

5. Empfindlichkeitsregimes

Es hat sich gezeigt, dass Kopfschmerzen in all ihren Formen und Schattierungen je nach Verpflichtungen, Abhängigkeiten und Interessen gedeutet, gespürt und plausibilisiert werden. In den Bindungen zu anderen entfalten sie ihre Wirkung im Netz der geteilten und verstandenen Empfindlichkeiten. Darin folgen sie üblichen Normen genauso wie den Regeln, welche Abweichungen davon bestimmen. Kopfschmerzen sind auf diese Weise eine Sonde in die Welt des Spürens. Nun sind einige verallgemeinernde Bemerkungen über die Vergesellschaftung von Empfindlichkeiten zu machen, die über die Deutung von Kopfschmerzen hinausgehen.

Ausgehend vom »Skandal der Schmerzen« werden im Folgenden die neuen Krankheitsvorstellungen thematisiert, in denen seit einiger Zeit ein anderes Verhältnis zum Körper Platz greift (Kapitel 5.1). Der Wandel hat eine historische Vorgeschichte, deren Elemente sich im kollektiven Bewusstsein abgesetzt haben: Infektionskrankheiten, die noch bis Anfang des 20. Jahrhunderts das Krankheitspektrum dominierten, wurden von den chronisch-degenerativen Krankheiten abgelöst. Zwar wird auch daran gestorben, dennoch sind ihre Verläufe weitgehend durch medizinische Verfahren kontrolliert, etwa bei Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Leben mit Krankheit wurde möglich. Über die beiden genannten Formenkreise spannt sich nun seit Ende des 20. Jahrhunderts das Netz der Empfindlichkeitserkrankungen, der denen die gespürte Vulnerabilität des Körpers im Vordergrund steht. Diese Krankheiten sind vom Tod abgelöst, Behandlungsziele sind die Verbesserung des Befindens und die Optimierung von Erlebnisfähigkeit.

Die Überblendung szientistisch-objektiver Krankheitsverständnisse durch psychologisch-subjektivistische Pathologisierungserfahrungen ist eine Reaktion auf den gesellschaftlichen Wandel, durch den nun Stimmungen, Empfindungen und kollektiv geteilte Emotionen zu sozialen Kategorien werden, mit denen sich Individuen verorten (Kapitel 5.2). Somit lässt sich heute ein neues Verhältnis zwischen Normalität und Pathologie beobachten, wie in einer sozialkulturell informierten Typologie der Kopfschmerzdeutungen und Kopfschmerzpraktiken zu sehen sein wird (Kapitel 5.3). Letztendlich ist zu konstatieren, dass sich die Grenzen von Krankheit und Gesundheit verflüssigen und nicht mehr nur von der Medizin bewacht sind (Kapitel 5.4). Es gibt sie zwar noch, aber sie zeigen sich in vielfältigen

und sich überlagernden Diskursen, worin Krankheitsidentitäten definiert und das Verhältnis zwischen Gesunden und Kranken neu ausgehandelt werden.

5.1 Empfindlichkeitserkrankungen

Vom Verschleiß des Körpers zum Verschleiß der Persönlichkeit

Spätestens ab den 1990er-Jahren lässt sich die zunehmende Bedeutung eines Krankheitstyps beobachten, der zwar in der Oberschicht immer schon öffentlich sichtbar war, aber demografisch und gesundheitspolitisch bisher noch nicht ausschlaggebend. Es sind die Erkrankungen der Empfindlichkeit und, wenn man so will, Einschränkungen des Wohlbefindens, in der Regel als psychosomatische Erkrankungen oder als leichtere psychiatrische Störungen diagnostiziert. Psychophysische Erscheinungen wie Depressionen, Angststörungen, Allergien, Unverträglichkeiten und Schmerzen traten aus dem Schatten von Infektionskrankheiten und vor allem von chronischen Krankheiten, bei denen sie zuvor höchstens als Begleitsymptome galten.

Empfindlichkeitssymptome sind inzwischen mit einem eigenständigen Krankheitswert belegt. Es sind die Krankheiten des Befindens, denen keine eindeutigen somatischen Ursachen zugeschrieben werden, deren Symptome schwer definierbar sind und die sich unter Umständen verschieben. Viel dichter als bei den Infektionskrankheiten und den chronischen Krankheiten befinden sich bei ihnen Natur und Kultur in Wechselwirkungen – in Verhältnissen des Vermischens, Verschiebens, Verstärkens oder des Abschwächens (Morris 2000). Verliert etwa eine kulturelle Deutung an Relevanz, so wie ehemals bei der Hysterie, so kann auch die Krankheit an Bedeutung verlieren oder gar verschwinden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999, Seemann 2019).

Schon Herzlich und Pierret (1991: 152) beobachten den Wandel von den Krankheiten des Körpers zur »Krankheit des Ichs« für die 1960er-Jahre. Psychosomatische Erkrankungen gelten als »eine Art Lösegeld« (ebd.: 153) für die Verausgabung von Persönlichkeit. Mit dem Wandel des Krankheitsspektrums zu den Pathologien der Empfindlichkeit verlagert sich der Ort der Krankheiten vom Körper zum Selbst. Verschleißt bei den chronisch-degenerativen Krankheiten der Körper, so erschöpft sich bei den Erkrankungen des Wohlbefindens die Persönlichkeit. Empfindlichkeitssymptome zeigen sich, wenn sich eine ohnehin schon empfindliche persönliche Grundkonstitution durch die Anstrengungen von Haus- und Erwerbsarbeit und die mentale und emotionale Verarbeitung dramatischer Ereignisse überfordert. Das neue Krankheitsverständnis knüpft zwar an die romantische Idee der Auszehrung durch Tuberkulose an, in der Individualität und Subjektivität hervorgebracht wird (vgl. Sontag 1981), doch der Unterschied ist gravierend. Die Krank-

heit des Selbst sehen Herzlich und Pierret (1991: 154) im Gegensatz zum älteren Verständnis nicht als Überhöhung der Persönlichkeit und als »Preis für Leidenschaft und Genie«, sondern als »eigenes hoffnungsloses Scheitern« (ebd.: 155). Sie ist das »Leiden an unserer Persönlichkeit« (ebd.), das sich körperlich Ausdruck verschafft.

Im neuen Krankheitsverständnis wurden zunächst Metaphern aus der Spätzeit der Infektionen und der Frühzeit der chronischen Erkrankungen angewendet, wo degenerative Erscheinungen mit der Persönlichkeit der Patienten verknüpft wurden, wie es etwa Sontag (1981) beobachtet. Die Muster für die Pathologisierung von Empfindlichkeitsdispositionen und deren Präsentationen können schon im 19. Jahrhundert in der Oberschicht identifiziert werden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999, Seemann 2019): Dort waren Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie »Krankheitsschablonen«, die bei Rollenkonflikten und bei Unzufriedenheiten mit dem Leben angewendet wurden.

Vorbild für die neuen Deutungen von Empfindlichkeiten ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren die chronischen Krankheiten, die von den Kranken einen neuen Blick auf ihren Körper verlangen. Im Zuge der Behandlung sind Patienten aufgefordert, selbst auf Körperzeichen und krankhafte Veränderungen zu achten, so werden sie zu »Experten ihrer Krankheit«, wie Ärzte auch in unseren teilnehmenden Beobachtungen in den unterschiedlichen medizinischen Milieus immer wieder betonen (z.B. Dreßke 2010). Durch die Ausweitung der Selbstexpertise haben Patientinnen ihre Empfindlichkeitsdispositionen im Blick, diese werden genau beobachtet und sondiert, allerdings nicht nur zur Wahrnehmung und Bewältigung von Krankheit oder zur Kooperation mit dem medizinisch Notwendigen, sondern auch – bei den Gesundheitsbewussten – zur Krankheitsvermeidung (Herzlich und Pierret 1991, Rittner 1982). Sorgenvoll richtet sich der Blick auf den (noch) gesunden Körper, auf seine Gewohnheiten und auf seine Umgangsweisen, um Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen bzw. deren Verläufe, ist man dann doch krank, ängstlich zu verfolgen. Die Kontinuität von Gesundheit und Krankheit schließt nun auch Empfindlichkeiten ein, die pathologische Qualitäten annehmen können: Wenn der Körper auf pathologische Äußerungen abgesehen wird, geraten Alltagsschmerzen in den Sinnhorizont des Pathologischen, selbst wenn sie dort zunächst nicht explizit aufgenommen werden.

Bis zu den 1980er-Jahren liefen die Pathologien der Empfindlichkeiten noch Gefahr, als Wahnvorstellung in den Raum der Psychiatrie abgeschoben zu werden (Ehrenberg 2015, Shorter 1994, 1999). Inzwischen haben sie sich aber als legitime und nicht notwendigerweise zu psychiatrisierende Erscheinungen behauptet – man spricht von einer Epidemie – und an Legitimation gewonnen. Die Pathologien der Empfindlichkeit, als (fehlgeleitete) Anpassung an übliche Leistungsanforderungen betrachtet, sind inzwischen selbst akzeptierte Alltagserscheinungen, eine auf Verständnis stoßende Abweichung. Alain Ehrenbergs »Erschöpftes Selbst« (2015) charakterisiert nicht nur Kranke, sondern sieht sie als paradigmatisch für die

Probleme der gesamten Gesellschaft (Bude 2014, Furedi 2004, Neckel und Wagner 2013).

Mit unseren Interviews lässt sich zeigen, dass auch Kopfschmerzen eine veränderte Deutung erfahren: Vor allem in den neuen Mittelschichten werden sie nicht mehr nur als stillschweigend zu ertragendes Alltagsleiden oder als Zeichen für eine körperliche Krankheit gedeutet, sondern in den Kontext biografischer Verläufe und persönlicher Eigenschaften gestellt. Dort sind sie aber keine Einzelerrscheinung, sondern gehen in die Gesamtkonstellation der Empfindlichkeiten ein. Die alten Mittelschichten – das zeigt die Untersuchung in den Schmerzkliniken – scheinen sich an dieser Vorstellung mehr und mehr ebenfalls zu orientieren.

Krankheit als Darstellung

Infektionskrankheiten, chronische Krankheiten und Krankheiten der Empfindlichkeit gab es schon immer. Sie erfahren aber im zeithistorischen öffentlichen Diskurs entsprechend der kulturellen Rahmungen unterschiedliche Deutungen. Die Verschiebungen der öffentlichen Aufmerksamkeit lassen sich anhand der Geschichte der Schmerzen gut nachvollziehen (Le Breton 2003, Morris 1996): Die Menschen im 19. Jahrhundert hatten weitaus härtere körperliche Belastungen zu ertragen und viel stärkere Schmerzen als im frühen 21. Jahrhundert, ihnen wurde aber damals wenig Aufmerksamkeit geschenkt, waren doch andere Probleme – vor allem die des Überlebens – sehr viel bedeutender. Nach dem Verschwinden der Infektionskrankheiten und mit der Kontrolle der chronischen Krankheiten geraten mit der Verbesserung von Arbeits- und Lebensbedingungen Schmerzen in den öffentlichen Blick, die zuvor nicht weiter beachtet wurden.

Vor dem Hintergrund der besseren Lebensverhältnisse sowie der Allgegenwart der Medizin und ihres Imperativs der Gesundheit haben sich die Fähigkeiten zur Wahrnehmung von körperlichen Einbußen geschärft. Gesundheit wird nicht mehr nur als Abwesenheit szientistisch definierter pathologischer Erscheinungen definiert, sondern auch als subjektives Wohlbefinden. Das Gegenteil, Unwohlsein, in älteren Verhältnissen ein Alltagsphänomen, wird nun mit pathologischen Zügen belegt. Zur Differenz von gesund und krank kommt also die Differenz von Wohlbefinden und Unwohlsein hinzu. Innerhalb dieses Codes löst sich die Verknüpfung des objektiven Körpers mit Krankheit (und mit dem Tod) und Empfindlichkeiten auf, Letztere erhalten inzwischen einen eigenständigen Krankheitswert.

Krankheiten der Empfindlichkeit haben indes eine andere Logik der Interpretation und Identifikation als konventionelle chronisch-degenerative Erkrankungen, bei denen der von Subjektivität und Individualität entkleidete Körper der Bezugspunkt szientistischer Vorstellungen und medizinischer Praktiken ist. Persönlichkeit, Lebensstile und soziale Verhältnisse sind hier zweitrangig (Foucault 1973). Wenn dagegen Empfindlichkeiten ins Spiel gebracht werden, reicht es nicht

mehr, sie als Symptome nur im Eingangsstadium der Erkrankung zu präsentieren. Ärztinnen vergeben nun Diagnosen, deren Ursachen und Erscheinungen sie behandeln.

Für den neuen Typus Empfindlichkeitserkrankungen stellen sich die pathologischen Zuweisungen als performative Akte der ständigen Präsentation von Symptomen her, deren Bewertungen, Begründungen und Kontextualisierungen außerhalb des materiell-objektiven Körpers gesucht werden. Zwar ist der Körper Träger der als psychisch etikettierten Erkrankungen, aber nicht der Ort ihrer Ursachen. Stattdessen werden bei den Empfindlichkeitserkrankungen Lebensverhältnisse, Biografien und normative Maßstäbe der Patienten zu persönlichen Pathologien synthetisiert, mit denen die Beschwerden des Körpers erklärt werden. Physiologie und Anatomie werden dagegen zweitrangig – im Bedarfsfall kann immer etwas gefunden werden, schließlich ist kein menschlicher Körper im Sinne von medizinischen Atlanten perfekt. In der Einschätzung der Beschwerden sowie der Ansprüche, die mit ihnen erhoben werden, kommt es nicht mehr auf objektive ärztliche Befunde an. Was pathologisch ist, hängt vom Darstellungsvermögen und der Aushandlungsmacht der Betroffenen ab. Aushandlungen um Krankheitsetiketten sind schon bei den chronischen Krankheiten angelegt, wobei es aber eher darum geht, deren Verläufe zu organisieren (Corbin und Strauss 1993, Fagerhaugh und Strauss 1977). Beim Sichtbarmachen und Zur-Schau-Stellen von Empfindlichkeitserkrankungen dominiert dagegen in weitaus höherem Maß das Skandalisierungspotenzial der öffentlichen Wahrnehmungen und weniger die (natur-)wissenschaftliche Expertise (Ehrenberg 2015, Frances 2014).

Solche Zuschreibungsprozesse beruhen darauf, dass sich der Anspruch auf die Subjektivität von Beschwerden für die gesamte Bevölkerung durchgesetzt hat, was im 19. Jahrhundert höchstens den Oberschichten vorbehalten war. Dies scheint ein Element der fortschreitenden Modernisierung zu sein, an der nun im »Prozess der Zivilisation« (Elias 1976) auch die unteren und mittleren Schichten partizipieren (Sennett 1998). Empfindlichkeitssymptome werden als subjektive Beschwerden ernstgenommen und stellen eine Erscheinung sozialer Realität für sich dar. Leitend dafür ist das Motto: »Schmerz ist also das, was der Patient als solchen empfindet«, wie in der Internetenzyklopädie Wikipedia unter der Rubrik Schmerz prominent zu lesen ist (Zugriff: 04.07.2021), womit die Definition der Internationalen Vereinigung zum Studium des Schmerzes (IASS) aufgenommen ist (vgl. Mersky 1979).

Der Anspruch auf Subjektivität der Empfindung wird zum unumstößlichen Gesetz; Symptom und Krankheit sind identisch. Klagten Patienten bis in die 1990er-Jahre noch über ein Glaubwürdigkeitsdefizit bei von ihnen dargestellten Beschwerden und stellten Arztkontakte in der Normalversorgung als Kämpfe um Diagnosen dar (Jackson 1992, Wainwright et al. 2006, Werner und Maltrud 2003, Werner et al. 2004), so finden sie nun in der spezialistischen Schmerzmedizin und in der psychosomatischen Medizin Ansprechpartner, bei denen Zuwendung sowie die An-

erkennung ihrer Symptome sicher ist (Baszanger 1998, Jackson 2000, Kellermann 2014).

Der Ausgangspunkt von Karrieren der Empfindlichkeitskrankheiten ist die Legitimität des Selbstreports der Patientinnen, dem ein eigenständiger Diagnose- und Krankheitswert zukommt. Auch konventionelle Medizinerinnen haben sich dieser Entwicklung in Teilen angepasst. Sie verweisen bei unklaren Beschwerden schnell auf Spezialisten für Empfindlichkeit oder übernehmen selbst deren Aufgaben, indem sie Zertifikate für Schmerzmedizin und Psychotherapie erwerben (Hermann und Veit 2013, Heymanns et al. 2017). Obwohl Ärztinnen ihren Patienten durchaus auch mitteilen, dass sie deren unklare Beschwerden für übertrieben halten, wird niemand abgewiesen (vgl. Pfankuch 2015). Auch der ältere Typus des paternalistischen Hausarztes, der noch nicht das Shared Decision Making kannte, behandelte alle, fand dann eben Alltagserklärungen für Symptome und gab Ratschläge und Verhaltensmaßregeln mit auf den Weg. Für diese Ärzte gehörte Unwohlsein noch zum Leben dazu.

Der Anspruch auf die Subjektivität der Leiden, anstatt sie in der physiologischen Objektivität des Körpers zu verorten oder an den Erfordernissen des Alltags zu relativieren, folgt ebenfalls Regeln und Normen. Auf der einen Seite stehen die Patienten mit ihrem Selbstreport, auf der anderen Seite die Ärzte, die Diagnosen vergeben. Selbstreporte münden in Diagnosen, wenn sie kulturelle Schablonen bedienen, indem sie anerkannte Überforderungen und Überlastungen des Alltags beklagen, die in die Krankheitsdefinition eingehen: Sorgen um die Zukunft, Probleme auf der Arbeit, in der Schule und in der Familie sowie – inzwischen – Belastungen des Freizeitverhaltens, der Mediennutzung und der Umwelt. Orte und Ursachen der Krankheit dehnen sich damit auf Interaktionsbeziehungen und auf Konsumgewohnheiten aus (TK-Stressstudie 2016).

Geringe Trennschärfe

Insbesondere die Teilstudie zu den Krankenkarrerien psychosomatischer Patientinnen zeigt, dass die Plausibilisierung der Krankheiten des Wohlbefindens nur gelingt, wenn Probleme aus unterschiedlichen Bereichen gleichzeitig auftreten und kumulieren. Die Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen schwingt sich bei Belastungen am Arbeitsplatz und den daraus resultierenden Sorgen um die Zukunft zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer leichteren Depression auf, für die die Ärzte Krankschreibungen und Antidepressiva schnell zur Hand haben. Alltagsweltliche Zwischenzuweisungen wie Stress, Wetterfühligkeit, Burn-out, Mobbing, Essprobleme, Angst, Konzentrationsschwierigkeiten oder Unverträglichkeiten werden in medizinische Diagnosen überführt; weitere Beispiele sind Schmerzkrankheiten, somatoforme Störungen, ADHS, Allergien, Phobien, Anorexie und Adipositas. Damit aber sind die Patienten psychopathologisch mar-

kiert. Die Durchsetzungsmacht der behaupteten Subjektivität von Symptomen bildet die Bedingung für alle folgenden Manöver, die in die Pathologisierung führen können. Empfindlichkeiten werden in Krankheitsschablonen eingepasst, die Kataloge der Überforderungen von üblichen, aber kumulierenden Belastungen sind. Entscheidend für die Pathologisierung ist, ob in Aushandlungsprozessen die Übersetzung von Empfindlichkeit in eine Schablone für eine Krankheit erreicht wird.

Solche Pfade müssen allerdings nicht bis zum bitteren Ende gegangen werden. In einer Gesellschaft, in der Empfindungen und deren Darstellung an Wert zunehmen, werden ähnliche Empfindlichkeiten einmal als alltägliches Erleben, ein andermal als pathologisch verhandelt. Empfindlichkeiten sind schließlich ubiquitär und allgegenwärtig – jede und jeder empfindet etwas. Was aber im Alltag verbleibt und was der Medizin überantwortet wird, entscheiden Interpretationen und Bewertungen, die wiederum an strukturellen Dimensionen sozialer und medizinischer Milieus, an Optimierungsinteressen und Darstellungsfähigkeiten sowie an Kontingenzen von Kranken-, Familien- und Erwerbskarrieren gekoppelt sind. Soziale und familiäre Milieus können einen Schutz vor Pathologisierungsprozessen bieten, etwa wenn sie hinreichend robust sind oder wenn eine Kultur vorhanden ist, in der Empfindungen dargestellt werden können, ohne sie zu pathologisieren. Solchen Schutz bilden stabile und selbstverständliche Bindungen, wie es für den alten Mittelstand dargestellt wurde, genauso wie das sinnstiftende Verstehen von Empfindlichkeiten bei den Sozialberufen.

Die geringe Trennschärfe der Definition einer Empfindung als alltäglich oder als pathologisch sorgt für flexible Zuweisungen und Verwendungen. Nach konventionellem Maßstab müssten Gesundheit und Krankheit klar voneinander abgrenzbar sein. Trennschärfe wäre demnach in nachweisbaren pathologischen Prozessen zu finden, bei Gesunden hingegen nicht. Eine kleine Zusammenstellung soll das Problem veranschaulichen: Zum einen gibt es für einige der als pathologisch definierten Empfindlichkeiten zwar zugeschriebene somatische Ursachen, etwa bei Fibromyalgie, Allergien oder dem Pfeifferschen Drüsenfieber. Mitunter können dafür aber auch biochemische Prozesse identifiziert werden, etwa durch Viren oder als Immunreaktionen, doch diese Vorgänge finden sich ebenso bei Gesunden, sodass eine spezifische pathogenetische Erklärung unter Medizinern umstritten ist (Hadler 2004, Shorter 1994, 2004).

Eine zweite Ursache von Erkrankungen wird in problematischen frühkindlichen Entwicklungen vermutet. Allerdings: Erziehung läuft nie ohne Probleme ab, die im Zweifel, sobald sie in signifikante soziale Abweichungen (etwa zu Disziplinproblemen) führen, mit psychopathogenen Ursachen belegt werden können – eine Zuweisung, die bei Eltern und Erzieherinnen zusätzlich durch staatliche und pharmazeutische Programme motiviert sein kann (Lehmann 2013). Ebenso gibt es immer Personen, die schwere Belastungen der Kindheit gut verkraften und nicht pathologisieren (Dreßke und Ayalp 2018). Drittens werden Erkrankungen überfor-

dernden Lebenssituationen zugeschrieben. Allerdings ist auch diese Ursache nicht trennscharf, wenn andere Leute in ähnlich belastenden Umständen für ihre Symptome keine Krankheit für sich beanspruchen. Viertens werden psychopathologische Nebendiagnosen für eine fehlgeleitete Krankheitsbewältigung bei somatischen Erkrankungen vergeben. Für übertrieben gehaltene Schmerzdarstellungen bei einer somatischen Grunderkrankung werden etwa als deren »psychische Überformung« etikettiert, die die Potenz hat, sich als eigene Krankheit zu verselbstständigen. Auch dieser Übergang von einer Neben- zu einer Hauptdiagnose wird von Patienten und ihren Ärztinnen vereinbart. Jedenfalls sind in den vier dargestellten Kontexten die Grenzen von normalen und pathologischen Erscheinungen unklar und werden in performativen Praktiken ausgehandelt. In jedem dieser Fälle sind die Beschwerden und deren zugeschriebene Ursachen unspezifisch; teilweise stehen sie in einem tautologischen Verhältnis.

Durch die wenig befestigten Grenzen von Missempfindungen als alltäglich und als pathologisch, durch die vorherrschende Deutung ihrer nicht mit anderen teilbaren Realität (sobald sie als pathologisch gelten) sowie durch die Leugnung ihrer Ubiquität können dieselben bei Bedarf immer ins Spiel gebracht und bei genügend Nachdruck in Krankheitsschablonen einsortiert werden, indem die zur Geltung gebrachten Beschwerden mit Belastungen durch die Arbeit, die Familie und die Freizeit in Verbindung gebracht werden. Auf diesen unterschiedlichen Arenen herrschen allerdings unterschiedliche Darstellungslogiken, die abgestimmt werden müssen, damit die Beschwerden Anerkennung finden.

Die neue Krankenrolle

Während pathologisierte Empfindlichkeiten nach den älteren Vorstellungen in die Nähe des Wahnsinns rückten, ändern sich nun die Spielregeln. Auf Empfindlichkeitssymptome werden die Logiken der Krankenrolle angewendet, wie sie von chronischen Krankheiten bekannt sind. Damit wird durchgesetzt, dass die Betroffenen für ihr Leiden nicht verantwortlich sind, schließlich befinden sie sich in der medizinischen Versorgung, in der generell die Unschuldannahme gilt. Zunächst suchen Ärztinnen und Patienten nach einer physiologischen Erklärung für die Beschwerden. Kann diese nicht oder nur teilweise belegt werden, werden die Ursachen entsprechend der zur Verfügung stehenden Krankheitsschablonen bei anderen und in der Umwelt gesucht, womit persönliche Zuschreibungen für die Krankheit in kollektive Verantwortung übergeht.

In die Darstellung der Symptome und deren Bewertung als Krankheit gehen die Handlungslogiken sowie die Motiv- und Interessenslagen der Beteiligten – von Ärztinnen und Patienten – ein, deren Rollenformulierungen sich mit den neuen Krankheiten verändern. Im Gegensatz zu älteren szientistischen Krankheitsdeutungen wirken die neuen Vorstellungen qua medialer Inszenierung auf die Inter-

aktion zwischen Patientinnen und Ärzten ein. Vor allem in Ratgebern und in veröffentlichten Leidensgeschichten werden diese Wissensbestände bereitgehalten, die bei den Betroffenen auf fruchtbaren Boden fallen. Ihre damit angefüllte Schilderung sowie die Medialisierung erzeugt bei den Ärztinnen einen strukturellen Handlungsdruck, dem sie sich nur vereinzelt entziehen können (Rossmann 2014), denn schließlich können sie den Patienten die Schmerzen oder Empfindlichkeiten nicht absprechen. Mehr noch: In unseren Interviews mit Praktikerinnen wird deutlich, dass sie sich dafür zuständig sehen, obwohl sie wissen, dass die körperlichen Symptome ihren Ursprung in sozialen Beziehungen sowie persönlichen und strukturellen Dilemmata haben. Ärzte sind aber weder Sozialarbeiter noch Beziehungsproblemlöserinnen, noch Personalcoachs, schon gar nicht haben sie Einfluss auf den Arbeitsmarkt. Sie machen also das, was sie können: diagnostizieren und behandeln von Krankheiten mit den Werkzeugen, Verfahren und Wissensbeständen ihrer jeweiligen Spezialisierung.

In der Medizin ist nur die Krankheit Arbeitsgrundlage, nicht aber Gesundheit (Luhmann 1990). Beschwerden können daher nur als Krankheit bearbeitet werden, wofür Ärzte auf die wenig trennscharfen Schlüssel für die psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosen zurückgreifen, mit denen Alltagssymptome mehr und mehr klinische Realität werden. Diese Entwicklung kritisiert etwa einer der führenden Psychiater, Allen Francis (2014), als »diagnostische Inflation« von unscharfen und willkürlichen klinischen Erscheinungsbildern psychischer und psychiatrischer Erkrankungen. Nach dem neuesten Diagnoseschlüssel der American Psychiatric Association (des DSM V) wäre demnach jeder normale Gesunde pathologisierungsfähig. Auch auf der Ebene der Nosologie wird die Differenz von gesund und krank aufgelöst. Die soziologische Deutung geht allerdings über diese Kritikposition hinaus: Mit der Variabilität und Unschärfe der Diagnosen wird auf die multiplen Problemlagen der Patienten reagiert, die eben nicht nur gesundheitlicher Natur sind. Auf diese Weise werden deren Handlungsspielräume genauso erhöht, wie die soziale Kontrolle der Medizin bei Individualisierung und zunehmenden Individualrechten aufrechterhalten wird. Die neue Empfindlichkeitsmedizin erscheint von diesem Standpunkt aus als eine funktional notwendige Lösung der sozialen Kontrolle für die komplexer werdenden Lebenszusammenhänge in der spätmodernen Gesellschaft.

Angesichts ihrer vielfältigen Probleme erhoffen sich Patientinnen qua Konsultation eines Arztes Hilfe, um ihre Lebenssituation wieder in den Griff zu bekommen, ihre Lebensentwürfe zu stabilisieren und ihre Existenzgrundlage zu sichern. Ihre Krankenkariere beginnt vielleicht mit einem Gefälligkeitsattest, durch das sich der Arzt der Patientin verpflichtet, deren Probleme er nicht mehr abweisen kann. Auf der Suche nach der richtigen Diagnose können dann aber Lokalität und Art der Beschwerden variieren und Symptome sich verschieben, wodurch auch die ärztliche Zuständigkeit und Behandlungsideologie wechselt, für die die Patienten

bei diversen Arztbesuchen mal besser, mal schlechter ausgerüstet sind. Für beide Seiten lässt sich aus den Diagnosen Kapital schlagen, es müssen nur die Kosten in Rechnung gestellt werden: aufseiten der Ärzte, dass die Behandlung mühselig ist, wenig Erfolg verspricht und die Rechnung dafür von den Krankenkassen nicht bezahlt wird, und aufseiten der Patientinnen, dass sie von der Krankheit überwältigt werden und dauerhafte Marginalisierung droht.

Die ältere Definition der Krankenrolle, die noch auf die chronischen Krankheiten angewendet werden konnte (Gerhardt 1991, Parsons 1958), scheint für den neuen Krankheitstypus nicht mehr tauglich zu sein. Die Pathologisierung hängt von den Kompetenzen der Patienten ab, ihre Symptome in performativen Akten zu plausibilisieren: Indem dies auf Selbstreporten basiert und weniger auf der ärztlichen Expertise, gewinnen Patientinnen an Macht gegenüber den Experten, allerdings nur wenn sie die Semantik der Fachdisziplin beherrschen, an die sie sich wenden.

Das zu Expertenwissen transformierte kulturelle Kapital entscheidet also auch darüber, inwieweit sie ihre Ansprüche geltend machen können. Diesbezüglich zeigen sich in der vorliegenden Studie Unterschiede zwischen den neurologisch und den psychosomatisch behandelten Patientinnen. Dass das Wissen über Gesundheit und Krankheit in der Beziehung zwischen Ärzten und Patientinnen einem sozialen Gradienten unterliegt, ist schon für die chronischen Krankheiten bekannt (Boltanski 1976), allerdings verstärkt sich die Wirkung des kulturellen Kapitals noch einmal, wenn für die Diagnoseerstellung und die weiteren Verfahren auf objektive Befunde verzichtet werden kann und für die Krankenkariere ausschließlich das performative Vermögen der Symptompräsentation ausschlaggebend ist.

5.2 Die neue Bedeutung von Gefühl und Erleben

Das Pathologisierungsgeschehen lässt sich als institutionelle Reaktion auf die Abweichung von Empfindlichkeitsnormen auffassen. Somit sind auch Letztere selbst anzusprechen. Als Begründung für die Abweichung reicht es nicht aus, zu behaupten, dass Menschen empfindlicher geworden sind. Im Folgenden werden Vorschläge gemacht, inwiefern der Wandel psychophysischer Dispositionen als Teil umfassender gesellschaftlicher Veränderungen betrachtet werden kann, wobei davon auszugehen ist, dass die negativ bewerteten Gefühlsdispositionen nur vor dem Hintergrund des gesamten psychophysischen Spektrums zu verstehen sind. In die Analyse müssen also auch positiv bewertete Empfindlichkeits- und Erlebensinhalte wie Freude, Glück und Zuwendung eingehen, denn das Unangenehme ist hierbei in Relation zum Angenehmen zu setzen oder zumindest zu indifferenten Gefühlsgehalten (Pöppel 1995).