auf den gegenwärtigen Stand der Gesundheitswissenschaften aus. Was in der Medizin im 20. Jahrhundert nicht zu denken war, konnte in den Gesundheitswissenschaften keine Praxis werden.

Wie konzeptionell hochentwickelt und zugleich praxisrelevant die »Soziale Frage« innerhalb der Geisteswissenschaften bereits zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts diskutiert wurde, zeigt der Blick in die Entwicklung der Soziologie: Dabei bestand der Anspruch des Gründervaters der Soziologie, Auguste Comte (1798–1857), in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch darin, die Beziehungen der Menschen wie eine »beobachtbare Tatsache« (Comte 1880: 6) wissenschaftlich zu untersuchen – vergleichbar mit den Ansätzen der Naturwissenschaften. Einen derart positivistischen Ansatz gab sein Nachfolger, der französische Soziologe Emile Durkheim (1858–1917), zwar auf, sah aber, dass Comtes »soziale Tatsachen« wie feste Institutionen zwischen den Menschen in der Tat als eigene Entitäten *existieren* und durchaus eigenständige Wirkungen zeigen konnten: Werte und Normen z. B. entstanden für Durkheim dabei nicht von selbst, sondern sie gingen aus dem sozialen Miteinander der Menschen wie ein »neues Produkt hervor [...]« (Durkheim 1976: 99). Dieses zwischen den Menschen entstandene »Neue« konnten sowohl abstrakte Begrifflichkeiten als auch konkret von den Menschen hergestellte Dinge sein, die ihrerseits in der Lage waren, selbst ein unabhängiges Eigenleben zu führen:

»Das Zeichensystem, dessen ich mich bediene, um meine Gedanken auszudrücken, das Münzsystem, in dem ich meine Schulden zahle, die Kreditpapiere, die ich bei meinen geschäftlichen Beziehungen benütze, die Sitten meines Berufes führen ein von dem Gebrauche, den ich von ihnen mache, unabhängiges Leben. Das eben Gesagte kann für jeden einzelnen Aspekt des gesellschaftlichen Lebens wiederholt werden.« (Durkheim 1976: 105)

Für den deutschen Soziologen Georg Simmel (1858–1918) besteht die Gesellschaft aus Individuen, die sich ständig wechselseitig aufeinander beziehen und sich dabei gegenseitig beeinflussen, *sich vergesellschaften* (Abels 2019a: 80). Und bei Simmel findet sich das erste Mal die Beschreibung menschlicher Interaktionen als »gegenseitige dynamische Beziehungen« (Simmel 1989: 129).

Alle menschlichen Interaktionen zusammengenommen waren für Simmel ein dynamischer Prozess, der ständig in Bewegung war und den er als »ruhelosen Rhythmus des Lebens« und als eine »schöpferische Bewegung« (Simmel 1987: 148) bezeichnet.

Innerhalb der U.S.-amerikanischen Soziologie taucht der Begriff der »Kommunikation« das erste Mal bei Robert E. Parks (1864–1944) zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts auf, der von da an auch als Synonym für zwischenmenschlich Beziehungen in einem umfassenden Sinn genutzt wurde. Für Parks ließ sich »das Soziale« überhaupt nur *als, durch* oder *in* Kommunikation verstehen (Parks 1939: 192). Parks knüpft damit an eine Formulierung des Mitbegründers des amerikanischen Pragmatismus John Dewey (1859–1952) an, für den das gesamte soziale Leben identisch mit Kommunikation zu sein schien (Dewey 1916: 6). Den Grundstein für diese, an dem Begriff der Kommunikation orientierten Entwicklung innerhalb der Soziologie, hatte bereits 1909 der US-amerikanischen Soziologe Charles Horton Cooley (1864–1929) gelegt:

»Mit Kommunikation ist hier der Mechanismus gemeint, durch den menschliche Beziehungen bestehen und sich entwickeln [...]. Dazu gehören der Gesichtsausdruck, die Haltung und die Gestik, der Tonfall der Stimme, das Wort, die Schrift, der Druck, die Nachrichtenübermittlung, der Telegraf, das Telefon [...]. All dies zusammengenommen bildet in der Komplexität [...] ein organisches Ganzes, das sowohl dem [...] menschlichen Denken als auch [...] seiner äußeren Existenz [entspricht].« (Cooley 1909: 61)

Für Cooley ist die Entwicklung des eigenen Selbstbewusstseins auf existenzielle Weise von der Begegnung mit einer Vielzahl von anderen Menschen abhängig, in die wir uns auch hineinversetzen können müssen. Hier sieht Cooley Fragen der Soziologie unmittelbar mit den Angelegenheiten der Psychologie verknüpft. Auf der Basis dieser grundlegenden Arbeiten von Cooley und den Ausführungen Georg Simmel entwickelt der U.S.-amerikanische Philosoph und Soziologe George Herbert Mead (1863–1931) wenige Jahre später mit dem »Symbolischen Interaktionismus« das erste, umfangreich ausgearbeitete sozial-psychologische Modell zwischenmenschlicher Interaktionen.

Symbole können nach Mead z. B. durch bestimmte Gesten angezeigt werden und sie sind in der Lage, einen bestimmten vereinbarten Sinn zu transportieren. Symbole sind für Mead kulturell vereinbarte Zeichen, die auch auf einen dahinterstehenden möglichen »komplexen Zusammenhang« (Abels 2019b: 194) verweisen können. Symbole lösen bei dem Menschen – entgegen der damals

vorherrschenden Meinung des Behaviorismus – »kein automatisches Verhalten aus, sondern erfordern und ermöglichen Interpretationen. Das Individuum kann sich mehrere Deutungen überlegen« (Abels 2019b: 194). Dadurch entstand aber für den Kommunikationsbegriff ein gewichtiges Problem: Mit multiplen Deutungen und Interpretationen rechnen zu müssen, heißt, mit einem Konzept von Kommunikation agieren zu müssen, das zwar noch an einem gegenseitigen Verstehen interessiert ist, zugleich aber mit der Unzulänglichkeit leben muss, dass diese Deutungen nur als eine Art Arbeitshypothese verwendet werden können: Mead beschreibt diesen Sachverhalt folgendermaßen: »Unsere Umwelt existiert im gewissen Sinn als Hypothese. [...] Natürlich werden diese Hypothesen durch das Verhalten gestützt; wenn man so will durch das Experiment« (Mead 1968: 293).

Deutlich wird dabei vor allem, dass sich die U.S.-amerikanische Soziologie damit zu einer Disziplin der zwischenmenschlichen Beziehungen als Grundlage menschlichen Zusammenlebens entwickelte, welches durch Kommunikation stets in multiplen Wechselwirkungen mit den das Leben umgebenden abstrakten und materiellen Kontexten stand. Das »Soziale« ist hier längst nicht mehr an das bloße Vorhandensein von materiellen Gegebenheiten geknüpft, denn es entwickelte sich die Erkenntnis, dass diese materiellen Dinge nicht nur »da« sind, sondern die Menschen sie selbst »hervorbringen«, und zwar im Verlauf von sich mehr oder weniger gegenseitig anerkennenden Interaktionsprozessen. Zudem taucht in den Modellen des Sozialen auch die Sprache auf, deren Zeichen eine unberechenbar ambivalente Arbitrarität besitzen (Saussure 2001) und die stets auch mit ihrem Kontext brechen kann (Derrida 1976). Worte sollen dazu in der Lage sein, auf performative Weise »Dinge zu tun« (Austin 2002) und die Sprache war nicht nur dazu in der Lage uns als Menschen (Butler 2001), sondern in gleichem Maße und zur selben Zeit eine ganze Welt hervorzubringen (Humboldt 1917; Cassirer 2007); im Grunde bringt die Sprache das gesamte Leben erst dadurch hervor, dass wir sprechenderweise von diesem reden (Heidegger 1967 [1927]).

»In der Teilhabe an einer gemeinsamen Sprachwelt besteht der wahre Zusammenhang zwischen ›Ich‹ und ›Du‹, und in dem ständigen tätigen Eingreifen in sie stellt sich die Beziehung zwischen beiden her. [...] In Frage und Antwort müssen ›Ich‹ und ›Du‹ sich teilen, und damit nicht nur einander, sondern auch sich selbst verstehen. Beides greift hier ständig ineinander ein. Das Denken des einen Partners entzündet sich an dem des anderen, und

kraft dieser Wechselwirkung bauen sie beide, im Medium der Sprache, eine ›gemeinsame Welt‹ des Sinns für sich auf.« (Cassirer 2007: 410f.)

Dieser sprachphilosophische Ansatz hätte in den Gesundheitswissenschaften weltweit zum Anlass genommen werden können und sollen, sich der Sprache als einer möglichen Ursache des Entstehens und Vergehens von Krankheit und Gesundheit zu nähern. Doch so wenig die Soziologie sehr lange in Fragen von Gesundheit und Krankheit an einem gesundheitswissenschaftlichen Diskurs zu dieser Thematik beteiligt wurde, so wurden die Philosophie und die Linguistik von diesem Diskurs gänzlich ausgeschlossen. Umso unverständlicher bleibt die Tatsache, dass dort, wo die humanistische Psychologie seit 1940 sehr nah am Menschen sowohl fundierte Krankheitskonzeptionen aus den sozial-philosophischen Modellen menschlicher Beziehungen erarbeitet hatte als auch die Praxis das »Miteinander-Sprechen« selbst zum Eckpfeiler ihrer Intervention in der therapeutischen Praxis geworden war, dass diese psycho-sozialen Modelle nicht in die Public Health-Konzeptionen aufgenommen wurden.

Vergleichbar mit den Ansätzen von Cassirer und Mead erörtert der deutsche Religionsphilosoph Martin Buber (1995 [1923]) in seinem Werk *Ich und Du*, dass sich die Vorstellung eines eigenen *Ich* als Bewusstsein und eine Anschauung des Selbst gar nicht ohne die Begegnung mit einem *Du* entwickeln kann. Damit gab es für Buber dieses *Ich* nie einzeln, sondern nur als »Ich-Du«. Die Beziehung des Ichs zu einem Du, als dem jeweils anderen, kann für Buber an keinerlei Vorbedingung geknüpft werden, weil sie immer da war, von uns aber ausgestaltet werden muss: »Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. [...] Zwischen Ich und Du steht kein Zweck, keine Gier, und keine Vorwegnahme. [...] Vor der Unmittelbarkeit der Beziehung wird alles Mittelbare unerheblich« (Buber 1995: 12). Für Buber lag der Grund für diese Bedingungslosigkeit darin, dass Menschen bedingungslos füreinander Da-Sein müssen, um mit anderen existieren zu können. Für Buber setzt das voraus, dass wir im Prozess der Ausgestaltung dieser Beziehung den anderen stets bedingungslos in seiner Andersheit bejahen müssten (Buber 1995: 17). Und auch für Buber bedeutete diese Anerkennung der »Andersheit« der anderen, zugleich anzuerkennen, dass wir die Unterschiede, die wir beim Gegenüber ausmachen, Unterscheidungen sind, die wir erst im sprachlichen Austausch mit- und untereinander durch die Sprache in die Welt gebracht haben. Das Resultat der Ausgestaltung der Beziehungen durch die Sprache, durch Bezeichnungen und Zuschreibungen haben aber laut Buber nichts mit dem wahren »So-Sein« unseres Gegenübers zu tun. Erkennen wir den anderen Menschen in seinem einzigartigen und in-

dividuell unverwechselbaren »So-Sein« nicht an, knüpft unsere Anerkennung des Anderen u. U. an Bedingungen, gestatten wir ihm nicht, ein eigenständiges und einzigartiges Subjekt zu sein oder behandeln wir ihn wie ein Objekt oder eine Sache, bringen wir uns um die Möglichkeit selbst »sein« zu können. Buber beschreibt damit ein Modell des menschlichen Zusammenlebens, das existenziell auf »Gegenseitigkeit« beruht (Buber 1995: 16) und das zudem für alle Beteiligten nicht ohne Folgen bleiben wird: »Der Mensch wird am Du zum Ich« (Buber 1995: 28). Hier wird deutlich, was Hegel mit seiner unbedingten gegenseitigen Abhängigkeit des einen vom anderen (s. o.) verdeutlicht hatte. Judith Butler erklärt diesen Sachverhalt mit der Metapher der Grenzziehung:

»Die Grenzen, die wir ziehen, um uns von anderen zu unterscheiden, scheinen zunächst überlebensnotwendig zu sein. Doch diejenigen, die wir ausschließen, sind auch die, von denen wir – in ihrer Abwesenheit – abhängen, um das zu konstruieren, was wir unsere Identität nennen. [...] Die geschlossene Grenze definiert die Menschen innerhalb der Grenze durch die, die zurückgewiesen wurden.« (Butler 2020: 55)

Die Ansätze von Buber finden sich nicht nur bei Georg Herbert Mead wieder, sondern werden von Carl Rogers (1959) in den 1950er Jahren Grundlage des Ansatzes der Humanistischen Psychologie. Sie werden später vor allem von Paul Watzlawick et al. (1967) in ihren Arbeiten zur Bedeutung der Ausgestaltung der menschlichen Beziehungen durch Kommunikation weiterentwickelt. Watzlawick et al. (1967) legen auch ein erstes tragfähiges Konzept vor, dass die Bedeutung der menschlichen Kommunikation für das Entstehen und Vergehen von Krankheit und Gesundheit beschreibt. Die Autor*innen greifen vor allem auf ihre umfangreichen Erfahrungen als Psychotherapeut*innen zurück, wenn sie der besonderen Art der Ausgestaltung der menschlichen Beziehungen durch Kommunikation zumuten, sie könne direkt Krankheit oder Gesundheit zur Folge haben. Doch sollte sich dieser erste Bezug zwischen Kommunikation auf der einen und den gesundheitlichen Folgen auf der anderen Seite bereits wenige Jahrzehnte später bestätigen, z. B. in der Forschung zur Auswirkung verbaler Gewalt in der Kindheit auf die gesundheitlichen Folgen im Erwachsenenalter (s. dazu Remigio-Baker et al. 2014).

In den Gesundheitswissenschaften blieb die Theorie Watzlawicks lange Zeit unbeachtet und der Begriff der »verbalen Gewalt« ist bis heute kein Thema von Public Health. Weder innerhalb der Gesundheits-Soziologie noch innerhalb der Gesundheitskommunikationsforschung in Deutschland finden sich

Hinweise auf ein ernstzunehmendes Forschungsinteresse an diesem Thema. Das ist umso erstaunlicher, da außerhalb der Gesundheitswissenschaften Forschungsarbeiten vorliegen, die zeigen, dass 25 Prozent aller Interaktionen in pädagogischen Kontexten, wie sie in Vorschulen, Kindergärten, Grundschulen, Schulen im Sek I und Sek II-Bereich und Universitäten inszeniert werden, unter der Rubrik »verbale Gewalt« einzuordnen sind (Prenzel 2019, 2021). Auf diese unhaltbaren Zustände in pädagogischen Interaktionen hatten bereits in den 1970er Jahren Tausch und Tausch (1998) in ihren Forschungsarbeiten aus dem Bereich der pädagogischen Psychologie hingewiesen. Und seit mehr als zehn Jahren liegen zum Thema verbale Gewalt mehrere theoretische Konzeptualisierungen vor, die deutlich machen, dass es sich um kein gesellschaftliches Randphänomen handelt (Liebsch 2007; Krämer & Koch 2010; Kuch & Herrmann 2010; Posselt 2011).

Doch so wie sich die Gesellschaft weltweit sehr schwer damit tut, die UN-Resolution von 1989 zur Verbannung jeglicher »körperliche Gewalt« aus der Erziehung von Kindern anzuerkennen und in nationales Recht umzusetzen (bislang sind 34 von 129 Staaten der Resolution gefolgt), so fällt es der Gesellschaft ungleich schwerer zu akzeptieren, dass verbale Gewalt eine weit-aus größere Gefahr für die Gesundheit darstellen könnte. Bei der Umsetzung der UN-Resolution in Deutschland im Jahr 2000 lag die Ablehnung der Inhalte dieses Gesetzes innerhalb der Bevölkerung bei 64 Prozent (Frankreich 2018: ca. 70 Prozent; Schottland 2019: ca. 57 Prozent). Auch wenn mehr als 20 Jahre nach Einführung des Gesetzes die Ablehnung in Deutschland nur noch bei ca. 20 Prozent liegt (Clemens et al. 2020) und seit dem denkwürdigen Vortrag von Astrid Lindgren (1978) in der Frankfurter Paulskirche mehr als 40 Jahre vergangen sind, der als Auftakt für den weltweiten Diskurs angesehen werden kann (Schweden führte das Gesetz 1979 freiwillig ein), so ist die Ignoranz in den Gesundheitswissenschaften dieser Thematik gegenüber nur sehr schwer nachvollziehbar. Was sich die Gesellschaft nicht zu denken erlaubt und diskursiv als nicht rezipierbar abgesichert hat, konnte in der Folge offensichtlich keine gesundheitswissenschaftliche Praxis werden. Zu fragen bleibt, was das über Public Health aussagt, wenn Public Health sich auf der einen Seite die Förderung von Gesundheit und die Verhinderung von Krankheit zum Ziel gesetzt hat, dann aber auf der anderen Seite einem gesellschaftlichen Diskurs folgt, der diesen Sachverhalt nicht akzeptieren möchte?

Dass selbst gesundheitswissenschaftliche Forschungsergebnisse zwar die für wertvoll gehaltenen Eigenschaften eines wissenschaftlichen »Sprach-Marktes« besitzen können, aber innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen

Community als »nicht rezipierbar« gelten (Bourdieu 2005), musste in den 1970er Jahren auch Lisa Berkman und ihre Kolleg*innen erfahren: Ihre Forschungsarbeiten aus der *Alameda-County-Study* zeigen deutlich, dass das rein quantitative Ausmaß des sozialen Eingebunden-Seins in die Nachbarschaft oder in die örtliche Gemeinde in einem direkten Verhältnis zur Sterblichkeitsrate interpretiert werden kann, so dass eine stärkere Einbindung für Männer und Frauen jeder Alterskohorte eine niedrigere Sterblichkeit zur Folge hatte (Berkman & Syme 1979). Auch nachdem diese Forschungsergebnisse von House et al. (1988) und Kawachi et al. (1997) bestätigt wurden und die soziologischen Konzeptionen der vorausgehenden Jahrzehnte damit in den Gesundheitswissenschaften auf leicht nachvollziehbarer Weise direkt mit dem Outcome des Sterblichkeitsgeschehens in Beziehung gesetzt werden konnten, änderte dies nichts daran, dass diese Forschung durch das Medizinsystem innerhalb der Gesundheitswissenschaften als nicht rezipierbar galt. Lisa Berkman formulierte 1995 dann einen eindringlichen Appell an die Gesundheitswissenschaften:

»Wenn wir über neue Paradigmen für Prävention und die Behandlung von Krankheiten [...] nachdenken, müssen wir Möglichkeiten zur Förderung der sozialen Unterstützung und zur Entwicklung der Stärkung der Familie und der Gemeinschaften in unsere Interventionen mit einbeziehen. Es gibt inzwischen zahlreiche Belege dafür, dass das Ausmaß starker und unterstützender sozialer Beziehungen mit der Gesundheit der Menschen zusammenhängt.« (Berkman 1995: 245)

Auch die aktuellen Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Eingebundenheit in soziale Netzwerke und Gesundheit und Krankheit (Holt-Lunstad et al. 2015; Hämmig 2019) haben nicht zu einem grundsätzlichen Umdenken in den Gesundheitswissenschaften geführt, sich intensiver für soziale Beziehungen und ihre vielschichtigen sprachlichen Ausgestaltungen zu interessieren. Die Krise von Public Health ist hier die große Distanz, die zwischen dem Verharren der Gesundheitswissenschaften in den Denkwelten der sogenannten Moderne liegt (vgl. »Ein postmoderner Blick auf Public Health«) und einer Öffnung von Public Health für ambitioniertere Theorien und Praxen des Sozialen, wie sie z. B. von Paula-Irene Villa Braslavsky beschrieben werden:

»Zu verstehen, dass das, was im Sozialen als Fakt und Tatsache, als unverfügbares So-Sein daherkommt, tatsächlich das umkämpfte, immer vorläufige

Ergebnis sozialer Dynamiken ist, das ist die Pointe einer genuin sozialwissenschaftlichen Befremdung an der Selbstverständlichkeit der Wirklichkeit. Das Gewordene im Lichte seiner Kontingenz (Luhmann 1984: 152) zu verstehen, bedeutet auch, es als Ausdruck sozialer Verhältnisse zu begreifen, die Gesellschaften bedingt verfügbar sind.« (Villa 2022: 251)

Und gerade der Bereich des Sozialen, der als Sprache daherkommt und mit Abstand das größte Potenzial an Unverfügbarkeit aufweist, wird in den Gesundheitswissenschaften im Bereich der Gesundheitskommunikationsforschung lieber funktionalistisch als kontingent verfügbar gemacht (Hehlmann 2021). In einer kontingenten Vorstellung von Gesundheitskommunikation ist eine derartige Reduzierung der Sprache auf ein Transportmittel zur Übermittlung von Informationen nicht möglich. Denn in einem die Sprache betonenden, dynamischen System, in dem jeder Faktor mit allem anderen Materiellen und Abstrakten interagiert und sich in gegenseitiger Abhängigkeit befindet, ist ein Verstehen der Sprache und des Sozialen mit den Mitteln von Struktur-, Kausal- und Effektanalysen nicht möglich. Ein derartig reduktionistisches Verstehen des Sozialen war für Henderson (1935) bereits vor einem Jahrhundert die größte Quelle von Irrtümern in Bezug auf die Beschreibung von Wirkmechanismen des Sozialen.

Und so wie am Ende des Mittelalters dieser recht unbedeutende Verweis auf die Kontingenz der Sprache, die die autoritäre augustinische Idee eines »Gottesstaates« (Augustinus 1997) zu Fall brachte, ist es jetzt wieder die in manchen Wissenschaften offenbar nur schwer aushaltbare Ambivalenz und Kontingenz der Sprache, die hier kritisch die offensichtlich ungleichen Verteilungen von gesellschaftlicher Gestaltungsmacht und materiellen Gütern in Frage zu stellen droht. Denn sollten sich diese, durch die Sprache gemeinschaftlich vereinbaren und ganz offensichtlich das Leben selbst, die Gesundheit und das Wohlbefinden bedrohenden Disparitäten menschlichen Zusammenlebens nur als *herbeigeredet* herausstellen, dann wären diese Disparitäten weder gottgegeben noch wären sie Naturereignissen vergleichbar, dann wären sie *man made*. In dem Fall bergen sie aber auch die unglaubliche Chance, diese alten und ganz offensichtlich lebensfeindlich vereinbarten Sprechweisen und Diskurse durch die Sprache und neue vereinbarte Sprechweisen *anderes* zu verabreden.

Das Projekt der Moderne

Wenn wir den gesundheitswissenschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts gewachsen sein wollen, dann braucht es – in Anspielung auf die für die Gesundheitswissenschaften so bedeutsame Pumpe in der damaligen Broad Street in London – etwas mehr als an einer Pumpe einen Pumpenschwengel abzumontieren. So lebensrettend diese Maßnahme damals auch war, so sehr verschleiert diese isoliert erzählte, mutige *Sensation* im Nachhinein jene, das Menschleben verachtenden Praxen und Diskurse, die letztendlich die Cholera-Epidemie von 1854 als das erscheinen lassen, was sie wirklich ist, nämlich »man made« (Mackenbach 2020: 5). Johann Mackenbach weist in seinem Buch *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe* an mehreren Stellen darauf hin,

»[...] dass diese Trends und Veränderungen [der Mortalitätsraten; Anm. d. Autor*innen] nicht spontan entstanden sind, sondern größtenteils von Menschen gemacht wurden. Dies gilt nicht nur für gesundheitliche Verbesserungen – die häufig auf eine Zunahme der menschlichen Fähigkeit zurückzuführen sind, die Ursachen oder Folgen von Krankheiten zu bekämpfen – sondern auch für vorübergehende Rückschläge. In der gesamten europäischen Geschichte waren Gesundheit und Langlebigkeit daher eng mit den wirtschaftlichen, politischen und soziokulturellen Bedingungen verknüpft.« (Mackenbach 2020: 5)

In einem traditionellen Verständnis der Moderne könnte »man made« in Bezug auf die damalige Choleraepidemie als das praktische Handeln verstanden werden, durch das später der Erreger entdeckt wurde und das als gemeinschaftlich verabredetes robustes Eingreifen gelten kann. In einem postmodernen Verständnis ist an dieser Stelle die Arbeit aber noch nicht getan. Denn hinter der recht unterschiedlichen Handhabung der Trinkwasserversorgung der Menschen und der mangelhaften Beseitigung der Abwässer verbirgt sich nicht nur die in der damaligen britischen Gesellschaft fest verstrickte Praktiken des *Nichtstuns*, sondern auch gemeinschaftlich vertretene Diskurse, wie z. B. die sogenannte Miasmen-Theorie so lange zu wiederholen, wie die reicheren Schichten der Londoner Bevölkerung weniger betroffen waren. Doch ist es eines der Kennzeichen der Moderne, dass in der Notlage selbst die Praktiken des konkreten Handels immer sehr schnell mit hochtechnisierten Lösungen als erzählenswerte Sensationen verknüpft werden. Die diesen Praktiken

zugrundeliegenden Diskurse werden allerdings als die wahren Ursachen von Gesundheit und Krankheit nicht mehr wahrgenommen.

Wie solch eine kritische Diskursanalyse mit einem viel umfassenderem Blick, auf die Anfänge der Medizin bis hin zu ihren menschenverachtenden Auswirkungen im Nationalsozialismus in der Lage ist, diese diskursive *Verstricktheit* des Redens über Bakterien mit der Politik zu untersuchen, zeigen Phillip Sarasin et al. (2007) in ihrem Buch *Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920*. Hier gesellt sich zwischen die scheinbar objektiv beobachtbare Krank-*Heit* und das subjektiv empfundene Krank-*Sein* ein Phänomen, das man im Deutschen als Krank-*Tat* bezeichnen könnte, das es so aber nicht gibt und das im angloamerikanischen Sprachraum hingegen bereits seit mehreren Jahren mit dem Begriff des *doing disease* und *doing illnes* beschrieben wird. Dabei ging Rudolph Virchow bereits 1854 davon aus, dass das, was wir als Krankheit bezeichnen,

»[...] nur eine Abstraction, ein Begriff [ist], womit wir gewisse Erscheinungs-complexe des Lebens aus der Summe der übrigen heraussondern, ohne dass in der Natur selbst eine solche Sonderung bestünde. Für die Darstellung und die Sprache sind solche Abstractionen eine Nothwendigkeit, weil durch sie allein das gegenseitige Verständnis ermöglicht wird; für die Praxis, für die Auffassung des einzelnen Falles müssen sie aufgegeben werden, weil sie die Gefahr mit sich bringen, über die Krankheit den Kranken, über den Begriff die Wirklichkeit zu versäumen.« (Virchow 1854: 1f.)

Virchow lenkt damit die Aufmerksamkeit auf die weit verbreitete Vorstellung von Krankheit als objektiv beobachtbare Realität. Diese ist seiner Meinung nach nur Referenz für unser semiotisch begründetes Bemühen, Krankheit überhaupt beschreiben und benennen zu können, damit wir sie dann teilen und verhandeln können. Virchow sieht auch, dass diese gemeinschaftlich vereinbarte *Be-Zeichnung* für die Zuwendung zum individuellen Krank-Sein des Menschen aufgegeben werden muss.

Der Begriff der Krank-*Tat* hat den Vorteil, dass zwei Ausprägungen seines *doings* verdeutlicht werden: Auf der einen Seite deutet *Tat* auf das gemeinschaftliche Hervorbringen von Begriffen, Etiketten und Label als eine kontingente, aber notwendige Voraussetzung des *Darüber-Sprechen-Müssens* hin, in der Gewissheit, dass Signifikat und Signifikant niemals dasselbe sein können. Auf der anderen Seite impliziert der Begriff der *Tat* den Umstand, dass durch die Bezeichnung Handlungen vollzogen werden. Dieses *Hervorbringen* und das

In-der-Welt-Sein als Folge unseres *doings* sind niemals unschuldig und bleiben zu keinem Zeitpunkt folgenlos – bis hin zu dem, was Kälin et al. (2021) als die »verletzende Inkorporation von medizinischen Befunden« nennen (Kälin et al. 2021: 321). So erweisen sich die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* nicht nur als abstrakte, vereinbarte Zeichen, hinter denen sich recht handfeste Realitäten verbergen können, sondern beide Begriffe lassen sie uns als eine »bedeutungsvolle soziale Praxis« (Crawford 2006) des *Tuns*, des *Nicht-Tuns* und des *So-Sein-Lassens* erkennen.

In der Tradition des naturwissenschaftlichen Diskurses der Moderne haben sich die Gesundheitswissenschaften unter dem Dogma der biomedizinischen Denktradition eingerichtet, die Welt als eine materielle zu beschreiben, in der Dinge keine eigene Lebendigkeit, keine Handlungsfähigkeit und keine Agency (Latour 2007) besitzen. Sollte der lebendige Körper Gegenstand der Beschreibungen sein, gilt, was René Leriche (1936) als die *Devise der Medizin* des letzten Jahrhunderts beschreibt:

»Will man die Krankheit definieren, muss man den Menschen aus ihr verbannen. [...] Bei der Krankheit ist der Mensch im Grunde das Unwichtigste.« (Leriche 1936, zit.n. Canguilhem 2013 [1943]: 88)

Und dieser entvitalisierte Körper (Canguilhem 1979: 153) sollte dann nur noch durch die Gesetze der Physik, Biologie oder Chemie beschrieben werden. Dass auch leblose Körper, die im Grunde nicht mehr entvitalisiert werden müssen, durch ihre reziproken Wechselwirkungen mit ihrer Umwelt ein *Eigenleben* besitzen, ist die Zumutung der Postmoderne. Dass in der traditionellen Denkweise der sogenannten Moderne das Subjekt nicht mehr vorkommen soll, nennt bereits Alfred North Whitehead (1929) einen Irrtum der Wissenschaft und eine Entsubjektivierung der Natur. Erst Bruno Latour drängt uns hundert Jahre nach Whitehead wieder zu der Vorstellung, die Ding-Welt als etwas zu betrachten, mit der wir interagieren, weil wir uns auf sie beziehen und uns dazu stets verhalten (müssen) – wir also damit stets in einer relationalen Wechselwirkung zu ihnen stehen und dies zu keinem Zeitpunkt *nicht* tun können.

»Wir müssen die Welt neu interpretieren: das ist die zweite wissenschaftliche Revolution: die Lebensbedingungen, die wir vorfinden, sind die Produkte von uns Lebewesen, wir befinden uns nicht mehr in der Welt der Objekte, sondern in mitten von Wesen, die sich mit ihnen überschneiden: Objekte

kann man stapeln, wie die Bücher hier auf dem Tisch. Lebende Wesen müssen sich irgendwie miteinander arrangieren [...]. Lebewesen erschaffen ihre Lebensbedingungen ihrer Umwelt ausschließlich im Austausch mit anderen Lebewesen.« (Latour 2007: o. S.)

Damit wird diese sehr reduktionistische naturwissenschaftliche Beobachtung der Ding-Welt zu einer Beobachtung derjenigen Interaktionen verlagert, die wir mit diesen Dingen eingehen. Die naturwissenschaftliche Betrachtung der materiellen Ding-Welt hat hier ihren Platz und bleibt weiterhin notwendig – jedoch existiert eine weitaus komplexere Welt jener Interaktionen, in der wir unser Verstricktsein *in* diese Beobachtungen erkennen und erklären müssen. Dabei sehen wir uns gleichzeitig gezwungen, unsere traditionellen Vorstellungen von einer Welt, der wir bislang ihre Bestimmbarkeit unterstellt hatten, um jene Art von interpretativem Verstehen zu erweitern, bei dem wir es mit mehr Unbestimmtheit, schwer fassbarer Relationalität und Ambivalenz zu tun haben als wir zu bewältigen imstande sind. Der britische Soziologe Zygmunt Bauman hat der Moderne dieses *Nicht-Aushalten-Können* von Ambivalenz zum Vorwurf gemacht (Bauman 2005). Die Moderne ist eben eine, die gerne vor-schnell sagen will *was ist*, die sich nur ungern irrt und geradezu verliebt ist in ihre exhibitionistische Art zum Schluss zu kommen. Sie betreibt in einem überzogenen Maße das, was Andreas Reckwitz als die »Schließung von Kontingenz« (Reckwitz 2021: 72ff.) bezeichnet. Zu Bedenken bleibt, dass auch diese Schließung von Kontingenz durch die postmoderne Kritik keineswegs obsolet wird. Ganz im Gegenteil: dieses *zum Schluss zu kommen*, dieses sagen *was ist*, einen *Standpunkt einnehmen*, eine *Grenze ziehen* und sich damit *machtvoll* und *performativ* in Beziehung zur Welt zu setzen, müssen wir sogar als eine Art anthropologische Grundkonstante ansehen, die wir auf der einen Seite *nicht* nicht tun können (Watzlawick et al. 2017). Auf der anderen Seite bringt diese *machtvoll* vorgetragene Grenze uns selbst als Menschen hervor.

Das *Projekt der Moderne*, das zu Beginn auf die so dringend benötigte Freiheit und Emanzipation eines Subjekts gesetzt hatte, dessen Existenz durch den Menschen selbst und nicht durch die Natur bedroht war, läuft bei seiner Hypostasierung nicht nur ins Leere, sondern wird allein durch die Tatsache selbst zur Gefahr für Leib und Leben, sobald das bis ins Endlose emanzipierte Einzelwesen seine eigene Eingebundenheit in ein Netz aus sozialer Relationalität nicht mehr zu erkennen im Stande ist. Diesen Sachverhalt sollte sich aber eine Wissenschaft, die die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen nicht nur als Reflexionsgegenstand erklärt, sondern beides zum Ziel ihrer Interven-

tionen ausgerufen hat, dringend und zwingend zum ersten Grund ihres Reflektierens vornehmen.

Hier gilt es, den »großen Erzählungen« der *sogenannten* Moderne nicht mehr zu trauen und zu erkennen, dass sie an ihr Ende gekommen sind; so schlägt es Jean-François Lyotard (1994) in seinem Werk *Das postmoderne Wissen* vor und hält fest, dass Universitäten, mit ihrer derzeitigen feudalistischen Struktur (Lyotard 1994: 153), keine Orte der Wissensproduktion mehr sind. Stattdessen sollten hier – ganz in Sinne eines transdisziplinären Wissenschaftsverständnisses (s. o.) – Themen fokussiert werden, die sich Menschen mit ihrem »impliziten Wissen«, ihrem Alltagswissen und ihrem praktischen Wissen zuwenden, um zu lernen, wie sich die Subjekte, die Dinge, das Wissen, die Praktiken und Diskurse gegenseitig bedingen können. Dort, wo die großen Erzählungen an Bedeutung verloren haben, setzt Lyotard auf das »narrative Wissen« (Lyotard 1994: 63ff.), das jetzt als erzähltes Wissen gilt und das eher die Verstrickung von Subjekt, Erzählung und Welt in den Fokus rückt als die Objektivierung einer Welt, in der das erzählende Subjekt nur unzuverlässiger Störfaktor zu sein scheint.

Die Moderne – so Lyotard und Latour – ist an ihr Ende gekommen. Sie ist eine Episode in der Geschichte, mit der versucht wurde, die Welt zu *modernisieren* – dieser Versuch hat aber mehr Zerstörung als Lebbarkeit hervorgebracht (Latour 2007). Dass wissenschaftliche Erkenntnisse stets als überholt gelten, hinterfragt und schließlich als reformbedürftig erachtet werden, resümiert der Soziologe Max Weber bereits vor über hundert Jahren: »Jeder von uns [...] in der Wissenschaft weiß, daß das, was er gearbeitet hat, in 10, 20, 50 Jahren veraltet ist« und fügt noch hinzu, dass dies sozusagen der »Zweck« der Wissenschaft sei (Weber 1919: 14). Noch deutlicher beschreibt dies Albrecht Koschorke (2013):

»Wenn wissenschaftliche Wahrheiten an das Ende ihrer historischen Laufzeit gelangen, werden sie als narrative Konstruktionen entzifferbar. Sie können die Kontraevidenzen, die ihnen bis dahin erstaunlich ungefährlich waren, nicht länger aus dem Blickfeld rücken; die Sprecherposition, von der aus sie konstruiert wurden, gewinnt klarere Konturen, und es wird zugleich offensichtlich und anzweifelbar, dass sie eine bestimmte Wir-Gruppe begünstigt, von der andere ausgeschlossen bleiben.« (Koschorke 2013: 329)

Im postmodernen Sinne wird wissenschaftliches Wissen nicht nur erneuert, sondern die Bedingungen ihrer hegemonialen Kämpfe werden sichtbar als

Kämpfe, in denen es nicht um Erkenntnisfortschritt geht, sondern um das Innehaben von machtvollen Positionen, von denen ein bestimmter Diskurs »kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert« werden kann (Foucault 2012: 10f.).

Das Zeitalter der Moderne war nach Reckwitz (2021) auch ein Kampf gegensätzlicher Bewegungen: Auf der eine Seite steht eine überbordende Rationalisierungstendenz (*doing rationality*) (ebd.: 79), mit einem starken Hang zu Ordnungsbildung durch eine übertriebene Betonung der Schließung von Kontingenz. Diese Tendenz geht mit der sozialen Logik des Allgemeinen (*doing generality*) einher, deren Merkmal vor allem das Hervorbringen von Standardisierungen ist, wie beispielsweise in der Produktion industrieller Güter. Reckwitz findet diese »Allgemeinisierung der Welt« (ebd.: 82) auch dort, wo sie »affekt-reduzierte« Rollenträger*innen in Form von »disziplinierten Schülerinnen und Schülern« (Reckwitz 2021: 82) hervorbringt. Reckwitz ist weit davon entfernt, dieses »doing rationality« abzuwerten, im Gegenteil: Er zeigt in seiner Arbeit eine Reihe von Erfolgen dieser Tendenz auf. Was er hingegen kritisiert, ist die Überbetonung dieses Vorgangs im gesamten Verlauf der sogenannten Moderne, die zur Krise der Moderne selbst geführt hat.

Hier können Parallelen zu den Gesundheitswissenschaften gezogen werden, denen bislang jegliche kritische »Gegenposition« zur Rationalisierungstendenz fehlt. Solch eine kritische Kontradiktion sieht Reckwitz in der »sozialen Logik des Besonderen (*doing singularity*)« (ebd.: 79): hier wird seit dem Zeitalter der Romantik mit der Betonung des Einzigartigen und des Besonderen versucht, der Rationalisierungstendenz auf vielschichtige Weise entgegenzutreten, indem nicht auf Versachlichung und Affektreduktion fokussiert wird, sondern auf eine Intensivierung der Affekte (ebd.: 80). Reckwitz sieht das *doing singularity* in der Moderne bislang in einer unterlegenen und schwächeren Position. Erst in der sogenannten Spätmoderne – mit den Möglichkeiten der individuellen multimedialen Selbstdarstellung – erhält das *doing singularity* eine Chance, wenn auch in einem sehr begrenzten und stark von ökonomischen Interessen durchzogenen Wettbewerbsmilieu, Individualität anders und vielschichtiger zu inszenieren als jemals zuvor. Durch die soziale Logik des Besonderen werden Möglichkeitsspielräume eröffnet und durch die Tendenz Kontingenz zu eröffnen, wird das subjektive Erleben als eine Besonderheit in den Vordergrund gestellt, deren Wert sie *an sich* und nicht im Allgemeinen trägt. *Doing singularity* setzt bewusst auf Spontaneität und Kreativität. Wie solch eine Integration konkret in den Wissenschaftsalltag Einzug halten kann, hat Bruno Latour (2021) in einem Interview kurz vor seinem Tod im französi-

schen Fernsehen geschildert. In der öffentlichen Debatte um die Klimakrise, die er in seinem Buch *Kampf um Gaia* (Latour 2020) dargelegt hat, ergibt sich für ihn die ungewöhnliche Erkenntnis, dass eine Ausstellung und ein Theaterstück die gesamte Thematik auf viel stärkere Weise ausdrücken können als ein schlichter Text:

»Aus der Tatsache heraus, dass ich manchmal an meine Grenzen stoße, lass ich manchmal andere für mich eine Lösung finden. [...] Also hab' ich wieder Leute um mich gesammelt, die es besser wussten. [...] und ich sagte ihnen: Ich glaube, das Theater ist das passende Medium, um die Emotionen rund um Gaia auszudrücken. Der Wandel ist so groß und so stark, dass Worte in einem Text dafür viel zu schwach sind, denn dieser Wandel in der Kosmologie ist zu tiefst bewegend. So haben wir daraus ein Theaterstück und eine Vortragsreihe gemacht. [...] Zur Behandlung der ökologischen Frage brauchen wir die Künste. Wir brauchen die Emotionen zur Verarbeitung dieser Fragen. Ohne sie lasten die Emotionen zu schwer auf uns wir spüren Angst [...]. Aber überzeugen Sie mal eine französische Universität, dass ein Theaterstück genauso bedeutsam ist wie ein Handbuch zur Wirtschaft oder Soziologie.« (Latour 2021)

Von einer derartigen Wertschätzung und Integration dieses *doing singularity* in die wissenschaftliche Theorie und Praxis sind die Gesundheitswissenschaften in Deutschland aktuell noch weit entfernt. Dass sich solch eine Integration als »Health Humanities« (Crawford et al. 2020) oder »Medical Humanities« (Jones et al. 2016) im angloamerikanischen Sprachraum bereits mit eigenen Bachelor- und Masterprogrammen seit mehr als zehn Jahren etabliert haben, hat die Public Health-Szene in Deutschland bislang ignoriert. Selbst das WHO-Regionalbüro für Europa hat 2019 ein Scoping Review dazu veröffentlicht, welche Erkenntnisse es derzeit zur Rolle der Künste bei der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden gibt (WHO Regional Office for Europe 2019). Das Urteil dazu fiel durchweg positiv aus, auch wenn der primäre Einsatz von Kunst, Theater, Poesie und Gesang zurzeit noch ein pathogenetischer Ansatz ist. Diese künstlerischen Interventionen können als therapeutische Maßnahmen positiv wirken, wenn Menschen bereits erkrankt sind. Ein salutogenetischer Ansatz, ausgerichtet an der Idee, dass die Beschäftigung mit Kreativität durchaus auch eine gesundheitlich bedeutsame Ressource sein kann, kommt hingegen immer erst als zweiter Gedanke in den Sinn und wäre somit eigentlich ein originäres Betätigungsfeld der Gesundheitswissenschaften.

Resümee zum Linguistic Turn in den Gesundheitswissenschaften

Unser Nachdenken über Krankheit und Gesundheit ist aktuell noch sehr theoretisch, biomedizinisch und vor allem sehr akademisch; unsere Interventionen im Gesundheitswesen eher pragmatisch als innovativ. Für kreative, ästhetische Lösungen scheint bisher (noch) kein Platz zu sein; und mehr noch: Der Kreativität wird bisher kaum Potential zugeschrieben, Lösungen für Probleme für existenzielle Themen zu generieren, wie Krankheit, Leiden oder Tod. Angesicht dieser existenziellen Thematiken scheint es in den Gesundheitswissenschaften kaum einen Ort zu geben, an dem wir selbstverständlich mit der Kunst, der bildnerischen Gestaltung, dem Theater, der Poesie oder der Musik umgehen können. Zudem werden die Gesundheitswissenschaften von einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Welt- und Forschungsbild begleitet und von einer Ökonomisierung, anstelle von Ästhetisierung und Kulturalisierung. Was in der Medizin nicht vorstellbar ist und was ihrer Vorstellung von Wissenschaft nicht entspricht, kann offenbar in den Gesundheitswissenschaften keine lebendige Praxis werden.

Doch scheint es jenseits aller wissenschaftlichen und kulturspezifischen Überlegungen für den Menschen eine »anthropologische Grundkonstante zu sein, über Gesundheit und Krankheit nachzudenken« (Klotter 2018: 9). Und bei seinem letzten öffentlichen Vortrag 2001 in Athen, warb der Soziologe Pierre Bourdieu für seine Idee von einer »engagierten Wissenschaft« (Bourdieu 2002). Public Health könnte solch eine engagierte Wissenschaft werden: hier könnten Diskurse und Dispositive untersucht, machtvolle Sprecher*innen-Positionen erkannt und auf jene Form der Macht hingewiesen werden, die in Gewalt überzugehen droht; Neue Sprechweisen, Narrative und Diskurse könnten in der Disziplin vereinbart, auf Desiderata hingewiesen und den Prozessen der vor-schnellen Kontingenzschließungen mit mutigen Eröffnungen von Kontingenz entgegengetreten werden. Dieses Buch ist ein Plädoyer für ein neues, postmodernes Verständnis von Public Health, dessen eng gezogene definatorische Außengrenze ihres bisherigen Fächerkanons ebenso zu proliferieren beginnen sollte, wie sie zum Überschreiten einladen soll, um weitere Disziplinen dazu anzuregen, über eine gemeinsame, gesellschaftlich getragene Sorge um und für Gesundheit und Wohlbefinden zu reflektieren.

Public Health könnte demnach in diesem postmodernen Kontext angesehen werden als ein auf ein gemeinschaftliches, gutes Überleben ausgerichtetes, *Sich-sorgen-um* das Wohlergehen aller Menschen und ein daraufhin ebenfalls gemeinschaftlich verabredetes, sowie öffentlich und demokratisch veran-

kertes *Sorge-tragen-für*. Beide Vorgänge – sowohl das reflektierende *Sich-Sorgen-um* als auch das in die Welt agierende *Sorge-tragen-für* – sind aufeinander bezogene und sich gegenseitig anregende, kreative Prozesse, die voraussetzungslos jedem Bereich des menschlichen Lebens zugerechnet werden. Die beschriebenen Prozesse können so als die zwei existenziellen anthropologischen Grundbewegungen unseres *Da-und In-der-Welt-Seins* angesehen werden.

Literatur

- Abels, H. (2019a). Einführung in die Soziologie. Band 1: Der Blick auf die Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Abels, H. (2019b). Einführung in die Soziologie. Band 2: Die Individuen in ihrer Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- Augustinus (1997). De civitate dei. Berlin: Akademie Verlag.
- Austin, J.L. (2002). Zur Theorie der Sprechakte (How to do things with words). Stuttgart: Reclam.
- Bauman, Z. (2005). Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Hamburger Edition HIS.
- Berkman, L.F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, S. 245–254.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-Up Studie of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), S. 186–204.
- Bourdieu, P. (2002). Für eine engagierte Wissenschaft. *Le Monde diplomatique*, 6677(15.02.2002).
- Bourdieu, P. (2005). Was heißt sprechen. Zur Ökonomie des sprachlichen Tausches, Zweite erw. u. überarb. Auflg. Wien: Braukmüller.
- Buber, M. (1995). Ich und Du. Stuttgart: Reclam.
- Buber, M. (1995 [1923]). Ich und Du. Nachwort von Bernhard Casper. Stuttgart: Reclam.
- Butler, J. (2001). Psyche der Macht: Das Subjekt der Unterwerfung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Butler, J. (2020). Warum jetzt Hegel lesen. *Zeitschrift für Ideengeschichte*, 14(2), S. 39–56.
- Canguilhem, G. (1979). Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Canguilhem, G. (2013 [1943]). *Das Normale und das Pathologische*. Berlin: August Verlag.
- Cassirer, E. (2007). *Aufsätze und kleine Schriften (1941–1946)*. Hamburg: Meiner.
- Clemens, V., Sachser, C., Weilemann, M. & Fegert, J.M. (2020). 20 Jahre gewaltfreie Erziehung im BGB. »Aktuelle Einstellungen zu Körperstrafen und elterliches Erziehungsverhalten in Deutschland«. Ein Blick auf Veränderungen seit der parlamentarischen Entscheidung von 2000. Ulm: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm.
- Comte, A. (1880). *Einleitung in die positive Philosophie*. Deutsch von G. H. Schneider. Leipzig: Fues's Verlag R. Reisland.
- Cooley, C.H. (1909). *Social Organization. A Study of the Larger Mind*. New York: Charles Scribners's Sons.
- Crawford, P., Brown, B. & Charise, A. (Hg.) (2020). *The Routledge Companion to Health Humanities*. Oxon: Routledge.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), S. 401–420.
- Derrida, J. (1976). *Randgänge der Philosophie*. Frankfurt a. M.: Ullstein.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and Education. An Introduction to the Philosophy of Education*. New York: The McMillan Company.
- Durkheim, E. (1976). *Die Regeln der soziologischen Methode*. Neuwied: Luchterhand.
- Foucault, M. (2012). *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hämmig, O. (2019). Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. *PLOS ONE*, 14(7), S. e0219663.
- Hehlmann, T. (2021). Interpersonale Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: M. Tiemann & M. Mohokum (Hg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 263–283). Berlin: Springer.
- Heidegger, M. (1950). *Holzwege*. Frankfurt a. M.: Klostermann.
- Heidegger, M. (1967 [1927]). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Heidegger, M. (1985). *Unterwegs zur Sprache*. Gesamtausgabe Bd. 12. Frankfurt a. M.: Klostermann.
- Henderson, L.J. (1935). The Relation of Medicine to the Fundamental Sciences. *Science*, 82(2134), S. 477–481.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), S. 227–237.

- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241(4865), S. 540–545.
- Humboldt, W.v. (1917). *Wilhelm von Humboldt im Verkehr mit seinen Freunden. Eine Auslese seiner Briefe*. Berlin: Wilhelm Borngräber Verlag.
- Jones, T., Wear, D. & Friedman, L.D. (2016). Introduction. The Why, the What, and the How of the Medical/Health Humanities. In: T. Jones, D. Wear & L.D. Friedman (Hg.), *Health Humanities Reader* (S. 1–10). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Kälin, M., Gerlek, S. & Bedorf, T. (2021). Doing Illness: Symbolische Vulnerabilität in der klinischen Befundbesprechung. In: C. Bozzaro & O. Friedrich (Hg.), *Philosophie der Medizin* (S. 321–349). Leiden: Brill.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. & Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health*, 97(9), S. 1491–1498.
- Klotter, C. (2018). Einleitung. In: E. Brähler, H.-W. Hoferf & C. Klotter (Hg.), *Wandel in der Gesundheits- und Krankheitsvorstellung* (S. 9–15). Lengerich: Paps Science Publishers.
- Koschorke, A. (2013). >Säkularisierung< und >Wiederkehr der Religion<. Zu zwei Narrativen der europäischen Moderne. In: U. Willems, D. Pollack, H. Basu, T. Gutmann & U. Spohn (Hg.), *Moderne und Religion. Kontroversen um Moderne und Säkularisierung* (S. 237–260). Bielefeld: transcript.
- Krämer, S. & Koch, E. (Hg.) (2010). *Gewalt in der Sprache: Rhetoriken verletzenden Sprechens*. München: Wilhelm Fink.
- Kuch, H. & Herrmann, S.K. (Hg.) (2010). *Philosophien sprachlicher Gewalt: 21 Grundpositionen von Platon bis Butler*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Latour, B. (2007). *Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Latour, B. (2020). *Kampf um Gaia. Acht Vorträge über das neue Klimaregime*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Latour, B. (2021). Im Gespräch mit Bruno Latour. Deutsche TV-Premiere: 30.05.2022 (arte). Verfügbar unter: [https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/\[15.05.2024\]](https://www.arte.tv/de/videos/RC-022018/im-gespraech-mit-bruno-latour/[15.05.2024]).
- Leriche, R. (1936). Introduction générale; De la Santé à la Maladie: La douleur dans les maladies; Où va la médecine? In: *Société Nouvelle de l'Encyclopédie Française* (Hg.), *Encyclopédie Française Band VI* (S. 1–6). Paris: Larousse.
- Liebsch, B. (2007). *Subtile Gewalt: Spielräume sprachlicher Verletzbarkeit*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

- Lindgren, A. (1978). Niemals Gewalt. In: Friedenspreis des deutschen Buchhandels (Hg.), 1978 Astrid Lindgren (S. 6–8). Frankfurt a. M.: Börsenverein des deutschen Buchhandels.
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lyotard, J.-F. (1994). Das postmoderne Wissen. Ein Bericht. Herausgegeben von Peter Engelmann. Wien: Passagen Verlag.
- Mackenbach, J.P. (2020). A History of Population Health, Rise and Fall of Disease in Europe. Leiden: Brill Rodopi.
- Mead, G.H. (1968). Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Parks, R.E. (1939). Reflections on Communication and Culture. *American Journal of Sociology*, 44(2), S. 187–205.
- Posselt, G. (2011). Sprachliche Gewalt und Verletzbarkeit. Überlegungen zum aporetischen Verhältnis von Sprache und Gewalt. In: A. Schäfer & C. Thompsen (Hg.), *Gewalt* (S. 89–128). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Prenzel, A. (2019). Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in Interkultureller, Feministischer und Integrativer Pädagogik. Wiesbaden: Springer VS.
- Prenzel, A. (2021). Der fruchtbare Moment im Bildungsprozess. Element einer Theorie destruktiver pädagogischer Relationalität. In: G. Hagenauer & D. Raufelder (Hg.), *Soziale Eingebundenheit. Sozialbeziehungen im Fokus von Schule und Lehrer*innenbildung* (S. 57–70). Münster: Waxmann Verlag.
- Reckwitz, A. (2021). Gesellschaftstheorie als Werkzeug. In: A. Reckwitz & H. Rosa (Hg.), *Spätmoderne in der Krise: Was leistet die Gesellschaftstheorie?* (S. 23–150). Berlin: Suhrkamp.
- Remigio-Baker, R.A., Hayes, D.K. & Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse childhood events and current depressive symptoms among women in Hawaii: 2010 BRFSS, Hawaii. *Matern Child Health J*, 18(10), S. 2300–2308.
- Rogers, C.R. (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships: As Developed in the Client-Centered Framework. In: S. Koch (Hg.), *Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context* Vol. 3 (S. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rorty, R. (1967). *The Linguistic Turn. Recent Essays in Philosophical Method*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sarasin, P., Berger, S., Hänsele, M. & Spörri, M. (2007). Bakteriologie und Moderne. Eine Einleitung. In: P. Sarasin, S. Berger, M. Hänsele & M. Spörri

- (Hg.), Bakteriologie und Moderne. Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren 1870–1920 (S. 8–44). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Saussure, F.d. (2001). Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft. Berlin: de Gruyter.
- Simmel, G. (1987). Das individuelle Gesetz. Philosophische Exkurse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Simmel, G. (1989). Aufsätze 1887–1890. Gesamtausgabe Bd. 2. Über sociale Differenzierung (1890). Die Probleme der Geschichtsphilosophie (1892). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Snowden, F.M. (2010). Epidemics in Western Society Since 1600. Open Yale Courses: Lecture 1- Introduction to the Course. Verfügbar unter: <https://oyc.yale.edu/history/hist-234/lecture-1> [04.06.2024].
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1998). Erziehungs-Psychologie. Begegnung von Person zu Person. Göttingen: Hogrefe.
- Villa, P.-I. (2022). Frauen. In: H. Fitsch, H. Meißner, I. Kerner, A. Oloff & I. Greusing (Hg.), Der Welt eine neue Wirklichkeit geben Feministische und queertheoretische Interventionen (S. 251–263). Bielefeld: transcript.
- Virchow, R. (1854). Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Erster Band. Erlangen: Ferdinand Enke.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes. New York: W. W. Norton & Company.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2017). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.
- Weber, M. (1919). Geistige Arbeit als Beruf. Vier Vorträge vor dem Freistudentischen Bund. Erster Vortrag: Wissenschaft als Beruf. München: Duncker & Humblot.
- Whitehead, A.N. (1929). Science and the modern world: Lowell lectures, 1925. London: Cambridge University Press.
- WHO Regional Office for Europe (Hg.) (2019). Health Evidence Network Synthesis Report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: World Health Organization.
- Wittgenstein, L. (1984a). Philosophische Bemerkungen. Band 2. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Wittgenstein, L. (1984b). Philosophische Untersuchungen. Band 1. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gesundsein und Kranksein im Verhältnis zu Anderen

Probleme der ›Lebbarkeit‹ menschlichen Lebens in der Gefahr ihrer institutionellen Enteignung

Burkhard Liebsch

Gesundheit wird nur als beeinträchtigte zum echten Problem, sei es für sich selbst bzw. für ein Selbst, das vorrangig um die eigene Gesundheit besorgt ist, sei es für Andere und im Verhältnis zu ihnen. Dieses hat seit dem 19. Jahrhundert die institutionelle Form eines sogenannten Gesundheitswesens angenommen, das längst – wie so vieles anderes auch (Sontag 1981) – für ›krank‹ gehalten wird. Der erhärtete Verdacht, dass es nicht mehr vorrangig der Gesundheit derer verpflichtet ist, die krank geworden sind, zwingt dazu, sich auf den genealogischen Zusammenhang zwischen der Erfahrung des Krankgewordenseins und des Verlangens, wieder gesund zu werden, einerseits und auf die systemischen Bedingungen andererseits zurückzubedenken, die diesem Verlangen Rechnung tragen sollten. Ob dabei primär oder ausschließlich die Gesundheit auf dem Spiel steht, erscheint allerdings von vornherein als fraglich, denn die Gesundheit – was auch immer die Einzelnen darunter verstehen werden und was auch immer man ihnen als gesund anpreist – lässt sich auf Dauer *gar nicht* aufrechterhalten. Auch wer ›bis zum Schluss‹ gesund gelebt hat, muss sterben – was man fast vergessen könnte angesichts einer irrliehenden Gesundheitsindustrie, die uns ein endlos gesundes Leben in Aussicht zu stellen scheint und dabei weitgehend vergessen lässt, wie die Orientierung an Gesundheit mit anderen Maßgaben dessen in Konflikt geraten kann, was Leben zwischen Geburt und Tod ausmacht: eben nicht nur Gesundheit, son-

dern auch Intensität,¹ nicht nur Sorge um sich selbst, sondern auch die Sorge Anderer um uns, die uns gelegentlich ermahnen, ›ihnen‹ nicht krank zu werden (s.u., Anm. 4); nicht nur langes Leben, sondern auch wirklich ›lebbares‹ Leben, das als ›ungelebtes‹ selbst das Sterben unmöglich zu machen droht. So befremdlich dieser Gedanke all jenen erscheinen muss, denen die Sorge um die eigene Gesundheit zum allerwichtigsten Problem geworden ist, so nachdrücklich wurde diese Sorge von einer reichhaltigen Literatur bezeugt,² die sich beharrlich geweigert hat, die Frage, worum es im menschlichen Leben geht, auf ›medizinische‹ Probleme zu reduzieren, so unabweisbar sie sich auch darstellen mögen, wo es in Kranksein und Krankheit daran leidet, nicht mehr gesund zu sein und vielleicht niemals mehr gesund werden zu können.

»Naturprozesse erfolgen stets gleich, es sei denn, sie werden einmal gestört«, heißt es in der *Physik* des Aristoteles (vgl. Löw 1980: 35). Im Gegensatz zu Naturvorgängen, die auch irregulär ablaufen können, erfahren nur Lebewesen eine Störung auch *als solche*. Unter den Lebewesen findet sich jedoch nur eine einzige Gattung, die darüber hinaus auch dazu in der Lage ist, eine Störung als solche zu *benennen* und zu *bewerten*: der Mensch. Allerdings erfährt ›der Mensch‹ nichts; nur Menschen in ihrer unaufhebbaren Pluralität *widerfährt* aufgrund ihrer grundsätzlich pathisch-organischen und individuierten Verfasstheit etwas so, dass es *als Erfahrenes* auch *zur Sprache* zu bringen ist – und danach sogar *verlangt* (Waldenfels 2019), zumal dann, wenn das, was widerfährt, nicht nur als irgendwie irregulär bzw. anormal, sondern als ›ungesund‹ oder krank machend erfahren wird, so dass sich die Betroffenen dagegen wenden müssen, um *wieder gesund* zu werden bzw. zu einer wenigstens erträglichen Normalität zurückzukehren. Danach, so scheint es, verlangt normalerweise ihr Körper selbst, der vielfältig – vom spontanen Erbrechen über heilsames Fieber bis hin zu raffiniertester Immunabwehr – darauf eingestellt ist, abzuweisen, was ihm nicht zuträglich ist. Derartige ›klinische‹ Probleme des Krankgewordenseins und der Wiedergesundung stellen sich für Unbelebtes nicht.

1 *Nach* der man krank sein kann (wie vor Sehnsucht nach etwas oder nach jemandem). Dieser kaum noch gebräuchliche Ausdruck findet sich im Dt. Wörterbuch v. Grimm und Grimm (1869: Sp. 2023, Z. 2010)

2 Verwiesen sei nur *en passant* auf Franz Kafkas Furcht, vor dem Tod nicht wirklich ›leben‹ und am Ende eben deshalb auch nicht wirklich sterben zu können. Muss man nicht, um ›wirklich‹ sterben zu können, zuvor ›wirklich‹ gelebt haben? (Kafka 1968: 420)

Elemente und Dinge können krank machen, aber nicht krank *sein*. Für Lebendiges dagegen scheinen diese Probleme geradezu auf der Hand zu liegen, folgen wir der aristotelischen Besinnung auf den Begriff des Lebens, der eindeutig vom Normalfall ausgeht, auf dessen Verwirklichung auch die Entwicklung alles Lebendigen abzielt, wie Aristoteles glaubte. Tiere können zwar erkranken, dies aber in keiner Weise zur Sprache und auf den Begriff bringen. Damit tun sich bis heute allerdings auch sprachbegabte Wesen schwer; denn krank sein und sich dem entsprechend in der Welt zu befinden, ist eines, dies aber etwa als Folge einer Krankheit und als mehr oder weniger schwere Beeinträchtigung eigener Gesundheit zu deuten und zu begreifen, ist etwas ganz anderes. Selbst Aristoteles (2009: 57ff., 67) unterschied zunächst Widerfahrnisse, die vom Normalfall abweichen, nicht systematisch im Hinblick auf die Art und Weise, wie sie erfahren werden. Seine Kategorien-Schrift legt nahe, dass auch Dingen etwas widerfährt, etwa wenn sie erkalten; auch Tiere sind dem Widerfahren (*páschein*) ausgesetzt, wenn sie verletzt werden. Doch wie beeinträchtigtes Leben nicht mehr normal *erscheint*, wie es verletzt oder krank *ist* oder *lebt* bzw. *existiert*, wie es sich ›gestört‹ in der Welt *befindet*, sich dabei selbst *erfährt*, dies *auffasst* und auf *Begriffe* bringt (oder auch verständnislos dabei *scheitert*), kann so noch nicht thematisch werden (Liebsch 2022a). All dies setzt jede kritische Rede von Gesundheit bereits voraus, die heute so geläufig ist, dass man dahin tendiert, ihre komplexen genealogischen Voraussetzungen weitgehend zu vergessen. Mehr noch: wie das Leben, das nach der Beobachtung nicht nur Hannah Arendts zeitweise zum ›höchsten Gut‹ aufgerückt zu sein schien, so gilt Gesundheit heute weithin als wichtigste Voraussetzung und zugleich als zentrales, kaum mehr plausibel bestreitbares Ziel menschlichen Lebens, das sich anscheinend vorrangig um sich selbst sorgt. Dabei kann (die eigene) Gesundheit ohne weiteres auch zum vorrangigen oder alleinigen Inhalt der Selbstsorge werden: von der täglichen Essenszubereitung über künstlich und gegen Geld verschaffte Bewegung bis hin zu Fragen der Ergonomie und der Gebäudesanierung. Anscheinend findet sich kaum noch jemand, der Gesundheit bzw. Gesundsein und -bleiben öffentlich *nicht* als unbestreitbaren ›Wert‹ einstuft. Auf Dauer bzw. endlos gesund bleiben kann zwar niemand, doch die Nahrungsmittelbranche erweckt über weite Strecken diesen Eindruck für den Fall, dass man ihren Einflüsterungen Glauben schenkt und sich mit ihrer mehr oder weniger kostspieligen Hilfe gesund ernährt. Demnach sollte man auch immerfort versüßtes Leben endlos genießen können, ohne es früher oder später bereuen zu müssen. ›Schaden‹ wird es, angeblich, auf keinen Fall, ganz gleich wie lang die Liste einschlägiger Zusatzstoffe ist. Kaum zu begreifen ist

nachträglich dann, wie es dennoch zu malignen Symptomen und manifester, schließlich unheilbarer Krankheit kommen konnte. Verständnislos steht die kranke Person, die zumindest nichts, was ihr schaden könnte, oder sogar *alles* getan zu haben glaubte, um unbefristet gesund weiterleben zu können, vor dem Befund, dass sie *trotzdem* Symptome aufweist und Gefahr läuft, auf fatale Weise krank zu werden – am Ende ohne jede Aussicht auf Gesundung. Bevor es so weit kommt, taucht die Gesundheit als ›Problem‹ einer nicht mehr (ganz) gesunden, sich mehr oder weniger krank fühlenden einzelnen Person auf, die *wieder gesund* werden möchte und darauf hoffen kann, dass dies möglich sein wird. Wie auch immer permanent um ihre Gesundheit Besorgte mit ihr befasst sind – diätetisch, in ständiger Selbstüberwachung und -optimierung mittels sog. Wearables oder in forciertem Fitnesstraining (vgl. Mau 2017: 115f.), – zum echten Problem wird die Gesundheit erst dann, wenn man sie schon in irgendeiner Weise eingebüßt hat.

Ungeachtet der Tatsache, dass man bereits vor zweieinhalb Jahrtausenden dem inneren Zusammenhang von ›normalem‹ Leben und Anomalie bzw. Störung, die es an sich selbst realisiert, auf die Spur gekommen ist, hat die stets *individuelle* Manifestation dieses Zusammenhangs und dessen begriffliche Dimension als solche allerdings erst spät Aufmerksamkeit gefunden – nicht zuletzt dank nachhaltiger Schwächung der Vorstellung, es gelte das Kranksein nur in einer Welt zu verstehen, deren normale und normative Ordnung als weitgehend unbezweifelt hinzunehmen wäre (Schipperges 1990). In dem Maße, wie das nicht mehr der Fall war, konnte der fragliche Übergang von der kranken individuellen Befindlichkeit bzw. vom Kranksein und seinen Symptomen zur Krankheit mit ihren Zeichen (*signa*) verbunden mit der Frage Beachtung finden, woran sich das der Krankheit vorausliegende Kranksein eigentlich bemisst – wenn nicht letztlich an der Welt, in der es als Defizienz bzw. geradezu als Beraubung (*privatio, steresis*) von Gesundheit zu deuten wäre. Der Übergang vom Kranksein zur Krankheit setzt nach heute vorherrschender Auffassung eine Diagnose durch Andere voraus, die, zeitgemäßen Standards entsprechend, dazu auch in der Lage sind. Wer sich subjektiv krank fühlt, weiß darum noch lange nicht, ›was er hat‹. Das festzustellen, macht nach gängiger Vorstellung eine Verobjektivierung des Krankseins erforderlich, die Wissens- und Wissenschaftsgeschichte (vgl. Foucault 1981: Kap IV, 6) der Medizin und deren gesellschaftliche Institutionalisierung möglich geworden ist – von der sich im 18. Jahrhundert ankündigenden »Geburt der Klinik« (Foucault 1988) über die Soziale Frage des 19. Jahrhunderts bis hin zum heutigen Gesundheits-

wesen und -system. Die entsprechende Vorgeschichte wird vor allem im Werk Georges Canguilhems ausgezeichnet beschrieben.

In der Auseinandersetzung mit seiner jeweiligen Umwelt, die man als solche überhaupt erst zu Anfang des 20. Jahrhunderts auf den Begriff bringt (Uexküll 1973), verhält sich individuiertes Lebendiges kryptonormativ zu sich selbst. Es entdeckt vor allem durch Widerstände und Störungen, was für den eigenen Organismus zu- und abträglich ist. So kann Canguilhem (1975: 147) in seiner Rekonstruktion der entsprechenden Wissenschaftsgeschichte schreiben, das Sein des Organismus sei dessen Sinn. Hier wird im gleichen Verständnis auch von Selbsterhaltung gesprochen, die sich – nachdem sie gewissermaßen das Erbe der Fremderhaltung durch Gott angetreten haben soll (Blumenberg 1983) – mehr oder weniger ständig mit Widrigkeiten, Widerständen, Mängeln und Hindernissen auseinandersetzen muss und dabei vor allem Sorge um sich selbst zum Ausdruck zu bringen scheint. Normalerweise kann das derart gut funktionieren, dass das jeweilige Leben in dem Sinne gesund ist, dass es sich einem »Leben im Schweigen der Organe« (Leriche 1936: 16) hingeben kann, ohne dass ihm die eigene Gesundheit als solche überhaupt auffallen müsste, denn niemand ist »mit Wissen gesund«, wie Canguilhem unter Berufung auf Kant schreibt (Canguilhem 1974: 166). Sie bleibt im Modus der Selbstverständlichkeit »verborgen« (Gadamer 1993: 133–148), wird gar nicht eigens beachtet und möglicherweise gerade dadurch bereits besonders gefährdet. Eine *gar nicht* gefährdete Gesundheit kann es allerdings überhaupt nicht geben.

Das wird jedoch erst auffallen, wenn Veranlassung dazu besteht, sich infolge von Störungen, Schmerzen oder Versagen auf sich selbst zu besinnen; vom Gefühl des Unwohlseins und der Übelkeit bis hin zu großer Angst als einer Form der Aufmerksamkeit, die individuiertes »Leben dem Leben entgegenbringt« (Canguilhem 1974: 65).³ Was »stimmt« mit mir, mit meinem Körper nicht, fragen sich die Betroffenen in einer Befindlichkeit, die zunächst nur eine nicht zu ignorierende Abweichung von zuvor normalem, anscheinend weitgehend ungestörtem und im Hinblick auf gesundheitliche Fragen geradezu selbstvergessenen Leben anzeigt, nicht aber von sich aus auch schon lehrt, wie sie zu verstehen ist.

3 Wobei es keine vorweg sicher etablierte Anpassung geben kann. Nicht zuletzt deshalb geht es hier stets um eine individuelle Normativität; vgl. ebd.: 77, 81f., sowie G. Canguilhem et al. (1960: 57f., 81); Canguilhem (1979).

Das gilt nicht zuletzt auch für den Begriff des Lebens selbst. Handelt es sich in der Aufmerksamkeit auf ›pathologisches‹ Leben um eine vorübergehende Beeinträchtigung und Abweichung vom Normalen, um mangelnde Rücksicht auf die eigene Gesundheit oder gar um das ›Übel‹ einer Übertretung, die man sich selber zuzurechnen hat (Canguilhem 1974: 164)? Auf jeden Fall, so beschreibt es Canguilhem, scheint es sich zunächst um eine »Existenzminderung« (Canguilhem 1974: 47, 54) zu handeln, für die *Kranksein* und *Krankheit* nur als möglichst bald zu überwindende Beeinträchtigungen in Betracht kommen (ebenda: 141, 151, 164, 200). Dabei geht die subjektive Erfahrung des Krankseins der von jemand anderem diagnostizierten Krankheit normalerweise voraus (Canguilhem 1989: 61, 89); es sei denn, letztere wird etwa durch Vorsorgeuntersuchungen eher zufällig entdeckt. Auf jeden Fall zählt auch dabei zunächst »das vom Einzelnen gelebte Leben« (Canguilhem 1974: 56).

Dieses steht denn auch am Anfang jeglicher Objektivierung von Krankheit durch eine(n) Andere(n), sei es in der Rolle einer ›zweiten Person‹, sei es in der Rolle einer dritten Person, einer Ärztin, eines Arztes, eines/einer medizinisch Forschenden oder einer Verfechterin einer bestimmten Gesundheitspolitik, welche die Gesundheit mit Blick auf die stets individuelle Erfahrung von Krankheit zur Angelegenheit aller Bürger*innen eines Staates macht, die nunmehr ihrerseits geradezu einen *Anspruch auf Gesundheit* für sich reklamieren können (ebd.: 81). Auf dem Weg vom Kranksein zur Krankheit begegnen Andere in der vorherrschenden medizinphilosophischen Perspektive erstaunlicherweise fast immer sogleich als professionalisierte Dritte, nicht schon als ›Nahestehende‹, sei es als Angehörige, Nachbar*innen oder ›Nächste‹, im Verhältnis zu denen sich das Krankwerden in seiner sozialen Dimension normalerweise zunächst zeigt,⁴ bevor man Grund dazu hat, sich an beruflich besonders qualifizierte zu wenden. Letzteres ist in geschichtlicher Perspektive keine Selbstverständlichkeit, wenn man bedenkt, wie weitgehend die Rolle medizinischen Personals, vorrangig von Ärzten und Ärztinnen, seit dem 19. Jahrhundert so beschrieben wurde, als sei ihnen auf der Basis wissenschaftlicher Forschung jede angemessene Verobjektivierung von Krankheit zu verdanken. Demnach kann »die Medizin – und nur die Medizin – heute sagen, was Krankheit ist; tertium

4 Nicht umsonst lautet eine gängige, allerdings wenig bedachte alltägliche Redewendung: »Werd' mir [!] nicht krank!« Dieser Dativ deutet auf die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit hin, die man allzu oft auf ein organisches, physisches, zunächst nur jeden selbst betreffendes, gemeiniges Problem reduziert. Die Anm. 29 kommt darauf noch einmal zurück:

non datur« (Borck 2016: 69). Am Ende ist dann sogar jede Art von »Krankheit ohne den Kranken möglich« (Canguilhem 1974: 59; Liebsch 1997).

In jedem Fall geht die Objektivierung von Krankheit mit einer gewissen »Entvitalisierung« des Lebens einher, wie Canguilhem schreibt, denn Menschen müssen die »naiven Objekte [ihres] vitalen Fragens« nach ihrem Leben und seiner Gesundheit, die vor allem aus Störungen, Beeinträchtigungen sowie Verletzungen ihres Lebens resultieren, vielfach geradezu vergessen, um sich etwa eine Wissenschaft zu verdienen, die objektive Erkenntnis der jeweils zugrundeliegenden Schwierigkeiten individuellen Lebens mit sich selbst verspricht (Canguilhem 1974: 153). Umgekehrt muss sich die Wissenschaft ihr Ansehen und ihre Anerkennung auch ihrerseits dadurch verdienen, dass sie ihre ursprüngliche Maßgabe, die Erfahrung von Kranksein, nicht aus dem Auge verliert (Canguilhem 1971: 25; 1975: 153).⁵ Als Wissenschaft vom Leben hat die Medizin die Aufgabe, wenn nicht sogar die Pflicht, gefährdetem Leben zu Hilfe zu kommen (Canguilhem 1989: 89). So gesehen bleibt ihr letztes Zentrum der Referenz das einmalige Individuum (Canguilhem 1979: 352), wie weit sich die Medizin zwischenzeitlich, als weitgehend verselbständigte wissenschaftliche Disziplin, auch immer davon entfernt haben mag. Das einmalige Individuum bleibt auch und sogar erst recht dann die Maßgabe der Medizin, wenn sich herausstellen sollte, dass es für dieses keine Rückkehr zu einer gesundheitlich weitgehend unbeeinträchtigten Normalität mehr geben wird, so dass es das jeweilige Kranksein selbst geradezu als eigene Lebensform auf sich nehmen muss – um womöglich daraus ungeahnte Kreativität zu schöpfen, statt sie nur als Beeinträchtigung, als Mangel oder Störung zu empfinden (vgl. Morris 1997: 238ff.; Fuchs 2002: 15–43; Liebsch 2013).

Sozialphilosophisch stellen sich so gesehen mehrere Aufgaben:

- (a) Ausgehend von einer Philosophie der Negativität des zunächst als Unwohlsein, als Übel, als Leiden usw. widerfahrenen und erfahrenen Krankseins (Canguilhem 1957: 324; 1975: 23)
- (b) den Auftrag an die Adresse von Expert*innen, darunter Mediziner*innen und viele andere zu verstehen, in der Behandlung und Erforschung von Krankheit dieser Negativität gerecht zu werden, sowie

5 Zum Missverhältnis zwischen Lebenserfahrung und Wissenschaft (vgl. Canguilhem 1971: 25; 1975: 153)

- (c) das Verhältnis von (a) und (b) im gesellschaftlichen Kontext verständlich zu machen, in dem es einerseits in einem sog. Gesundheitswesen oder -system institutionelle Formen annimmt, andererseits aber auch politisch anfechtbar wird, und zwar
- (d) mit Rücksicht auf den Ausgangspunkt dieser komplexen Genealogie in der Erfahrung des Krankseins, soweit sie sich als artikulierbar und nachvollziehbar erwiesen hat.

Letzteres ist keineswegs nur oder vorrangig eine Angelegenheit der Medizin. Viel weitgehender als sie kann poetische Literatur Grenzen der Artikulierbarkeit und der Nachvollziehbarkeit menschlichen Krankseins erkunden. Sie lotet ungleich weitere Felder des Pathischen und des Pathologischen aus, als sie je einer wissenschaftlich basierten Medizin zu Gesicht kommen werden. Schließlich ist poetische Literatur (von den Möglichkeiten der Musik, der Malerei und des Theaters einmal ganz abgesehen) in keiner Weise darauf festgelegt, etwa Allgemeingültiges aufzuweisen; sie genießt vielmehr das außerordentliche Privileg, Kranksein und die Erfahrung, sich entsprechend in der Welt oder an ihren Grenzen zu befinden, in vielfältigen, auch irritierenden Formen des Schreibens zum Ausdruck bringen zu können, und erinnert so jede*n, die bzw. der es damit aufnimmt, daran, dass man es mit einem ›existenziell‹ verfassten Leben zu tun hat, nicht mit Bio-Logie, an deren antike, am Normalfall orientierte Semantik die seit Jean-Baptist Lamarck, Gottfried R. Treviranus, Karl F. Burdach u.a. anfangs des 19. Jahrhunderts unter dem gleichen Namen firmierende moderne Wissenschaft anknüpft.

Zur Dramatik existenziell verfassten Lebens gehört auch paradox anmutender Missbrauch von Gesundheit umwillen von Gesundheit (Canguilhem 1974: 135), um gesteigerten, intensiven Lebens willen sowie die eine oder andere Krankheit, die zu heilen gefährlich ist – in einem Leben, das von Anfang darauf angelegt zu sein scheint, sich selbst zu vernichten. Schließlich setzt das Altern, das man so verstehen kann, genau genommen gleich zu Beginn ein.

In einem solchen Leben kann nicht von vornherein klar sein, was für wen als Gesundsein ›zählt‹ bzw. was unter Gesundheit verstanden werden sollte, zumal offenbar auch unbedingte Vermeidung von Störungen, Anomalien, Abweichungen, Verletzungen und Verwundungen auf Dauer eine schwere Beeinträchtigung menschlichen Lebens darstellen muss. Nur in der Auseinandersetzung mit mannigfaltiger Negativität, nicht in deren konsequenter Vermeidung, kann Gesundheit ihrem Namen gerecht werden. (Dem entspre-

chend gilt auch für das Immunsystem: Nur in der Auseinandersetzung mit diversen Krankheitserregern wird es gestärkt.)

Dabei sollte es allerdings nicht darum gehen, etwa nur die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten; vielmehr hätte man sie um der Wahrheit eigenen und gemeinsam geteilten Lebens willen rückhaltlos aufs Spiel zu setzen. Das jedenfalls legt Hegels bekanntes Modell des Kampfes um Anerkennung nahe. Ein Leben, das sich darauf beschränkt, die eigene Gesundheit zu erhalten, statt unbedingt auf Anerkennung hinauszuwollen, hätte er kaum als vernünftig gelten lassen können. So anfechtbar dies aus heutiger Sicht auch erscheinen mag (Ricoeur 2006; Liebsch 2014): wir haben allen Grund dazu, infrage zu stellen, ob die bloße Aufrechterhaltung biologischen Lebens – und in diesem sehr reduzierten Verständnis die Aufrechterhaltung von Gesundheit – letztlich das ausmachen muss, worum es menschlichem Leben immanent geht.

Als Hegel (Hegel 1970: 521) in seiner *Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften* Gesundheit als »Proportion des organischen Selbst zu seinem Dasein« beschrieb, begann der öffentliche Diskurs über diesen Begriff erst langsam einzusetzen, zunächst meist beschränkt auf diätetische, makrobiotische oder auch moralische Aspekte der »Annehmlichkeit« des eigenen Lebens und dessen Verlängerung (Hufeland 1984) – die dessen Genuss auch verderben kann, wie Kant bemerkte, als er im »Streit mit der medizinischen Fakultät« darauf bestand, man könne jedenfalls nur »s c h e i n b a r l i c h gesund« sein, denn »jede Ursache des natürlichen Todes ist Krankheit; man mag sie fühlen oder nicht« (Kant 1974: 374f.).⁶ Und wer sich gesund fühlt, trägt den »Keim des Todes (die Krankheit)« unvermeidlich schon in sich (Kant 1974: 374f.). Sich gesund oder krank zu fühlen, war für Kant eine Frage des »Gemüts«, das sich in der (diätetischen, dem bloßen Vorsatz folgenden) Anstrengung bewährt, gesund zu bleiben, was aber darauf hinauszulaufen droht, bloß länger am Leben zu bleiben als andere und dabei »endlich unter den Lebenden nur so geduldet« zu werden (Kant 1974: 391)

Trotz dieser Bedenken ist es eines der Hauptanliegen der Sorge um Gesundheit geblieben, das (eigene) Leben möglichst unbeeinträchtigt zu verlängern – bis zur bitteren Konsequenz einer schlechten Endlosigkeit, die auf chronisches Siechtum und Demenz hinlaufen kann, um infolgedessen für alle Beteiligten zur Qual zu werden. Ist das Leben, zumal menschliches, seit Xavier

6 Gesundheit, heißt es in der *Metaphysik der Sitten*, sei »nur ein negatives Wohlbefinden, sie selber kann aber nicht gefühlt werden« (Kant 1982: 625f.).

Bichat nicht geradezu als Widerstand gegen den Tod als solchen definiert worden (Bichat 1800; Bernard 1872: 188)? Und müsste sein Erfolg so gesehen nicht darin liegen, ihn so lange wie möglich hinauszuzögern? Droht aber nicht gerade dies auf eine Art *Tod im Leben* hinauszulaufen – und zwar auch im Verhältnis zu jenen, denen die Sorge für die Alten obliegt?

Kann sich so gesehen das Interesse an Gesundheit gegen ›das Leben selbst‹ bzw. gegen *die Leben* aller Beteiligten kehren?

Diese Frage wird sich kaum beantworten lassen, ohne infrage zu stellen, was ›Leben‹ über bloßes Vegetieren, Selbsterhaltung, Überleben, Lebensverlängerung usw. hinaus im Verhältnis zu Anderen überhaupt ausmacht.⁷ Lässt sich eine medizinische oder irgendeine andere – etwa ethnologisch und kulturvergleichend fundierte – Wissenschaft von menschlicher Gesundheit vorstellen, die diese philosophische Frage gar nicht aufwirft? Müsste sie jedoch nicht als Wissenschaft überfordert werden, wenn sie es etwa mit Kant oder Hegel, die allenfalls an vernunftgemäßer Selbsterhaltung interessiert waren (vgl. Ebeling 1976), mit Nietzsche oder Kierkegaard aufzunehmen versuchen würde, die, jeder auf seine Weise, jegliches Sich-Arrangieren mit einem bloß um seine eigene Gesundheit besorgten Leben verworfen haben? Keiner der Genannten hat allerdings, soweit ich sehe, einen ›sozialen‹, *im* und *als* Verhältnis zu Anderen zu bedenkenden Gesundheits- oder Krankheitsbegriff in Betracht gezogen.

Pathisch verfasstes, d.h. dem *páthos* (Widerfahrnis) ausgesetztes, um Ausdruck ringendes Leben muss sich jedoch auch ohne verfügbare Antwort auf jene Frage an Andere wenden, wenn es sich in pathologischer Befindlichkeit nicht mehr selbst zu helfen weiß und wenn ihm nicht geholfen wird (Schipperges 1985). Das kann so weit gehen, dass es dabei auch jegliche Orientierung in der Frage verliert, worin Hilfe überhaupt bestehen könnte⁸. Kann es sich dann

7 Die entsprechenden Deutungsangebote seitens der Philosophie, die zuletzt v.a. dank der entsprechenden Anregungen von Giorgio Agamben (2002) wieder an die aristotelische Unterscheidung von *zoë* und *bíos* erinnert haben, können in dieser Hinsicht kaum befriedigen (vgl. Weiß 2009; Fassin 2017: 109f.). Lohnenswert wäre der Versuch, etwa gängige Redensarten wie diese: »Du wirst *mir* doch nicht krank werden!« auf ihre sozialphilosophische Tragweite hin zu untersuchen, zeigen sie im dativischen Modus doch unverkennbar an, wie jemand *im Verhältnis zu jemand anderem krank* werden kann. Diese soziale Dimension des *jemandem Krankwerdens* und des Krankseins kommt in Rückgriffen auf Aristoteles m. W. nirgends zur Sprache.

8 Vielleicht nur noch in einem gewissen Trost – der wohl am allerwenigsten durch ›Professionelle‹ von Berufs wegen gespendet werden kann. Auch den Trost muss man zu-

noch ohne weiteres an einer bestimmten Vorstellung von Gesundheit orientieren? Oder droht diese ihrerseits in die Irre zu führen? Zwar mag zunächst der normale, sich gesund führende Einzelne in nur vorübergehend beeinträchtigtem Leben wenig Zweifel daran hegen, wie seelisches Gleichgewicht, Ausgeglichenheit, Wohlbefinden oder was auch immer sonst noch als im Sinne eigener Gesundheit als gut gilt, wiederherzustellen ist, auch in unvorhergesehenen Situationen (Canguilhem 1974: 132). Doch eine Beeinträchtigung, die nicht passagerer Art ist, muss früher oder später tiefgreifende Zweifel dieser Art auf den Plan rufen – bis hin zu völliger Ratlosigkeit im eigenen Verständnis von Gesundheit als solcher. Hat man etwa Gesundheit mit weitgehender Bequemlichkeit, die in ihrer Bewegungsarmut höchst gesundheitsschädlich ist, oder mit der eingebildeten Vitalität eines intensiven Ereignisreichtums verwechselt?

Unter entsprechend stark veränderten gesellschaftlichen, konsumistischen Lebensbedingungen macht man sich von Gesundheit und deren Gefährdungen längst einen ganz anderen Begriff als zu Zeiten, in denen die Wenigsten faulen Komfort, lähmenden Überfluss und destruktive Sätturtheit kannten. Seither kann man sich nicht mehr unkritisch auf einen für ganz normal gehaltenen Begriff von Gesundheit berufen, nicht zuletzt auch der Begriff Normalität in Verruf geraten ist, zumal in politischer Hinsicht. Kaschiert er nicht Durchschnittlichkeit, Mediokrität, Langeweile, Leblosigkeit, Indifferenz, Ignoranz und Blasiertheit eines Lebens, das sich in seiner Art und Weise, gesund bleiben zu wollen, nur noch wiederholt, so dass sich am Ende gar nichts mehr in ihm zuträgt, das es wert wäre, erzählt zu werden? Läuft ein solches Leben nicht darauf hinaus, *ungelebt* zu bleiben? Ist es nicht bereits ›am Ende‹, bevor der *exitus letalis* eintritt? Dass Leben und Tod gewissermaßen ihre Rollen vertauschen können, beunruhigt viele Philosoph*innen seit alters. Auch deshalb ist ohne eine kritische Begriffsgeschichte kaum noch auszukommen, wenn man erörtern will, was Leben und Geburt, Existenz und Zusammenleben, Sterben und Tod bedeuten, kommt es doch offenbar entscheidend darauf an, wie all das so zu interpretieren ist, dass es menschlichem Dasein nicht zuwiderläuft. Das muss den Eindruck nahelegen, als würde das menschliche Leben doch zur höchsten Maßgabe. Fraglich ist aber gerade, wie es überhaupt

nächst von den Momenten her bedenken, »in denen es keinen geben kann«, betont Michael Ignatieff (2021: 15). D.h. auch hier muss man zunächst die Orientierung verlieren – ohne zu wissen, ob es je wieder dergleichen wird geben können (vgl. Liebsch 2022b).

als solches zu verstehen ist. Keinesfalls ist es als maßgebendes einfach bzw. so ›gegeben‹, dass man sich diese radikale Frage sparen könnte.

Das gilt auch für den Gesundheitsbegriff, obgleich er auf den ersten Blick weit weniger anspruchsvoll ansetzt: beim ›zwischenzeitlichen‹, anscheinend primär um seine eigene ›gesunde Normativität‹ besorgten Leben – ohne weitere Rücksicht auf Fragen wie die, woher es kommt, worauf es sich gründet – falls es nicht ganz und gar ›abgründig‹ vonstattengeht –, worauf es hinausläuft und wie es von Anderen überlebt werden wird, wenn sie es nicht mehr zu betreuen haben. Es ist im Rückblick erstaunlich, wie weitgehend sich gerade die philosophische Literatur auf die jeweils eigene Gesundheit fokussiert erweist, ohne zu fragen, was es für Andere bedeutet, dass eine*r krank wird.

Während die existenzielle Bedeutung dieser Fragen seit dem 18. Jahrhundert immer schärfer hervortritt, nimmt sich ihrer das soziale und politische Denken dieser Zeit mehr und mehr im Namen des Volkes, der Nation und des Staates an. So wird Gesundheit, was sie nie zuvor war: eine staatliche Angelegenheit, wie sich an der Geschichte des Bevölkerungsdiskurses und der europäischen Staatenkonkurrenz bis hin zur sogenannten Volksgesundheit ablesen lässt, die geradezu auf eine Enteignung der jeweils eigenen Gesundheit zugunsten des biopolitischen Kapitals hinauslief, das ein nationalistischer, imperialistischer oder rassistischer Staat zu seinen Gunsten im Krieg beliebig verschwenden durfte (Foucault 2004a, 2004b). In der vom Nationalsozialismus angerichteten Katastrophe zeigt sich die letzte Konsequenz einer Programmatik restloser Verstaatlichung der Gesundheit von »Volksgenossen«, die am Ende nur noch für ihren Tod gut waren (Weingart et al. 1993).

Dem hat das Deutsche Grundgesetz dann zwar demonstrativ widersprochen und dem Staat im Geiste einer bekannten Ewigkeitsklausel fortan indifferentes biopolitisches Kapitalschlagen aus dem Leben der ihm zugehörigen Einzelnen untersagt, doch das hat offenbar nicht dafür ausgereicht, die Gesundheit zukünftig davor gänzlich zu bewahren. Vielmehr ist die Biopolitik in eine neue, ökonomistische und liberalistische Phase eingetreten, die inzwischen in Verbindung mit einer Welle massiver Privatisierungen des Gesundheitswesens zu dessen weitgehender Delegitimation zu führen droht. Von der Abschaffung von Geburtshilfestationen (aus abrechnungsstrategischen Gründen) über die Ausdünnung des Rettungsdienstes, der Gefahr läuft, sich des Nachts auf der Suche nach freien Notfallbetten unterlassener Hilfeleistung schuldig zu machen, bis hin zur weitgehenden Privatisierung für viele längst schon unbezahlbarer Altenpflege liegt das Gesundheitssystem vielerorts derart im Argen, dass man lieber niemals auf es angewiesen sein

möchte. So stellt sich öffentlich zunehmend die Grundsatzfrage: Für wen ist dieses System überhaupt noch gut, wem dient es, wer nützt es mithilfe einer Unzahl von Lobbyisten zum Schaden der ganzen Gesellschaft aus – auch um den Preis menschenunwürdiger Zustände, von denen ich selbst vor über 20 Jahren aus berufenem Munde, nämlich durch den kürzlich verstorbenen Sozialpsychiater Klaus Dörner erfahren habe, der seinerzeit als Supervisor zu einer Vielzahl von Altenpflegeeinrichtungen Zugang hatte. Dort häufte sich schon damals und seither immer mehr gesellschaftlich kaum sichtbare Gewalt, sei es aus schierer Überforderung, sei es aufgrund profitorientierter ›Rationalisierungen‹, sei es aufgrund notorischer Missachtung eben jener Berufe, die den Hilfebedürftigsten am meisten dienen – also jenen, zu denen wir jederzeit selbst gehören könnten.

Der Eindruck drängt sich auf, das Gesundheitswesen selbst sei krank, todkrank, und es könne sich nur solange noch am Leben halten, wie die ihm innewohnende institutionelle Gewalt nicht ungeschminkt öffentlich artikuliert wird. In dieser Perspektive erscheint die Gesundheit als Metapher eines gesellschaftlichen Systems, dessen ›normales‹ Funktionieren noch nichts darüber sagt, inwiefern und für wen es auch als zuträglich bzw. seinen Sinn erfüllend gelten darf. Und das wird sich kaum zureichend unter Rekurs auf einen zweifellos etablierten Sinn feststellen lassen, dessen Formulierung sich allzu leicht in Definitionen wie dieser (nur ihrer Verbreitung wegen ausgewählt) erschöpft: »Das Gesundheitssystem bzw. Gesundheitswesen umfasst alle Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie deren Sicherung durch Prävention und Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist« (Wikipedia 2022). Wie wer was als ›gesund‹ erfährt – falls dies überhaupt als erfahrbar gelten kann – und was unter welchen Bedingungen als ›gesund‹ gilt, bleibt hier offen. Und die Frage, ob Gesundheit als ein seinerseits normativ nicht mehr relativierbares Maß aufzufassen ist, wird gar nicht erst aufgeworfen (vgl. Honneth 1994), so als ob sich ein komplexes Gesundheitssystem zur Krankenversorgung und Gesunderhaltung von selbst verstehen könnte, wie man es unter der eben zitierten Definition beschrieben findet.

In diese Definition geht offenbar die Gesundheit ein, ohne als solche überhaupt in Frage gestellt zu werden. Auf diese Weise entfällt unversehens auch jede Machtfrage, die sich stellen muss, wenn es darum geht, wie Gesundheit normativ zu verstehen ist und woran man sich dabei orientiert – eventuell eben nicht an der Erfahrung des Krankseins, sondern an Erfordernissen eines im Hintergrund durch Lobbyismus gesteuerten Systems, das nach passend beein-

flussten Gesetzen und Abrechnungsregeln vorgeben kann, welche Krankheiten, Operationen und Rehabilitationsmaßnahmen ›sich lohnen‹. Im Vergleich zu europäischen Nachbarländern werden hierzulande manche Operationen derart überproportional häufig durchgeführt, dass sich dafür überhaupt kein medizinisch zureichender Grund angeben lässt. Das nährt den Verdacht, richtig ›behandelt‹ würden vielfach nicht die jeweiligen Patient*innen, sondern eher primär kapitalorientierte, ›kranke‹ Gesundheitsinstitutionen, die vorgeben, was mit den Kranken unter Abrechnungsgesichtspunkten zu geschehen hat.

Dafür hat auch klinisches Personal einen hohen, allerdings pekuniär kaum zu bestimmenden Preis zu zahlen: Nicht zuletzt die Gewalt der Geringschätzung pflegender und helfender Berufe, darüber hinaus die Dysfunktionalität von Regeln (wie der kontraproduktiven, nicht selten über 30 Prozent täglicher Arbeitszeit kostenden pedantischen Protokolliererei von Leistungen im Gesundheitswesen durch die Beschäftigten) und schamlose systematische Manipulationen von Fallpauschalen mit der Abrechnung der profitabelsten Leistungen usw. ›Krank‹ bzw. pathologisch ist in diesen und vielen anderen Fällen zunächst das für Patient*innen und in klinischen Bereichen Berufstätige schier Unerträgliche, Gewaltsame, Widersinnige, das nach einer normativen Richtungsanzeige verlangt, der man entnehmen könnte, in welchem Sinne sich das Gesundheitssystem in Zukunft verändern lassen sollte.

Möglicherweise wird man dabei nichts völlig Neues entdecken, sondern ›nur‹ auf bereits Bekanntes zurückgreifen: auf das Verlangen nach Achtung der Würde des Einzelnen; auf die Forderung nach Bezahlbarkeit einer zureichenden Grundversorgung auch für diejenigen, die weniger wohlhabend oder arm sind; auf das Verbot der Ausbeutung von Arbeitskraft; auf effektive Unter-sagung quasi vampiristischen Verhaltens von bloß renditeorientierten Unternehmen, denen es nur um ihre eigene ökonomische Potenz geht usw. Im Widerspruch dazu muss öffentlich nicht nur neu zur Diskussion gestellt werden, was Gesundheit ist bzw. wie sie sich zeigt und manifestiert, sondern auch die Machtfrage aufgeworfen werden: Wer hat mit welchem Recht ›das Sagen‹ in Sachen Gesundheit?

Gesundheit, die ursprünglich *eine dem individuierten Leben selbst immanente Herausforderung* ist, muss dabei zum *sozialen, politischen, ökonomischen und staatlichen Problem* werden, das alle angeht, aber so, dass dabei nicht zugleich eine *Aneignung* stattfindet, die die Betroffenen, also diejenigen, die krank sind, leiden und alt werden, ihrer eigenen Erfahrung zu *enteignen* droht. Wie auch im-

mer diese Erfahrung subjektiv täuschen mag – wenn wir stets nur scheinbar gesund sind, solange man uns nicht gründlich untersucht hat (wie Kant sinn-gemäß schrieb; s.o.) – und so sehr sie zunächst auch einer objektiv schädlichen Vorstellung von Gesundheit anhängen mag, die pathische und pathologische Qualität menschlicher Erfahrung ist ursprünglich und unhintergebar die An-gelegenheit derer, die sie am eigenen Leib durchmachen, um sie anschließend, wie unzulänglich auch immer, zur Sprache zu bringen. Dabei wird die proble-matisch gewordene Gesundheit an Andere adressiert und, an ›Nächste‹ oder Professionelle gewandt, zum Anspruch auf Hilfe. Das ist das konkrete Apri-ori jeglicher Gesundheitspolitik, die sich der Gesundheit öffentlich annimmt und sie zur Sache eines ganzen Geflechts von Institutionen macht, deren ei-gene (funktionale, systemische, administrative, ökonomische ...) Logik aller-dings Gefahr läuft, sich die Gesundheit zu eigen zu machen, gegebenenfalls flankiert von Bio-Wissenschaften, die sich unangefochten zu entscheiden an-maßen, »was Leben der Sache nach ist« (Borck 2016: 31. Hervorhebung B.L.). Aus dieser Logik geht dann hervor, was als gesund oder krank *gilt* bzw. *zählt*, wie lange Kranksein dauern und wie teuer es werden darf, wie und in welcher Zeit Gesundung zu erfolgen hat und wo keine Aussicht mehr darauf besteht usw.

Nach der Beobachtung des Medizinhistorikers Heinrich Schipperges hatte bereits die »moderne, auf naturwissenschaftliche Modelle eingeeugte Medizin – neben der Gesundheit – vor allem [...] die Zeit [verloren]« (Schipperges 1986: 26). Gemeint ist hier die Zeiterfahrung der Kranken in ihrem Kranksein, in der symptomatischen Befindlichkeit in der Welt, an deren Stelle die Medizin die *signa* und Befunde der Krankheit mit dem Ergebnis setzte, deren richtige Be-handlung weitgehend nach eigenem Ermessen zu definieren, ohne noch dazu in der Lage zu sein, sie im Kontext eines Lebens zu verstehen, das um seine eigene Verständlichkeit *als Leben* ringen muss, seitdem offenkundig geworden ist, dass es nicht ohne weiteres wissen kann, inwiefern es *überhaupt lebt*. Gesundheit kann aber ihrerseits nur im Kontext dieser – unvermeidlich offenen und vielleicht ›bis zum Schluss‹ auch *offen bleiben müssenden* – Frage verständ-lich werden. Das lange Leben, schrieb Kant, kann, »wenn man dahin zurück-sieht [...], nur die *g e n o s s e n e* Gesundheit bezeugen« (Kant 1974: 375). So verhält es sich auch mit der Frage, ob und in welchem Sinne es überhaupt *wirk-lich gelebt* worden ist. Vielfältig bezeugt wurde die Furcht, am Ende nicht wirk-lich gelebt zu haben und insofern auch nicht wirklich sterben zu können (vgl. Liebsch 2023). Dieser letzten Furcht kann man zwar imaginativ vorgreifen, wie es von Solon über Aristoteles bis hin zu Montaigne nahegelegt worden ist; aber

völlig entschärfen oder gar beherrschen lässt sie sich darum noch lange nicht (Montaigne 1969: 50f.; Aristoteles 1983: 294; Herodot 1986: 22)

Ein weitgehend institutionalisiertes Gesundheitssystem kann jene Frage nur gleichsam »einklammern – sofern es sie nicht ganz und gar aus den Augen verliert –, aber nicht methodisch behandeln und verobjektivieren. Was auch immer im Rahmen eines solchen Systems als krank und behandlungsbedürftig, als erfolgreiche Therapie und Heilung gilt, wird, sobald die zuvor Kranken dieses System wieder verlassen, im Kontext ihrer konkreten Lebenswelt neu zu beurteilen sein. Wo eine Rückbindung der Verfahren, Institutionen und Resultate eines Gesundheitssystems an die normale oder pathologische Erfahrung von mehr oder weniger krank Bleibenden und Wiedergenesenen, von deren Hilfsbedürftigkeit es ursprünglich seinen Auftrag ableiten musste, nicht stattfindet, da kann es zum Prozess einer regelrechten Enteignung der Gesundheit mehr oder weniger aller durch ein System kommen, das selbst »krank« und einer tiefgreifenden Legitimationskrise ausgesetzt ist. Seitdem muss der »psychologische Zugang zur Krankheit« (Mitscherlich 2010: 121f.) ergänzt werden durch soziologische und gesellschaftspolitische und –kritische Zugänge, die aber, wie sich gleich zeigen wird, auch nicht sich selbst genügen können.

Längst beschränkt sich Krankheit nicht mehr nur auf die Angelegenheit eines sich wie auch immer »ungesund« fühlenden und auf die Hilfe Anderer angewiesenen individuellen Lebens im Zustand des Krankseins, das nach einer angemessenen Diagnose und Heilungsaussicht verlangt. Denn Krankheit ist bis hin zur Gesundheitsvorsorge als solche zur Sache eines gesellschaftlichen und politischen Systems geworden, an dem nicht nur die Kranken, aber vor allem sie und ihre vielfach im Stich gelassenen Angehörigen, ihrerseits leiden. Seitdem es solche Systeme gibt, leiden Menschen *in* Gesellschaft und auch *an* Gesellschaft (Dreitzel 1980); nicht zuletzt an einer Gesellschaft, die neue Leiden induziert und in der Gesundheit auf der Basis eines »kranken« Gesundheitssystems durch diejenigen zur puren Ideologie zu verkommen droht, die am meisten von Krankheiten profitieren – bis hin zu »eingefriedeten Seniorenheimen«, die sich wie ein »Vorhof des Todes« (Schipperges 1986: 99) ausnehmen, wo niemand mehr am Leben der Insassen Anteil nimmt, die wehrlos ihre letzten Heller an die Träger solcher Institutionen verlieren. Indessen hat man sich weitgehend an die Normalität einer solchen, in »überalterten« Gesellschaften täglich sich verschärfenden Situation gewöhnt, die von Kennern der jeweiligen institutionellen Verhältnisse wiederum als pathologisch bezeichnet wird. Damit wird allerdings die Frage aufgeworfen, was die Rede von Normalität und Pathologie hier besagt (Waldenfels 1998: 9ff.).

Mit Normalität kann gewiss nicht bloß die Durchschnittlichkeit einer wie auch immer eingespielten, aber womöglich schlechten Ordnung eines Gesundheitssystems gemeint sein. Vielmehr geht es um eine normative, buchstäblich maßgebende Ausrichtung einer Gesellschaft an ihrem Sinn, was die Erfahrung des Krankseins betrifft – an einem Sinn, auf den sich die Normalität immer wieder angesichts der Negativität neu besinnen muss, die zum Vorschein kommt, sobald öffentlich deutlich wird, wie sehr auch ein höchst kostspieliges, infolgedessen zugleich vielfach ungerechtes Gesundheitssystem seinerseits Leiden verursacht, weit entfernt, bereits vorliegenden Leiden nur mehr oder weniger gut oder unzulänglich gerecht zu werden. So wird auf negativistischen Wegen, durch kritikwürdige Versäumnisse und v.a. durch systematische, gewaltträchtige Unzulänglichkeiten entdeckt, was nicht akzeptabel zu sein scheint bzw. was ›wir‹ nicht hinnehmen sollten.

Doch der Umkreis dieses ›Wir‹ ist keineswegs eindeutig, etwa durch die Mitgliedschaft in einem politischen Gemeinwesen oder gar durch die ›Gesundheitsbewussten‹ gezogen, denen die angestrengte Optimierung ihrer eigenen Fitness zum permanent vorrangigen Anliegen geworden ist. Um herausfinden zu können, *für wen was* in welchem Sinne schlechterdings inakzeptabel sein muss – auch im Hinblick auf Fremde wie Geflüchtete und deren vielfach höchst mangelhafte Versorgung –, bedarf es der entsprechenden, öffentlich artikulierten Frage danach. Erst im Prozess des Antwortgebens seitens derer, an die dabei appelliert wird, kann sich zeigen, wer jeweils ›wir‹ ist. Und nach aller Erfahrung wird das ständig strittig bleiben, wie es zuletzt die Corona-Pandemie und die gegenwärtig wieder aufflammende Debatte um den Import von Pflegekräften deutlich gemacht hat.

Erneut zeigt sich dabei, wie problematisch es ist, *wen wessen Gesundheit etwas angeht* – nicht zuletzt auch die des klinischen Personals selbst –, wie das artikuliert und Anderen gegenüber öffentlich zur Sprache gebracht werden kann – im Horizont der philosophischen Frage, ob Gesundheit bzw. die bloße Erhaltung biologischen Lebens wirklich ›alles‹ oder sogar ›das Höchste‹ ist, woran uns gelegen sein sollte. Dabei hat man es unvermeidlich – und nicht etwa bloß mangels eines »präzise umrissenen Sachverhalts« namens Kommunikation bzw. »Gesundheitskommunikation« – mit »nur schwer zu fassenden ›Endloshorizonten‹« der Verständigung mit Anderen zu tun (Baecker 2008: 10f.).

Denn diese muss sich wie auch die auf Hilfe Angewiesenen an Andere auf Erwidern hin wenden, ohne damit rechnen zu können, dabei faktisch von einem gemeinsam geteilten und zureichenden Vorverständnis von Gesund-

heit auszugehen. Im Gegenteil wird das nach gängigem Verständnis zuerst vom eigenen Körper aufgeworfene Problem der Gesundheit, indem es gewissermaßen sozialisiert und zur Angelegenheit möglicherweise helfender Anderer, dann auch einer unzählige Andere umfassenden Gesellschaft geworden ist, unvermeidlich in den weiteren, philosophischen Kontext der Frage rücken, ob Gesundheit und die Arten und Weisen, sich in der Form eines Gesundheitssystems um sie zu kümmern, als höchste oder wichtigste Maßstäbe menschlichen Lebens selber gelten können. Das wird sich, wenn überhaupt, nur in der Auseinandersetzung auch mit jenen klären lassen, die das rigoros zurückgewiesen haben – manche von ihnen im verabsolutierten Interesse, möglichst *intensiv* (wenn auch wie die für diese Devise berühmt gewordene, jung verstorbene Rocksängerin Janis Joplin nur kurz) zu leben, mache unheilbar krank und vielleicht schon mit dem sich ankündigenden Tod vor Augen, ohne aber das eigene, in der Verbundenheit mit Anderen gelebte Leben darum gering zu schätzen oder es gleich ganz zu verwerfen.

Das scheint mir nach der Wiederlektüre einer Vielzahl medizinischer, psychologischer, soziologischer, historischer und philosophischer Schriften zu Problemen der Gesundheit das bemerkenswerteste Desiderat zu sein: der Frage nachzugehen, was es heißt, *dass jemand im Verhältnis zum Anderen erkrankt*, und was es bedeutet, dass Andere *krank werden*, womöglich ohne dass ihnen letztlich zu ›helfen‹ wäre, sei es auch nur durch Trost, wenn alles andere schon versagt hat. Krankheit drückt nicht nur aus, wie ein Körper oder leibliches Dasein um sich selbst besorgt ist. Schließlich ist jede*r von Anfang an von Anderen umsorgt worden, wie unzulänglich auch immer, und nur darum überhaupt am Leben geblieben. In ontogenetischer Perspektive sind Kranksein und Krankheit keinesfalls bloß die Angelegenheit eines pathisch und pathologisch auf sich selbst aufmerksam gewordenen Körpers, der sich als ›gestört‹, beeinträchtigt, leidend usw. erfährt.⁹ Vielmehr erscheint beides in dieser Perspektive als die ursprüngliche Obliegenheit Anderer.

9 Zu diesem Begriff weigert sich die Philosophie von Georg W. F. Hegel bis Jürgen Habermas förmlich, genauere Auskunft zu geben und bekennt sich im Gegensatz zu theologischen und säkularen »Seelsorgern« zu »prinzipieller Trostlosigkeit«. Hans Blumenberg (1988: 59) hat in diesem Kontext von einer regelrechten »Diskriminierung des Trostes« gesprochen. Wer sich wie Michael Ignatieff (2021) damit nicht abfinden will, sollte allerdings die Paradoxie nicht unterschlagen, die darin liegt, dass es gerade die Trostlosigkeit ist, die Trost herausfordert; und zwar vielfach so, dass sie keinesfalls ›ausgeredet‹ werden will (vgl. Liebsch 2022b).

Das müsste auch und gerade eine *Public Health* genannte Programmatik interessieren, die es dem gegenwärtigen Gesundheitswesen zum Vorwurf macht, über weite Strecken nicht mehr erkennen zu lassen, was es und *uns* die Krankheit Anderer angehen sollte. Wenn ›es‹ sich nur noch darum dreht, wie es kapitalträchtig zugunsten anonymer *shareholder* funktioniert, geht es am Ende ›uns‹ nichts mehr an, die wir uns daran erinnern, wo alle Probleme der Gesundheit ihren Ursprung haben: im Appell an den Anderen, sei es die oder der jeweils ›Nächste‹, sei es auch eine unbekannte Dritte oder etwas derart Unpersönliches wie die Gesellschaft, die bis hin zu einer Weltbürgergesellschaft reichen könnte. Bei diesem Appell kann es sich um die Bitte um Hilfe, aber auch um das Verlangen Anderer handeln, ›ihnen‹ nicht krank zu werden.

Ganz ›wissenschaftlich‹ kann eine Disziplin wie *Public Health* in beiden Hinsichten niemals sein und sollte sie auch nicht zu sein versuchen: weder im Hinblick auf ihren vorwissenschaftlichen Ursprung noch auch im Hinblick auf den metawissenschaftlichen Horizont aller Menschen – die nicht bloß allein, sondern stets auch *im Verhältnis zu Anderen krank* werden, sowie *durch sie* und *an ihnen* leiden. Dieses Ursprungs werden sich auch die sogenannten *life sciences* nur in der Rückbesinnung auf die vor und zugleich meta-wissenschaftliche Selbstinfragestellung menschlichen Lebens *als Leben* versichern können. Was immer diese Disziplinen leisten mögen, das menschliche Leben und die Interpretation dessen, was es als solches, sei es als gesundes oder darüber hinaus wirklich ›lebbares‹ ausmacht, gehört ihnen nicht, mag die von Repräsentanten des Gesundheitswesens wie auch der Gesundheitswissenschaften propagierte Sorge um die Gesundheit einer Bevölkerung auch noch so sehr suggerieren, man wolle doch nur unser aller Bestes. Wie in pädagogischer Hinsicht so oft, könnte sich das auch diesmal als beunruhigende Drohung herausstellen – in eigentümlich übersozialisierten Zeiten, die nahelegen, es sei wie schon das Leben ohne Lebendige, so auch Krankheit ohne Kranke (s.o.) und Gesundheit ohne Gesunde denkbar und wissenschaftlich erkennbar.

Literatur

- Agamben, G. (2002). *Homo sacer. Die souveräne Macht oder das nackte Leben*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Aristoteles (1983). *Nikomachische Ethik*. Stuttgart: Reclam.
- Aristoteles (2009). *Die Kategorien (griech./dt.)*. Stuttgart: Reclam.
- Baecker, D. (2008). *Kommunikation*. Leipzig: Reclam-Verlag.

- Bernard, C. (1872). *De la physiologie générale*. Paris: Hachette.
- Bichat, X. (1800). *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*. Paris: Gautier-Villars.
- Blumenberg, H. (1983). *Säkularisierung und Selbsterhaltung*, 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Blumenberg, H. (1988). *Die Sorge geht über den Fluß*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Borck, C. (2016). *Medizinphilosophie zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Canguilhem, G. (1957). Note sur la situation faite en France à la philosophie biologique. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 52, S. 322–332.
- Canguilhem, G. (1971). Logique du vivant et histoire de la biologie. *Sciences*, 71, S. 20–25.
- Canguilhem, G. (1974). *Das Normale und das Pathologische [1943/1966]*. München: Hanser.
- Canguilhem, G. (1975). *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin.
- Canguilhem, G. (1979). *Wissenschaftsgeschichte und Epistemologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Canguilhem, G. (1989). *Grenzen medizinischer Rationalität. Historisch-epistemologische Untersuchungen*. Tübingen: edition diskord.
- Canguilhem, G., Lapassade, G., Piquemal, J. & Ulmann, J. (1960). *Histoire de la biologie. Du développement à l'évolution au XIXe siècle*. Thalès, 11, S. 3–65.
- Dreitzel, H.P. (1980). *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Ebeling, H. (Hg.) (1976). *Subjektivität und Selbsterhaltung. Beiträge zur Diagnose der Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fassin, D. (2017). *Das Leben. Eine kritische Gebrauchsanweisung*. Berlin: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1981). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1988). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt: Fischer.
- Foucault, M. (2004a). *Geschichte der Gouvernementalität I: Sicherheit, Territorium, Bevölkerung, Vorlesung am College de France 1977–1978*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, M. (2004b). *Geschichte der Gouvernementalität, II: Die Geburt der Biopolitik. Vorlesung am Collège de France 1978–1979*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fuchs, T. (2002). *Zeit-Diagnosen. Zug: Die Graue Edition*.

- Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Grimm, J. & Grimm, W. (1869). *Deutsches Wörterbuch von Jacob Grimm und Wilhelm Grimm*. Leipzig: Verlag von S. Hirzel. Digitalisierte Fassung im Wörterbuchnetz des Trier Center for Digital Humanities, Version 01/23.
- Hegel, G.W.F. (1970). *Werke in 20 Bänden*. Bd. 9 *Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Herodot (1986). *Die Bücher der Geschichte*. Buch I–IV. Stuttgart: Reclam.
- Honneth, A. (Hg.) (1994). *Pathologien des Sozialen. Die Aufgaben der Sozialphilosophie*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Hufeland, C.W. (1984). *Makrobiotik oder Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern [1796]*. Frankfurt a.M.: Insel.
- Ignatieff, M. (2021). *Über den Trost in dunklen Zeiten*. Berlin: Ullstein.
- Kafka, F. (1968). *Brief an Max Brod*. In: K.-E. Jeismann & G. Muthmann (Hg.), *Wort und Sinn. Lesebuch für den Deutschunterricht, Oberstufe* (S. 420). Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Kant, I. (1974). *Werkausgabe XI: Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik 1*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kant, I. (1982). *Werkausgabe VIII. Die Metaphysik der Sitten*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Leriche, R. (1936). *Introduction générale; De la Santé à la Maladie: La douleur dans les maladies; Où va la médecine?* In: *Société Nouvelle de l'Encyclopédie Française* (Hg.), *Encyclopédie Française Band VI* (S. 1–6). Paris: Larousse.
- Liebsch, B. (1997). *Vom Logos und Pathos des Lebendigen. Humanwissenschaften und pathische Welt*. In: K. Giel & R. Breuninger (Hg.), *Zu denken geben: Identität und Geschichte (Bausteine zur Philosophie)* (S. 19–38). Ulm: Humboldt-Studienzentrum.
- Liebsch, B. (2013). *Ästhetik der Existenz oder existenzielle Ästhetik? Anmerkungen zu einer leidenschaftlichen Lebensform*. In: E. Bippus, J. Huber & R. Nigro (Hg.), *Ästhetik der Existenz. Lebensformen im Widerstreit* (S. 69–94). Zürich: Ambra Verlag.
- Liebsch, B. (2014). *Verletztes Leben. Studien zur Affirmation von Schmerz und Gewalt im gegenwärtigen Denken. Zwischen Hegel, Nietzsche, Bataille, Blanchot, Levinas, Ricœur und Butler*. Zug: Die Graue Edition.
- Liebsch, B. (2022a). *Prolegomena zum Verständnis der Verletzbarkeit Anderer*. In: M. Coors (Hg.), *Moralische Dimensionen der Verletzlichkeit des Menschen. Interdisziplinäre Perspektiven auf einen anthropologischen Grund-*

- begriff und seine Relevanz für die Medizinethik (S. 27–56). Berlin: de Gruyter.
- Liebsch, B. (2022b). ›Trostlose‹ Philosophie – sensibilisiert durch Trauer und Melancholie, Abschied und Vergänglichkeit? Zum Respekt vor dem, was Andere leben lässt. *Philosophische Rundschau* 69(2), S. 138–163.
- Liebsch, B. (2023). Leiden und Leben im Zeichen unaufhebbarer Alterität. Wie Emmanuel Levinas' Philosophie als Einspruch gegen eine historisch unbelehrte ›Lebenskunst‹ zu lesen wäre. In: G. Goedde, E. Brock & J. Zirfas (Hg.), *Leiden und Lebenskunst in der Moderne. Biographisch-philosophische Studien zu Krankheiten, Therapien und Wandlungen* (S. 285–302). Stuttgart: Metzler.
- Löw, R. (1980). *Philosophie des Lebendigen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mau, S. (2017). *Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen*, 2. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. (2010). *Kranksein verstehen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Montaigne, M.d. (1969). *Die Essais*. Stuttgart: Reclam.
- Morris, D.B. (1997). *Geschichte des Schmerzes*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Ricœur, P. (2006). *Wege der Anerkennung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schipperges, H. (1985). *Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen*. München: Piper.
- Schipperges, H. (1986). *Sein Alter leben*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Schipperges, H. (1990). *Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter*. München: dtv.
- Sontag, S. (1981). *Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Uexküll, J.v. (1973). *Theoretische Biologie [1928]*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden 2*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Waldenfels, B. (2019). *Erfahrung, die zur Sprache drängt*. Berlin: Suhrkamp.
- Weingart, P., Kroll, J. & Bayertz, K. (1993). *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Weiß, J. (Hg.) (2009). *Bios und Zoë. Die menschliche Natur im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Wikipedia (2022). *Gesundheitssystem*. Verfügbar unter: de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem#cite_note-1 [20.04.2023].

Gesundheit und Krankheit im Spiegel von Anthropologie, Bioarchäologie und Evolutionärer Medizin

Kurt W. Alt & Sandra Pichler

»Mismatched to modernity. Adaptation
takes time«
(Nesse & Dawkins 2010)

Drei Millionen Jahre Co-Evolution Mensch und Kultur

Unter evolutiven Gesichtspunkten betrachtet ist die Gattung *Homo* seit Beginn der Menschheitsgeschichte vor etwa drei Millionen Jahren, wie andere Säugtiere, ein Teil der Natur und unterliegt deren Gesetzen. Bei einer Generationsdauer von 25 Jahren bevölkerten seither 120.000 Generationen Menschen die Erde. Vor zwei Millionen Jahren begann sich *Homo erectus* aus der Ursprungsregion Afrika nach Eurasien auszubreiten. Diese Auswanderung besaß Pioniercharakter und galt der Erschließung neuer Lebensräume. Migration scheint daher ebenso Teil der Natur des Menschen zu sein, wie das soziale Zusammenleben in offenen, exogam organisierten, mobilen, temporären Gemeinschaften, wie dies die längste Zeit der Menschheitsgeschichte der Fall war. Der panafrikanische Ursprung von *Homo sapiens* reicht mehr als 300.000 Jahre zurück und umfasst 12.000 Generationen (Hublin et al. 2017). Vor 200.000 Jahren begann auch *Homo sapiens* sich aus Afrika nach Eurasien auszubreiten (Harvati et al. 2019). Aufgrund der geringen Besiedlungsdichte während des Pleistozäns (Zeitabschnitt 2,5 MJ bis zum Beginn des Holozäns 12.000 Jahre vor heute) war das Leben in kleinen, kooperativen sozialen Gemeinschaften wahrscheinlich Teil der Dynamik weitgehend egalitärer Gesellschaften (Fox 1969; Bird-David 1988). Die sozio-kulturelle Organisation der Gemeinschaften, ihr Zusam-

menleben in Gruppen, das Rolle der Geschlechter und die Arbeitsteilung sind Gegenstand intensiver Forschung in den Natur- wie Geisteswissenschaften. Konsens besteht über Disziplingrenzen hinweg darüber, dass die Menschen, so lange sie als mobile Wildbeuter die verschiedenen Lebensräume der Welt durchstreiften, optimal an ihre Lebensbedingungen adaptiert waren (Haas et al. 2020).

Wer die Sonderstellung des Menschen in der Natur begreifen will, muss weit in die Evolutionsgeschichte zurückblicken (Muehlenbein 2015). Die Beschäftigung mit der Stammesgeschichte unserer Art erlaubt die typischen Charakteristika der Gattung *Homo* zumindest in ihren Grundzügen nachzuzeichnen, wie den habituell Aufrechten Gang, das Freiwerden der Hände, das große Gehirn, Sprache, komplexes Denken und die begleitenden kulturellen Errungenschaften. Unter Berücksichtigung unserer langen Ahnenreihe in der Primatenevolution scheint die Spezies *Homo* primär in dem Sinne einzigartig, dass sie durch gezielte und kontinuierliche Manipulation ihrer ökologischen Umwelt einen revolutionären Wandel aus dem »Kontinuum« Evolution heraus realisiert hat (Vogel 1989). So verändert der Mensch die Tier- und Pflanzenwelt bereits früh im Pleistozän nachhaltig und nimmt tiefgreifend Einfluss auf die Stoffkreisläufe der Natur (Barnosky et al. 2004; Gamble 2014; Boivin et al. 2016).

Homo sapiens ist aus dem Blickwinkel der biologischen Evolution ein relativ junges Produkt der Natur und mit der Herausbildung des modernen Menschen hat die menschliche Makroevolution vor mehr als 300.000 Jahren einen vorläufigen Abschluss gefunden. Wie erfolgreich die Art seit ihrer Entstehung agiert, zeigt sich darin, dass es ihr gelang, sich global erfolgreich an die Umwelt und die unterschiedlichsten Ökotope anzupassen (Sayers & Lovejoy 2014). Diese Erfolgsgeschichte ist allerdings nicht allein durch die Biologie erklärbar. Als Pendant zur biologisch fundierten Weitergabe der Gene an die Nachkommen, schuf Dawkins (2006) den Begriff Mem (engl. Meme), um die Weitergabe menschlicher Verhaltensweisen und Traditionen und damit kulturelle Evolution zu beschreiben. Letztere ist in entwickelter Form charakteristisch für den Menschen, in ihren Grundzügen allerdings bereits in den großen Menschenaffen angelegt und damit tief in die Entwicklungsgeschichte der Hominiden zurückreichend. Im Verlauf der Menschheitsentwicklung beschleunigt sich das Tempo der kulturellen gegenüber der biologischen Evolution stark, wengleich gegenseitige Abhängigkeiten existieren. Kernfaktoren dieser Beschleunigung bilden Kulturleistungen, wie Feuernutzung, Nahrungszubereitung, Bekleidung, Schutzbehausungen sowie als zentrale Faktoren, sozialer

Zusammenhalt und Kooperation. Ohne diese Errungenschaften und ohne die gesellschaftliche Einbindung ist der Mensch, ist unsere Art, weder denkbar noch überlebensfähig (Tomasello 2000; Fuentes 2004; Gamble et al. 2016).

Trotz dieser Erfolge ist die menschliche Evolution nicht zum Stillstand gekommen und setzt sich bis in der Gegenwart hinein fort. Mit dem Begriff »Mikroevolution« werden diejenigen Prozesse beschrieben, die auch weiterhin stattfinden und die Menschen als Spezies verändern (Hawks et al. 2007). Umfang und Ausmaß dieser mikroevolutiven Prozesse nachzuvollziehen, deren Ursachen und Auswirkungen zu erforschen, gewinnt aktuell in dem Maße an Bedeutung, wie sich die Konzeption des Menschen als Wesen durchsetzt, das nur ganzheitlich und jenseits aller Disziplinergrenzen zu verstehen ist. Diesem Anliegen folgt der von Marina Böddeker und Thomas Hehlmann herausgegebene Band aus dem Feld »Public Health«. Die Herausgebenden orientieren sich an einem Konzept, das sowohl unser evolutionäres Erbe als auch die Licht- und Schattenseiten technischer Innovationen auf die Lebensbedingungen und die Gesundheit des Menschen in der Postmoderne berücksichtigt.

Der Beitrag der Bioarchäologie zur Rekonstruktion der Vergangenheit

Die »Biologische Anthropologie«, synonym »Humanbiologie«, beschäftigt sich mit dem Menschen als lebendem Teil der Natur in Abhängigkeit von den genetischen Anlagen und modifizierend wirkenden Umweltfaktoren. Aufgrund unserer stammesgeschichtlichen Herkunft beginnt die Forschung bei den nächsten Verwandten des Menschen, den Primaten, setzt sich zeitlich folgend mit der Humanevolution auseinander und reicht bis in die Gegenwart. Traditionell steht dabei im deutschsprachigen Raum die biologische (physische) Seite des Menschen im Vordergrund. Eine Grundfrage dabei ist, welche biologischen Charakteristika die Spezies Mensch definieren und wie diese sich von ihren nächsten Verwandten, den nichtmenschlichen Primaten, unterscheidet. Dazu ist es notwendig, sich vergleichend mit der Genetik, der Anatomie und Morphologie sowie Physiologie der Hominoidea (Menschenaffen, Mensch, sowie deren Vorfahren) zu beschäftigen, das menschliche Verhalten zu studieren, die besondere Fähigkeit von *Homo* zur Adaptation herauszustellen und die Wechselwirkungen zwischen den Menschen und ihrer Umwelt zu untersuchen (Knussmann & Martin 1988; Grupe et al. 2012).

Anthropologie als *Wissenschaft vom Menschen* widmet sich in ihrer umfassendsten Ausprägung allen Facetten des Menschseins. Sie fokussiert dabei nicht allein auf unsere physischen Eigenschaften, sondern versucht auch die Kulturfähigkeit des Menschen evolutionsbiologisch zu erklären. Kultur ist zweifellos ein essentielles Element der menschlichen Gesellschaft, aber sie ist nicht in unseren Genen verankert. Anders verhält es sich mit der *Kulturfähigkeit* des Menschen. Menschen besitzen ein biologisches Potential für kulturelles Verhalten und lernen dieses während ihrer frühen Entwicklung zu nutzen. Die Fähigkeit, Kultur zu entwickeln, hängt eng mit der Entwicklung der neurobiologischen Strukturen des Gehirns zusammen und stellt demnach einen psychischen Adaptationsprozess dar. Anders verhält es sich mit unseren einzigartigen nicht-biologischen Charakteristika, die wir Kultur nennen. Mit den kulturellen Leistungen und sozial adaptierten Gesellschaftsstrukturen des Menschen beschäftigen sich Kultur- und Sozialwissenschaften. Strenge methodische Grenzziehungen zwischen Forschungsgebieten sind allerdings kaum möglich und auch nicht mehr zeitgemäß (Haidle et al. 2015; Waring & Wood 2021).

Durch die Übernahme des biologischen Populationskonzepts in der Mitte des 20. Jh. verstärkte sich der Druck zur Zusammenarbeit zwischen Archäologie und Anthropologie. Beide Disziplinen ergänzen sich in Fragen der kulturellen und biologischen Rekonstruktion der Vergangenheit, weil sie sich über den gemeinsamen Forschungsgegenstand *Mensch* thematisch nahestehen. Überdies arbeiten die Kulturwissenschaften längst nicht mehr ausschließlich mit geisteswissenschaftlichen Methoden und speziell in der Archäologie sind die Naturwissenschaften, insbesondere statistische, analytische und bildgebende Verfahren, inzwischen ein fester Bestandteil der Forschung (Pollard et al. 2023).

In der Archäologie repräsentieren Bestattungen, materielle Hinterlassenschaften und Siedlungsspuren zentrale Quellengattungen. Zur Auswertung dieser Quellen arbeiten die Altertumswissenschaften seit Jahrzehnten eng mit einer Vielzahl Subdisziplinen zusammen, deren Wurzeln in der Biologie, Physik, Chemie, Biochemie, Genetik und Geologie liegen. Dazu gehören die Archäobotanik, Archäozoologie, Prähistorische Anthropologie, Paläogenetik sowie die Isotopenforschung zur Rekonstruktion von Ernährung, Mobilität, Migration und spezifischer kultureller Praktiken, etwa Residenzregeln in menschlichen Partnerschaften. Die enge Zusammenarbeit manifestiert sich in der Etablierung einer eigenen Disziplin, der Naturwissenschaftlichen Archäologie (engl. Archaeological Science). Von besonderer Bedeutung ist hier

die Untersuchung organischer Materialien aus archäologischen Kontexten, seien dies menschliche Überreste, Tier- und Pflanzenreste oder anthropogene Spuren in oder auf Steingeräten, Keramik u. a. m. in der sog. Bioarchäologie (Weiner 2010; Pollard et al. 2023).

Transdisziplinäre Studien zwischen den Altertumswissenschaften und der Bioarchäologie verbinden heute biologische und kulturelle Aspekte der Evolution zu einer Wissenschaft vom Menschen mit all seinen Lebensäußerungen. Im Blickfeld der Forschung stehen dabei Kultur und Lebensraum, Herkunft und Entwicklung, die Adaptation an die Umwelt, Ernährung und Krankheit, demografische und gesellschaftliche Strukturen, das Genom und das menschliche Verhalten. Bioarchäologische Studien generieren in diesem Zusammenhang eindruckliche individuelle und kollektive anthropologische Basisdaten: osteologische Steckbriefe in biografischer Dichte und Tiefe, molekulargenetische und biogeochemische Fingerprints zur geografischen und ethnischen Herkunft, Ernährungsmuster und Mangelkrankungen, Aussagen über die soziale Struktur und die Geschlechterverhältnisse, über genetische Verwandtschaft ebenso wie Daten zur Morbidität und Mortalität von Bevölkerungen in der Vergangenheit (Meller & Alt 2010; Agarwal & Glencross 2011; Larsen 2015; Cheverko et al. 2021; Orlando et al. 2021).

Unter Berücksichtigung von Zeitstellung, Kultur und Lebensraum lassen sich auf diese Weise wichtige Informationen zum Ursprung, zur Entwicklung und dem möglichen Wandel von Krankheiten unter dem Einfluss von Umwelt, Erbe, Verhalten und sozialen Gegebenheiten dokumentieren. Der Transfer von Daten und Erkenntnissen aus der Bioarchäologie in die moderne Medizin hilft, die Entstehung und die evolutiven Ursachen von Krankheiten besser zu reflektieren und damit indirekt Einfluss zu nehmen auf deren Diagnose und Therapie.

Tiefgreifende soziale und kulturelle Umbrüche in der Menschheitsgeschichte bewirkten bedeutende Änderungen in der Lebensweise. Diese hatten oft weitreichende Folgen für die Umwelt und beeinflussten das Verhalten von Individuen wie Gruppen. Die Beherrschung des Feuers erschloss in gleichem Maße neue Lebensräume wie es Nährstoffe besser verfügbar machte (Gowlett 2016). Nachdem der Anbau von domestiziertem Getreide die Ernährung der frühen bäuerlichen Bevölkerungen nachhaltig veränderte, verschlechterte sich deren Gesundheitslage: einerseits aufgrund eines Überangebots von Kohlehydraten und damit einhergehender negativer Auswirkungen auf den Stoffwechsel, andererseits durch einen Mangel an essenziellen Nährstoffen wie Vitaminen und Proteinen (Pinhasi & Stock 2011; Marciniak et al. 2022).

Getreideprodukte deckten zwar den täglichen Kalorienbedarf, lieferten jedoch nicht die Nährstoffzusammensetzung für optimale Stoffwechselleistungen. Entwicklungsgeschichtlich ist zudem der zeitliche Rahmen der Veränderung bedeutsam. Während für die längste Zeit der Menschheitsgeschichte ein breites Nahrungs- und Nährstoffspektrum genutzt wurde, war der menschliche Körper innerhalb eines evolutionsbiologisch sehr kurzen Zeitraums einer neuen Subsistenzstrategie ausgesetzt, die von einem einzelnen Nahrungsprodukt, dem Getreide dominiert war. Die Auswirkungen dieser grundlegenden Veränderung in der menschlichen Ernährung wirken bis heute nach und sollen im Zentrum des vorliegenden Beitrags stehen.

In der Folge dieser Neuerungen begünstigte hoher Getreidekonsum die Entstehung und Verbreitung von Stoffwechselstörungen, aber auch allergischer Erkrankungen, deren Relevanz wir erst heute erkennen; mit der zunehmenden Bedeutung der Milchwirtschaft verbesserte sich die Eiweißzufuhr in neolithischen Gemeinschaften, auch wenn Milch kein natürliches Nahrungsmittel darstellt und der (erwachsene) Mensch von Natur aus laktoseintolerant ist (Eshed et al. 2010; Pinhasi & Stock 2011; Lieberman 2014). Daneben machte das enge Zusammenleben von Menschen und domestizierten Tieren auch Zoonosen zu einer neuen und alltäglichen Erscheinung (Mitchell 2003; Pearce-Duvel 2006; Aspöck & Walochnik 2007).

Obwohl wir über die längste Zeit unserer Existenz als Wildbeuter*innen gelebt haben, also ohne angebaute Pflanzen und Haustiere, gibt es grundsätzlich nicht »die Eine natürliche« Ernährungsweise des Menschen. Die Vorteile unserer Art liegen gerade darin, dass wir Menschen keine Nahrungsspezialisten sind, sondern uns opportunistisch an das jeweilige Nahrungsangebot in jedem Öko-System der Erde anpassen können, wenn auch nicht immer in optimaler Weise (Cordain et al. 2000). Während sich die Inuit überwiegend von tierischen Proteinen ernährten, lebten die Menschen in Anden und Amazonas in erster Linie von pflanzlicher Nahrung (Mann 2007). Die allmähliche Ausbreitung des Menschen über die gesamte Erde zeigt, wie erfolgreich die Kombination aus euryöker Lebensweise, mikroevolutionärer Adaptation und technologischer Innovation in der Vergangenheit war (Hublin & Richards 2009; Ungar 2017; Ben-Dor et al. 2021).

Gesundheit und Krankheit unter den Lebensbedingungen der Vergangenheit

Gesundheit und Krankheit der Menschen sind seit jeher in das komplexe Spannungsfeld zwischen Natur und Kultur eingebettet. Gesundheit existiert nur, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Heute gilt, dass sich durch Änderungen des Verhaltens Lebenssituation und -stil zugunsten der »biologischen Bedürfnisse« dahingehend steuern lassen, dass ein hohes Maß an Gesundheit erreicht werden kann. Nach Ganten und Niehaus (2014: 19) lässt sich Gesundheit daher als die Summe derjenigen Einflussfaktoren beschreiben, die für sie verantwortlich sind: »*Biologie, Umwelt und Verhalten*«. Die Medizin hat in der Vergangenheit immer dann wichtige Fortschritte erzielt, wenn es ihr gelang, die richtigen Rückschlüsse aus den Zusammenhängen zwischen Lebens- und Arbeitswelt, unserer evolutionären Herkunft und den jeweiligen Umwelteinflüssen auf das Auftreten von Erkrankungen zu ziehen.

Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in der Gegenwart wird konzeptionell primär von der westlichen Medizin mit ihren Schlüsselkompetenzen Diagnostik und Therapie bestimmt und getragen. Die Existenz anderer Medizinkonzepte wie der *Medical Anthropology* (Foster & Anderson 1978; Wiley & Allen 2021), die in der Physischen Anthropologie und Ethnomedizin (Erickson 2008) wurzeln, wird dagegen eher marginalisiert. Ebenso stehen umweltbedingte Gesundheitsprobleme, aktuelles Beispiel sind die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, kaum im Fokus der Medizin. Deren Verständnis setzt die Beschäftigung mit ökologischen wie soziokulturellen Systemen voraus. Krankheit ist immer von der Umwelt abhängig, in welcher der Mensch lebt und agiert, wobei diese Umwelt sowohl natürlich als auch soziokulturell durch den Menschen geprägt ist. Der Faktor, dass Krankheit als ein integrales Element dieser Umgebung gesehen werden muss, beeinflusst umgekehrt auch die menschliche Evolution. Ein treffendes Beispiel für eine Krankheit, die dieses Wechselspiel illustriert, bietet hier z. B. die Sichelzellanomalie (Esoh & Wonkam 2021).

Transdisziplinäre bioarchäologische Studien zum Spannungsfeld von Gesundheit und Krankheit können ein neues Licht auf die Vergangenheit und Gegenwart werfen. Die vielleicht wichtigste Schlussfolgerung aus derartigen Studien lautet, dass viele unserer modernen Krankheiten in früheren Bevölkerungen nicht existierten und dass »*das Spektrum der Krankheiten, die den Menschen während des größten Teils seiner Entwicklung heimsuchten, viel kleiner gewesen sein dürfte als das, dem wir in historischer Zeit ausgesetzt waren*« (Black 1975: 515). Das

soll nicht heißen, dass Menschen früher gesünder waren als Menschen heute, sondern, dass die Menschen in der Vergangenheit infolge der geringeren Bevölkerungsdichte und der erst jüngst entwickelten technologischen Innovationen weniger Krankheitserregern und negativen Umweltfaktoren ausgesetzt waren (Houldcroft & Underdown 2023).

Die Erforschung der Lebensbedingungen, der Lebensweise und der Krankheiten unserer Vorfahren gilt aufgrund der Quellenlage (primär Skelettreste) und retrospektiven Betrachtung ungleich schwieriger als die Praxis, rezente Gesundheitsdaten und die Lebenswelt von heutigen Patient*innen einander gegenüberzustellen. Um den Ursprung und die Entstehung spezifischer Erkrankungen zu erfassen, ist es notwendig, diachron in die Menschheitsgeschichte zurückzublicken, teils bis zu den vormenschlichen Primaten. Neben realen Krankheitsbefunden gilt die jeweiligen Lebensverhältnisse bezüglich der ökologischen und sozialen Rahmenbedingungen zu beachten. Die Erforschung der Krankheiten, Verletzungen, Stressmarker, Todesursachen, Morbidität und Mortalität der Menschen früherer Zeiten erfolgt durch die Paläopathologie (Aufderheide et al. 1998; Cox & Mays 2002; Buikstra 2019; Weber et al. 2022). Eine Vielzahl von Krankheiten hinterlassen charakteristische Spuren am Skelett. Diese machen zwar nur einen geringen Anteil der potentiellen Erkrankungen aus, erlauben aber dennoch tiefgreifende Einblicke in das Krankheitsspektrum, dem ehemalige Bevölkerungen ausgesetzt waren. Darüber hinaus ergeben sich Hinweise auf Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Konflikthäufigkeit und im besten Fall epidemiologisch auswertbare Informationen. Krankheiten und Verletzungen differieren in ihrem Vorkommen zwischen Männern und Frauen, Erwachsenen und Nicht-Erwachsenen und sind in Auftreten und Häufigkeit deutlich an ihren chronologischen und kulturellen Kontext gebunden (Roberts & Manchester 2013).

In gesundheitlicher Hinsicht war die aneignende Lebensweise unserer Vorfahren als Wildbeuter*innen, spezialisiert auf Sammeln, Jagd und Fischfang vorteilhaft. Unser Organismus hat sich im Verlauf der Humanevolution physiologisch einem mobilen Lebensstil und einer breit gefächerten Ernährung angepasst, so dass heutige Zivilisationskrankheiten weitgehend unbekannt waren (Willett et al. 2006). Unter den Lebensbedingungen der Wildbeuter*innen waren weder Übergewicht noch Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Osteoporose, Karies oder psychische Erkrankungen relevant (Walker 2001; Cordain 2007). Aufgrund der hohen subsistenzbedingten Mobilität war das muskuloskeletale System der Individuen gut ausgebildet, Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates selten.

Studien zu Zoonosen und Infektionskrankheiten deuten darauf hin, dass Jäger-Sammler*innen Gruppen ein deutlich begrenzteres Spektrum dieser Krankheiten aufweisen als spätere sesshafte Bevölkerungen (Cohen 1989). Die Lebensqualität dieser Gruppen während des Pleistozäns war allerdings nicht paradiesisch, sie blieben nicht gänzlich verschont von jedweden Krankheiten, Unfällen, den Folgen von Katastrophen und gelegentlichen Not- und Hungerzeiten (Froment 2001; Pichler 2017b).

Die Einführung der produzierenden Wirtschaftsweise zu Beginn des Holozäns führte zu einschneidenden sozialen, demografischen und ökonomischen Veränderungen, die sich im weiteren Verlauf über die ganze Welt verbreiteten (Benz 2000). Retrospektiv gesehen war das Neolithikum eine nicht mehr umkehrbare Revolution, die neben vordergründigen Vorteilen (höhere Ertragslagen, Unabhängigkeit von Jahreszeiten) auch Nachteile (eingeschränkter Mobilitätsradius, fehlende genetische Anpassung, negative gesundheitliche Folgen) mit sich brachte (Cordain et al. 2000). Das quantitativ höhere Nahrungsangebot führte erstmals in der Geschichte zu einer Fertilitätssteigerung und Bevölkerungszunahme (Bocquet-Appel & Bar-Yosef 2008). Von weltweit etwa 5 Mill. Menschen zu Beginn des Neolithikums stieg diese Zahl bis zur Zeitenwende auf knapp 200 Mill. Menschen an (Roser & Ritchie 2023). Verantwortlich für diesen revolutionären Vorgang zeichnet die immer stärkere Manipulation der natürlichen Umwelt mit Mitteln der menschlichen Kultur.

Kultur stellt damit einen Schlüssel zum Verständnis all derjenigen Prozesse dar, die über die Lebensweise, Subsistenz und Ernährung unsere Körpervorgänge steuern und Gesundheitsaspekte widerspiegeln. Durch die bäuerliche Lebensweise nehmen Ausgewogenheit und Nährstoffgehalt in der Nahrung ab, der Gesundheitszustand verschlechtert sich (Pichler 2017a). Weitere Begleiterscheinungen sind ein Anstieg der Arbeitsbelastung bäuerlicher Bevölkerungen. Die Robustizität des muskuloskeletalen Systems nimmt aufgrund reduzierter Bewegungsaktivität ab, während Verschleißerscheinungen infolge harter Feldarbeit zunehmen (Eshed et al. 2010; Ruff et al. 2015). Einseitige Ernährung, körperliche Beanspruchung bereits in frühester Jugend und eingeschränkte Mobilität führen zu einer geringeren Körperhöhe und ausgeprägten degenerativen Verschleißerkrankungen (Nicklisch 2017).

Die weitere Entwicklung im Verlauf der Prähistorie und Historie wird vor allem als kultureller Fortschritt wahrgenommen, da sie zu einer längeren Lebensdauer und einer höheren Lebensqualität geführt hat. Während ur- und vorgeschichtlicher Zeiten bis in die Neuzeit starben Menschen häufig an banalen Krankheiten, für die die moderne Medizin zahlreiche Behand-

lungsmöglichkeiten und Medikamente bereithält (Ganten & Niehaus 2014). Triebfeder der Evolution auf kultureller Ebene waren Fähigkeiten die auf Erfahrung, Kommunikation, Lernprozessen, Interaktion und Reflexion basieren und die Welt verändert haben. Der kulturelle Prozess verlief weder linear noch auf allen Ebenen gleich schnell, so dass sich die Lebenserwartung erst im 20. Jahrhundert deutlich erhöht hat (Barbieri et al. 2015).

Mit Beginn der urbanisierten Industriegesellschaft im 18. Jahrhundert verbesserte sich die Situation der Menschen in Europa kurzfristig. Die Einführung der Kartoffel aus Südamerika bot neue Möglichkeiten der Ernährung, Industrialisierung und Verstädterung schufen Wohnraum und Arbeitsplätze. Schlechte Arbeits- und Wohnverhältnisse, lange Arbeitszeiten, Kinderarbeit, fehlender Arbeits- und Unfallschutz sowie Altersversorgung führten jedoch rasch zur sozialen Verelendung in den Städten. Die gesundheitlichen Folgen der Ausbeutung durch Lohnarbeit und erbärmliche Wohnbedingungen waren verheerend. Die Prävalenz von Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Parasitenbefall stieg stark an und es kam wieder, aufgrund von Fehl- und Mangelernährung, zu einem Absinken der Lebenserwartung (Reinhard 2006).

Viele Krankheiten der Vergangenheit haben in der Gegenwart ihren Schrecken verloren und wir leben deutlich länger, aber dafür konfrontiert uns der kulturelle Fortschritt mit neuen Erkrankungen, die uns als »Kulturfolger« immer wieder vor neue Herausforderungen stellen.

Evolutionäre Medizin

Zivilisationskrankheiten – Folge kultureller Evolution und technischen Fortschritts

Die Lebensumstände und Lebensqualität der meisten Menschen in der Gegenwart sind besser als jemals in der Vergangenheit, insbesondere in den Gesellschaften der westlichen Industrienationen. Das scheinbar sorgenfreie Leben wird, auf den ersten Blick, getragen von weitgehend stabilen politischen Verhältnissen, wirtschaftlichem Wohlstand, sozialer Absicherung bei Krankheit und im Alter, modernen Hygienestandards, sauberem Wasser, Nahrungssicherheit, guter medizinischer Versorgung und einer hohen Lebenserwartung (Barbieri et al. 2015). Während des 20. Jahrhundert erreichten die Industrienationen einen Lebensstandard, den es niemals zuvor in der Geschichte gegeben hat. Dies Aussage gilt allerdings nur eingeschränkt,

weil »keine kulturelle Lebensform ohne innere Widersprüche und Unbefriedigtheiten« existiert, weshalb nicht alle Mitglieder in Gesellschaften »gleichermaßen davon profitieren« (Reckwitz 2019: 232f.). Auf den zweiten Blick generiert der spätmoderne Lebensstandard, über alle vermeintlichen Errungenschaften und Vorteile hinaus, Widersprüche, Enttäuschungen, Existenzängste und Gesundheitsprobleme, die diesen Fortschritt relativieren.

Kulturell und diachron betrachtet ist unsere moderne Lebensweise auf einem Höchststand. Doch der Preis für den Wohlstand in den Konsumgesellschaften ist hoch, denn er erfolgt zu Lasten der Gesundheit. Ursache dafür ist, dass die biologische Anpassung an heutige Lebensumstände weder körperlich noch psychisch mit dem kulturellen Fortschritt mithalten konnte. Dadurch hat die Häufigkeit früher seltener Erkrankungen stark zugenommen und es entstanden neue, durch die moderne Lebensweise induzierte Krankheiten. charakterisiert als Zivilisationskrankheit, Wohlstandskrankheit, *Civilisation Disease* und *Life Style Disease* (Nesse & Williams 1995; Porter 1999; Pollard 2008; Kopp 2019).

Wissenschaftlich werden in der Evolutionsmedizin als Evolutionäre Medizin (EM) biologische Prozesse auf evolutionärer, genomischer und zellulärer Ebene unter Einbeziehung soziokultureller Wechselwirkungen (Sperling et al. 2021; Mukherjee & Vogel 2023) erforscht, um den Ursachen von Gesundheit und Krankheit auf den Grund zu gehen (Williams & Nesse 1991; Stearns & Koella 2008; Zampieri 2009; Nesse & Dawkins 2010; Brune & Schiefenhövel 2019). Die Anfänge der Evolutionären Medizin liegen im späten 19. Jahrhundert und sind zweifellos durch die Evolutionstheorie von Charles Darwin (1859) beeinflusst. Enorme Fortschritte in der Biotechnologie und den Lebenswissenschaften generell und in der Bioarchäologie im Besonderen haben in den letzten Jahrzehnten grundlegende neue Erkenntnisse und Hypothesen zur Evolution und Adaptation der Gattung *Homo* generiert. Großen Anteil an dieser Entwicklung hatten innovative Disziplinen wie Paläogenetik, Paläoökologie und Biochemische Anthropologie, die einen Zugang zum Genom, Mikrobiom und zu Stoffwechselprozessen unserer Vorfahren ermöglichten (Shackley 1981; Price 1989; Lambert 1993; Pate 1994; Adler et al. 2013; Pääbo 2014; Haak et al. 2015; Weyrich et al. 2017).

Analysen stabiler Isotope und genomische Daten generieren über essentielle Ergebnisse zur Ernährung und zum Mikrobiom hinaus zahlreiche paläopathologisch und -epidemiologisch wertvolle Ergebnisse, welche die biohistorischen Quellen zunehmend auch ins Blickfeld der Medizin rücken (Nicklisch et al. 2012; Gerbault et al. 2017; Münster et al. 2018; Spyrou et al. 2019; Alt et

al. 2022). Dies hat letztlich dazu geführt, Gesundheit heute als komplexe, vielschichtige Wechselwirkung zu verstehen, bei der Biologie, Umwelt und Verhalten als Netzwerk interagieren (Ganten & Niehaus 2014; Sperling et al. 2021).

Zivilisationskrankheiten sind die größte gesundheitliche Herausforderung der Gegenwart. Sie sind jedoch keine unmittelbare Folge des sozioökonomischen Fortschritts, d.h. keine Folge der Zivilisation im eigentlichen Sinn, sondern repräsentieren Reaktionen auf fehlende biologische Anpassungen an die westliche Lebensweise in der Gegenwart. Der Paläoanthropologe Daniel Lieberman (2014) bezeichnet die Zivilisationskrankheiten daher treffend als »*mismatch diseases*«: Menschen sind in Anatomie und Physiologie evolutiv an ein mobiles Wildbeutertum angepasst, der moderne Alltag konfrontiert uns jedoch mit Lebensweisen, an die wir biologisch weder physisch noch psychisch adaptiert sind (Stearns et al. 2008). Zudem hat sich die Wirkung der natürlichen Selektion in Folge unserer wachsenden Kontrolle über unsere Umwelt(en) stark abgeschwächt (Wuketits 2005). Im Zusammenhang mit dem Ursprung und den Konsequenzen der Zivilisationskrankheiten ist zu erwägen, wie die zivilisationsbedingte Etablierung moderner Lebensweisen mit dem Konsum hochprozessierter Nahrungsmittel und einer sich permanent ändernden Arbeitswelt und Wohnumgebung das Auftreten chronischer Zivilisationskrankheiten fördern und die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen. Es stellt sich also die Frage, welche Faktoren ausschlaggebend dafür sind, dass Menschen der Gegenwart *Lifestyle*-Krankheiten erleiden.

Prominente Killerfaktoren – Fehlernährung und Bewegungsmangel

Die aus den Zivilisationskrankheiten resultierenden Kosten und Folgen belasten in erheblichem Umfang Gesundheitssysteme und Wirtschaft (Merten 2015; Korzilius 2019). Die Mehrzahl dieser Erkrankungen wird primär durch zwei physiologisch wirksame Faktoren diktiert: Fehl-, Über und Mangelernährung sowie Bewegungsarmut (Booth et al. 2008; Raichlen et al. 2020). Die existenzielle Bedeutung beider Faktoren wird erst seit kurzem problematisiert. Physiologisch führt Nahrung dem Körper Energie und Nährstoffe zu und ist ein Schlüsselfaktor der Evolution. Unsere Vorfahren kannten weder »gute« noch »schlechte« Nahrungsmittel, orientierten sich an den Jahreszeiten und aßen was die Natur bereithielt (Ganten & Niehaus 2014). Organisiert in Wildbeutergesellschaften sicherte über den längsten Zeitraum der Menschheitsgeschichte das verfügbare Angebot an Pflanzen, Tieren und Wasser das Überleben (Hublin & Richards 2009). Die Gruppen waren außerordent-

lich mobil und Fertilitätskontrolle hielt Bevölkerungsdichte und -wachstum niedrig (Hayden 1972).

Zwei kulturelle Schlüsselereignisse der Vergangenheit veränderten nachhaltig und radikal die Lebens- und Ernährungsweise: zunächst der Übergang zu einer produzierenden bäuerlichen Wirtschaftsweise mit Sesshaftigkeit vor 12.000 Jahren und die Industrialisierung vor 250 Jahren. Diese Zäsuren repräsentieren Meilensteine, deren weitreichende gesundheitliche Folgen uns heute zu schaffen machen. Aus evolutionärer Sichtweise handelt es sich um relativ kurz zurückliegende Zeitspannen von 480 (Neolithikum) bzw. sogar nur zehn Generationen (Industrialisierung).

Ethnografischen Daten belegen, dass ca. 80% der konsumierten Nahrung vor der Neolithisierung aus Wurzeln, Knollen, Samen, Nüssen, Pilzen und Früchten bestand (Cohen 1989). Mit den früh domestizierten Getreiden Einkorn und Emmer und späteren Hochleistungssorten (Weizen, Gerste, Roggen, Hafer) wurden Kohlenhydrate zum Hauptbestandteil unserer Ernährung und Getreide als Nutzpflanze wichtigstes Nahrungsmittel (Thompson & Roth 2014). Die mit deren Konsum verbundenen Unverträglichkeiten haben jüngst stark zugenommen (Dieterich et al. 2019). Über Getreide hinaus gelten Milch (Liebert et al. 2017) und das Fleisch spezifischer Haustiere (eurasische Rinder) (de Villiers et al. 2019) als Risikofaktoren für die Gesundheit. Milch ist ein treffendes Beispiel für eine Gen-Kultur Co-Evolution. Von Natur aus war Milch für Erwachsene kein natürliches Nahrungsmittel. Kinder verloren nach dem Abstillen die Fähigkeit Milchzucker zu spalten. Dass Erwachsene heute teils Milchzucker verdauen können, geht zum einen auf eine genetische Mutation zurück, zum wesentlichen aber auf eine kulturelle Errungenschaft, die Züchtung milchgebender Nutztiere. Ohne die kulturelle Leistung der Domestikation wäre die Mutation, die Laktosetoleranz bewirkt, ohne Nutzen geblieben (Gerbault et al. 2017).

Ein weiterer Meilenstein ist das Industriezeitalter. Die Menschen in den Städten ausreichend mit Nahrung zu versorgen gelang schlussendlich nur durch die industrielle Herstellung hochprozessierter Lebensmittel, die lange haltbar waren. Daran hat sich bis heute kaum etwas geändert (Cordain 2007). Neue Techniken der Nahrungsverarbeitung und der Einsatz chemischer Zusatzstoffe und Konservierungsmittel bestimmen unsere Ernährung und Industriezucker wurde zum Gesundheitskiller schlechthin (Yang et al. 2014). In der oralen Medizin lassen sich Erkrankungen wie Zahnkaries, Parodontopathien und funktionelle Störungen im Gebiss den Zivilisationskrankheiten zurechnen (Alt et al. 2017). Mikrobiomstudien zeigen, wie die Einführung des

Industriezuckers das orale Keimspektrums in der Mundhöhle grundlegend veränderte (Adler et al. 2013; Kilian 2018). Nahrungszucker verschieben im Wirtsorganismus das physiologische Gleichgewicht, sodass Bakterien wie *Streptococcus mutans* ihr Potential entfalten können.

Gesundheit und Leistungsfähigkeit basieren auf Bewegung. Diese kräftigt Muskulatur und Knochen, liefert Energie, steigert die Fitness, optimiert das Körpergefühl und bietet Erwachsenen den effektivsten Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Osteoporose, Arthrose, Krebs, degenerativem Muskelschwund und Diabetes (Suchert 2017). Die physischen Anforderungen an den Körper sind im Vergleich zu denjenigen unserer Vorfahren enorm zurückgegangen. Der demografische Wandel ließ zudem den Anteil älterer Menschen stark anwachsen und damit die Prävalenz altersassoziierter Krankheiten. Muskel- und Skeletterkrankungen führen zu Mobilitätsverlusten die meist als Schicksal akzeptiert werden. Funktionelles Bewegungstraining stabilisiert und verbessert den körperlichen Zustand von Betroffenen im höheren Alter jedoch nachweislich (Dimai et al. 2012; Hadji et al. 2013). *Health Benefits* bei Integration von mehr Bewegung in den Alltag sind vielfältig und nachhaltig im Hinblick auf die Vermeidung kardiovaskulärer Erkrankungen (Lin et al. 2015; Wahid et al. 2016). *Walking* und *Running* reduzieren das Risiko von Zivilisationskrankheiten wie Bluthochdruck, Herzkrankheit, Schlaganfall, Arthritis, Typ 2 Diabetes, Depression, Krebs und Hypercholesterinämie. Dies unterstreicht die essentielle Bedeutung präventiver Maßnahmen für alle Lebensalter.

Prävention – Krankheitsursachen verhindern statt Symptome behandeln

Die Bevölkerung moderner westlicher Gesellschaften ist einerseits gesundheitsbewusst. Die Mehrzahl der Menschen praktiziert andererseits zunehmend Lebens- und Ernährungsweisen, die ein hohes, die Gesundheit gefährdendes Potential aufweisen und Zivilisationskrankheiten begünstigen. Prinzipiell wären letztere vermeidbar, was jedoch die Bereitschaft jedes Einzelnen voraussetzt, individuelle Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Allerdings sind längst nicht alle Menschen aus sich selbst heraus dazu bereit, Anpassungen und Einschnitte bei Ernährung, Lebensstil und Verhalten zu akzeptieren, um ihre Gesundheit zu verbessern. Bei Gesundheitsthemen dominieren Ratgeber aller Art, die von Printmedien über Gesundheitspor-

tale im Internet bis zu Sendungen in Rundfunk und Fernsehen reichen. Ein enormer Wirtschaftsfaktor ist die mediale Werbung im Kontext Gesundheit. Den Fokus bildet hier der Bereich der Nahrungsergänzungsmittel und unterschiedlichste Empfehlungen zur Wahl der richtigen Ernährungsform. Da viele dieser Maßnahmen die Gesundheit in der Bevölkerung nachweislich nicht fördern oder nachhaltig verbessern und z. T. sogar schaden, wäre hier die Gesundheitspolitik gefragt.

Nach Aussagen des Sachverständigenrats (SVR) Gesundheit und Pflege in Deutschland liegt der Anteil chronisch kranker Menschen in Deutschland bei 40 % (Deutscher Bundestag 2001). In den USA entfallen auf eine ähnlich hohe Zahl chronisch Erkrankter ca. 75 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Die bedarfsgerechte Versorgung chronisch kranker Menschen ist aus medizinischer und gesundheitsökonomischer Sicht die größte Herausforderung der Gesundheitssysteme in den Industrienationen. Der SVR sieht eine Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation durch das »Vorherrschen eines ätiologischen Krankheitsverständnisses, das sich primär an [...] Pathogenese und Therapie [...] akuter Krankheiten orientiert.« Ein mechanistisches Verständnis von »Heilung als Reparaturvorgang« ist nicht nur in Teilen der Ärzteschaft verbreitet, diese Sichtweise findet sich auch bei Patient*innen. Diese erwarten von einer ärztlichen Behandlung primär die Wiederherstellung ihrer vollen Leistungsfähigkeit, keine Apelle zur Verantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit. Die Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Primärprävention verlieren unter dem aktuell praktizierten Medizinparadigma an Glaubwürdigkeit und Effizienz, wenn es Mittel gegen fast Alles gibt und falls dies nicht ausreicht, »Reparatur«, Ersatz oder zumindest Therapieoptionen bereitstehen (Deutscher Bundestag 2001: 215).

Die Gesundheitspolitik westlicher Industrienationen hat sich in den letzten Jahren der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Bekämpfung sozialer Ungleichheit durch Primärprävention verschrieben; diese findet allerdings weitgehend außerhalb der Medizin statt. Programme und Kampagnen versuchen ihren Zielgruppen überzeugende Anreize und Einsichten darüber zu vermitteln, warum es sich lohnt, gesund zu leben. Allerdings werden aktuell diese Zielgruppen oft zu spät und nicht wirksam genug erreicht und Therapieangebote staatlicher Gesundheitsfürsorge starten häufig erst, wenn z. B. Übergewicht und Adipositas bereits eingetreten sind. Wünschenswert wären Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien, die unabhängig vom Alter eingesetzt werden. Allerdings wird die Hinwendung zur Primärprävention bis heute nicht angemessen über den ärztlichen Leistungskatalog honoriert.

Krankheiten sind eng mit unserer evolutiven Entwicklung verknüpft und Spiegelbild unserer Anpassung an verschiedene Umwelten (Nesse & Williams 1995). Krankheiten sollten deshalb prinzipiell in zweifacher Hinsicht betrachtet werden: einerseits dahingehend »Wie« sie entstehen (proximate Ursachen) und andererseits »Warum« sie entstanden sind (ultimate Ursachen). Die Medizin fokussiert primär auf die proximativen Ursachen von Krankheiten, etwa wie diese sich mechanistisch durch eine Kombination biochemischer, physiologischer und immunologischer Reaktionen entwickeln (Antolin et al. 2012). Krankheit lässt sich auf diese Weise pathogenetisch als Fehlfunktion, Funktionsstörung, anatomischer Defekt oder als Infektion wahrnehmen und interpretieren. Der ultimate Ansatz dagegen stellt die Frage, warum wir überhaupt krank werden und nimmt zur Erklärung einen anderen Weg. Betrachtet wird hier die Humanevolution unter dem Aspekt der gemeinsamen Herkunft aller Organismen, unter sich ändernden Bedingungen der Umwelt über die Zeit und unter dem Einfluss der natürlichen (genomischen) und kulturellen Evolution (Nesse & Stearns 2008). In der Konsequenz bräuchte es in der Medizin eine Ausbildung zu den Rahmenbedingungen, auf deren Grundlage sich Gesundheit und Krankheit besser verstehen und adäquat behandeln lassen, aber bisher gehören weder die Beschäftigung mit der Biologie von Erkrankungen noch das Wissen über deren evolutive Verankerung: »*Evolution: Medicine's most basic science*« (Nesse & Dawkins 2010) zu den Standardthemen in der Ausbildung (Alt 2022). Daraus ergeben sich aus Sicht der Anthropologie und Evolutiven Medizin folgende Key Messages.

Bis heute ist es nicht gelungen, unsere biologische »Natur« an die neuen, kulturell überprägten Gegebenheiten der Gegenwart zu adaptieren. Die auf prähistorische Zeiten programmierte Resilienz in unserem Verhalten, die adäquate Reaktionen auf diverse Stresssituationen lieferte, versagt unter den kulturellen Voraussetzungen der Gegenwart. Die physischen Anforderungen an den Körper sind im Vergleich zu denjenigen unserer Vorfahren enorm zurückgegangen. Unser Verhalten, vor allem unsere Ernährungsweise, ist an die neuen Bedürfnisse aber nicht angepasst (Cordain 2007; Lieberman 2014). Früher musste Nahrung unter hohem physischem Aufwand täglich mühsam beschafft werden, heute ist sie im Überfluss vorhanden. Das Konsumverhalten orientiert sich unbewusst immer noch am Bedarf der Vorfahren, mit entsprechenden Folgen: Bereits die Ernährungsumstellung im Neolithikum setzte den Startschuss für die Ausbildung von Zivilisationskrankheiten (Eaton & Iannotti 2017; Alt 2020).

Das Wissen darüber, *wie* Krankheiten pathogenetisch entstehen, ergänzt zwei Schlüsselkompetenzen in die Medizin: Diagnostik und Therapie. Diese Fokussierung entspricht dem Selbstverständnis der Disziplin und charakterisiert ihre Herangehensweise. Um zu verstehen *Warum* wir krank werden, sollte man jedoch den Blick weit zurück in die Vergangenheit richten, mitunter weit über die Humanevolution hinaus. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik findet in der aktuellen Medizin wenig Raum. Aus Sicht der Evolutionären Medizin ist es zwingend notwendig, die biologische Herkunft des Menschen und seine soziokulturelle Evolution im Blickfeld zu haben. Dazu gilt es transdisziplinär generierte Erkenntnisse zu integrieren, die in der Physischen Anthropologie, der Bioarchäologie, der Paläogenetik oder den Lebenswissenschaften erforscht wurden. Valide Daten und Fakten über unsere Vergangenheit erleichtern Gesundheit und Krankheit der Menschen in der Gegenwart zu verstehen, nachvollziehbar und transparent zu machen.

Als Teil der Natur hat der Mensch das gesamte Erbe der Evolution in seinem Genom gespeichert (Ganten et al. 2009). Diese Sichtweise über die Entstehung des Lebens, ebenso wie das Verständnis über die Evolution von Viren und Bakterien, ohne deren Co-Existenz wir nicht leben könnten, bereichert und erweitert Optionen in der Therapie von Krankheiten. Diese wichtigen Erkenntnisse setzen sich in der Medizin nur langsam durch und die naturwissenschaftlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung der Medizin (Physik, Chemie, Biologie) stehen kaum im Fokus der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte. Die Beschäftigung mit den ultimativen evolutionären Zusammenhängen von Krankheiten ist ein Desiderat in der modernen Medizin. Dessen Überwindung verlangt die Bereitschaft sich eingehend mit der humanen Vergangenheit auseinanderzusetzen.

Dieses Dilemma zu beseitigen kann nur gelingen, wenn bereits das medizinische Curriculum die angemessene Auseinandersetzung mit den Ursachen von Erkrankungen einfordert. Für alle Auszubildenden in den Medizinberufen sollten die Prinzipien der Evolutionären Medizin zum Grundlagenwissen gehören (Wjst 2013; Grunspan et al. 2017). Ein weiteres Problem stellt die Vernachlässigung des Potentials dar, das Transdisziplinarität in der Beschäftigung mit den Ursachen von Krankheiten offeriert. Erst wenn die Mismatch-Situation zwischen der realen Lebensweise in der Gegenwart und der körperlichen und psychischen Verankerung der Menschen in unserer Entwicklungsgeschichte allen Beteiligten im Gesundheitssektor bewusst geworden ist, scheinen Erfolge in der Primärprävention vorstellbar. Momentan verhindern unzureichendes Wissen, das Fehlen schlagkräftiger und überzeu-

gender Argumente u.a. m., dass die Zielgruppen inner- und außerhalb des Gesundheitssektors adäquat erreicht werden. Ein Paradigmenwechsel auf diesem Weg kann nur von der Medizin selbst ausgehen.

In der Gesundheitsfürsorge und im Gesundheitsmanagement müssen Konzepte etabliert und Strukturen geschaffen werden, die Menschen nachhaltig dazu befähigen, Verhaltensspielräume für ihre Gesundheit lebenslang zu nutzen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich die gesundheitliche Situation der Gesamtbevölkerung mit jeder Generation weiter verschlechtert. Die Bedeutung einer gesunden Ernährung sollte theoretisch und praktisch auf allen Ebenen in die schulische Ausbildung integriert werden. Tägliche Bewegung ist die optimale Investition in eine lebenslange Gesundheit. Umfassendes Monitoring zeigt auf, welche tiefgreifenden Veränderungen sich unter dem Einfluss von Bewegung, Belastung und Ernährung im Körper einstellen. Plädoyers gegen den Bewegungsmangel müssen herausstellen, dass es die Zweibeinigkeit und Mobilität sind, die den Menschen zu einem Global Player gemacht hat. Tägliche Bewegung ist die optimale Investition in eine lebenslange Gesundheit, muss allerdings bereits ab der Kindheit gepflegt werden (Schweizer 2019).

Die Umsetzung von Veränderungen im Sinne eines Paradimenwechsels müsste weit über die Medizin hinausreichen, im Schulalter beginnen, die ganze Gesellschaft umfassen und im Idealfall lebenslang andauern. Ein verbindliches Schulfach »Ernährung, Bewegung und Gesundheit« böte hier eine ausgezeichnete Grundlage. Die Gesundheitsförderung muss breit ansetzen, alle Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Senior*innen) und Lebenskontexte (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Sportvereine, Freizeiteinrichtungen) berücksichtigen und auf adäquate Kommunikationstechniken setzen. Viele gesundheitsfördernde Erkenntnisse können zukünftig Anwendung im Bereich prädiktiver Gesundheitsinformationssysteme wie *electronic health (eHealth)* und *mobile health (mHealth)* finden.

Das Wissen und das biologische Verständnis über unsere Herkunft und Entwicklung schließt Gesundheit und Krankheit unmittelbar ein. Es erlaubt uns mittels der Evolutionären Medizin, deren Wirken in den Naturwissenschaften wurzelt, die biologischen Vorgänge im Körper immer besser zu verstehen. Die Medizin selbst verfügt heute über Kenntnisse und Techniken, Patient*innen unter Einbeziehung individueller Gegebenheiten personalisiert zu behandeln. Erkenntnisse aus der Evolutionären Medizin sind der Schlüssel hierfür, wenn nicht eine Verpflichtung, sollten wir trotz gesunder Lebensweise einmal krank werden. Ohne unsere sehr spezielle Evolutionsgeschichte, die

sukzessive den Weg aus der Natur zu einer immer stärker kulturell geprägten Evolution geebnet hat, würde unser Leben wohl noch immer ähnlich wie das unserer nächsten Verwandten, der Schimpansen, verlaufen.

Literatur

- Adler, C.J., Dobney, K., Weyrich, L.S., Kaidonis, J., Walker, A.W., Haak, W., Bradshaw, C.J.A., Townsend, G., Sołtysiak, A., Alt, K.W., Parkhill, J. & Cooper, A. (2013). Sequencing ancient calcified dental plaque shows changes in oral microbiota with dietary shifts of the Neolithic and Industrial revolutions. *Nature Genetics*, 45(4), S. 450–455.
- Agarwal, S.C. & Glencross, B.A. (Hg.) (2011). *Social Bioarchaeology*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Alt, K.W. (2020). Ursprung und Entwicklung der Zivilisationskrankheiten. In: Danube Private University (Hg.), *Ein neues Ganzes. Alles ist mit allem vernetzt*. DPU Jahrbuch 2020 (S. 1–18). Berlin: Quintessenz.
- Alt, K.W. (2022). Evolutionary Oral Medicine (EOM). Gasteditorial. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift*, 77(6), S. 337–340.
- Alt, K.W., Al-Ahmad, A. & Woelber, J.P. (2022). Nutrition and Health in Human Evolution-Past to Present. *Nutrients*, 14(17).
- Alt, K.W., Kullmer, O. & Türp, J.C. (2017). Okklusion – Kultur versus Natur. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 107(10), S. 58–64.
- Antolin, M.F., Jenkins, K.P., Bergstrom, C.T., Crespi, B.J., De, S., Hancock, A., Hanley, K.A., Meagher, T.R., Moreno-Estrada, A., Nesse, R.M., Omenn, G.S. & Stearns, S.C. (2012). Evolution and medicine in undergraduate education: a prescription for all biology students. *Evolution*, 66(6), S. 1991–2006.
- Aspöck, H. & Walochnik, J. (2007). Die Parasiten des Menschen aus der Sicht der Koevolution. *Denisia*, 20, S. 179–254.
- Aufderheide, P., Rodríguez-Maffiote Martín, C. & Langsjoen, O. (1998). *The Cambridge Encyclopedia of Human Paleopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barbieri, M., Wilmoth, J.R., Shkolnikov, V.M., Gleij, D., Jasilionis, D., Jdanov, D., Boe, C., Riffe, T., Grigoriev, P. & Winant, C. (2015). Data Resource Profile: The Human Mortality Database (HMD). *Int J Epidemiol*, 44(5), S. 1549–1556.

- Barnosky, A.D., Koch, P.L., Feranec, R.S., Wing, S.L. & Shabel, A.B. (2004). Assessing the Causes of Late Pleistocene Extinctions on the Continents. *Science*, 306(5693), S. 70–75.
- Ben-Dor, M., Sirtoli, R. & Barkai, R. (2021). The evolution of the human trophic level during the Pleistocene. *Yearbook of Physical Anthropology*, 175(S72), S. 27–56.
- Benz, M. (2000). *Die Neolithisierung im Vorderen Orient: Theorien, archäologische Daten und ein ethnologisches Modell*. Berlin: Ex oriente.
- Bird-David, N.H. (1988). Hunters-gatherers and other people: A re-examination. In: T. Ingold, D. Riches & J. Woodburn (Hg.), *Hunters and gatherer. Volume 1: History, evolution and social change* (S. 17–30). Oxford: Berg Publishers.
- Black, F.L. (1975). Infectious diseases in primitive societies. *Science*, 187(4176), S. 515–518.
- Bocquet-Appel, J.-P. & Bar-Yosef, O. (2008). *The Neolithic Demographic Transition and its Consequences*. New York: Springer.
- Boivin, N.L., Zeder, M.A., Fuller, D.Q., Crowther, A., Larson, G., Erlandson, J.M., Denham, T. & Petraglia, M.D. (2016). Ecological consequences of human niche construction: Examining long-term anthropogenic shaping of global species distributions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(23), S. 6388–6396.
- Booth, F.W., Laye, M.J., Lees, S.J., Rector, R.S. & Thyfault, J.P. (2008). Reduced physical activity and risk of chronic disease: the biology behind the consequences. *European Journal of Applied Physiology*, 102(4), S. 381–390.
- Brune, M. & Schiefenhövel, W. (Hg.) (2019). *Oxford Handbook for Evolutionary Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Buikstra, J.E. (Hg.) (2019). *Ortner's identification of pathological conditions in human skeletal remains*. London: Academic Press.
- Cheverko, C.M., Prince-Buitenhuis, J.R. & Hubbe, M. (2021). Theory in bioarchaeology. An introduction. In: C.M. Cheverko, J.R. Prince-Buitenhuis & M. Hubbe (Hg.), *Theoretical Approaches in Bioarchaeology* (S. 1–14). Abingdon: Routledge.
- Cohen, M.N. (1989). *Health and the Rise of Civilization*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Cordain, L. (2007). Implications of Plio-Pleistocene hominin diets for modern humans. In: P. Ungar (Hg.), *Evolution of the Human Diet: The Known, the Unknown, and the Unknowable* (S. 363–383). New York: Oxford University Press.

- Cordain, L., Miller, J.B., Eaton, S.B., Mann, N., Holt, S.H. & Speth, J.D. (2000). Plant-animal subsistence ratios and macronutrient energy estimations in worldwide hunter-gatherer diets. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(3), S. 682–692.
- Cox, M. & Mays, S. (2002). *Human osteology in archaeology and forensic science*. Cambridge: University Press.
- Darwin, C. (1859). *The Origin of Species by Means of Natural Selection*. London: Murray.
- Dawkins, R. (2006). *The God Delusion*. London: Bantam Press.
- de Villiers, E.M., Gunst, K., Chakraborty, D., Ernst, C., Bund, T. & Zur Hausen, H. (2019). A specific class of infectious agents isolated from bovine serum and dairy products and peritumoral colon cancer tissue. *Emerging Microbes & Infections*, 8(1), S. 1205–1218.
- Deutscher Bundestag (Hg.) (2001). *Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Kongertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Drucksache 14/6871. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Dieterich, W., Schuppan, D., Schink, M., Schwappacher, R., Wirtz, S., Agaimy, A., Neurath, M.F. & Zopf, Y. (2019). Influence of low FODMAP and gluten-free diets on disease activity and intestinal microbiota in patients with non-celiac gluten sensitivity. *Clinical Nutrition*, 38(2), S. 697–707.
- Dimai, H.P., Redlich, K., Peretz, M., Borgström, F., Siebert, U. & Mahlich, J. (2012). Economic burden of osteoporotic fractures in Austria. *Health Economics Review*, 2(1), S. 12.
- Eaton, J.C. & Iannotti, L.L. (2017). Genome–nutrition divergence: evolving understanding of the malnutrition spectrum. *Nutrition Reviews*, 75(11), S. 934–950.
- Erickson, P.I. (2008). *Ethnomedicine*. Long Grove, Ill: Waveland Press.
- Eshed, V., Gopher, A., Pinhasi, R. & Hershkovitz, I. (2010). Paleopathology and the origin of agriculture in the Levant. *American Journal of Physical Anthropology*, 143(1), S. 121–133.
- Esoh, K. & Wonkam, A. (2021). Evolutionary history of sickle-cell mutation: implications for global genetic medicine. *Human Molecular Genetics*, 30(R1), S. R119–R128.
- Foster, G.M. & Anderson, B.G. (1978). *Medical Anthropology*. Chichester: Wiley.
- Fox, R.G. (1969). Professional primitives: Hunters and gatherers of nuclear south Asia. *Man in India*, 49(2), S. 139–160.

- Froment, A. (2001). Evolutionary biology and health of hunter-gatherer populations. In: C. Panter-Brick, R.H. Layton & P. Rowley-Conwy (Hg.), *Hunter-gatherers : an interdisciplinary perspective* (S. 239–266). Cambridge: University Press.
- Fuentes, A. (2004). It's Not All Sex and Violence: Integrated Anthropology and the Role of Cooperation and Social Complexity in Human Evolution. *American Anthropologist*, 106(4), S. 710–718.
- Gamble, C. (2014). *Settling the Earth. The archaeology of deep human history*. New York: Cambridge University Press.
- Gamble, C., Gowlett, J. & Dunbar, R. (2016). *Evolution, Denken, Kultur. Das soziale Gehirn und die Entstehung des Menschlichen*. Berlin: Springer.
- Ganten, D. & Niehaus, J. (2014). *Die Gesundheitsformel Die großen Zivilisationskrankheiten verstehen und verhindern*. München: Knaus.
- Ganten, D., Spahl, T. & Deichmann, T. (2009). *Die Steinzeit steckt uns in den Knochen. Gesundheit als Erbe der Evolution*. München: Piper.
- Gerbault, P., Walker, C., Yonova-Doing, E., Brown, K. & Thomas, M.G. (2017). The Evolution of Lactose Tolerance in Dairying Populations. In: J. Lee-Thorp & M.A. Katzenberg (Hg.), *The Oxford Handbook of the Archaeology of Diet* (S. o. A.). Oxford: Oxford University Press.
- Gowlett, J.A.J. (2016). The discovery of fire by humans: a long and convoluted process. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1696), S. 20150164.
- Grunspan, D.Z., Nesse, R.M., Barnes, M.E. & Brownell, S.E. (2017). Core principles of evolutionary medicine: A Delphi study. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2018(1), S. 13–23.
- Grupe, G., Christiansen, K., Schröder, I. & Wittwer-Backofen, U. (2012). *Anthropologie. Ein einführendes Lehrbuch*. Heidelberg: Springer.
- Haak, W., Lazaridis, I., Patterson, N., Rohland, N., Mallick, S., Llamas, B., Brandt, G., Nordenfelt, S., Harney, E., Stewardson, K., Fu, Q., Mittnik, A., Bánffy, E., Economou, C., Francken, M., Friederich, S., Pena, R.G., Hallgren, F., Khartanovich, V., Khokhlov, A., Kunst, M., Kuznetsov, P., Meller, H., Mochalov, O., Moiseyev, V., Nicklisch, N., Pichler, S.L., Risch, R., Rojo Guerra, M.A., Roth, C., Szécsényi-Nagy, A., Wahl, J., Meyer, M., Krause, J., Brown, D., Anthony, D., Cooper, A., Alt, K.W. & Reich, D. (2015). Massive migration from the steppe was a source for Indo-European languages in Europe. *Nature*, 522(7555), S. 207–211.

- Haas, R., Watson, J., Buonasera, T., Southon, J., Chen, J.C., Noe, S., Smith, K., Viviano Llave, C., Eerckens, J. & Parker, G. (2020). Female hunters of the early Americas. *Science Advances*, 6(45), S. eabd0310.
- Hadji, P., Klein, S., Gothe, H., Häussler, B., Kless, T., Schmidt, T., Steinle, T., Verheyen, F. & Linder, R. (2013). The epidemiology of osteoporosis–Bone Evaluation Study (BEST): an analysis of routine health insurance data. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(4), S. 52–57.
- Haidle, M.N., Bolus, M., Collard, M., Conard, N., Garofoli, D., Lombard, M., Nowell, A., Tennie, C. & Whiten, A. (2015). The Nature of Culture: an eight-grade model for the evolution and expansion of cultural capacities in hominins and other animals. *Journal of Anthropological Sciences*, 93, S. 43–70.
- Harvati, K., Röding, C., Bosman, A.M., Karakostis, F.A., Grün, R., Stringer, C., Karkanas, P., Thompson, N.C., Koutoulidis, V., Mouloupoulos, L.A., Gorgoulis, V.G. & Kouloukoussa, M. (2019). Apidima Cave fossils provide earliest evidence of *Homo sapiens* in Eurasia. *Nature*, 571(7766), S. 500–504.
- Hawks, J., Wang, E.T., Cochran, G.M., Harpending, H.C. & Moyzis, R.K. (2007). Recent acceleration of human adaptive evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(52), S. 20753–20758.
- Hayden, B. (1972). Population Control among Hunter/Gatherers. *World Archaeology*, 4(2), S. 205–221.
- Houldcroft, C.J. & Underdown, S. (2023). Infectious disease in the Pleistocene: Old friends or old foes? *American Journal of Biological Anthropology*, 182(4), S. 513–531.
- Hublin, J.-J., Ben-Ncer, A., Bailey, S.E., Freidline, S.E., Neubauer, S., Skinner, M.M., Bergmann, I., Le Cabec, A., Benazzi, S., Harvati, K. & Gunz, P. (2017). New fossils from Jebel Irhoud, Morocco and the pan-African origin of *Homo sapiens*. *Nature*, 546(7657), S. 289–292.
- Hublin, J.-J. & Richards, M.P. (Hg.) (2009). *The Evolution of hominin diets. Integrating approaches to the study of paleolithic subsistence*. Dordrecht: Springer.
- Kilian, M. (2018). The oral microbiome – friend or foe? *European Journal of Oral Sciences*, 126 Suppl 1, S. 5–12.
- Knussmann, R. & Martin, R. (Hg.) (1988). *Anthropologie. Handbuch der vergleichenden Biologie des Menschen. 1: Wesen und Methoden der Anthropologie*. Stuttgart: Fischer.
- Kopp, W. (2019). How Western Diet And Lifestyle Drive The Pandemic Of Obesity And Civilization Diseases. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity*, 12, S. 2221–2236.

- Korzilius, H. (2019). Deutsches Gesundheitssystem: Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(49), S. A-2283-2284.
- Lambert, J.B. (1993). *Prehistoric human bone: archaeology at the molecular level*. Berlin: Springer.
- Larsen, C.S. (2015). *Bioarchaeology. Interpreting behavior from the human skeleton*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lieberman, D.E. (2014). *The Story of the Human Body. Evolution, health, and disease*. New York: Vintage Books.
- Liebert, A., López, S., Jones, B.L., Montalva, N., Gerbault, P., Lau, W., Thomas, M.G., Bradman, N., Maniatis, N. & Swallow, D.M. (2017). World-wide distributions of lactase persistence alleles and the complex effects of recombination and selection. *Human Genetics*, 136(11-12), S. 1445-1453.
- Lin, X., Zhang, X., Guo, J., Roberts, C.K., McKenzie, S., Wu, W.C., Liu, S. & Song, Y. (2015). Effects of Exercise Training on Cardiorespiratory Fitness and Biomarkers of Cardiometabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Heart Association*, 4(7), S. e002014.
- Mann, N. (2007). Meat in the human diet: An anthropological perspective. *Nutrition & Dietetics*, 64(s4), S. S102-S107.
- Marciniak, S., Bergey, C.M., Silva, A.M., Haluszko, A., Furmanek, M., Veselka, B., Velemínský, P., Vercellotti, G., Wahl, J., Zariņa, G., Longhi, C., Kolář, J., Garrido-Pena, R., Flores-Fernández, R., Herrero-Corral, A.M., Simalcsik, A., Müller, W., Sheridan, A., Miliauskienė, Ž., Jankauskas, R., Moiseyev, V., Köhler, K., Király, Á., Gamarra, B., Cheronet, O., Szeverényi, V., Kiss, V., Szeniczey, T., Kiss, K., Zoffmann, Z.K., Koós, J., Hellebrandt, M., Maier, R.M., Domboróczki, L., Virag, C., Novak, M., Reich, D., Hajdu, T., von Cramon-Taubadel, N., Pinhasi, R. & Perry, G.H. (2022). An integrative skeletal and paleogenomic analysis of stature variation suggests relatively reduced health for early European farmers. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 119(15), S. e2106743119.
- Meller, H. & Alt, K.W. (Hg.) (2010). *Anthropologie, Isotopie und DNA*. Halle: Landesmuseum für Vorgeschichte.
- Merten, H. (2015). *Das deutsche Gesundheitssystem – unheilbar krank? Wie das Gesundheitssystem funktioniert und wie es erneuert werden muss*. Norderstedt: Books on Demand.
- Mitchell, P. (2003). The Archaeological Study of Epidemic and Infectious Disease. *World Archaeology*, 35(2), S. 171-179.
- Muehlenbein, M.P. (2015). *Basics in Human Evolution*. London: Elsevier.

- Mukherjee, S. & Vogel, S. (2023). *Das Lied der Zelle: Wie die Biologie die Medizin revolutioniert – Medizinischer Fortschritt und der Neue Mensch*. Berlin: Ullstein.
- Münster, A., Knipper, C., Oelze, V.M., Nicklisch, N., Stecher, M., Schlenker, B., Ganslmeier, R., Fragata, M., Friederich, S., Dresely, V., Hubensack, V., Brandt, G., Döhle, H.-J., Vach, W., Schwarz, R., Metzner-Nebelsick, C., Meller, H. & Alt, K.W. (2018). 4000 years of human dietary evolution in central Germany, from the first farmers to the first elites. *PLOS ONE*, 13(3), S. e0194862.
- Nesse, R.M. & Dawkins, R. (2010). Evolution medicine's most basic science. 5. In: D.A. Warrell, T.M. Cox, J.D. Firth & E.J.J. Benz (Hg.), *Oxford Textbook of Medicine* (S. 12–15). Oxford: Oxford University Press.
- Nesse, R.M. & Stearns, S.C. (2008). The great opportunity: Evolutionary applications to medicine and public health. *Evolutionary Applications*, 1(1), S. 28–48.
- Nesse, R.M. & Williams, G.C. (1995). *Why We Get Sick: The New Science of Evolutionary Medicine*. New York: Vintage Books.
- Nicklisch, N. (2017). Spurensuche am Skelett. Paläodemografische und epidemiologische Untersuchungen an neolithischen und frühbronzezeitlichen Bestattungen aus dem Mittel-Elbe-Saale-Gebiet im Kontext populationsdynamischer Prozesse. Halle: Landesmuseum für Vorgeschichte.
- Nicklisch, N., Maixner, F., Ganslmeier, R., Friederich, S., Dresely, V., Meller, H., Zink, A. & Alt, K.W. (2012). Rib lesions in skeletons from early neolithic sites in Central Germany: on the trail of tuberculosis at the onset of agriculture. *American Journal of Physical Anthropology*, 149(3), S. 391–404.
- Orlando, L., Allaby, R., Skoglund, P., Der Sarkissian, C., Stockhammer, P.W., Ávila-Arcos, M.C., Fu, Q., Krause, J., Willerslev, E., Stone, A.C. & Warinner, C. (2021). Ancient DNA analysis. *Nature Reviews Methods Primers*, 1(1), S. 14.
- Pääbo, S. (2014). *Neanderthal Man. In search of lost genomes*. New York: Basic Books.
- Pate, F.D. (1994). Bone Chemistry and Paleodiet. *Journal of Archaeological Method and Theory*, 1(2), S. 161–209.
- Pearce-Duvel, J.M. (2006). The origin of human pathogens: evaluating the role of agriculture and domestic animals in the evolution of human disease. *Biological Reviews*, 81(3), S. 369–382.
- Pichler, S.L. (2017a). Ein revolutionärer Wandel: langfristige Auswirkungen der neolithischen Lebensweise auf den Menschen. In: B. Röder, S. Bolliger

- Schreyer & S. Schreyer (Hg.), Archäologie in der Schweiz. Lebensweisen in der Steinzeit (S. 113–116). Baden: Hier und jetzt.
- Pichler, S.L. (2017b). Mit Sack und Pack, mit Kind und Kegel: Wildbeutergesellschaften früher und heute. In: B. Röder, S. Bolliger Schreyer & S. Schreyer (Hg.), Archäologie in der Schweiz. Lebensweisen in der Steinzeit (S. 61–64). Baden: Hier und jetzt.
- Pinhasi, R. & Stock, J.T. (2011). Human bioarchaeology of the transition to agriculture. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Pollard, A.M., Armitage, R.A. & Makarewicz, C.A. (Hg.) (2023). Handbook of Archaeological Sciences. Hoboken NJ: Wiley.
- Pollard, T.M. (2008). Western Diseases : an evolutionary perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Porter, D. (1999). Health, civilization and the state: A history of public health from ancient to modern times. London: Routledge.
- Price, T.D. (1989). The chemistry of prehistoric human bone. Cambridge: Cambridge University Press.
- Raichlen, D.A., Pontzer, H., Zderic, T.W., Harris, J.A., Mabulla, A.Z.P., Hamilton, M.T. & Wood, B.M. (2020). Sitting, squatting, and the evolutionary biology of human inactivity. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America* 117(13), S. 7115–7121.
- Reckwitz, A. (2019). Das Ende der Illusionen. Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne. Berlin: Suhrkamp.
- Reinhard, W. (2006). Lebensformen Europas. Eine historische Kulturanthropologie. München: Beck.
- Roberts, C.A. & Manchester, K. (2013). The Archaeology of Disease. Ithaca: Cornell University Press.
- Roser, M. & Ritchie, H. (2023) How has world population growth changed over time? Our World in Data. Verfügbar unter: <https://ourworldindata.org/population-growth-over-time> [05.10.2023].
- Ruff, C.B., Holt, B., Niskanen, M., Sladek, V., Berner, M., Garofalo, E., Garvin, H.M., Hora, M., Junno, J.-A., Schuplerova, E., Vilkkama, R. & Whittey, E. (2015). Gradual decline in mobility with the adoption of food production in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(23), S. 7147–7152.
- Sayers, K. & Lovejoy, C.O. (2014). Blood, bulbs, and bunodonts: on evolutionary ecology and the diets of *Ardipithecus*, *Australopithecus*, and early *Homo*. *The Quarterly Review of Biology*, 89(4), S. 319–357.

- Schweizer, G. (2019). *Bewegung! Plädoyer für eine gesunde Gesellschaft*. Salzburg: Ecowin.
- Shackley, M.L. (1981). *Environmental Archaeology*. London: Unwin Hyman.
- Sperling, K., Marek, R.M., Rühli, F., Bender, N., Flahault, A. & Ganten, D. (2021). Ein holistisches Gesundheitskonzept: Die Evolutionäre Medizin. In: P. Van der Eijk, D. Ganten & M.R. N. (Hg.), *Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur* (S. 236–259). Berlin: Walter de Gruyter.
- Spyrou, M.A., Bos, K.I., Herbig, A. & Krause, J. (2019). Ancient pathogen genomics as an emerging tool for infectious disease research. *Nature Reviews Genetics*, 20(6), S. 323–340.
- Stearns, S.C. & Koella, J.C. (2008). *Evolution in health and disease*. Oxford: Oxford University Press.
- Stearns, S.C., Nesse, R.M. & Haig, D. (2008). Introducing evolutionary thinking for medicine. In: S.C. Stearns & J.C. Koella (Hg.), *Evolution in health and disease* (S. 3–15). Oxford: Oxford University Press.
- Suchert, V. (2017). *Sitzen ist für'n Arsch. Warum die sitzende Lebensweise unsere Gesundheit gefährdet und was wir dagegen tun können*. München: Heyne.
- Thompson, P. & Roth, M. (2014). *Der Keim unserer Zivilisation Vom ersten Ackerbau bis zur Gentechnik*. Darmstadt: Primus.
- Tomasello, M. (2000). Culture and Cognitive Development. *Current Directions in Psychological Science*, 9(2), S. 37–40.
- Ungar, P. (2017). *Evolution's Bite. A Story of Teeth, Diet, and Human Origins*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Vogel, C. (1989). Die Hominisation, ein singulärer Sprung aus dem Kontinuum der Evolution? *Nova Acta Leopoldina NF*, 62, 141–154. In: J.-H. Scharf (Hg.), *Singularitäten, Nova Acta Leopoldina, Abhandlungen der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina* (S. 141–154). Leipzig: Wiss. Verl.-Gesellschaft.
- Wahid, A., Manek, N., Nichols, M., Kelly, P., Foster, C., Webster, P., Kaur, A., Friedemann Smith, C., Wilkins, E., Rayner, M., Roberts, N. & Scarborough, P. (2016). Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association*, 5(9), S. e002495.
- Walker, A.R. (2001). Are health and ill-health lessons from hunter-gatherers currently relevant? *American Journal of Clinical Nutrition*, 73(2), S. 353–356.

- Waring, T.M. & Wood, Z.T. (2021). Long-term gene–culture coevolution and the human evolutionary transition. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 288(1952), S. 20210538.
- Weber, J., Wahl, J. & Zink, A. (Hg.) (2022). *Osteologische Paläopathologie. Ein Handbuch für Anthropologen, Mediziner und Archäologen*. Berlin: Lehmanns.
- Weiner, S. (2010). *Microarchaeology. Beyond the Visible Archaeological Record*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weyrich, L.S., Duchene, S., Soubrier, J., Arriola, L., Llamas, B., Breen, J., Morris, A.G., Alt, K.W., Caramelli, D., Dresely, V., Farrell, M., Farrer, A.G., Francken, M., Gully, N., Haak, W., Hardy, K., Harvati, K., Held, P., Holmes, E.C., Kaidonis, J., Lalueza-Fox, C., de la Rasilla, M., Rosas, A., Semal, P., Soltysiak, A., Townsend, G., Usai, D., Wahl, J., Huson, D.H., Dobney, K. & Cooper, A. (2017). Neanderthal behaviour, diet, and disease inferred from ancient DNA in dental calculus. *Nature*, 544(7650), S. 357–361.
- Wiley, A.S. & Allen, J.S. (2021). *Medical Anthropology. A biocultural approach*, 4th edition ed. New York: Oxford University Press.
- Willett, W.C., Koplan, J.P., Nugent, R., Dusenbury, C., Puska, P. & Gaziano, T.A. (2006). Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle Changes. In: D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, A. Mills & P. Musgrove (Hg.), *Disease Control Priorities in Developing Countries* (S. 833–850). Washington (DC): The World Bank.
- Williams, G.C. & Nesse, R.M. (1991). The dawn of Darwinian medicine. *The Quarterly Review of Biology*, 66(1), S. 1–22.
- Wjst, M. (2013). Evolutionäre Medizin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138(51/52), S. 2663–2665.
- Wuketits, F.M. (2005). *Darwin und der Darwinismus*. München: Beck.
- Yang, Q., Zhang, Z., Gregg, E.W., Flanders, W.D., Merritt, R. & Hu, F.B. (2014). Added sugar intake and cardiovascular diseases mortality among US adults. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), S. 516–524.
- Zampieri, F. (2009). Origins and history of Darwinian medicine. *Humana. Mente*, 9, S. 13–38.

Gesundheit und Gesundsein im Alten Ägypten

Annäherung an einen fragilen Zustand

Susanne Radestock

Einleitung¹

»[...] Es werden ihre (der Rizinuspflanze) Wurzeln in Wasser zerstoßen; werde an den Kopf gegeben, der krank ist; dann wird er schnell gesund wie einer, der nicht krank ist [...].«
(Westendorf 1999: 549)²

Das hier gewählte Eingangszitat aus dem in der Universitätsbibliothek Albertina zu Leipzig verwahrten medizinischen Papyrus Ebers³ benennt ein festes Ziel der Medizin: Die möglichst baldige Wiederherstellung der Gesundheit einer Patientin oder eines Patienten. Ähnliche Formulierungen hinsichtlich dieses therapeutischen Ziels finden sich meist in konziser Form in zahlreichen medizinischen Texten aus Ägypten.

-
- 1 Für Anregungen herzlich danken möchte ich Peter Dils, Hans-W. Fischer-Elfert, Lutz Popko und Ortrun Riha.
 - 2 Pap. Ebers (Eb) 251 (47, 15–48,3); die Angaben in Klammern beziehen sich bei allen hier aufgeführten Textbeispielen auf die jeweilige Spalten- und Zeilenzahl; Übersetzung Westendorf (1999: 549); vgl. auch die Übersetzung Popko (2021b: 128): »Seine (d.h. des Rizinus) Wurzeln werden in Wasser zerstoßen (und) werden an den Kopf dessen gelegt, der krank ist: Er wird folglich sofort gesund, als ob er nicht krank war.«
 - 3 Nähere Informationen zum Stück s.u.; eine Replik befindet sich im Schauraum der Universitätsbibliothek Leipzig.

Es ist jedoch so, dass ausgerechnet sie grundlegende medizintheoretische Überlegungen, Ausführungen oder Definitionen im Sinne eines zugrundeliegenden Konzepts zu Gesundheit an sich schuldig bleiben, wie schon Hermann Grapow im dritten Band des neunbändigen, in den Jahren zwischen 1954 und 1973 publizierten Grundriss der Medizin der alten Ägypter⁴ bemerkte: »Für die altägyptische Medizin als Naturwissenschaft vom gesunden und vom kranken Menschen enthalten die eigentlichen medizinischen Texte über den gesunden Ägypter, über seine normalen körperlichen Zustände nur sehr spärliche Angaben. [...] Der Hauptinhalt der medizinischen Texte geht auf den kranken ägyptischen Menschen, genauer auf dessen vielfache Leiden und krankhaften Zustände.« (Grapow 1956: 1). Vielleicht bedarf (der) Gesundheit(-sbegriff) im ägyptischen Medizinsystem keiner Erklärung, sondern wird in gewisser Weise als gesetzt betrachtet.⁵ Ebenso ungeklärt ist, ob Gesundheit vs. Krankheit gesehen, also eine dichotomische Gemengelage in irgendeiner Weise konzeptuell gedacht wurde, wie die Ägyptologen Hermann Grapow oder Wolfhart Westendorf annehmen.⁶ Oder gab es Sichtweisen, die in gewisser Weise eher mit jener des Soziologen Aaron Antonovsky, der ein Kontinuum von Gesundheit und Krankheit postulierte, in Einklang zu bringen wären, denn, um ihn zu Wort kommen zu lassen: »Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund« (Antonovsky 1997: 23).

Dass der Gesundheitsbegriff und alle mit ihm verbundenen Aspekte bis heute durchaus diskutabel sind, bemerken Beate Blättner und Heiko Waller

-
- 4 Ohne Zweifel gebührt dem Werk bis heute große Achtung und es gehört nach wie vor zu den recht häufig konsultierten Arbeiten im Rahmen der täglichen Beschäftigung mit dem Gegenstand; wengleich – aus heutiger Perspektive einige Kritikpunkte angebracht sind. Zunächst sei hier das nahezu kategorische Ausschließen magischer Texte anzumehmen wie auch die erfolgte, nicht dem Originaltext entsprechende Zergliederung mit der seinerzeit gutgemeinten Intention, eine Systematisierung nach Leidensstypus vorzunehmen. Der Vorteil des Letzteren besteht zwar darin, dass sozusagen auf einen Blick alle Rezepttexte bezüglich einer Thematik schnell zu erfassen sind; der klare Nachteil aber wird in der Zergliederung des originalen Textgehaltes und -aufbaus ersichtlich.
- 5 (Grapow 1956: 2) mit der Annahme, dies sei auch in der Breite der ägyptischen Bevölkerung so gewesen: »[...] *der gesunde Zustand ist selbstverständlich, von ihm zu reden oder über ihn zu schreiben (...) liegt im allgemeinen kein Bedürfnis vor* [...]«.
- 6 Grapow (1956: 4): »Das ›gesund werden‹ und ›gesund sein‹ [...] ist das Gegenteil zum ›krank sein‹ [...]«; (Westendorf 1977: Sp. 585): s. v. Gesundheit: »[...] *Der physiologische Zustand ›Gesundheit‹ wird am besten im Kontrast gegenüber Alter, Krankheit und Tod deutlich.*«

in ihrem Grundlagenwerk zur Gesundheitswissenschaft: »Während verschiedene Krankheiten auf unterschiedlichen Wegen entstehen können, verfügen Menschen sprachlich nur über eine Gesundheit« (Blättner & Waller 2011: 12)⁷ und ergänzend konzidieren Peter Franzkowiak und Klaus Hurrelmann in ihrem Beitrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter dem Stichwort »Gesundheit« zurecht, dass »Gesundheit [...] (noch) kein eindeutig definiertes Konstrukt [ist]. Sie wird individuell und sozial produziert, konstruiert und organisiert«; des Weiteren verweisen beide Autoren darauf, dass die »Bedeutsamste wertebasierte Gesundheits-Definition (...) bis heute die der WHO von 1948« ist (Franzkowiak & Hurrelmann 2022).

Die Wertschätzung der Gesundheit – vokabularisch bzw. phraseologisch vielfach belegt (Grapow 1956: 3ff.; Erman & Grapow 1957: 158f.) – war innerhalb der altägyptischen Gesellschaft ohne Zweifel stark ausgeprägt und zeigt auf, dass von individuellen Sichtweisen auf »Gesundsein« im tatsächlichen Selbstbezug durchaus auszugehen ist; so drückt sich diese Wertschätzung etwa in Gestalt von mit entsprechenden Grußformeln versehenen Wünschen als regulärer Bestandteil in Briefen unterschiedlichster Couleur aus⁸; es erkundigt sich nach Papyrus Bologna 1094 (Gardiner 1937: XIII) etwa eine Sängerin namens Sherere nach dem Befinden des Priesters Piay und wünscht Leben, Wohlergehen und Gesundheit⁹. Dem Papyrus Anastasi V ist eine Gratulation des Oberbefehlshabers Penamun an einen Militäroffizier namens Pa-heri-pedjet zu dessen Beförderung, verbunden mit der üblichen Floskel für Leben, Wohlergehen und Gesundheit, zu entnehmen.¹⁰ Neben dem eigentlichen Begehren, nämlich einen für bestimmte Tänze geeigneten kleinwüchsigen Menschen¹¹ an

7 Vgl. ebd. S. 15 zum Diskurs zu Kranksein »dis-ease« vs. Krankheiten »diseases«, also auch der sprachlich ungemein variableren Sachlage in Bezug auf »Krankheit« vs. »Gesundheit« zugunsten des Ersteren.

8 Siehe die Ausführungen von (Depauw 2006: 186ff.): »A prayer for good health, which in Demotic again can be formulated in various ways, is an almost universal element in many ancient epistolary traditions [...]«; (Grapow 1941: 82ff.) eine nach wie vor sehr gute Zusammenstellung zu unterschiedlichen Formen der Wünsche für Gesundheit u.a. S. 83 in hoffender Form geäußerte Gesundheitswünsche.

9 Pap. Bologna 1094, hier 7,1-7,2 (Bologna, Museo Civico Archeologica); Gardiner (1937: 6f.); Caminos (1954: 22); einen allgemeinen sehr guten Überblick zum Thema »Briefex« verschafft rezent Sweeney (2020); zu empfehlen ist ebenfalls Wente (2001: 311ff.); u.a. zur äußeren Form der Briefe Černý (1939: XVIII-XX), dazu auch Wente (1967: 1ff.).

10 Pap. Anastasi V, hier 11,7; Gardiner (1937: 62), generelle Informationen ebd. S. XVI; Caminos (1954: 238). Das Stück befindet sich im British Museum, BM EA 10244,4.

11 Auf Kleinwuchs wird im Verlauf des Beitrages näher einzugehen sein.

seinen Hof zu holen, drückt sich Hochschätzung der Gesundheit und Unversehrtheit desselben in einem eindringlichen brieflichen Appell des Königs Pepi II.¹² an den Leiter der Expedition und Beamten Herchuf im Kontext dessen vierter Reise aus:

»Wahrlich, du weißt doch, was dein Herr liebt und lobt. Wahrlich, du verbringst Tag und Nacht mit der Sorge darüber zu tun, was dein Herr liebt, lobt und befiehlt. [...] Komm nordwärts zur Residenz sofort. Eile und bring diesen Pygmäen mit dir, den du aus dem Land der Horizontbewohner geholt hast, indem er lebendig, heil und gesund sei, zum Gottestanz, zum Vergnügen, zum Erfreuen des Herzens des Königs von Ober- und Unterägypten (Neferkare). Wenn er mit dir ins Schiff hinabsteigt, stelle tüchtige Leute bereit, die auf beiden Seiten des Schiffes um ihn herum sind, damit er nicht ins Wasser falle. Wenn er des nachts schläft, stelle tüchtige Leute bereit, die die Nacht um ihn herum verbringen in seinem Zelt. Inspiziere zehnmal die Nacht! Meine Person wünscht diesen Pygmäen mehr zu sehen als die Tribute des Sinai oder aus Punt. Wenn du die Residenz erreichst und dieser Pygmäe bei dir ist, lebendig, heil und unversehrt, dann wird meine Person dir Großes tun, mehr als das, was dem Expeditionsleiter Bawerded in der Zeit des Asosi getan wurde, entsprechend dem Wunsch meiner Person, diesen Pygmäen zu sehen.« (Übersetzung Lichtheim 1975: 26f.)¹³

Das Tragen von Amuletten¹⁴ diente neben der Abwehr von Gefahren dem persönlichen Schutz, was die Wahrung der Gesundheit und des Wohlbefindens in allen denkbaren Facetten einschließt. Ein magischer Spruch aus dem der 13. Dynastie entstammenden Papyrus Ramesseum VIII (= BM EA 10761) erhellt,

12 Fünfter König der 6. Dynastie, ca. 2246–2152 v. Chr., Schneider (1997: 193ff.). Er erreichte in der Tat ein sehr hohes Alter.

13 Sethe (1903) Urk. I, 128,3-131,7; Lichtheim (1975: 26f. mit Erläuterungen); vgl. Dawson (1938: 185ff.); Dasen (1993: 13ff.), speziell zu hier relevanten unterschiedlichen Ethnien vor allem zentralafrikanischer Länder u.a. Kamerun und Gabun; ebd. S. 25–26 zum hier präsentierten Brief Pepis II. an Herchuf, bes. S. 26–28 mit Informationen und Diskussionen zum Herkunftsort des kleinwüchsigen Tänzers.

14 Rezente, umfassende Monographie Quack (2022) u.a. zur Klassifizierung, detailliert zur chronologischen Einordnung oder zum Wirkungsmechanismus, hierzu S. 34: »Normalerweise geben die ägyptischen Texte nicht explizit an, wie man sich die Wirkung der Amulette genau vorstellt. Einige wenige Zeugnisse zeigen, daß man keinen Automatismus der Objekte aus sich heraus angenommen hat, sondern sie ihre Kraft von Göttern beziehen.«

dass manche Amulette selbst Bezeichnungen oder Namen mit klarer Referenz zur Sphäre »Gesundheit« trugen:

»Sie möge mir (die Amulette) ›Wohlbefinden‹ und ›Gesundheit‹ bringen, die er selbst getragen hat, die an(?) (seinem) Körper, d.h. seinen Schultern, gewesen waren und seinen oberen Wirbelsäulenbereich bedeckten.« (Popko 2023)¹⁵

Der folgende Beitrag versucht, sich trotz des benannten Fehlens theoretischer Grundlagen zum Gesundheitsbegriff als solchem im Textgehalt des ägyptischen Medizinsystems dem Themenkomplex »Gesundheit-Gesundsein-Gesundbleiben-Gesundwerden« anzunähern. Dies geschieht mittels Betrachtung einiger der medizinischen, hier aus dem Bereich physiologischer Texte und solcher mit Bezug zu Körperpflege und Ästhetik, sowie außerdem aus der nicht-medizinischen Sphäre, hier im Besonderen aus der literarischen Textgattung der Weisheitstexte zugehörigen sogenannten Lebenslehren entstammender Exempel.

Quellengruppen zur ägyptischen Medizin

Zur Erforschung der ägyptischen Medizin liegen drei Quellengruppen vor, die ein recht deutliches und konkretes Bild eines großen Leidensrepertoires offenlegen: Neben Texten¹⁶, die gleichsam fixiertes Wissen aus Ägypten darstellen und mit Christian Leitz aufgrund dessen, »was erhalten geblieben ist, uns ein einigermaßen zufälliges Bild der ägyptischen Medizin vermittel[n]« (Leitz 2020: 18), sind durchaus zahlreiche ikonographische Zeugnisse auf uns gekommen, also bildliche oder rundplastische Darstellungen einer offensichtlich »normabweichenden« Physis. Die Wiedergabe chronischer Erkrankungen

15 Übersetzung Popko: <https://thesaurus-linguae-aegyptiae.de/sentence/ICEBRjepgp50DoqRhdfxYXf2T2A>, in: *Thesaurus Linguae Aegyptiae* (Zugriff am: 05.05.2023).

16 Leitz (2020) hier S. 17–18 mit Überlegungen zur Zahl überlieferter medizinischer Texte; er kommt auf »nicht einmal 0,01 % des ursprünglich vorhandenen Bestandes«. Empfohlen sei die Online-Plattform ›Science in Ancient Egypt‹, sie macht ägyptische Wissenstexte, so auch medizinische, öffentlich zugänglich, wobei ein fachwissenschaftlich abseits der Ägyptologie befindliches Publikum, vor allem aus den unterschiedlichen Bereichen der Wissenschaftsgeschichte kommend, angesprochen ist, aber selbstredend diese Plattform allen Interessierten offensteht.

dominiert jene akuter Zustände deutlich, was Wolfhart Westendorf mit dem »Wesen der ägyptischen Kunst, [die] vorwiegend generalisiert und nicht Ereignisse, sondern Zustände für die Ewigkeit festhält« (Westendorf 1999: 463) expliziert. Schließlich bieten paläopathologische, also an humanen Überresten erstellte, Befunde eine mitunter recht realistische Sicht auf tatsächliche akute respektive chronische Leiden und Verletzungsmuster eines Individuums oder einer Population.

Die medizinischen Texte sind überliefert auf verschiedenen Textträgern, namentlich Papyri und Ostraka, also Ton-/Kalksteinscherben. Insgesamt be-
sehen umfasst das Korpus eine Zeitspanne vom Beginn des 2. Jahrtausends v. Chr., also vom Mittleren Reich (ca. 1980–1760 v. Chr.) bis in die griechisch-römische Zeit (ca. 330 v. Chr. bis 395 n. Chr.) (nach Hornung et al. 2006: 490f.), wobei die Texte adäquat ihrer chronologischen Zugehörigkeit den jeweiligen Schrift- und Sprachstufen des Ägyptischen zugeordnet werden können. Die meisten Stücke sind in Hieratisch geschrieben, der kursiven Variante des Hieroglyphischen, die ältesten in kursiv-hieroglyphischer Schrift. Texte medizinischen Inhalts in demotischer Schrift finden sich ab dem 1. Jahrhundert v. Chr. (vgl. Lüddekens 1975: 1052ff.; Tait 2001: 378ff.).

Gesundheit als fragiler Zustand – konzise Fakten aus dem Bereich der Paläopathologie

Wichtig für das Verständnis der Paläopathologie¹⁷ sind die prinzipiellen Aussagen des deutschen Anthropologen Kurt Werner Alt:

»Die P[aläopathologie] ist eine interdisziplinär angelegte Wissenschaft, die traditionell eng mit der Archäologie, der Medizingeschichte u.a. zusammenarbeitet. [...] Die P[aläopathologie] erforscht die Belastungen, Krankheiten u. Todesursachen v. Menschen ur- u. frühgeschichtlicher Zeiten. Ihr Ziel ist es, die Art der Krankheiten, ihre Ursachen u. ihre Häufigkeit für vergangene Epochen zu rekonstruieren sowie die Bedeutung bestimmter Erkrankungen in zeitlicher, geographischer, kultureller, sozialer u. epidemiologischer Hinsicht zu ermitteln.« (Alt 2005: 663)

Betrachtet man anhand paläoanthropologischer und paläopathologischer Untersuchungen eruierte Befunde, scheint ein breites Erkrankungsfeld auf; ex-

17 Vgl. ausführlicher zu dieser Disziplin, besonders zum medizinhistorisch geführten Diskurs: Radestock (2015: 28ff. und 100ff.).

emplarisch seien folgende, anhand von Mumien mit hier möglicher Weichteilgewebsuntersuchung (Nerlich & Zink 2001) bzw. anhand skelettaler Überreste erfasste Befunde aufgelistet, die »gemäß Genese, den Gruppen Infektions-, Knochen-, kongenitalen, Tumor-, respiratorischen Erkrankungen etc. zuzuordnen sind¹⁸: Schistosomiasis, Spondylitis ankylosans, Osteogenesis imperfecta, primäres Karzinom, Pneumonie, atheromatöse Veränderungen an Aorta und Arteria carotis, Arteriosklerose sowie diverse u.a. kriegsbedingt erlittene Traumata«. ¹⁹

Erkenntnisse zur Epidemiologie, die Brand et al. (2006: 256) mit heutigem Bezug als »eine der Basisdisziplinen bzw. eines der wichtigsten ›Handwerkszeuge‹ der Gesundheitswissenschaften« sehen, und Erkenntnisse zum Feld der Berufskrankheiten und während der Arbeit erlittener Verletzungen sowie vornehmlich bezüglich beider Letzterer deren ärztlicher Versorgung, ermöglichen sich mittels Blicks auf die Arbeitersiedlung von Deir el-Medina. Dort verrichteten u.a. im Steinbruch Tätige, Skulpteure und Maler ihre Arbeit in den königlichen Gräbern des Tals der Könige westlich Thebens (Černý 1973)²⁰. Eine gesunde Arbeiterschaft konnte selbstredend mehr produzieren, es bedurfte ihrer in keiner so großen Anzahl. M. a. W., eine kleinere Anzahl gesunder, kräftiger und fähiger Arbeiter wurde gegenüber einer größeren Gruppe, die an unterschiedlichen Krankheiten litt, nicht gut versorgt war und mit potentiell großem Aufwand therapiert werden musste, ohne Zweifel klar präferiert, da jene Gruppe im Zuge guter Versorgung und stabilen Gesundheitszustandes für entsprechende Arbeiten verlässlich herangezogen werden konnte (Miller 1991: 6). Epidemiologisch relevant sind saisonal bedingte Erkrankungen²¹.

Hingewiesen sei auf skeptische Stimmen, die eine durchaus diskutabile Rolle der Paläopathologie hinsichtlich epidemiologischer Erkenntnisse transportieren; so konstatiert Rösing: »Paläopathologie ist bisher fast ausschließ-

18 Radestock (2015), S. 104; die hier genannten Exempel an Krankheitsentitäten bzw. Symptomen entsprechen in der Abfolge den aufgeführten Erkrankungsfeldern, dort auch genaue Angaben zu den zugehörigen Studien; Eine ausführliche Liste findet sich bei Westendorf (1999: 460ff.).

19 Radestock (2015), S. 104–109 mit detaillierten Erläuterungen.

20 Einen sehr guten Übersichtsaufsatz bietet dazu (Miller 1991) u.a. zu Anzahl der Arbeiter, Verpflegung, Unterbringung, Art der verrichteten Tätigkeit, Darstellungen beruflich bedingter Unfälle und deren Versorgung etc.

21 Detaillierte Teilbetrachtung zum römerzeitlichen Ägypten bei Scheidel (2001: 4ff. und 16ff.) zum Bereich Oberägypten und Nubien bzw. zum Gebiet des Fayum.

lich Paläo-Kasuistik und nicht eine medizinhistorisch, anthropologisch wie historisch einzig aussagefähige Paläo-Epidemiologie« (Rösing 1990: 5; vgl. Leven 1997: 14).

Gesunderhaltung: Texte zu Hygiene und Körperpflege aus Papyrus Ebers

In welchen Texten des Papyrus Ebers²² kommen mit der Sphäre »Gesundheit« in verschiedener Weise verbundene Themen vor, abgesehen von jenen zahlreichen, unterschiedliche Leidensbilder thematisierenden, in denen unausgesprochen oder explizit die Genesung durch therapeutische Intervention aufscheint, wie im Eingangstext zu sehen?

Folgend zunächst einige nähere Informationen zu Papyrus Ebers, dessen ursprüngliche Herkunft nicht gesichert ist. Er datiert in den Anfang des Neuen Reichs (ca. 1550 v. Chr.). Es handelt sich um eine so genannte »Sammelhandschrift«, d.h. um Abschrift und Kompilation verschiedener, rund 880 medizinischer Einzeltexte, die »verhältnismäßig gut nach Sachgruppen geordnet« sind (Westendorf 1999: 23). Seine Länge beträgt 18,63 m, die Höhe 30 cm. Der Text wurde in hieratischer Schrift, der Kursivform der Hieroglyphen, linksläufig in Kolumnen²³ unterschiedlicher Breite geschrieben. Am Anfang der Rückseite, dem sogenannten Verso der Rolle, findet sich auf der ersten Kolumne eine Kalendernotiz vom 9. Jahr des Amenophis I auf 13 Zeilen, sie dient als Datierungshilfe der Niederschrift.

Papyrus Ebers ist in vielerlei Hinsicht bemerkenswert, denn er »ist (...) die einzige vollständig erhalten gebliebene medizinische Papyrusrolle (...), bei der auch der fortlaufende Text sowohl auf der Vorder- wie auf der Rückseite von einer Hand geschrieben ist. Die filigrane Machart und einzigartige Qualität des Schriftträgers suchen ihresgleichen«, wie Reinhold Scholl (2021: 21) treffend beschreibt.

Die im Folgenden gezeigten Exempel entstammen einer Textgruppe für das Beseitigen ergrauter Haare und einer weiteren Gruppe zum Festigen derselben mit diesbezüglichen Anwendungen (Westendorf 1999: 627ff.; Popko 2021b: 164ff.)²⁴. Hier zeigen sich in Ansätzen ästhetische Vorstellungen und

22 Detaillierte Informationen bei Westendorf (1999: 22ff.) mit präzisen Inhaltsangaben; sehr informativ Popko (2021a).

23 Die Kolumnen sind durchnummeriert, 28 und 29 ausgelassen, 100 Kolumnen des Recto als 1–102 gezählt, Kol. 103–110 (=8 Kol.) auf dem anschließenden Verso am Rollende.

24 Eb 451 (65,8-9)-Eb 463 (66,4-7) und Eb 464 (66,7-9)-Eb 476 (67,5-7).

auch gewisse Zwänge, hat doch mit zunehmendem Altern einhergehendes ergraues Haar als solches selbstredend keine pathologische Relevanz; die Konfrontation mit demselben stellt die eine oder den anderen aber vor manche Herausforderungen an sich selbst oder mag bei Betroffenen Ängste hinsichtlich möglicher Reaktionen des sozialen Umfeldes aufkommen lassen.

Eb 451 (68,8-9) = Eb 442:

Anfang von den Heilmitteln für das Beseitigen von Ergrauen (und) Behandeln der Haare. Blut eines schwarzen Kalbes; werde gekocht in Öl/Fett; werde (der Kopf) damit gesalbt.

Eb 464 (66,7-9):

Anfang von den Heilmitteln für das Festigen (?) der Haare. š̄r-Pflanze, zerkleinert 1, (gegeben) in Öl/Fett 1; werde gegeben in Wasser von p̄w^c-Gewässer/Flüssigkeit; werde der Kopf damit gesalbt.

Eb 465 (66,9-12):

Ein anderes (Heilmittel) für das Wachsenlassen der Haare eines Kahlen. Fett (mr̄h.t) des Nilpferdes 1; Fett des Krokodils 1; Fett des Katers 1; Fett der Schlange 1; Fett des Steinbocks 1; werde zu einer Masse gemacht; werde der Kopf des Kahlen damit gesalbt.

Hygienische Aspekte: Ein angenehmer Körpergeruch wurde ebenso wie frischer Atem geschätzt, wie weitere Textbeispiele aus Papyrus Ebers zeigen (Übersetzung Westendorf 1999: 666f.; vgl. Übersetzung Popko 2021b: 206):

Eb 708 (86,8-9):

Heilmittel für das Beseitigen von (Körper-)Geruch in der Sommerjahreszeit. Weihrauchharz (sn̄tr) 1; jbw-Pflanze 1; pr.t-š̄nj-Frucht 1; Myrrhe (c̄ntjw) 1; werde zu einer Masse vereinigt; werde damit gesalbt.

Eb 709 (86,10-11):

Ein anderes (Heilmittel) für das Beseitigen von (Körper-)geruch am Körper des Mannes oder der Frau. Zerstampftes von Johannisbrotfrucht (ḏ̄r.t); werde zu Salbkügelchen gemacht; werde der Körper damit gesalbt.

Räuchermittel kommen zur Verbesserung des Geruchs im Haus oder der Kleider zur Anwendung (Westendorf 1999: 690f.; Popko 2021b: 228ff.):

Eb 852 (98,12-14b):

Räuchermittel (k³p.t), das gemacht wird, um den Geruch des Hauses oder der Kleider angenehm zu machen. Trockne Myrrhe (°ntjw); pr.t-šnj-Frucht; Weihrauchharz (snṯr), gjw-Pflanze (Zypergras?); Holz von tj-šps (Kampferbaum?); Melone (sb.t); Schilfrohr (nbj.t) aus Palästina/Phönizien; jnkwt-Frucht/Mineral?; ḏmtn (Frucht/Mineral?); Weiches (Harz) vom nnjb-Baum (Storaxbaum?); werde fein zerrieben; werde zu einer Masse gemacht; werde davon aufs Feuer gegeben.

Dieselben Ingredienzien dienen offenbar auch der Verbesserung schlechten Atems, der damals wie heute, wenn in hohem Maße und/oder häufig auftretend, im schlimmsten Falle Exklusion aus gesellschaftlichen Kontexten nach sich ziehen konnte und kann.

Eb 853 (98,14b-18b):

Ein anderes (Mittel), das die Frauen dazu machen. Es wird dieses (vorgenannte und) entsprechend dieser (vorgenannten) Anweisung hergestellte Heilmittel auf Honig gegeben; werde gekocht, werde gemischt, werde zu Kügelchen gemacht. Sie (die Frauen) pflegen damit zu räuchern. Sie machen auch »Mund-Geschmack(-Pillen) aus ihnen, um den Geruch ihrer Münd-er angenehm zu machen.

Gesundsein: normative Abläufe in physiologischen Texten aus Papyrus Ebers

Textbeispiele aus den so genannten zwei Gefäßbüchern des Papyrus Ebers seien nun gegeben; im ersten Gefäßbuch – die Überschrift dessen ersten Textes lautet »Anfang von dem Geheimwissen des Arztes: Die Kenntnis des Gehens des Herzens ist die Kenntnis des Herzens« (Übersetzung Westendorf 1999: 691; vgl. Text und Übersetzung Popko 2021b: 232)²⁵ finden sich pathologische Glossen sowie anatomische und physiologische Aussagen zum Herzen und Gefäßsystem (s. Westendorf 1999: 33 u. 108ff.). Das zweite Gefäßbuch thematisiert vor allem pathophysiologische Aspekte, namentlich das Vorkommen

25 Eb 854 (99,1), die Gruppe umfasst Eb 854 (99,1) bis Eb 855z (102,15-16); bei Popko unter »Geheimwissen des Arztes« (das erste »Gefäßbuch«) subsummiert.

verschiedener pathogener Stoffe und deren Verteilung über die Gefäße (vgl. Popko 2021b: 240ff.)²⁶.

Zunächst zwei kurze Texte aus dem ersten Gefäßbuch:

Eb 854b (99,5-6):

Es sind vier Gefäße in seinen beiden Nasenmuscheln. Zwei sind es, die Schleim geben; zwei sind es, die Blut geben.

Eb 855a (99,12-14):

Was die Luft anbetrifft, die in die Nase eintritt: Sie tritt ein zum Herzen (und) zur Lunge. Sie sind es, die (die Luft) zum gesamten Bauch geben.

Und ein Beispieltext aus dem zweiten Gefäßbuch mit physiologischer Relevanz:

Eb 856 b (103,2-3):

Was den Mann anbetrifft: Es sind zweiundzwanzig Gefäße in ihm zu seinem Herzen; sie sind es, die allen seinen Körperstellen [Luft] geben²⁷.

Normvarianten: Das Fallbeispiel Seneb

Der kleinwüchsige Hofbeamte Seneb – sein Name bedeutet zum hier gehandelten Thema recht passenderweise »ist gesund« – lebte wahrscheinlich in der vierten oder fünften Dynastie des Alten Reiches.²⁸ Im Museum Kairo befindet sich eine der Mastaba (ein Grabbautentyp) des Seneb entstammende, ausgesprochen schöne Statuengruppe seiner Familie mit Frau und Kindern²⁹; die künstlerische Umsetzung des Stückes ist unübertroffen, denn Senebs Kleinwuchs wird nicht kaschiert, sondern äußerst geschickt in das Ensemble integriert; anstelle seiner kleineren Beine, die in der Luft hängen würden, platzierte man zwei der Kinder des Paares, was für eine äußerst harmonische Anmu-

26 Diese Gruppe umfasst Eb 856a (103,1-2) bis 856h (103,16-18). Dort zu einer größeren Gruppe »Buch vom Ausmerzen von Krankheitsauslösern«, hier relevant untergeordnet »Das zweite ›Gefäßbuch«.

27 Es existiert eine etwas ausführlichere Textvariante auf dem Papyrus Berlin 3038, verwahrt im Ägyptischen Museum Berlin, Papyrussammlung; es ist Bln 163 b.

28 Zur Datierung des Grabes Cherpion (1984: 35ff.).

29 Museum Kairo JE 51280; Cherpion (1984: 36) schließt auf die 4. Dynastie.

tion sorgt. Sein aus Gisa stammender Sarkophag befindet sich im Schaufenster des Ägyptischen Museum – Georg Steindorff – der Universität Leipzig³⁰.

Seneb bekleidete zahlreiche hohe Ämter u.a. war er Vorsteher der Weberei des Königshofes (Dasen 1993: 127; Fischer-Elfert 1996: 93ff.), prosperierte, war vollständig in die Gesellschaft integriert und an zahlreichen Aktivitäten beteiligt, wie seine Grabdekoration (Cherpion 1984; Dasen 1993) zeigt. Nur nebenbei sei erwähnt, dass letztlich nicht geklärt werden kann, welche Form des dysproportionierten Klein- oder Minderwuchses vorliegt. Hier scheinen methodologische Probleme auf: Im Angesicht der Interpretation aller Quellengruppen ist immer eine gewisse Vorsicht geboten. Bezüglich von Text und Ikonographie haben wir es mit einem Phänomen zu tun, das sich kaum in Gänze vermeiden lässt, jenem der retrospektiven Diagnose. Mit dem Medizinhistoriker Paul Potter handelt es sich um den »Versuch, antike Krankheits- und Fallbeschreibungen mit einer heutigen Diagnose als Krankheitseinheit der modernen Medizin zu identifizieren [...]« (Potter 2005: Sp. 220), sein Kollege Karl-Heinz Leven sieht die »Identifikation einer historischen Krankheit mit einem modernen Krankheitsnamen« (Leven 2004: 369f.) (vgl. Leven 1998: 153; Nunn 2002: 78f.; Radestock 2015: 49ff. u. 93ff.)

Recht wahrscheinlich aber ist, dass Senebs körperliche Einschränkung für Belastungen im Alltag sorgte, so etwa bei der Verrichtung verschiedener Arbeiten, und er durchaus mit seinem Leiden geschuldeten auftretenden Beschwerden befasst war. Hinzu kommt die soziale Komponente eventueller Ausgrenzung, worauf noch einzugehen sein wird; David Jeffreys und John Tait vermuten, »Dwarfs were doubly liminal in Egyptian society, regarded as being neither prepubescent nor properly adult [...]« (Jeffreys & Tait 2010: 88). Folgende Frage kommt auf: Waren gesunde, arbeitende, leistungsfähige, dem Äußeren nach »unauffällige« Menschen die »Norm«; gehören andere Menschen dazu? Im Falle des Seneb ist dies eindeutig mit ja zu beantworten. Stellen wir ihn uns, natürlich mit aller gebotenen Vorsicht, als positiv grundeingestellten Menschen vor, meisterte er, in mancher Situation unterstützt von anderen, seinen qua zahlreicher Ämter mit zahlreichen Verpflichtungen verbundenen Alltag vielleicht bravurös; schlussendlich wissen wir jedoch nicht, ob Seneb trotz der unbezweifelten hohen Wertschätzung seiner Person »rundum glücklich« war.

30 Inventarnummer ÄMUL 3695; Länge: 183 cm, Breite: 63 cm, Höhe: 69,5 cm, Gewicht: 1100 kg.

Gesundheit als Tugend? Aus dem »Buch vom Tempel«

Die folgende Passage entstammt einem in das erste bis zweite Jahrhundert n. Chr. datierenden und in mehreren Handschriften belegten Text; es handelt sich um das sogenannte »Buch vom Tempel« (Quack 2000: 1f.; 2005); der Text beinhaltet Ausführungen und Anweisungen zum altägyptischen Tempelbau oder Details zu Dienstpflichten der dort beschäftigten Priester. Mit Quack liegt »nicht die Beschreibung eines konkreten Tempels, sondern ein Idealbild, das nach Möglichkeit bei der konkreten Anlage jedes einzelnen Tempels von Ober- und Unterägypten verwirklicht werden soll« (Quack 2000: 3) vor. Hier präsentierte Passage bespricht Kriterien, die potentielle priesterliche Kandidaten aufgrund körperlicher Auffälligkeiten oder charakterlicher Schwächen, vom Tempeldienst ausschließen³¹; es wird folgendermaßen expliziert (Übersetzung Fischer-Elfert 2005: 48):

- 1) Liste der Domestiken (und) Leute, die man nicht bei Gott einführt/initiiert:
- 2) Hinsichtlich jedes Mannes, der sich auszeichnet/unterscheidet gegenüber/von Leuten in seiner Art als jemand, [dessen(?)] Glieder (zu?) groß sind [...]
- 3) [...], indem es/sie ist wie [...] als Kleines(?), mit einem wirklich verstümmelten Glied an ihm, [...] jede.
- 4) Die Menschen mögen ihn nicht anschauen als einen von wahrhaft weißlicher Haut(farbe);
- 5) als einen von wahrhaft rötlicher Hautfarbe;
- 6) als einen, der gezogene(?) Zähne (oder) abgebrochene(?) Zähne hat;
- 7) als einen, der ...(?) ist an den Spitzen seiner Nägel(?);
- 8) als einen, der k³ ist in Bezug auf seinen Leib, als einen, der h³m in Bezug auf die Glieder ist;
- 9) als einen, der fleckig in Bezug auf seinen Leib ist, ohne dass es einen Rest an Glätte an ihm gibt wie ... [...]
- 10) als einen, der nh³f an [seinen(?)] Augen/Pupillen hat; [als einen, der trinkt] Wein, Bier, bis sein Herz rast;
- 11) als einen, der Lügen spricht, als einen mit plauderndem Munde;
- 12) als einen, der verrät, was er gesehen oder was er gehört hat;

31 Quack (2000: 9) mit Anm. 20: »Die Ägypter hatten gegenüber rothaarigen Personen stets ein großes Mißtrauen, sie wurden teilweise registriert [...].«

- 13) als einen, der eine grimmige Miene zieht wegen des Besitzes, der aggressiv ist;
- 14) als einen, der (zu) großen Besitz hat, obwohl er nicht seinem Bedarf entspricht;
- 15) als einen mit großem Maul, ohne dass es einem wie ihm ziemte;
- 16) als einen, der sich anlegt mit einem, der größer/bedeutender(?) ist als er (selbst);
- 17) als einen, der diebisch Sachen entwendet hat; als einen, der herumhurt;
- 18) als irgendeinen Mann mit den Markierungen des Seth und denen des Apopis
- 19) und mit den Markierungen jenes Gottes, dem der Arm (feindlich) entgegengestreckt wird in Memphis.
- 20) Betreffs jedes Mannes, der vorbeigeht(?) [... ..] bei ihm (?).
- 21) Das/Der ist der Abscheu des Tempels, wahrhaftig.
- 22) Nicht wird er initiiert beim Gott.

Betrachtet man die Synonyme des Ausdruckes »Tugend« (duden.de/synonyme/Tugend), die da neben anderen wären »Anständigkeit, Makellosigkeit, Integrität, Moral, moralische Reinheit, Redlichkeit, Unbescholtenheit, Unverdorbenheit, Sittsamkeit, Keuschheit, Züchtigkeit«, also wertvolle, geschätzte und erstrebenswerte Eigenschaften des Menschen, werden zwei Aspekte der präsentierten Passage eignenden Gehalte deutlich: Einerseits und i. e. S. gelten diese Anforderungen und Vorstellungen für den Kontext des Tempeldienstes mit entsprechenden Anforderungen und Ausschlusskriterien, andererseits und i. w. S. zeigen sie in der ägyptischen Gesellschaft verortete konsensuale ethische Grundlagen auf. Realistisch betrachtet, ist es in gewissem Sinne anthropologische Konstante, sich äußerlich manifestierende von einer Norm abweichende Erscheinungen, wie hier u.a. ein auffälliges Hautbild als abstoßend zu empfinden, das eigene ästhetische Empfinden als gestört zu sehen. Für die priesterliche Tätigkeit, natürlich auch der ihr vorausgehenden Initiierung in einen solchen Dienst, ist es immens wichtig, diese negativ besetzten Attribute ausdrücklich nicht zu besitzen, sondern mit Fischer-Elfert »körperlich (und moralisch) einwandfrei zu sein« (Fischer-Elfert 2005: 46) oder mit Quack: »Ausgegrenzt wird, was der Norm widerspricht; entweder der als natürlich empfundenen in Körperbau und Aussehen, oder der kulturell definierten im Sozialverhalten« (Quack 2005: 65)³². Die genann-

32 Mit dem Hinweis, es seien vor allem »angeborene Deformationen« angesprochen.

ten charakterlichen Ideale sollten priesterliche Anwärter und jene bereits im Dienst Befindlichen immerzu leben, nicht nur während der Verrichtung des Tempeldienstes.

Gesundheit im Kontrast zum Alter? Aus der Lehre des Ptahhotep

Eine spezielle ägyptische Literaturgattung gewährt Einblick in ethische Grundlagen und das Weltbild der ägyptischen Gesellschaft; die so genannten obligatorisch zum Unterrichtsstoff gehörigen (Lebens-)Lehren, deren Ziel mit Brunner es neben anderen war, »dem Schüler das spätere Leben zu erleichtern, ihn vor dem Stolpern oder gar Fallen zu bewahren« (Brunner 1980: Sp. 964f.; 1988: 12), jungen Menschen also wegweisende Ratschläge für ein erfolgreiches, erfülltes Leben mitzugeben, das einhergeht mit Achtung anderer, gutem Benehmen – kurzum einem für den Einzelnen und seinem privaten wie beruflichen Umfeld zufriedenstellenden Miteinander im sozialen Gefüge der ägyptischen Gesellschaft; den Lehren »gemeinsam ist das Hauptanliegen, die Verhältnisse zum Mitmenschen und zum König (=Staat) in Ordnung zu bringen« (Brunner 1988: Sp. 966).

Die dieser Textgattung zugehörige, auf unterschiedlichen Textträgern, nämlich fünf Papyri³³, einer Holztafel und drei Ostraka, überlieferte Lehre des Ptahhotep, eines »der zentralen Werke der ägyptischen Weisheitsliteratur« (Junge 2003: 10) (vgl. Eichler 2001; Hagen 2012), enthält »die berühmteste Altersschilderung der altorientalischen Literatur« (Eichler 2001: 97) (s. auch Burkhard 1988: 19)³⁴. Im Prolog der Rahmenhandlung bittet der Wesir Ptahhotep, er soll im 24. Jahrhundert v. Chr. zur Zeit der 5. Dynastie gelebt haben, den König, ihm seinen Sohn als Hilfe – »Stab des Alters« – zur Seite zu stellen. Grund dafür sind seine zunehmende Schwäche und altersbedingte Einschränkungen, Tatsachen, die er sehr drastisch schildert:

»Die Gebrechlichkeit ist eingetreten, das Alter ist hinabgestiegen,
Altersschwäche ist dazugekommen, infantile Schwäche manifestiert sich
erneut,

33 Vollständig erhalten und wahrscheinlich der älteste Text auf Papyrus Prisse (Bibliothèque Nationale de France P. BNF Égyptien 185); dazu: Hagen (2012: 135) sieht ihn als besterhaltenen ägyptischen Papyrus mit literarischem Inhalt an.

34 Burkhard spricht von einer »Abschiedsrede« Ptahhoteps angesichts dessen fortschreitenden Alters und mit ihm verbundenen Darbens.

wer wegen ihr tagaus tagein dahindöst [wörtlich: liegt, bettlägerig ist (?)], ist infantil.

Die Sehkraft ist gering, das Hörvermögen ertaubt,

die Kraft schwindet dem, dem das Herz müde ist.

Der Mund ist schweigsam, er kann nicht mehr reden.

Das Herz (als Denkkorgan) läßt nach, es kann sich nicht (mehr) des Gestern erinnern.

Die Knochen schmerzen wegen der Länge (der Jahre?).

Was (früher) gut war, ist (jetzt) schlecht,

jeglicher Geschmackssinn ist dahin.

Was das Alter den Menschen antut?

Übles in jeder Hinsicht!

Die Nase ist verstopft, sie kann nicht (mehr) atmen (wörtlich: riechen),

infolge des Aufstehens und Sichhinsetzens.« (Übersetzung Fischer-Elfert 2002: 222)

Die Altersklage scheint zunächst keinen Zweifel darüber zuzulassen, was angesichts Ptahhoteps eindrücklichen Lamentos nicht als wünschenswert angesehen wurde. Denn alle von ihm aufgeführten Zeichen des Seniums vermitteln ein Gegenbild der Jugend mit ihr eignendem gutem Visus, Olfaktus und Auditus, verlässlichem Gedächtnis und physischer Kraft. Jan Assmann spricht bezüglich jener Passage von »Personenzerfall« und sieht »das Alter als Zerfall der vom Herzen geleisteten Lebendigkeit beschrieben und auf die Müdigkeit des Herzens zurückgeführt« (Assmann 2001: 37).

Der gesundheitspsychologische Aspekt des »Gesundheitsbewusstseins« – unter dem von ihm in den Diskurs eingebrachten Begriff versteht der Psychologe Toni Faltermaier »ein komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst [...] und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biographischer Entwicklung befinden und abgestimmt werden« (Faltermaier 1994: 164) – erlangt für die vorgestellte Passage aus der Lehre des Ptahhotep durchaus Relevanz. Dies lässt Gedanken angesichts Ptahhoteps subjektiver Schilderung vor dem Hintergrund der hier interessierenden Thematik aufkommen: Wurden das Altern und das Alter als solche in der ägyptischen Gesellschaft prinzipiell eher mit Schwächung, Einschränkung und Krankheit in Verbindung gebracht oder gar gleichgesetzt? Oder sah man diesen Lebensabschnitt zwar als grundsätzlich gesund und lediglich nicht als jugendlich gesund an? Es sei in

diesem Zusammenhang auch noch einmal an die Rezepte gegen ergrauendes Haar erinnert.

Als ideale Lebensspanne wünschte sich der Ägypter 110 Jahre, wie unterschiedlichen Textquellen (Janssen 1950: 33ff.; Fischer-Elfert 2002: 238f.) zu entnehmen ist; es sei ein Beispiel des ins etwa erste Jahrhundert n. Chr. datierenden, im Leidener Rijksmuseum van Oudheden verwahrten Papyrus Insinger³⁵ gegeben, dort heißt es:

(XVII,18–XVIII,5):

»Der Weise, der einen Vorrat findet, dessen Tage verlaufen nicht in Armut. Besser (nur noch) die knappe Lebenszeit dessen, der alt geworden ist, als die lange Lebenszeit dessen, der bettelt.

Die Lebenszeit dessen, der knausrig war, ist vorbeigegangen, ohne dass man ihn (oder es) zur Kenntnis genommen hat.

Das Leben, das sich dem Zenit nähert, ist zu zwei Dritteln (schon) verloren. Denn man verbringt 10 <Jahre> der Kindheit, ohne den Tod und das Leben erkannt zu haben.

Man verbringt weitere 10 <Jahre> damit, an der Ausbildung zu arbeiten, von der man leben kann.

Man verbringt weitere 10 Jahre, indem man spart und sich den Besitz verschafft, von dem man lebt.

Man verbringt weitere 10 Jahre bis zur Erreichung des Alters während man (wörtlich: sein Herz) noch keine Ratschläge erteilt.

Es bleiben 60 Jahre innerhalb der gesamten Lebenszeit, die Thot dem gottesfürchtigen Menschen aufgeschrieben hat.

(Aber nur) einer von einer Million, den Gott segnet, ist es, der sie erlebt, wenn das Schicksal zustimmt.

Weder der Gottlose noch der Gottesfürchtige kennen die Länge der Lebenszeit, die ihnen aufgeschrieben ist.« (Übersetzung Thissen 1991: 300)

Es liegt durchaus nahe, Hermann Grapow recht zu geben mit seiner Annahme »[m]an könnte auf den Gedanken kommen, daß der Ägypter nicht so sehr Wert darauf legte, zu wissen und festzuhalten, wie viele Jahre er lebte, als darauf, daß er lange und wohlbehalten überhaupt lebte. Die ganz vage Zahl von 110 Jahren als Idealalter drückt ja nur den Wunsch aus, möglichst alt zu werden« (Grapow 1956: 17) (vgl. Janssen 1950: 34; Brunner-Traut 1974: 23)³⁶. Dass dieser

35 Inventarnummer: F 95/5.1 HA: vel 8.

36 Brunner-Traut konstatiert: »Die Zulage von 10 weiteren Jahren war nur dem besonders begnadeten Ägypter zugedacht, damit er »10 Jahre nach seiner Last, seiner Unreinheit,

Wunsch nach Erreichung eines hohen Alters verbunden war mit jenem, dies in bestmöglicher Gesundheit zu erleben, steht wohl außer Frage.

Seelische Gesundheit: Ein Appell gegen Hohn und Spott in der Lehre des Amenemope

Im vorliegenden Beitrag begegneten unter Einbettung in den Kontext »Gesundheit« die Phänomene des körperlichen Eingeschränktheits und das Altern bzw. das Alter als solches. Freilich ging man, wie uns Heutigen allen aus eigener Erfahrung heraus geläufig, auch in der altägyptischen Gesellschaft nicht immer nett und rücksichtsvoll miteinander um, das gilt im Besonderen hinsichtlich dieser beiden Gruppen, waren sie doch nicht selten ungewollt Ziel von Verhöhnung und Spott (Fischer-Elfert 2002: 242). Dass solches Agieren keineswegs dem Wohlbefinden und der Gesundheit zuträglich ist, bedarf keiner gesonderten Erwähnung. Gesamtgesellschaftlich war man sich der üblen Folgen unfreundlichen, abwertenden und diskriminierenden Verhaltens ohne Zweifel bewusst; dieses Bewusstsein konkretisierte sich einmal mehr in Gestalt einer ebenfalls der Weisheitsliteratur zugehörigen Lehre, in diesem Falle der in die 20. Dynastie datierenden Lehre des Amenemope. (Shirun-Grumach 1991: 222). Als einzige vollständig erhaltene Handschrift ist der der 26. Dynastie entstammende Papyrus British Museum BM 10474 anzusehen.

Das 25. Kapitel appelliert:

(Pap. BM EA 10474, 24,9-10):

»Lache nicht über einen Blinden und verspötte nicht einen Zwerg!
 Erschwere nicht das Befinden eines Gelähmten.
 Verspötte nicht einen Mann, der in der Hand Gottes ist,
 und sei nicht aufgebracht gegen ihn, <als ob du> ihn angreifen wolltest.
 Der Mensch ist Lehm und Stroh,
 der Gott ist sein Baumeister.
 Er zerstört und er erbaut täglich,
 er macht tausend Geringe nach seinem Belieben,
 und macht tausend Leute zu Aufsichtspersonal,
 wenn er in seiner Stunde des Lebens ist.
 Wie freut sich, wer den Westen erreicht,

seinem Vergehen und seiner Unwahrhaftigkeit: noch Zeit hat, frei von Unzulänglichkeit und Befleckung, ohne Widerwärtigkeit dazusein.«.

wenn er (dann) bewahrt ist vor der Hand Gottes.« (Übersetzung Brunner 1975: 86f.; 1988: 254)

Neben der konkreten Aufzählung vierer Gebrechen, die »stellvertretend für sämtliche im alten Ägypten existent gewesenen Anomalien« (Fischer-Elfert 1996: 93) stehen, etwa von Blindheit, Minderwuchs, Lähmungen Betroffene, und »in der Hand Gottes« (Shirun-Grumach 1991: 247) Befindliche, sprich Besessene – hier sei Roy Porter zitiert: »Madness is an enigma« (Porter 1996: 278) – hat der unmissverständliche an potentielle Spötter gerichtete Appell eine pädagogische Komponente, die die Warnung beinhaltet, jedwede körperlichen und geistigen Beschränkungen vorschnell und ohne Weiteres als »Strafe der Gottheit« (Shirun-Grumach 1991: 247) anzusehen. Außerdem erfolgt der Aufruf, Toleranz zu üben; vor allem aber wohnt dem Appell inne, die seelische Gesundheit der von Anwürfen jeglicher Art Betroffenen zu sichern und sie in die Gesellschaft, wenn nicht selbstverständlich bereits geschehen, zu integrieren wobei »die normative Literatur der (...) Weisheitslehren (...) sich auf die anzustrebende Idealität [beschränkt]« (Fischer-Elfert 1996: 113). Mithin besteht eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Resümee

Wie ein altägyptisches i. e. S. als medizintheoretisch zu klassifizierendes Konzept zu »Gesundheit« hätte ausgesehen haben können, bleibt im Dunklen. Die grundsätzliche Wertschätzung von Gesundheit und Wohlergehen innerhalb der altägyptischen Gesellschaft wird, wie eingangs gesehen, nicht zuletzt aus brieflicher Korrespondenz ersichtlich, die diesbezügliche immanente Sichtweisen und Attitüden klar transportiert. Selbstverständlich ist die Wiederherstellung von Gesundheit oder zumindest ein verbesserter Zustand der Patientinnen und Patienten klares, den medizinischen Texten zu entnehmendes Ziel, wenn auch häufig nur in kurzen Phrasen verbalisiert. Der Einblick in paläopathologische Fakten lässt keinen Zweifel an einer häufig auftretenden, großen Bandbreite verschiedenster Leidensbilder aufkommen. Zufriedenheit mit sich selbst und dem jeweiligen Leben in all seinen Facetten bedingte sich jedoch nicht ausschließlich aus dem Vorliegen reiner physischer Unversehrtheit und konstanter Gesundheit oder lang- und fortdauerndem Gesundsein, sondern ebenso aus der Akzeptanz gewisser Einschränkungen und der Bereitschaft,

mit diesen zufriedenstellend oder nahezu sehr gut umzugehen und zu leben, wie das Exempel des kleinwüchsigen Seneb nahelegt.

Nicht abschließend geklärt werden kann die Frage, ob körperliche Einschränkungen generell als Normvariante gesehen wurden, Betroffene also primär als gesund und eventuell nur in Äußerlichkeiten als vom sozialen Umfeld abweichende Mitmenschen empfunden wurden und ihnen eine vollständige gesellschaftliche Integration sicher war, wobei dies sicherlich von der Art der Einschränkung abhing. Diesen Gedanken zuzuordnen ist Subjektivität vs. Objektivität in Bezug auf den Gesundheitsbegriff im Allgemeinen und das Gesundheitsgefühl in Bezug auf das Individuum im Speziellen; nicht andere legen fest, ob man gesund oder krank ist, sondern das Individuum selbst hat entscheidenden Anteil daran, darüber zu befinden. Für gewisse Personengruppen gelten klare Ausschluss- bzw. Einstellungskriterien, wie die Passage aus dem »Buch vom Tempel« gezeigt hat. Ptahhoteps Altersklage schildert eindrücklich die nicht selten mit mehr oder minder deutlichen Einschränkungen einhergehenden Begleiterscheinungen des Seniums; alt wollte man werden, jedoch nicht auf diese Weise. Wie die Lehre des Amenemope zeigt, ist es unlauter, Alte, Kranke, Schwache zu verlachen, zu verspotten oder zu verhöhnen. Solches Handeln ruft bei Betroffenen Scham und seelisches Leid, bei den »Sendern« desselben vielleicht nur kurzfristige »Genugtuung« hervor. Bedeutender, wenn nicht wichtigster Charakterzug der vorgestellten Exempel aus dem Genre der Weisheitslehren ist deren soziales Korrektiv.

Alles im Kontext »Gesundheit« Verortbare war auch in der altägyptischen Gesellschaft geschätzt und erstrebenswert. Der vorliegende Beitrag hat mittels Vorstellung der präsentierten Quellen u. a. aus unterschiedlichen literarischen Genres versucht, einen Bogen zu Belangen der interdisziplinär angelegten, sich auf dem weiten konzeptuellen Feld von »Krankheit« und »Wiederherstellung von Gesundheit« bewegenden Gesundheitswissenschaften zu schlagen.

Literatur

- Alt, K.W. (2005). Paläopathologie. In: K.-H. Leven (Hg.), Antike Medizin. Ein Lexikon (S. 663–665). München: C.-H. Beck.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Assmann, J. (2001). Tod und Jenseits im Alten Ägypten. München: C. H. Beck.

- Blättner, B. & Waller, H. (2011). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brand, A., Brand, H., Schröder, P. & Laaser, U. (2006). *Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften*. In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 4. vollständig überarbeitete Auflage (S. 255–300). Weinheim: Juvena.
- Brunner-Traut, E. (1974). *Die Alten Ägypter. Verborgenes Leben unter Pharaonen*. Berlin: Kohlhammer.
- Brunner, H. (1975). *Ägyptische Texte*. In: W. Bayerlin (Hg.), *Religionsgeschichtliches Textbuch zum Alten Testament* (S. 29–93). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Brunner, H. (1980). *Lehren*. In: W. Helck & W. Westendorf (Hg.), *Lexikon der Ägyptologie III* (Sp. 964–968). Wiesbaden: Harrassowitz-Verlag.
- Brunner, H. (1988). *Altägyptische Weisheit. Lehren für das Leben*. Zürich: Artemis-Verlag.
- Burkhard, G. (1988). *Ptahhotep und das Alter*. *Zeitschrift für Ägyptische Sprache und Altertumskunde*, 115(1), S. 19–30.
- Caminos, R.A. (1954). *Late-Egyptian Miscellanies*. (LEM) (Brown Egyptological Studies 1). Oxford: Oxford University Press.
- Černý, J. (1939). *Late Ramesside Letters* (Bibliotheca Aegyptiaca BAe IX). Brüssel: Fondation Égyptologique Reine Élisabeth.
- Černý, J. (1973). *A Community of Workmen at Thebes in the Ramesside Period*. *Bibliothèque d'Étude*, 50. Kairo: Institut français d'archéologie orientale du Caire.
- Cher pion, N. (1984). *De quand date la tombe du nain Seneb?* *Bulletin de l'Institut Français d'Archéologie Orientale*, 84, S. 35–54.
- Dasen, V. (1993). *Dwarfs in Ancient Egypt and Greece*. Oxford: Clarendon Press.
- Dawson, W.R. (1938). *Pygmies and Dwarfs in Ancient Egypt*. *The Journal of Egyptian Archaeology*, 24(2), S. 185–189.
- Depauw, M. (2006). *The Demotic Letter. A Study of Epistolographic Scribal Traditions against their intra- and intercultural background* (Band 14 aus der Reihe »Demotische Studien«). Sommerhausen: Gisela Zauzich.
- duden.de/synonyme/Tugend »Tugend« auf Duden online. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/263465/revision/1468365> [14.02.2024].
- Eichler, E. (2001). *Zur Datierung und Interpretation der Lehre des Ptahhotep*. *Zeitschrift für Ägyptische Sprache und Altertumskunde*, 128(2), S. 97–107.

- Erman, A. & Grapow, H. (1957). Wörterbuch der ägyptischen Sprache Band 4, 2. unveränderter Neudruck (Reprint by De Gruyter 2022). Berlin: Akademie-Verlag.
- Faltermaier, T. (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.
- Fischer-Elfert, H.-W. (1996). »Lache nicht über einen Blinden und verspötte nicht einen Zwerg!«: Über den Umgang mit Behinderten im Alten Ägypten. In: M. Liedtke (Hg.), Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung: historische und systematische Aspekte (S. 93–116). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Fischer-Elfert, H.-W. (2002). Aus alt mach jung: Medizinisches und Mentalitätsgeschichtliches zum Alter im Pharaonischen Ägypten. In: A. Karenberg & C. Leitz (Hg.), Heilkunde und Hochkultur II. »Magie und Medizin« und »Der alte Mensch« in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. Naturwissenschaft – Philosophie – Geschichte 16 (S. 221–244). Münster: LIT Verlag.
- Fischer-Elfert, H.-W. (2005). Abseits von Ma'at. Fallstudien zu Außenseitern im Alten Ägypten. Wahrnehmungen und Spuren Altägyptens: Kulturgeschichtliche Beiträge zur Ägyptologie, Band 1. Würzburg: Ergon.
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). Gesundheit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0> [09.10.2023].
- Gardiner, A. H. (1937). Late-Egyptian Miscellanies. (Bibliotheca Aegyptiaca BAe VII). Brüssel: Fondation Égyptologique Reine Élisabeth.
- Grapow, H. (1941). Wie die alten Ägypter sich anredeten, wie sie sich grüßten und wie sie miteinander sprachen, Teil III. Berlin: Akademie Verlag.
- Grapow, H. (1956). Kranker, Krankheiten und Arzt, »Grundriss der Medizin der Alten Ägypter«, Bd. III. Berlin: De Gruyter.
- Hagen, F.N. (2012). An Ancient Egyptian Literary Text in Context. The Instruction of Ptahhotep. *Orientalia Lovaniensia Analecta* 218. Leuven: Peeters.
- Hornung, E., Krauss, R. & Warburton, D.A. (Hg.) (2006). Ancient Egyptian Chronology. *Handbook of Oriental Studies* I 83. Leiden: Brill.
- Janssen, J.M.A. (1950). On the ideal lifetime of the Egyptians. *Oudheidkundige Mededelingen uit het Rijksmuseum van Oudheden te Leiden*, 31, S. 33–44.
- Jeffreys, D. & Tait, J. (2010). Disability, madness, and social exclusion in Dynastic Egypt. In: J. Hubert (Hg.), *Madness, Disability and Social Exclusion*.

- The archaeology and anthropology of ›difference‹. *One World Archaeology* 40 (S. 87–95). London: Routledge.
- Junge, F. (2003). Die Lehre Ptahhoteps und die Tugenden der ägyptischen Welt. *Orbis Biblicus et Orientalis* 193. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Leitz, C. (2020). Die medizinischen Texte aus dem Alten Ägypten. In: A. Karenberg & C. Leitz (Hg.), *Heilkunde und Hochkultur I. Geburt, Seuche und Traumdeutung in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes* (S. 17–34). Berlin: LIT Verlag.
- Leven, K.-H. (1997). *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*. Landsberg/Lech: eco-med.
- Leven, K.-H. (1998). Krankheiten – historische Deutung vs. retrospektive Diagnose. In: N. Paul & T. Schlich (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben – Probleme – Perspektiven* (S. 153–185). Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Leven, K.-H. (2004). At times these ancient facts seem to lie before me like a patient on a hospital bed – retrospective diagnosis and ancient medical history. In: H.J.F. Horstmanshoff & M. Stol (Hg.), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine* (S. 369–387). Leiden: Brill.
- Lichtheim, M. (1975). *Ancient Egyptian Literature. Vol. I: The Old and Middle Kingdom*. Berkeley: University of California Press.
- Lüddekens, E. (1975). Demotisch. In: W. Helck & E. Otto (Hg.), *Lexikon der Ägyptologie I* (S. Sp. 1052–1056). Wiesbaden: Otto Harrassowitz.
- Miller, R.L. (1991). Palaeoepidemiology, literacy, and medical tradition among necropolis workmen in New Kingdom Egypt. *Medical History*, 35(1), S. 1–24.
- Nerlich, A. & Zink, A. (2001). Leben und Krankheit im alten Ägypten. Paläopathologische Untersuchungen in der Nekropole von Theben-West. *Bayrisches Ärzteblatt*, 56(8), S. 373–376.
- Nunn, J.F. (2002). *Ancient Egyptian Medicine*. London: University of Oklahoma Press & British Museum Press.
- Popko, L. (2021a). Der Inhalt des Papyrus Ebers: Eine Lesehilfe. In: L. Popko, U.J. Schneider & R. Scholl (Hg.), *Papyrus Ebers, Die größte Schriftrolle der altägyptischen Heilkunst* (S. 34–53). Darmstadt: wbg Edition.
- Popko, L. (2021b). Text und Übersetzung des Papyrus Ebers. In: L. Popko, U.J. Schneider & R. Scholl (Hg.), *Papyrus Eber. Die größte Schriftrolle zur altägyptischen Heilkunst* (S. 54–257). Darmstadt: wbg Edition.
- Popko, L. (2023). In: T.S. Richter, D.A. Werning, H.-W. Fischer-Elfert, P. Dils, *Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften & Sächsischen*

- Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hg.), *Thesaurus Linguae Aegyptiae*, Version 2.0.2.1 (<https://thesaurus-linguae-egyptiae.de/sentence/ICEBRjeggp5oDoqRhdfxYXf2T2A>).
- Porter, R. (1996). *Mental Illness*. In: R. Porter (Hg.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (S. 278–303). Cambridge: Cambridge University Press.
- Potter, P. (2005). *Diagnose, retrospektive*. In: K.-H. Leven (Hg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon* (S. 220–221). München: C. H. Beck.
- Quack, J.F. (2000). *Das Buch vom Tempel und verwandte Texte. Ein Vorbericht*. *Archiv für Religionsgeschichte*, 2(1), S. 1–20.
- Quack, J.F. (2005). *Tabuisierte und ausgegrenzte Kranke nach dem »Buch vom Tempel«*. In: H.-W. Fischer-Elfert (Hg.), *Papyrus Ebers und die antike Heilkunde* (S. 64–80). Wiesbaden: Harrassowitz Verlag.
- Quack, J.F. (2022). *Altägyptische Amulette und ihre Handhabung. Orientalische Religionen in der Antike. Ägypten, Israel, Alter Orient 31*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Radestock, S. (2015). *Prinzipien der ägyptischen Medizin. Medizinische Lehrtexte der Papyri Ebers und Smith. Eine wissenschaftstheoretische Annäherung*. = Fischer-Elfert, H.-W., Morenz, L. (Hg.) *Wahrnehmungen und Spuren Altägyptens. Kulturgeschichtliche Beiträge zur Ägyptologie 4*. Würzburg: Ergon-Verlag.
- Rösing, F.W. (1990). *Qubbet el Hawa und Elephantine. Zur Bevölkerungsgeschichte von Ägypten*. Stuttgart: Fischer.
- Scheidel, W. (2001). *Death on the Nile. Disease and the Demography of Roman Egypt*. Leiden: Brill.
- Schneider, T. (1997). *Lexikon der Pharaonen. Die altägyptischen Könige von der Frühzeit bis zur Römerherrschaft*, 2. Auflg. Düsseldorf: Artemis & Winkler.
- Scholl, R. (2021). *Georg Ebers: Forschungsreisender, Hochschullehrer, Promotor*. In: L. Popko, U.J. Schneider & R. Scholl (Hg.), *Papyrus Ebers. Die größte Schriftrolle der altägyptischen Heilkunst* (S. 14–33). Darmstadt: wbg Edition.
- Sethe, K. (1903). *Urkunden des Alten Reiches I*. Leipzig: J. C. Hinrichs'sche Buchhandlung.
- Shirun-Grumach, I. (1991). *Die Lehre des Amenemope*. In: O. Kaiser (Hg.), *Texte aus der Umwelt des Alten Testaments. Band 3: Weisheitstexte, Mythen und Epen. Teil 2: Weisheitstexte II* (S. 222–250). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Sweeney, D. (2020). *Letters*. In: I. Shaw & E. Bloxam (Hg.), *The Oxford Handbook of Egyptology* (S. 1055–1071). Oxford: Oxford University Press.

- Tait, J. (2001). Demotic Literature. In: D.B. Redford (Hg.), *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt* 1 (S. 378–381). Oxford: Oxford University Press.
- Thissen, H.J. (1991). Die Lehre des P. Insinger. In: O. Kaiser (Hg.), *Texte aus der Umwelt des Alten Testaments*, Bd 3: Weisheitstexte, Mythen und Epen. Teil 2: Weisheitstexte II (S. 280–319). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Wente, E.F. (1967). Late Ramesside Letters. *Studies in Ancient Oriental Civilization* 33. Chicago: University of Chicago Press.
- Wente, E.F. (2001). Correspondence. In: D.B. Redford (Hg.), *The Oxford Encyclopedia of Ancient Egypt*. 1 (S. 311–315). Oxford: Oxford University Press.
- Westendorf, W. (1977). Gesundheit. In: W. Helck & W. Westendorf (Hg.) *Lexikon der Ägyptologie* II (Sp. 585). Wiesbaden: Otto Harrassowitz.
- Westendorf, W. (1999). *Handbuch der altägyptischen Medizin*. 2 Bde. (HdO I/36 1 und 2). Leiden: Brill.

»De conservanda valetudine« – Über die Erhaltung der Gesundheit

Frühneuzeitliche Perspektiven auf Gesundheitswissen
für eine historische Reflexion auf Gesundheit
in der Postmoderne¹

Malte Wittmaack

1. Einleitung

Die Zielsetzung des vorliegenden Bandes disziplinübergreifend über Gesundheit nachzudenken und so für die Gesundheitswissenschaften die von der WHO geforderte gesamtgesellschaftliche Sorge um Gesundheit in den Blick zu nehmen, ist auch für die Geschichtswissenschaft und vor allem aus Sicht der Körper- und Medizingeschichte der Frühen Neuzeit reizvoll. Die Auseinandersetzung mit historischen Vorstellungen und Konzepten von Gesundheit kann eine andere Perspektive auf uns heute vertraute Vorstellungen und vermeintliche Gewissheiten eröffnen und eine historische Reflexion unserer Gegenwart ermöglichen. Ganz grundlegend kann sich in einer historischen Perspektive zeigen, dass Gesundheit nicht etwas Universelles und in seiner Konzeption Unveränderliches ist. Vorstellungen von Gesundheit unterliegen vielmehr historisch spezifischen Deutungs- und Wissenshorizonten, die in je eigener Weise bestimmen, was Gesundheit ist, wie sie erhalten oder wiederhergestellt werden kann: Die Historisierung von Gesundheitsvorstellungen kann aus den genannten Gründen als wichtiger Baustein für eine gesamtge-

¹ Für wichtige Hinweise und methodische Diskussionen danke ich Antje Flüchter. Für die Diskussion meiner frühneuzeitlichen Perspektiven vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Ansätze zur Patient*innenperspektive danke ich Jan Wittmaack und Jörg Wittmaack.

sellschaftliche Sorge um Gesundheit in der Postmoderne erachtet werden, wie sie von den Herausgeber*innen gefordert wird.

Um die skizzierte Historisierung zu leisten und deren Möglichkeiten und Chancen für die Fragestellung des Bandes zu illustrieren, wird im Folgenden Gesundheitswissen in der Frühen Neuzeit in zwei Perspektiven fokussiert: das Gesundheitswissen innerhalb von Gesundheitsratgebern sowie das Gesundheitswissen innerhalb von Reiseberichten. Die erste Perspektive der Gesundheitsratgeber konzentriert sich dabei stärker auf die Vermittlung von Gesundheitswissen, während der Blick in die Reiseberichte einen Einblick in die praktische Anwendung von Gesundheitswissen ermöglichen kann. Gesundheitswissen wird hier in Anlehnung an Paul Gellert und Florian Tille verstanden als »facts, information, and skills acquired through experience or education, as well as the theoretical or practical understanding of a subject related to health and health-care« (Gellert & Tille 2015: 266).

Im Folgenden wird zunächst danach gefragt, welchen konzeptionellen Grundannahmen Gesundheitswissen in der Frühen Neuzeit im Sinne der von Gellert und Tille betonten »facts« unterlag. Um diese Frage zu beantworten, wird die medizinisch-gelehrte Ebene des Gesundheitswissens in der Frühen Neuzeit, die Humoralpathologie oder Säftelehre vorgestellt. Anschließend werden die Vorworte frühneuzeitlicher Gesundheitsratgeber ausgewertet, um zu fragen, welche praktischen Handlungsanweisungen und welches damit verbundene praktische Gesundheitswissen aus der Humoralpathologie von den Autoren² der Ratgeber abgeleitet werden konnten und an das Publikum der Ratgeber vermittelt werden sollte. Damit werden die »skills« adressiert, die für Gellert und Tille gleichfalls zentrale Bestandteile von Gesundheitswissen sind. Im Anschluss daran werden Reisende in den Fokus gerückt. Thematisiert wird dabei, wie diese Gruppe von Akteuren als größtenteils medizinische Laien Gesundheitswissen konkret anwandte und wie das Wissen in den Reiseberichten mit jenem Wissen der Gesundheitsratgeber korrespondierte, um das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis schlaglichthaft auszuleuchten. In einem letzten Schritt wird ein Versuch unternommen, die Ergebnisse aus der Untersuchung vor dem Hintergrund der Debatten um

2 Anmerkung zu gendersensiblen Sprache: Für die Frühe Neuzeit wird entweder nur die männliche oder die weibliche Form verwendet oder beide Formen. Dies hängt mit der Geschlechterkonzeption der Frühen Neuzeit zusammen, die kein drittes Geschlecht als Identifikationskategorie kannte (Klöppel 2010). Für Aussagen, die sich auf die Gegenwart beziehen, wird gegendert.

health literacy und der Patient*innenautonomie in den Gesundheitswissenschaften der Postmoderne zu reflektieren.

2. Gesundheitswissen in der Theorie: Die Humoralpathologie

Der Statthalter in Schleswig Heinrich Rantzau (1526–1599) schreibt in seinem mehrfach wiederaufgelegten Handbuch »De conservanda valetudine« [Über die Erhaltung der Gesundheit], es sei nicht möglich, dass ein Mensch in einen dauerhaften Zustand der Gesundheit komme »dieweil unsere [= der Menschen] Körper ohne unterlas geendert werden/und zur corruption von anfang bis zum ende wegen des falls unser ersten eltern geneigt« (Rantzau 1585: Vorrede unpag.) sind. Der Ausgangspunkt von Bemühungen um die eigene Gesundheit war also der biblische Sündenfall und die Vertreibung aus dem Paradies (Schreiner 1992: 42; Vanja 2010: 18). Gesundheit und Gesunderhaltung als wichtiger Bestandteil der »Grundfragen menschlicher Existenz« (Schreiner 1992: 43) verbanden sich mit den christlichen Vorstellungen, bezogen sich konzeptionell jedoch vor allem auf die antiken medizinischen Vorstellungen der Humoralpathologie Die Humoralpathologie oder auch Säftelehre war die hegemoniale medizinische Lehre in Mittelalter und Früher Neuzeit: Auf den antiken Schriften von Hippokrates und Galen basierte die Vorstellung, dass der Körper aus vier Säften bestünde: Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle. Diese Säfte waren den vier Elementen zugeordnet (Vgl. Barbezat & Scott 2019: 2). In einem gesunden Körper waren die Säfte im Gleichgewicht. Das Säftegleichgewicht war jedoch nicht eine allgemeine Größe, sondern war für jeden Menschen unterschiedlich und wurde unter anderem durch die Sternenkongstellation zum Zeitpunkt der Geburt verursacht. Dieses individuelle Säftegleichgewicht war die sogenannte Komplexion (vgl. Dawson 2019: 2). Diese musste durch die Lebensführung im Gleichgewicht gehalten werden. Maßgeblich waren dafür die *sex res non naturales*, also jene Dinge, die auf die Gesundheit und damit auch das Gleichgewicht der Säfte Einfluss nehmen konnten: Luft, Nahrung, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Erneuerung und Abfluss der Säfte, Emotionen und Leidenschaften (vgl. Gentilcore 2015: 14). Die Vorstellungen der vier Säfte und der *sex res non naturales* bilden die Grundlage für medizinische Behandlungen und das Verständnis von Gesundheit in der Frühen Neuzeit. Gleichzeitig darf nicht davon ausgegangen werden, dass die Viersäftelehre in der Frühen Neuzeit das einzige Deutungsmuster darstellte. So entwickelte der Arzt Paracelsus im 17. Jahrhundert etwa die Vorstellung,

dass Prozesse innerhalb des Körpers als alchemistische Prozesse aufzufassen sind. Die Verdauung beschrieb er etwa als Gärungsprozess. und entwickelte damit die Grundlage der sogenannten Iatrochemie. Laut Paracelsus gebe es eine enge Beziehung zwischen Mikrokosmos und Makrokosmos (Vgl. Riha 2003: 111ff.). Demnach bestehe eine Beziehung zwischen der »äußeren« Alchimie in der Natur und eine[r] »innere[n]« Alchimie im menschlichen Magen« (Koehler et al. 2023: 132). Damit bezog sich Paracelsus nicht auf die vier Säfte im engeren Sinne, sondern brachte einen anderen Erklärungsansatz ein, als es die Säftelehre mit ihrer »Kochung« der Nahrung im Magen bisher getan hatte. Es konnten also andere Erklärungsmuster und Theorien innerhalb des medizinischen Diskurses artikuliert werden, wie die Iatrochemie, ohne dass dadurch die generelle Logik der Viersäftelehre mit ihrer Vorstellung von einem Körper im Gleichgewicht und einer Bemühung um den notwendigen Ausgleich – durch Beachtung der *sex res non naturales* – in Frage gestellt werden musste.

3. Erhaltung der Gesundheit durch Arbeit und Erfahrung: Gesundheitswissen als praktisches Wissen in frühneuzeitlichen Gesundheitsratgebern

Die erste hier gewählte Perspektive ist das Gesundheitswissen, das in frühneuzeitlichen Gesundheitsratgebern für die Erhaltung der individuellen Gesundheit verhandelt und vermittelt wurde. Die Frage nach unterschiedlichen Formen und Konkretisierungen frühneuzeitlichen Gesundheitswissens für die Leserschaft von Ratgeberliteratur erscheint besonders mit Blick auf die in den Gesundheitswissenschaften diskutierte »Health Literacy« instruktiv (vgl. Chin et al. 2011). Die für die Health Literacy-Forschung besonders wichtige Frage nach den Medien und der Vermittlung von Gesundheitswissen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für das individuelle Gesundheitsverhalten, erhält so eine historische Dimension. Die Darstellung frühneuzeitlicher Vorstellungen des Gesundheitsmanagements als Vorgänger gegenwärtiger Konzepte weisen Letztere als das Ergebnis historischer Prozesse aus und zeigen die Veränderbarkeit von Gesundheitsvorstellungen auf. Gesundheitskompetenz umfasst nach der Definition von Bitzer und Sørensen:

»das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen in Bezug darauf, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in

den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die die Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf erhalten oder verbessern.« (Bitzer & Sørensen 2018: 754)

In der Frühen Neuzeit gab es eine Vielzahl populärer Gesundheitsratgeber (vgl. Stolberg 2007: 60; Ebbing 2008: 78). In den Gesundheitsratgebern manifestierten sich die Vorstellungen der Humoralpathologie und der *sex res non naturales* in Grundsätzen der Mäßigung und dem Bemühen, um eine ausgeglichene Lebensweise. Ziel der Ratgeber war die Erhaltung der Gesundheit, die durch vielfältige äußere Einflüsse bedroht war (vgl. van Beverwijck 1671: 24). Autoren wie der niederländische Arzt Johan van Beverwijck (1594–1647) gingen in ihren Praxisanleitungen daher vom gesunden Körper aus. Krankheit war kein Zustand des Körpers an sich, sondern erwies sich vielmehr als eine Folge dessen, was im Lauf des Lebens auf den Körper einwirkte (vgl. dazu Duden 1987: 163f.). Die *sex res non naturales* konnten den Körper immer wieder aus dem Gleichgewicht bringen und die Autoren der Ratgeber zeigten ihren Leserinnen und Lesern mögliche Gegenmaßnahmen auf, mit denen sie sich und ihre Gesundheit wieder ins Gleichgewicht bringen konnten. Dabei ging es den Autoren der Ratgeber nicht darum, die Grundsätze der Humoralpathologie in ihrer abstrakten Form dem Publikum zu vermitteln. Leserinnen und Leser sollten vielmehr lernen, was für die Erhaltung ihrer Gesundheit wichtig war und welche Maßnahmen sie konkret ergreifen sollten, wie etwa die Durchführung von Aderlässen (vgl. Kreslin 1665). Dass das Gesundheitswissen im Kontext der Ratgeber vor allem die medizinische Alltagspraxis im Sinne der von Sørensen und Bitzer adressierten Gesundheitsförderung betonte (vgl. dazu auch Flüchter 2024: 191ff.), zeigt ein Blick in die Vorworte unterschiedlicher Ratgeber. Der Memminger Stadtarzt Christoph Schörer (1618–1671) beschreibt etwa die Absichten seines Buches in der Vorrede seines mehrfach aufgelegten Ratgebers wie folgt:

»Habe also mir fürgenommen dise Materi/welche die Medici mit einem Wort diaetem nennen/etwas kurtz/und in Regeln zusammen zu=fassen/und auf solch Weiß (ohne einmischung viler Lateinischer Wör=ter vilen zu dienen [...]) Mein absehen aber ist dahin ge=richtet/daß allerley Stands=Persohnen/Hohe/und Nidere/Geistliche/und Weltliche/Mann und Weib//Gelehrte und Ungelehrte/welche die Medicinam nicht verstehen/hierinnen einen Undericht haben mögen/was ihnen [...] zu erhaltung ihrer Gesundheit zu wissen notwendig.« (Schorer 1697: Vorrede unpag.)

Schorer bezog sich in seinem Text nicht auf die einzelnen Aspekte der humoralpathologischen Grundsätze, sondern fasste seine Anmerkungen zur Gesundheit unter dem Begriff der Diätetik zusammen, worunter er und auch andere Autoren der Zeit die Lebensweise verstanden, die Gesundheit erhalten konnte. Diese Lebensweise musste jedoch von den Leserinnen und Lesern der Ratgeber aktiv gestaltet werden und damit war Gesundheit – und das damit verbundene Gleichgewicht der Körpersäfte und das Ausgleichen der *sex res non naturales* – ein Zustand, den zu erreichen für die frühneuzeitlichen Akteurinnen und Akteure vor allem Arbeit bedeutete. Der Jesuit Leonardo Lessius (1554–1623) warb explizit für die Mäßigung als Arbeit zur Erhaltung der Gesundheit. Zwar sei die Umstellung zur Mäßigung durchaus nicht einfach, doch es gäbe stets zu bedenken, dass »solche Beschwer mit vilen Nutzbarckheiten werde erstattet« (Lessius 1697: 87). Unter diese Nutzbarkeiten fällt schließlich, dass die Mäßigkeit »benimbt die Kranck=heiten/machet den Leib wackerich/lustig/hur=tig [...]« (Ebd.). Lessius forderte die Leserinnen und Leser seines Textes zum Handeln auf und machte damit die Leserinnen und Leser für ihre individuelle Gesundheit verantwortlich.

Neben der Mäßigung, die aus den Regeln der Diätetik abgeleitet werden konnte, sprachen die Autoren auch über den Nutzen der eigenen Erfahrung. Denn, so Rantzaus, »wird auch die tegliche expe=rientz/als die beste meiste=rin ferner anzeigung und unterricht geben/das ein jeder bei sich selbst spüren/fühlen und befinden kann/was ihnen be=kompt/und nicht bekommt/wol thut und scha=den zufüget« (Rantzaus 1585: Vorrede, unpag.). Rantzaus wies Gesundheit damit nicht als einen einzig an bestimmten Normwerten und allgemeinen Regeln orientierten und zu verallgemeinernden Zustand aus. Wissen über Gesundheit war damit keine exklusive Expertise der gelehrten Medizin, sondern war bei ihm auch wesentlich dadurch bestimmt, was der oder die einzelne über seine oder ihre eigene Gesundheit im Sinne der jeweilig spezifischen Komplexion der Säfte wusste. Das Rantzaus dabei kein Einzelfall war, zeigt der Text des bereits zitierten niederländischen Arztes Johan van Beverwijck, der über die Erfahrung als Teil des Gesundheitswissens ebenfalls ausführlich berichtete. Er schreibt dazu:

»So mus dan nun ein ieder seine eigne natur kennen/und wissen/was ihm guht/oder nicht guht; geniessen/was seiner natur angenehm/und heilsam; ungenossen lassen/was ihr zuwider/und schädlich; ja ihr als einer Lehrmei=sterin/darinnen stats folgen [...] indem sie durch vil zeuchen zu

erkennen giebet/was sie will/was vor dinge sie suchet/was sie begehret und was ihr zuwider.« (van Beverwijck 1671: 21)

Auch bei Beverwijck findet sich die Erfahrung mit dem eigenen Körper und mit der eigenen Natur. Mit der Natur meint Beverwijck die jeweils spezifische Komplexion der Säfte. Auch bei ihm war die Gesundheit kein für alle Menschen auf die gleiche Weise aufrechtzuerhaltender Zustand. Die Grundlagen der Humoralpathologie bildeten für die Ratgeber der Frühen Neuzeit den wichtigsten konzeptuellen Bezugspunkt für Gesundheitswissen. Doch reichte diese rein theoretische Form des Gesundheitswissens nicht aus, damit jeder seine Gesundheit in der gleichen Weise erhalten konnte. In der humoralpathologischen Theorie war bereits ein individuelles Moment angelegt, indem die Komplexion nicht für alle Menschen identisch war. So war es folgerichtig, dass zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts in einer spezifischen Komplexion mit je spezifischen Maßnahmen regiert werden musste. Diese spezifischen Maßnahmen ließen sich nicht bis ins Detail generalisieren und so musste das gelehrte, aber auf die Alltagspraxis gerichtete Gesundheitswissen durch die Erfahrung mit dem eigenen Körper seitens der Leserinnen und Leser ergänzt werden (vgl. dazu auch Labouvie 2001; Stolberg 2001).

4. Gesundheitswissen in der Praxis: Die Erhaltung der Gesundheit auf Reisen

Reisende bieten sich besonders für die Frage nach Gesundheitswissen in der Praxis an, weil sie oft keine Experten der gelehrten Medizin waren, wie die Autoren der Gesundheitsratgeber. Es wird zu fragen sein, inwieweit das Gesundheitswissen der Reisenden mit dem Wissen in den Gesundheitsratgebern korrespondierte. Es wird daher untersucht, ob und wie sich das in der Ratgeberliteratur verfasste Wissen, das als praktisches Wissen im Sinne der »skills« bei Gellert und Tille analysiert wurde, auch in Reiseberichten findet. Dabei ist zu betonen, dass Ratgeber und Reiseberichte nicht in einem direkten Verhältnis stehen. Es soll nicht suggeriert werden, dass die Reisenden die hier besprochenen Gesundheitsratgeber unmittelbar rezipiert hätten. Bei der Frage nach dem Gesundheitswissen in den Reiseberichten ist vor allem das Gesundheitswissen der Patientinnen und Patienten relevant, das Gunnar Stollberg und Jens Lachmund stark gemacht haben:

»Allerdings wird Krankheit in der Welt des Patienten oft in einer ganz anderen Weise konstruiert, als im Rahmen des Diskurses der wissenschaftlichen Medizin. Das liegt nicht nur daran, daß das offizielle medizinische Wissen überhaupt nur in fragmentierter und trivialisierter Form in den Bestand des Alltagswissens einer Gesellschaft eingeht; es liegt vor allem auch daran, daß die Handlungs- und Deutungsbedürfnisse im alltäglichen Umgang mit Krankheit andere sind als die von Ärzten und medizinischen Forschern.« (Lachmund & Stollberg 1995: 11)

Es ist zu fragen, wie stark das Wissen der Ratgeber als praktisches, aber dennoch von medizinischen Experten präsentiertes Wissen mit dem Alltagswissen der Reisenden korrespondierte. Welche Aussagen lassen sich aus dem Kontrast von Ratgebern und Reiseberichten über die Beziehung zwischen Experten und Laien sowie dem Verhältnis zwischen Theorie und Praxis mit Blick auf frühneuzeitliches Gesundheitswissen treffen? Diese zweite Perspektive berührt zentral das Anliegen der Health-Literarcy-Forschung (Schaeffer et al. 2017) mit Blick auf die Gesundheitskompetenz von Laien und kann zudem Fragen und Perspektiven auf die teils asymmetrische Beziehung zwischen Expert*innen und Laien, sowie Theorie und Praxis generieren, die in gegenwärtigen Debatten diskutiert werden (vgl. Gerfertz-Schiefer 2024). Die gewählte Perspektive kann dabei helfen, der historischen Genese dieser Asymmetrie (vgl. Wiesemann 2001) auf die Spur zu kommen.

Der Forschungsreisende Carsten Niebuhr (1733–1815) schrieb über den Tod seiner Reisegefährten unter den ungewohnten Umständen, die durch die Reise bedingt waren, sowie seinen eigenen Umgang damit:

»Man irret, wenn man vermuthet, daß meine Reisegefährten durch ansteckende Seuchen hinge=rissen wurden, weil sie so bald nach einander gestorben sind. Ich glaube vielmehr, daß wir selbst Schuld an unsern Krankheiten gewesen sind, und also andere sich leicht davor hüten können. Unsere Gesellschaft war zu groß, als daß wir uns frühzeitig hätten bequemen sollen, nach der Art des Landes zu leben. In verschiedenen Monaten hatten wir gar kein trickbares starckes Getränk erhalten können, wozu wir doch gewohnt waren, gleich wohl aßen wir beständig Fleischspeisen, welche in allen heißen Ländern für sehr ungesund gehalten werden. Die kalte Abendluft war uns an heissen Tagen so angenehm, daß wir uns ihr zu sehr aussetzten. Auch auf die sehr merkliche Verschiedenheit der Wärme in den bergigen Gegenden, und den niedrigen Ebenen, hätten wir aufmerksamer seyn sollen. [...]. Ich selbst bin noch beym Leben meiner Gefährten, weil ich so

wie sie gerne nach europäischer Art leben wollte, einigemal sehr krank gewesen. Aber seitdem ich bloß mit Morgenländern umgeben war, und nun lernete wie man sich in diesen Ländern in acht nehmen müsse; so reiste ich [...], bey völliger Gesundheit, und ohne viel Verdrießlichkeiten mit den Einwohnern jener Länder gehabt zu haben.« (Niebuhr 1772: IX-X)

Der Reisende Niebuhr verstand die Erhaltung der Gesundheit unter den ungewohnten Umständen vor allem als Arbeit, denn es ging ihm darum, aktiv die eigenen Gewohnheiten zu ändern, um die Gesundheit aufrecht erhalten zu können. Das dies der Fall ist, zeigt sich auch in der Formulierung, dass Niebuhr die Gesundheit einige Male ebenfalls eingebüßt hatte, weil er versucht hatte, wie seine verstorbenen Gefährten, nach »europäischer Art« zu leben, also gemäß der ihm bisher aus der Heimat vertrauten Diätetik. Mit dem Verweis auf Nahrung und Getränke adressierte Niebuhr die *sex res non naturales*, bezog sich aber nicht nur auf die theoretischen Überlegungen der Humoralpathologie, sondern verwies auch auf die Erfahrung als wichtiger Indikator für die Erhaltung der Gesundheit. Denn nachdem Niebuhr schließlich »lernete wie man sich in diesen Ländern in Acht nehmen müsse« (Niebuhr 1772: X), konnte er seine Gesundheit auch unter dem Einfluss bisher unvertrauter Bedingungen im Osmanischen Reich problemlos erhalten und sie wieder ins Lot bringen. Über die Erfahrung sprach auch der Gesandtschaftsreisende Gerhard Cornelius von den Driesch (1688–1758). Er berichtet über eine im Osmanischen Reich übliche, aber den Ärzten, die die Reisegruppe begleiteten, unbekannt Krankheit:

»Es ist zwar an dem, daß diese Herrn [=Ärzte] solche in dasigen Ländern gar gewöhnliche und sehr um sich reissende Krankheit gleich anfangs nicht recht erkennt/jedoch durch die Erfahrung das Ubel dermassen eingesehen, daß sie nachgehends einen gar leicht davon ab=helpen kunten/wann man sie noch zur rechten Zeit um Hülff angesprochen.« (Von den Driesch 1723: 167)

Es war auch für Driesch schließlich die Erfahrung mit der ungewohnten Erkrankung, die den Ärzten half, die Erkrankung schließlich behandeln und Gesundheit wiederherstellen beziehungsweise schützen zu können.

Der Erfahrung zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit schrieben die medizinischen Laien wie Niebuhr und Driesch große Bedeutung zu, sowohl mit Blick auf sich selbst als auch mit Blick auf das Handeln von Ärzten in der Praxis. Wichtig bleibt zu betonen, dass die Situation des

Reisens eine war, die Reisende vor allem mit neuen, für sie ungewohnten klimatischen Bedingungen oder unbekanntem Speisekonsum konfrontierte. Sie waren also schon aufgrund der Reisesituation darauf angewiesen, Erfahrungen zu sammeln und mussten ihr Handeln auf die konkrete Situation orientieren. Interessant ist jedoch, dass sowohl Niebuhr als auch Driesch – und es ließen sich noch einige Reisende mehr nennen (vgl. dazu Wittmaack 2024) –, der Erfahrung für Gesundheitsfragen in der Praxis Autorität zusprachen, wie es die Gesundheitsratgeber ebenfalls taten. Die Autorität von Erfahrungswissen beanspruchte etwa Niebuhr dabei nicht nur für sich selbst, vielmehr konnte er seine Erfahrungen mit Blick auf zukünftige Reisende verallgemeinern. Er betonte, dass »andere sich leicht davor hüten können« ebenfalls krank zu werden und schilderte im Anschluss daran, seine und die Erfahrungen seiner Reisegefährten. Auch Driesch konnte feststellen, dass die Erfahrung der Ärzte mit der unbekanntem Erkrankung schließlich dazu beitrug, dass sie zukünftig »einen gar leicht davon ab=helfen konnten«. Erfahrungswissen war etwas, das sowohl für Experten und als auch für Laien vor dem Hintergrund humoralpathologischer Gesundheitsvorstellungen, auch über die eigene Situation hinaus, eine große Bedeutung hatte. Patienten bewiesen über den Bezug auf Erfahrungswissen Gesundheitskompetenz und Kenntnisse über ihren eigenen Körper. Dabei hatte das Gesundheitswissen auf Seiten der Patientinnen und Patienten vor allem auch einen praktischen Nutzen: Einen Arzt zu konsultieren, war nicht für alle Menschen in der Frühen Neuzeit ohne weiteres möglich, denn die Behandlungskosten mussten beispielsweise erst einmal aufgebracht werden (vgl. Flüchter 2020). Ärzte hingegen wiesen mit dem Bezug auf Erfahrungswissen ihre Kompetenz aus. Auch wenn sich Patientinnen und Patienten in anderer Weise auf Erfahrungswissen bezogen als Ärzte, war Erfahrungswissen für Laien und Experten im Kontext frühneuzeitlichen Gesundheitswissens eine Ressource, mit der vor allem auch die Patientinnen und Patienten Autorität für ihr Gesundheitswissen beanspruchen konnten. Es zeigt sich darin etwas, was auch Lachmund und Stollberg herausgearbeitet haben: Im Kontext der Humoralpathologie ist das Wissen um Gesundheit und Krankheit »nicht auf die Ärzte eingeschränkt [...] [und es kann] jeder für sich in Anspruch nehmen, etwas Ernstzunehmendes über Krankheit und Gesundheit zu sagen« (Lachmund & Stollberg 1995: 123).

5. Frühneuzeitliche Perspektiven auf Gesundheit in der Postmoderne: Ein Reflexionsversuch am Beispiel vom Gesundheitswissen und Gesundheitskompetenz

Das frühneuzeitliche Gesundheitswissen war in seiner theoretischen Ausprägung der Humoralpathologie ein Wissen, das den Menschen und seine Gesundheit in der Welt verortet sah. Gesundheit konnte durch viele Dinge beeinflusst werden und war aufgrund dieser sehr unterschiedlichen Einflussfaktoren ein äußerst fragiler Zustand, der nicht einfach aufrecht zu erhalten war. Wie fragil die Gesundheit in der Frühen Neuzeit gedacht wurde, zeigt auch der Blick in die Ratgeberliteratur, die aus dem theoretischen Wissen praktische Handlungsanleitungen für ihre Leserinnen und Leser zu formulieren versuchte. In den Ratgebern waren die *sex res non naturales* dabei der Ausgangspunkt der praktischen Überlegungen der Autoren. Es ging dabei vor allem um Mäßhaltung und Mäßigung, um die Gesundheit zu erhalten. Die Autoren dachten die Krankheit ausgehend von der Gesundheit. Zudem hoben die Ratgeber den Wert der eigenen Erfahrung und die Kenntnis des eigenen Körpers für die Regulierung der Gesundheit hervor. Der Bezug auf die Erfahrung mit der je eigenen Komplexion machte aus den humoralpathologischen Grundsätzen keinen allgemeinen und fixierten Rahmen für die Vorstellungen von Gesundheit, sondern bot den Leserinnen und Lesern einen bestimmten Handlungsspielraum und machte ein Austarieren der individuellen Gesundheit nötig. Dieser Erfahrung der Patientinnen und Patienten kam in ähnlicher Weise Autorität zu, wie den theoretischen Grundsätzen der antiken Säftelehre. Gesundheit wurde in den Ratgebern als Arbeit aufgefasst, die Erhaltung der Gesundheit war eine Aufgabe für jede einzelne und jeden einzelnen. In dieser Konzeption von Gesundheit, die durch äußere Phänomene beeinflusst wurde, sich aber auch durch eine starke Sensibilität für das Erfahrungswissen der Menschen um die eigene Gesundheit und dessen Autorität auszeichnete, liegt eine Chance zur Reflexion:

Der Mensch und seine Gesundheit waren nicht ausschließlich durch einen medizinischen Blick von außen bestimmt, sondern die Autorität des Patienten oder der Patientin für die eigene Gesundheit war stets ein wichtiger Teil der Betrachtung. Der Patientinnen und Patienten waren kein Objekt medizinischer Betrachtungen, sondern ihr Gesundheitswissen aus der eigenen Erfahrung wurde in der frühneuzeitlichen Vorstellung von Gesundheit ernst genommen. So schreibt Barbara Duden etwa über die Diagnosearbeit von Arzt und Patientinnen im 18. Jahrhundert: »Eine innere, wahrnehmende Erfahrung

und ein äußerer Blick [des Arztes] ergänzen sich zu einer Interpretation« (Duden 1987: 128).

Die historische Reflexion frühneuzeitlichen Gesundheitswissens erweist sich mit Blick auf die Patientinnen und Patienten und das individuelle Gesundheitswissen als interessante Perspektive auf Gesundheit in der Postmoderne: Die Einsicht in die Bedeutung der Perspektive der Patientinnen und Patienten für die Diagnostik und Gesundheitsvorsorge deutet auf eine weniger asymmetrische Beziehung zwischen Ärzten und Behandelten hin, wie sie von Patient*innenverbänden oder aus der Medizinethik in den letzten Jahren verstärkt gefordert wird (vgl. Wolf 2011). Es geht dabei nicht um eine Gleichberechtigung zwischen Arzt und Behandelten, sondern um eine bewusste Wahrnehmung und den Einbezug der Patient*innenperspektive in den Behandlungsprozess und die Therapieauswahl. Die frühneuzeitliche Perspektive auf das Gesundheitswissen zeigt, dass die Ärzte in den Ratgebern zwar die Regeln formulieren, für die sie durch ihre theoretische Ausbildung Experten waren, doch betonten sie eben auch immer wieder die Erfahrung der Patientinnen und Patienten, ohne deren Einbezug Gesunderhaltung nicht denkbar war. Besonders zeigte sich beim Blick auf die Praxis, dass Reisende wie Niebuhr und Driesch der eigenen Erfahrung, wie der Erfahrung der Ärzte, Autorität in Gesundheitsfragen zuschrieben. Patienten wie Niebuhr erlebten sich vor dem Hintergrund des frühneuzeitlichen Gesundheitswissens als kompetent für ihre eigene Gesundheit, was jedoch auch stets im Kontext der Reise gesehen werden muss, bei der ein Arzt nicht ohne weiteres greifbar war. Aber dennoch ist die Autorität der Erfahrung ein spannender Befund, der als Perspektive auf gegenwärtige Fragen von Gesundheitskompetenz genutzt werden kann.

Die Definition bei Sørensen und Bitzer geht stark von externen Gesundheitsinformationen aus, die von Menschen verstanden werden müssen, die Bedeutung der eigenen Erfahrung scheint kein expliziter Teil von Gesundheitskompetenz und Gesundheitswissen der Gegenwart zu sein. Dieser Befund darf nicht als Bewertung oder gar aktivistisches Plädoyer für eine erfahrungsbasierte Form der Gesundheitskompetenz aus der Frühen Neuzeit heraus missverstanden werden. Vielmehr zeigt die Darstellung frühneuzeitlicher Formen des Gesundheitswissens in Theorie und Praxis gegenüber gegenwärtigen Vorstellungen, dass Gesundheitskonzepte und Gesundheitswissen veränderbar und von historischen Variablen abhängig sind. Der Unterschied zwischen gegenwärtigem und frühneuzeitlichem Gesundheitswissen lässt die »Differenzierungen von Experten- und Laienwissen« (Lachmund & Stoll-

berg 1995: 224) erst deutlich werden und kann zur Reflexion gegenwärtiger Gesundheitsvorstellungen anregen.

Frühneuzeitliches Gesundheitswissen in Gesundheitsratgebern und in der Praxis zu untersuchen, kann – von diesem Befund ausgehend – einen wichtigen Beitrag zu Fragen von Gesundheit in der Postmoderne leisten. Die uns gegenwärtig fremden Konzepte der Humoralpathologie und die damit verbundene umfassendere Betrachtung von Gesundheit, als einen fragilen und von außen stets bedrohten Zustand, kann uns dafür sensibilisieren, nach Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu fragen, die sich außerhalb der klassischen Disziplinen bewegen, die sich mit Gesundheit und Gesundheitswissenschaften befassen. Das Problem einer zweifelfreien Diagnostik in der Medizin, die der Krankheit einen Namen geben kann, ist in der Medizin »etwas verhältnismäßig Neues« (vgl. Eisenreich 2021). Der Einbezug des Gutheitswissens der Patientinnen und Patienten, das sich in der Frühen Neuzeit zu einem nicht unbedeutenden Anteil auf Erfahrung stütze und im Laufe des 19. Jahrhunderts zugunsten einer »Kollektivierung des Kranken« (Wiesemann 2001) verdrängt wurde, löst sich erst langsam wieder zugunsten einer Patient*innenperspektive auf. Historische Reflexionen aus der Frühen Neuzeit können solche Phänomene, wie die Kollektivierung des Kranken als das Ergebnis historisch kontingenter Prozesse sichtbar machen und helfen, eine veränderte Perspektive auf die vermeintlich unhintergehbare Konzeption von Gesundheitswissen in der Postmoderne zu gewinnen.

Wichtig bleibt dabei jedoch, dass die historische Reflexion keine Blaupause für Gesundheitsfragen der Gegenwart ist. Es kann daraus kein direkt handlungsleitendes Wissen für unsere Gegenwart gewonnen werden. Sie ist nicht mehr, aber auch nicht weniger eine Perspektive der Reflexion, die unsere gegenwärtige Haltung zu Gesundheit als das Ergebnis historischer Prozesse ausweisen und uns alternative Möglichkeiten aufzeigen kann, Gesundheit zu denken. Das Wissen, das aus dieser Reflexion entsteht, zeigt Gesundheit und Gesundheitswissen als wandelbar und nicht überzeitlich und macht Gesundheitsvorstellungen auf diese Weise überhaupt einer Reflexion zugänglich.

Literatur

- Barbezat, M.D. & Scott, A.M. (2019). Introduction: Bodies, Fluidity, and Change. In: M.D. Barbezat & A.M. Scott (Hg.), *Fluid Bodies and Bodily Fluids in Premodern Europe* (S.). Amsterdam: ARC Humanities Press.
- Bitzer, E.M. & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz–health literacy. *Das Gesundheitswesen*, 80(08/09), S. 754–766.
- Chin, J., Morrow, D.G., Stine-Morrow, E.A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J.F. & Murray, M.D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *Journal of health communication*, 16(sup3), S. 222–241.
- Dawson, M.S. (2019). *Bodies complexioned: Human variation and racism in early modern English culture, c. 1600–1750*. Manchester: Manchester University Press.
- Duden, B. (1987). *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ebbing, T. (2008). *Körpermitte: eine Kulturgeschichte des Bauches seit der frühen Neuzeit*. New York: Campus Verlag.
- Eisenreich, R. (2021). »Sie haben nichts.«. *Science Notes. Das Magazin für Wissen und Gesellschaft: Thema Nichts*. Verfügbar unter: [https://sciencenotes.de/thema-nichts/sie-haben-nichts/\[14.05.2025\]](https://sciencenotes.de/thema-nichts/sie-haben-nichts/[14.05.2025]).
- Flüchter, A. (2020). Frauen und Medizin im Laufe der Zeit. *Nervenheilkunde*, 39(07/08), S. 452–460.
- Flüchter, A. (2024). »Models of the World«—»Talking about Change«? In: A. Flüchter, K. Kramer, R. Mertens & S. Schwandt (Hg.), *Comparing and Change: Orders, Models, Perceptions* (S. 167–205). Bielefeld: transcript Verlag.
- Gellert, P. & Tille, F. (2015). What do we know so far? The role of health knowledge within theories of health literacy. *European Health Psychologist*, 17(6), S. 266–274.
- Gentilcore, D. (2015). *Food and Health in Early Modern Europe. Diet, Medicine and Society, 1450–1800*. London: Bloomsbury.
- Gerfertz-Schiefer, N. (2024). *Patientenautonomie ermöglichen*. PharmAustria. Verfügbar unter: [https://www.medmedia.at/pharm-austria/patientenautonomie-ermoenlichen/\[13.05.2024\]](https://www.medmedia.at/pharm-austria/patientenautonomie-ermoenlichen/[13.05.2024]).
- Klöppel, U. (2010). *XXoXY ungelöst: Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität*. Bielefeld: transcript Verlag.

- Koehler, U., Degerli, M.A., Hildebrandt, O., Conradt, R. & Koehler, J. (2023). Über »Kochung« und »Gärung« zum oxidativen Stoffwechsel. *Pneumologie*, 78(02), S. 131–134.
- Kreslin, G. (1665). *Neu-vermehrtes und verbessertes Aderlaß-Büchlein: das ist: ein astronomischer Grund und Bericht vom Aderlassen, Schrepffen und Baden zu Erhaltung menschlicher Gesundheit und Verlängerung des Lebens, biß zu seinem von GOTT und der Natur bestimmten Tode und Ende desselbigen; allen und jeden Menschen nicht allein sehr nützlich zulesen, sondern auch höchst nothwendig zuwissen.* Nürnberg: Endter.
- Labouvie, E. (2001). Der Leib als Medium, Raum, Zeichen und Zustand. Zur kulturellen Erfahrung und Selbstwahrnehmung des schwangeren Körpers. In: P. Münch (Hg.), »Erfahrung« als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte (S. 115–126). München: Oldenbourg.
- Lachmund, J. & Stollberg, G. (1995). *Patientenwelten: Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien.* Opladen: Leske + Budrich.
- Lessius, L. (1697). *Kunst lang zu leben/Oder ein Bewehrtes Mittel/Den Menschlichen Leib in Gesundheit/auch ohne Verlegung der Sinnen/Verstands und Gedächtnuß biß auffß höchste Alter zu erhalten.* Augsburg: Hauser.
- Niebuhr, C. (1772). *Beschreibung von Arabien: aus eigenen Beobachtungen und im Lande selbst gesammelten Nachrichten.* Kopenhagen: Nicolaus Möller.
- Rantzau, H. (1585). *De conservanda valetudine. Das ist: Von erhaltung menschlicher gesundheit.* Leipzig: Gedruckt bey Hans Steinmann.
- Riha, O. (2003). Mikrokosmos Mensch. Der Naturbegriff in der mittelalterlichen Medizin. In: D. Peter (Hg.), *Natur im Mittelalter* (S. 111–123). Berlin: Akademie Verlag.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Messer, M., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2017). Health literacy in Deutschland. In: J.M. Pelikan & S. D. (Hg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 129–143). Bern: hogrefe.
- Schorer, C. (1697). *Christoph Schorers, Der Philosophi Vnd Artzney Doctors, Fürstlich. Württembergisch. Mümpelgartischen Raths, vnd deß Heil. Reichs-Stadt Memmingen bestellten Physici, Reglen der Gesundheit: Rey-senden vnnnd Anheimischen, Hohen vnd Nidern, Gelehrten, vnd Ungelehrten nützlich zule-sen, vnd noch nützlicher ihnen nachzukommen.* Ingolstadt: Gedruckt bey Thomas Graß.
- Schreiner, K. (1992). Der Sündenfall Adams und Evas in seiner Bedeutung für die soziale, seelische und körperliche Verfaßtheit des Menschen. In: K.

- Schreiner & N. Schnitzer (Hg.), *Gepeinigt, begehrt, vergessen : Symbolik und Sozialbezug des Körpers im späten Mittelalter und in der frühen Neuzeit* (S. 41–84). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Stolberg, M. (2001). *Der gesunde Leib. Zur Geschichtlichkeit frühneuzeitlicher Körpererfahrung*. In: P. Münch (Hg.), *Erfahrung« als Kategorie der Frühneuzeitgeschichte* (S. 37–57). Berlin: Oldenbourg.
- Stolberg, M. (2007). *Zeit und Leib in der medialen Kultur der Frühen Neuzeit*. In: A. Brendecke, R.-P. Fuchs & E. Koller (Hg.), *Die Autorität der Zeit in der Frühen Neuzeit* (S. 49–67). Berlin: Lit Verlag.
- van Beverwijck, J. (1671). *Schatz der Gesundheit, das ist, kurtzer Begriff der allgemeinen Bewahrkunst*. Amsterdam: Bei Johan Blauen.
- Vanja, C. (2010). *Medizin, Religion und Magie–Krankheit und Heilung in der Frühen Neuzeit*. In: M. Mommburg & D. Schulte (Hg.), *Das Verhältnis von Arzt und Patient. Wie menschlich ist die Medizin* (S. 9–35). Berlin: Wilhelm Fink Verlag.
- Von den Driesch, G.C. (1723). *Historische Nachricht von der Röm. Kayserl. Groß-Botschafft nach Constantinopel: welche auf allergnädigsten Befehl Sr. Röm. Kayserlichen und Catholischen Majestät Carl des Sechsten, nach glücklich vollendeten zweyjährigen Krieg, Der Hoch- und Wolgebohrne des H.R. ReichsGraf Damian Hugo von Virmondt, rühmlichst verrichtet. Worinnen ganz besondere Nachrichten von der Türken Policy, Religion, Griechischen Antiquitäten und andern merkwürdigen anderswo vergeblich gesuchten Sachen, zu finden; dabey vieles mit den accuratesten Kupfern erläutert ist*. Nürnberg: bey Peter Conrad Monath.
- Wiesemann, C. (2001). *Selbstbestimmte Patienten?–Die Nutznießer der Medizin und ihre Rechte. Das Gesundheitswesen*, 63(10), S. 591–596.
- Wittmaack, M. (2024). *Körper – Ordnungen – Weltverhältnisse. Historisch-somatologische Perspektiven auf den verglichenen Körper am Beispiel des Kulturkontaktes mit dem Osmanischen Reich im Spiegel deutschsprachiger Reiseberichte 16.–18. Jahrhundert*. Unveröffentlichte Dissertation. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Wolf, H.-D. (2011). *Gesundheitskompetenz als Chance: Die Gesundheitsregion Würzburg – Bäderland Bayerische Rhön*. In: M. Bachinger, H. Pechlauer & W. Widuckel (Hg.), *Regionen und Netzwerke: Kooperationsmodelle zur branchenübergreifenden Kompetenzentwicklung* (S. 335–343). Wiesbaden: Gabler.

Populärmusikforschung und Public Health

Inter- und transdisziplinäre Perspektiven auf Populäre Musik und Gesundheit

Melanie Ptatscheck

Einleitung

In der aktuellen Ausgabe des *Handbuch Gesundheitswissenschaften* beleuchten Razum und Kolip (2020) die für die Gesundheitswissenschaften thematisch relevanten Felder und ihre fachliche Breite. Sie zeigen dabei, »wie gewinnbringend es ist, wenn verschiedene Disziplinen gemeinsam einen Blick auf die Probleme der Gesundheit der Bevölkerung, auf Prävention und Versorgung [...] werfen« (ebd.: 19). Trotz ihres Anspruchs auf Interdisziplinarität schließen sie jedoch Forschungsfelder, wie beispielsweise die Populärmusikforschung (im internationalen Diskurs als »Popular Music Studies« bezeichnet), aus dem gesundheitswissenschaftlichen Diskurs weitestgehend aus. Während die Bedeutung von Musik für die Gesundheitswissenschaften in erster Linie auf die Wirkung von (kollektiven) musikalischen Aktivitäten auf das (subjektive) Wohlbefinden abzielen (z.B. MacDonald et al. 2012; DeNora 2013; Bernatzky & Kreutz 2015; DeNora & Ansdell 2017; Kreutz 2017; Kreutz & Georgi 2017) und das Forschungsfeld der Musikergesundheit vornehmlich im Bereich der europäischen Kunstmusik¹ aus musikphysiologischer und -medizinischer

1 Dies wird beispielsweise an Themen deutlich, die in der Zeitschrift *Musikphysiologie und Musikermedizin* veröffentlicht werden, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin. Seit der Ersterscheinung der Zeitschrift im Jahr 1994 werden bis auf wenige Ausnahmen (Mong & Saupe 2021) ausschließlich gesundheitsbezogene Themen im Kontext von europäischer Kunstmusik behandelt. Obwohl in den letzten Jahren im internationalen Raum vermehrt Studien veröffentlicht wurden, welche die Arbeitsrealitäten und damit verbundenen Herausforderungen und Belastungen von Akteurinnen und Akteuren im Popmusikbusiness adressie-

Perspektive betrachtet wird (z. B. Schuppert & Altenmüller 2018), fehlt es an sozial- und kulturwissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit Verhandlungen von Gesundheit und Krankheit in popkulturellen Kontexten², speziell mit dem Fokus auf populäre Musik³. Dies verwundert, denn Kunst und Kultur, einschließlich (populärer) Musik, sind spätestens mit der Institutionalisierung der Health Humanities mit Beginn des 21. Jahrhunderts im angloamerikanischen Raum (Crawford et al. 2020) ein zentraler Bestandteil gesundheitswissenschaftlicher Diskurse. Doch auch innerhalb der Health Humanities wird das Potential der Erforschung von Musik und ihren Kulturen in Verbindung mit Gesundheits- und Krankheitsthemen noch nicht ausreichend ausgeschöpft. So finden bis dato kaum Untersuchungen zu gesundheitsbezogenen Narrativen statt, welche durch populäre Musik vermittelt werden und einen Einfluss auf das Gesundheits-, Krankheits- und Risikoverhalten von Personen und Gesellschaft haben können. Neben toxischen Glaubenssätzen und Mythen (z. B. »Sex, Drugs, and Rock'n'Roll«, »Tortured Genius«, »Club 27«), welche die Geschichte und Praktiken populärer Musik geprägt haben und einen Einfluss auf gesundheitsgefährdende Verhaltensmuster ihrer Repräsentat*innen und Rezipient*innen haben können (Ptatscheck 2020), hat sich vor allem im letzten Jahrzehnt gezeigt, dass populäre Musik auch gesundheitsförderndes Potential in sich trägt: Es ist zu beobachten, dass vermehrt prominente Musiker*innen, wie beispielsweise *Billie Eilish*, *Lizzo* oder *Kendrick Lamar*, das Stigma um physische und psychische Erkrankungen brechen, indem sie offen über ihre gesundheitlichen Probleme sprechen und sie auf eine künstlerische Weise in den öffentlichen Diskurs einbeziehen. Hierdurch hat sich ein Trend in der Popkultur herausgebildet, der aus populärmusikwissenschaftlicher Perspektive nicht nur auf (musik-)ästhetischer Ebene (z. B. anhand von Songtexten, Musikvideos, Social Media Beiträgen etc.) analysiert werden kann, sondern sich auch im Spannungsfeld von Aufklärungsarbeit und Kommerzialisierung von Gesundheitsthemen in populärer Musik diskutieren

ren (z. B. Brunt & Nelligan 2020; Gross & Musgrave 2020; Musgrave 2022a, 2022b), erhält die Zielgruppe im deutschsprachigen Bereich nur wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit (Ptatscheck 2021b, 2021c, 2024, 2024 im Ersch.).

- 2 Eine Ausnahme in diesem Bereich bilden Auseinandersetzungen mit populärer Musik im Kontext der Disability Studies (z. B. McKay 2009; Waltz & James 2009; Lubet 2011; McKay 2013; Howe et al. 2016; McKay 2019).
- 3 Populäre Musik versteht sich hierbei nicht als eingeschränktes Genre, sondern als Überbegriff für verschiedene Stile populärer Musik (einschließlich Jazz, Schlager, Musical etc.) und ihre vielfältigen Kulturen (vgl. Appen et al. 2014; Hoyer et al. 2017).

lässt. Darüber hinaus können durch populäre Musik Gesundheitsthemen kommuniziert, Identifikationsmöglichkeiten aufgezeigt und Orientierungshilfen für gesundheitsfördernde Handlungsweisen angeboten werden, die einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten können – und damit eine zentrale Verbindung zwischen Public Health und der Populärmusikforschung herstellen.

Die Populärmusikforschung hat sich in den vergangenen Jahren national und international als Gegenstand der Musikforschung etablieren können (Appen et al. 2014). Ihre Verortung erfolgt meist im Rahmen der systematischen Musikwissenschaft, die u. a. aus Musiksoziologie, Musikpsychologie und musikalischer Ästhetik besteht. Von Appen et al. (2014: 7) weisen jedoch darauf hin, dass »Popmusikforschung sich keineswegs nur auf herkömmliche musikwissenschaftliche Fragestellungen und Methoden stützt, sondern stark interdisziplinär arbeitet und organisiert ist«. Musikalische Phänomene sind hierbei nicht losgelöst von ihren gesellschaftlichen Strukturen zu betrachten. Die komplexen Wechselverhältnisse können in Anlehnung an Jost (1982) sowohl vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Bedingungen analysiert werden – u. a. in Bezug auf die Frage, was musikalische Erscheinungen über bestimmte gesellschaftliche Tendenzen einer Zeit aussagen, als auch in Bezug auf die soziale Funktion von Musik. Eine solche Perspektive öffnet den Blick dafür, »daß [sic!] Kunst, Literatur und Musik als Produkte geistiger Arbeit mehr sind als nur passiver Reflex, [...] daß [sic!] sie als Teilmomente im gesellschaftlichen Prozeß [sic!] selbst aktiv sind« (ebd.). Somit verlangt eine umfassende Populärmusikforschung »nach der Berücksichtigung gesellschaftlicher und medialer Kontexte, ohne die Texte zu vergessen; nicht zuletzt deshalb, weil diese Gesellschaft und ihre Medien für die Beobachtung und Beschreibung populärer Musik und Kultur verantwortlich sind« (Jacke 2009: 34). Ähnlich wie Public Health, erweist sich auch die Populärmusikforschung nicht als einzelne Disziplin, sondern lässt sich als inter- und transdisziplinäres Forschungs- und Themenfeld verstehen (Marshall 2011; Appen et al. 2014; Heesch 2017), dem eine breite Auswahl an einschlägigen Forschungsansätzen und Methoden zur Verfügung steht (Hemming 2016); sie greift hierbei auf verschiedene Ansätze aus Cultural Studies, Medien- und Kommunikationswissenschaften, Soziologie, Gender Studies, Geschichtswissenschaften und andere Disziplinen zurück – wie sie auch einen Rahmen für die Gesundheitswissenschaften bilden könnten und sollten.

Zentrales Anliegen ist es, anhand ausgewählter Beispiele in diesem Beitrag blinde Flecken in der Auseinandersetzung mit dem Gegenstandsbereich

»Populäre Musik und Gesundheit« aufzuzeigen, um potenzielle Bedarfe von Forschung und Praxis sichtbar zu machen und sowohl inter- als auch transdisziplinäre Perspektiven zu eröffnen. Der Beitrag liefert dazu eine Auswahl an Blickwinkeln auf die Gesundheitsrelevanz von populärer Musik, zeigt ihren Nutzen und die Grenzen für die Gesundheitsförderung auf und konturiert populäre Musik damit als bedeutsamen Gegenstandsbereich sowohl für die Populärmusikforschung als auch für Gesundheitswissenschaften. Mit einem Fokus auf Mental Health wird zunächst eine kulturhistorische Kontextualisierung von Gesundheit in populärer Musik vorgenommen, um gesundheitsgefährdende und -fördernde Praktiken abzuleiten, die im Weiteren am Beispiel von Rapmusik verdeutlicht werden. In Anbetracht der Auffassung, dass »[p]opuläre Musikkulturen [...] immer auch aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen« widerspiegeln und »manchmal sogar ein Brennglas unter dem Prozesse und Produkte noch deutlicher sichtbar werden« (Ahlers & Wickström 2021: 1), werden abschließend gesundheits- und körperbezogene Trends in Popkultur beschrieben. Hierbei werden sowohl die Bedeutung von populärer Musik als Rahmen und Vermittler gesundheitsbezogener Botschaften erkennbar als auch Potenziale und Gefahren aufgezeigt, die mit dieser Entwicklung einhergehen.

(Mentale) Gesundheit in populärer Musik: Eine kulturhistorische Kontextualisierung

Eine Verbindung zwischen populärer Musik und mentaler Gesundheit lässt sich bereits auf die Ursprünge des Blues zurückführen – als Bewältigungsmechanismus und Ausdrucksmittel für Erfahrungen des Leidens, der Unterdrückung und des Überlebens Schwarzer Menschen: »Music, since slavery, is a coping mechanism that Black people have used to release their emotions and manifest healing in their lives. This tool of processing suffering through music and strengthening a spiritual connection developed in the Black experience to form the blues after emancipation« (Joseph 2017). Sich aus der Tradition des Blues weiterentwickelnd beginnt seit den 1950er Jahren Rock'n'Roll den Mainstream-Musikmarkt zu dominieren, welcher insbesondere auf die Käufer*innenschaft von weißen Jugendlichen ausgerichtet ist, die in der sogenannten Babyboomer-Generation mit wirtschaftlicher Stabilität und Wohlstand aufwachsen. Diese Generation ist außerdem durch die konservativen Wertvorstellungen ihrer Eltern geprägt. Rock'n'Roll übernimmt für viele Jugendliche

die Funktion eines Ventils und Protestmittels, sich gegen ihr Elternhaus aufzulehnen (Büsser 2002; Starr & Waterman 2017). Populäre Musik wird zu einem Schlüsselement der Jugendkultur und ein zentraler Bestandteil des sozialen Systems von Heranwachsenden (Frith 2007; Kotarba 2017). Auch hier wird ihr gesundheitsförderndes Potential deutlich: Musikalische Aktivitäten helfen jungen Menschen bei der Bewältigung bedeutender Herausforderungen während der Pubertät, einschließlich der Emotionsregulation (Saarikallio & Erkkilä 2007), der Identitätsbildung (North et al. 2000) und der Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen (DeNora 2019). Themen, die das subjektive Wohlbefinden betreffen und oftmals mit sozialen Konflikten, einer unglücklichen Liebesbeziehung oder einem tragischen Lebensereignis verbunden sind, werden zum zentralen Gegenstand und ästhetischem Stilmittel populärer Musik (Hames & Inglis 1999). Insbesondere seit den 1960er Jahren können Künstler*innen und Bands hohe Chartplatzierungen mit Songs einnehmen, die Referenzen zu mentalen Belastungen aufweisen – darunter »Help« (1965) von den *Beatles*, »Paint it Black« (1966) der *Rolling Stones* oder »Manic Depression« (1967) von *Jimi Hendrix*, um nur einige bekannte Beispiele zu nennen. Das Potential populärer Musik als Sprachrohr, Bewältigungsmittel und Möglichkeit des künstlerischen Selbstaudrucks in Verbindung mit körperlichen und psychischen Belastungen, manifestiert sich nicht zuletzt in Form eigener (Sub-)Genres wie *Grunge*, *Emo/Emocore* oder *Cloud Rap*, welche sowohl durch die Kritik an sozialen Lebensrealitäten als auch durch damit verbundene Gefühle wie Verzweiflung, Wut, Hoffnungslosigkeit und Trauer gekennzeichnet sind.

Auch wenn gesundheitsbezogene Themen wie Depressionen, Mobbing und Suizidgedanken in populärer Musik vermehrt Aufmerksamkeit erhalten, werden sie nur selten vor dem Hintergrund von Krankheitsbildern thematisiert. Waltz und James (2009) verdeutlichen dies am Beispiel des *Joy Division*-Sängers Ian Curtis, der an Epilepsie und Depressionen erkrankt war. Curtis' Krankheiten wurden zu seinen Lebzeiten weder innerhalb seiner Label- und Bandstrukturen, noch im öffentlichen Diskurs thematisiert. Auch über seinen Tod hinaus wurde kaum über die Hintergründe seines Gesundheitszustandes und seines Suizids als tödliche Krankheitshandlung diskutiert; hingegen wurden seine physischen und psychischen Behinderungen in der posthumen Vermarktung der Band als gezielte Marketingstrategie instrumentalisiert:

»[O]ne can argue that as part of a music-marketing discourse that thrives on new and better ways to construct ›otherness‹, disability can be deployed as just one more attribute that sells records. Rather than heralding accep-

tance of disability as part of the typical condition, evidence can be mustered indicating that in pop it still tends to be used as a device for constructing musicians as exotic outsiders, a saleable commodity in an industry that sees ›authenticity‹ as currency.« (Waltz & James 2009: 367f.)

Dass alkohol- und drogenabhängige oder sich selbst verletzende Künstler*innen in der Presse als »somehow more authentic than others« in der Musikpresse dargestellt und vor diesem Hintergrund durch die Musikindustrie kommerzialisiert werden (Waltz & James 2009: 368), illustriert auch das Beispiel Kurt Cobains. So ging der *Nirvana*-Frontmann nicht etwa wegen seiner chronischen Magenschmerzen in die Historie ein, die er mit dem Konsum von Heroin zu medikamentieren versucht hat und die als Auslöser seiner Sucht gedeutet werden können; vielmehr wurde er durch seine mediale Vermarktung als tragischer Held stilisiert, dessen Heroinsucht als Teil seiner musikalischen Schöpfungskraft interpretiert wurde und stilprägend für den typischen Grunge-Sound war: »Es waren insbesondere die depressiv-selbstzerstörerischen und von Selbstmitleid geprägten Songtexte Cobains, die nicht nur charakteristisch für die Band, sondern auch für das Lebensgefühl der Generation X waren« (Ptatscheck 2019: 12). Cobain wurde dabei nicht nur auf musikalischer Ebene zum »Sprachrohr einer Generation« (Büsser 2013: 182). Durch seinen exzessiven Drogenkonsum wurde er ebenso zum Sinnbild der »verlorenen Kids« (Bettermann 1994: 164) und verschaffte der Droge Heroin das Image der »drug of choice for angry, disconnected grunge rockers« (Furek 2008: 1). Mit seinem vermeintlichen Suizid im Alter von 27 Jahren prägt er ebenso den Mythos des »Club 27«⁴ und verfestigt das Narrativ des »leidenden Künstlers«, dessen Archetyp sich bereits im Heroen- und Geniekult um die »großen Komponisten« der europäischen Kunstmusik finden lässt (Steinberg 2005; Ptatscheck 2022). Nach dieser romantisierten Idee steht der Erfolg künstlerischen Schaffens in Verbindung mit dem Narrativ »Genie und Wahnsinn«, das suggeriert, dass erfolgreich Kreativschaffende besonders vulnerabel sind oder gar psychische Störungen oder Krankheiten aufweisen müssen, um Kunst zu schaffen (Ptatscheck 2022). Gesundheitsgefährdendes

4 Der Mythos bezieht sich auf eine Häufung von Todesfällen von einflussreichen Musiker*innen im Alter von 27 Jahren, die sich in den meisten Fällen im Zusammenhang mit einer Drogenüberdosis stehen. Zum »Club 27« zählen neben Kurt Cobain u.a. auch Janis Joplin, Jim Morrison und Amy Winehouse.

Verhalten wird im Kontext von Popkultur dabei weniger mit behandlungsbedürftigen Krankheiten als mit einem hedonistisch-exzessiven Lebensstil in Verbindung gebracht, aus dem diverse popkulturelle Mythen hervorgegangen sind. Dieser toxische Teil des »rock and roll dream« (Waltz & James 2009: 368) hat sich in diversen Narrativen und toxischen Glaubenssätzen manifestiert, die einen Einfluss auf die Selbstauffassung und Imagebildung von Künstler*innen nehmen können (Ptatscheck 2020, 2021c). Dies zeigt sich beispielsweise in einer Studie, die zur Gesundheit von Popmusikstudierenden durchgeführt wurde⁵: In einem Interview berichtet der 19-jährige Stan, Popmusikstudent mit dem Schwerpunkt Singer-Songwriter, dass er an Depressionen leide, exzessiv Alkohol und Drogen konsumiere und immer wieder suizidale Gedanken hätte. Als seine Vorbilder nennt er Kurt Cobain und den US-Cloudrapper *Lil Peep*⁶, mit denen er sich sehr verbunden fühle. Neben dem musikalischen Output sei er auch von ihrem zerstörerischen Lebensstil fasziniert, so dass er sie nicht nur musikalisch nachzuahmen versuche, sondern auch in ihrem Konsumverhalten imitiere. Besonders deutlich wird der Einfluss kulturell vermittelter, gesundheitsgefährdender Narrative im Rahmen der Studie »Sucht und Selbstkonzepte« (Ptatscheck 2020), in der die Biografien von heroinabhängigen Musikern rekonstruiert wurden, die v.a. in den 1980/90er Jahren in den Alternative-Rock-Szenen in Los Angeles aktiv waren. So zeigt die Studie, dass der Konsum von Heroin – getreu dem Motto »sex, drugs, and rock'n'roll« – in diesen Szenen fast unausweichlich zum Dasein der Musiker*innen dazugehörte und sich entsprechend in ihren Selbstkonzepten verankerte.

5 Die von der Autorin 2022 durchgeführte Studie »I can't help myself! Eine qualitative Interviewstudie zur Gesundheit von Popmusikstudierenden« wird voraussichtlich im Frühjahr 2025 veröffentlicht.

6 Gustav Elija Åhr, aka Lil Peep, war ein Vertreter des Cloudraps, der sich durch langsame, melancholische Musik mit depressivem Sound und selbstzerstörerischen Themen und Texten kennzeichnet. In dieser Szene ist vor allem der sogenannte »Purple Drank« (auch als »Lean« bezeichnet) beliebt – eine Mischung aus codeinhaltigem (verschreibungspflichtigem) Hustensaft und Limonade. Ähnlich wie Kurt Cobain rappte auch Lil Peep über Depressionen, Selbstzweifel und die Krisen des Erwachsenwerdens und wurde zur Identifikationsfigur insbesondere für Jugendliche der Generation Z, welche sich durch Zukunftsangst und fehlenden Halt in der Gesellschaft belastet fühlen (Balzer 2017). Lil Peep verstarb 2017 im Alter von 21 Jahren an einer Überdosis der Schmerz- und Beruhigungsmittel Xanax und Fentanyl.

Auch Electronic Dance Music-Kulturen sind seit ihrer Entstehung durch Assoziationen mit Drogenmissbrauch stigmatisiert. Nicht nur unter den Partygänger*innen ist der Konsum weit verbreitet, sondern auch bei den Musikschaaffenden selbst (Ptatscheck 2021c, 2021b). Dass exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum sowohl als Party-Lifestyle zu verstehen ist als auch mit ernsthaften gesundheitlichen Konsequenzen einhergehen kann, wird insbesondere seit dem Suizid von Tim Bergling, aka *Avicii*, diskutiert (Ptatscheck 2021a). Die Dokumentation »*Avicii – True Stories*« (2017), skizziert die Entwicklung Berlings vom introvertierten Teenager, der in seinem Kinderzimmer Songs produzierte und bereits als 20-jähriger seinen ersten Welthit verzeichnete, bis hin zum Superstar-DJ, dessen Lifestyle von einem Jetset-Leben aus permanenten Tourneen und exzessivem Alkohol- und Drogenkonsum gekennzeichnet war. Sein Konsumverhalten kann zum einen als eine Bewältigungsstrategie gegen die vorherrschenden Stressoren des Musikbusiness gedeutet werden (Gross & Musgrave 2020). Zum anderen werden auch der Einfluss von Umgebungsfaktoren in Clubkontexten, wie der hohen Verfügbarkeit von Rauschsubstanzen, sowie persönlichkeitsbezogene Motivationen zum Konsum deutlich: »You get to this place, there's free alcohol everywhere – it's sort of weird if you don't drink« (Bergling in Pressler 2013). »I found that the magical cure of just having like a couple of drinks before going on [stage]. [...] helped me be able to do all those shows without feeling completely exhausted« (Bergling in Tsikurishvili 2017). Auch hier steht das »sex, drugs, and rock'n'roll«-ähnliche »Don't stop the party«-Narrativ, in Verbindung mit Substanzkonsum und damit einhergehend das Aufrechterhalten der Funktionsfähigkeit des Künstlers, über seinem Gesundheitszustand.

Gesundheitsgefährdende und -fördernde Praktiken am Beispiel von Rap

Gesundheitsgefährdende Praktiken repräsentieren sich im aktuellen Zeitgeschehen insbesondere im Kontext von Rapmusik. Hier werden popkulturelle Narrative nicht nur (re-)produziert – beispielsweise wird im Musikjournalismus mittlerweile vom »Club 21« gesprochen, einer modernen Version des »Club 27« (arte Tracks 2020b), dem im letzten Jahrzehnt diverse Rap-Künstler*innen wie *Lil Peep*, *Lexi Aljai*, *XXXtentacion* und *Juice Wrld* durch ihren frühen Drogentod mit 21 Jahren zugeordnet werden. Vor dem Hintergrund vorherrschender sozialer Realitäten, aus denen sich Hip-Hop Anfang der

1970er Jahre konstituiert und u.a. durch ihre Teilkultur Rap artikuliert hat (Seeliger 2022), müssen diese Narrative neu gedeutet werden. So wird im US-amerikanischen Rap auch auf eine anhaltende Opioid-Krise in den USA reagiert und damit auf verbundene soziale Konflikte und gesellschaftliche Missstände. Während deviantes Verhalten wie Drogenkonsum, schon immer in Rap-Texten verhandelt und als ein genuiner Teil von Street-Credibility aufgefasst wurde, haben sich seine Darstellungs- und Inszenierungsformen jedoch verändert. Rapper wie *Lil Pump* oder *Smokepurpp* zelebrieren offen ihren Substanzkonsum und stellen Drogenbesteck, Rauschsubstanzen und deren Injektion in Musikvideos zur Schau (sogenanntes »Flexen«) – Stilmittel, die sich mittlerweile auch im europäischen Raum etabliert haben. Rap reagiert dabei nicht nur auf soziale Problematiken, sondern kann diese auch kultivieren – wie Reaktionen auf den Song »Tilidin« (2017) des Deutsch-Rappers *Capital Bra* zeigen, in dem der Konsum des Opioids Tilidin propagiert wird. Zahlen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zufolge sind im Zeitraum der Veröffentlichung des Songs die Verschreibungen des Medikaments bei den 15-bis 20-Jährigen fast um das 30-fache angestiegen (Seekamp 2020). Auch wenn es für dieses Beispiel bisher keine wissenschaftliche Evidenz gibt, ist es naheliegend, und hierauf verweisen auch Medienberichte (z.B. Albert 2021) und Suchtberatungsstellen, dass die Verherrlichung von Drogenkonsum im Rap zur Nachahmung anregen und dadurch einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Rezipient*innen haben kann. Aufgrund seiner hohen Akzeptanz und Beliebtheit unter Jugendlichen kann Rap allerdings auch das Potential zugesprochen werden, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Jugendlichen positiv zu beeinflussen (Kresovich 2020; Kresovich et al. 2020): Die sozialen, kulturellen und politischen Inhalte, die in Rap thematisiert werden, können gezielt als Intervention in der therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen genutzt werden (Tyson 2002). Die Forschung zeigt, dass diese Form der sogenannten »Hip-Hop Therapy« (HHP) dazu beitragen kann, Depressionen und Ängste zu verringern, den emotionalen Ausdruck zu verbessern, die Kommunikation und die zwischenmenschlichen Fähigkeiten zu erweitern und das Selbstwertgefühl zu steigern (ebd.); entsprechend kommt der Ansatz auch vermehrt in schulischen Settings zum Einsatz (Revesz 2016). Dieses gesundheitsbeeinflussende Potential von Rap scheint auch vielen Musikschaffenden selbst bewusst zu werden – auch vor dem Hintergrund der Verantwortung, die sie als Vorbilder gegenüber ihrer Zielgruppe einnehmen. So bilden immer mehr Künstler*innen einen Gegentrend, indem sie Rap nicht nur als Kunstform verstehen, im Rahmen derer (fast) alles erlaubt ist

(Bruneder 2023)⁷, sondern ihre Kunst auch als Bildungs- und Erziehungsauftrag auffassen. Ein Beispiel hierfür ist der US-amerikanische Rapper *J. Cole*, der mit seinem Album »KOD«⁸ (2018) auf textlich-musikalischer Ebene, aber auch durch persönliche Statements in Interviews, negative Konsequenzen von Drogenkonsum und dessen Normalisierung thematisiert. Das Aufklärungspotential von Rap bezieht sich hierbei nicht nur auf die Vermeidung von Risikoverhalten, sondern zielt grundsätzlich auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten seiner Konsument*innen ab. Besonders deutlich lässt sich dies am Beispiel des Auftritts des Rappers *Logic* bei den MTV Awards 2017 veranschaulichen: Nachdem er vor laufenden Kameras einen Song performt, in dem nicht nur psychische Belastungen offen thematisiert werden, sondern der auch die Notrufnummer der National Suicide Prevention Lifeline im Titel trägt – »1-800-273-8255«, verzeichnet der Notrufdienst noch am selben Abend der Veranstaltung einen Anstieg von 50 % an eingehenden Anrufen (Tinker 2017). Indem er Betroffene (indirekt) dazu auffordert, sich Hilfe zu suchen, bricht *Logic* mit dem in Rap-Kulturen verankerten »anti-therapy narrative« (Pearce 2017), das sich nicht zuletzt aus einer toxischen Vorstellung von Männlichkeit herausgebildet hat, die sich in den männlich dominierten Strukturen von Rap und Hip-Hop seit Jahrzehnten verfestigt hat (Süß 2021). Dieser Vorstellung liegt ein Bild von »männlich sein« zugrunde, demnach Männer keine Schwächen zeigen oder Gefühle zulassen dürfen (Schoop & Pratscheck 2022). Der sich hieraus ableitende Glaubenssatz »Krankheit bedroht Männlichkeit« beeinflusst nicht nur das Verhältnis zur eigenen Gesundheit, sondern kann auch eine negative Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten haben, indem medizinische oder psychologische Hilfe nicht in Anspruch genommen werden (Beutel et al. 2020: 58). Der Glaubenssatz »[t]herapy isn't for black people« (Pearce 2017), welcher auch in Schwarzen Rap-Kulturen propagiert wird, verdeutlicht zudem, dass die Auffassung und Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe nicht nur eine Frage von Gender sind, sondern auch durch weitere soziale Kategorien wie Klasse oder Ethnizität beeinflusst werden

7 Am Beispiel von deutschsprachigem Gangsta-Rap diskutiert Bruneder (2023) die Freiheit und Grenzen von Kunst aus verfassungsrechtlicher Perspektive. Sie stellt dabei das juristische Kernproblem heraus, dass menschenverachtende sowie gewalt- oder drogenverherrlichende Texte oftmals durch das Grundrecht auf Kunstfreiheit geschützt sind, dadurch zu wenig strafrechtliche Folgen zur Konsequenz haben und entsprechend nur schwer unterbunden werden können.

8 Laut eines Twitter-Beitrags des Künstlers vom 20.04.2018 stehen die Initialen für »Kids on Drugs«, »King Overdosed« und »Kill Our Demons«.

können. Dies erscheint als ein Paradox vor dem Hintergrund, dass People of Color aufgrund struktureller und persönlicher Unterdrückung durch Rassismus ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen bis hin zu Erkrankungen aufweisen (National Alliance of Mental Illness). In den letzten Jahren haben sich schließlich vermehrt prominente Schwarze Rapper wie *Prodigy* oder *Jay-Z* zu ihren eigenen Erfahrungen mit psychischer Gesundheit geäußert und so für eine Offenheit gegenüber therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten appelliert. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, warum US-amerikanischer Rap in den letzten Jahren einen signifikanten Anstieg von Referenzen auf psychische Probleme aufweist (Kresovich et al. 2020). Besondere Aufmerksamkeit erhielt in diesem Diskurs das Grammy-ausgezeichnete Album »To Pimp a Butterfly« (2017) von Kendrick Lamar: »In keeping with the Black Lives Matter movement, the album strives to combat issues plaguing the mental health of people of color, specifically Black men, regarding the cycle of gang violence and the power of self-actualization as exhibited in the rural and classic blues era« (Joseph 2017). So rappt Lamar beispielsweise im Song »I«: »I've been dealing with depression, ever since an adolescent.« Er schließt damit nicht nur an die Traditionen des Blues an, indem er das Medium Musik als Sprachrohr nutzt, um seinen mentalen Belastungen Ausdruck zu verleihen, die nicht zuletzt aus seinen Rassismus- und weiteren Diskriminierungserfahrungen als Schwarzer resultieren; er definiert zugleich das Bild des Schwarzen Mannes im Rap neu, wie es der Komponist und Musikethnologe Sayeed Joseph (ebd.) beschreibt, und trägt so zur Endstigmatisierung psychischer Gesundheit und Krankheit in Black Communities bei.

Gesundheitstrends in Popkultur

Kleiner (2017: 246) beschreibt zwei wesentliche Zuschreibungen, welche die Auseinandersetzungen mit populärer Musik in Verbindung mit »Pop« und »Popkultur« bestimmen: »Pop als Rebellion« und »Pop als Markt«. Diese Zuschreibungen lassen sich auch auf Diskurse und lebensweltliche Phänomene im Kontext von Gesundheit und Krankheit beziehen. Insbesondere die psychische Gesundheit erhält in den letzten Jahren eine besondere Aufmerksamkeit in popkulturellen Auseinandersetzungen (arte Tracks 2020a; Auffenberg 2021). In der 3sat-Dokumentation »Pop und Psyche« (Drude 2020) wird in ihrem Untertitel »Der neue Mut zur Schwäche« nicht nur ein neuer Umgang mit psychischen Krankheiten in Pop suggeriert, sondern es wird

auch darauf hingewiesen, dass dieser mit einer neuen Art von Bewusstsein und Stärke verbunden ist. Tatsächlich kann in der Forschung belegt werden, dass die Offenlegung der psychischen Gesundheit von Prominenten das Stigma vermindern und die Fans ermutigen kann, Hilfe zu suchen (Hoffner 2019; Calhoun & Gold 2020; Gronholm & Thornicroft 2022). Auch berühmte Persönlichkeiten in der Musik, die vermehrt über ihre eigenen psychischen Belastungen wie Angststörungen und Depressionen sprechen, können als »Quellen sozialer Unterstützung« (Döring 2019: 180) gelesen werden und so zu einem gesundheitsfördernden Diskurs beitragen. Dass dieser sich mittlerweile auf einen Mainstream-Markt ausweitet, ist auf u.a. vielfältige popkulturelle Medienangebote zurückzuführen, wie z.B. Dokumentarserien, in denen US-amerikanische Künstler*innen wie Demi Lovato, Selena Gomez oder Justin Bieber Einblicke in ihr privates Leben geben und von ihren Herausforderungen zwischen Ruhm und persönlichem Wohlbefinden berichten. Einen besonderen Stellenwert innerhalb dieses Phänomens nimmt die Singer-Songwriterin Billie Eilish Pirate Baird O'Connell ein (im Folgenden nur mit ihrem Künstlernamen *Billie Eilish* benannt). Der Dokumentarfilm »The World's A Little Blurry« (2021) zeigt Eilish als vermeintliche Privatperson, die mit Stressfaktoren wie Perfektionismus, Selbstzweifel, Erfolgsdruck, Leistungsangst und Cybermobbing konfrontiert ist, welche im Zusammenhang mit ihrer Rolle als Künstlerin stehen. Gleichzeitig wird sie als ein »normaler« Teenager inszeniert, der sich mit typischen Problemen von Jugendlichen wie Einsamkeit und Liebeskummer auseinandersetzen muss. Es werden Eilishs körperliche und mentale Leiden in den Vordergrund gerückt, die nicht nur einen besonderen Einfluss auf ihren musikalischen Schaffensprozess nehmen, indem sie ihre Gefühle und Erfahrungen in ihren Songs verarbeitet, und so das Bild der »leidenden Künstlerin« verstärken. Darüber hinaus werden Empathie und Aufmerksamkeit für ihre Krankheitsbilder wie chronischer Schmerz, das Tourette-Syndrom und Depressionen hergestellt, die nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechen, zugleich aber Identifikationspotential für betroffene Personengruppen bieten können. Im Sinne von Cohen (2001) können prominente Personen wie Eilish einen Einfluss auf die Einstellungen, Überzeugungen und Werte in Zusammenhang mit Gesundheits- und Krankheitshandeln nehmen; andererseits reagieren sie aber auch auf bestehende angestrebte, gesellschaftliche Werte. Indem sie es vom introvertierten Mädchen, das mit ihrem Bruder im Kinderzimmer Songs aufnimmt, trotz – oder gerade *wegen* – ihrer körperlichen und mentalen Beeinträchtigungen, zu einer der erfolgreichsten Künstlerinnen der Welt schafft, verkörpert Eilish das

Narrativ des »American Dream« und damit Werte wie sozialer Aufstieg und Chancengleichheit. Durch ihren offenen Umgang mit psychischer Gesundheit und ihren Einsatz für Initiativen wie »Seize the Awkward« wird sie zum Sprachrohr von Betroffenen und damit zur Gesundheitskommunikatorin (instrumentalisiert). Im Kontext von »Pop« kann diese Form der Repräsentation von Gesundheitsthemen sowohl als eine neue Art der Konstruktion von Authentizität in populärer Musik beschrieben als auch als ein Akt von Rebellion verstanden werden, um auf die erste Zuschreibung von Kleiner (2017) zurückzukommen. Dies wird besonders in Eilishs Umgang mit Körpernormen deutlich: Um ihren Körper zu verhüllen und sich den öffentlichen Kommentaren über diesen zu entziehen, zeigte sich Eilish zum Beginn ihrer Karriere fast ausschließlich in weiter Kleidung. Diese Selbstschutzstrategie wird im Musikjournalismus als bewusster »Kontrast zur übersexualisierten Pop-Industrie« (Amsler 2021) und Bruch »mit der Inszenierung weiblicher Popstars« (Ufer 2021) gedeutet. Im Jahr 2020 veröffentlicht sie den Kurzfilm »Not My Responsibility«, in dem sie sich künstlerisch mit Schönheitsnormen und der ständigen Bewertung ihres Aussehens auseinandersetzt. 2021 bricht sie erneut mit den an sie gerichteten Erwartungen, indem sie sich auf dem Cover der britischen *Vogue* in einem freizügigen Pin-Up-Look inszeniert. Sie wird dadurch als »Ikone der Body-Positivity-Bewegung« (ebd.) stilisiert, die für Empowerment und Selbstbestimmung steht. Auch der Sängerin *Lizzo* wird dieser Titel zugesprochen (Sánchez 2023), die insbesondere mit Selbstbewusstsein und Selbstliebe zum »big body« Schwarzer Frauen assoziiert wird. So castet die Künstlerin selbst für ihre Tourneen in der Fernsehserie »Lizzos Watch Out for the Big Girrrl« (2022): »I'm a Black woman, I make music from my own Black experience. If I can help other people with that, then that's good. Because we're the most marginalized and neglected group in this country. We need self-love and self-love anthems more than anyone« (Lizzo, zit.n. Robinson 2022).

Die Thematisierung und Problematisierung von Körperbildern in populärer Musik sind nicht neu. Was sich jedoch geändert hat, ist die Art und Weise, wie diese Themen dargestellt und wo sie verhandelt werden. Stars wie *Billie Eilish* oder *Lizzo* nutzen neben Mode- und Lifestylemagazinen und ihrer eigenen Kunst vor allem Social Media-Plattformen, um ihre Botschaften an ein breites Publikum zu kommunizieren. Digitale Plattformen stellen neue Kanäle der Gesundheitskommunikation dar (Döring 2019: 171). Künstler*innen nutzen hierbei gezielt das Internet als eine der wichtigsten Informationsquellen, die vermehrt von Betroffenen und Interessierten verwendet werden, um

informationsbezogene und soziale Unterstützung zu erhalten (Link 2019). Einerseits erhalten die Künstler*innen selbst Anerkennung und Unterstützung durch ihre Community; andererseits eröffnen sie ihren Follower*innen einen (digitalen) Raum, in dem Informations- und Erfahrungsaustausch stattfinden kann. Oftmals werden Fans zu dieser Interaktion direkt durch die Stars aufgefordert, was Nähe und Vertrauen suggeriert. Dass diese Möglichkeiten der Interaktion, Kommunikation und Bewertung jedoch auch mit mentalen Belastungen durch negative Kommentare und Cybermobbing verbunden sein können, zeigt das Beispiel der US-Sängerin Ariana Grande. Während ihrer gesamten Karriere wurde der ehemalige Kinderstar über ihr Äußeres beurteilt und mit Kommentaren in Social Media konfrontiert, die sie entweder als »zu dünn« oder »zu dick« deklarierten und ihren Körper mit dem ihrer Kindheit verglichen. Als Follower*innen ihr im April 2023 als Reaktion auf ein von ihr in Social Media veröffentlichtes Foto eine Essstörung attestieren und sie als »krank« deklarieren, kontert Grande mit einem Video-Statement auf TikTok, in dem sie sich als »gesünder denn je« bezeichnet und vor voreiligen Schlüssen durch die Interpretation äußerer Merkmale auf den Gesundheits- oder Krankheitszustand von Menschen warnt. Im Sinne von Richter und Hurrelmann (2016) weist sie indirekt darauf hin, dass Körper, Gesundheit und Krankheit als soziale Konstruktionen zu verstehen sind, und Wohlbefinden nur individuell bestimmbar und subjektiv erfahrbar sei – hier lässt sich ein Bezug zu subjektiven Gesundheitstheorien nach Faltermaier (2005) herstellen.

Die vorangegangenen Beispiele verdeutlichen, dass Popkultur und ihre Repräsentant*innen einen Einfluss auf gesellschaftliche Normen und damit verbundene körper- und gesundheitsbezogene Praktiken haben können. Popkultur produziert Körperbilder, kann diese jedoch auch kritisieren und damit Widerstand gegen gesundheitsgefährdende Vorstellungen leisten – wie es auch die Populärmusikwissenschaftlerin Theresa Nink (2023) in ihrem Vortrag zu Körperdiskursen im Rahmen der 33. GFPM-Jahrestagung »Rock your body: Körper in Interaktion mit populärer Musik« (Nink 2023) am Beispiel der Ballade »Beautiful« (2002) der Popsängerin Christina Aguilera verdeutlicht. Nink geht Bewertungen und damit verbundenen Repräsentations- und Inszenierungsweisen von Körpern in populärer Musik nach, indem sie den Text, das Musikvideo, das Image des Songs sowie deren Bewertung im medialen Diskurs analysiert. Sie zeigt dabei die Wirkmächtigkeit auf, die von sozialen – und oftmals durch Popkultur transportierten – Normen ausgeht und einen Einfluss auf die Bewertung von »angemessenen« Körpern hat. Die performative Inszenierung, die Aguilera im Zeitraum der Veröffent-

lichung des Songs mit ihrem Image verkörpert, passt Nink zufolge nicht in das stereotype Bild, dass Performer*innen dieser Zeit zugeschrieben wurde. So waren die 1990er vor allem durch den sogenannten »Heroin Chic« geprägt – der nicht nur einen Modetrend verkörperte, sondern im Zeichen der vorherrschenden Diätkultur auch für eine extrem dünne, nahezu ausgemergelte Körperform stand. Spätestens seit der Jahrtausendwende ist insbesondere der durchtrainierte »Fitnesskörper der Mediengesellschaft« (Klein 2010: 459) gefragt, der durch diverse Popsängerinnen wie Christina Aguilera und jegliche Vertreter Boygroups repräsentiert wird. Dass dieses Schönheitsbild oftmals mit Essstörungen und psychischen Belastungen verbunden ist, offenbaren viele Künstler*innen, wie Britney Spears (2023) – wenn überhaupt – erst nach ihren Karrieren.

Auch ein Ende oder ein Stillstand einer Karriere bzw. die Absicht, diese voranzutreiben oder wiederzubeleben, kann ein Grund dafür sein, warum Künstler*innen sich gesundheitsbezogenen Themen gegenüber öffnen und über ihre eigene Gesundheit sprechen. So geht die Offenbarung der persönlichen Leidensgeschichte oftmals mit der Veröffentlichung eines neuen Albums, einer Dokumentation oder der Vermarktung eines gesundheits- bzw. körperbezogenen Produktes einher, wie der Beautymarke von Ariana Grande oder Lizzos Shapewear-Kollektion. Sie reagieren damit nicht nur auf einen Zeitgeist – und damit auf ein Interesse an gesundheitsrelevanten Themen, sondern auch auf damit verbundene Konsumvorlieben – was sich nicht zuletzt an hohen Streaming- und Follower*innen-Zahlen zu bestätigen scheint. Prominente Künstler*innen können aufgrund ihrer Reichweite und durch die gezielte Platzierung marktrelevanter Themen ein Millionenpublikum erreichen. Hierbei wird der subversive und zugleich affirmative Charakter von Pop deutlich:

»Einerseits wird Pop als authentisch, grenzüberschreitend, umstürzlerisch, subkulturell, provokant, sozial- und sprachkritisch bezeichnet und ist in diesem Sinne ein Medium der Rebellion, der Revolution, des Widerstands und des Protests [...] Andererseits wird Pop mit Konsum, Party, Profit, Unterhaltung, Lifestyle, Mainstream assoziiert und als Marken- beziehungsweise Warenartikel deklariert.« (Kleiner 2017: 246f.)

Durch eine gezielte Thematisierung von Gesundheitsthemen können Künstler*innen eine Identität aufbauen, die das Bild in der Öffentlichkeit positiv beeinflussen kann. Dies kann nicht nur mit Aufklärungs- und Empowerment-Motivationen einhergehen, sondern auch als ein Akt der Selbstinszenierung

und Imagebildung – und die Bühne des digitalen Raumes als Plattform der Selbstvermarktung – verstanden werden: Um Glaubwürdigkeit zu schaffen und eine besondere Verbindung zu denjenigen aufzubauen, die ihre Produkte kaufen (sollen), werden Scham und Verletzlichkeit in populärer Musik inszeniert, dadurch instrumentalisiert und schließlich kommerzialisiert (Waltz & James 2009). Es eröffnet sich somit ein Spannungsfeld, das mit der zweiten Zuschreibung von Kleiner (2017) »Pop als Markt« einhergeht: Popstars können nicht nur Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit erzeugen; die Thematisierung psychischer Gesundheit kann ebenso die Aufmerksamkeit von Popstars erhöhen – und damit potentiell eine größere Käufer*innenschaft – generieren.

Nicht über psychische Probleme sprechen zu können oder zu wollen, kann für Künstler*innen jedoch auch zum Problem werden – zumindest, wenn dies als notwendiger Teil eines marktwirksamen Images aufgefasst wird, wie es Singer-Songwriter Dan beschreibt:

»Es geht darum, wie viele Schicksalsschläge man hatte, wie kaputt man ist, damit man eine Plattform für seine Musik bekommt. Dass meine Eltern mich lieben, dass ich eine Frau habe, die mich liebt, dass ich ein gesundes Kind habe, dass ich ein glückliches Leben habe, das ist mein Problem. Aber wenn man sagt, ich will in den Mainstream, ich will den großen Erfolg, dann geht es nur um den Verkauf und man muss sich dem Markt beugen.«
(Interview mit Dan, zit.n. Ptatscheck 2024 im Ersch.)

Auch auf dem europäischen Musikmarkt wird der von US-amerikanischen Künstler*innen vorgelebte »Mut zur Schwäche« adaptiert. So thematisieren vermehrt Künstler*innen psychische Erkrankungen wie Depressionen in ihren Songs (z.B. *Enno Bunger* und *Madeline Juno*), inszenieren Krankheitsverhalten, z.B. im Zusammenhang mit Essstörungen in ihren Musikvideos (z.B. *LiLA*, *Gregor Hägele* und *TOCHTER*) und präsentieren ihre nicht der gesellschaftlichen Norm entsprechenden Körper auf Social Media (z.B. *Alina* und *Hilla*). Was zunächst als ein positiver Trend beschrieben werden kann, sollte jedoch vor dem Hintergrund seiner – bisher noch wenig erforschten Wirkungsweisen – kritisch reflektiert werden. So sind viele Künstler*innen, die sich Gesundheitsthemen in den öffentlichen Diskurs bringen, oftmals Laien, die zwar über eigenen Erfahrungen und Auseinandersetzungen mit psychischer Gesundheit sprechen können, jedoch meistens nicht über Expert*innenwissen verfügen. Hierbei besteht die Gefahr, dass durch Halb-

wissen oder wissenschaftlich nicht fundierte Aussagen Fehlinformationen kommuniziert werden, die zu einer Gesundheitsgefährdung beitragen können (Döring 2019). Gesundheitsförderlich hingegen, wenn auch noch nicht wissenschaftlich bewiesen, erscheinen popkulturelle Gesundheitsangebote, welche in Verbindung mit medizinisch-psychologischen Expertisen stehen. Ein Beispiel hierfür ist das erstmals im Februar 2024 über YouTube veröffentlichte und als Entertainment-Education-Strategie (Lubjuhn & Bouman 2019) zu interpretierende, serielle Format *Arte Therapy*, in dem die Psychologin Franziska Lauter mit prominenten Künstler*innen über mentale Gesundheit in der Musikindustrie und damit verbundenen Lebensrealitäten und Belastungen sowie Bewältigungsstrategien spricht. Durch »die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess« (Baumann & Hurrelmann 2014: 13) beziehen, können die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheiten ihrer Rezipient*innen beeinflusst werden. Die medial repräsentierten Inhalte können als Orientierungshilfe und Informationsquelle dienen sowie als soziale und emotionale Unterstützung bei gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen fungieren (Baumann et al. 2020). Grundsätzlich können Lampert (2014) zufolge multimediale und interaktive Möglichkeiten der Medien dabei helfen, Zugang zu bestimmten Zielgruppen zu finden und gesundheitliche Botschaften zu transportieren. Insbesondere in medialen Unterhaltungsangeboten wie populärer Musik und damit verbundenen Diskursen in sozialen Netzwerken, liegt das Potential, Botschaften vermitteln zu können, die über eine rein kognitive Wissensvermittlung hinausgehen und die Rezipient*innen auf einer emotionalen Ebene ansprechen.

Fazit und Ausblick

Die vorangegangenen Beispiele verdeutlichen die Verflechtung von Musik, Kultur und Gesundheit. Sie zeigen, dass populäre Musik und ihre vielfältigen Kulturen zur Konstruktion von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen beitragen und einen Einfluss auf gesundheitsfördernde und -gefährdende Verhaltensweisen nehmen können. Grundsätzlich stellen Musikindustrien einen Public Health-immanenten Bezug auf Gesellschaft her, indem sie sich an den Menschen, ihren Bedürfnissen und Sichtweisen orientieren – und damit auch ihrem persönlichen Wohlbefinden. Populäre Musik unterliegt somit

nicht nur publikumsbezogenen, sondern auch marktwirtschaftlichen Interessen. Die Entwicklung der Verhandlung von Gesundheitsthemen in populärer Musik lässt sich daher auch vor dem Hintergrund ihrer Produktion und Distribution und damit verbundenen (Musik-)Ästhetiken, Imagebildungen und Marketingstrategien betrachten – sowohl aus musikwissenschaftlicher Sicht als auch aus der Perspektive der Musikwirtschafts- und Musikkulturforschung. Werden gesundheitsbezogene Trends in Popkultur als Reaktionen eines bestimmten gesellschaftlichen Zeitgeistes verstanden, der soziokulturell und historisch variabel ist, sollte ihre wissenschaftliche Auseinandersetzung in Anlehnung an Schroer und Wilde (2016) auch vor dem Hintergrund ihres aktuellen und historischen Entstehungskontextes, ihrer sozialen Konstruiertheit und ihren jeweiligen Konjunktionen/Emergenzen erfolgen – und damit durch sozialwissenschaftliche und diskursanalytische Forschungsansätze. Hierbei stellt sich insbesondere die Frage nach der lebensweltlichen Bedeutung von popkulturellen Narrativen, wie diese kulturell vermittelt und gesellschaftlich angeeignet werden und die Performativität von Gesundheits- und Krankheitskonstruktionen bedingen. Populäre Musik kann hierbei als Medium der Kommunikation und Informationsquelle angesehen werden, um das Gesundheitsbewusstsein zu schärfen, toxische Glaubenssätze und Praktiken zu überwinden und Menschen zum gesundheitsförderlichen Handeln zu bewegen. Obwohl ein immenses Potenzial von populärer Musik als Mainstream-Medium zur Beeinflussung der Einstellung und Verhaltensweisen insbesondere von Jugendlichen im Bereich der physischen und psychischen Gesundheit zu erkennen ist, wird sie in der Literatur zu Gesundheitskommunikation häufig übersehen und bleibt damit in diesem Kontext weitestgehend unerforscht. Eine dezidierte Auseinandersetzung mit populärer Musik, einschließlich ihrer vielfältigen Repräsentationen und Repräsentant*innen sowie ihrer Wirkungsweisen auf Gesundheit und Krankheit, sollte daher ein zentrales Anliegen medien- und kommunikationswissenschaftlicher Forschungsarbeit im Public Health-Feld sein. Hierdurch könnte das Medium zur Prävention und Förderung von Gesundheit gezielter eingesetzt bzw. dessen Negativfolgen besser eingedämmt werden.

Literatur

- Ahlers, M. & Wickström, D.E. (2021). Not ready to make nice. Macht und Bedrohung in der populären Musik. *SAMPLES*. Online Publications of the German Society for Popular Music Studies, 19, S. 1–34.
- Albert, M. (2021). Lean, Xanax, Tilidin: So finden Drogen im Deutschrapp statt. *Musikexpress*. Verfügbar unter: https://www.musikexpress.de/so-finden-drogen-im-deutschrapp-statt-1822679/?fbclid=IwAR30R3tgrKCtxqgP7UQaak4cqVX9LkYJ-ifhcT-9J_g2xETBLsOtTrRorhA [15.01.2024].
- Amsler, J.-L. (2021). Billie Eilish: So reagiert die Sängerin auf Äußerungen bezüglich ihres Körpers. *Rolling Stone*. Verfügbar unter: [https://www.rollingstone.de/billie-eilish-vogue-kommentar-2323375/\[15.05.2024\]](https://www.rollingstone.de/billie-eilish-vogue-kommentar-2323375/[15.05.2024]).
- Appen, R.v., Grosch, N. & Pfeleiderer, M. (Hg.) (2014). *Populäre Musik. Geschichte – Kontexte – Forschungsperspektiven*. Laaber: Laaber-Verlag.
- arte Tracks (2020a). *Depressionen & Angst: Die neue Offenheit im Pop*. Produziert von arte. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=ZXmILTFi5Yg> [09.05.2024].
- arte Tracks (2020b). *Eine neue Drogenwelle erreicht die Popwelt*. Produziert von Signed Media, ZDF, arte. Verfügbar unter: <https://www.arte.tv/de/videos/093211-016-A/tracks/?fbclid=IwAR2Lc3RHGxy9sOi1o2dadAOZ4dhguBCEcuHb6BSMPZkCl979SoSuxm4FacA> [09.05.2024].
- Auffenberg, L. (2021). *Psyche im Rampenlicht*. *Psychologie Heute*, 48(9), S. 24–29.
- Balzer, J. (2017). J. Balzer im Gespräch mit G. Ufer. »Extrem langsamer und depressiver Sound«. Zum Tod des Rappers Lil Peep. *Deutschlandfunk Kultur*. Verfügbar unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/zum-tod-des-rappers-lil-peep-extrem-langsamer-und-100.html> [09.05.2024].
- Baumann, E. & Hurrelmann, K. (2014). *Gesundheitskommunikation. Eine Einführung*. In: E. Baumann & K. Hurrelmann (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 8–17). Bern: Hans Huber.
- Baumann, E., Lampert, C. & Fromm, B. (2020). *Gesundheitskommunikation*. In: O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 465–492). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Bernatzky, G. & Kreutz, G. (2015). *Musik und Medizin*. Wien: Springer.
- Bettermann, S. (1994). *Ins Nirwana der Generation X*. *Focus Magazin*, 16, S. 164–167.
- Beutel, M.E., Tibubos, A.N. & Brähler, E. (2020). *Gender und psychische Gesundheit. Bedeutung für die psychotherapeutische Praxis*. In: I. Moes-

- lein-Teising, G. Schäfer & R. Martin (Hg.), *Geschlechter-Spannungen* (S. 54–65). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bruneder, A. (2023). *Kunsthfreiheit und Gangsta-Rap. Eine Analyse des Grundrechts auf Kunstfreiheit am Beispiel des deutschsprachigen Gangsta-Rap*. Wien: Verlag Österreich.
- Brunt, S. & Nelligan, K. (2020). The Australian music industry's mental health crisis: Media narratives during the coronavirus pandemic. *Media International Australia*, 178(1), S. 42–46.
- Büsser, M. (2002). *Popmusik*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Büsser, M. (2013). *On the wild side: Die wahre Geschichte der Popmusik*. Mainz: Ventil.
- Calhoun, A.J. & Gold, J.A. (2020). »I feel like I know them«: the positive effect of celebrity self-disclosure of mental illness *Academic Psychiatry*, 44, S. 237–241.
- Cohen, J. (2001). Defining identification: A theoretical look at the identification of audiences with media characters. *Mass Communication & Society*, 4(3), S. 245–264.
- Crawford, P., Brown, B. & Charise, A. (Hg.) (2020). *The Routledge Companion to Health Humanities*. New York: Routledge.
- DeNora, T. (2013). *Music asylums: Wellbeing through music in everyday life*. London: Routledge.
- DeNora, T. (2019). »Forever piping songs forever new«: The musical teenager and musical inner teenager across the life course. In: K. McFerran, P. Derington & S. Saarikallio (Hg.), *Handbook of music, adolescents, and wellbeing* (S. 119–126). Oxford: Oxford University Press.
- DeNora, T. & Ansdell, G. (2017). *Musical pathways in recovery: Community music therapy and mental wellbeing*. London: Routledge.
- Döring, N. (2019). Die Bedeutung von Videoplattformen für die Gesundheitskommunikation. In: C. Rossmann & M.R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 171–183). Wiesbaden Springer VS.
- Drude, V. (2020). *Pop und Psyche – Der neue Mut zur Schwäche*. Produziert von ZDF und 3sat. Verfügbar unter: <https://kobalt.de/portfolio-item/pop-und-psyche-2020/#toggle-id-3> [09.05.2024].
- Faltermaier, T. (2005). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit und Krankheit. In: R. Schwarzer (Hg.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 31–53). Göttingen: Hogrefe.
- Frith, S. (2007). *Youth and music*. In: S. Frith (Hg.), *Taking popular music seriously: Selected essays* (S. 1–30). New York & London: Routledge.

- Furek, M.W. (2008). *The death proclamation of generation x. A self-fulfilling prophesy of goth, grunge and heroin*. Bloomington: iUniverse.
- Gronholm, P.C. & Thornicroft, G. (2022). Impact of celebrity disclosure on mental health-related stigma. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, S. 1–5.
- Gross, S.A. & Musgrave, G. (2020). *Can music make you sick? Measuring the price of musical ambition*. London: University of Westminster Press.
- Hames, A. & Inglis, I. (1999). »And I will lose my mind...« Images of mental illness in the songs of the Beatles. *International Review of Aesthetics and Sociology of Music*, 30(2), S. 173–188.
- Heesch, F. (2017). Musikwissenschaft. In: T. Hecken & M.S. Kleiner (Hg.), *Handbuch der Popkultur* (S. 296–301). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.
- Hemming, J. (2016). *Methoden der Erforschung populärer Musik*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hoffner, C.A. (2019). Responses to celebrity mental health disclosures. In: L.R. Lippert, R.D. Hall, A.D. Miller-Ott & D.C. David (Hg.), *Communicating mental health: History, contexts, and perspectives* (S. 125–146). Lanham: Lexington Books.
- Howe, B., Jensen-Moulton, S., Lerner, N. & Straus, J. (Hg.) (2016). *The oxford handbook of music and disability studies*. Oxford: Oxford University Press.
- Hoyer, T., Kries, C. & Stederoth, D. (Hg.) (2017). *Was ist Popmusik?* Darmstadt: WGB.
- Jacke, C. (2009). *Einführung in Populäre Musik und Medien*. Münster: LIT.
- Joseph, S. (2017). »We gon' be alright«: Mental health and the blues in Kendrick Lamar's to pimp a butterfly. Verfügbar unter: <https://ethnomusicologyreview.ucla.edu/journal/volume/21/piece/990> [09.05.2024].
- Jost, E. (1982). *Sozialgeschichte des Jazz in den USA*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Klein, G. (2010). Soziologie des Körpers. In: G. Kneer & M. Schroer (Hg.), *Handbuch Spezielle Soziologien* (S. 457–473). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kleiner, M.S. (2017). Populär und Pop. In: T. Hecken & M.S. Kleiner (Hg.), *Handbuch Popkultur* (S. 246–251). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.
- Kotarba, J.A. (Hg.) (2017). *Understanding society through popular music*. New York: Routledge.
- Kresovich, A. (2020). The influence of pop songs referencing anxiety, depression, and suicidal ideation on college students' mental health empathy, stigma, and behavioral intentions. *Health Communication*, 37(5), S. 1–11.

- Kresovich, A., Collins, M.K.R., Riffe, D. & Dillman Carpentier, F.R. (2020). A content analysis of mental health discourse in popular rap music. *JAMA Pediatrics*, 175(3), S. 286–292.
- Kreutz, G. (2017). Bedeutung von Musik für die Gesundheitswissenschaften. In: G. Rötter (Hg.), *Handbuch Funktionale Musik* (S. 285–302). Wiesbaden: Springer.
- Kreutz, G. & Georgi, R.v. (2017). Musikhören, Singen, Tanzen und Musizieren: Beiträge zum Wohlbefinden. In: A.C. Lehmann & R. Kopiez (Hg.), *Handbuch Musikpsychologie* (S. 641–661). Göttingen: Hogrefe.
- Lampert, C. (2014). Gesundheitsrelevanz medialer Unterhaltungsangebote. In: K. Hurrelmann & E. Baumann (Hg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 228–238). Bern: Huber.
- Link, E. (2019). Gesundheitskommunikation mittels Gesundheitsportalen und Online-Communitys. In: C. Rossmann & M.R. Hastall (Hg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation* (S. 159–169). Wiesbaden: Springer VS.
- Lubet, A. (2011). *Music, disability, and society*. Philadelphia: Temple University Press.
- Lubjuhn, S. & Bouman, M. (2019). Die Entertainment-Education-Strategie zur Gesundheitsförderung in Forschung und Praxis. In: O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 411–422). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- MacDonald, R., Kreutz, G. & Mitchell, L. (2012). What is music, health, and wellbeing and why is it important? In: R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (Hg.), *Music, Health, and Wellbeing* (S. 3–11). New York: Oxford University Press.
- Marshall, L. (2011). The sociology of popular music, interdisciplinarity and aesthetic autonomy. *British Journal of Sociology*, 62(1), S. 154–174.
- McKay, G. (2009). Popular music and disability: introduction. *Popular Music* (Special issue), 28(3), S. 293–295.
- McKay, G. (2013). *Shakin' all over: Popular music and disability*. (Hg.), (S.). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- McKay, G. (2019). Jazz and disability. In: Gebhardt, N. Rustin-Paschal, N. Whyton, T. (Hg.), *The routledge companion to jazz studies* (S. 173–184). New York: Routledge.
- Mong, N. & Saupe, L.B. (2021). Power for artists on tour. Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Verbesserung der mentalen Gesundheit von Rock/Pop Musiker*innen auf Tour. *Musikphysiologie und Musikmedizin*, 28(2), S. 61–72.

- Musgrave, G. (2022a). ›Losing work, losing purpose‹: Representations of musicians' mental health in the time of COVID-19. In: G. Morrow, D. Norgård & P. Tschmuck (Hg.), *Rethinking the music business. music contexts, rights, data, and Covid-19* (S. 11–28). Cham: Springer.
- Musgrave, G. (2022b). Music and wellbeing vs. musicians' wellbeing: examining the paradox of music-making positively impacting wellbeing, but musicians suffering from poor mental health. *Cultural Trends*, 32(3), S. 1–16.
- Nink, T. (2023). Körperdiskurse um Christina Aguileras Ballade »Beautiful«. Vortrag auf der 33. Jahrestagung der Gesellschaft für Populärmusikforschung. »Rock your body‹: Körper in Interaktion mit populärer Musik«, . Siegen: Universität Siegen.
- North, A.C., Hargreaves, D.J. & O'Neil, S.A. (2000). The importance of music to adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 70(2), S. 255–272.
- Pearce, S. (2017). Therapy is gangsta: Hip-Hop's views on mental health are evolving. Verfügbar unter: <https://pitchfork.com/thepitch/therapy-is-gangsta-hip-hops-views-on-mental-health-are-evolving/>[15.1.2024].
- Pressler, J. (2013). Avicii, the King of Oontz Oontz Oontz. Verfügbar unter: <https://www.gq.com/story/avicii-tim-bergling-profile-gq-april-2013> [15.1.2024].
- Ptatscheck, M. (2019). Populäre Musik und Heroin. Eine kulturhistorische Kontextualisierung. *SAMPLES*, 17, S. 1–25.
- Ptatscheck, M. (2020). Biographische Studien zur Heroinabhängigkeit von Musikern in Los Angeles. Bielefeld: transcript.
- Ptatscheck, M. (2021a). Avicii and mental health of EDM stars. In: E. Mazierska, T. Rigg & L. Gillon (Hg.), *The evolution of electronic dance music* (S. 105–123). London: Bloomsbury.
- Ptatscheck, M. (2021b). Never Waste a Crisis!? – The impact of the Covid-19 pandemic on the mental health of EDM DJs. *IASPM Journal. Special issue: Crises at work: Potentials for change?*, 11(2), S. 1–18.
- Ptatscheck, M. (2021c). »The Show Must Go On!?!« – Self-narratives and mental health of German EDM DJs during COVID-19. *Journal of Music, Health and Wellbeing*, S. 1–13.
- Ptatscheck, M. (2022). Mental Health in Music – Mentale Gesundheit als Ressource für eine nachhaltige Musikausbildung. *DAS JOURNAL #Musik und Nachhaltigkeit. Hochschule für Musik und Tanz Köln*, S. 28–31.
- Ptatscheck, M. (2024). Hidden artists, hidden crisis. Insights into German songwriters' life worlds and (mental health) challenges before and during the COVID-19 pandemic. In: L. Grünewald-Schukalla, B. Hornberger, A. Jó-

- ri, S. Lepa, H. Schwetter & C. Winter (Hg.), Musik und Krisen (Jahrbuch Musikwirtschafts- und Musikkulturforschung) (S.). Wiesbaden: Springer VS.
- Pratscheck, M. (2024 im Ersch.). Mental health among singer-songwriters in the German music business. In: C. Anderton, M. James, D. Nordgård & S. Pisfil (Hg.), *Intellect handbook of global music industries*. Bristol: Intellect.
- Razum, O. & Kolip, P. (2020). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In: O. Razum & P. Kolip (Hg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 7. Auflage (S. 19–43). Weinheim: Beltz Juventa.
- Revesz, R. (2016). Bronx schools turning to ›hip-hop therapy‹ to engage teenagers. Verfügbar unter: <https://www.independent.co.uk/news/world/americas/bronx-schools-turning-to-hiphop-therapy-to-engage-teenagers-a6824096.html> [15.1.2024].
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 3–19). Wiesbaden: Springer.
- Robinson, L. (2022). Lizzo is here to talk about all of it – that flute, that lyric, her man, and more. Verfügbar unter: <https://www.vanityfair.com/style/2022/10/lizzo-is-here-to-talk-about-all-of-it> [15.1.2024].
- Saarikallio, S. & Erkkilä, J. (2007). The role of music in adolescents' mood regulation. *Psychology of Music*, 35(1), S. 88–109.
- Sánchez, J. (2023). Lizzo is an icon of body positivity. Deutsche Welle. Online: . Verfügbar unter: <https://www.dw.com/en/why-lizzo-is-an-icon-of-body-positivity/a-64984508> [14.05.2024].
- Schoop, M.E. & Pratscheck, M. (2022). #GenderMachtPop. Machtverhältnisse und Geschlecht in der populären Musik. *SAMPLES. Online Publications of the German Society for Popular Music Studies*, 20, S. 1–34.
- Schroer, M. & Wilde, J. (2016). Gesunde Körper – Kranke Körper. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 257–271). Wiesbaden: Springer.
- Schuppert, M. & Altenmüller, E. (2018). Musikphysiologie und Musikermedizin. In: A.C. Lehmann & R. Kopiez (Hg.), *Handbuch Musikpsychologie* (S. 411–434). Bern: Hogrefe.
- Seekamp, M. (2020). Tilidin: Wie läuft das Geschäft mit dem Schmerzmittel?. STRG_F. Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=f8TBnMQVPaQ> [15.1.2024].
- Seeliger, M. (2022). Soziologie des Gangstarap. Popkultur als Ausdruck sozialer Konflikte. Weinheim: Beltz Juventa.

- Spears, B. (2023). *The woman in me: Britney Spears*. New York: Simon & Schuster.
- Starr, L. & Waterman, C. (2017). *American Popular Music: From Minstrelsy to Mp3*. New York: Oxford University Press.
- Steinberg, R. (2005). Musiker und ihre Krankheiten. Kritische Anmerkungen zur Genie-und-Wahnsinns-Diskussion. In: E. Altenmüller & S. Rode-Breyman (Hg.), *Krankheiten großer Musiker und Musikerinnen: Reflexionen am Schnittpunkt von Musikwissenschaft und Medizin* (S. 41–60). Hildesheim: Olms.
- Süß, H. (2021). *Eine Szene im Wandel? Rap-Männlichkeiten zwischen Tradition und Transformation*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Tinker, B. (2017). Calls to suicide prevention hotline spike after VMA performance. CNN Health. Verfügbar unter: <https://edition.cnn.com/2017/08/25/health/logic-suicide-hotline-vma-18002738255/index.html> [15.1.2024].
- Tsikurishvili, L. (2017). Avicii: True Stories Verfügbar unter: <https://www.bbc.co.uk/programmes/p075zdlk> [29.11.2019].
- Tyson, E.D. (2002). Hip hop therapy: An exploratory study of a rap music intervention with at-risk and delinquent youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15(3), S. 131–144.
- Ufer, G. (2021). Billie Eilish auf dem Vogue-Cover. Ein selbstbestimmter Pin-up-Look. Deutschlandfunk Kultur. Verfügbar unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/billie-eilish-auf-dem-vogue-cover-ein-selbstbestimmter-pin-100.html> [15.1.2024].
- Waltz, M. & James, M. (2009). The (re)marketing of disability in pop: Ian Curtis and Joy Division. *Popular Music*, 28(3), S. 367–380.

Warum wir Musizierendenmedizin brauchen

Eckart Altenmüller & André Lee

Musikland Deutschland

Deutschland ist ein Musikland. In keinem Land der Erde gibt es so viele professionelle Musikerinnen und Musiker, so viele Konzert und Opernaufführungen und so viele Musik-Studierende: Die reiche Musiklandschaft dokumentieren nicht nur die 129 öffentlich finanzierten Theater, Konzert, Rundfunk und Kammerorchester, sondern auch 32.000 Studierende in Musik-bezogenen Studiengängen im Wintersemester 2022/2023. Immerhin waren nach Angaben des *deutschen musikinformationszentrums »miz«* in Deutschland im Jahr 2022 etwa 42.000 Personen sozialversicherungspflichtig in Orchestern, Chören oder als Solist*innen hauptamtlich tätig und 18.000 als Musikpädagog*innen an Musikschulen (Deutscher Musikrat gGmbH o. Datum). Weitere ca. 15.000 unterrichten an allgemeinbildenden Schulen Musik. Zusammen mit den freiberuflich tätigen Musikerinnen und Musikern kann von ca. 100.000 professionellen Musiker*innen in Deutschland ausgegangen werden. Im Laienbereich listet das MIZ darüber hinaus eine Gesamtzahl von ca. fünf Millionen in Verbänden organisierter Musizierender auf. Dies umfasst Instrumentalistinnen, Instrumentalisten, Chorsängerinnen und Chorsänger. Fast zwei Drittel der Aktiven im Laienmusikbereich sind Kinder und Jugendliche. Aber auch privat – »im stillen Kämmerlein« – wird in Deutschland sehr viel musiziert. Im Jahr 2021 machten insgesamt 19 Prozent der Bevölkerung ab sechs Jahren hobbymäßig Musik (das musikinstrument 2021).

Jeden Tag begegnen sich also deutschlandweit Millionen Menschen bei Proben, Konzerten und spontanen Aufführungen und sorgen für die unterschiedlichste Musik. Freizeitmusizierende organisieren sich in Verbänden und Vereinen oder sind in den Kirchen aktiv. Sie kommen aber auch oft in zeitlich begrenzten Projekten oder ganz informell zusammen. Warum be-

nötigen diese Menschen eine besondere ärztliche Versorgung und spezielle präventive Maßnahmen?

Singen und Musizieren ist geistig und körperliche Höchstleistung

Musizieren ist hochkomplex: Durch beharrliches Üben werden die sensomotorischen, auditiven, visuellen und emotionalen Fertigkeiten erworben, die für das Singen und Musizieren notwendig sind. Dabei werden motorische Steuerprogramme für Finger, Zungenbewegungen etc. angelegt, strukturelle Kenntnisse zur Erfassung eines Musikstücks intuitiv erlernt und emotional ausdrucksvolles Spiel allein oder in der Gruppe eingeübt. Um das künstlerische und technische Niveau für die Zulassung zum Studium an einer deutschen Musikhochschule zu erreichen, werden durchschnittlich eine Lebensübezeit von ca. zehn Jahren und 10.000 Stunden benötigt (Ericsson et al. 1993). Aufgabe ist es, Bewegungsabläufe am Instrument mit höchster zeitlicher und räumlicher Präzision zuverlässig abrufbar und emotional sprechend zu gestalten. Die Besonderheit beim Musizieren ist dabei, dass alle Handlungen durch das Gehör einerseits kontrolliert werden, andererseits aber auch auditiv antizipiert werden. Das heißt, Musikerinnen und Musiker »hören voraus« und »fühlen voraus« was produziert wird. Diese sehr präzise Vorwegnahme von Klang und Körpergefühl wird zentralnervös als »predictive coding« in weit verzweigten Netzwerken zahlreicher Hirnregion realisiert (Vuust et al. 2022). Durch jahrelanges Üben wird dieser Prozess automatisiert und neuronale Netzwerke subkortikaler Regionen, unter anderem der Basalganglien und des Cerebellums, übernehmen nach und nach Funktionen der Großhirnregionen, indem sie Handlungsrouninen erstellen (Herholz & Zatorre 2012). So werden die sensomotorischen Areale des Großhirns entlastet und Kapazitäten für die Aufnahme neuer Informationen geschaffen (Doyon et al. 2002). Der Prozess des Übens geschieht als prozeduraler, selbstorganisierender Lernvorgang und ist im günstigen Fall durch neugierige Erkundung neuer Übungsstile und durch Schärfung der Selbstwahrnehmung optimiert (siehe McPherson 2005). Nicht nur der Erwerb, sondern auch der Erhalt musikalischer Fertigkeiten beruht auf ständigem Üben. Musik hören und Musizieren sind damit Beispiele für lebenslanges Lernen. Im professionellen Bereich ist Musizieren aber auch immer Höchstleistung unter starker sozialer Kontrolle. Vier Besonderheiten kennzeichnen das Arbeitsumfeld professioneller Musikerinnen und Musiker (Altenmüller 2014):

1. Beginn der Berufsausbildung in Kindheit oder Jugend

Die Entscheidung, den Musikerberuf zu wählen, wird oft schon in der Pubertät getroffen. Nicht selten ist diese Wahl durch die Eltern oder durch lehrende Bezugspersonen beeinflusst, wobei unseres Wissens hierüber noch keine guten Erhebungen existieren (Nagel 1988). Dies führt zu einer Selbstdefinition über das Musizieren, wobei Musiker*innentum oft als Haltung begriffen wird. Zahlreiche Lebensbereiche werden dem Musizieren untergeordnet. Dies betrifft bei Jugendlichen die auf das Musizieren fokussierte Freizeitgestaltung, Wahl der Peergroup, Wahl des Freizeitsports (dieser darf z.B. nicht die Hände gefährden, Ausdauersport ist günstiger als z.B. Kraftsport), Ernährung (Vermeiden von Alkohol, da Alkohol die Feinmotorik und das Gedächtnis beeinträchtigen, vermeiden von Nikotin bei Bläsern), Wahl der Lektüre, Wahl der Schule, manchmal sogar Wahl des Wohnorts, insbesondere bei musikalisch Hochbegabten, die dann mit ihren Eltern in ein kulturelles Zentrum umsiedeln, um eine optimale Ausbildung und Förderung zu erhalten (siehe Bastian & Koch 2010).

2. Lustbetonte, stark mit Emotionen besetzte Tätigkeit

Musizieren ist selbstbelohnend und die intrinsische Motivation von Musikerinnen und Musikern ist hoch. Daher ist jede Störung der Spielfähigkeit oder auch jede äußere Bedrohung des Berufsalltags, etwa durch Lockdowns während der Coronapandemie stark mit Angst besetzt (Cohen & Ginsborg 2022).

3. Arbeiten an der körperlichgeistigen Leistungsgrenze

Musikerinnen und Musiker geben ihr Bestes, wenn Sie auf der Bühne sind. Schließlich hängt der Berufserfolg von der Leistung ab, und diese wird durch Kolleg*innen oder Konzertzuhörer*innen überprüft. Niemals würde z.B. ein Orchestermitglied unvorbereitet zu einem Konzert erscheinen, denn das würde starken sozialemotionalen Druck, aber auch dienstrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen, zum Beispiel eine Abmahnung. Minimale Defizite, etwa als Folge von Schlafmangel, banalen Infektionen, Hormonveränderungen während der Periode oder eines Migräneanfalls können die Leistung beeinträchtigen. Die Angst vor Infekten oder vor körperlichen Einschränkungen bestimmt wesentlich das Sozialleben von Berufsmusikerinnen und -musikern.

4. Häufig ungünstige Instrumenten-Ergonomie

Die Orchesterinstrumente wurden zu einer Zeit entwickelt als ein Konzertleben im modernen Sinn noch nicht existierte. In der Barockzeit spielten Musikerinnen und Musiker mehrere Instrumente und übten während der Proben zu den Aufführungen. Johann Sebastian Bach beispielsweise beherrschte Orgel, Cembalo, Bratsche, Trompete, dirigierte, komponierte und war zusätzlich – zu seinem Leidwesen – als Thomaskantor zum Lateinunterricht verpflichtet. Systematisches, stundenlanges Etüdenstudium ist eine »Errungenschaft« der Romantik. In dieser Zeit kam es zu einer Professionalisierung des Musikbetriebs, zum Aufstieg des bürgerlichen Konzertlebens und, ausgelöst durch herausragende, charismatische Interpreten wie Nicolo Paganini oder Franz Liszt, zu einem Sprung in den technischen Anforderungen an die Interpret*innen. Damit einherging eine Spezialisierung auf ein Instrument und eine Steigerung der Übe- und Spielzeiten, die heute bis zu zehn Stunden täglich betragen können. Da viele Orchesterinstrumente im Frühbarock entworfen wurden, in der sie nur wenige Stunden täglich gespielt wurden, wurden ergonomische Gesichtspunkte, z. B. bei der Entwicklung der Geige oder der Bratsche wenig beachtet. Die belastende Haltung führt jedoch bei langem Spielen häufig zu Schmerzen, die dann chronifizieren können (Zamorano et al. 2023).

Notwendigkeit einer Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin

Die besonderen Belastungen für Musikerinnen und Musiker führen zu charakteristischen körperlichen und psychischen Beschwerden. Solche berufsspezifischen Erkrankungen von Musiker*innen wurden schon in Schriften des 15. Jahrhunderts erwähnt und zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Monografien der Mediziner Julius Flesch (1925) und Kurt Singer (1926) detailliert dargelegt. Eine Übersicht über die Geschichte der Musiker*innen-Medizin findet sich bei Hemmerich und Bauer (2020). Doch erst seit Beginn der 1980er Jahre wird das professionelle Musizieren und Singen tatsächlich vermehrt aus der arbeitsmedizinischen Perspektive betrachtet. Seitdem fällt von Seiten der Musikerinnen und Musiker spürbar das Tabu dieser Problematik, und parallel dazu steigt allmählich die Sensibilität von Pädagog*innen und Mediziner*innen bezüglich einer spezifischen Gesundheitsvorsorge für Musiker*innen. Der wachsende Bedarf an musikermedizinischer Betreuung steht jedoch auch in Verbindung

mit einer Verschärfung der Arbeitsmarktsituation im Musikbereich, mit gesteigerten instrumentaltechnischen Anforderungen und einer oft perfektionistischen höchste Qualität fordernden Erwartungshaltung von Künstler*innen und Publikum.

Bereits 1994 wurde daher die interdisziplinäre *Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* (DGfMM, www.dgfmm.org) gegründet. Darin sind Berufsgruppen wie Ärzte/Ärztinnen, Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen, Vertreter*innen von Körpertechniken wie Feldenkrais oder Alexandertechnik, Logopäd*innen sowie Musikpädagog*innen und Musiker*innen zusammengeschlossen, die in der pädagogischen und medizinischen Betreuung von Musikerinnen und Musikern tätig sind. Ausdrücklich sind ambitionierte Musikliebhabende eingeladen, sich in der Gesellschaft zu engagieren. Ziele der Gesellschaft sind:

1. Sensibilisierung für die gesundheitlichen Bedürfnisse von Musikerinnen und Musikern

Dazu gehören unter anderem Aufklärungsaktivitäten, Vortragstätigkeiten vor Angehörigen der Gesundheitsberufe, Informationen in der verbandseigenen Zeitschrift »Musikphysiologie und Musiker*innen-Medizin«, Vernetzung mit den Ausbildungsinstitutionen, den Arbeitgeber*innen von Musikerinnen und Musikern, und mit den Versicherungen von Berufsmusiker*innen.

2. Vorbeugung von musikerspezifischen Erkrankungen

Präventivmaßnahmen sollten bereits in der musikalischen Ausbildung ansetzen. Die Gesellschaft unterstützt in einem Arbeitskreis Gesundheit fördernde Kurrikula für die Ausbildung junger Musikerinnen und Musiker, die Etablierung des Faches Musikphysiologie an allen 24 Musikhochschulen und die Organisation von berufsbegleitenden Weiterbildungen, beispielsweise die Weiterbildung »Musikphysiologie im künstlerischen Alltag«.

3. Wissenschaftlicher Austausch auf dem Gebiet der Musikphysiologie und Musikermedizin

Dabei sind wir grundsätzlich interdisziplinär ausgerichtet und veranstalten regelmäßig Symposien und Konferenzen. Die Gesellschaft ist international

mit Partnerorganisationen in zahlreichen Ländern vernetzt und ist mit derzeit etwa 800 Mitgliedern weltweit die größte derartige Fachgesellschaft.

Es sei kurz noch erläutert, warum im Namen der Fachgesellschaft zusätzlich die Musikphysiologie genannt wird. Der Begriff Physiologie bezeichnet die Lehre von den normalen Lebensvorgängen: Sich der am Musizieren beteiligten Abläufe im Körper bewusst zu sein und zumindest einige anatomische, physiologische, biomechanische und psychologische Grundkenntnisse über diese Vorgänge zu besitzen, ist nach unserer Auffassung hilfreich für ein beschwerdefreies Singen und Instrumentalspiel sowie für die Entwicklung individueller gesundheitsförderlicher Strategien. Die Kenntnisse der pädagogisch tätigen Musikerinnen und Musiker sind in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich und werden häufig nicht ausreichend im Unterricht an Schülerinnen und Schülern vermittelt. Daher ist die Etablierung von curricularen Lehrveranstaltungen über musikphysiologische Grundlagen an den Konservatorien und Hochschulen erforderlich. Absolvent*innen dieser Einrichtungen können das gewonnene Wissen dann an die eigenen Schülerinnen und Schüler weitergeben. Das frühzeitige Erkennen individueller Risikofaktoren sowie die Beachtung physiologischer Grundsätze bereits ab Beginn der musikalischen Ausbildung, bedeuten eine effektive Vorbeugung von Erkrankungen.

Erfreulicherweise wünschen zunehmend auch Studierende, Orchester- und Musikpädagog*innen Angebote zur Vorsorge. Dies hat seit zu einer Institutionalisierung der Musikphysiologie und Musiker*innen-Medizin an den Musikhochschulen geführt. Im Jahr 1974 wurde an der Hochschule für Musik und Theater Hannover (HMT) der erste Lehrstuhl für Musikphysiologie eingerichtet. Weitere Lehrangebote für Musikermedizin u. a. an den Musikhochschulen Frankfurt und Berlin folgten. Mit Gründung des Freiburger Instituts für Musikermedizin (FIM) an der Hochschule für Musik kamen 2005 in Kooperation mit der Albert-Ludwigs-Universität und dem Universitätsklinikum in Freiburg zwei neue Lehrstühle im Fach Musikermedizin mit den Schwerpunkten Prävention/ Psychosomatik und Künstlerische Stimmbildung hinzu. Ein weiterer Lehrstuhl besteht seit 2008 an der Carl-Maria von Weber Hochschule für Musik Dresden und seit 2010 an der Musikhochschule Köln im Rahmen der Gründung des Peter-Ostwald-Instituts. Im Jahr 2022 erfolgte die Besetzung der Professur für Musizierendengesundheit an der Musikhochschule Lübeck. Frisch besetzt ist eine Professur in Detmold und derzeit in Besetzung ist eine Professur an der Hochschule für Musik und Theater in München. Lehraufträge für Musiker-

medizin sind mittlerweile an allen 24 Hochschulen für Musik in Deutschland vergeben.

Musikphysiologie und Musikermedizin an der Hochschule Hannover

An der Hochschule für Musik, Theater und Medien (HMTM) in Hannover wurde bei der Umstellung auf die Bachelor und Masterstudiengänge im Jahr 2010 auf Wunsch der Studierenden zusätzlich zur Vorlesung »Musikphysiologie – die körperlich geistigen Grundlagen gesunden Musizierens« und zu den Feldenkrais, Alexandertechnik und Yoga-Angeboten noch ein Tutorium eingeführt, das unter dem Namen »Üben – Lernen – Lehren« nicht nur der Vermittlung von instrumentalspezifischen Fertigkeiten dient, sondern auch Themen wie »Zeitmanagement«, »Vorbeugung von Burnout«, »Mentales Training« oder »Lampenfieber-Training« abdeckt. Darüber hinaus wurde im Jahr 2021 aus Studienqualitätsmitteln eine Stelle für die Koordination dieser Angebote sowie für Achtsamkeitstraining und Alexandertechnik eingeführt.

Abbildung 1: Gesundheitsangebote an der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover im Wintersemester 2023/24. Die fett markierten Veranstaltungen sind Pflichtveranstaltungen. Die grau markierten sind externe Angebote, die für alle Studierenden der Universitäten Hannovers geöffnet sind.



In Abbildung 1 sind diese Angebote an der HTMH im Wintersemester 2023/24 dargestellt. Pflichtangebote für die künstlerisch-pädagogischen Fächer sind dabei fett gedruckt.

Im Folgenden soll in vier erläuterten Thesen dargestellt werden, warum in Hannover Musikphysiologie und Musiker*innen-Medizin benötigt wird und wie der Bedarf an zahlreichen Lehrangeboten begründet werden kann. Dies ist eine Weiterentwicklung der bereits 2014 veröffentlichten Thesen und Richtlinien (Altenmüller 2014). Dabei soll auch der generelle Stellenwert des Faches beleuchtet werden. Für Hannover kennzeichnend ist die systemische Sichtweise und das konsequent angewendete biopsychosoziale Gesundheitsmodell.

Durch Musikermedizin und Musikphysiologie junge Menschen in einem sehr kompetitiven Umfeld belastbar machen

Zwischen 30–50 % der Jugendlichen in Landesjugendorchestern leiden bereits unter gesundheitlichen Beschwerden, die direkt mit dem Instrumentalspiel in Verbindung zu bringen sind (Samsel et al. 2006). Sie äußern sich am häufigsten in sogenannten spielbedingten Schmerzen, im englischen Sprachraum als »playing related musculoskeletal disorders« bezeichnet. Nach Untersuchungen von Claudia Spahn beginnen etwa 25 % der Erstsemesterstudierenden an der Freiburger Musikhochschule ihr Studium mit Schmerzen. Im Laufe ihres Studiums erleben 68–88 % der Musikstudierenden in Freiburg Erkrankungen, die mit dem Instrumentalspiel in Verbindung zu bringen sind. Von diesen suchen immerhin 45 % medizinische Hilfe auf (Spahn et al. 2004). Derartige prozentuale Belastungen bestehen auch heute und wurden auch in Hannover vor Corona repliziert (Rosset et al. 2022).

Diese Zahlen sind beunruhigend, auch weil sie ein Indiz für den Druck sind, dem Musikstudierenden ausgesetzt sein können. Häufig haben die jungen Künstlerinnen und Künstler eine Kultur des *No pain, no gain* verinnerlicht, wollen ohne Rücksicht auf ihre Gesundheit ihren Studienverpflichtungen nachkommen und sich unter der Konkurrenz durchsetzen. Offensichtlich sind aber viele Musikstudierenden diesen Stressoren nicht immer gewachsen. Hier ist es die Aufgabe der Ausbildungsinstitutionen, den Studierenden Strategien zur Stressbewältigung zu vermitteln, sie zu Erkenntnissen zu führen, die Stress vermeiden lassen, ihnen praktische Übungen an die Hand zu geben, um Stress abzubauen und darüber hinaus ein Verständnis ihrer eigenen Stressbewältigungsmechanismen zu fördern. Dass über 50 % der Studierenden, die sich aufgrund akuter oder chronischer Schmerzprobleme

in ärztliche Behandlung begeben, sich im ersten oder zweiten Semester ihres Studiums befinden, unterstreicht die Notwendigkeit, diese Bewältigungsmechanismen frühzeitig im Studium zu vermitteln (Ioannou et al. 2018). Genau darauf zielt das in Abb. 1 gezeigte Angebot ab.

Durch Musikermedizin und Musikphysiologie an der Humanisierung eines leistungsbezogenen und fremdbestimmten beruflichen Umfelds mitwirken

Fremdbestimmung, unrealistische Leistungsansprüche, das Gefühl des »funktionieren müssen«, persönliche Spannungen innerhalb des Ensembles, des Kollegiums oder des Orchesters können die Freude am Beruf beeinträchtigen und sogar Krankheiten auslösen. Oft sind aber auch außermusikalische Stressoren Auslöser. Dies war besonders in der Corona-Pandemie zu beobachten (Rosset et al. 2021). Erkrankt eine Musikerin oder ein Musiker, dann benötigen sie Spezialist*innen, denn jede Krankheit, die das Musizieren betrifft, berührt den Persönlichkeitskern (vgl. o.). Die Konsequenzen solcher Erkrankungen sind weitreichend: Sie führen häufig zu berufsbezogenen Ängsten, Verlust des Selbstwertgefühles, Scham, Depression, sozialem Rückzug und Wut. Musikermedizinerinnen und Musikermediziner müssen also nicht nur die Auslöser körperlicher Erkrankungen, sondern auch die emotionalen Auswirkungen ermessen können. Für Prävention und Rehabilitation ist wichtig, dass in die Arbeitssituation hineingewirkt wird und die Resilienz der Musikerinnen und Musiker gestärkt wird. In diesem Sinn bedeutet Musikermedizin auch aktive Sekundärprävention.

Durch Musikphysiologie und Musikermedizin eine Wissenskultur in die Welt des Musizierens tragen

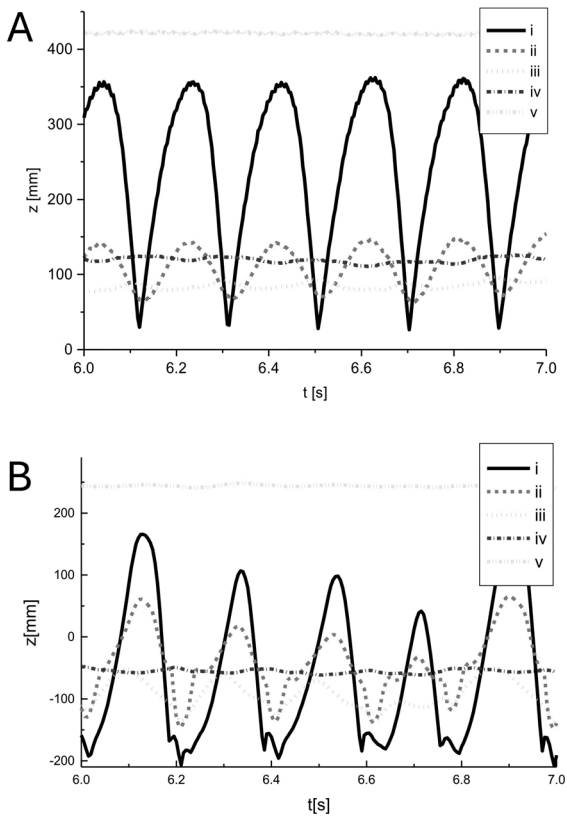
Die Musikermedizin ist im positiven Sinne eine ganzheitliche Medizin. Die betroffenen Patient*innen werden nicht nur z.B. auf Schmerzen in der Schulter oder auf Angst in der Vorspielsituation untersucht und beraten, sondern es wird im positiven Sinn ganzheitlich auf die Entstehungsbedingungen, auf die Konsequenzen der Erkrankung und auf eine facettenreiche, multidimensionale Therapie eingegangen. Auch aus diesem Grund ist die Musikermedizin vorbildlich und kann ein Modell für andere Fachbereiche darstellen. Denn im optimalen Fall werden interdisziplinär musikphysiologische, psychologische, fachärztlich medizinische und musikpädagogische Aspekte einbezogen. Mu-

sikermedizin ist ein Beispiel, wie zum Nutzen einer emotional hoch positiv belegten Kulturtechnik, Medizin verwirklicht wird. Voraussetzungen dafür sind ein ausreichender Zeitrahmen für die Patient*innen und die Tugenden des Zuhörens und der Wertschätzung.

Aber auch Erkenntnisse der Musikphysiologie können Studierenden, musizierenden Laien und Berufsmusiker*innen helfen, belastbarer und gesünder zu werden. An dieser Stelle wird ein aktuelles Transferbeispiel aus dem Labor in den Unterricht an der HTMH angeführt: Musizieren ist Handlungswissen und beruht auf Handlungslernen. Musik machen gehört damit zu den typischen prozeduralen Fertigkeiten, die über die Rückmeldung aus verschiedenen Sinnessystemen und über den Erfolg der Bewegung kontrolliert werden. Während des Übens werden die dafür benötigten zentralnervösen sensorimotorischen Steuerprogramme nach und nach optimiert. Der Vorgang des Einübens und die Durchführung optimierter Bewegungen, entziehen sich in vielen Details dem verbalen Zugriff. Es ist daher nahe liegend, durch geeignete Messinstrumente optimale Instrumentalbewegungen bei herausragenden Musikern zu erfassen, ihnen genau »auf die Finger zu schauen«, und dieses Wissen dann den Instrumentalpädagog*innen zur Verfügung zu stellen.

Bevor allerdings ein Feedback-System entwickelt wird, müssen erst die Zielkriterien für eine »optimierte« Bewegung bestimmt werden (Altenmüller et al. 2020). Als Beispiel für derartige Vorarbeiten sollen die dreidimensionale Bewegungsanalyse bei Schlagzeuger*innen herangezogen werden. Es wurde eine Gruppe von Schlagzeuger*innen mit Nichtschlagzeuger*innen verglichen. Die Versuchsteilnehmer*innen hatten die Aufgabe, im Forte mit dem Schlagzeugstick so regelmäßig wie möglich mit einer Geschwindigkeit von sechs Schlägen pro Sekunde auf ein Übungspad zu schlagen. An Stick, über Zeigefingergrundgelenk, Handgelenk, Ellbogengelenk und Schultergelenk waren kleine, sehr leichte LEDs angebracht, die Lichtsignale einer speziellen Wellenlänge aussandten. Diese Signale wurden von drei Kameras mit einer Frequenz von 300 Bildern pro Sekunde »aufgezeichnet« und rechnerisch weiterverarbeitet. Es ließ sich so ein dreidimensionales Abbild der Bewegung rekonstruieren. In Abbildung 2 sind die so aufgezeichneten Bewegungen eines Berufsschlagzeugers mit einem Nicht-Schlagzeuger als zweidimensionale Bewegungstrajektorien vergleichend dargestellt.

Abbildung 2: Bewegungstrajektorien beim Schlagzeugspiel in seitlicher Aufsicht während sechs Bewegungszyklen in einer Sekunde. Oben professioneller Schlagzeuger (A), unten Anfänger*in (B). Die hohen »Arkaden« (I) auf der oberen Abbildung stellen den Weg des Sticks dar, die kleinere sinusoidale Bewegung den des Zeigefingergrundgelenks (II). Handgelenk (III), Ellbogengelenk (IV) und Schultergelenk (V) sind nahezu bewegungslos. Unten, bei der Anfänger*in erkennt man die Unregelmäßigkeit der Bewegung. Darüber hinaus wird das Handgelenk nach oben und unten bewegt, das heißt, der Unterarm ist stark am Spiel beteiligt.



An den Kurvenverläufen ist zu erkennen, dass die Bewegung am Schlagzeug mit höchster zeitlicher und räumlicher Präzision durchgeführt wird. Darüber hinaus ist abzulesen, dass der Bewegungspunkt im Handgelenk (grüne Kurve) schon weitgehend ruhig bleibt, dass also die Bewegung im wörtlichen Sinn »aus dem Handgelenk geschüttelt« ist. Bei anderen Kurven (Anfänger*in) ist neben der Unregelmäßigkeit der Schläge auch der Rückprall der Sticks beim Auftreffen auf das Pad und die starke Beteiligung des Unterarms an der Bewegung zu beobachten. Offensichtlich sind Zielkriterien für diese Aufgabe, durch vorwiegenden Einsatz des Handgelenks, die bewegte Muskelmasse so weit wie möglich zu reduzieren und überwiegend die zentralnervös sehr gut repräsentierte präzise ansteuerbare Handmotorik zu aktivieren. Eine erfahrene und geschulte Person wird dies zwar wissen, aber möglicherweise kann durch eine geschickte Versuchsanordnung mit direkter Rückmeldung der Bewegungsabläufe der Lernprozess bei Anfänger*innen beschleunigt werden. Einschränkend anzumerken ist, dass ein derartiges Bewegungsfeedback nach wie vor technisch schwierig zu realisieren ist und den Sachverstand eines interdisziplinär arbeitenden Teams aus Bewegungswissenschaft, Physik und Musik fordert. Ein weiteres, derzeit beforschtes Problem von Feedbackstudien ist, dass zwar kurzfristig eine günstige Veränderung der Bewegungsabläufe erfolgen kann, dass diese jedoch häufig nur sehr schwer im Bewegungsgedächtnis langfristig abgespeichert wird. Möglicherweise ist es hier wichtig, den Aufmerksamkeitsfokus stärker auf die Körpereigenwahrnehmung zu richten als auf das Feedback (Pasquier et al. 2023). Künftige Generationen werden sicher in der Lage sein, durch verbesserte Methodik Bewegungsabläufe schneller nach Zielparametern zu kategorisieren, gezielt den Aufmerksamkeitsfokus zu modulieren und dann diese Erkenntnisse direkt in die Pädagogik einfließen zu lassen.

Durch Musikphysiologie und Musikermedizin interdisziplinäre Forschung, menschliche Höchstleistungen und menschliches Versagen besser verstehen

Die Forschungsgebiete der Musikphysiologie und Musikermedizin sind zahlreich. Jedes der neuen Institute für Musikergesundheit bzw. für Musikermedizin hat einen eigenen Forschungsschwerpunkt etabliert. Zahlreiche relevante Forschungsprojekte sind wichtig und benötigen Unterstützung. So wäre nach wie vor das unerschöpfliche Gebiet des Übens ein lohnendes Thema: Wie soll geübt werden, wann soll geübt werden, wie oft sollen welche Passagen wieder-

holt werden, in welchem Moment soll aufgehört werden zu üben? Worauf soll die Aufmerksamkeit beim Üben gerichtet werden? Andere Themen betreffen die Resilienz von Musikerinnen und Musikern: Warum bleiben manche selbst bei den stärksten Stressfaktoren vollkommen gesund, während andere schon bei minimalen Irritationen körperlich und seelisch leiden? Warum entwickeln manche Musikerinnen und Musiker chronische Schmerzen, während andere selbst bei stärkeren Überlastungen die Krise nach wenigen Tagen folgenlos überstehen? Können Veränderungen der Schmerzempfindlichkeit bei chronischen Schmerzen objektiv zum Beispiel durch Reaktionspotentiale der sensorischen Hirnrinde erfasst werden? Kann durch Modulation der neuronalen Netzwerke die Schmerzen beim Musizieren gelindert werden? Schließlich ist ein sehr relevantes Thema auch die Vorbeugung und Behandlung der Auftrittsangst: Was verursacht Auftrittsangst und wie kann der Auftrittsangst präventiv begegnet werden? Viele Fragen, die noch beantwortet werden müssen.

Schlusswort

In den nächsten Jahren wird eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Musikerinnen und Musiker erreicht werden können, und dass die Bekämpfung von Angst, Selbstzweifeln, Selbstentwertung und Unzufriedenheit relevante Themen sein werden. Um eine spezifische Gesundheitsförderung zu leisten und langfristig die Zahl berufsbedingter Beschwerden von Musikerinnen und Musikern verringern zu können, sollten weitere Präventionsprogramme und Lehrveranstaltungen an den Musikhochschulen und anderen musikalischen Ausbildungsstätten entwickelt werden. Inzwischen finden zwar an den meisten Musikhochschulen in Deutschland Veranstaltungen zur Förderung der Musiker*innengesundheit statt, aber es fehlt noch an sinnvoll strukturierten, ausgewogenen, ganzheitlichen Konzepten (vgl. dazu Abb. 1). Zu bedenken ist auch, dass gesundheitsförderliches Verhalten und Prävention bereits im Kindesalter beginnen sollten. Hier sollten berufsbegleitende Weiterbildungen an Musikschulen und anderen primären Ausbildungseinrichtungen angeboten werden. Auch der Laienbereich ist noch viel zu wenig im Fokus der musikphysiologischen Prävention. Selbst an den Hochschulen fehlen obligatorische Grundlagenseminare, welche durch fakultative, praktisch-orientierte Angebote sowie die Möglichkeit musikermedizinischer Einzelberatungen ergänzt werden.

Qualifizierte Prävention und praktische Musikermedizin sind jedoch nur auf der Basis wissenschaftlich fundierter Grundlagen möglich. Die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musiker-Medizin hat daher das Ziel, Forschung und Wissenschaft einerseits im Bereich der Physiologie und Pathophysiologie des Musizierens zu fördern, andererseits im Bereich der körperlichen und psychischen Erkrankungen bei Musikerinnen und Musikern. Regelmäßige Kongresse, Symposien, Publikationen, die Förderung wissenschaftlicher Einzelprojekte, die Vergabe eines fachbezogenen Wissenschaftspreises sowie die Herausgabe der wissenschaftlichen Zeitschrift »Musikphysiologie und Musikermedizin« als Organ der DGfMM sollen helfen, dieses Ziel zu verwirklichen.

Aber wichtig ist auch die gesellschaftliche Dimension: Die überzogenen Ansprüche der Öffentlichkeit an die Leistung der Musikerinnen und Musiker sollten in Frage gestellt werden und es sollte Sorge getragen werden, dass die Musik im Vordergrund steht, nämlich die Vermittlung einer emotionalen Botschaft.

Literatur

- Altenmüller, E. (2014). Warum brauchen wir Musikphysiologie und Musikermedizin? Ein Thesenpapier. In: E. Altenmüller & S.N. Willich (Hg.), Klang, Körper und Gesundheit. Warum Musik für die Gesellschaft wichtig ist (S. 47–58). Augsburg: Wißner-Verlag.
- Altenmüller, E., Trappe, W. & Jabusch, H.-C. (2020). Expertise-Related Differences in Cyclic Motion Patterns in Drummers: A Kinematic Analysis *Front Psychol*, 11(538958).
- Bastian, H.G. & Koch, M. (2010). Vom Karrieretraum zur Traumkarriere? Eine Langzeitstudie über musikalisch Hochbegabte. Mainz: Schott Verlag.
- Cohen, S. & Ginsborg, J. (2022). One Year on: The Impact of COVID19 on the Lives of Freelance Orchestral Musicians in the United Kingdom. *Front Psychol*, 13(885606).
- das musikinstrument (2021). Studie: 19 Prozent der Deutschen machen aktiv Musik. Verfügbar unter: <https://das-musikinstrument.de/news-aktuelles/studie-19-prozent-der-deutschen-machen-aktiv-musik> [22.03.2024].
- Deutscher Musikrat gGmbH (o. Datum). deutschen musikinformationszentrums miz. Themen, Beiträge, Statistiken und Thesen zu zentralen Be-

- reichen des Musiklebens finden. Verfügbar unter: <https://miz.org/de> [22.03.2024].
- Doyon, J., Song, A.W., Karni, A., Lalonde, F., Adams, M.M. & Ungerleider, L.G. (2002). Experience-dependent changes in cerebellar contributions to motor sequence learning. *Proc Natl Acad Sci USA*, 99(2), S. 1017–1022.
- Ericsson, K., Krampe, R.T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), S. 363–406.
- Flesch, J. (1925). *Berufskrankheiten des Musikers*. Celle: Niels Kampmann.
- Hemmerich, P. & Bauer, A.W. (2020). *Musikermedizin in Deutschland vor 1945: Ursprünge und Konzepte einer interdisziplinären Wissenschaft Musikphysiologie und Musikermedizin*, 27(3), S. 110–128.
- Herholz, S.C. & Zatorre, R.J. (2012). Musical training as a framework for brain plasticity: behavior, function, and structure. *Neuron*, 76(3), S. 486–502.
- Ioannou, C.I., Hafer, J., Lee, A. & Altenmüller, E. (2018). Epidemiology, Treatment Efficacy, and Anxiety Aspects of Music Students Affected by Playing-Related Pain: A Retrospective Evaluation with Follow-up. *Med Probl Perform Art*, 33(1), S. 26–38.
- McPherson, G.E. (2005). From child to musician: skill development during the beginning stages of learning an instrument. *Psychology of Music*, 33(1), S. 5–35.
- Nagel, J.J. (1988). Identity and career choice in musicians. *Journal of Cultural Economics*, 12(2), S. 67–76.
- Pasquier, M., Memari, S., Lardon, A. & Descarreaux, M. (2023). Can self-assessment and augmented feedback improve performance and learning retention in manual therapy: results from an experimental study. *Chiropr Man Therap*, 31(35), S. 1–8.
- Rosset, M., Baumann, E. & Altenmüller, E. (2021). Studying Music During the Coronavirus Pandemic: Conditions of Studying and Health-Related Challenges. *Frontiers in Psychology*, 12(651393).
- Rosset, M., Baumann, E. & Altenmüller, E. (2022). A Longitudinal Study of Physical and Mental Health and Health-Related Attitudes Among Music Students: Potentials and Challenges for University Health Promotion Programs *Frontiers in Psychology*, 13(885739).
- Samsel, W., Möller, H., Marstedt, G. & Müller, R. (2006). Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. *Musikphysiologie und Musikermedizin*, 13(3), S. 86–98.
- Singer, K. (1926). *Die Berufskrankheiten der Musiker*. Berlin: Max Hesse.

- Spahn, C., Strukely, S. & Lehmann, A. (2004). Health Conditions, Attitudes Toward Study, and Attitudes Toward Health at the Beginning of University Study: Music Students in Comparison with Other Student Populations. *Medical Problems of Performing Artists*, 19(1), S. 26–33.
- Vuust, P., Heggli, O.A., Friston, K.J. & Kringelbach, M.L. (2022). Music in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 23(5), S. 287–305.
- Zamorano, A.M., Kleber, B., Arguissain, F., Vuust, P., Flor, H. & Graven-Nielsen, T. (2023). Extensive sensorimotor training enhances nociceptive cortical responses in healthy individuals. *Eur J Pain*, 27(2), S. 257–277.

Gestaltungsansätze für die Gesundheitsförderung in der Postmoderne

Jonas Rehn-Groenendijk & Helena Müller

1. Herausforderungen unserer Zeit

Heraklits berühmtes Zitat »panta rhei«, dass sich alles im Fluss befinde, beschreibt eindrucksvoll das Wesen menschlicher Zivilisation, die sich in ständigem Wandel befindet. Auch der technologische Fortschritt trägt hierzu maßgeblich bei. Damit verbunden ist auch eine kontinuierliche und – spätestens seit der Verbreitung des Internets – exponentielle Zunahme an Komplexität: Globalisierte Waren- und Informationsströme, diversifizierte Lebensstile und die zunehmende Bedeutung digitaler Welten formen unmittelbar die Lebenswirklichkeiten der Menschen. Gleichzeitig zeichnen sich Entwicklungen in der individuellen Gesundheit und Gesundheitsförderung ab. Das Schlagwort der »Zivilisationskrankheiten« fasst jene Pathologien zusammen, deren Ursprung durch den jeweiligen Lebensstil (mit-)verantwortet wird (Müllner 2007). Die Techniker Krankenkasse (2010) rechnet mit einer stetigen Zunahme von Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall, Herzinfarkt und Demenz bis ins Jahr 2050. Ebenso nimmt die Prävalenz psychischer Erkrankungen (v.a. Angststörungen und Depression) weltweit kontinuierlich zu (WHO 2022).

Als Katalysator lassen sich vor allem die Entwicklungen innerhalb dessen identifizieren, was unter dem Sammelbegriff Web 2.0 subsummiert ist. Durch die globale Verbreitung des Smartphones und sozialer Medien verändern sich zum einen Interaktionsformen und soziale Beziehungen. Zum anderen wirken soziale Medien auch auf die Wahrnehmung des Physischen ein. Körperideale (Simpson & Mazzeo 2017), Ernährungsweisen bis hin zu Raumgestaltungen werden einem Schema unterworfen, das sich weniger an wissenschaftlichen Kriterien oder Plausibilität messen lassen muss als

an ästhetischem Gefallen. Die dabei vor allem in jungen Jahren entstehende intensive Bindungen zum Smartphone (Diefenbach & Borrmann 2019) verstärkt diese Effekte zudem. Doch nicht alleine in einer solchen individuellen Beziehung zwischen Nutzenden und digitaler Technologie werden Veränderungen deutlich. Die Hybridität von Arbeitswelten, die Verschränkung von digitalen Leitsystemen und Informationsangeboten mit physischen Umwelten und die damit einhergehenden Abläufe erzeugen zunehmend komplexe Interdependenzen im menschlichen Lebensraum.

Gesundheitsförderung bleibt in einem solch dynamischen Kontext eine gesellschaftliche Herausforderung, deren institutionelle Versorgungsstrukturen im Angesicht fortlaufender Krisen (z.B. Pandemie, Fachkräftemangel) stark belastet sind. Die zentrale Aufgabe besteht vor diesem Hintergrund darin, situationsabhängig die Bedürfnisse aller relevanten Stakeholder objektiv zu erfassen und praktisch zu adressieren sowie bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse nutzbar zu machen. Mit Blick auf diese Rahmenbedingungen sind im Folgenden zunächst die theoretische Ausgangslage zu analysieren und die hier zugrundeliegenden Perspektiven einer gesundheitsfördernden Gestaltung zu benennen, um dann ein methodisches Vorgehen zu skizzieren und konkrete gestalterische Ansatzpunkte für verschiedene gesundheitsrelevante Arbeitsfelder zu illustrieren.

2. Der Weg zu einer systemischen Perspektive

In diesem Beitrag wird ein Zugang zu solch aktuellen Fragestellungen aus zwei disziplinären Perspektiven entwickelt, die sich interdisziplinär verbinden und so neue Herangehensweisen und Ergebnisse schaffen. Zum einen behandelt die Psychologie im Allgemeinen das Erleben und Verhalten des Menschen. Vor dem Hintergrund des Vorwurfs einer »Umweltvergessenheit« (Kruse 1974: 7) in der traditionellen Psychologie, fokussiert die Umwelt- und Architekturpsychologie im Besonderen das Zusammenspiel von Menschen und ihren Umwelten. Eine Grundannahme dabei ist, dass Menschen ihre Umwelten kontinuierlich gestalten und gleichzeitig von ihnen verändert werden (Hellbrück & Kals 2012). Ein solcher Dualismus lässt sich sogar zugunsten eines untrennbaren Ganzen von Mensch und Mitwelt, das sich über die Zeit verändert und räumlich-dingliche wie auch psychosoziale Aspekte umfasst, vollständig auflösen (Altman & Rogoff 1987; Müller 2021). Design und insbesondere die Designforschung lassen sich bereits als interdisziplinäre Felder betrachten. Ungeachtet, ob es

um industriell gefertigte Produkte, Kommunikationsstrategien oder Dienstleistungen und ganze Erlebnisse (z.B. Kinobesuch, Flugreise) geht, eint dieses Feld das Bestreben, neuartige bzw. angemessenere Lösungen für bestehende Probleme oder Bedarfe zu entwickeln. Dabei greift das Design aus praktischer und die Designforschung aus analytischer Sicht häufig auch auf das Methodenrepertoire anderer Disziplinen zurück, passt einzelne Methoden an oder kombiniert diese mit anderen. Dementsprechend sind die Grenzen zu anderen Disziplinen fließend. Die Verbindung des Wissens zu (a) mentalen Vorgängen *im* Menschen und zum Zusammenspiel des Menschen *mit* der Umgebung (Umweltpsychologie) sowie (b) zur Beschaffenheit, Gestaltung und zu Abläufen in der Umgebung *um* den Menschen (Designforschung), ermöglichen neue Perspektiven. Diese lassen sich auch zur Gesundheitsförderung nutzen. Dabei sind diese Disziplinen lediglich ein erster Zugang zu einem Feld, das von einer Vielzahl von Disziplinen und darüber hinaus bearbeitet werden sollte. So ließe sich ein »Vergessen« der räumlich-dinglichen wie psychosozialen Umwelten auch in der Medizin sowie den Gesundheitswissenschaften vermeiden.

Wenn in diesem Beitrag von Gesundheit die Rede ist, umfasst dies Überlegungen sowohl zu psychischer als auch zu physischer Gesundheit, die sich im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen, wie in der Verfassung der World Health Organisation (WHO 1946) festgehalten. Grundlage und Ausgangspunkt ist ein biopsychosoziales Krankheitsmodell (vgl. Egger 2005) als Gegenentwurf zu einem biomedizinischen Verständnis von Krankheit. So sind gesundheitsfördernde (statt krankheitsbekämpfende) Maßnahmen zu entwickeln, jeweils unter Berücksichtigung untrennbar miteinander verwobener biologischer, psychischer und sozialer (statt ausschließlich biologischer) Elemente. Mit Blick auf Erkenntnisse aus Feldern wie der Psychoneuroimmunologie (z.B. Schubert 2011), des Embodiments (Lux et al. 2021) und der Psychosomatik (z.B. Davidson et al. 2003) ist von einer systemischen Interdependenz auszugehen, in der psychisches Wohlbefinden Ausprägung und Ursache von Gesundheit gleichermaßen ist. Ein solcher Gegenentwurf zum Körper-Geist-Dualismus ist auch in vielen nicht-europäischen Kulturkreisen (z.B. Vietnam, Philippinen) vorherrschend (Kraus 2006).

Vor diesem Hintergrund rahmt dieser Beitrag Menschen als mit natürlichen, sozialen, gebauten, digitalen und hybriden Strukturen verflochten, die allesamt einen Einfluss auf unser Denken, Erleben und Verhalten haben (Fogg 2003; Lockton et al. 2010; Michie 2014; Rehn 2018). Nicht zuletzt die Lehren aus der Corona-Pandemie führen uns verstärkt die Notwendigkeit eines One

Health-Ansatz' (Fiack et al. 2023) vor Augen, der die enge Verknüpfung zwischen der Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt betont. Die menschliche Gesundheit lässt sich folglich nicht isoliert betrachten. Um dieser Verflochtenheit gerecht zu werden, bedarf es – auch in der Gesundheitsförderung – einer systemischen Sichtweise, die solche Mensch-Umwelt-Einheiten als Ganzes begreift, bewusst gestaltet (s. z.B. Vollmer & Koppen 2021) und dabei den Blick für die vielschichtigen und teils ›verzwickten‹ Zusammenhänge weitet.

3. Inter- und transdisziplinäre Arbeitsweise

Wie viele andere große Herausforderungen unserer Zeit, z.B. der Klimawandel, erfordern auch die Komplexität des Gesundheitssystems und die Fragestellung einer ganzheitlichen und bedarfsgerechten Gesundheitsförderung, eine Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen sowie zwischen Akteur*innen aus Wissenschaft und Praxis (Rütten et al. 2019). Denn ebenso wie Gesundheit nicht räumlich an den Türen einer medizinischen Praxis endet, endet die Zuständigkeit für dieses Thema nicht an der Grenze einer einzelnen Disziplin wie der Medizin oder der Psychologie.

So gewinnt im Kontext komplexer therapeutischer Fragestellungen die Interdisziplinarität im medizinischen Alltag seit Jahren an Bedeutung. Dabei arbeiten nicht nur unterschiedliche Fachrichtungen zusammen (z.B. Orthopäd*innen und Radiolog*innen), auch beispielsweise Sozialarbeiter*innen (z.B. social prescribing, Morse et al. 2022), Lehrkräfte und Designer*innen (Tromp & Vial 2023) nehmen wichtige Rollen in der Prävention und Behandlung von Krankheiten ein. Ein Indiz für den Bedarf solcher Zusammenarbeit ist auch, dass mit der Science of Cross Disciplinary Team Science (Salazar et al. 2012; Hall et al. 2019) ein eigener akademischer Schwerpunkt für solche Fragestellungen besteht. Mit diesem Schwerpunkt werden neben den großen Potenzialen dieser Arbeitsweise auch die Herausforderungen adressiert und konkrete Lösungswege empfohlen. Einige der in diesem Feld untersuchten Phänomene stammen direkt aus dem Bereich der Medizin (z.B. das Erlernen neuer chirurgischer Verfahren, Edmondson et al. 2000) oder der Gesundheitsvorsorge (z.B. Prävention von Tabakkonsum, Stokols et al. 2005). Grundlage dafür ist eine offene Haltung, die disziplinäre Expertisen als wert-

volle Erkenntnisquellen anerkennt und gleichzeitig – in der Integration – den größten Mehrwert erzielt (Boix Mansilla et al. 2016).

Will man vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen strukturelle Optimierungen vornehmen und Gestaltungsimpulse für eine Gesundheitsförderung in der Postmoderne erschließen, eignen sich in besonderer Weise transdisziplinäre Ansätze (z.B. Defila & Di Giulio 2019). Hier gilt es über disziplinäre Grenzen hinweg und unter Einbezug von Akteur*innen aus Praxis und Bevölkerung zunächst ein gemeinsames Problemverständnis zu erarbeiten und zu definieren (vgl. dazu »joint problem framing«; Pearce & Ejderyan 2020). Dabei sind jedoch zahlreiche Hürden zu überwinden (Bammer 2019). So erscheint die intensive transdisziplinäre Auseinandersetzung aufgrund der unterschiedlichen Fachsprachen häufig zunächst mühsam(er). Oft werden Zielkonflikte deutlich und es sind Aushandlungsprozesse nötig, in denen individuelle Bedarfe und Anforderungen für alle sichtbar werden (»Wer vertritt welche Position?«). Dabei entsteht auch ein sozialer Lernprozess, der für alle Beteiligten zu einem systemischen Verständnis beiträgt (»Worum geht es im Kern?« »Wo liegen entscheidende Stellschrauben?«). Dies geschieht idealerweise vor der Annahme, dass jene Akteur*innen zusammenkommen, die für das langfristige Gelingen der gestalterischen Lösung benötigt werden. Im Gesundheitsbereich sind hier neben Patient*innen bzw. Bürger*innen verstärkt auch medizinische Fachkräfte einzubeziehen. Dabei ist darauf zu achten, Partizipationshemmnisse (z.B. hoher Zeitaufwand) zu minimieren.

Es ist anzunehmen, dass es im Zuge dessen auch neuartiger Methoden und Ansätze bedarf, um diesem Anspruch zu genügen. Deutlich wird dies im vergleichbar komplexen Kontext der nachhaltigen Entwicklung. Hier wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Ansätze entwickelt und erprobt, die den Anspruch haben, transformativ zu wirken – also komplexe Systeme entlang einer normativen Orientierung zu verändern (z.B. Wittmayer & Hölscher 2017). Der gegenwärtige Diskurs zu gestalterischen Potentialen im Kontext der Gesundheitsförderung stellt ein Gelegenheitsfenster dar, das ein Umdenken und zielorientiertes Handeln ermöglichen kann. Im Sinne eines *Health Design Thinking* (Ku & Lupton 2020) wird Gestaltung als Grundprinzip der Veränderung begriffen, das Bestehendes hinterfragt und Neues ermöglicht.

4. Empirische und analytische Methoden als verbindende Werkzeuge

Um gesundheitsrelevante sozio-technische Systeme in ihrer Komplexität und mögliche Zusammenhänge mit Gesundheit und Gesundheitsförderung objektiv erfassen zu können, sind empirische Methoden ein notwendiges, wenn auch nicht hinreichendes Werkzeug. Unterschiedliche Teilrichtungen des Designs befassen sich damit, komplexe Systeme ganzheitlich zu erfassen, diese Erkenntnisse übersichtlich aufzubereiten und zu vermitteln, bevor in iterativen Prozessen Konzepte entwickelt werden. Jüngere und zunehmend interdisziplinär ausgerichtete Felder wie das *Strategic Design*, das *Service Design* (Stickdorn et al. 2018), das *Patient Experience Design* (Jones 2013; Risdon et al. 2018) und die forschungsgetriebene Gestaltung im Allgemeinen (Visocky O'Grady & Visocky O'Grady 2017) bieten hierfür zahlreiche Werkzeuge. Dabei illustrieren unterschiedliche Prozessmodelle (Dubberly 2008) und Ansätze (z.B. Design Thinking, Kumar 2013) den effektiven Einsatz empirischer Forschungsmethoden und gestalterische Analyse- und Konzeptionsmethoden. Dies zeigt sich als Mehrwert, um Gestaltungsansätze zu informieren und ihre Umsetzung ex-post zu evaluieren.

Die Psychologie kann hierbei sowohl inhaltliche als auch methodische Beiträge leisten: Aus inhaltlicher Sicht bieten neben der Gesundheitspsychologie (Renneberg & Hammelstein 2006) auch Felder wie die Umweltpsychologie (Hellbrück & Kals 2012), die Organisationspsychologie (Nerdinger et al. 2019) sowie die Konsumentenpsychologie (Felser 2015) relevante Modelle sowie wissenschaftliche Belege, die sich je nach konkretem Projekt nutzen lassen. Teilweise sind diese Ansätze bereits von Interdisziplinarität geprägt. Hier lassen sich Methoden aus der empirischen Sozialforschung (Baur & Blasius 2014) nutzen, um beispielsweise Bedürfnisse von Nutzenden besser zu verstehen, bestehende Herausforderungen zu erkennen und Ansatzpunkte für erste Lösungsideen auszumachen. Je nach inhaltlicher Fragestellung unterscheidet sich der Zuschnitt entsprechender empirischer Methoden. Fundierte Methodenkompetenz ist daher gefragt, um gezielt die passenden Werkzeuge für den angestrebten Erkenntnisgewinn zu wählen. Mithilfe von quantitativen Instrumenten – häufig in Form von Fragebögen – lassen sich auf Grundlage psychologischer Theorien psychosoziale Bedarfe einer quantitativ relevanten Gruppe von Personen erheben und auf Grundlage dessen Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren ziehen. Auch Aussagen zu unterschiedlichen Subgruppen (z.B. Altersgruppen) lassen sich so treffen, wie

z.B. »Bestehen unterschiedliche Gestaltungspräferenzen im jüngeren vs. im höheren Erwachsenenalter?« (Richter & Obenaus 2002). Mithilfe qualitativer Methoden wie beispielsweise explorativen Leitfaden-Interviews oder nicht-teilnehmenden Beobachtungen lassen sich solche Tendenzen und Bedürfnisse mit einer kleineren Personenanzahl tiefergehend explorieren.

Einen besonderen Stellenwert zur Ermittlung und Adressierung spezifischer Bedarfe von Nutzenden können co-kreative und partizipative Methoden einnehmen. Wenngleich hiermit spezifische Herausforderungen verbunden sind (z.B. Bammer 2019), ermöglicht die direkte Einbindung von Nutzenden – insbesondere, wenn hiermit spezifische Vulnerabilitäten wie im Zusammenhang mit Neurodiversität berücksichtigt werden – einen hohen, zielgruppen-gerechten Erkenntnisgewinn. Dabei werden Daten nicht erst gesammelt, analysiert und übersetzt, sondern unmittelbar im Kontext einer gestalterischen Aufgabe eingebracht. Gegenwärtige Ansätze co-kreativer Formate verdeutlichen die enorme Breite an Potentialen auch im Einsatz mit Menschen mit spezifischen (z. B. kognitiven) Einschränkungen (Groot et al. 2019; Bollard & Magee 2020). Allerdings betonen Hendriks et al. (2015), dass es hierbei keine allgemeinen methodischen Grundrezepte nach Schema-F geben kann, sondern co-kreative Prozesse und die darin genutzten Techniken stets auf die beteiligten Personen und das individuelle Projekt zuzuschneiden sind.

Bestehende Systeme optimieren bedeutet immer auch etablierte Denkroutinen und Gestaltungsansätze zu hinterfragen. Hieraus entsteht häufig eine Unsicherheit, da neue Lösungen noch nicht praxiserprobt sind. Wenngleich die zuvor genannten Beiträge von Empirie, wissenschaftlichen Evidenzen und co-kreativen Ansätzen mögliche Unsicherheiten reduzieren sollen, erfordert es insbesondere in inter- und transdisziplinären Teams und komplexeren Handlungskontexten auch Mut, neue Lösungen zu erproben (Boix Mansilla et al. 2016). Bei der Entwicklung dieser Lösungen müssen nicht selten »wicked problems« (Rittel & Webber 1973: 60) und damit verbundene Zielkonflikte adressiert sowie »das Unbekannte« (Rehn 2020: 1) ausgehalten werden. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die im Design typische, im agilen Management etablierte iterative Arbeitsweise. Durch die kontinuierliche Evaluation und erneute Optimierung des Entwickelten entsteht ein Kreislauf des prozeduralen Nachjustierens, der Schwachstellen frühzeitig aufzeigt und gesellschaftliche Kosten und Risiken reduziert.

5. Potentiale einer neuen Patient*innenrolle

Neben der co-kreativen Gestaltung von Umwelten und Systemen erhalten Patient*innen bzw. Bürger*innen in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen eine neue Rolle. So ist seit einigen Jahren im Gesundheitsbereich eine beschleunigende Veränderung früherer Grundlogiken zu verzeichnen: Während der »Herr Doktor« lange als unfehlbare Institution in weiß galt, besteht inzwischen eine zunehmende Aneignung von Gesundheitsthemen durch Patient*innen. Nicht zuletzt das Internet (»Dr. Google«), Wearables (z.B. Fitness Tracker inkl. Ausgabe diverser Vitalfunktionen bis hin zu vereinfachten EEGs) und Smartphone-Apps tragen ihren Teil dazu bei (Scherenberg 2022). Einerseits besteht dabei eine reale Gefahr von Fehlinformationen (Stimpson & Ortega 2023), Tendenzen zur Selbstoptimierung und damit einhergehenden psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, Eikey 2021), andererseits bietet eine solche Entwicklung auch das Potenzial einer Reduktion eben solcher Erkrankungen (z.B. durch entsprechende Apps, Cerea et al. 2022). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Emanzipierung von Patient*innen und einer stärkeren »Co-Produktion von Gesundheit« (Huber 2022) durch Behandler*innen und Patient*innen. Patient*innen können so bereits vorinformiert in eine Behandlung gehen oder auch anschließend weiterführende Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten einholen. Eine solche aktive Patient*innenrolle oder Patient*innenaktivierung zeigt positive Zusammenhänge zu gesundheitsrelevanten Faktoren (Greene & Hibbard 2012), z.B. zu Maßen des körperlichen und psychischen Funktionslevels sowie der Lebensqualität auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Mosen et al. 2007).

Eine solche aktive Patient*innenrolle erfordert eine bestimmte Form der Bildung, »health literacy« (dt. »Gesundheitskompetenz«) genannt (Schaeffer & Pelikan 2017). Zwar erleichtern digitale Angebote prinzipiell den Zugang zu Gesundheitsinformationen, doch noch besteht in Deutschland ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Kindern und dem sozioökonomischen Status ihrer Eltern (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2023). Wichtig erscheint jedoch auch, Überforderung von Patient*innen zu vermeiden und in besonderer Weise diejenigen zu unterstützen, denen der Zugang zu und die Teilhabe an Gesundheitsbildung bisher erschwert ist. So soll die Eigenverantwortlichkeit zwar gestärkt werden, im Sinne einer systemischen Perspektive und eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sind jedoch die jeweiligen Bedingungen zu beachten und der Versorgungsauftrag des Gesundheitssystems zu stärken. Nicht »Wer krank wird, ist selbst schuld«,

sondern ›Wer krank wird, dem wird geholfen, gesund zu werden und möglichst langfristig zu bleiben‹ sollte das Credo lauten. Der Aufbau von health literacy – durch alle Gesellschaftsschichten hindurch – sowie ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das auf Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit und Wertschätzung dem eigenen Körper gegenüber fußt (Linardon et al. 2022) verspricht eine wertvolle Grundlage für die noch kommenden Entwicklungen in der Postmoderne.

6. Zusammenarbeit von Designforschung und Umweltpsychologie: Zwei Beispiele

Exemplarisch wird im Folgenden aufgezeigt, wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit – hier zwischen Designforschung und Umweltpsychologie – Potentiale im Bereich der Gesundheitsförderung erwirken kann. Designwissenschaftliche und psychologische Perspektiven können als synergetische Beiträge wirken, um einen transdisziplinären Gestaltungsprozess zu ermöglichen (Müller & Rehn-Groenendijk 2024).

Zahlreiche wissenschaftliche Befunde verdeutlichen, dass komplementär zu persönlichen therapeutischen wie präventiven Angeboten, auch beispielsweise die gebaute Umwelt einen signifikanten Einfluss auf physische, ebenso wie soziale und psychische Aspekte der Gesundheit haben kann (Dijkstra et al. 2008; Ulrich et al. 2008; Vollmer & Koppen 2010; Roe & McCay 2021). Dies lässt sich auch für die Gesundheitsförderung gezielt nutzen. Ob durch die Gestaltung von Praxis- und Klinikräumen, die Arbeitsplatzgestaltung zugunsten größerer Aktivierung im Alltag, die Kennzeichnung gesundheitsschädlicher Lebensmittel oder den Ausbau von Rad- und Fußwegen, um die Walkability und Bikeability in Städten zu verbessern: Möglichkeiten der Gestaltung sind vielfältig und können gezielt bestimmte Verhaltensweisen begünstigen oder behindern. Ist es einfacher den Aufzug zu nehmen als die Treppe? Auf welche Weise werden vegetarische Optionen beworben? Begünstigt oder unterbindet die Anordnung von Sitzmöglichkeiten die soziale Interaktion mit anderen? Was im Retailbereich oder Unternehmenskontext seit Jahrzehnten genutzt wird (z.B. ausgefeilte Customer Journeys, die Laufwege in Supermärkten vordefinieren, Mikunda 2009; Lindström 2011) lässt sich auch zum Wohle von Menschen und zur Gesundheitsförderung einsetzen. Im Sinne der *Diffusions of Innovations Theory* (Rogers 2003) lässt sich psychologisches Wissen darüber hinaus nicht nur integrieren, um eine empirische Grundlage für

die Gestaltung von Umwelten zu schaffen. Vielmehr lässt sich auch die Akzeptanz solcher Neuerungen erhöhen, indem sie eine relative Nützlichkeit gegenüber dem vorherigen Zustand aufweisen, eine Kompatibilität zwischen technischem und sozialem System besteht, die Neuerungen transparent sind sowie stufenweise eingeführt werden können. Eine Orientierung an diesen Merkmalen kann dazu beitragen, die menschlichen Grundbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle (Grawe 2000) auch in einer Zeit stetigen Wandels zu erfüllen.

Ein erstes Beispiel stammt aus dem Bereich der medizinischen Praxen: Eine aktive Patient*innenrolle ist nicht nur mit vorteilhaften Gesundheitsvariablen assoziiert (Greene & Hibbard 2012) und verspricht einen selbstwirksamen Umgang mit weiteren Entwicklungen der Postmoderne – nicht nur, aber auch in Bezug auf Gesundheitsthemen: sie bildet auch die Grundlage für die Gestaltung von Behandlungskontexten. Ein konkretes Beispiel für gestalterische Möglichkeiten und die dahinterliegende Patient*innenrolle ist die Sitzanordnung im Behandlungszimmer. Während noch immer in den meisten europäischen Praxen ein frontales Layout besteht (Ärzt*in sitzt Patient*in durch Schreibtisch getrennt gegenüber; häufig nicht-schwenkbarer Monitor; Floss et al. 2019) sind immer häufiger auch Sitzpositionen über Eck oder gemeinsam an einem runden Tisch vertreten. Solche gestalterischen Maßnahmen versprechen, stärker eine Behandlung auf ›Augenhöhe‹ zu ermöglichen, indem ein gemeinsamer Blick auf Befunde etc. entsteht (Almquist et al. 2009; Ajiboye et al. 2015). Wichtig ist, dass der Einsatz digitaler Medien und deren psychosoziale Bedeutung hier aktiv in die Raumgestaltung einbezogen werden, so dass z.B. ein Bildschirm die Interaktion zwischen Mediziner*in und Patient*in nicht stört (Frankel et al. 2005).

Ein zweites Beispiel nimmt Bezug auf die Gesundheitsvorsorge im öffentlichen Raum: Während die körperliche Gesundheit stärker in unserem Alltag fokussiert wird (z.B. gesundes Essen, betriebliches Gesundheitsmanagement, Fitnessstudio), ist der Themenkomplex der psychischen Gesundheit weiterhin von Fehlannahmen und Stigmata geprägt (Schomerus & Riedel-Heller 2020). Zwar werden Begriffe wie ›Depression‹, ›Burnout‹ und ›schizophren‹ im alltäglichen Sprachgebrauch inflationär verwendet, häufig jedoch ohne Wissen zur tatsächlichen klinischen Bedeutung. Hierzu mag auch beitragen, dass fachlich fundierte Aufklärung über psychische Erkrankungen bislang vorwiegend hinter geschlossenen Türen stattfindet – in Praxen, Kliniken, Beratungszimmern und Hörsälen. Dies spiegelt sich in sozialen Ungleichheiten in diesem Bereich wider (Petrowski et al. 2014). Hingegen stellt die gebaute

Umwelt des urbanen Raums eine bislang unzureichend beachtete Ressource dar, um niederschwellig zur psychischen Gesundheit der Bürger*innen und gleichsam zu einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beizutragen (Söderström 2016). So ließen sich beispielsweise im urbanen Raum kleinteilige, niedrigschwellige Angebote der psychischen Gesundheitsförderung installieren und etablieren (z.B. Spielangebote, Sportgeräte, Ruheorte, Informationstafeln), um einerseits den direkten Effekt der Stressreduktion und sozialen Teilhabe zu nutzen und andererseits Psychoedukation und konkrete instrumentelle Unterstützung zu fördern (Müller et al. 2023). Im Sinne eines *Mere Exposure Effekts* (Zajonc 1968) ließe sich das Thema der psychischen Gesundheit so durch eine alltägliche und ›beiläufige‹ Beschäftigung normalisieren. Eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Bereich verspricht, bestehende Potentiale noch stärker zu nutzen und bislang getrennte Anstrengungen gewinnbringend zu verzahnen und nachhaltig zu implementieren.

7. Fazit

Gesundheitsförderung in der Postmoderne bedarf eines systemischen Ansatzes für innovative Lösungen, die sich von räumlich-dinglichen, über digitale bis hin zu organisationalen Strukturen erstrecken und dabei Abläufe und Prozesse als zusammenhängende Erlebnisse adressieren. Hierbei gilt es, disziplinäre Grenzen zu überwinden. Die zunehmende Komplexität und Heterogenität postmoderner Gesellschaften erzeugen dabei besondere Herausforderungen, wie etwa Zielkonflikte einzelner Akteur*innen und Interessengruppen. Diese sind systematisch und partizipativ zu beachten, um effektive und nachhaltige Lösungsstrategien zu entwerfen. Mit diesem Fazit seien keineswegs die prozeduralen und technischen Herausforderungen dieses Anspruchs trivialisiert. Ein systemischer Blick auf ein so komplexes System unter Einbezug verschiedener Akteur*innen aus Wissenschaft, Praxis und Bevölkerung erfordert orchestrierte und strategisch ausgerichtete Maßnahmen, die kontinuierlich evaluiert und optimiert werden sollten. Die folgenden Zugänge versprechen hilfreiche Bausteine auf dem Weg dorthin zu sein:

I. Systemische Perspektive Geplante Räume, Produkte, Abläufe und Dienstleistungen entstehen nicht als separate Insellösungen, sondern sollten sich in ein entsprechendes Ökosystem einbetten. Dabei greifen öffentliche und private

Räume ineinander, die es auch in der Gestaltung von Gesundheitsangeboten zu berücksichtigen gilt.

II. Inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit Inter- und transdisziplinäre Ansätze und Kooperationen tragen dazu bei, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen, statt in Silos zu denken, und ermöglichen, praxistaugliche Lösungen für realweltliche Probleme zu entwickeln.

III. Empirische und analytische Methoden aus Designforschung und Umweltpsychologie Empirische und analytische Methoden aus der Designforschung und der Umweltpsychologie können eine belastbare Basis für gestalterisch-konzeptionelle Werkzeuge schaffen. Analyse, Intervention und Evaluation sollten dabei ein kontinuierlicher iterativer Prozess sein, bei dem der Status Quo stets auch als Experimentierraum für zukünftige Optimierungen verstanden wird. Dies erfordert eine Offenheit für neue Ansätze und das Hinterfragen vorhandener Verfahren, Lösungsansätze und Glaubenssätze.

IV. Aktive Patient*innenrolle Die Betrachtung von Patient*innen als mündige Akteur*innen kann die Gesundheitsförderung unterstützen und gleichzeitig dazu ermutigen, Abläufe in medizinischen Einrichtungen und im medizinischen Versorgungssystem zu hinterfragen und zu optimieren.

Die Kombination dieser Ansätze kann als wertvolle Grundlagen für Wissenschaft und Praxis gelten, um in einer zunehmend komplexen Welt zu navigieren und neu entstehende Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bedürfnisorientiert zum Wohle der Menschen einzusetzen.

Literatur

- Ajiboye, F., Dong, F., Moore, J., Kallail, K.J. & Baughman, A. (2015). Effects of Revised Consultation Room Design on Patient–Physician Communication. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(2), S. 8–17.
- Almquist, J.R., Kelly, C., Bromberg, J., Bryant, S.C., Christianson, T.J.H. & Montori, V.M. (2009). Consultation Room Design and the Clinical Encounter: The Space and Interaction Randomized Trial. *Health Environments Research & Design Journal*, 3(1), S. 41–78.

- Altman, I. & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional, organismic and transactional perspectives. In: D. Stokols & I. Altman (Hg.), *Handbook of Environmental Psychology* (S. 245–281). New York: Wiley.
- Bammer, G. (2019). Key issues in co-creation with stakeholders when research problems are complex. *Evidence & Policy*, 15(3), S. 423–435.
- Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Boix Mansilla, V., Lamont, M. & Sato, K. (2016). Shared Cognitive–Emotional–Interactional Platforms: Markers and conditions for successful interdisciplinary collaborations. *Science, Technology, & Human Values*, 41(4), S. 571–612.
- Bollard, M. & Magee, P. (2020). Myhealth–developing accessible health materials with men with intellectual disability: a co-created Proof of Concept. *Design for Health*, 4(3), S. 313–326.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2023). Eltern ohne Abitur: Kinder langfristig weniger gesund. *Bevölkerungsforschung Aktuell*. Verfügbar unter: [https://www.bib.bund.de/Publikation/2023/pdf/Eltern-ohne-Abitur-Kinder-langfristig-weniger-gesund.pdf?__blob=publicationFile&v=1\[24.03.2024\]](https://www.bib.bund.de/Publikation/2023/pdf/Eltern-ohne-Abitur-Kinder-langfristig-weniger-gesund.pdf?__blob=publicationFile&v=1[24.03.2024]).
- Cerea, S., Doron, G., Manoli, T., Patania, F., Bottesi, G. & Ghisi, M. (2022). Cognitive training via a mobile application to reduce some forms of body dissatisfaction in young females at high-risk for body image disorders: A randomized controlled trial. *Body Image*, 42, S. 297–306.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), S. 564–570.
- Defila, R. & Di Giulio, A. (Hg.) (2019). *Transdisziplinär und transformativ forschen, Band 2: Eine Methodensammlung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Diefenbach, S. & Borrmann, K. (2019). The Smartphone as a Pacifier and its Consequences. In: S. Brewster, G. Fitzpatrick, A. Cox & V. Kostakos (Hg.), *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (S. 1–14). New York: ACM.
- Dijkstra, K., Pieterse, M.E. & Pruyn, A.T.H. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*, 28(3), S. 268–277.

- Dubberly, H. (2008). *How do you design? A Compendium of Models*. San Francisco: Dubberly Design Office.
- Edmondson, A.C., Bohmer, R.M. & Pisano, G.P. (2000). Technology. In: E.A. Mannix, M.A. Neale & T.L. Griffith (Hg.), *Research on Managing in Groups and Teams: Technology* (S. 29–51). Stamford: JAI Press.
- Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), S. 3–12.
- Eikey, E.V. (2021). Effects of diet and fitness apps on eating disorder behaviours: qualitative study. *BJPsych Open*, 7(5), S. e176.
- Felser, G. (2015). *Werbe- und Konsumentenpsychologie*. Berlin: Springer.
- Fiack, S., Straff, W. & Walther, B. (2023). One Health: Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(6), S. 591–592.
- Floss, M., Hoedebecke, K. & Vidal-Alaball, J. (2019). Where is the patient's chair? Differences in general practitioner consultation room layouts – an exploratory questionnaire. *F1000Research*, 8(1439), S. 1–14.
- Fogg, B.J. (2003). *Persuasive technology: Using computers to change what we think and do*. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers.
- Frankel, R., Altschuler, A., George, S., Kinsman, J., Jimison, H., Robertson, N.R. & Hsu, J. (2005). Effects of exam-room computing on clinician-patient communication. *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), S. 677–682.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greene, J. & Hibbard, J.H. (2012). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), S. 520–526.
- Groot, B.C., Vink, M., Huberts, M., Schout, G. & Abma, T.A. (2019). Pathways for improving of care in psychiatric crisis: A plea for the co-creation with service users and ethics of care. *Archives of Psychology*, 3(3), S. 1–20.
- Hall, K.L., Vogel, A.L. & Croyle, R.T. (Hg.) (2019). *Strategies for Team Science Success: Handbook of Evidence-Based Principles for Cross-Disciplinary Science and Practical Lessons Learned from Health Researchers*. Cham: Springer International Publishing.
- Hellbrück, J. & Kals, E. (2012). *Umweltpsychologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hendriks, N., Slegers, K. & Duysburgh, P. (2015). Codesign with people living with cognitive or sensory impairments: a case for method stories and uniqueness. *CoDesign*, 11(1), S. 70–82.

- Huber, E. (2022). Über die Co-Produktion von Gesundheit, Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem als lebender Organismus. Podcast »Gesunde Gestaltung. Verfügbar unter: <https://gesunde-gestaltung.de/uncategorized/13-dr-med-ellis-huber-ueber-die-co-produktion-von-gesundheit-gesundheitspolitik-und-das-gesundheitssystem-als-lebender-organismus/> [22.03.2024].
- Jones, P.H. (2013). *Design for care: Innovating healthcare experience*. New York: Rosenfeld Media.
- Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In: E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 364–376). Berlin: Springer.
- Kruse, L. (1974). *Räumliche Umwelt: Die Phänomenologie des räumlichen Verhaltens als Beitrag zu einer psychologischen Umwelttheorie*. Berlin: De Gruyter.
- Ku, B. & Lupton, E. (2020). *Health design thinking: Creating products and services for better health*. New York: Cooper Hewitt.
- Kumar, V. (2013). *101 Design methods: A structured approach for driving innovation in your organization*. Hoboken: Wiley.
- Linardon, J., McClure, Z., Tylka, T.L. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 42(3), S. 287–296.
- Lindström, M. (2011). *Brandwashed: Tricks Companies Use to Manipulate Our Minds and Persuade Us to Buy*, Unabridged edition. New York: Crown Business.
- Lockton, D., Harrison, D. & Stanton, N.A. (2010). The Design with Intent Method: A design tool for influencing user behaviour. *Applied Ergonomics*, 41(3), S. 382–392.
- Lux, V., Non, A.L., Pexman, P.M., Stadler, W., Weber, L.A.E. & Krüger, M. (2021). A Developmental Framework for Embodiment Research: The Next Step Toward Integrating Concepts and Methods. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 15, S. 1–22.
- Michie, S. (2014). *ABC of behaviour change theories: an essential resource for researchers, policy makers and practitioners : 83 theories*. Sutton: Silverback Publishing.
- Mikunda, C. (2009). *Marketing spüren: Willkommen am dritten Ort*, 1. Auflage. München: Redline Verlag.
- Morse, D.F., Sandhu, S., Mulligan, K., Tierney, S., Polley, M., Chiva Giurca, B., Slade, S., Dias, S., Mahtani, K.R., Wells, L., Wang, H., Zhao, B., Figueiredo,

- C.E.M.d., Meijs, J.J., Nam, H.K., Lee, K.H., Wallace, C., Elliott, M., Mendive, J.M., Robinson, D., Palo, M., Herrmann, W., Østergaard Nielsen, R. & Husk, K. (2022). Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*, 7(5), S. e008524.
- Mosen, D.M., Schmittdiel, J., Hibbard, J., Sobel, D., Remmers, C. & Bellows, J. (2007). Is Patient Activation Associated With Outcomes of Care for Adults With Chronic Conditions? *Journal of Ambulatory Care Management*, 30(1), S. 21–29.
- Müller, H. (2021). Umzüge älterer Menschen in Mehrgenerationen-Wohnprojekte: Eine umweltsychologische Studie. Opladen: Barbara Budrich.
- Müller, H. & Rehn-Groenendijk, J. (2024). Systemischer Evidenz-basierter Ansatz der Gesunden Gestaltung (SEA): Die Arbeitsweise des Designinstituts für Gesunde Gestaltung auf der Grundlage eines biopsychosozialen Gesundheitsmodells. Gründau: Designinstitut für Gesunde Gestaltung.
- Müller, H., Rehn-Groenendijk, J. & Wasmer, A. (2023). Small-scale urban design interventions: A framework for deploying cities as resource for mental health and mental health literacy. *Frontiers in Psychology*, 14(1112209), S. 1–12.
- Müllner, M. (2007). Epidemiologie der Zivilisationskrankheiten. In: H. Zwick (Hg.), *Bewegung als Therapie* (S. 13–31). Vienna: Springer Vienna.
- Nerdinger, F.W., Blickle, G. & Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pearce, B.J. & Ejderyan, O. (2020). Joint problem framing as reflexive practice: honing a transdisciplinary skill. *Sustainability Science*, 15(3), S. 683–698.
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E. & Hinz, A. (2014). Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(02), S. 82–85.
- Rehn, J. (2018). Design model for health behaviour change. In: C. Kirsty, C. Craig & D. Wolstenholme (Hg.), *Proceedings of the 5th European International Conference on Design4Health* (S. 1–9). Sheffield: Hallam University.
- Rehn, J. (2020). Das Unbekannte als Lösungsstrategie: Designmethodologische Betrachtung von Prozessen in Richtung einer nachhaltigen Entwicklung. *sofia-Diskussionsbeiträge*, 20(3), S. 1–21.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hg.) (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Richter, P.G. & Obenaus, M. (2002). Raum und Farbe: In welchem Ausmaß beeinflusst die Farbgestaltung die Bewertung von Patientenzimmern? *Wissenschaftliche Zeitschrift der TU Dresden*, 51(4-5), S. 113–118.

- Risdon, C., Quattlebaum, P. & Rettig, M. (2018). *Orchestrating experiences: Collaborative design for complexity*. New York: Rosenfeld Media.
- Rittel, H.W.J. & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), S. 155–169.
- Roe, J. & McCay, L. (2021). *Restorative cities: Urban design for mental health and wellbeing*. London: Bloomsbury Publishing.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rütten, A., Frahsa, A., Abel, T., Bergmann, M., de Leeuw, E., Hunter, D., Jansen, M., King, A. & L., P. (2019). Co-producing active lifestyles as whole-system-approach: theory, intervention and knowledge-to-action implications. *Health Promot Int*, 34(1), S. 47–59.
- Salazar, M.R., Lant, T.K., Fiore, S.M. & Salas, E. (2012). Facilitating Innovation in Diverse Science Teams Through Integrative Capacity. *Small Group Research*, 43(5), S. 527–558.
- Scherenberg, V. (2022). Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i130-1.0> [24.03.2024].
- Schomerus, G. & Riedel-Heller, S. (2020). Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus. *Der Nervenarzt*, 91(9), S. 777–778.
- Schubert, C. (Hg.) (2011). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie mit 10 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Simpson, C.C. & Mazzeo, S.E. (2017). Skinny Is Not Enough: A Content Analysis of Fatspiration on Pinterest. *Health Communication*, 32(5), S. 560–567.
- Söderström, O. (2016). >I Don't Care About Places<: The Whereabouts of Design in Mental Health Care. In: C. Bates, R. Imrie & K. Kullman (Hg.), *Care and Design* (S. 56–73). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. (2018). *This is service design doing: Applying service design thinking in the real world : a practitioner's handbook*. Sebastopol: O'Reilly.
- Stimpson, J.P. & Ortega, A.N. (2023). Social media users' perceptions about health mis- and disinformation on social media. *Health Affairs Scholar*, 1(4), S. qxado50.
- Stokols, D., Harvey, R., Gress, J., Fuqua, J. & Phillips, K. (2005). In vivo studies of transdisciplinary scientific collaboration. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), S. 202–213.

- Techniker Krankenkasse (2010). Prognose zum Anstieg von Zivilisationskrankheiten bis 2030 und 2050 gegenüber dem Jahr 2007. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/153966/umfrage/prognose-zum-anstieg-von-zivilisationskrankheiten-bis-2050/>[27.02.2024].
- Tromp, N. & Vial, S. (2023). Five components of social design: A unified framework to support research and practice. *The Design Journal*, 26(2), S. 210–228.
- Ulrich, R.S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X. & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), S. 61–125.
- Visocky O'Grady, J. & Visocky O'Grady, K. (2017). *A designer's research manual: Succeed in design by knowing your clients + understanding what they really need*. Beverly: Rockport Publishers.
- Vollmer, T.C. & Koppen, G. (2010). *Die Erkrankung des Raumes: Raumwahrnehmung im Zustand körperlicher Versehrtheit und deren Bedeutung für die Architektur*. München: Herbert Utz Verlag.
- Vollmer, T.C. & Koppen, G. (2021). The Parent–Child Patient Unit (PCPU): Evidence-Based Patient Room Design and Parental Distress in Pediatric Cancer Centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), S. 9993.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.
- WHO (2022). *World mental health report. Transforming mental health for all*. Genf: World Health Organization.
- Wittmayer, J. & Hölscher, K. (2017). *Transformationsforschung: Definitionen, Ansätze, Methoden*. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt.
- Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), S. 1–27.

Der Einsatz von Innenarchitektur, Baubiologie und Wohnmedizin zur Optimierung der Wohngesundheit

Sandra Bruns, Thomas Jockel & Manfred Pilgramm

Mitte der 1970er Jahre bestand aufgrund des Ölboycottes der OPEC-Staaten die Notwendigkeit, Wohnungen »abdichten«, um Energie einsparen zu können. Die dadurch bedingte Ansammlung von Schadstoffen in den Wohnräumen war die Geburtsstunde der Wohnmedizin. In der Folgezeit wurde immer deutlicher, dass es nicht nur eine geringe Anzahl von schädigenden Substanzen und Zuständen sind, die auf das Individuum in seiner Wohnung einwirken können (Abb. 1). Mit diesem noch neuen Teilgebiet der Medizin wurde deutlich, dass eine sinnvolle Beratung, Diagnostik sowie Therapie nur in enger Zusammenarbeit der Disziplinen Innenarchitektur und Wohnen/Baubiologie sowie Wohnmedizin möglich sind.

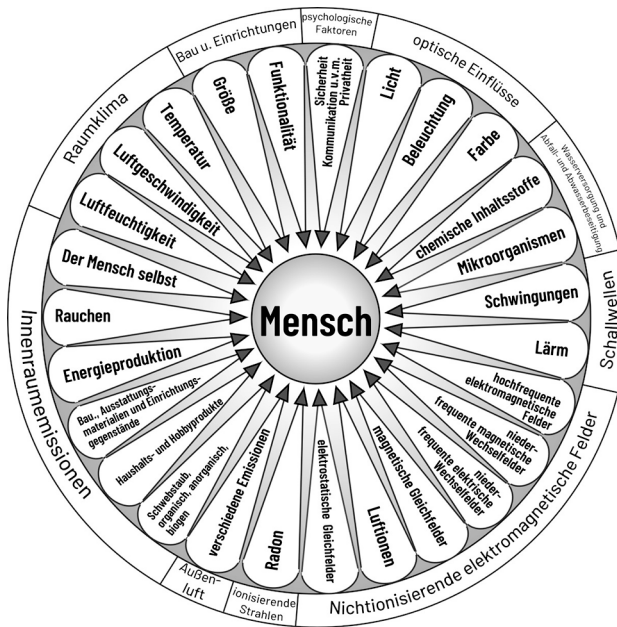
Die Studierenden wurden also in Ihre »Wohnumgebung« mit der Aufgabe hinausgeschickt, Mitbürger*innen jeglichen Alters und Tätigkeit zu bitten, Fragen an die Innenarchitektin, den Baubiologen sowie den Wohnmediziner zu stellen. Die jeweils häufigsten Fragen möchten wir im Folgenden beantworten und dabei gleichzeitig versuchen das »Gesunde Wohnen« näher darzustellen. Gesundes Wohnen wird im Folgenden aus innenarchitektonischer, baubiologischer und wohnmedizinischer Sicht thematisiert.

Gesundes Wohnen aus der Sicht der Innenarchitektur

»So wie sich ihm von außen her, in seiner Wohnung, seinem Hausgeräte, seiner Bekleidung allmählich die Form nähert, so fängt sie endlich an, von ihm selbst Besitz zu nehmen und anfangs bloß den äußern, zuletzt auch den innern Menschen zu verwandeln.« (Schiller 2013 [1775]: 69)

Die neue »Indoor Generation«, verbringt 90 Prozent ihrer Zeit in geschlossenen Räumen. Das belegt die YouGov-Umfrage von 2018, die in 14 Ländern durchgeführt wurde (YouGov & VELUX 2018). Als »Indoor Generation« wird eine wachsende Zahl von Menschen bezeichnet, die im Vergleich zu früheren Generationen den weitaus größten Teil ihrer Zeit in geschlossenen Räumen verbringt. Diese Studie zeigt aber auch ein mangelndes Bewusstsein für Indoor-Lebensweisen und dessen Folgen. Demnach schätzen wir den Stellenwert unserer Innenräume viel zu gering ein. Der Einfluss der Räume auf ihre Nutzer*innen wird oft unterschätzt und gerade im Wohnungsbau oftmals übersehen. Mit verantwortungsvoller Architektur, die bestenfalls mit der Innenarchitektur von Beginn an zusammengedacht wird, können unsere Lebensräume so verbessert werden, dass diese uns gesundheitlich unterstützen. In diesem Beitrag soll auf die mentale Unterstützung von Räumen fokussiert und die Raumwahrnehmung beschrieben werden, die bereits in der Innenarchitektur-Lehre grundsätzlich einbezogen wird.

Abbildung 1: Kreisdiagramm der Einflussfaktoren auf den Menschen in seiner Wohnung (nach Fiedler 1997: 40).



Zum Thema evidenzbasiertes Design, welches wissenschaftlich nachgewiesenes Design meint, gibt es erste Forschungsergebnisse bezogen auf Krankenhäuser, öffentliche Einrichtungen und Anstalten, wie Räume auf den Menschen wirken. Im Bereich des privaten Wohnens gibt es weniger Daten, da dieser Bereich sehr individuell ist und nur wenige sich über Ihre Wohnbedürfnisse bewusst sind. Vieles geschieht hier intuitiv und viele folgen Wohn- und Einrichtungstrends, ohne genau zu reflektieren, was eigentlich genau gebraucht wird. Je genauer wir unsere Wohnbedürfnisse für uns und unsere Mitbewohner*innen kennen, desto besser sind die Voraussetzungen für ein zufriedenes und gesundes Wohnen. Aber gibt es da konkrete Kriterien? Das Thema Wohnbedürfnisse ist zudem sehr komplex, da wir gerade aus der Kindheit und weiteren Erfahrungen, unsere persönlichen Wohnerinnerungen mitbringen.

Dazu ist es wichtig zu wissen, wie Räume auf uns wirken. Die Metapher »der Raum, unsere dritte Haut«, welches der Künstler Friedensreich Hundertwasser prägte (Hundertwasser 1983), gibt dafür ein nachvollziehbares Bild. Unsere ersten Raumerfahrungen sammeln wir im Mutterleib, denn unsere sensorische Integration beginnt hier. Pränatale neurologische Prozesse, wie die Bildung des Tast-, Hör- und Geschmackssinns, entwickeln sich bereits in den ersten 8–11 Wochen. Dabei ist interessant, dass unser Sehsinn, von dem wir so stark geleitet werden, sich erst nach der Geburt vollständig entwickelt. Unsere Prägungslernprozesse beeinflussen unbewusst unsere Wahrnehmungen mit dem Raum, gerade in den Jahren vor der Einschulung am stärksten. Wo wir uns somit besonders wohlgefühlt haben, welche Gerüche oder Klänge uns in diesen Räumen umgaben, all das ist tief in uns verankert und wird in Bruchteilen von Sekunden wieder von unserem Verstand erkannt. Unsere Wahrnehmungen sind geprägt von Kontexten. Das beschreibt der Begriff synästhetisches Erleben sehr gut.

Im engeren Sinne ist Synästhesie (»mitempfinden, zugleich wahrnehmen«) die Wahrnehmung von Sinnesreizen durch miterregte Verarbeitungszentren eines Sinnesorgans im Gehirn, wenn ein anderes Organ gereizt wird (vgl. Wikipedia 2023). Dieses komplexe Empfinden setzt sich zusammen aus:

1. unseren Erfahrungen, Erinnerungen, Prägungen, der kulturellen Herkunft – und damit verflochtenen Traditionen.
2. unseren Erwartungen und Absichten.

3. der Szene im Hier und Jetzt mit allen Kontexten, d.h. welche Personen sind anwesend? Was passiert zu welcher Zeit und wie lang? In welcher räumlichen Umgebung findet was statt?

Der Raum mit allen Kontexten steuert unser Verhalten, unsere Bewegungen und beeinflusst unser Miteinander. Drei folgenden Einflussgruppen fassen diese Phänomene gut zusammen:

1. Die **sensorischen Einflüsse**, die unsere Sinne reizen. Würden diese wegfallen, würde das für uns unerträglich, da wir uns dadurch in Räumen orientieren und Situationen, auch Gefahren, in Bruchteilen einschätzen können.
2. Die **physischen Einflüsse**, die unseren Körper beeinflussen: stimmige Ergonomie, Bewegungsabläufe im Raum, Raumanordnungen, Raumklima, Licht und Lärm.
3. Die **emotionalen Einflüsse**, wie Identität, Entfaltungsmöglichkeit, Rückzugs- und Gemeinschaftsmöglichkeit, Aneignungsmöglichkeit, Wertschätzung, Raumqualität, Sicherheit, Geborgenheit und stimmige Atmosphäre zur jeweiligen Szene.

»Atmosphären wirken emotional, da sie unseren gesamten Körper auf das Raumerlebnis einstimmen, was sich auf Veränderungen des Hormonspiegels und Stoffwechselfunktionen, wie Herzschlag, Atmung, Appetit und Motivation auswirkt« (Böhme 2013). Innenarchitektur beschäftigt sich u.a. mit physischen, psychischen und soziologischen Strukturen. Die Kompetenz der Empathie ist daher eine wesentliche Voraussetzung für unsere Disziplin, um sich in das gedankliche Nutzungsumfeld hineinversetzen zu können.

Der empathische Raum

Der Mensch im Mittelpunkt: was dieser braucht, wahrnimmt, fühlt und wie das ICH durch die Raumgestaltung unterstützt werden kann, ist ein zentrales Thema und wird an der TH OWL in Detmold fokussiert. Die aktuelle Bauweise im Wohnungsbau ignoriert noch viele Bedürfnisse und zielt mehr auf Renditen ab. Monotone, menschenfeindliche Wohnsiedlungen sollte es nicht mehr geben, wie z. B. die Siedlung Pruitt-Igoe in St. Louis im US-Bundesstaat Mis-

souri, welche in den 70er Jahre abgerissen wurde und als Sinnbild des Scheiterns des sozialen Wohnungsbaus in den USA gilt.

Die Wohn-Bedürfnispyramide in Anlehnung vom US-amerikanischen Psychologen Abraham Maslow (1908–1974) ist als Grafik (Abb. 2) ergänzt, um darzustellen, in welcher Reihenfolge die Bedürfnisse gewichtet sind.

Abbildung 2: Wohnbedürfnispyramide, mod. n. Maslow (1943).



Die ersten Basispunkte: Sicherheit/Geborgenheit erfahren wir mit dem eigenen Heim, das Dach über dem Kopf, eine Tür zum Abschließen. Diesen Basispunkt müssen gerade viele Geflohene, aber auch Obdachlose als Verlust hinnehmen. Eine Rückzugsmöglichkeit, und auch Orte für Gemeinschaft, sollte in Wohnräumen als zweitwichtigste Ebene angelegt sein. Auf der dritten Stufe steht die Identität, die durch Aneignung der Räume erreicht wird.

Wenn wir uns nicht in Räumen zum Ausdruck bringen können, werden wir die Räume nie als unsere begreifen. Dieses Phänomen besteht z.B. in Hotels. Für eine gewisse Zeit kann der Aufenthalt dort angenehm und interessant sein, aber irgendwann verspüren wir etwas verändern zu wollen und den Raum unseren Gepflogenheiten und Geschmack anzupassen – eine Identifikation ist sonst nicht möglich.

In Unterkünften, wie so oft in Container-Siedlungen für Schutzbedürftige, wird diese Aneignung oft nicht berücksichtigt. Die »kalte Architektur« lässt somit keine Synthese zwischen Mensch und Raum zu, wie die Soziologin Martina Löw beschreibt (Löw 2001: 271). Eine kalte Architektur nimmt den

Menschen nicht auf, dieser kann auf die Räume nicht einwirken und prallt auf der Gefühlsebene ab. Das Gefühl von Wertschätzung fehlt und der Raum schenkt kein Zutrauen, demotiviert und kann zu psychischen Störungen führen, bis hin zu Vandalismus. Gerade wenn Menschen aus ihrer inneren Sicherheit durch Flucht, Krieg oder Krankheit geraten, sollte der Raum umso stärker Halt, Wertschätzung, Identitätsgefühl und Zutrauen vermitteln.

Als Gestalter*innen und Planer*innen sind wir immer wieder auch im Konflikt zwischen Anforderungen und Bedürfnissen. Wir sollten uns aber unserer Verantwortung bewusst sein und entsprechend argumentieren, um wichtige Bedürfnisse nicht aus dem Blick zu verlieren. Die Innenarchitektur wird leider noch zu sehr der oberen Bedürfnisspitze, der Selbstverwirklichung, zugeordnet. Gerade aber im Studium der Innenarchitektur gehen wir direkt von den Bedürfnissen der Nutzer*innen mit den jeweiligen Anforderungen für die entsprechenden Handlungen und der Szene aus. Wir sehen somit unsere Disziplin u.a. als wirkende Raumtherapeut*innen, die ihren Kund*innen bzw. den Bewohner*innen beim Aneignen ihrer Räume professionell begleiten.

An dieser Stelle führen wir Fragen unserer Studierenden an, die uns zum Thema »Gesundes Wohnen durch die Unterstützung der Innenarchitektur« in verschiedenen Seminarveranstaltungen gestellt wurden.

Frage 1: Mit welchen Mitteln und Praktiken kann eine gewünschte Raumatmosphäre erzeugt werden, um zu unterstützen?

Um eine Raumatmosphäre zu schaffen, ist es wichtig, ein Bild zu generieren und dadurch zu erfragen, welche Gefühle der Raum für die Nutzer*innen hervorrufen bzw. entgegenwirken soll. Bei der Betrachtung werden alle erkennbaren oder zu erwartende Kontexte einbezogen, wie z.B. folgende Fragen:

- Welche Nutzer*innen gibt es?
- Welche Handlungsabläufe müssen einbezogen werden?
- Welche äußeren Bedingungen sind vorhanden?
- Gibt es besondere Licht- oder Lärmeinflüsse zu bestimmten Zeiten?
- Kann sich die Situation im Laufe der Zeit durch äußere Einflüsse verändern?

Anhand von Sinnbildern, Assoziationen, Kollagen, Befragungen der Nutzer*innen und Verhaltensbeobachtungen vor Ort, werden Leitlinien ermittelt

und zusammengetragen, die als Basis eines empathischen Entwurfes dienen. Bewehrte Praktiken im weiteren Entwurfsprozess sind Mindmaps, die folgende Punkte sammeln: sensorische Faktoren, physische Faktoren und emotionale Faktoren. Wenn all diese Punkte zusammengetragen sind, kann durch Gestaltungselemente wie: Proportionen, Formen, Strukturen, Materialien, Farbe, Licht, Klang, Duft und ausgewählten Objekten im Raum die gewünschte Atmosphäre kreierte werden. Dazu ist ebenso ein soziologisches Verständnis wichtig. Wo mögen sich Menschen aufhalten, wie entstehen gemeinschaftsfördernde Orte und gibt es genügend Rückzugsbereiche? Auch das gekonnte Unterlassen in einigen Bereichen von Gestaltung, damit der Raum für die Nutzer*innen noch aneignungsfähig bleibt, ist sehr relevant, damit die Bewohner*innen sich mit ihren Räumen identifizieren können. Ob die gewünschte Atmosphäre bei allen gleichermaßen erreicht wird ist fraglich, da jeder Mensch seine Prägungen und eigenen Erwartungen in sich trägt.

Frage 2: Wie erfahre ich die Wohnbedürfnisse meiner Kund*innen, damit ich von Beginn an die richtigen Parameter für die nutzerorientierte Raumgestaltung treffe?

Da Planer*innen nicht für sich selbst, sondern für die Nutzer*innen gestalten, ist es wichtig, gleich zu Beginn des Beratungsprozesses das aktuelle Umfeld der Nutzer*innen zu analysieren. Anhand eines Fragenkatalogs empfehle ich für alle Handlungszonen die Bedürfnisse und Anforderungen mit den Bewohner*innen gedanklich durchzugehen. Dies ist als eine Anamnese der Bedürfnisse und Anforderungen an die Räume zu verstehen. Es sollten aber außerdem auch Zukunftsperspektiven mit den Bewohner*innen in Augenschein genommen werden, damit die Planung sich an verändernde Lebenszyklen anpassen kann und dadurch nachhaltiger ist. »Wohnen ist kein Zustand, sondern eine Aktivität« (Crawford 2013). Ebenso wichtig ist Altes mit Neuem zu kombinieren und nicht alles wie im Katalog neu auszustatten. Der Mensch sollte in Interaktion mit seinen Dingen und Umfeld gelangen, damit ein Beziehungsgeflecht entsteht.

Frage 3: Kann ein Raum krank machen, wenn aus baubiologischer und wohnmedizinischer Sicht alles stimmt?

Ja! Nehmen wir als Beispiel bodentiefe Fensterfronten. Diese bringen viel Tageslicht in die Wohnung und ein Gefühl von Weite. Für Menschen, die ein erhöhtes Schutzbedürfnis haben, kann dadurch ein Gefühl von Unsicherheit bis hin zu Angstzuständen entstehen. Gerade in der dunklen Jahreszeit oder am Abend sind diese Fensterfronten schwarze Felder und verstärken die Wirkung sich ausgeliefert zu fühlen. Vorhänge helfen – dennoch kann ein Gefühl von sich ausgeliefert fühlen, bleiben. Ebenso sollte es ein ausgewogenes Verhältnis von Rückzugsbereichen geben, um sich entziehen zu können. Genauso sind Räume wertvoll, um sich entfalten zu können, um z.B. künstlerisch zu arbeiten oder um Platz für Bewegung zu schaffen.

Frage 4: Kann ich mich mit einem Raum verbinden? Was für eine geheime Magie steckt dahinter?

Eine Mensch-Raum-Objektverbindung entsteht, wenn alle Bewohner*innen in die Gestaltung einbezogen werden. Partizipation ist hier entscheidend. Dennoch ist es dann schwer, allen gerecht zu werden, aber im Dialog miteinander gemeinsame Lösungen zu finden, evtl. begleitend mit der/dem Innenarchitekt*in, ist eine gute Voraussetzung, dass das gemeinsame Leben im Zuhause für alle passend ist. Wichtig ist zu verstehen, dass alles auf uns wirkt, auch jedes Objekt um uns herum. Wenn somit ein Erbstück uns eher belastet als uns beflügelt, sollte es besser die Wohnung verlassen.

Frage 5: Kann ein Raum beruhigen bzw. beunruhigen?

Der Farbe Blau wird eine beruhigende Wirkung zugeschrieben. Wenn diese aber im Zusammenhang mit den Materialien, Licht und Strukturen zu stark zum Ausdruck kommt, kann es genau ins Gegenteil kippen. Daher ist es wichtig, ein Element nicht eindimensional zu betrachten, sondern immer im Zusammenhang. Eine wesentliche Rolle spielt die Nutzung in diesem Raum, zu welchem Zeitpunkt und wie lange der Aufenthalt dauert. Bei einem Gästebad kann die Gestaltung expressiver sein, da dort die Aufenthaltsdauer kurz ist. Auch Holz- bzw. Naturoberflächen wird eine beruhigende Wirkung zugeschrieben. Genauso kann es aber sein, dass bei zu viel Holzstrukturen der

Raum überfordert und somit Stress auslöst. Eine ausgewogene Gestaltung, die stimuliert und nicht überfordert, ist erstrebenswert.

Frage 6: Warum leben wir in einer stark orthogonal gebauten Umwelt, obwohl wir doch organische Wesen sind? Wären dann nicht auch organische Formen viel angenehmer für uns?

Unsere Vorfahren haben in ihren Höhlen oder später in ihren Lehmhütten keine exakten Winkel erzielt und Trampelpfade folgen oftmals dem direkten Weg mit Kurven um sumpfige Stellen herum. Verstärkt im Zeitalter der Moderne wurde die Gerade als die Gestaltungsform vorangebracht und von Vertreter*innen, wie z. B. Le Corbusier propagiert als die wahre Form der Gestaltung, um das Prinzip von Ordnung, Reproduzierbarkeit und Erschwinglichkeit zu steigern. Wenn wir uns mit unseren Dingen um uns herum nicht so oft neu erfinden wollen würden, könnten auch wieder vermehrt individuelle, handgefertigte Möbel erarbeitet werden, die dann sicherlich auch kostspieliger sind. Diese hätten dann aber auch einen anderen emotionaleren Wert und würden uns somit länger begleiten.

Frage 7: Muss ich als Raumplaner*in nicht zahlreiche Anforderungen beachten, wie z.B. in Krankenhäusern? Wie könnten hier Patient*innen-Bedürfnisse erfüllt werden?

In öffentlichen Einrichtungen oder Krankenhäusern gibt es sehr viele Bestimmungen, die vor allem die Sicherheit in Betracht ziehen. Bei manchen Maßnahmen stellt sich allerdings die Frage, ob es tatsächlich den gewünschten Erfolg verspricht oder Gegenteiliges bewirkt. Ein Krankenzimmer, welches mehr wie ein Hotelzimmer aussehen würde, könnte Patient*innen unterstützen, sich wohler zu fühlen und eher zu genesen. Hier könnte eine Optimierung mit verschiedenen Lichtstimmungen, Farben, Oberflächen und Strukturen erzielt werden. Wie das funktionieren kann, zeigt das Maggie's Cancer Caring Center in England vom Londoner Büro dRMM. Hier finden Krebspatient*innen sichere und einladende Räume anstatt durchtechnisierte Krankenhausmaschinen. Der Gartenbezug spielt eine zentrale Rolle. In einer Studie von Roger S. Ulrich aus dem Jahr 1984 wurde festgehalten, dass Patient*innen, die auf Natur schauen, weniger Medikamentenzugabe benötigten und eher entlassen werden konnten, als bei den Zimmern, die auf Häuserwände gerichtet waren (Ulrich 1984). Unser Fazit ist somit: Innenarchi-

tekt*innen sind Raum-Therapeut*innen und somit Expert*innen für einen die Nutzer*innen unterstützenden Raum.

Gesundes Wohnen aus der Sicht der Baubiologie

Baubiologie ist die Lehre von den ganzheitlichen Beziehungen zwischen Menschen und der bebauten Wohn- und Arbeitsumwelt. In der Baubiologie liegt der Fokus darauf, ein gesundes, naturnahes, nachhaltiges und ansprechendes Wohn- und Arbeitsumfeld zu gestalten. Im Mittelpunkt steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen – unter Berücksichtigung der Ökologie und Nachhaltigkeit. Die baubiologischen Aspekte sollen in Bestandsgebäuden, bei Sanierungen oder bei Neubauten beachtet werden.

Wie ist das Fachgebiet »Baubiologie« entstanden?

Anfang der 1980er Jahre wurde im Zuge des Holzschutzmittelskandals bekannt, dass Holzbalken, Holzböden oder Wandverkleidungen mit Holzschutzmitteln behandelt wurden, die giftige Inhaltsstoffe wie Pentachlorphenol (PCP) oder Lindan enthielten. Der Einsatz dieser Mittel hat teilweise zu schweren gesundheitlichen Belastungen der Bewohner*innen geführt. Durch den Holzschutzmittelskandal ist verschiedenen Akteur*innen aus dem Bau- und Medizinsektor bewusst geworden, dass die verwendeten Materialien und technischen Einrichtungen in den Gebäuden einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Raumnutzer*innen haben können. Durch einen Zusammenschluss wurde das neue Fachgebiet »Baubiologie« etabliert und 1977 der erste Fernlehrgang »Baubiologie« (<https://baubiologie.de/fernlehrgang-baubiologie>) vom damaligen Institut für Baubiologie Neubeuern unter Leitung von Prof. Schneider angeboten. Daraus folgten weitere Entwicklungen: Seit 1992 gibt es eine Ausbildung zum Baubiologischen Messtechniker (m/w/d) (<https://baubiologie.de/seminare/weiterbildung-messtechnik>), und 1998 wurde der Verband deutscher Baubiologen VDB e.V. (<https://baubiologie.net>) gegründet.

An welchen Standards orientiert sich die Baubiologie?

Als Grundlage wurden 1980 in Fachgremien die 25 Leitlinien der Baubiologie (<https://baubiologie.de/25-leitlinien-der-baubiologie>) definiert und seitdem

fortlaufend aktualisiert. Sie unterteilen sich seit 2018 in fünf Hautthemen-
gruppen:

- Innenraumklima
- Baustoffe und Raumausstattung
- Raumgestaltung und Architektur
- Umwelt, Energie und Wasser
- Ökosozialer Lebensraum

Für die Messtechnik wurde der »Standard der baubiologischen Messtechnik SBM« (www.sbm-standard.de) etabliert und kontinuierlich an neue Erkenntnisse und technische Entwicklungen angepasst. Weiterhin wurden aus dem VDB e.V. – zum Teil in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden und dem Umweltbundesamt – Leitlinien und Arbeitspapiere zu verschiedenen Fachthemen entwickelt, zum Beispiel der »Leitfaden für Fäkalschäden« und Ringversuche durchgeführt, zum Beispiel »Partikelsammlung Schimmelpilze« zur Qualitätssicherung. Grundsätzlich werden neben den eigenen baubiologischen Grundlagen andere gültige Richtlinien, wie zum Beispiel DIN- und VDI-Normen beachtet.

Was sind Tätigkeiten von Baubiolog*innen?

Baubiolog*innen sind in der Beratung, Planung, Bauleitung, Ausführung, Sanierung oder als Sachverständige tätig. Hierbei gibt es kein typisches Berufsbild. Das Einsatzgebiet ist vielfältig.

Welche Innenraumbelastungen gibt es?

Die Innenraumbelastungen lässt sich in drei große Blöcke aufteilen:

- Die chemischen Innenraumbelastungen: Gase, Faserstäube (z.B. Asbest, künstliche Mineralfasern), Schwermetalle, sehr leicht- bis schwerflüchtige organische Verbindungen (z.B. Holzschutzmittel, polychlorierte Biphenyle (PCB), polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), Formaldehyd, Weichmacher, Flammschutzmittel u.a.)
- Die biologischen Innenraumbelastungen: Schimmelpilze, Hefepilze, Bakterien, Milben, holzzersetzende Pilze

- Die physikalischen Innenraumbelastungen: Raumklima, Lärm/Schall, Radioaktivität (z.B. Radon), Elektrosmog

Wie können Innenraumbelastungen festgestellt werden?

Je nach Fragestellung werden die Innenraumbelastungen auf verschiedenen Wegen ermittelt. Zunächst findet in der Regel eine Begehung der Baubiolog*innen statt, bei der die Fragestellung geklärt und die Verdachtsmomente eingrenzt werden. Auf der Basis dieser ersten Ergebnisse kann mit Hilfe von verschiedenen Messmethoden oder Probenahmen mit anschließender Analyse in Fachlaboren festgestellt werden, ob Innenraumbelastungen vorliegen. Hierzu können Kontakt-, Material- oder Raumluftproben entnommen werden. Die Aus- und Bewertung der Ergebnisse erfolgt durch die Baubiolog*innen.

Zu welchem Zeitpunkt ergibt es Sinn, Baubiolog*innen hinzuzuziehen?

Baubiolog*innen sollten vor Beginn von Neubauten oder Renovierungsarbeiten hinzugezogen werden. Hier kann durch die richtige Auswahl der Materialien ein erheblicher Einfluss auf die spätere Raumluftqualität und somit auf das Wohlbefinden der Raumnutzer*innen genommen werden. Baubiolog*innen können außerdem das Baugrundstück vor Baubeginn auf elektromagnetische Felder überprüfen, zum Beispiel verursacht durch Hochspannungsleitungen.

Darüber hinaus können Baubiolog*innen bei Bestandsgebäuden ein Schadstoffkataster erstellen. Dieses hilft bei der Planung und der Vermeidung von Schadstoffbelastungen bei Sanierungsarbeiten. Mittlerweile ist die Schadstofferkundung Pflicht für Bestandsgebäude vor dem Beginn von Sanierungs- oder Renovierungsarbeiten. Damit soll vermieden werden, dass die ausführenden Personen gesundheitlich gefährlichen Stoffen ungeschützt ausgesetzt werden. Falls es gesundheitliche Beschwerden oder ein Unwohlsein bei der Nutzung von Räumen auftreten, können Baubiolog*innen an dieser Stelle eine versierte Begleitung bei der Suche nach den Ursachen sein. Und falls es Hinweise von Mediziner*innen auf mögliche Innenraumbelastungen gibt, können Baubiolog*innen vor Ort auf Ursachensuche gehen.

Worin unterscheidet sich eine baubiologische Bauweise von einer konventionellen Bauweise?

Bei der baubiologischen Bauweise steht der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt. Es werden Materialien verwendet, die die Raumluft nicht belasten, sondern eher einen positiven Einfluss nehmen, wie zum Beispiel eine feuchtigkeitsausgleichende Wirkung. Es werden möglichst naturnahe Baustoffe verwendet, die eine geringe Umweltbelastung darstellen und möglichst regional hergestellt werden. Zusätzlich ergibt sich hierdurch einen positiven Effekt auf die Ökobilanz.

Weiterhin wird auf eine feldarme Elektroinstallation geachtet und möglichst auf Funktechniken verzichtet. Der Energieverbrauch wird reduziert und erneuerbare Energiequellen werden bevorzugt. Dieses Thema ist mittlerweile unter anderem auf Grund der aktuellen Energiepreisentwicklung in der Mitte der Gesellschaft angekommen, wie einige andere urbaubiologischen Themen auch.

Ist Asbest immer noch ein Thema, obwohl es schon so lange verboten ist?

Asbest wurde 1993 in Deutschland verboten. Vorher wurde es in ca. 4000 Bauprodukten verwendet, weil es sehr gute technische Eigenschaften hat und zur Verbesserung der Eigenschaften der Bauprodukte beigetragen hat. Einige Beispiele sind: Fußbodenbeläge, Fußbodenbelagskleber, Fliesenkleber, Spachtelmassen, Faserzementprodukte und viele mehr. In der Regel geht von den meisten unbeschädigten Bauprodukten mit Asbest keine unmittelbare Gefahr für die Raumnutzer*innen aus. Wird aber an ihnen gearbeitet, wie zum Beispiel schleifen, bohren oder ausbauen, können Asbestfasern freigesetzt werden. Diese Asbestfasern stellen eine hohe gesundheitliche Gefährdung dar, wenn sie eingeatmet werden. Aus diesem Grund gelten in Deutschland strenge Auflagen für Arbeiten mit asbesthaltigen Materialien. Zurzeit besteht bei allen Gebäuden, die vor 1993 gebaut wurden, der Verdacht, dass asbesthaltige Materialien vorhanden sein können. Daher sind vor dem Beginn von jeglichen Arbeiten an der Bausubstanz Sachverständige hinzuzuziehen, die die Bausubstanz auf Asbest und andere Schadstoffe überprüft.

Wie sieht eine solide Schimmelsanierung aus?

Bei einem Schimmelschaden wird oft versucht, mit Desinfektionsmitteln den Schimmel abzutöten. Selbst wenn das Abtöten des Schimmels gelingt, ist der Schimmel nicht weg. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass auch abgetötete Schimmelbestandteile weiterhin eine gesundheitliche Belastung darstellen können. Aus diesem Grund wird unter anderem im Schimmelleitfaden des Umweltbundesamtes (Umweltbundesamt 2017) die Entfernung des Schimmelbefalls und der betroffenen Materialien gefordert. Nach einer fachgerechten Schimmelentfernung muss der Sanierungsbereich einer mikrobiellen Feinreinigung unterzogen werden. Abschließend können Baubiolog*innen mit Hilfe einer Sanierungskontrolle überprüfen, ob eine fachgerechte Schimmelsanierung stattgefunden hat. Um einen neuen Schimmelbefall zu vermeiden, muss die Ursache erkannt und beseitigt werden.

Gesundes Wohnen aus der Sicht der Wohnmedizin

Die Zahl derjenigen, die sich zuhause unwohl fühlen, nimmt immer mehr zu, dabei kann die nicht vorhandene Wohnzufriedenheit eine entscheidende Rolle spielen. Psychologische und psychotherapeutische Maßnahmen können hilfreich sein. Scheiden diese Gründe aus, absolvieren Patient*innen nicht selten eine Odyssee von unterschiedlichen Mediziner*innen: Allgemeinmedizin, Neurologie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Gynäkologie etc. durch. Die wohnmedizinische Diagnostik wird häufig vernachlässigt und der wohnmedizinische Hintergrund nicht erkannt (Fiedler 1995).

Die Wohnmedizin untersucht die Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Wohnumwelt, insbesondere den Einfluss der Wohnumwelt auf die Gesundheit, erarbeitet wissenschaftlich begründete Kriterien und Maßnahmen für den Wohn-Umweltzustand sowie Anforderungen an das individuelle Verhalten (Augustin & Augustin 2021).

Was ist das Ziel der Wohnmedizin?

Das Ziel der Wohnmedizin ist die primäre Prävention, das heißt, negative Einflüsse der Wohnumwelt zu vermeiden und positive Umwelteinflüsse zu nutzen, um Gesundheitsstörungen und Krankheiten zu verhindern und zu bekämpfen sowie das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen zu er-

halten und zu steigern. Die wichtigsten wohnmedizinischen Risikofaktoren in Deutschland (Fiedler 2011) sind das Tabakrauchen mit geschätzten 140.000 Todesfällen jährlich, gefolgt von Lärm, mit einem verkehrslärmbedingten erhöhten Risiko ischämischer Herzerkrankungen sowie depressiver Phasen und dem ungünstigen Raumklima, mit vermehrten Erkrankungen durch Schimmelpilze.

Den drei Hauptproblematiken folgen weitere: Der Feinstaub mit etwa 17.000 Todesfällen in Deutschland pro Jahr, je dichter ein Gebäude an Hauptverkehrsstraße liegt umso intensiver ist die Exposition, wobei der Ausschuss von Kopiermaschinen nicht vergessen werden darf. Das Erdgas Radon ist für etwa 3000 Lungenkrebskrankungen verantwortlich. Flüchtige organische Verbindungen aus Bau- und Ausstellungsmaterialien sowie aus Einrichtungsgegenständen können insbesondere Schleimhautschäden hervorrufen. Eine erhöhte Co₂-Belastung bei zu engem Wohnraum mit einer hohen Bewohnerzahl muss ebenfalls Beachtung finden. In diesem Zusammenhang muss auch an Allergien wie Hausstaubmilbe, Katze, Hund und Fischfutter gedacht werden. Schließlich spielt die Wohnpsychologie mit z.B. Material, Licht, Farbe und Veränderbarkeit der Wohneinrichtung sowie die Qualität des Wohngebietes eine zunehmende Rolle.

Was heißt Raumklima und welche Bedeutung hat es?

Das Raumklima hat eine große Bedeutung für die Gesundheit. Objektive Raumklimaparameter sind die Raumtemperatur, die Raumluftfeuchte sowie die Raumluftgeschwindigkeit. Ist die Raumtemperatur zu hoch, kann es zu Wärmestau sowie zu Schweißabsonderung kommen. Ist die Raumtemperatur zu niedrig, kommt es zur Abkühlung und auch zur Erkältung. Ist die Raumluftfeuchte zu hoch, entstehen Feuchtigkeit und Schimmel- ist die Raumluftfeuchte zu niedrig, trocknen die Schleimhäute aus und es kann zu Infektionen kommen. Wenn die Raumluftgeschwindigkeit zu hoch ist, kommt es – genau wie bei zu geringer Raumtemperatur – zur Abkühlung und zur Erkältung. Wenn die Raumluftgeschwindigkeit zu niedrig ist, werden Schadstoffen unzureichend abtransportiert (Drexler & Elsner 2007).

Bei Schimmelpilzbefall muss man mit folgenden Problematiken rechnen:

Meist beginnt es mit muffigen Geruchsbelastungen gefolgt von Reizerscheinungen der Haut und Schleimhäute, was zu Leistungseinschränkungen, Müdigkeit und Kopfschmerzen führt. Im Rahmen der medizinischen Diagnostik kann man dann spezifische allergische Reaktionen als auch bei hohen Expositionen Vergiftungen und bei immungeschwächten Personen Lungenerkrankungen nachweisen. Neben den Schimmelpilzen können u.a. folgende Schadstoffe baubiologisch nachgewiesen werden. Das Erdgas-Radon, eine bundesweite »Radonkarte« wird jährlich erneuert. Blei in Rohrleitungen können durch Wasserproben sowie Quecksilber (Energiesparlampen) können durch Raummessungen bestimmt werden. Des Weiteren können baubiologisch gemessen werden:

- Sehr flüchtige organische Verbindungen wie z.B. Formaldehyd (Möbel).
- Flüchtige organische Verbindungen wie z.B. Lösungsmittel (Putzmittel).
- Mittelflüchtige organische Verbindungen z.B. Weichmacher und Flamm-
schutzmittel (Fenster und Wandanstrich).
- Nicht flüchtige organische Substanzen z.B. polyzyklische, aromatische
Kohlenwasserstoffe (z.B. Fußbodenkleber).

Beim Umgang mit Asbest und alten künstlichen Mineralfasern sollte besondere Vorsicht herrschen.

Wie kann man wohnmedizinische Probleme am besten verhindern?

Die zwischenmenschlichen Beziehungen spielen im Rahmen der Wohnmedizin eine besondere Rolle. Sind dementsprechende Störungen nicht vorhanden oder mit fachmännischer Hilfe bewältigt, können weitere wohnmedizinische Problematiken im Allgemeinen erkannt und gemindert bzw. beseitigt werden:

- Durch regelmäßiges Lüften.
- Durch Kontrolle bestimmter Parameter (Co₂, Temperatur, Feuchtigkeit)
- durch Aufstellen von kleinen Messinstrumenten.
- Durch Hinzuziehung eines Baubiologen/in.
- Durch eine Orientierung an der »Checkliste für Gesundes Wohnen« (Detmolder Schule für Architektur und Innenarchitektur 2019).

Wie wichtig ist die Zusammenarbeit aus Architektur, Innenarchitektur, Baubiologie und Wohnmedizin für die Wohngesundheit?

Die Zusammenarbeit der Disziplinen Architektur, Innenarchitektur, Baubiologie und Wohnmedizin ist sehr wichtig für die Wohngesundheit, insbesondere bei der Beratung im Vorfeld, beim Aufspüren von eventuellen Schwachstellen und der »Behandlung« von Wohnung und Bewohner*innen. Die Zusammenarbeit greift unterschiedliche Themen auf und kann sich gut ergänzen: So finden die Baubiolog*innen durch Inspektionen und Messungen krankmachende Zustände und Innenraumschadstoffe. Unter zu Hilfenahme eines Gutachtens können Wohnmediziner*innen Blut, Urin, Speichel und Gewebeproben entnehmen, die dann spezifisch auf die gefundenen Schadstoffe untersucht werden können. Um Wohnmedizin als Teilgebiet der Umweltmedizin, zu praktizieren, ist eine abgeschlossene fachärztliche Ausbildung (z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, HNO-Heilkunde, Arbeitsmedizin, Labormedizin etc.) sowie eine abgeschlossene Fortbildung in Umweltmedizin erforderlich. Darauf aufbauend ist ein individuelles Interesse für die Wohnmedizin bei gleichzeitiger Zusammenarbeit mit Architekt*innen, Innenarchitekt*innen und Baubiolog*innen (Sachverständigen) sinnvoll. Allerdings ist die Finanzierung dieser Ausbildung problematisch. Hauptgrund ist die Streichung der Besoldung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Somit kann die wohnmedizinische Leistung aktuell nur als Privatleistung erbracht werden (Pilgramm 2020).

Wie merke ich, dass ich wohnmedizinisch erkrankt bin?

Die Symptome können individuell sehr unterschiedlich sein: von symptomlos bis stark beeinträchtigend in der gleichen Familie. Der Schädigungszeitraum kann auch weiter zurück liegen, so dass auch ehemalige bewohnte Wohnungen einbezogen werden müssen. Die Symptome erstrecken sich auf Augenbrennen, juckende und schmerzende Veränderungen der Haut, Infekte der oberen und unteren Luftwege, Kopfschmerzen sowie Müdigkeit. Die Symptome verschwinden schnell bei längerem Aufenthalt (Urlaub) außerhalb der Wohnung (Fiedler 1997). Abschließend kann festgehalten werden, dass das Wohnwohlbehagen häufig in engem Zusammenhang mit der Wohnzufriedenheit steht: »Man freut sich nachhause zu kommen«. Dafür sind ohne Zweifel Innenarchitekt*innen hauptsächlich zuständig.

Literatur

- Augustin, M. & Augustin, C. (2021). Grundlagen und Praxis der Wohnmedizin. Mehr Gesundheit in Wohnräumen – Heidelberg: Springer Vieweg.
- Böhme, G. (2013). Atmosphäre: Essays zur neuen Ästhetik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Crawford, I. (2013). »Wohnen ist kein Zustand, es ist eine Aktivität«. Interviewt von Tillmann Prüfer. ZEITmagazin vom 17. Oktober 2013, Nr. 43/2013. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/2013/43/wohnen-design-crawford-pena> [21.09.2023].
- Detmolder Schule für Architektur und Innenarchitektur (2019). Checkliste für gesundes Wohnen. Verfügbar unter: [https://checkliste-gesundes-wohnen.de/\[16.02.2024\]](https://checkliste-gesundes-wohnen.de/[16.02.2024]).
- Drexler, H. & Elsner, P. (Hg.) (2007). Grundwissen Klinische Umweltmedizin. Bern: Huber.
- Fiedler, K. (1995). Hygiene, Präventionsmedizin, Umweltmedizin systematisch. Bremen: Uni-Med-Verlag.
- Fiedler, K. (1997). Alles über gesundes Wohnen. Wohnmedizin im Alltag. München: C.H. Beck Verlag.
- Fiedler, K. (2011). Vortrag: Was ist Wohnmedizin?, 1. wohnmedizinisches Symposium der TH-OWL Thema: »Gesunde Architektur«, Detmold 11. und 12.11.2011. Detmold.
- Hundertwasser, F. (1983). Schöne Wege: Gedanken über Kunst und Leben. München: dtv Verlagsgesellschaft.
- Löw, M. (2001). Raumsoziologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4), S. 370–396.
- Pilgramm, M. (2020). 10 Jahre Wahlpflichtfach Wohnmedizin an der Hochschule – Erfahrungen und Ergebnisse. Sonderband. WaBoLu, 170, S. 7–14.
- Schiller, F. (2013 [1775]). Sämtliche Werke, Bd. 5. Über die ästhetische Erziehung des Menschen in einer Reihe von Briefen. München: Hanser.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a Window May Influence Recovery from Surgery. Sciences, 224(1986), S. 420–421.
- Umweltbundesamt (2017). Leitfaden zur Vorbeugung, Erfassung und Sanierung von Schimmelbefall in Gebäuden. Bonn: Umweltbundesamt.

Wikipedia (2023). Synästhesie. Verfügbar unter: <https://de.wikipedia.org/wiki/Syn%C3%A4sthesie> [04.10.2023].

YouGov & VELUX (2018). Gesundheitsrisiken für heutige »Indoor Generation«. Verfügbar unter: [velux-tig-yougov-report-180515.pdf](#) [26.09.2023].

Medizin – Theater – Semiotik

Theaterwissenschaftliche Forschung in der Medizin am Beispiel von Simulationspatient*innen

Mathias Müller

Ein Mensch geht zum Arzt oder zur Ärztin – eine Situation wie sie sich weltweit alltäglich unzählige Male ereignet und die zunächst noch nicht allzu viel Spannung verspricht. Interessanter wird es, wenn ein und dieselbe Person im 15 Minuten-Takt verschiedenen (angehenden) Mediziner*innen vorgestellt wird und es sich für diese dabei um eine Prüfungssituation handelt. Im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Universität Mainz wurden Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen untersucht, die alles andere als alltäglich und deren Rahmenbedingungen Besondere waren: Das Geschehen konnte aus einem sogenannten Beobachtungsraum hinter einem halbdurchsichtigen Spiegel beobachtet werden, bekannt aus Polizeiverhören im Fernsehen. Die Gespräche fanden entsprechend nicht in einer normalen Praxis oder einer normalen Klinik statt, sondern in der Rudolf Frey-Lernklinik, einer besonderen Lehreinrichtung der Universitätsmedizin Mainz, in der Medizinstudierende unter anderem mit Hilfe von Simulationen auf ihre spätere ärztliche Tätigkeit vorbereitet werden. Bei den Patient*innen handelte es sich daher auch nicht um tatsächlich erkrankte Personen, sondern um Schauspielende, sogenannte Simulationspatient*innen.

Bisherige Forschungsergebnisse und Forschungslücken

Als Begründer des Einsatzes von Simulationspatient*innen (SP) in der medizinischen Lehre gilt der US-amerikanische Neurologe Howard Barrows, der das Konzept als ›Programmed Patient‹ definiert hat (Barrows & Abrahamson 1964: 803). Diese Methode – eine gesunde Person, welche darauf trainiert wird, ein

wirklich bestehendes Krankheitsbild möglichst wirklichkeitsgetreu zu simulieren – wurde von Barrows erstmals 1964 am Los Angeles County Hospital im Zuge des Unterrichts eingesetzt, um den Leistungsstand der Medizinstudierenden besser abprüfen zu können (Peters 2015: 111f.). Laut Barrows seien für Paradedfälle bestimmter Krankheiten, so wie sie gelehrt und veranschaulicht werden müssten, oftmals keine geeigneten Patient*innen zu finden. Außerdem sei nie absehbar, wie sich die Patient*innen letztlich den Studierenden gegenüber verhalten, was gleichzeitig auch bedeute, dass jedem Studierenden die vorgespilte Geschichte und das Leid möglicherweise anders berichtet werde. Die Methode hat sich mittlerweile in vielen Teilen der Welt etabliert: Während in Europa beispielsweise in den Niederlanden bereits seit 1975 SP eingesetzt werden (Dalen 2012), geschah dies in Deutschland erstmals im Jahr 2000 im Rahmen der neuen Reform- bzw. Modellstudiengänge an der Universität Witten-Herdecke sowie an der Charité Berlin (Peters 2015: 112). An der Universitätsmedizin Mainz wurden SP erstmals im Wintersemester 2014/15 im Rahmen des Praktikums »Ärztliche Gesprächsführung« eingesetzt.

Nach der ersten Publikation von Barrows wurde zum »Programmed Patient« seitens der Medizindidaktik und -theorie viel diskutiert. Dabei wurden Vor- und Nachteile der Methode abgewogen und in zahlreichen Studien der Lernerfolg der Studierenden überprüft. Darüber hinaus wurde untersucht, wie der Einsatz von SP verbessert und in welche Bereiche der Lehre er ausgedehnt werden kann. Weitere Überlegungen greifen die Frage auf, welche Facetten der Künste oder der Performance Studies noch genutzt werden könnten, um Ärzt*innen noch besser auf ihre berufliche Tätigkeit vorzubereiten. Einige wenige kulturwissenschaftlich-philosophische Betrachtungen konzentrieren sich vor allem auf die Anforderungen an den ausgebildeten Mediziner*innen wie Empathie und Authentizität, welche beim Üben mit SP expliziert werden (Hölzer 2012, 2018).

Eine Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Simulationspatient*innen hat aus theaterwissenschaftlicher Perspektive bisher kaum stattgefunden. Lediglich aus der Theaterpädagogik gibt es Überlegungen, die beispielsweise das Training der SP oder Rolleneinstiegstechniken thematisieren (Heim et al. 2018). Dabei ist der Einsatz von SP für die Theaterwissenschaft ein durchaus faszinierender Gegenstand: Wenn Darstellende Patient*innen spielen, damit angehende Mediziner*innen und andere Heilberufe damit besser auf ihre spätere berufliche Tätigkeit vorbereitet werden können, so lässt sich dieses Format dem sogenannten »Applied Theatre« zuordnen: Aufführungen, die einem bestimmten Zweck dienen und die eine Veränderung der Wirklichkeit

herbeiführen (Warstat et al. 2017: 7) – wie eben der Ausbildung bestimmter Berufsgruppen. »Applied theatre kann beschrieben werden als ein auf Veränderungen zielender Interventionsprozess hinein in konkrete, oftmals konfliktträchtige soziale Handlungsfelder« (ebd.). So sollen mit Hilfe des SP-Einsatzes Mediziner*innen ausgebildet werden, die nicht nur bereits während ihrer Ausbildung ausreichend Praxiserfahrung in bestimmten Untersuchungstechniken sammeln konnten, sondern die vor allem für die direkte Konfrontation mit den Patient*innen auf zwischenmenschlicher und emotionaler Ebene gewappnet sind. So erweisen sich Formen des »Applied Theatre« als raumbildend und eröffnen Möglichkeitsräume (ebd. S. 14), wie die Gelegenheit zur Simulation seltener medizinischer Fälle oder die theoretisch unendliche Wiederholbarkeit bestimmter Situationen. Diese Form des Theaters dient hier als »Raum des Spiels, in dem aufgrund eines ›freedom to experiment‹ verschiedene Handlungsmodelle und -alternativen mehr oder weniger konsequenzvermindert in der ›penalty-free area of the dramatic frame‹ ausprobiert und einstudiert werden können« (ebd.).

Forschung an der Schnittstelle zwischen Theaterkunst und Heilkunst ist aus theaterwissenschaftlicher Perspektive nicht neu: Die Frage danach, in welchen Bereichen des alltäglichen Lebens Wissensbestände der Schauspielkunst aufgegriffen werden, gehört selbstredend zum festen Kanon der Disziplin. Mit Blick auf ein medizinisches Forschungsfeld betont Warstat, dass die theaterwissenschaftliche Hinwendung zu diesem geradezu als notwendig zu betrachten sei, haben doch umgekehrt die Vertreter*innen der Heilkunst längst in den Wissensbeständen der Künste gewildert:

»Ein Körperwissen, das dereinst von Schauspielerinnen und Schauspielern, Regisseurinnen und Tänzern generiert wurde, wird von Therapeutinnen und anderen Akteuren des Gesundheitswesens adaptiert und im Rahmen von Behandlungskonzepten nutzbar gemacht.« (Warstat 2016: 342)

Warstat selbst hat in seinem Buch »Krise und Heilung *Wirkungsästhetiken des Theaters*« (Warstat 2011) auf verschiedene Formen von Heilung ausgerichtete Theaterkonzepte untersucht. Der Zusammenhang von Theaterkunst und Heilkunst wurde unter anderem von Gerda Baumbach in dem von ihr herausgegebenen gleichnamigen Buch vor allem mit Blick auf dessen historischen Tiefenraum sowie seine Ausprägung in anderen Kulturkreisen untersucht, beispielsweise in Form von Schamanismus in Afrika (Baumbach 2002). Im englischsprachigen Raum lässt sich vor allem im Vereinten Königreich For-

schungsliteratur zum Zusammenhang von Theater und Medizin finden, die sich – mit Blick auf die Quacksalberei zwischen dem 16. und 18. Jahrhundert – auf ein Verständnis von »Healing as Performance« (Katritzky 2007), das Wirken der Kunst in der Medizin (Bleakley 2017) oder Performances mit medizinischen Themen (Mermikides & Bouchard 2016) fokussiert. Ebenfalls relevant ist das weite Feld der sogenannten »Medical Humanities«, das den vermehrten Austausch der Medizin sowie den Geistes- und Sozialwissenschaften anvisiert. Publikationen aus diesem Dunstkreis beschäftigen sich beispielsweise mit Medizin in einer bestimmten Gesellschaft sowie mit Krankheitserfahrungen oder Auswirkungen von Behandlungen.

Was jedoch aus keiner der genannten Perspektiven betrachtet wurde, ist die konkrete performative Umsetzung der Simulationspatient*innen-Methodik sowie deren implizite (theater)historischer bzw. -theoretischer Hintergrund. Wie funktioniert das Schauspiel der SP – was unterscheidet es beispielsweise vom Schauspiel im Kunsttheater? Wie gelingt es den SP im Spiel, den Mediziner*innen zu vermitteln, wie sie am liebsten behandelt werden möchten? Warum ist es möglich, dass dafür gleichermaßen Laien wie Berufsschauspieler*innen gleich gut eingesetzt werden können? Ferner lässt sich feststellen, dass in vielen Bereichen der Auseinandersetzung mit der Methode Widersprüche auftauchen. Gerade Fragen danach, ob besser professionelle oder Laienschauspieler*innen als SP einzusetzen sind, ob diese im Vorfeld bereits selbst Erfahrung mit der darzustellenden Krankheit gemacht haben sollen oder welche Art von Erfahrung ein Studierender bei der Interaktion mit SP überhaupt machen kann, sind noch nicht abschließend beantwortet. Grundsätzlich erscheint es so, als sei seitens der Mediziner*innen die Methode sozusagen »by doing« erforscht wurde – jede Lehrereinrichtung, sei es die RFLK in Mainz, die Duke NUS Medical School in Singapur oder die University of Toronto, setzt SP in unterschiedlichen Kontexten auf unterschiedliche Weise ein. Dabei werden jeweils bestimmte Erfahrungen gemacht und diese veröffentlicht, falls sie den eigenen Ansprüchen genügen. Eine gemeinsame theoretische Basis fehlt jedoch bezüglich vieler Diskussionspunkte.

Damit zu beginnen, eben jene oben geschilderte Forschungslücke zur konkreten Untersuchung der Theaterpraxis der SP zu füllen, war Ziel des Forschungsvorhabens. Da es nicht möglich ist, alle offenen Fragen und die für die Theaterwissenschaft spannenden Aspekte dieser Methode in einer einzigen Auseinandersetzung aufzuarbeiten, wurden folgende Aspekte fokussiert:

Auch wenn die heute praktizierte Methode wie beschrieben in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden ist, so lassen sich doch mit Blick in

die (Medizin-)Geschichte gedankliche resp. soziokulturelle Entwicklungen und Umstände benennen, die sich zweifelsfrei im Einsatz von SP wiederfinden lassen und gleichzeitig maßgeblich Einfluss auf die Darstellungsweise der Patient*innenrollen durch die SP wie auch deren Wahrnehmung durch die Übenden haben. Dabei handelt es sich um die vor allem im 18. Jahrhundert besonders intensiv diskutierte Disziplin der medizinischen Semiotik. Dementsprechend kann die These aufgestellt werden, dass als SP eingesetzte Schauspieler*innen mit dieser Methode nützlich und hilfreich sind, (angehende) Mediziner*innen zu Semiotiker*innen auszubilden. Aus dieser Feststellung ergeben sich den SP betreffend folglich viele Fragen: Was bedeutet es für das Schauspiel, wenn daran zu Übungszwecken eindeutig bestimmte (Krankheits-)Zeichen erkannt werden müssen? Woher wissen die SP, welche Zeichen sie wann und zu welchem Zweck einzusetzen haben? Welche Zeichen sind es überhaupt, die hier zum Einsatz kommen?

Medizinische Semiotik

Adolf Michaelis beschreibt 1907 die Bedeutung der Semiotik für den Berufsstand der Mediziner*innen mit folgender Ausführung:

»Keine andere Darstellungsweise der Pathologie ist von Natur so zum Studium in weiteren Kreisen geeignet, wie die Semiotik; selbige trägt dies gleichsam als Selbstbestimmung in sich, da sie sich direkt auf Beobachtung, auf persönliche Empfindung des Kranken als subjektive Symptome und auf äußerlich, sinnlich wahrnehmbare Zeichen und Krankheitsäußerungen gründet. Nur an der sicher führenden Hand der Semiotik wird es auch dem gebildeten Laien möglich, seinen Zustand verstehen zu lernen, da ihm die Kenntnisse zu einer exakt-wissenschaftlichen Diagnose fehlen.« (Michaelis 1940: VIII)

Dem Titel seines Buches entsprechend versteht Michaelis Semiotik als »Die Lehre von den Krankheitszeichen«. Die Beobachtung von Zeichen, die von einer Krankheit bei einem betroffenen Menschen ausgelöst wurden, sei von Natur aus eine dermaßen essenzielle Fähigkeit, um zu verstehen, worum es sich bei der ursächlichen Krankheit handelt, dass sogar Laien damit Erkenntnisse gewinnen können, die ansonsten über keinerlei medizinisches Wissen verfügen. Mit dieser enormen Wertschätzung der Semiotik seitens

der Medizin ist Michaelis nicht allein. Die zahlreiche Literatur zur sogenannten medizinischen Semiotik betont, dass Hippokrates selbst nicht nur der Urvater der Heilkunde sei, sondern damit auch der eigentliche Begründer der Semiotik – und Semiotik und Medizin seien daher stets untrennbar miteinander verbunden (ebd. IX). Auch Michelis' Verständnis von Semiotik als »Lehre von den Kennzeichen« lässt sich in der Medizingeschichte immer wieder auffinden (Nöth 2000). Oft wird diese dabei auch mit der sogenannten Symptomatologie gleichgesetzt.

Weshalb die Semiotik für praktizierende Mediziner*innen bis heute eine so wichtige Rolle spielt, verdeutlicht Michaelis anhand verschiedener Beispiele. So könnten bestimmte Krankheiten oder Krankheitsstadien gar nicht mit objektiven, physikalischen Tests und Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden, sondern ließen sich nur aus den subjektiv von Patient*innen empfundenen Symptomen sowie »einer allgemeinen Veränderung seines Äußeren erraten« (Michaelis 1940: VIII). Des Weiteren hebt er die Wichtigkeit der Semiotik vor allem am Beispiel der Kinderheilkunde hervor. Da Kinder, je nachdem wie jung sie sind, ihr Leiden nur unzureichend beschreiben könnten oder vielleicht sogar noch gar nicht sprechen können, sind Mediziner*innen darauf angewiesen, die äußerlichen, objektiv wahrnehmbaren non-verbalen Zeichen des Kinderkörpers zu erkennen und zu deuten (ebd. XI). Michaelis bezeichnet dabei zunächst die äußere Erscheinung oder Veränderung eines Körpers als Symptom. Werde dieses Symptom wiederum auf den inneren Zustand des Menschen und ein bestimmtes Krankheitsbild bezogen, werde das Symptom zum Zeichen (ebd. 4).

Auch Harald Kamps und Dirk Harms betonen die Bedeutung der Semiotik in der Medizin und beziehen sich dabei vor allem auf einen der Begründer der modernen Semiotik, Charles Peirce. Der Arzt benutze demnach sogenannte indexikalische Zeichen (nach Peirce), um Krankheiten zu definieren: »[A]us zu viel, zu oft, zu groß wird Diabetes, Vorhofflimmern oder Krebs.« (Kamps & Harms 2010). Sogenannte ikonische Zeichen seien es wiederum, die Mediziner*innen oftmals im Subtext oder nonverbal erkennen und deuten müssten. »Will man sie beschreiben, reicht meist ein Wort oder eine Metapher: traurig, wütend, fröhlich, ausgebrannt – sind solche Worte oder Bilder« (Kamps & Harms 2010). In der Gesamtheit aller Zeichen sieht Michaelis letztlich zuzusagen das wahre Gesicht der Krankheit: »Was äußerlich erscheint, die Gesamtheit der Zeichen, ist gar nichts anderes als die Krankheit selbst, die mit ihren Symptomen ein und dasselbe ist« (Michaelis 1940: 4).

Es scheint eine notwendige Fähigkeit zu sein, von Patient*innen Gesagtes strikt von dem zu unterscheiden, was die Mediziner*innen mit eigenem Auge sehen und mit Hilfe der Semiotik deuten können. Auch Füeßl und Middeke verweisen in ihrem Lehrbuch ›Anamnese und Klinische Untersuchung‹ auf die große Bedeutung, die vor allem der Beobachtung der nonverbalen Kommunikation der Patient*innen durch die Mediziner*innen zuzuschreiben sei. So proklamieren sie beispielsweise, dass die Körperhaltung ebenso Rückschlüsse auf bestimmte emotionale Vorgänge im Inneren der Patient*innen zuließe wie auch die Intonation der Stimme. Auch der Augenkontakt und der Gesichtsausdruck sollten stets im Blick behalten und analysiert werden (Füeßl & Middeke 2022: 30f.). Da beim Mediziner*in-Patient*innen-Kontakt »Erlebnisse, Gefühle, Herkunft, Bildungsstand, Gemütslage und Weltanschauungen [beider] mit ein[fließen]«, sei diese Begegnung grundsätzlich einmalig und nicht wiederholbar. Auch aus dieser Perspektive scheint es unabdingbar für Mediziner*innen, vor allem die Vorgänge im Inneren der Patient*innen, wie Emotionen oder Erwartungshaltungen, schnell und korrekt einschätzen zu können.

blick in die praxis: Studierenden-Schauspieler*innen-Interaktion

Zur Verdeutlichung, welche Rolle die medizinische Semiotik beim Einsatz der Simulationspatient*innen spielt, wird im Folgenden eine Simulation beschrieben, die im Rahmen der Abschlussprüfungen des Kurses »Praktikum ärztliche Gesprächsführung« stattgefunden hat.

Oberarmfraktur

Ein SP spielt den Patienten Ernst Leineweber, der sich bei einem Sturz vom Bürostuhl am Arm verletzt hat. Die Aufgabe der Studierenden ist es, Herrn Leineweber die Diagnose mitzuteilen und mit ihm gemeinsam eine Behandlungsstrategie auszuwählen. Dabei sollten bestimmte kommunikative Fähigkeiten seitens der Studierenden präsentiert werden: Eine klare Gesprächsstruktur, Empathie, angemessenes Sprechtempo, angemessenes Wahrnehmen und Berücksichtigen der Reaktionen des Patienten usw. Der SP befindet sich zunächst allein im Raum, der mit einem Tisch und zwei Stühlen ausgestattet ist. Er trägt seinen rechten Arm in einer Schlinge. Er atmet mehrfach tief durch. Die Simulation beginnt als eine Studierende im weißen Kittel den Raum betritt. Sie stellt sich als die behandelnde Ärztin Frau

Kopf vor und erklärt, worüber sie mit Herrn Leineweber in den kommenden Minuten sprechen möchte. Beide setzen sich. Herr Leineweber sitzt ruhig da und hört sich die Ausführungen der Studierenden an. Sein Körper zeigt kaum Regungen, er wirkt fast ein wenig versteinert. Einzig sein Blick wandert immer zwischen Augenkontakt und der Tischplatte hin und her. Gelegentlich seufzt er. Auf die Diagnose, dass sein Oberarm gebrochen sei, löst er sich schließlich aus seiner Lethargie: »Wie passiert denn sowas?!« Seine Stimme klingt heftiger als bisher. Er blickt unter sich, atmet schwerer, sein Kopf wird unruhig. Die Studierende erklärt ihm, warum auch bei einem Sturz auf den Ellenbogen der Oberarm brechen kann. »Sie gucken ein bisschen kritisch?«, stellt sie schließlich fest. Sie versucht ihn zu beruhigen: »Wir haben verschiedene Tests gemacht, mit dem Puls und dem Gefühl in den Fingern – das war alles gut.« Im weiteren Gesprächsverlauf erklärt Frau Kopf ihrem Patienten die Unterschiede zwischen einer Therapie mit und ohne Operation: »Wenn wir nicht operieren, kann es sein, dass die Schulter nicht mehr so gut zusammenwächst.« Dieser Satz veranlasst Herrn Leineweber erneut zu einem kleinen Gefühlsausbruch: »Das geht nicht! Ich spiele Tennis, das ist mein Schlagarm.« Wieder atmet er schwer und seufzt.

Als die Studierende im Folgenden davon spricht, dass noch ein weiterer Kollege kommen werde, der ein Aufklärungsgespräch über die Anästhesie führen wird, reißt Ernst Leineweber die Augen auf. »Sie sind schockiert«, stellt Frau Kopf fest. Damit habe er nicht gerechnet, berichtet ihr Patient. Nachdem weitere Sätze gewechselt wurden, fragt der Patient, wie lange er denn letztlich im Krankenhaus bleiben müsse. Die Angabe der Ärztin von etwa einer Woche stationärem Aufenthalt sorgt dafür, dass ihm noch heftiger als bisher die Gesichtszüge entgleisen. Seine Augen sind weit aufgerissen, ebenso sein Mund. »Das ist alles ein bisschen viel«, berichtet er. Kurz danach ertönt eine Durchsage aus den Lautsprechern, die an der Zimmerdecke befestigt sind, und teilt mit, dass die Studierende und der SP nun langsam zum Ende kommen müssten, die Zeit sei um. Die Studierende fasst ihrem Patienten noch einmal alle Informationen in Kürze zusammen und verabschiedet sich dann. Noch während sie im Raum ist, steht der Schauspieler auf und legt die Rolle des Ernst Leineweber ab. Er lächelt Frau Kopf zu, verabschiedet sich noch einmal von ihr und verlässt ebenfalls den Raum.

Was kann bei Betrachtung dieser Simulation als besonders auffällig gelten? Mit Blick auf das Spiel des SP ist festzuhalten, dass dieses nahezu ausschließlich im Sitzen stattfindet. Wenn man sich an den letzten eigenen Praxisbesuch erinnert, so erscheint dieser Umstand auch gerade zu nahelie-

gend. Die übliche Interaktion zwischen Patient*innen und Mediziner*innen beginnt nach einer möglicherweise im Stehen erfolgten gegenseitigen Begrüßung, indem sich beide gegenüber sitzen, wobei der/die Mediziner*in zunächst eine Anamnese erhebt und der/die Patient*in den Grund für den Besuch schildert. Grundsätzlich wird in der Medizin auch davon gesprochen, dass Patient*innen eigene Symptome präsentieren (Kamps & Harms 2010: 15). Erst im Folgenden wird dann möglicherweise für eine Untersuchung in eine liegende oder eventuell auch stehende Position gewechselt. Aus dieser Gebundenheit des Körpers an den Stuhl ergibt sich sogleich die nächste Auffälligkeit im obigen Beispiel: die besondere Rolle der Mimik. Das unruhige Wandern des Blickes, das Senken des Kopfes, das Aufreißen der Augen und des Mundes – ist der Körper der Patient*innen in der obigen Situation auch wie versteinert und durch das Tragen der Armschlinge noch zusätzlich in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, so wird vor allem durch mimische Zeichen kommuniziert. Auf sprachlicher Ebene wird seitens des SP wenig kommuniziert. Nur einige prägnante Sätze sowie ein gelegentliches »Okay« oder »Mhm« sind zu hören. Viel eindrücklicher hingegen sind die ausgesandten paraverbalen Zeichen wie die Intonation des Gesagten, das schwere Atmen oder das Seufzen. Auch der Studierenden ist das aufgefallen. Mit ihren Äußerungen wie »Sie gucken ein bisschen kritisch?« oder »Sie sind schockiert« hat die Studierende unmittelbar auf die Veränderungen in der Mimik des Gegenübers reagiert.

Während bei der Beobachtung des SP vor allem dessen Mimik und Paraverbales hervorstechen, so scheint der studierende Part der Simulation vor allem davon zu profitieren, jene Zeichen möglichst zutreffend deuten zu können. Dadurch gelingt es ihm zu verstehen, in welcher Gemütslage sich der (gespielte) Patient in diesem Moment befindet, welche Bedürfnisse er empfindet und wie bestmöglich darauf reagiert werden kann – also alle Eigenschaften der Studierenden, die durch eben diese Simulation abgeprüft werden sollten.

Die Emotionen und Haltungen im Inneren zu erkennen und deuten zu können, aus Mimik und Körpersprache Erkenntnisse über Hilfesuchende zu gewinnen – offensichtlich lassen sich diese Fähigkeiten Dank semiotischer Expertise auch beim Einsatz von SP wiederfinden. Denn in der Regel äußern gespielte Patient*innen in den Simulationen gegenüber den angehenden Mediziner*innen nicht explizit verbal, welches Verhalten oder welche Behandlung sie sich von diesem Wünschen, sondern codieren dies durch solche mimischen und/oder paraverbalen Zeichen, die die Mediziner*inne dechiffrieren müssen. Hinter dem Einsatz von SP verbirgt sich demnach das Ziel, das Deuten von Zeichen mit Hilfe des eigenen Blicks zu schulen.

Blickdiagnostik und ihre Hintergründe

In der Medizin lässt sich dies auch mit dem Begriff der sogenannten Blickdiagnostik bezeichnen. Im 18. Jahrhundert galt die Blickdiagnostik als ein Teil der medizinischen Zeichenlehre, die sogenannte Physiognomik: die Kunst, aus dem physiologischen Äußeren eines Körpers, vor allem aus dem Gesicht, auf das Innere des Menschen, insbesondere dessen Charakterzüge und Emotionen, zu schließen. Ein bekannter Vertreter ist der Schweizer Philosoph Johann Casper Lavater. Dessen Vorbild war wiederum der Schweizer Arzt Johann Georg Zimmermann, der 1763 in seinem Buch »Von der Erfahrung in der Arzneykunst« die Physiognomie bereits als Teil der Medizin benannte:

»Der Beobachtungsgeist sucht die Physiognomie der Krankheiten. Diese Physiognomie ist zwar über den ganzen Körper verbreitet. Allein gibt es auch Zeichen der Krankheiten, ihrer Abänderungen und ihres Ausgangs in den Zügen und dem Wesen des Angesichts überhaupt und seiner Theile, der Kranke hat zuweilen die Miene seiner Krankheit.« (Zimmermann 1832: 165f.)

Zimmermann berichtet hier von einer Praxis der Physiognomik, die im Kern noch immer in den bereits festgehaltenen Aussagen zur Bedeutung der Semiotik für die Medizin und die mit Hilfe der SP heutzutage zu trainierenden Fähigkeiten verankert ist: Mediziner*innen müssen den Patient*innen ansehen können, was in deren Inneren vor sich geht. Nicht zufällig ist das Vorbild Lavaters Mediziner und ebenso wenig zufällig beginnt dieser seine eigenen Studien schließlich in einem »Thorenhospitak«. Lavater definiert Physiognomik letztlich folgendermaßen:

»Physiognomik ist die Wissenschaft, den Charakter (nicht die zufälligen Schicksale) des Menschen im weitläufigsten Verstande aus seinem Aeüßerlichen zu erkennen; Physiognomie im weitläufigen Verstande wäre also alles Aeüßerliche an dem Körper des Menschen und den Bewegungen desselben, in sofern sich daraus etwas von dem Charakter des Menschen erkennen läßt.« (Lavater 1772: 10)

Auffällig ist, dass Lavater hier von »Charakter« spricht. Dabei unterscheidet er verschiedene Arten von Charakteren, die ein Mensch besitze, beispielsweise einen Temperamentcharakter, einen moralischen Charakter, aber eben auch

einen »medizinischen« (Lavater 1772). Vor allem diese Dimension des medizinischen Charakters erscheint für den Untersuchungsgegenstand besonders spannend, auch mit Blick darauf, dass viele Autor*innen zu Lavater und den Physiognomen nur oberflächlich festhalten, dass diese eine Beziehung zwischen der festen Gestalt des Menschen und dessen Charakter gesehen hätten (Fischer-Lichte 1993: 125). Für Lavater ist es klar, dass sowohl die physische als auch die emotionale Konstitution eines Menschen bestimmte Zeichen auf dessen äußerer Hülle verursachen. Mit Blick auf den medizinischen Charakter des Menschen führt er Folgendes aus:

»Der medicinische Charakter, das ist, die gegenwärtige zufällige Beschaffenheit unseres Körpers in Ansehung seiner Gesundheit, sollte die nicht ihre bestimmten, erkennbaren, und angeblichen Merkmale haben müssen? Kann man es nicht aus der Vernunft darthun, daß die Schwindsucht unserm Angesichte kraft ihrer Natur eine solche und solche Modification geben; daß die ausgetretene Galle die Haut und Augen so und so färben müsse?« (Lavater 1772: 16)

Solche Annahmen Lavaters scheinen abwegig, beispielsweise dass aus der Stellung eines einzigen Gelenks oder eines einzigen Muskels der gesamte Charakter eines Menschen ableitbar sei, vor allem wenn er sich dabei auf Moral oder bestimmte Wesenszüge bezieht (ebd. 26). Lavater beharrt jedoch auf dem Nutzen der Physiognomik und dessen Bedeutung für den Medizinberuf (ebd. 28). Allerdings schreibt Michael Hertl in seiner physiognomisch-mimischen Studie 1962 zum Gesicht des kranken Kindes: »Es übt in der Tat jeder Arzt mit mehr oder weniger Glück die Kranken-Physiognomik aus, selbst wenn er sich gar nicht des Gebrauches dieses Hilfsmittels bewußt ist, denn was ist der praktische Blick anderes als die Kranken-Physiognomik?« (Hertl 1962: 4). Dabei greift Hertl auf einige Annahmen auf, die im Zuge der Rekapitulation der medizinischen Semiotiker*innen und Physiognomiker*innen bereits mehrfach aufgenommen sind. So beschreibt er den Nutzen und die Notwendigkeit der Physiognomik aus ärztlicher Sicht, vor allem beim direkten Aufeinandertreffen:

»Die erste Kontaktnahme zwischen Arzt und Patient geht vom Gesichtssinn aus, und in diesem Augenblick kann schon oft die Entscheidung fallen, nicht nur darüber, welche diagnostischen Erwägungen angestellt werden, sondern wie der Arzt dem Patienten gegenübertritt, ob und in welcher Form und Tiefe das notwendige Verhältnis zwischen beiden sich anbahnt und entwickelt.« (Ebd. V)

Ferner verweist auch Hertl darauf, dass die Mimik, inklusive all ihrer Komponenten wie Tränen, Gesichtsfarbe oder Schweiß, ursprünglich auch einen physiologischen, vegetativen Ursprung hat und meist von Patient*innen unbewusst an den Tag gelegt wird (ebd. 18). Sie diene dabei als Verstärker des seelischen Zustandes einer Person (ebd. 20). Grundsätzlich träten »der Ursachen-Wirkungskreis von Somatischem und Psychischem, die Einheit und Verschmolzenheit beider Bereiche [...] nirgends so stark und damit die Deutung erschwerend zutage wie im Gesicht« (ebd. VI). Laut Hertl seien zu einen dazu keine besondere Vorkenntnis nötig, denn es handle sich um ein »Verstehen ohne Wissen« (ebd. 4). Zum anderen sei der Kern der diagnostischen Begabung der Mediziner*innen eben diese »Sensibilität des intuitiven Erfassens« (Hertl 1962: 4), die jeder Mensch von Geburt an habe, da selbst Säuglinge bereits zwischen finsternen und fröhlichen Gesichtern unterscheiden könnten, welche dann durch stetig angesammelte Erfahrung und gezieltes Nachdenken immer weiter verbessert werden müsse.

Dass das Deuten der mimischen Zeichen die Ausbildung eines bestimmten ärztlichen Blicks erfordert, findet sich auch in Lavaters Ausführungen zur Physiognomik. Er erklärt, die Physiognomik arbeite mit Regeln beziehungsweise Regelmäßigkeiten, die sich durch intensive Beobachtung und Dokumentation herleiten ließen und damit einen ärztlichen Blick gleichsam einer bestimmten Brille: »Indessen giebt es dich gewisse allgemeine Regeln, die freylich nicht zu Augen werden, aber doch als Brillen gebraucht werden können; Regeln, die sich angeben und mittheilen lassen-« (Lavater 1772: 20). Voraussetzung sei auch hier das Sammeln von Erfahrungen mittels intensiver Beobachtung: »Wir müssen beobachten und wieder beobachten, vergleichen und wieder vergleichen [...]« (ebd. 34).

Der Philosoph und Jurist Christian Thomasius sprach bereits Ende des 17. Jahrhunderts von der sogenannten Kunst der Demaskierung beziehungsweise der Gemüts erkundung. Um das Gemüt eines anderen Menschen zu entschlüsseln, sei es einerseits notwendig, Affekte sicher erkennen zu können und diese andererseits mit der damals noch immer präsenten Temperamentenlehre in Verbindung setzen zu können (Košenina 2012: 51, 66). Grundvoraussetzung für all das sei vor allem die Selbsterkenntnis, also das Studium der eigenen Gefühlsregungen. Der Theologe Peter Friedrich Detry behauptet 1732 in seiner Betrachtung des Menschen nach Geist, Seel und Leib, dass jeder Affekt der Seele, also eben jede Gefühlsregung, sich im Gesicht eines Menschen zeige (ebd. 68). Julius Bernhard von Rohr verweist später zusätzlich auf die wichtige Rolle der Erfahrung, die gesammelt werden müsse; es müsse – somit schließt

er gedanklich quasi an Thomasius an – der Mensch genau in seinen Aktionen und Emotionen beobachtet werden, um aus seinen Mienen sicher vorherzusagen zu können, welchen Affekt er damit gerade ausdrückt (ebd. 71). Henry Home, ein schottischer Sensualist und Ästhetiker, vertritt Ende des 18. Jahrhunderts die These, dass Emotionen allgemein verständlich seien, so wie sie sich in der Regung des Körpers durch Mienen und Gesten äußern (ebd. 89). Damit bezieht er sich auf eine Idee, die ebenfalls bei Lavater und auch dessen Kritiker Georg Lichtenberg zu finden ist, nämlich die Vorstellung von non-verbale Zeichen, insbesondere Mimik und Gestik als eine Art universalverständliche Natursprache. Der Begriff der Natursprache muss allerdings diskutiert werden. Es gibt keine weltumspannende Universalsprache, in der sich alle Menschen der Erde verständigen können. Was Lichtenberg hier betont, ist jedoch eine »unwillkürliche Gebärden-Sprache«. Dass sich die willkürliche Gebärden-Sprache stark von Kultur zu Kultur unterscheidet, lässt sich schnell daran feststellen, dass unterschiedliche Nationen nicht unterschiedliche Gesten verwenden.¹ Da es körperliche Zeichen geben muss, die von allen Menschen zumindest im Ansatz ähnlich gesendet werden, drängt sich bei der Überlegung auf, dass auch in Deutschland mit Hilfe von SP ausgebildete Mediziner*innen schließlich in der Lage sein sollten, in jedem Land der Welt Menschen zu behandeln und deren Leibzeichen deuten zu können. Dass es bei der Behandlung von Patient*innen aus anderen Ländern und Kulturen zu Schwierigkeiten kommen kann, wird auch seitens der medizinischen Forschung thematisiert. So weisen beispielsweise Kelly Cawcutt und John Wilson auf die verschiedenen problematischen Bereiche eines »cross-cultural treatments« hin. Neben formalen Schwierigkeiten, wie fehlenden oder unvollständigen Gesundheitsunterlagen, geht es dabei um Fragen der Entscheidungsfindung (nicht in allen Kulturen treffen zwingend Patient*innen die Entscheidung über die eigene Gesundheit, sondern bspw. Familien- oder Stammesangehörige), Fragen des Geschlechts (wenn bspw. Männer arabischer Herkunft nicht von Ärztinnen behandelt werden möchten/dürfen), Fragen der Finanzierung und so weiter. Die mögliche sprachliche Hürde wird ebenfalls thematisiert, jedoch besonders bei der späteren Diagnosemitteilung (Cawcutt & Wilson 2016: 794ff.). Was insgesamt jedoch interessanterweise überhaupt nicht benannt wird, sind Schwierigkeiten bei der Untersuchung und Diagnostik der Patient*innen, also gerade jene Dinge, die mit Hilfe der SP in den Lernkliniken geübt und für

1 So bedeutet ein Kopfschütteln in Bulgarien beispielsweise »Ja«, während es in Deutschland für »Nein« steht.

die die Kenntnisse aus Semiotik und Physiognomik benötigt werden. Ex negativo scheint es so, dass eben diese Bereiche die einzigen sind, die bei allen Patient*innen unabhängig der Herkunft unproblematisch verlaufen. Denn neben standardisierten Blutuntersuchungen und Bildgebungsverfahren können auch die Leibzeichen der Patient*innen als Natursprache kulturübergreifend verstanden werden. Das Erfassen, Verstehen und Nachempfinden der Emotionen anderer Menschen, kurz: die Fähigkeit zur Empathie, ist ein Phänomen, welches auch in der Psychologie, Neurowissenschaft und anderen Naturwissenschaften intensiv beforscht wird. Tatsächlich gibt es in Form der sogenannten Spiegelneurone erste Hinweise für den Hintergrund der Fähigkeit zur Empathie:

»Without mirror neurons, we'd probably be oblivious to the thoughts, emotions and actions of other people. For example, if you see someone get a paper cut, you may flinch and feel their pain. The same neurons (although only a subset of them) that respond to my finger getting a paper cut will also fire if I see someone else getting a paper cut. There are non-mirror pain neurons and there are mirror neuron pain neurons. So mirror neurons are responsible for empathizing with others' pain. In order to truly empathize with your pain, however, I'll need to have an emotional response (not just a physical response). Mirror neurons appear to let us »simulate« not just other people's actions, but the intentions and emotions behind those actions. Instead of our brains using logical thought processes to interpret and predict other people's actions, *we understand others not by thinking, but by feeling.* [Hervorhebung durch M.M.] Mirror neurons appear to allow us to make sense of other people's intentions as well as their actions, as well as interpret facial expressions.« (Jaffe 2019)

Im Vorhandensein eben jener Spiegelneurone liegt nach Jaffe (2009) eine grundsätzliche Voraussetzung, um das Verhalten und Handeln anderer verstehen zu können; bei diesem Verstehen handele es sich allerdings nicht um ein Verstehen durch Nachdenken, sondern durch Fühlen. Auch wenn das Potenzial und die komplexe Bedeutung der Spiegelneurone noch längst nicht vollständig erfasst sind, scheinen sie ein wichtiger physiologischer Hinweis auf eine »von Natur aus« im Menschen angelegte Fähigkeit zum Verstehen der Emotionen anderer zu sein. Auch innerhalb der Theaterwissenschaft sind diese bereits ins Blickfeld der Forschung gerückt, als Erika Fischer-Lichte 2005 auf die Bedeutung der Spiegelneurone als Basis für das Prinzip der

Ansteckung im Theater des 17. und 18. Jahrhunderts verwies (Fischer-Lichte 2005: 44f.).

Theaterwissenschaftliches Vorgehen

Es gilt seit jeher als Teil der ärztlichen Kunst, aus nonverbalen Zeichen, vor allem aus der Mimik der Patient*innen, auf deren Innenleben schließen können. Dazu müssen Mediziner*innen einen bestimmten ärztlichen Blick ausbilden. Dies geschieht vor allem durch jahrelange Erfahrung sowie auch durch die Beobachtung der eigenen Emotionen und dadurch ausgelösten körperlichen Reaktionen. Grundsätzlich scheint davon ausgegangen werden zu können, dass das Deuten mimischer und gestischer Zeichen anderer zumindest in gewissem Maße bereits von Natur aus im Menschen verankert liegt. Diese Heuristik lebt in der Medizin bis heute fort und wird angehenden Mediziner*innen mit Hilfe des Einsatzes von SP in Form eines Applied Theatre an Universitäten gelehrt.

Wie kann sich nun die Theaterwissenschaft nach der Offenlegung dieses kulturhistorischen Hintergrundes dem Gegenstand nähern, um die beschriebenen offenen Fragen bezüglich der Theaterpraxis der SP anzugehen? Wie Formen des Applied Theatre darüber hinaus gezielt untersucht werden können, wurde im Band ›Neue Methoden der Theaterwissenschaft‹ (Wihstutz & Hoesch, 2020) von Matthias Warstat aufgegriffen. Gerade weil es sich bei Projekten, welche dem Gebiet des Applied Theatre zugeschrieben werden können, häufig um nicht öffentliche Arbeiten handelt, muss zunächst ein geeigneter Zugang gefunden werden. Dabei eignet sich nach Warstat generell der sogenannte »Facilitator« (Warstat 2020: 78), der Anleiter der Gruppe, als Ansprechperson, die Kontakt zu den Beteiligten, Proben und Aufführungen herstellen kann. Auch im dargelegten Fall gab es eine solche Kontaktperson: Thomas Nowak, der Leiter des Simulationspatient*innen-Programms an der RFLK in Mainz, der über die verschiedenen Kurse und Prüfungen, in denen SP eingesetzt werden sowie auch die jeweils verantwortlichen Mediziner*innen, die diese betreuen, unterrichtet hat. Dadurch ist auch der Kontakt zu den SP entstanden, die in den folgenden Semestern bei ihren Einsätzen beobachtet wurden.

Grundsätzlich greift die beschriebene Arbeit, welche sich durch die Besuche verschiedener, nicht öffentlicher Veranstaltungen in der Mainzer Lernklinik als Feldforschung bezeichnen lässt, aus sozialwissenschaftlicher Sicht auf

die Methode der Beobachtung zurück. Diese ist laut Roland Girtler im Zuge der Feldforschung vor allem »ein Verfahren für sinnlich wahrnehmbares Handeln« (Girtler 2001: 61). Über die Sozialwissenschaften hinaus besonders populär ist die sogenannte teilnehmende Beobachtung, bei welcher Beobachtende selbst an jenen Interaktionen und Situationen teilnehmen, welche ihr Forschungsinteresse betreffen. Dabei gilt die Prämisse, dass durch eben diese Teilnahme bzw. die unmittelbare Erfahrung der Situation, Aspekte des Handelns und Denkens beobachtet werden können, die in Gesprächen und anderen Dokumenten nicht in vergleichbarem Maße zugänglich wären (Bernard 2006).

Die besuchten Simulationen wurden mit Gedächtnisprotokollen sowie Notizen dokumentiert. Der Aspekt der Teilnahme variierte dabei von Fall zu Fall: Von direkt teilnehmend bis in einem sogenannten Beobachtungsraum hinter einer einseitig verspiegelten Scheibe zuschauend.

Aus theaterwissenschaftlicher Perspektive lassen sich die Besuche der verschiedenen Simulationen als Aufführungsbesuche betiteln. Durch sogenannte Aufführungsanalysen, mit welchen sich ästhetische Merkmale einzelner Aufführungen ermitteln und untersuchen lassen (Roselt & Weiler 2017), ließen sich unter anderem verwendete Zeichenarten, Simulationsabläufe, das Spiel zwischen SP und Studierenden herausarbeiten und danach kulturhistorisch sowie in entsprechende theaterwissenschaftliche Fachdiskurse einordnen. Der Zugang zu diesem interdisziplinären Forschungsgegenstand erforderte eine ebenso interdisziplinäre Methodik, welche mit Blick auf die aktuellen Forschungsbrennpunkte der Theaterwissenschaft und deren methodischer Entwicklung mittlerweile gängig ist (Wihstutz & Hoesch 2020). Die theaterwissenschaftliche Forschung zu SP zeigt als weiteres Beispiel, wie eng Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaft miteinander verzahnt sind und wie sehr bisweilen von einem Blick über den Tellerrand hinaus von jedem der Standpunkte aus profitiert werden kann.

Literatur

- Barrows, H.S. & Abrahamson, S. (1964). The Programmed Patient: A Technique for Appraising Student Performance in Clinical Neurology. *Journal of Medical Education*, 39, S. 802–805.
- Baumbach, G. (Hg.) (2002). *Theaterkunst und Heilkunst. Studien zu Theater und Anthropologie*. Köln: Böhlau.

- Bernard, H.R. (2006). *Research methods in anthropology qualitative and quantitative methods*. Lanham: Altamira Press.
- Bleakley, A. (2017). *Thinking with Metaphors in Medicine. The State of the Art*. London: Routledge.
- Cawcutt, K. & Wilson, J. (2016). Benefits and challenges of caring for international patients. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 83(11), S. 794–800.
- Dalen, J.v. (2012). *Skillslab*. Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. Verfügbar unter: https://skl.mumc.maastrichtuniversity.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/skl_mumc_maastrichtuniversity_nl/skillslab_brochure_2012.pdf [07.03.2023].
- Fischer-Lichte, E. (1993). *Kurze Geschichte des deutschen Theaters*. Tübingen: Francke.
- Fischer-Lichte, E. (2005). Zuschauen als Ansteckung. In: M. Schaub (Hg.), *Ansteckung zur Körperlichkeit eines ästhetischen Prinzips* (S. 35–50). München: Fink.
- Füesl, H. & Middeke, M. (2022). *Anamnese und klinische Untersuchung*. Stuttgart: Thieme.
- Girtler, R. (2001). *Methoden der Feldforschung*. Köln: Böhlau.
- Heim, S., Gisler, P., Heberle, W., Lichtensteiger, S., Robert, S.M., Metzenthin, P. & Watzek, D. (2018). Schauspielkunst – oder die Fähigkeit, etwas als ›echt‹ erscheinen zu lassen. In: T. Peters & C. Thrien (Hg.), *Simulationspatienten. Handbuch für die Aus- und Weiterbildung in medizinischen und Gesundheitsberufen* (S. 101–112). Göttingen: hogrefe.
- Hertl, M. (1962). *Das Gesicht des kranken Kindes. Physiognomisch-mimische Studie und Differentialdiagnose unter Bevorzugung des seelischen Ausdruckes*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hölzer, H. (2012). Simulanten und dressierte Affen? Die Simulation von Arzt-Patienten-Kontakten in der medizinischen Ausbildung. In: W. Bruchhausen & C. Kaiser (Hg.), *Szenen des Erstkontakts zwischen Arzt und Patient* (S. 107–117). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hölzer, H. (2018). Authentizität spielen lernen. Simulation in der medizinischen Ausbildung. In: M. Ankele, C. Kaiser & S. Ledebur (Hg.), *Aufführen-Aufzeichnen-Anordnen: Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 91–111). Wiesbaden: Springer.
- Jaffe, A. (2019). A Look in the Mirror Neuron: Empathy and Addiction. In: *Psychology Today online*. Verfügbar unter: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/all-about-addiction/201907/look-in-the-mirror-neuron-empathy-and-addiction> [07.03.2023].

- Kamps, H. & Harms, D. (2010). Die medizinische Theorie passt auf zwei Bierdeckel – Skizzen einer hausärztlichen Semiotik. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 86(4), S. 140–143.
- Katritzky, M.A. (2007). *Women, Medicine and Theatre 1500–1750. Literary Mountebanks and Performing Quacks Aldershot: Ashgate.*
- Košeninina, A. (2012). *Anthropologie und Schauspielkunst. Studien zur eloquentia corporis im 18. Jahrhundert.* Berlin: De Gruyter.
- Lavater, J.C. (1772). *Von der Physiognomik.* Leipzig: Bey Weidmanns Erben und Reich.
- Mermikides, A. & Bouchard, G. (2016). *Performance and the Medical Body.* London: Bloomsbury.
- Michaelis, A. (1940). *Semiotik. Die Lehre von den Krankheitszeichen.* Radebeul: Rohrmoser.
- Nöth, W. (2000). *Handbuch der Semiotik.* Stuttgart: Metzler.
- Peters, T. (2015). »Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.« Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- Roselt, J. & Weiler, C. (2017). *Aufführungsanalyse. Eine Einführung.* Tübingen: Francke.
- Warstat, M. (2011). *Krise und Heilung. Wirkungsästhetiken des Theaters.* München: Fink.
- Warstat, M. (2016). Körperwissen im therapeutischen Theater. *Paragrana: Internationale Zeitschrift für Historische Anthropologie*, 25(1), S. 333–345.
- Warstat, M. (2020). Prozesse, Konflikte, Wirkungen. Zu Methoden der Untersuchung von applied theatre. In: B. Wihstutz & B. Hoesch (Hg.), *Neue Methoden der Theaterwissenschaft* (S. 67–86). Bielefeld: transcript.
- Warstat, M., Evers, F., Flade, K., Lempa, F. & Seuberling, L. (2017). Einleitung. In: M. Warstat, F. Evers, K. Flade, F. Lempa & L. Seuberling (Hg.), *Applied Theatre. Rahmen und Positionen* (S. 7). Berlin: Theater der Zeit.
- Wihstutz, B. & Hoesch, B. (Hg.) (2020). *Neue Methoden der Theaterwissenschaft.* Bielefeld: transcript.
- Zimmermann, J.G. (1832). *Von der Erfahrung in der Arzneykunst.* Wien: Lechner.

Public health humanities

Lise Saffran

Public health humanities promotes sustained engagement with the humanities in order to foster critical thinking about public health issues, framing, interventions, research and the role of public health professionals in community health promotion and policy development. The study of history, philosophy, art, and literature facilitates reflection about how personal history, culture and embodied experiences shape individuals' and communities' interactions with the public health system, and how these differences have the potential to introduce bias or offer opportunities for empathy and connection. Public health's emphasis on populations and community-based prevention programs raises different, though complementary, questions when set alongside medical humanities or even health humanities more broadly defined, including how the juxtaposition of epidemiological data and personal narrative can enhance awareness of structural inequalities and the ethical challenges presented by the interventionist nature of public health practice.

Public health differs from medicine and other health professions—nursing, physical therapy etc.—that deliver diagnostic, technical and therapeutic services in that public health focuses on populations rather than individuals. The primary goal of public health is the prevention, rather than the treatment, of disease. Public health theory and practice rely on frameworks, such as the ecological model of health (Hovell et al. 2009), that articulate influences on health located within institutions and resulting from public policy and the social and physical environment. Finally, public health is explicitly interventionist in relation to those environments; the translation of data for the development of evidence-based policy is one of public health's core functions. In their aim to increase awareness of the social determinants of patients' health, medical humanities programs align with public health theory and practice in important ways (Campo 2005; Saffran 2014, Bleakely 2015). Health humanities expands the field to include a broad range of allied health professions in its

framework, as well as non-professional carers. While often going farther than medical humanities in emphasizing non-clinical factors and settings (Jones et al. 2014; Crawford et al. 2015; Jones et al. 2017), health humanities generally remains substantially focused on individual experiences of illness and health, in contrast to public health, which is community-focused.

Writes Rebecca Garden (2014) in *The Health Humanities Reader* »I argue for the health humanities as a critical means of developing a fuller understanding of patients in social context, particularly the power relations and social norms in the clinic that contribute to disparities and discrimination, as well as the social factors that contribute to disease and disability« (Garden 2014:127). Indeed, disability studies is a frequent lens through which the connection between health and the world outside of the clinic or hospital is examined. In describing disability as a product of physical and social environments rather than a condition that is merely influenced by them, Diane Price Herndl (2005) and others shift their focus to community spaces and to the social and political systems that determine their organization and maintenance.

As with health humanities generally, public health humanities promotes the sustained engagement with the humanities as central in encouraging health professionals to view themselves and others as complicated human beings beyond their role as practitioners or patients. The study of history, philosophy, art, and literature facilitates critical thinking about how these roles came to be, how personal history, culture and embodied experiences shape perspective, and how those differences have the potential to introduce bias or offer opportunities for empathy and connection (Charon 2001; Ousager & Johannessen 2010; Crawford et al. 2015). At the same time, public health's emphasis on populations and community-based prevention programs raises different, though complementary, questions when set alongside medical humanities or even health humanities more broadly defined. Acknowledging that providers and patients always meet within systems and structures, implicit bias, for example, manifests differently in relationships between a public health professional or system and a community, rather than between a provider and patient. False assumptions about behavior or motivations applied to a group, for example, can lead to research questions, behavioral interventions or policies that undermine communities' strengths and neglect their cultural and social context (Bailey et al. 2017).

The core science of public health, epidemiology, relies on the aggregation of data in order to illuminate patterns that remain hard to detect when focusing exclusively on individual cases. In much the same way, public health hu-

manities has the potential to connect the creative and critical work of individuals with population data in order to understand community characteristics outside of a clinical or therapeutic context. Charles Winslow's 1920 definition of public health describes the discipline as relying on organized community efforts to improve health (Winslow 1920). The possibilities for connection offered through engagement with the humanities are important within the public health context for their power to mobilize change. Art and literature have the potential to inspire a deep sense of recognition of the human experience, a powerful catalyst for organizing when coupled with epidemiological data. Consider Douglas L. Weed's description of the Names Project, the quilt memorializing individuals who died from AIDS, in the *American Journal of Public Health* (1995),

»This Names Project may be the largest »case series« ever produced, and it is a testament to those who have suffered and to their caregivers, a beautifully sobering reminder of the delicate balance humankind keeps with its virulent neighbors.« (Weed 1995: 915)

Similarly, Nehal El-Hadi in *The Production of Presence: The internet and First-Person Illness Narratives* (De Leeuw et al. 2018: 315) notes how governmental public health is increasingly turning to the internet to communicate health messages, as well as how online communities form around experiences of illness. She suggests that first person narratives on the internet be viewed as a resource in understanding the experiences of illness and treatment. Viewed as qualitative data for public health systems, these stories can inform prevention programs, policies, surveillance and monitoring systems and critically shape messages aimed at community members.

The World Health Organization defines the social determinants of health as »the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and the wider set of forces and systems shaping the conditions of daily life« (WHO 2022). Combined with a growing movement within public health to adopt an approach of health in all policies (Leppo et al. 2013) public health, and thus public health humanities, reaches into increasingly varied aspects of the way we live, work, play, and learn. Importantly, this includes systems not traditionally identified as part of the public health system, such as education (Collins & Coplan 2009).

The activities and challenges of global and planetary health research and practice also align with public health humanities in notable ways. Amid mount-

ing evidence that, in the face of planetary challenges such as pandemics and climate change, data alone will ensure neither scientific consensus nor policy change (Kahan 2015), the humanities can and should be central to this project (Saffran 2019). Writing about what a global health humanities approach might bring to the training of global health practitioners, Kearsley Stewart and Kelley Swain (2016) note, »The core skills for global health practitioners do not focus on the doctor–patient dyad, but rather on understanding that the health of a patient is enmeshed in a complex system of individual behaviours, family and community relationships, environmental surroundings, economic limitations, and structural injustices« (Steward & Swain 2016: 2586). Acknowledging that the complex systems referenced by Stewart and Swain are also determined by relationships between countries and regions (Benatar 2016), the study of post-colonial literature, history and art offer opportunities for a fuller understanding of global health challenges and actors. Unfortunately, engagement with the humanities is often absent from public health programs in the global North which send students and trainees abroad. Although best practice guidelines often exhort students and trainees from sending countries to »learn appropriate language skills relevant to the host’s locale as well as socio-cultural, political, and historical aspects of the host community« (Crump & Sugarman 2010: 1180), engagement with works of art, literature and music are rarely explicitly encouraged, much less required (Asgary et al. 2011; DeCamp 2013).

The urgency of a humanities approach to public health

»To better understand epidemiology’s relationship to public health, indeed to answer questions of who we are, what is right, how to think, and when to act, epidemiologists must go to the core of humanity itself, to history, philosophy of science, ethics, literature, and art.« (Weed 1995: 914)

By using epidemiological data to illuminate patterns of risk, public health is powerful in its ability to expose inequities in health and the social and structural factors that enable them. As a result, public health practitioners, even more than medical and allied health professionals, engage specifically with marginalized communities, very often as representatives of majority communities and from positions of privilege (Mitchell, & Lassiter 2006). In the absence of sufficient reflection and understanding of the context for health behavior, a focus on population data alone can reinforce harmful stereotypes

and fail to cultivate a meaningful understanding of how individual lived experience shapes our health (Kumagai, A. & Lypson; M. 2009; Sharma 2017).

The ethical practice of public health requires practitioners to maintain the awareness that communities are comprised of individuals, with unique histories and perspectives. Consequently, public health humanities is bidirectional; we look to social and structural factors to understand and empathize with individuals and we look to individuals to better understand how our communities are organized and how they relate within existing structures and systems. Engagement with art and literature in public health training can counter reductive tendencies through dialogue and reflection, an approach found to be effective in addressing implicit bias in public health (Sharma 2017). For example, a focus on narrative (detailed more fully in the next section), can be effective in shifting perceptions of attribution – blame – for health outcomes from individual to external factors (Niederdeppe & Shapiro 2011; Shaffer et al. 2019). The study of art and literature reminds trainees that while influences such as culture undoubtedly impact health, individuals cannot be reduced to representatives of any one culture; rather, each individual is multi-faceted, with a rich inner life (Kidd & Castano 2013).

Another ethical hazard that accompanies public health practice involves the move toward health in all policies referenced above. As public health research and practice continue to expand into all aspects of our lives, a public health approach that is ahistorical, or that fails to critically examine the language that we use to frame our activities (such as »target population«) risks reinforcing the very systems that create inequities. The ubiquity of both the policies and the narratives that support them easily render them invisible and »natural« seeming. Writing about public health campaigns aimed at eradicating hookworm in the US South in the early twentieth century, for example, Stephanie Larson examines the way that public health messages influenced and reinforced stereotypes and narratives of »backwardness« and »laziness« among communities at risk in canonical works of American literature (Larson 2020).

Narrative public health

Storytelling has always had a place in public health, from stories told within and among communities about what is dangerous, healthy and wise, to telenovelas, community theater and other storytelling-based health interventions

(Labonte et al 1996; Séguin 1996; Tufte 2005). Whereas clinicians communicate directly with patients, public health employs mass media, including the internet, to communicate with communities (Randolph & Viswanath 2004; Rimal 2009). The digital media environment is particularly story-rich and health advocates and researchers increasingly rely on narratives to illuminate policy issues with vivid, real-world examples (Dorfman & Krasnow 2014; Baumann et al. 2019). Story circles and narrative interventions such as photo voice further contribute to the wealth of stories finding their way into advocacy, educational and fundraising materials (Necheles et al. 2007; Tsui & Starecheski 2018). As an emerging component of public health humanities, narrative public health both overlaps with and differs from narrative medicine – founded by Rita Charon at Columbia, University and widely incorporated into health and medical humanities programs – in important ways.

Narrative medicine programs emphasize the power of both clinician and patient narratives – and the differences between them – to promote self-reflection and enable self-expression (Charon 2001; Silverman 2017). Charon advocates the pursuit of »narrative competence,« as a goal of such programs and defines it as »the set of skills required to recognize, absorb, interpret and be moved by the stories one hears or reads« (Charon 2006: 862). The cultural and ethical awareness cultivated by narrative medicine are qualities no less necessary in public health, which requires professionals who can engage ethically with communities and across disciplines (Association of American Medical Colleges and Association of Schools of Public Health 2012; Committee on Quality Health Care in America 2001). Framing, representation and metaphor have implications for how public health interventions, including policy interventions, are conceived of and communicated (Lawrence 2004; Thibodeau & Boroditsky 2011) and so a close attention to language is an important component of narrative public health. Competence in narrative public health further requires an understanding of how meta narratives, such as white supremacy, define perceptions of illness and risk. It requires, also, an understanding of how historical traumas influence contemporary interactions with the public health system (Mohatt et al. 2014). Recent research, for example, highlights how the reception of Covid19-related messages aimed at African-Americans may be shaped by experiences of current health inequities, as well as historical events such as the Tuskegee Syphilis Experiment (Abassi 2020; Moya et al. 2020).

Public health humanities as a catalyzing force

A final important characteristic of public health humanities springs from the fact that public health is inherently activist. The goal of public health research goes beyond understanding the determinants of health; it includes the application of that knowledge toward creating the conditions in which people can be healthy. The activist and far-reaching aims of public health carry with them an ethical obligation for self-reflection and for the attention to differences in values, embodied experience and perspective that serious engagement with the humanities affords. This includes maintaining a critical perspective toward the history and narratives of public health practice itself. Sayantani DasGupta (2008), writing in *The Lancet*, describes »narrative humility« as a practice which requires,

»[...] remaining open to [stories'] ambiguity and contradiction, and engaging in constant self-evaluation and self-critique about issues such as our own role in the story, our expectations of the story, our responsibilities to the story, and our identifications with the story [...].« DasGupta (2008: 981)

A deep engagement with the humanities offers the opportunity to critique the way that stories told within and about public health intersect with societal narratives about individual versus collective action, attribution for human behavior and health and morality. The wisdom of public health, which includes an engagement with questions of representativeness and context, can thus add to our critical understanding of the literature that entertains and informs us, that exists both as a product and a shaper of our imagination. Highlighting the role of imagination in his keynote speech at the Health Humanities Consortium conference at DePaul University in 2019, poet and disability studies scholar Anand Prahlad noted,

»We are met with the products of imagination at every turn, and by the evidence that as most human societies have existed throughout history, life without active personal and social imagination is practically impossible, unbearable. Before every aspect of culture became materially manifest, people imagined them, for example, food dishes, cloths, architecture, rituals, arts, language, forms of relationships, social identities, etc.« (Prahlad 2019)

The relationship between imagination and public health is exemplified as much by Larson's examination of the symbiotic relationship between public health messages around hookworm and popular literature, described above, as through contemporary depictions of epidemiologists as »heroic warriors« in films about pandemics, outbreaks and contagion (Lynteris 2016).

Shaun A. Stevenson (2016), exploring narrative ethics in connection with community-based research, suggests that narrative can be an effective tool for critiquing bioethics, writing

»to interpret bioethics through a nuanced and complex understanding of narrative ethics is to better understand the story that bioethics tells, the ideals it holds to be true and just, and the manner in which it may succeed or fail to adequately apprehend pluralistic conceptions of what might be deemed a good life and a livable life.« (Stevenson 2016: 366)

In much the same way, public health humanities offers new perspectives from which to assess the multiple stories of public health—not just the stories we tell others but also those that we tell ourselves about the work that we do and for whom it is done.

References

- Abbasi J. (2020). Taking a Closer Look at COVID-19, Health Inequities, and Racism. *JAMA*, 324(5), 427–429.
- Asgary, R. & Junck, E. (2013). New trends of short-term humanitarian medical volunteerism: professional and ethical considerations. *Journal of medical ethics*, 39(10), 625–631.
- Association of American Medical Colleges and Association of Schools of Public Health (2012). Cultural competence education for students in medicine and public health. Report of an expert panel 2012.
- Bailey, Z.D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N. & Bassett, M.T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463.
- Baumann, S.E., Merante, M., Folb, B. L. & Burke, J.G. (2020). Is film as a research tool the future of public health? A review of study designs, opportunities, and challenges. *Qualitative Health Research*, 30(2), 250–257.

- Benatar, S. (2016). Politics, power, poverty and global health: systems and frames. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(10), 599.
- Bleakley, A. (2015). *Medical humanities and medical education: how the medical humanities can shape better doctors*. Routledge: London.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Charon, R. (2005). Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative*, 13(3), 261–270.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press: Oxford.
- Coleman, R. & Thorson, E. (2002). The effects of news stories that put crime and violence into context: Testing the public health model of reporting. *Journal of health communication*, 7(5), 401–425.
- Collins, J. & Koplan, J.P. (2009). Health impact assessment: a step toward health in all policies. *JAMA*, 302(3), 315–317.
- Committee on Quality Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the twenty-first century (report)*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academies Press.
- Crawford, P., Brown, B., Baker, C., Tischler, V. & Abrams, B. (2015). *Health humanities*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Crump, J.A., Sugarman, J. & Working Group on Ethics Guidelines for Global Health Training (WEIGHT) (2010). »Ethics and best practice guidelines for training experiences in global health.« *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 83(6), 1178–1182.
- DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet*, 371(9617), 980–981.
- De Leeuw, S., Donovan, C., Schafenacker, N., Kearns, R., Neuwelt, P., Squier, S.M., McGeachan, C., Parr, H., Frank, A.W., Coyle, L.-A., Atkinson, S., El-Hadi, N., Shklanka, K., Shooner, C., Beljaars, D. & Anderson, J. (2018). Geographies of medical and health humanities: a Cross-Disciplinary conversation. *GeoHumanities*, 4(2), 285–334.
- DeCamp, M., Rodriguez, J., Hecht, S., Barry, M. & Sugarman, J. (2013). An ethics curriculum for short-term global health trainees. *Globalization and health*, 9(1), 5.
- Dorfman, L. & Krasnow, I.D. (2014). Public health and media advocacy. *Annual Review of Public Health*, 35, 293–306.
- Fraser, D.W. (1987). Epidemiology as a liberal art. *N Engl J Med*, 316(6), 309–314.
- Garden, R. (2014). The Humanities, Narrative, and the Social Context of the Patient-Professional Relationship. In T.E. Jones, D.E. Wear & L.D. Friedman

- (Eds). *Health humanities reader* (pp 127–137). New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Herndl, D.P. (2005). Disease versus disability: the medical humanities and disability studies. *PMLA*, 120(2), 593–598.
- Hovell, M.F., Wahlgren, D.R. & Adams, M.A. (2009). The logical and empirical basis for the behavioral ecological model. *Emerging theories in health promotion practice and research*, 2, 347–385.
- Jones, T.E., Wear, D.E. & Friedman, L.D. (2014). *Health humanities reader*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Jones, T., Blackie, M., Garden, R. & Wear, D. (2017). The almost right word: The move from medical to health humanities. *Academic Medicine*, 92(7), 932–935.
- Kahan, D. (2015). »What is the Science of Science Communication?« *Journal of Science Communication*, 14(3), 1–10.
- Kidd, D.C. & Castano, E. (2013). Reading literary fiction improves theory of mind. *Science*, 342(6156), 377–380.
- Kowal, E. & Paradies, Y. (2005). Ambivalent helpers and unhealthy choices: public health practitioners' narratives of Indigenous ill-health. *Social science & medicine*, 60(6), 1347–1357.
- Kumagai, A.K., Lypson, M.L. (2009). Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education, *Academic Medicine*, 84(6), 782–787.
- Labonte, R.N., Feather, J. & Hills, M. (1996). *Handbook on using stories in health promotion practice*. Ottawa, Ontario, Canada: Prairie Region Health Promotion Research Centre.
- Larson, S.A. (2020). *Hooked: Public Health, Parasites, and Twentieth-Century Literature of the US and Global South*. Electronic Thesis and Dissertation (ETD) Repository, Emory University.
- Lawrence, R.G. (2004). Framing obesity: The evolution of news discourse on a public health issue. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 9(3), 56–75.
- Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M. & Cook, S. (2013). *Health in all policies-seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Lynteris, C. (2016). The epidemiologist as culture hero: Visualizing humanity in the age of »the next pandemic«. *Visual Anthropology*, 29(1), 36–53.
- Mitchell, D.A. & Lassiter, S.L. (2006). Addressing health care disparities and increasing workforce diversity: the next step for the dental, medical,

- and public health professions. *American Journal of Public Health*, 96(12), 2093–2097.
- Mohatt, N.V., Thompson, A.B., Thai, N.D. & Tebes, J.K. (2014). Historical trauma as public narrative: A conceptual review of how history impacts present-day health. *Social Science & Medicine*, 106, 128–136.
- Moya, C., Kline, M. & Smaldino, P. (2020). Dynamics of Behavior Change in the COVID World. *Am J Hum Biol*, 32(20) e23485
- Necheles, J.W., Chung, E.Q., Hawes-Dawson, J., Ryan, G.W., Williams, S.B., Holmes, H.N., Wells, K.B., Vaiana, M.E. & Schuster, M.A. (2007). The Teen Photovoice Project: a pilot study to promote health through advocacy. *Progress in community health partnerships: research, education, and action*, 1(3), 221–229.
- Niederdeppe, J., Shapiro, M.A. & Porticella, N. (2011). Attributions of responsibility for obesity: Narrative communication reduces reactive counterarguing among liberals. *Human Communication Research*, 37(3), 295–323.
- Ousager, J. & Johannessen H. (2010). »Humanities in undergraduate medical education: a literature review.« *Academic Medicine*, 85(6), 988–998.
- Prahlad, A. (2019). Disability, Race, and the City of Imagination: A Plenary Address. Given at the Health and Humanities Conference in Chicago, March 30, 2019.
- Randolph, W. & Viswanath, K. (2004). Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 419–437.
- Rimal, R.N. & Lapinski, M.K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247–247a.
- Saffran, L. (2014). »Only connect: the case for public health humanities.« *Medical humanities*, 40(2), 105–110.
- Saffran, L. (2020). The world behind the world: art and the climate emergency. *Lancet* 395(10219), 182.
- Séguin, A. & Rancourt, C. (1996). The theatre: an effective tool for health promotion. *World Health Forum*, 17 (1), 64–69.
- Shaffer, V.A., Bohanek, J., Focella, E.S., Horstman, H. & Saffran, L. (2019). Encouraging perspective taking: Using narrative writing to induce empathy for others engaging in negative health behaviors. *PloS one*, 14(10), e0224046.
- Sharma, M. (2017). Applying multi-theory model of health behaviour change to address implicit biases in public health. *Int J Community Med Public Health*, 4(9), 3048.

- Stevenson, S.A. (2016). Toward a narrative ethics: Indigenous community-based research, the ethics of narrative, and the limits of conventional bioethics. *Qualitative Inquiry*, 22(5), 365–376.
- Stewart, K.A. & Swain, K.K. (2016). Global health humanities: defining an emerging field. *The Lancet*, 388(10060), 2586.
- Thibodeau, P.H. & Boroditsky, L. (2011). Metaphors we think with: The role of metaphor in reasoning. *PloS one*, 6(2), e16782.
- Tsui, E.K. & Starecheski, A. (2018). Uses of oral history and digital storytelling in public health research and practice. *Public Health*, 154, 24–30.
- Tufte, T. (2005). Entertainment-education in development communication. In: Hemer, O. & Tufte, T, *Media and Global Change, Rethinking Communication for Development* (159–174). Buenos Aires: Clasco.
- Weed, D.L. (1995). Epidemiology, the humanities, and public health. *American Journal of Public Health*, 85(7), 914–918.
- Winslow, C.E.A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23–33.
- World Health Organization (2022). Social Determinants of Health. Available at: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 [05.10.24].

Autor*innenverzeichnis

Kurt W. Alt (Univ. Prof. Dr.) ist Leiter des Zentrums Natur- und Kulturgeschichte des Menschen an der Fakultät Medizin/Zahnmedizin der Danube Private University in Krems, Österreich und arbeitet dort an der Schnittstelle der Medizin mit der Biologischen Anthropologie und Evolutionären Medizin. Nach dem Studium der Zahnmedizin (Berlin) und Archäologie/Anthropologie (Freiburg) war er in der Rechtsmedizin in Düsseldorf und anschließend als Professur am Fachbereich Biologie als Leiter des Instituts für Anthropologie in Mainz tätig. Er verknüpft das Wissen über die evolutive Vergangenheit des Menschen sowie deren kulturelle und soziale Entwicklung mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit, hinterfragt die zahlreichen Probleme in der Medizin der Gegenwart und ist mit seiner Arbeitsgruppe auch bioarchäologisch tätig.

Eckart Altenmüller (Prof. Dr. Dipl. mus.) ist ehemaliger Direktor des Instituts für Musikphysiologie und Musiker-Medizin der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover. Er ist ausgebildet als Neurologe und Flötist und befasst sich seit 1994 mit Musizierenden-Gesundheit und Wirkungsforschung von Musik, insbesondere mit den Auswirkungen des Musizierens auf die Hirnplastizität.

Marina Böddeker (Dr.) ist Academic Lecturer (wissenschaftliche Mitarbeiterin) für Gesundheitskommunikation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit Schwerpunkten in und Lehrveranstaltungen zu Kommunikation, Medien, Berufspraxis und Journalismus – sowie Referentin für Wissenschaftskommunikation im Sonderforschungsbereich (SFB) 1288 »Praktiken des Vergleichens. Die Welt ordnen und verändern« an der Universität Bielefeld. Sie ist außerdem als freie Journalistin (Print,

Hörfunk, TV, Social Media), Moderatorin, Sprecherin (Vertonungen) und Trainerin tätig.

Sandra Bruns (Prof. Dipl.-Ing.) ist Professorin an der Detmolder Schule für Gestaltung, TH OWL im Lehrgebiet Entwerfen mit dem Schwerpunkt Wohnen. Nach der Gründung des eigenen Innenarchitekturbüros »Atelier Raumfragen« in Berlin 2010, konnte Sie einige Praxiserfahrung im Bereich des Wohnens sammeln. Seit 2019 ist Sie berufen. Den realen Bezug mit in die Lehre einzubinden ist ihr wichtig. Durch diesen Beitrag möchte Frau Bruns die Relevanz der Wechselwirkung von Mensch und Raum verdeutlichen.

Thomas Hehlmann (Dr.) ist Universitäts-Lektor für Gesundheitskommunikation an der Universität Bremen im Fachbereich »Human- und Gesundheitswissenschaften«. Als promovierter Gesundheitswissenschaftler arbeitet er zudem als Gastdozent an der Universität Bielefeld, der Universität Lüneburg und der Universität Hamburg. Einer seiner Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des Erlernens kommunikativer Kompetenzen im Gesundheitswesen und hier speziell im Bereich Palliativ Care. Einen weiteren Forschungsschwerpunkt bildet der im deutschsprachigen Raum relative neue Bereich der »Health Humanities«.

Thomas Jockel ist Sachverständiger für Baubiologie. Mit seinem Sachverständigenbüro befasst er sich überwiegend mit Gebäudeschadstoffen und Schimmelpilzen. In der Vergangenheit hatte er verschiedene Lehraufträge im Bereich Baubiologie an der Technischen Hochschule OWL und Hochschule für angewandte Wissenschaften und Kunst Holzminden.

André Lee (Prof. Dr. med.) ist Facharzt für Neurologie und Leiter des Instituts für Musikphysiologie und Musikermedizin der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover. Zudem betreut er die interdisziplinäre Ambulanz für Musikermedizin am Klinikum rechts der Isar der TU-München mit. Seine klinischen Schwerpunkte sind die Prävention, Diagnose und Therapie spielbedingter Beschwerden bei Musizierenden. Wissenschaftlich forscht er zur Pathophysiologie und Behandlung der fokalen aufgabenspezifischen Musizierendendystonie und dem aufgabenspezifischen Tremor sowie zur Schmerzverarbeitung und -bewertung von Schmerzen bei Musizierenden.

Burkhard Liebsch (Prof. Dr.) lehrt Philosophie an der Ruhr-Universität Bochum; Arbeitsschwerpunkte: Praktische Philosophie/Sozialphilosophie; Theorie der Geschichte; das Politische in kulturwissenschaftlicher Perspektive; spezielle Forschungsthemen: Gewaltforschung, Kulturtheorie, Lebensformen, Sensibilität, Europäisierung, Erfahrungen der Negativität, Geschichte und Hermeneutik des menschlichen Selbst. Er schließt z. Z. ein internationales Forschungs- und Editionsprojekt zu Grundfragen hermeneutischer Anthropologie ab.

Helena Müller (Dr.) ist promovierte Psychologin und Mitgründerin des Designinstituts für Gesunde Gestaltung. Sie ist außerdem wissenschaftliche Mitarbeiterin der Innovations- und Transformationsplattform für Nachhaltige Entwicklung (itp:ne) an der Hochschule Darmstadt. Vor dem Hintergrund der Umwelt- und Architekturpsychologie widmet sie sich in ihrer Arbeit dem Zusammenspiel von Menschen und ihren Umwelten mit besonderem Fokus auf psychische Gesundheit, Wohnen, Altern und Stadtgestaltung.

Mathias Müller (M.A.) war bis 03/2024 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Film-, Theater-, Medien- und Kulturwissenschaft der Universität Mainz im Bereich Theaterwissenschaft. Seit 2016 ist er an der Universitätsmedizin Mainz als Simulationsperson tätig. Parallel zu seiner Tätigkeit in Forschung und Lehre nahm er ein Zweitstudium der Humanmedizin auf, welches er zurzeit mit dem Praktischen Jahr abschließt. Er promoviert in beiden Fächern über den Einsatz von Simulationspatienten in der medizinischen Ausbildung.

Sandra Pichler (Dr.) ist Leiterin der Arbeitsgruppe Archäoanthropologie der »Integrativen Prähistorischen und Naturwissenschaftlichen Archäologie« IP-NA der Universität Basel (CH). Ihre Forschungsinteressen zielen auf das Aussagepotential menschlicher Skelettreste zur Rekonstruktion von Lebensweisen in der Vergangenheit, auf die Struktur und Dynamik ehemaliger Bevölkerungen und die sozialen Implikationen kulturellen Wandels.

Manfred Pilgramm (Prof. Dr. med.) ist HNO-Arzt mit eigener Klinik und seit 2010 Leiter des Lehrgebietes Wohnmedizin im Fachbereich I an der TH-OWL in Detmold/Lemgo. Sein Hauptforschungsbereich ist die Entwicklung von Räumlichkeiten unter bestimmten Bedingungen (Hitze, Kälte, Krieg, Katastrophe) unter medizinischer Sicht. Er ist Organisator des jährlich statt-

findenden wohnmedizinischen Symposiums in Detmold. Wichtig ist ihm die Kooperation von Innenarchitektur, Architektur und Baubiologie sowie Wohnmedizin um das »Gesunde Wohnen« zu erforschen und zu verbessern.

Melanie Ptatscheck (Dr.) ist Populärmusik- und Gesundheitswissenschaftlerin und Research Scholar an der New York University und der Leuphana Universität Lüneburg. Mit dem Fokus auf die psychische Gesundheit von Akteur*innen im Musikbusiness arbeitet sie an der Schnittstelle zwischen Popular Music Studies und Public Health. Weitere Arbeitsschwerpunkte sind Mental Health und Gender in populärer Musik sowie Gesundheitsnarrative in Popkultur. Sie war Stipendiatin im Walter Benjamin-Programm der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und ist aktuell Research Fellow im PRIME-Programm des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD).

Susanne Radestock (Dr.) ist Lehrbeauftragte am Ägyptologischen Institut/Ägyptischen Museum – Georg Steindorff – der Universität Leipzig. Die promovierte Ägyptologin studierte Linguistik und Zahnmedizin; ihr spezieller Forschungsschwerpunkt ist das medizinische System Altägyptens, womit sich auch ihr derzeit in Arbeit befindliches Habilitationsvorhaben befasst. Ihre allgemeineren Forschungsinteressen fokussieren Medizintheorie, Rezeptions- und Sozialgeschichte sowie linguistische Belange, hier vor allem Semantik und Phonologie.

Jonas Rehn-Groenendijk (Dr.) ist promovierter Designforscher, Industriedesigner und Mitgründer des Designinstitut für Gesunde Gestaltung. Er ist außerdem wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Darmstadt. In seiner Arbeit befasst er sich vorrangig mit dem Zusammenhang zwischen Gestaltung, Verhalten und Erleben im Kontext der Gesundheitsförderung und Nachhaltigen Entwicklung. Er hat Lehrererfahrung in Deutschland, der Schweiz und UK, ist Reviewer und betreut Bachelor- und Masterarbeiten im Bereich der gesundheitsfördernden Gestaltung. Als Host des Podcasts »Gesunde Gestaltung« will er Menschen und Ansätze der gesundheitsfördernden Gestaltung vorstellen.

Lise Saffran (Ass. Prof.) lehrt Storytelling und Narrative Public Health am Fachbereich für Public Health der University of Missouri, an der sie eine außerordentliche Lehrprofessur innehat. Außerdem lehrt sie an der University of California, Berkeley School of Public Health im Rahmen des ChangeMaker-

Programms. Ihre Arbeiten hat sie u. a. in wissenschaftlichen Zeitschriften wie *The Lancet*, *PLOS One*, *Medical Humanities*, *Arts in Health* veröffentlicht. Ihr literarisches Werk umfasst den Roman *Juno's Daughters*, *Essays in Poets and Writers* und *Electric Literature* sowie Kurzgeschichten in einer Reihe von Literaturzeitschriften.

Malte Wittmaack (M.A.) ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sonderforschungsbereich 1288 »Praktiken des Vergleichens« an der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte sind der frühneuzeitliche Kulturkontakt mit dem Osmanischen Reich und Körpergeschichte, sowie Methoden der historischen Anthropologie.

