

Der *Linguistic Turn* in den Gesundheitswissenschaften

Thomas Hehlmann & Marina Böddeker

»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:

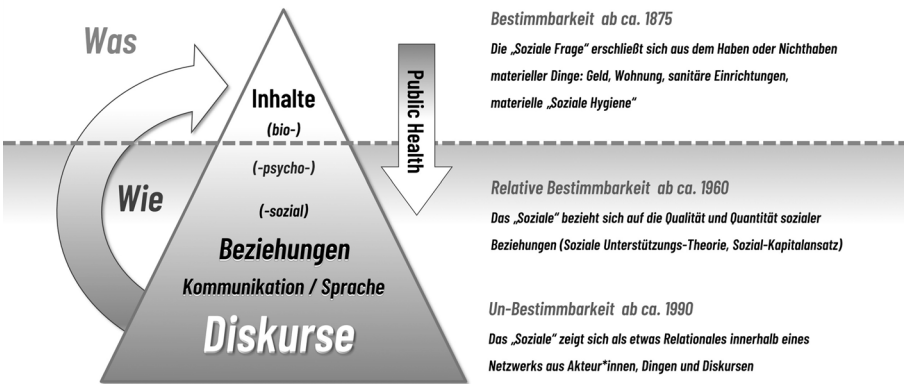
»Hier ist es schwer, gleichsam den Kopf oben zu behalten, zu sehen, dass wir bei den Dingen des alltäglichen Denkens bleiben müssen, um nicht auf den Abweg zu geraten, wo es scheint, als müssten wir die letzten Feinheiten beschreiben, die wir doch wieder mit unseren Mitteln gar nicht beschreiben könnten.« (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 verbalen 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; Hämig 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 Kontingenzen« (Reckwitz 2021: 72ff.) bezeichnet. Zu Bedenken bleibt, dass auch diese Schließung von Kontingenzen 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, machtvollen 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 vorschnellen Kontingenzschließungen mit mutigen Eröffnungen von Kontingenz entgegengetreten werden. Dieses Buch ist ein Plädoyer für ein neues, postmodernes Verständnis von Public Health, dessen eng gezogene definitorische 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. Hoefert & 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-02-2018/im-gespraech-mit-bruno-latour/\[15.05.2024\]](https://www.arte.tv/de/videos/RC-02-2018/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., Hänseler, M. & Spörri, M. (2007). Bakteriologie und Moderne. Eine Einleitung. In: P. Sarasin, S. Berger, M. Hänseler & 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.