

Gesundsein und Kranksein im Verhältnis zu Anderen

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

Burkhard Liebsch

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sozialphilosophisch stellen sich so gesehen mehrere Aufgaben:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

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