

6. Chancen und Risiken der Pathologisierung

In der vorgestellten Typisierung kommen neben sozistrukturellen und kulturellen Wandlungsprozessen auch pluralisierte medizinische und therapeutische Deutungsangebote zum Ausdruck, sowohl in Bezug auf Wissensbestände als auch die Rollen, die jeweils eingenommen werden: Kranke haben die Möglichkeit, ihren Laienvorstellungen weiter anzuhängen, bestenfalls klassische Kranke zu werden, wenn es nicht mehr anders geht. Sie können sich zu Expertenpatientinnen entwickeln, ärztlichen Koryphäen und neuesten Trends folgen und therapeutische Vorstellungen unterschiedlicher Provenienz zum Lebenskonzept erheben. Manche sind aber auch gezwungen, im psychiatrisch-psychologischen Komplex mitzuspielen und dort gänzlich um ihren Selbstwert zu fürchten. Die eingeschlagenen Pfade korrespondieren mit den soziokulturellen Positionen, den vorgefundenen Versorgungsangeboten und den Deutungen der Empfindlichkeit. Sie unterliegen nicht der individuellen Entscheidung, sondern sind immer schon in Strukturen eingebettet. Abschließend werden einige weitere Verallgemeinerungen in Bezug auf Kopfschmerzen vorgeschlagen.

Es wurde herausgearbeitet, dass die Grenzlinien zwischen Normalverhalten (Gesundheit) und Abweichung (Krankheit) heute unspezifisch und variabel verlaufen und auch nicht mehr eindeutig von der Medizin definiert werden. Was Abweichung ist, steht zur Disposition, wird ausgehandelt und folgt situativen, individuellen und kollektiven Optimierungsinteressen sowie soziokulturellen Lagen. Krankheitsvorstellungen und das darauf bezogene Krankheitshandelns scheinen fluide geworden zu sein, das wurde anhand der Kopfschmerzen deutlich gemacht, die in sozialen Situationen moduliert und bewertet werden. Es sei allerdings hinzugefügt, dass es trotz der zunehmenden Graubereiche weiterhin Kernbereiche für die Zuweisung von Normalität und Pathologie gibt. Komplett fluide, unscharf und zufällig sind die Symptome (und ihre Bewertung) daher nicht, da sie sowohl in den sozialen und medizinischen Milieus als auch in den Krankenkarrieren eine relativ stabile Statur einnehmen.

Aus dem neuen Verhältnis von Norm und Abweichung ergeben sich jedenfalls neue Pathologisierungschancen. Dauerhaft von der Norm abweichende Empfindlichkeiten wie Schmerzen, Unzufriedenheit, unangemessene Aggression oder feh-

lende Zuwendung werden nicht mehr mit Alltagsmitteln bekämpft, sondern in Expertenhände gegeben. Es können zwei Logiken identifiziert werden, nach denen sie als Pathologien ausgewiesen und die neuen Krankenrollen ausgestaltet werden: zum einen das therapeutische Narrativ, das sich an einer neuen Bedeutung des Selbst und der Selbstorganisation orientiert, zum anderen das biomedizinische Paradigma, das mit neuen physiologisch-genetischen Vorstellungen neue Kollektive hervorbringt. Hinzugefügt sei, dass beide Diskurse sich überlagern und gegenseitig verstärken und dass innerhalb ihrer Felder auch die anderen Praktiken jeweils vorzufinden sind.

Die Krankheiten des Selbst: Opfer und Überlebende

In den Empfindlichkeitsdispositionen wird Subjektivität in ihrer abweichenden Form als Pathologie formiert und geht so in das gesellschaftliche Spiel ein. Diese Pathologisierung des Selbst ist allerdings gefährlich, denn damit rückt es in die semantische Nähe des Wahnsinns und der Gesellschaftsunfähigkeit, wenn Wirklichkeitskonstruktionen nicht mehr geteilt werden (Goffman 1973a, Dellwing 2008, Scheff 1972). Zudem besteht die Tendenz, die Schuld für die Krankheit bei sich selbst zu suchen, während der Körper in der konventionellen Krankheitsvorstellung entsubjektiviert ist, was bei Kranken und Gesunden für Entlastung sorgt.

Das therapeutische Skript liefert für die Frage der Schuld, der Selbstzuschreibung sowie im Hinblick auf das Risiko des Wahnsinns nun eine institutionell anerkannte Lösung: Schlechte, nicht authentische und falsche Gefühle sowie Abhängigkeit sind ungesund und bilden die Grundlage für neue Krankheitsdeutungen (z.B. Niewöhner et al. 2008). Als Krankheit wird die abweichende Empfindlichkeit aber auch externalisiert, indem hohe Anforderungen durch andere als legitime Ursache von Leistungsunfähigkeit anerkannt sind. Das Kalkül der Therapie besteht darin, die Ursachen den »sozialen Umständen« zuzuweisen, als deren Opfer sich die Patienten zu sehen lernen (Illouz 2009: 309f.).

Die Idee des Opferseins wird regelmäßig in psychologischen Schulungen weitergegeben, was auch in der vorliegenden Studie beobachtet wurde, sie ist zudem bereits massenmediales Allgemeingut. Dazu schreibt Illouz (2009: 310):

Die therapeutische Erzählung ist aus dem Umstand hervorgegangen, dass das Individuum zunehmend von einer mit dem Begriff der Rechte gesättigten Kultur umgeben ist. Das therapeutische Ethos stellt das Vokabular und die Grammatik zur Verfügung, um einen Anspruch auf »Anerkennung« zu artikulieren, den Anspruch, dass privates Leiden öffentlich anerkannt und geheilt werden sollte. [...] Dieser Mechanismus kann aus Leiden eine Opferrolle machen und aus der Opferrolle eine Identität.

Illouz weist auf die Kontingenz dieses Prozesses hin: Nicht jede Person, die eine Therapie aufsucht, nimmt für sich die Vorstellung des Opfers der Umstände in Anspruch. Viele Patienten erwarten eine konventionelle Behandlung ihrer Beschwerden und dass sie anschließend gesund sind. Vor allem Angehörige des alten Mittelstandes, aber auch des empfindlicheren Selbstverwirklichungsmilieus sehen sich nicht notwendigerweise in der Rolle eines Opfers. Die präsentierten Fallgeschichten aus der Psychosomatik zeigen jedoch auch, dass mit der Figur des Opfers moralische Probleme in Krankheiten übersetzt werden, wobei sich folgende Differenz etabliert: Leistung wird dem Ich zugeschrieben, Leistungsunfähigkeit dagegen externalisiert und die Verantwortung dafür anderen zugeschoben. Leistung ist nicht mehr von einer abstrakten und überpersönlichen Arbeits- und Lebensethik abhängig, sondern liegt an der ureigenen Individualität, die mit der therapeutischen Erzählung zu Tage gefördert wird. Dagegen werden pathologisch etikettierte Formen des emotionalen Ausdrucks qua Therapie aus dem Selbst herausoperiert und mit den Umständen (den sozialen Verhältnissen) identifiziert, in denen es sich befindet. Darüber hinaus kann eine Opferrolle Gewinn abwerfen, indem eine »symbolische Entschädigung« (Illouz 2009: 310) – die auch eine materielle Form haben kann – gefordert und gewährt wird.

Die Krankenrolle nach dem therapeutischen Skript ist indes von einer Doppelstruktur: Den Opferstatus können nur diejenigen effektiv ins Spiel bringen, die sich gleichzeitig als Überlebende ihrer Misere präsentieren, die etwa in Selbsthilfegruppen oder in Therapien hart an sich arbeiten, um ihr Problem zu lösen. Das Selbst, so Illouz (2009: 311), »ist in höchstem Maße für seine Selbsttransformation verantwortlich, wird jedoch für seine Defizite moralisch nicht verantwortlich gemacht«. Sie fasst zusammen (Illouz 2009: 327):

Der Grundpfeiler des großen therapeutischen Gebäudes ist also Selbstveränderung, die nur stattfinden kann, wenn zuvor Übel und Leiden definiert, etikettiert und kategorisiert wurden. Diese zweigleisige narrative Struktur bringt ihrerseits die zweigleisige moralische Welt heutiger Männer und Frauen hervor, in der sowohl Opfer als auch jene gefeiert werden, die ihre Notlage überwunden haben. Die duale narrative Struktur von »Opfern« und »Überlebenden« ist eine moralische Struktur, die dem Selbstsein einen moralischen Status verleiht.

Das Kalkül für die Plausibilisierung von Empfindlichkeit als Pathologie sowie als Darstellung von Subjektivität läuft über die Doppelrolle Opfer/Überlebender, die als Kern der Neuformulierung der Krankenrolle gelten kann. Mit der Figur des Opfers korrespondiert die Figur des Überlebenden, die dem Leiden durch den Willen, Individualität herauszuarbeiten, einen Sinn gibt. Krankheitshandeln ist nicht mehr ausschließlich dadurch motiviert, die Krankheit zum Verschwinden zu bringen, es ist vielmehr auch eine Suche nach sich selbst. Die Leistung besteht in der wiedererlangten Fähigkeit, sich als authentisch gefühltes Selbst darzustellen, was

als Überleben des Selbst apostrophiert wird, wobei mit dem therapeutischen Imperativ zu kooperieren ist. Das Überleben des Körpers, das semantische und praktische Motiv in den Knappheitgesellschaften bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, wird auf diese Weise in die Idee vom Überleben des Selbst ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts transformiert.

In der Doppelrolle Opfer/Überlebender verschiebt sich die Betonung von der Pflichtenseite der Krankenrolle (der Notwendigkeit zur Mitarbeit und dem Gesundungswillen) auf die Seite der Krankenrechte (das Recht auf Zuwendung und auf Entlastung von den Alltagsanforderungen): Die Figur des Opfers repräsentiert die Unschuld an der Krankheit, die Entpflichtung davon, Symptome umständlich im Selbstreport plausibilisieren zu müssen, sowie das Recht auf ein selbstbestimmtes (also nicht mehr durch Ärztinnen sanktionierte) Moratorium vom Alltag. Die Figur des Überlebenden wiederum repräsentiert die Pflichtenseite: die Anstrengung im Sinne des therapeutischen Narratifs, kooperativ an der authentischen Individualität mitzuarbeiten. Wird diese Pflicht erfüllt, lassen sich wiederum vielfältige Ansprüche erheben.

Die neue Identität muss beide Rollen austarieren, das ist ein Spiel mit Wagnissen: Das Opfer repräsentiert die Abweichungen und Unsicherheiten, was schnell gelernt ist. Das Risiko besteht allerdings darin, dass an der Rolle festgehalten wird und man eben nicht aus eigener Kraft aus der Misere herauszukommen meint, sodass die Transformation zum Überlebenden scheitert. Dies lässt sich im Sample der psychosomatischen Patientinnen erkennen. Im Rollenanteil der Überlebenden wird das Opfer relativiert und der durch Therapie erlernte Überschuss an Subjektivität in neue Lebensentwürfe eingebracht. Subjektivität – in Form des symbolischen Kapitals an Empfindlichkeiten – muss daher hervorgebracht bzw. vorhanden sein, was deren Aneignungsfähigkeiten voraussetzt. Insofern zeigt sich im »emotionalen Feld« die Distinktionswirkung emotionaler Ausdrucksfähigkeit zwischen Personengruppen mit unterschiedlichen Voraussetzungen der Aneignung des emotionalen Kapitals (vgl. Illouz 2009).

Krankheit (als institutionelle Zuweisung) ist dabei nicht einfach ein naturhafter Zustand, sondern steht für die Bearbeitung des Selbst. In der Krankheit spiegelt sich solcherart das sich optimierende Selbst wider, indem die Symptome in die Semantiken der Selbstbeschreibung eingehen. Therapeutinnen leiten dieses Narrativ an, machen sich die Optimierungsinteressen ihrer Patienten zunutze und zähmen die Wagnisse im neuen Identitätsspiel. Therapie und Selbsthilfe bieten »als eigenständiger Diskurs, als kommunikative Gattung und als soziokulturelle Institution« (Maassen 2011: 15) den organisatorischen und kollektivierenden Rahmen, in dem Subjektivität zu einem öffentlichen Gut wird und sich institutionalisiert. Mit der Deutung ihres Leidens als Krankheiten des Ichs verorten sich die Patienten nicht mehr allein im biomedizinischen Modell, sondern wenden darauf die therapeutische Erzählung an (Illouz 2009).

Kranke als Eliten: Patientenkollektive

Allerdings hat auch das biomedizinische Modell nicht ausgedient, denn die Pathologisierung von Empfindlichkeiten muss nicht notwendigerweise nach dem therapeutischen Skript organisiert sein. Erinnert sei an die Teilstudie zur neurologischen Behandlung der Kopfschmerzpatientinnen, deren Krankheitstheorie sich aus der Genetik und der Physiologie speist, mit denen Symptome der Empfindlichkeiten in einen biomedizinischen Bedeutungszusammenhang überführt werden. In der pathologischen Semantik ist die Biomedikalisierung das Pendant zum therapeutischen Skript, korrespondierend mit der Vorstellung einer Dichotomie von Körper und Geist. Zielt das therapeutische Skript ganz unmittelbar auf das Selbst und dessen emotionale Ausdrucksfähigkeit, geht es der Biomedizin nicht nur konventionell um eine Heilung des Körpers, sondern neuerdings auch um dessen Optimierung (z.B. Heyen 2018).

Allerdings wird damit ein Umweg beschritten, denn die neuen Körperdeutungen zielen ebenfalls auf das Selbst, nur wird dabei ein geringeres Wagnis eingegangen. In den medizinischen Denkweisen kommt es jedenfalls zu Veränderungen: Im Gegensatz zum älteren Modell der konventionellen Medizin geht es der neueren Medizin nicht mehr um Heilung bzw. Wiederherstellung eines als krankhaft definierten Zustandes, sondern um einen verbessерungsbedürftigen Körper, dessen Defizite und Potenziale Patienten und Ärztinnen gemeinsam abstimmen (z.B. Sauter und Gerlinger 2012, Wagner 2017). Die neuere Medizin stattet ihre Kranken mit physiologischen Expertentheorien aus, womit sie ihren Alltag gestalten und bei Bedarf einen Krankenlebensstil führen können. Ausgehend vom szientistisch definierten Körper, werden Symptome und Diagnosen bei Bedarf auch auf das Selbst angewendet. Wann und ob solche Krankheitstheorien aufgenommen werden, hängt von den Kontingenzen der Krankenkarrieren, der Lebenslagen und der Lebensentwürfe ab.

Die gegenseitige Abstimmung von Krankheitstheorien, Körperpraktiken und Lebensentwürfen wird vom Krankenkollektiv unterstützt. Während die Medizin des 19. und 20. Jahrhunderts Kranke voneinander getrennt hat, um Symptome und Ätiologien zu identifizieren, auf deren Grundlage Nosologien entwickelt und Behandlungen durchgeführt wurden (Foucault 1973), unterstützt die neuere Medizin die Vergemeinschaftung der Kranken, sie werden nicht mehr voneinander abgeschirmt, sondern in Kollektiven desselben Symptomtyps in den Kliniken zusammenge schlossen, wodurch sie die Möglichkeit erhalten, sich vielgestaltig untereinander auszutauschen. So entstehen aufgeklärte mündige Expertenpatientinnen, was der Medizin wiederum vielfältige Erkenntnisgewinne gestattet, wenn sie die Patienten selbst als Beobachter und Organisatoren ihrer Krankheit einstellt (z.B. Jellen et al. 2018, von Reibnitz et al. 2001). Die vorliegende Studie zeigt jedenfalls,

dass sie durch den Austausch untereinander ihre Symptomaufmerksamkeit schärfen und sich auf ihre Krankheiten abonnieren können.

Auf die neuen Kollektivierungen lässt sich das Konzept der »Biosozialitäten« von Paul Rabinow (2004) anwenden. Demnach werden Krankheiten als neue Normen von anzuerkennenden Identitäten verhandelt, mit denen Ansprüche öffentlich durchgesetzt werden. Im Rückgriff auf die im Rahmen der Science and Technology Studies entwickelten Konzepte der Hybridisierung von Natur und Kultur (vgl. Bel-liger und Krieger 2006) wird postuliert, dass sich die Kategorien des Sozialen und der Natur als eigenständige ontologische Bereiche zunehmend auflösen. Rabinow (2004: 139) prognostiziert, dass »die Natur in der Biosozialität auf der Grundlage von Kultur modelliert werden [wird]«. Mit dem Auflösen der Differenz von Natur und Kultur wird auch das Verhältnis von normal und pathologisch ein flüider Ge-genstand in den Diskursen. So werden biomedizinische Verfahren nicht mehr nur als Behandlung kranker Körper zum Zwecke der Heilung, sondern auch als Ver-besserung (»Enhancement«) weitgehend gesunder und unbeeinträchtigter Körper gesehen. Menschliche Körper sind nicht mehr naturhaft, sondern stehen zur Dis-position, egal ob sie krank, gesund oder gar sterbend sind. Wehling et al. (2007: 548) schreiben dazu, dass sich »infolgedessen [...] auch die alltagsweltliche Wahrneh-mung von ›Krankheit‹ als Abweichung von einem natürlichen normalen Zustand des menschlichen Körpers aufzulösen [beginnt]«.

Auf der Basis von als verbesserungsbedürftig etikettierten Körpern bilden sich kollektive Identitäten, in deren Mittelpunkt leidvolle Symptome, physiologisch definierte Pathogenesen und genetische Dispositionen stehen. Unterstützt durch die neuen Krankheitstheorien werden so auch Empfindlichkeitsdispositionen mit Krankheitswerten belegt und persönliches Betroffensein kollektiviert. Dabei kommt es durchaus zu Überschneidungen mit dem therapeutischen Diskurs, der virtuos eingesetzt werden kann. Auf der Suche nach Anerkennung werden die Pathologien der Empfindlichkeiten in Anschlag gebracht, Identitäten formiert und dafür nach organischen Ursachen gesucht.

Die Kranken setzen mithilfe expertieller Krankheitstheorien ihre Sicht der Welt durch. Zuschreibungen, die diese Wahrheiten infrage stellen, werden als falsch und irreführend ausgewiesen. Der Zweifel an der Glaubwürdigkeit ihrer Krankendeutung verstärke gar noch ihre Leiden und führe weiter in die Pathologie, so wird behauptet. In den Krankheitstheorien erkennt man sich wieder, sie stellen nicht nur Authentizität her, sondern sorgen auch für Besonderheit und Selbsterhöhung. Ab-gewiesen wird das Alltägliche und Ubiquitäre der Missemmpfindung. Die biomedizi-nische Deutung verhindert zudem die persönliche Zuschreibung am Verschulden und errichtet eine Barriere zur Geisteskrankheit sowie zur genetischen Degenera-tion, wie sich auch am Beispiel der Migräne beobachten lässt (vgl. auch Kempner 2014).

Anhand der neurogenen Migränetheorie lässt sich etwa darstellen, dass Migräne zwar häufig vorkommt, aber trotzdem Individualität beansprucht, weil man an besonderen Symptomen leidet, nicht an ganz normalen Kopfschmerzen. Wenn gleich »Volkskrankheit«, ragt man mit »seiner« Migräne aus der Masse heraus. Auch sei Migräne keine Krankheit eines bestimmten Persönlichkeitstyps, wie es etwa eine psychoanalytisch informierte Theorie formulieren würde, denn sie ist eine Organkrankheit und keine Wahnlidee. Das Beispiel macht deutlich, dass Krankheiten ihre Patienten mit besonderen Empfindlichkeitsqualitäten einer Leistungselite ausstatten können. Aus physiologischen (nicht psychologischen) Abweichungen werden Verhaltens- und Persönlichkeitsdispositionen mit ausgeprägten Legitimitätswirkungen.

Krankheiten und körperliche Abweichungen werden zum Kristallisierungskern von entsprechenden Moralunternehmungen. Die Patientenvereinigungen gehen vielfältige Koalitionen zu Expertenorganisationen, Politik, Wirtschaft, Bildung, Wissenschaft, Medien und Medizin ein, deren Interessen ebenfalls berücksichtigt und mit denen Ansprüche auf der gemeinsamen Basis des neuen Krankheitsbegriffs durchgesetzt werden. Tatsächlich bildeten sich in den letzten 20 Jahren aus der Selbsthilfebewegung Patientenorganisationen, die nicht mehr nur einen alltagsweltlichen Zusammenhalt bieten, sondern sich auch zunehmend politisch engagieren (Beispiele dafür in Lemke 2010: 28ff.).

Diese Krankheitsvorstellungen sind ideologisch unterfüttert und Gegenstand einer öffentlichen Identitätspolitik, in der Empfindlichkeitskollektive ihre Interessen, insbesondere nach Anerkennung, durchzusetzen versuchen. Krankheiten werden zum Transportbehältnis für kollektive Identitäten und sind mit einem hohen Skandalisierungspotenzial versehen. Die Leidensdimensionen würden regelmäßig unterschätzt, sowohl bei den »Volkskrankheiten« als auch bei seltenen Krankheiten. In jedem Fall wird Unterversorgung und mangelnde öffentliche Aufmerksamkeit angeklagt. Um einzelne Krankheiten herum organisieren sich Patientinnen und skandalisieren die mit ihren Beeinträchtigungen einhergehenden persönlichen Leiden als zentrales Gesundheitsproblem. Bei dieser Transformation auf die politische Bühne werden immense soziale wie ökonomische Kosten ins Spiel gebracht – die soziale Isolation der Betroffenen, die Kosten für belastete Familien oder eben rein monetär im Erwerbs- und Gesundheitssystem. Vor dem Hintergrund von Gerechtigkeitspostulaten wird die fehlende Anerkennung als krank machende Benachteiligung angeklagt und die Notwendigkeit der Emanzipation des Krankenkollektivs begründet.

Risiken der Synthetisierung des Selbst

In psychologischen und medizinischen Komplexen, deren Wirkungen sich gegenseitig verstärken, sind Patientinnen nicht mehr die Gegenspieler von Therapeu-

ten und Ärztinnen (wie noch im Bürgertum des 19. Jahrhunderts), die von der Behandlung überzeugt werden müssen, sondern Mitspielende. Krankheit wird nicht mehr relativiert, sondern Körper und Empfindungen als auf Dauer verbesserungsbedürftig anerkannt. Das neue Geflecht von Medizin und Psychologie konstituiert dafür neue Normen, die Legitimität erhalten, und neue Identitäten, die Anerkennung beanspruchen. Gänzliche Heilung (also das Verschwinden der Krankheit) würde bedeuten, Identitäten abzuerkennen, die konventionell gesehen auf einer Abweichung geruhen, und ist deshalb vielfach nicht angestrebt, stattdessen eine Optimierung, ohne dass der Basisbestand an pathologisierungsfähigen Empfindlichkeitsdispositionen aufgegeben wird. Insofern organisiert die Empfindlichkeitsmedizin die Abweichung von den Normen der Selbstoptimierung (z.B. Bröckling 2007, Hardering 2011, Neckel und Wagner 2013).

Empfindungen sind dabei weder spontan, noch verflüchtigen sie sich. Genauso wie in optimierten Erlebnis- und Therapiewelten positive Erlebnisse als stabile und abrufbare Inhalte institutionalisiert sind, stellen die neuen Krankheitsdeutungen Missemmpfindungen und Unwohlsein als stabile und zeitresistente Erfahrungsgehalte auf Dauer. In der Form von Pathologien werden sie in Karrieren des Körpers und seines Erlebens überführt, in Sprache kanalisiert, die Verständigung ermöglicht, in Lebensentwürfe integriert sowie als eigene Gruppe (mit den gleichen Symptomen) gegenüber anderen (ohne oder mit falschen Symptomen) definiert. Die neuen Deutungen bieten Antworten für das schwer durchschaubare Verhältnis von Normalität und Pathologie. Über mediale Inszenierungen, Expertenwissen und Expertenpraktiken werden institutionell zugewiesene Aufmerksamkeiten zu Alltagsbeständen von Empfindungen. Wie genau dieser Prozess abläuft und welche Pfade im Einzelnen eingeschlagen werden, ist abhängig von den sozialen und medizinischen Milieus, in denen die Abweichungen ausgetragen werden, den biografischen Entwürfen, der Lebenssituation sowie den Praktiken und Semantiken der Empfindlichkeit.

Die neuen Handlungskalküle sind Reaktionen auf eine Diskrepanz: Einerseits haben sich Krankheiten und soziale Probleme, die mit Existenzgefährdender Handlungsunfähigkeit einhergehen, seit den letzten 150 Jahren erheblich reduziert. Dadurch aber rückten mehr und mehr Krankheiten der Empfindlichkeiten in den Blick der Öffentlichkeit, die mit dem parallel wachsenden Wohlstand korrespondieren, der zwar ungleich verteilt ist, aber von dem auch die unteren Schichten profitieren, wenngleich in geringerem Ausmaß als die oberen Schichten. Trotz der Beschleunigung und Verdichtung des Lebens muss konstatiert werden, dass heute weitaus komfortabler gelebt wird als zu Beginn der Moderne (Schröder 2018). Doch paradoxerweise werden die neuen Krankheiten, die für Leib und Leben weitaus weniger gefährlich sind als die der Knappheitsgesellschaften, heute offenbar in viel geringerem Maße hingenommen. Vielmehr wird ihnen weitaus

mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den Infektionskrankheiten des 19. und 20. Jahrhunderts.

Dieser Widerspruch zwischen objektiv verbesserten Lebensbedingungen und zunehmender Klage ist eines der unterschiedlichen Handlungskalküle in Knappheits- und in Überflussgesellschaften. Die Handlungsoptionen in Knappheitsgesellschaften sind begrenzt, überschaubar und beziehen sich vor allem auf die Ökonomie der unmittelbaren Existenzsicherung, die seit dem 19. Jahrhundert über den Markt organisiert ist. Damals stand die Masse der sich kollektiv organisierenden unterdrückten (aber freien) Arbeiter und Arbeiterinnen den (weitgehend) Einzelnen der Unternehmer und Geschäftsleitungen gegenüber. Die Logiken darin sind verhältnismäßig einfach über Angebot und Nachfrage zu verstehen, und alle Lebensbereiche wurden unmittelbar den Marktgegebenheiten (und nicht mehr der Tradition oder der Religion) untergeordnet. Das Leben unter Überflussbedingungen bringt dagegen Optionen hervor, die nicht mehr ohne weiteres einzige mit den älteren finanziökonomischen Marktmechanismen bewältigt werden können. Erwerbs- und Familienbiografien sind selbst zu steuern und zudem nicht mehr automatisch aufeinander abgestimmt. Das Konsum- und Erlebnisverhalten folgt ebenfalls Distinktionslogiken. Existenzsicherung ist inzwischen eine ganz selbstverständliche Hintergrunderwartung geworden (wozu auch die Sicherheit des Lebens gehört), die in den gesellschaftlichen Unterbau eingegangen ist, über den kaum jemand mehr nachdenkt. Die Idee, dass man nicht überleben könne, wird zu einer in den Raum der Psychiatrisierung verwiesenen Randerscheinung. In den Wohlstandsgesellschaften gibt es nicht nur einen Überfluss an Konsum, sondern mit den vielfältigen Angeboten auch einen Überfluss an Entscheidungsnotwendigkeiten. Neben ökonomischen Märkten existieren Märkte für Kunst, Freizeit, Kommunikation, Partnerschaft, Ideologien, Lebensentwürfe und Lebensstile mit ihren mannigfaltigen Angeboten und Wahloptionen. Neben Geld treten andere Währungen: Zeit, Körpertechniken, Emotionen und Aufmerksamkeit, die es zwar schon immer gab, die nun aber auseinandertreten und eigene Bereiche mit eigenen Kalkülen beanspruchen. Es sind nun nicht mehr nur die Güter zu wählen, sondern auch die Prinzipien und die Prioritäten zu bestimmen, nach denen zu entscheiden ist, sowie die Art und die Höhe der Währungen, in denen bezahlt wird für die Optimierung des Reichtums, des Wissens, der Kommunikation, des materiellen Konsums, des Körpers oder der sozialen Kontakte. Für die Synthesierung dieser unterschiedlichen Logiken zu einem Gesamtentwurf müssen die Mitglieder einer Gesellschaft ausgerüstet sein.

Die Gesellschaft der »riskanten Freiheiten« (Beck und Beck-Gernsheim 1994) überfordert allerdings einige ihrer Angehörigen und gaukelt ihnen im Missverständnis ungehinderter Freiheiten die uneingeschränkte Teilnahme an diesen Spielen vor, obwohl sie weder deren Handlungs- und Distinktionslogiken verstehen noch die Fähigkeiten und Ressourcen (Kapitalsorten und -höhe) dafür

besitzen. Beim Versuch mitzuspielen überschulden sie sich und ihren Körper und suchen den für legitim gehaltenen Ausweg in der Krankheit. Zu viele Angebote, zu viele Kombinationsmöglichkeiten und zu viele Währungen lähmen die Gestaltungskompetenzen.

Doch eines haben wir in jedem Fall: unseren Körper, von dem alles ausgeht, mit dem wir handeln, der aber nun auch Gegenstand gewählter Veränderungen ist. Der Körper ist das, was uns bleibt, auf ihn können wir uns beziehen, wenn wir zwischen den Optionen zu entscheiden haben. Im Versuch, in einer komplexen Welt Komplexität zu reduzieren, wird sich auf den »Körper als Träger des Selbst« (Field 1978) festgelegt – wenn gar nichts mehr geht, eben auf einen kranken, verbeserungsbedürftigen oder empfindlichen Körper. Er ist der Resonanzraum, in dem sich Biografien erzählen und Lebensentwürfe entwickeln lassen. Schließlich ist der Körper manipulierbar und ebenfalls Gegenstand von Entscheidungsprozessen.