pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Schmidt-Semisch, Henning

Soziale Kontrolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit

Forum Erwachsenenbildung 54 (2021) 2, S. 26-30

Quellenangabe/ Reference:
Schmidt-Semisch, Henning: Soziale Kontrolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit - In: Forum Erwachsenenbildung 54 (2021) 2, S. 26-30 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-298750 - DOI: 10.25656/01:29875

https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-298750
https://doi.org/10.25656/01:29875

in Kooperation mit / in cooperation with:

WAXMANN
www.waxmann.com

http://www.waxmann.com

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

» Soziale Kontrolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. Gesundheit & Gesellschaft

schmidt-semisch@uni-bremen.de

I. Soziale Kontrolle und Pandemie

Um einen ersten Eindruck davon zu bekommen, was soziale Kontrolle mit Gesundheit und Krankheit zu tun haben könnte, lohnt es sich, zunächst das vergangene Jahr Revue passieren zu lassen. Immerhin hat die COVID-19-Pandemie unsere Wahrnehmung von dem, was gesundheitsförderlich und gesundheitsabträglich ist, radikal verändert – vor allem unser Umgang miteinander und mit gesundheitsriskantem Verhalten ist ein anderer geworden. Mit der ansteigenden Infektionskurve von SARS-CoV-2 vermehrten sich seit Frühjahr 2020 die Verhaltensweisen, die von Politik und Wissenschaft als riskant und gesundheitsabträglich eingestuft und von den Ordnungsbehörden kontrolliert und geahndet wurden: Menschen, die zu viert ein Picknick auf einer Wiese einnahmen, wurden von der Polizei aufgefordert, dies zu unterlassen; Personen, die „unmaskiert" ein Geschäft betraten oder mit gültigem Fahrschein, aber ohne Maske den ÖPNV benutzten, wurden zwei- oder gar dreistellige Bußgelder auferlegt; Restaurants, die ihre Tische nicht weit genug auseinander stellten, drohte die Schließung; und im letzten Januar standen kurzzeitig nicht Terroristen, die Anschläge planten, sondern Touristen, die Ausflüge in Schneegebiete unternahmen, im Fokus der politischen und medialen Öffentlichkeit. Normale, mehr oder weniger gesellige Verhaltensweisen wurden fast über Nacht zu moralisch verwerflichen und devianten Handlungen, die man nicht nur durch Apelle und aktive soziale Kontrolle zu verhindern sucht, sondern die auch eine starke reaktive soziale Kontrolle (des Staats) auf den Plan rufen.

Aber auch wenn diese Wahrnehmung unter dem Eindruck der Pandemie nachvollziehbar ist, so ist dabei doch in Rechnung zu stellen, dass Gesundheit und Krankheit auch schon zuvor eng mit sozialer Kontrolle verknüpft waren und dies auch unabhängig von SARS-CoV-2 weiterhin sein werden. Im Folgenden werden zunächst unterschiedliche Formen sozialer Kontrolle beschrieben, um im Abschluss aufzuzeigen, wie sich die Verbindung von sozialer Kontrolle und Gesundheitsbelangen verstehen lässt und wie sie sich in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt hat.

II. Formen der sozialen Kontrolle

Soziale Kontrolle bezeichnet soziale Mechanismen, Prozesse und Interventionen, die Gesellschaftsmitglieder zu Verhaltensweisen bewegen sollen, die als erwünscht gelten. Hierfür sorgt zunächst die *aktive soziale Kontrolle*: Auf diese Weise wird einerseits versucht, unerwünschtes Verhalten präventiv auszuschließen, etwa schnelles Autofahren durch die Installation künstlicher Bodenwellen zu verhindern oder den Konsum von Zigaretten oder vermeintlich ungesunden Nahrungsmitteln durch zum Beispiel hohe (Tabak-, Zucker- oder Fett-)Steuern unattraktiv zu machen. Andererseits wirkt aktive soziale Kontrolle vor allem dadurch, dass sie den Gesellschaftsmitgliedern Konformität wünschbar macht. Sie erlernen über Sozialisationsprozesse die in der jeweiligen Gesellschaft oder Gruppe geltenden Normen und Erwartungshaltungen. Dabei wird den Individuen etwa nahegelegt, entweder die ihnen zugewiesenen gesellschaftlichen Rollen und Ränge zu akzeptieren oder legitime soziale Mittel zu nutzen, um sie zu verbessern. Das Ergebnis von Sozialisationsprozessen ist vor allem ein *gewolltes Sollen,* eine *gewollte Konformität*. Die aktive soziale Kontrolle wirkt also über Sozialisationsprozesse in Motivationen und Selbstbilder der einzelnen Subjekte hinein.

Allerdings ist die Wirkung aktiver sozialer Kontrolle immer begrenzt: Zum einen ist der Mensch ein prinzipiell freies Wesen, welches das ihm Vorgegebene eigensinnig interpretieren und überschreiten kann; zum anderen steht der Mensch im Schnittpunkt unterschiedlicher Einflüsse und muss gegebenenfalls sich widersprechende normative Erwartungen gleichzeitig erfüllen. Zur Absicherung der aktiven sozialen Kontrolle gibt es daher die so genannte *reaktive soziale Kontrolle*, die zum Einsatz kommt, wenn trotz aller Sozialisation unerwünschtes Verhalten stattfindet. Die reaktive soziale Kontrolle reagiert auf die jeweilige Abweichung und arbeitet mit Sanktionen oder Strafen: Sie sichert einerseits die mehr oder weniger ungeschriebenen Regeln unseres alltäglichen Lebens ab (durch Sanktionen wie beispielsweise Taschengeldkürzung, Spott, Missbilligung, Rüge, Statusverlust, Beendigung von Beziehungen oder Verlust des Arbeitsplatzes); andererseits sichert sie die Einhaltung des formellen Rechts und wird von eigens für diesen Zweck ausgebildeten Stäben ausgeübt, zum Beispiel von der Polizei, vom Jugendamt, vor Gericht, im Strafvollzug usw.[1]

[1] Vgl. hierzu ausführlicher: Hehlmann, T./ Schmidt-Semisch, H./ Schorb, F. (2018): Soziologie der Gesundheit, Konstanz: UVK, S.100ff.

III. Übergänge zwischen Krankheit und Kriminalität

Wenn wir Krankheit und Kriminalität einer differenzierenden Betrachtung unterziehen, dann stellen wir fest, dass Kriminalität und Krankheit nicht dasselbe sind: Vielmehr ist es in unserem Alltagsbewusstsein fest verankert, dass der Zurechnungsmodus bei „Krankheit" ein grundsätzlich anderer ist als bei „Kriminalität". Der wichtigste Unterschied, so der Kriminologe Henner Hess[2], besteht dabei im Grad der Zuschreibung von Verantwortung: Der Kriminelle wird für ein gewolltes Handeln zur Rechenschaft gezogen, dem Kranken wird aus einem ungewollten Zustand herausgeholfen; der Kriminelle wird bestraft, der Kranke behandelt. Aus diesem Grund bezeichnen wir in unserem Alltag mit „abweichendem Verhalten" in aller Regel nicht Erkrankungen und gesundheitliche Beschwerden, sondern vor allem „deviante" beziehungsweise „kriminelle" Verhaltensweisen.

Der Begründer der modernen Gesundheits- und Medizinsoziologie, Talcott Parsons, sah dies allerdings anders. Für ihn war Gesundheit ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit, der es einer Person erlaubt, ihre gesellschaftlichen Aufgaben und Rollen zu erfüllen, weshalb er keinen Zweifel daran ließ, dass auch Krankheiten „abweichendes Verhalten" seien: „Unsere Grundannahme", so Parsons, „geht davon aus, dass Kranksein in einer wesentlichen Hinsicht als eine Form abweichenden Verhaltens aufzufassen ist." Und weiter: „In dieser Perspektive gewinnen die Rolle des Kranken und die des Arztes eine Bedeutung als Mechanismus der sozialen Kontrolle."[3] Diese soziale Kontrolle sei erforderlich, weil kranke Individuen qua ihrer (Kranken-)Rolle von allerlei sozialen Verpflichtungen (zum Beispiel zur Arbeit zu gehen oder die Schule zu besuchen) freigestellt würden: Um zu vermeiden, dass die Kranken an diesen Freistellungen Gefallen fänden, müssten der Krankenstatus sowie die damit verbundenen Privilegien zeitlich befristet und durch eine Autorität legitimiert werden. Als legitimierende und damit kontrollierende Instanz fungieren dabei die Ärztinnen und Ärzte: Sie allein entscheiden darüber, ob und wie lange die Patienten und Patientinnen krankgeschrieben und von welchen Rollenverpflichtungen sie entbunden werden.

Aber nicht nur die Ärztinnen und Ärzte sind für Parsons qua Rolle die Kontrolleure, sondern die soziale Kontrolle ist vor allem der Krankenrolle eingeschrieben. Zwar seien die Kranken einerseits von der Verantwortlichkeit für ihre Krankheit entbunden; andererseits gehöre es aber zweifellos zu ihrer Rolle, dass sie ihr Kranksein als unerwünscht bewerteten und sich gewissermaßen verpflichteten, gesund werden zu wollen. Zudem seien Patient/inn/en durch ihre Krankenrolle dazu verpflichtet, mit Ärzten zu kooperieren. Das Gegenstück zur Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte, sich ausschließlich vom Wohle der Kranken leiten zu lassen, sei die Verpflichtung der Patientinnen und Patienten, nach bestem Vermögen das ihre zur Genesung beizutragen. Auf diese Weise werde verhindert, dass die Kranken sich in ihrer Rolle einrichten und damit verbundene Entpflichtungen dauerhaft legitimieren. Insbesondere die aktive soziale Kontrolle der Kranken besteht darin, dafür zu sorgen, dass sie genesen und an ihrer Genesung mitwirken wollen.

Im Anschluss an Parsons ist es also völlig plausibel, auch in Gesundheitsfragen von sozialer Kontrolle zu sprechen. Gleichwohl führen die Diagnosen „Kriminalität" oder „Krankheit" in der Regel doch zu höchst unterschiedlichen Konsequenzen: „(…) während sich aus der Schuld des Kriminellen das Recht des Staates ableitet, dem Individuum mittels Strafe Leid zuzufügen (…), begründet die Unschuld des Kranken ein Recht auf Hilfe und Befreiung von Leiden."[4] Aus diesem Grund wird um die Diagnoseart manchmal auch sehr gestritten, etwa wenn es um die Aushandlung von Schuld(un)fähigkeit in Strafprozessen geht: Abgesehen davon, dass die entsprechenden Expert/inn/en hier oft zu unterschiedlichen Diagnosen kommen, können sich vermeintlich „Kriminelle" einerseits wehren, als krank abgestempelt zu werden, anderseits können sie auch umgekehrt versuchen, die mit der Diagnose „Krankheit" (etwa einer zeitweiligen Bewusstseinsstörung) verbundene Schuldunfähigkeit zu erlangen. Aber auch jenseits solcherlei Streitigkeiten vor Gericht hat die vermeintlich präzise Differenzierung zwischen Krankheit und Kriminalität in den vergangenen Jahren substantiell an Eindeutigkeit verloren.

IV. „Tatverdächtige" Kranke

Im 20. Jahrhundert sind zweifellos erhebliche Fortschritte in der gesundheitlichen Versorgung breiter Bevölkerungsschichten zu verzeichnen. Häufig wur-

[2] Vgl. zur sozialen Kontrolle insgesamt ausführlicher: Hess, H. (2015): Probleme der sozialen Kontrolle, in: Ders. (Hrsg.), Die Erfindung des Verbrechens, Wiesbaden: Springer VS, S. 19–40, hier: S. 31f.

[3] Parsons, T. (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, S. 10–57, hier S. 52.

[4] Schorb, F./Schmidt-Semisch, H. (2021): Ausgangssperren, Bußgelder und Immunitätsausweise: Umrisse einer Punitivität im Kontext der COVID-19-Pandemie, in: Schmidt-Semisch, H./Schorb, F. (Hrsg.), Public Health. Disziplin – Praxis – Politik, Wiesbaden: Springer VS, S. 527–542, hier: S. 529.

de in diesem Zusammenhang – und bis zum Auftauchen von COVID-19 auch durchaus zu Recht – konstatiert, dass zumindest in westlichen Industriestaaten die Infektionskrankheiten nicht länger zu den dominierenden Gesundheitsproblemen zu rechnen seien. Die Verbesserung der hygienischen Zustände und der allgemeinen Lebensbedingungen sowie die Erfindung und Entdeckung von Antibiotika und Impfstoffen erweckten seit spätestens Mitte des 20. Jahrhunderts den Eindruck, dass sich Medizin, Gesundheitsförderung und Prävention nicht länger mit Infektionskrankheiten beschäftigen müssten. In den Vordergrund der Aufmerksamkeit rückten stattdessen vor allem die chronischen Krankheiten.

Mit der Konzentration auf chronische Krankheiten etablierte sich unter anderem eine spezifische Art medizinischer Wissenschaft: Die sogenannte „Risikofaktorenmedizin" interessiert sich weniger für Viren und Bakterien, sondern bestimmt Risikofaktoren (zum Beispiel Rauchen oder mangelnde Bewegung sowie etwa spezifische Blut- und Körperfettwerte) und untersucht deren probabilistische Bedeutung mit Blick auf die Auslösung chronischer Krankheiten. In diesem Sinne führten die vergangenen Jahrzehnte zu einer sukzessiven Zunahme des medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Wissens, womit sich auch die Optionen vermehrten, die individuelle und kollektive Gesundheitslage zu verbessern. Insbesondere traten die Zusammenhänge zwischen individuellem Lebensstil und Gesundheitszustand immer deutlicher zutage und daraus folgten immer mehr Verantwortungszuschreibungen für den je eigenen Gesundheits- und Krankheitszustand. Damit, so der Soziologe Bernhard Borgetto, rücke die Schuldfrage bei der Verursachung von Erkrankungen in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten und zugleich die Frage nach dem eigenen, willentlichen Beitrag des kranken Menschen zu seiner Gesundung: „Dementsprechend werden immer höhere Erwartungen an die Rationalität des gesundheits- oder krankheitsrelevanten Verhaltens von Kranken formuliert."[5] Auf diese Weise wurde die von Parsons beschriebene Krankenrolle von einem Leitbild abgelöst, das Patienten und Patientinnen als Koproduzierende ihrer Gesundheit verstand und dabei nicht mehr nur die Kranken, sondern auch die Gesunden umschloss. Neben das individuelle Recht auf Hilfe und die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen trat nun zunehmend die Pflicht, individuelle Verantwortung für die eigene Gesunderhaltung zu übernehmen. Dies gilt für chronische Erkrankungen, bei denen Vorsorge und angepasstes Verhalten verlangt werden, gleichermaßen wie auch für Infektionskrankheiten, bei denen man die Einhaltung von zum Beispiel Quarantänemaßnahmen oder die Bereitschaft zur Teilnahme an Tests, Trackingverfahren und Impfungen fordert. So werden gesundheitsabträgliches Verhalten und letztlich Krankheit nicht nur in die (Eigen-)Verantwortung der Individuen gestellt, sondern sie werden zugleich zu einem abweichenden und devianten Verhalten. Ein solches Konstrukt von „Gesundheits-Devianz"[6] schafft die Legitimität, sich auch im Gesundheitsbereich punitiver, also rigider und strafender Reaktions- und Präventionsmuster zu bedienen. Kranke, so formuliert es die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt, seien in dieser Logik nicht mehr Opfer von Pech oder gesundheitsriskanten Lebensbedingungen, sondern vor allem „tatverdächtig aufgrund ihrer mangelnden Anstrengungen zur gesundheitlichen Selbstoptimierung."[7] Diese Logik, diese spezifische Art des Denkens über Gesundheit und Krankheit ist eng verknüpft mit dem, was in politischen Debatten als „Neoliberalismus" thematisiert wird.

V. Unternehmer/in der eigenen Gesundheit werden

Die neoliberale Logik wird vor allem im Rahmen der an die Arbeiten von Michel Foucault anknüpfenden so genannten Gouvernementalitätsstudien thematisiert. Der Begriff der „Gouvernementalität" lässt sich fassen als die Verbindung von „Regieren" (franz. „gouverner") und „Denkweise" (franz. „mentalité"). Foucault versteht unter „Regierung" die unterschiedlichsten Formen der Führung von Menschen – von der Verwaltung bis zur Erziehung.[8] Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass „Regierung" nicht nur Techniken der „Fremdführung" umfasst, sondern auch solche der „Selbstführung", also so genannte „Selbsttechnologien", mit denen Individuen auf sich selbst gestaltend einwirken (können).

Kennzeichen der neoliberalen Gouvernementalität ist es, dass sich das Verhältnis von Markt und Staat verschiebt: Dem Liberalismus des 19. Jahrhunderts ging es darum, die Rolle des Staates darauf zu beschränken, die freie und gleiche Konkurrenz der Bürger, das heißt die Marktfreiheit zu überwachen und zu gewährleisten. Staat und Ökonomie waren nach der konventionellen liberalen Vorstellung zwei voneinander getrennte Sphären. Die neoliberale Denkweise und Rationalität verändert dieses Verhältnis von Staat und Markt hingegen grundlegend: „Anders als in der klassisch-liberalen Rationalität definiert und überwacht der Staat nicht länger die Marktfreiheit, sondern der Markt wird selbst zum organisierenden und regulierenden Prinzip des Staates. […] Es ist die Form des Marktes, die als Organisationsprinzip des Staates und der Gesellschaft dient."[9]

Mit Blick auf Gesundheit und Krankheit ist diese Verschiebung nicht nur deshalb bedeutsam, weil (neben vielen anderen Organisationen) nun zum Beispiel auch Krankenhäuser und andere Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems einer ökonomischen Logik unterstellt werden, das heißt auf einem Markt miteinander konkurrieren und sich kompetitiv behaupten müssen. Vielmehr

[5] Borgetto, B. (2016): Soziologie des kranken Menschen: Krankenrollen und Krankenkarrieren, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden: Springer VS, S. 369–381, hier: S. 370.

[6] Schmidt, G. (1992): Gesundheit als Moral. Präventive Medizin als Verhaltenskontrolle, in Trojan, A./Stumm, B. (Hrsg.), Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt am Main: Fischer, S. 266–276, hier S. 273.

[7] Schmidt, B. (2010): Der eigenverantwortliche Mensch, in: Das Gesundheitswesen 72, S. 29–34, hier: S. 31.

[8] In diesem Sinne heißt es: „Jenseits einer exklusiven politischen Bedeutung verweist Regierung also auf zahlreiche und unterschiedliche Handlungsformen und Praxisfelder, die in vielfältiger Weise auf die Lenkung, Kontrolle, Leitung von Individuen und Kollektiven zielen." (Lemke, T./Krasmann, S./Bröckling, U. (2000): Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien, in: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.), Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt: Suhrkamp, S. 7–40, hier: S. 15).

[9] Vgl. Lemke, T./Krasmann, S./Bröckling, U. (2000): wie Anm. 8, hier: S. 15.

hält mit der neoliberalen Gouvernementalität auch insgesamt ein neues Menschenbild Einzug: der Unternehmer seiner selbst beziehungsweise die Unternehmerin ihrer selbst.[10] Im Sinne neoliberaler Rationalität ist dieses *unternehmerische Selbst* ein freies und autonomes Subjekt, das sein Leben wie einen Betrieb führt und sich rational und eigenverantwortlich auf dem Gesundheitsmarkt bewegt: Das Individuum wird dabei nicht nur als „seines Glückes Schmied" gedacht, sondern es soll durch persönliches Verhalten ein hohes Maß an Gesundheit in Eigenregie herstellen.

Zentraler Bezugspunkt in den entsprechenden Debatten über den „verantwortlichen" beziehungsweise „richtigen" Umgang mit Gesundheit ist dabei seit einigen Jahren die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung. Indem die „Knappheit" der finanziellen Mittel kommuniziert wird, soll plausibel gemacht werden, warum die Eigenverantwortung und Eigenvorsorge der Bürger und Bürgerinnen auch in der Gesundheitspolitik eine so wichtige Forderung ist:[11]

> Die individuelle Pflicht zur Gesundheit zielt nicht nur auf die individuelle Gesundheit selbst, sondern insbesondere auch auf die moralisch-soziale Verantwortung der Subjekte gegenüber den knappen Ressourcen der Gemeinschaft.

Dabei geht es der neoliberalen Rationalität ganz grundsätzlich auch um die Umstrukturierung der gesellschaftlichen Verantwortungsverhältnisse, also um eine Neu-Beantwortung der Frage: Was schuldet die Gesellschaft dem Einzelnen und was der Einzelne der Gesellschaft? Hatte der „versorgende Wohlfahrtsstaat" der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts diese Frage noch sehr eindeutig zulasten der Gesellschaft beantwortet, so werden mit der Idee des „aktivierenden Sozialstaates" die Verantwortlichkeiten zunehmend auf die Individuen verlagert.[12] Nach dieser neuen Logik schaden diejenigen, die sich gesundheitsabträglich verhalten oder nicht gesundheitsförderlich betätigen und die die angebotenen Vorsorgemaßnahmen nicht ergreifen, nicht mehr nur sich selbst und ihrer Gesundheit, sondern sie schädigen und schmälern wissentlich die Ressourcen des (Versicherten-)Kollektivs. Die neue Logik macht sie gewissermaßen zu „Präventionsverweigerern", die ihre verhaltensbedingten und daher vermeidbaren Krankheiten selbst verursacht haben.

Mit diesen Verschiebungen verändert sich auch die Vorstellung von Gesundheit: Wurde Gesundheit bei Parsons (siehe oben) sowie auch im bio-medizinischen Verständnis als „normale" Funktionsfähigkeit von Körper und Psyche verstanden,[13] welche die Erfüllung gesellschaftlicher Rollen erlauben sollte, so scheint sie nun zunehmend das *Ergebnis* und *Produkt* der Eigenverantwortung und Selbstkontrolle der Subjekte zu sein. Während also die „Verborgenheit der Gesundheit"[14] an Bedeutung verliert, machen die Paradigmen von Früherkennung und Selbstoptimierung Gesundheit und Krankheit zu einer Frage lebenslanger eigenverantwortlicher Gestaltung: Nach neoliberaler Logik, so formuliert es die Soziologin Regina Brunnett, besäßen alle Individuen die Fähigkeit, sich rational für Gesundheit

[10] Umfassend vgl.: Bröckling, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt a.M.

[11] Vgl. Dahme, H.-J./ Wohlfahrt, H. (2007): Gesundheitspolitik im aktivierenden Staat: zu einigen Aspekten der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. In: Schmidt, B./Kolip, P. (Hrsg.), Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München, S. 71–81.

[12] Lessenich, S. (2009): Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus, 2. unv. Aufl. Bielefeld., hier: S. 73ff.

[13] Vgl. Wildner, M. (2008): Gesundheit! In: Gesundheitswesen 70, S. 567–568.

[14] Vgl. Gadamer, H.G. (1996): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a.M.

zu entscheiden, weshalb sie auf ungesunde Gewohnheiten verzichten und medizinische Kontrolluntersuchungen wahrnehmen könnten. Dies verschiebt aber nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Krankheit in den eigenen Verantwortungsbereich, weshalb dann Krankheit zunehmend ihre entlastende Funktion verliert: An die Stelle der von Talcott Parsons beschriebenen Rolle der „passiven Patienten" beziehungsweise der „passiven Patientinnen", die zwar durch die Medizin bevormundet wurden, zugleich aber von der Erfüllung ihrer gesellschaftlichen Rollen entbunden waren, rückt im neoliberalen Diskurs immer stärker das aktive und rationale, das „unternehmerische Subjekt", das für seine Gesundheit und Krankheit selbst verantwortlich ist, in den Mittelpunkt. Dabei werden im Sinne einer sozialen Kontrolle eine unterstellte Autonomie mit Selbstverantwortung kurzgeschlossen: Wenn Gesundheit eine Frage der rationalen Gestaltung, also eine Frage des Willens ist, dann ist Krankheit immer schon „entweder im (fehlenden) subjektiven Willen verankert oder sie ist Ausdruck der freien Wahl von Individuen, aus der dann Selbstverantwortung mit allen Konsequenzen folgt."[15]

VI. Impulse für eine politische Gesundheitsbildung angesichts der aktuellen Dynamik

Gesundheit und Krankheit sind gegenwärtig stets auch Gegenstand von sozialer Kontrolle, wobei sich die konkreten Kontrollstrategien historisch gewandelt haben. Die beschriebenen Kontrollmechanismen existieren nicht singulär und in Reinform, sondern in unterschiedlichen Gewichtungen und Arrangements nebeneinander: Weiterhin werden heutzutage die „Privilegien" und „Entpflichtungen" der Kranken durch Ärztinnen und Ärzte legitimiert und kontrolliert und die Kranken qua Rolle zu Therapietreue (compliance) und Genesung verpflichtet. Doch die Entwicklungen hin zu mehr Selbstverantwortung, die von neoliberalen Umstrukturierungen der sozialstaatlichen Arrangements begleitet werden, sind nicht zu übersehen. Die Unternehmer/innen ihrer Gesundheit stehen für sich selber ein: Sie können Gewinne einstreichen, aber müssen Verluste auch auf ihre Kappe nehmen. Aktuell allerdings dominieren gröbere Formen der sozialen Kontrolle: Angesichts der Pandemie wird aus gutem Grund versucht, Gesundheit vor allem auch über Ausgangssperren, Quarantäne, Bußgelder und gegebenenfalls über Immunitätsausweise herzustellen.

Derzeit ist nur schwer zu prognostizieren, wie sich die Pandemie mittel- und langfristig auf die skizzierten Ausprägungen sozialer Kontrolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit auswirken wird. Gleichwohl aber verweisen die gegenwärtigen Debatten auf etwas sehr Grundsätzliches, das es in der politischen, aber auch in der Gesundheitsbildung zu berücksichtigen gilt: Soziale Kontrolle macht gerade (aber keineswegs nur) in Zeiten der Pandemie deutlich, dass Gesundheit zwar ein hohes Gut ist, das es gegebenenfalls mit restriktiven Maßnahmen zu schützen gilt, zugleich aber auch, dass das hohe Gut Gesundheit stets gegen andere hohe Güter (wie Freiheit, Autonomie, Bildung, wirtschaftliches Überleben, soziale Nähe etc.) abgewogen werden muss. Bei diesen Abwägungen können wissenschaftliche Erkenntnisse zwar hilfreich sein, aber die zu treffenden Maßnahmen sind stets Ergebnis politischer Entscheidungen und gesellschaftlicher Debatten. Die Aufgabe und Chance einer politischen Gesundheitsbildung könnte es hierbei sein, verstehbar zu machen, dass gesundheitsorientierte Maßnahmen sowie auch unsere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit insgesamt Ergebnisse unabschließbarer, gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse sind. Insofern sind unsere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit historisch und kulturell höchst wandelbare Phänomene, die zudem auch von den Individuen im Prozess eines *lifelong learning* immer wieder neu bestimmt, angeeignet und abgeändert werden (müssen).

[15] Brunnett, R. (2007): Foucaults Beitrag zur Analyse der neuen Kultur von Gesundheit. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hrsg.): Foucaults Machtanalytik und soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme. Wiesbaden, S. 169–184, hier: S. 179.

» schwerpunkt – Leib, Leben und Gesundheitsnormen

Annette Miriam Stroß
Gesundheitsorientierte Erwachsenenbildung unter bildungswissenschaftlichem Gesichtspunkt 15

Wie können Träger gemeinwohlorientierter Erwachsenenbildung adäquat auf die bereits absehbare gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Tragweite der Corona-Krise reagieren? In einem pragmatischen und praxisorientierten Zugang zeigt der Beitrag: Es gilt vor allem, eine tragfähige und zukunftsfähige Konzeption von Gesundheitsbildung zu entwickeln. Ausgehend vom Selbstbestimmungspotenzial der Teilnehmenden ist die gängige Programmplanung zu hinterfragen. Bei der Ausrichtung von gesundheitsbezogenen Angeboten ist eine neue Konsequenz im Bildungs- und Selbstbildungsprozess gefragt.

Jana Küchler
Krise essen Seele auf. Ethische Fragestellungen zur aktuellen Glaubens-, Gesundheits- und Kommunikationspraxis 22

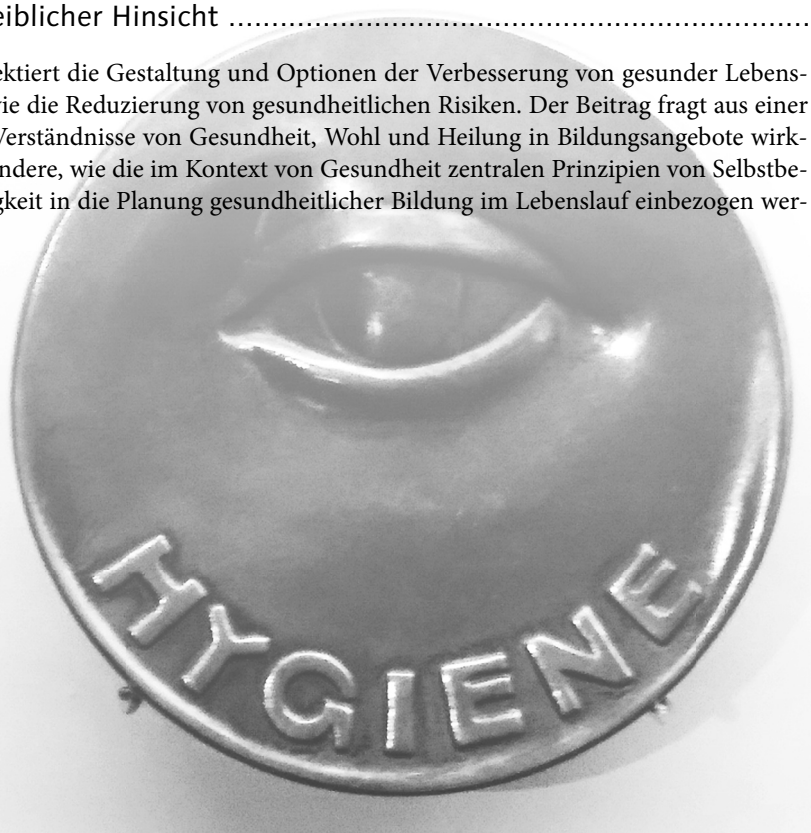
Bildung im Lebenslauf sieht sich im Zuge der Krise darauf gestoßen, längst anstehende ethische, politische und religiöse Gesichtspunkte und Themenkomplexe neu aufzugreifen. Gefragt ist vor allem ein ganzheitlicheres Verständnis von Gesundheit, zu dem auch die Erörterung neuester Forschungserkenntnisse zum seelischen Anteil an Heilungsprozessen gehört. Momentan sehen sich viele Menschen in Fragen der Selbstreflexion der geistig-seelischen Aspekte ihrer Gesundheit nur sich selbst überlassen. Gesundheit soll nur als biologischer und kollektiv zu erhaltender Zustand relevant zu sein. Der beseelte Leib, das Gefühls- und Sozialleben sollen abwarten, sich bis auf Weiteres möglichst ruhig verhalten.

Henning Schmidt-Semisch
Soziale Kontrolle im Kontext von Gesundheit und Krankheit 26

Die COVID-19-Pandemie hat unsere Wahrnehmung von und unseren Umgang mit gesundheitsriskantem Verhalten radikal verändert. Zugleich hat sie ins Bewusstsein gerufen, dass Gesundheit und Krankheit immer auch mit sozialer Kontrolle verknüpft sind. In dem Beitrag wird überlegt, wie diese Verbindung zu verstehen ist und wie sie sich in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt hat.

Julia Inthorn
Einfach Gesundheitsbildung? Zu Fragen von Gerechtigkeit, Normen und Normalität in leiblicher Hinsicht 31

Gesundheitsbildung reflektiert die Gestaltung und Optionen der Verbesserung von gesunder Lebenswelt, Lebensführung sowie die Reduzierung von gesundheitlichen Risiken. Der Beitrag fragt aus einer ethischen Sicht, welche Verständnisse von Gesundheit, Wohl und Heilung in Bildungsangebote wirksam werden und insbesondere, wie die im Kontext von Gesundheit zentralen Prinzipien von Selbstbestimmung und Gerechtigkeit in die Planung gesundheitlicher Bildung im Lebenslauf einbezogen werden können.



» editorial

Steffen Kleint
Liebe Leserin, lieber Leser 3

» aus der praxis

Susann Oßmann
Natürliche Familienplanung in der christlichen Erwachsenenbildung 6

Jakob Rosenow
Religion in der politischen Bildung
Anspruch und Ansätze politischer Bildner/innen 9

Ralf Müller
Landung auf „Planet B“
Eine Friedensmission in Mittelhessen 11

» europa

Simone Kaufhold
Von und mit Europa lernen – für Gesundheit und Wohlbefinden 14

» jesus – was läuft?

Hans Jürgen Luibl
Die Maus wird 50
Aus der Kinderstube der Pädagogik 36

» nachruf

Professionalität und Herzlichkeit –
Zum Tod von Dorathea Strichau (22.4.1952–2.3.2021) 38

» service

Filmtipps 40

Publikationen 41

Veranstaltungstipps 48

Impressum 54

Mehr **forum** erwachsenenbildung?

Hat dieser Artikel Ihnen gefallen?
Wenn Sie regelmäßig über Bildung im Lebenslauf aus wissenschaftlicher, praxisnaher, bildungspolitischer und evangelischer Perspektive informiert werden möchten, abonnieren Sie **forum** erwachsenenbildung:

Abo bestellen
Print oder online

(öffnet eine E-Mail-Vorlage an info@waxmann.com)

Print: 4 Ausgaben pro Jahr, Jahresabo 25,– € zzgl. Versandkosten, inkl. Online-Zugang (freier Zugriff auf alle Ausgaben ab 2015)

Online: 4 Ausgaben pro Jahr (PDF), Jahresabo 20,– € (freier Zugriff auf alle Ausgaben ab 2015)

www.waxmann.com/forumerwachsenenbildung

DEAE WAXMANN