

Gesundheit als Obsession? Über den Umgang mit „Kranksein“ in der Geschichte der Gesundheitserziehung¹

Meine Damen und Herren, ich möchte diese Tagung mit einer kleinen Provokation beginnen – einer Provokation, die auf den ersten Blick vielleicht nicht unbedingt hierher gehört, die auf den zweiten Blick allerdings sehr „nützlich“ sein kann für das, was ich als einen professionellen Umgang mit dem Thema „Gesundheit und Krankheit“ bezeichnen möchte. Es wird in meinem Vortrag also nicht nur um das Thema Gesundheit gehen, sondern auch um Krankheiten bzw. die Tatsache des Krankseins von Menschen.

Dabei fasse ich den Erziehungsbegriff – aus einem historischen Verständnis heraus – sehr weit und begreife unter Erziehung, speziell Gesundheitserziehung, jede absichtsvolle Handlung mit dem Ziel, die Gesundheit eines anderen Menschen oder anderer Menschen dauerhaft im Sinne einer Verbesserung zu fördern.

Warum – so werden Sie fragen – soll es für mich „nützlich“ sein, etwas über eine jahrhundertealte Tradition (über die Geschichte der Gesundheitserziehung oder auch -förderung) zu erfahren – das mag ja vielleicht inspirierend sein: aber nützlich?

„Nützlich“ – so würde ich Ihnen dann antworten – insofern als zur Professionalität in sozialen Berufen nicht nur Wissen (im Sinne von Fachwissen) und die in der Regel erst in der Praxis erworbenen so genannten Handlungskompetenzen gehören, sondern auch die Fähigkeit, mit Krisen reflexiv, also in einem positiven Sinne nachdenklich umzugehen. (Unter Krisen verstehe ich hier die so genannten Wirkungskrisen: Krisen, die dadurch ausgelöst werden, dass die Dinge im Berufsalltag nicht so funktionieren, wie Sie es sich als professionell Handelnde vorstellen.)

Und tatsächlich sind mit gesundheitsbezogenem Handeln einhergehende Wirkungsannahmen heute in unser aller Köpfe. Gesundheit wird danach als herstellbar, als „machbar“ betrachtet, sei es durch die richti-

¹ Der Vortragstil wurde beibehalten.

ge Medikation, durch Technik und Techniken oder auch durch Erziehung und Bildung.

Es geht mir also darum, durch den Blick in die Geschichte eine positive Nachdenklichkeit zu erreichen – eine Nachdenklichkeit, die das scheinbar Selbstverständliche (nämlich: den Glauben, Gesundheit wirkungsvoll herstellen zu können) als nicht selbstverständlich erkennt und die der gegenwärtigen Ambivalenz helfender Berufe zwischen einem von Idealen geprägten Selbstverständnis („Gesundheit für möglichst viele oder gar für alle Menschen“) und bestehenden ökonomischen Zwängen ganz andere, nämlich „alternative“ Umgangsweisen mit dem Thema Gesundheit gegenüberzustellen vermag.

Nicht weil in den historischen Alternativen die „besseren“ Möglichkeiten liegen, sondern weil erst die Benennung der Alternative es erlaubt, das, was wir zunächst für ganz „normal“ halten – nämlich Gesundheit als „etwas Herstellbares“ und zugleich als allgemeingültiges Ideal zu betrachten –, in seiner Besonderheit, als eine historisch gewachsene Verhaltensnorm, zu erkennen.

Als historische Norm prägen die Vorstellungen von Gesundheit als „machbar“, als scheinbar unhinterfragbares Ideal den Umgang von Menschen seit der so genannten Aufklärungszeit, in Deutschland seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert – und zwar hier zunächst noch standes- bzw. klassenspezifisch gebunden.

Als schichtenübergreifende – und damit generalisierte – Norm ist die Vorstellung von Gesundheit als „höchstes Gut“ allerdings erst wenige Jahrzehnte alt. Stellvertretend hierfür steht die Aussage: „Gesundheit muss ... zum Thema der gesamten Bildungs- und Entwicklungsgeschichte eines (jeden, A. S.) Menschen gemacht ... werden“ (Hurrelmann 1991, S. 213).

Aus meiner Perspektive – also aus einer historischen Perspektive – möchte ich dieser Aussage ganz bescheiden ein kleines Wörtchen hinzufügen, nämlich die Frage Warum? „Gesundheit muss ... zum Thema der gesamten Bildungs- und Entwicklungsgeschichte eines Menschen gemacht ... werden.“ – Warum? Oder genauer gefragt, wo liegen die historischen, die gesellschaftlichen Voraussetzungen, die zu einem solchen Verständnis führen konnten?

Selbstverständlich lässt sich eine solche Frage, lassen sich die damit verbundenen Problemlagen in so kurzer Zeit nicht umfassend beantworten. Mir bleibt also nur, einige Schlaglichter auf die Geschichte der Gesundheitserziehung, auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert zu werfen (vgl. hierzu auch Stroß 1996). Dabei werden mich folgende Fragen interessieren: Welche Vorstellungen verbinden sich im Durchgang durch die Geschichte mit dem Thema „Gesundheit und Krankheit“? Worin liegen die jeweiligen Besonderheiten? Und: Welche Konsequenzen lassen sich aus den hier gewonnenen Erkenntnissen für einen professionellen Umgang mit Gesundheit und Krankheit bzw. Kranksein ziehen?

Dazu möchte ich Ihnen zunächst – in Teil 1 – anhand eines Beispiels verdeutlichen, wie sich Gesundheit und bürgerliche Moralvorstellungen im 18. Jahrhundert miteinander verbunden haben. Ein Exkurs – Teil 2 – wird Sie auf einen ganz anderen Umgang mit dem Thema Gesundheit und Krankheit aufmerksam machen. Es bleibt – in Teil 3 – die abschließende Frage danach, welche Schlussfolgerungen sich für einen professionellen Umgang mit dem Thema Gesundheit und Krankheit bzw. Kranksein ziehen lassen.

Ich komme zum ersten Teil meiner Ausführungen, der historischen Verknüpfung von Gesundheit und Moral:

1. Gesundheit und bürgerliche Moralvorstellungen

Die Geschichte der Gesundheitserziehung kann aus unterschiedlichen Perspektiven oder Blickwinkeln gesehen werden. Ich biete Ihnen an, eine Vorderbühne und eine Hinterbühne dieser Geschichte zu betrachten. Auf der Vorderbühne steht in großen Lettern der Begriff „Gesundheit“, auf der Hinterbühne stehen die Vorstellungen, die sich eher unschwellig mit dem Thema Gesundheit verbunden haben. Denn worum ging es vor 100, 200 Jahren, wenn von „Gesundheitserziehung“ gesprochen wurde (zur begrifflichen Problematik vgl. Stroß 1995, S. 169; vgl. auch Stroß 2000)? Es ging um den Erwerb bürgerlicher Tugenden; es ging um Ordnung, Reinlichkeit und Sittsamkeit, und es ging um die „Stärkung der Volkskraft“, um den „Dienst am Gesamtwohl“ und Ähnliches. Gesundheitserziehung diente in ihren Anfängen zunächst der Normierung der Massen – und das war vor allem die bäuerische Bevölkerung auf dem Lande. Und sie stand im Dienste des Staates, zunächst

der deutschen Kleinstaaten mit Preußen als Vorbild, nach 1871 im Dienste des zur Nation geeinten Kaiserreichs. Wer entzog sich dieser gleichmacherischen Norm? Um 1800 war es der – vom Bürgertum gerne als „lasterhaft“ bezeichnete – Adel, nach 1900 waren es Teile des Bürgertums selber.

Thematisiert wurde Gesundheitserziehung seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert vor allem in den Volksschulen, den Vorläufern der heutigen Grundschulen. Zur Verbreitung gesundheitsförderlicher Maßnahmen trugen die so genannten Philanthropen, die „Menschenfreunde“, bei, indem sie die ersten Lesebücher verfassten mit Ratschlägen zur Gesunderhaltung des Körpers und zum richtigen Umgang mit Krankheiten.

Eines der bekanntesten Lesebücher ist der 1800 von Friedrich Philipp Wilmsen veröffentlichte, im Laufe des 19. Jahrhunderts immer wieder neu aufgelegte „Brandenburgische Kinderfreund“. Ein kurzes Beispiel daraus:

„Ferdinand“, so heißt es hier, „nahm sich des Morgens nie die Zeit, sich zu waschen und zu kämmen, und seine Kleidungsstücke gehörig zu säubern. Er spottete wohl gar über seine reinliche Schwester Marie, wenn sie sich bei dem Aufstehen sorgfältig den Mund mit reinem und kaltem Wasser ausspülte, die Zähne putzte, das Gesicht, den Kopf und die Ohren wusch, und dann ihr langes Haar mit vieler Mühe auskämmte. Diesem guten Beispiele folgte der unreinliche Ferdinand nicht Daher erlebte er auch manche Schande. Kam er in die Schule, so hieß ihn der Lehrer oft wieder hinausgehen und sich waschen, und eben so oft mußte er im Winkel stehen. ... Ja, er bekam sogar endlich einen ekelhaften ansteckenden Ausschlag an den Händen, den man die Krätze nennt, und durfte nun eine lange Zeit gar nicht mit anderen Menschen umgehen. Jeder verachtete ihn, und keiner mochte bei dem schmutzigen Ferdinand sitzen. Dagegen wurde die reinliche Marie überall gern gesehen, und von allen Menschen wegen ihrer Reinlichkeit geschätzt und geliebt. Sie sah immer gesund und frisch aus, und durfte sich nie schämen.“ (Wilmsen 1800, S. 175)

Diese und andere Texte mussten die Schüler und Schülerinnen damals auswendig lernen und aufsagen. Durch das Auswendiglernen, so nahm man an, würde sich der Inhalt einprägen – und würden die hier genann-

ten Beispiele durch ihre abschreckende Wirkung dazu beitragen, dass die Kinder sich dementsprechend verhalten: sich regelmäßig waschen, um auf diese Weise die damals so häufigen Hauterkrankungen und Hautausschläge, aber auch Läuse und anderes Ungeziefer zu vermeiden usw. Von diesen Geschichten gab es in den Lesebüchern noch einige mehr. Sie betrafen beispielsweise das richtige Essen und Trinken, die saubere Wohnstube, den Alkoholmissbrauch (bereits bei Kindern! – denn traditionell wurden Säuglinge und Kleinkinder mit Alkohol oder Opium ruhig gehalten!), sie betrafen die richtige Kleidung – und auch das richtige Schlafen.

In der Darstellung der Geschichten wird also – so könnte man aus heutiger Sicht sagen – auf folgenden „Trick“ zurückgegriffen. Hergestellt wird nämlich eine Verbindungslinie zwischen gesundheitsbewusstem Verhalten (in diesem Fall also: Sauberkeit), Tugendhaftigkeit und schließlich sozialer Anerkennung. Also: Derjenige, der sich nicht wäscht und schmutzig bleibt, sei kein „guter Mensch“. Folglich findet der schmutzige Ferdinand im Lesestück keine Anerkennung und keine Freunde.

Gesundheitserziehung im ausgehenden 18. Jahrhundert, übrigens bis weit in das 19., teilweise sogar noch bis in das 20. Jahrhundert hinein, ist also sehr stark mit Moralvorstellungen, mit Vorstellungen von bürgerlicher Tugendhaftigkeit verbunden und arbeitet vor allem mit abschreckenden Beispielen.

Dass jemand krank wurde, führte man, ganz allgemein, auf seine schlechte, seine „unmoralische“ Lebensweise zurück (zu viel Alkohol, zu spätes Aufstehen usw.) und auf sonstige „Unmäßigkeiten“ (wie Völlerei, zu wenig Bewegung an frischer Luft und falsche Kleidung). Krankheiten wurden in diesem Zusammenhang als „selbstverschuldet“ – und nicht mehr als „gottgegebenes Schicksal“ betrachtet. Der Besuch von Schulen war insofern wichtig, als hier die Kinder der Bauern, die Kinder der Armen erstmals in größerer Zahl erreicht wurden (immerhin besuchte im frühen 19. Jahrhundert ungefähr jedes zweite Kind in Preußen-Deutschland eine Volksschule!) und damit in einem bisher nicht gekannten Ausmaß Kindern bürgerliche Wertvorstellungen vermittelt werden konnten. Sozialhistoriker sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Gesundheit“ als „Obsession“ des Bürgertums, also einer Art Zwangsvorstellung oder auch Zwangsneurose, die die Herausbildung

des Bürgertums seit der Aufklärungszeit begleitet hat (vgl. Göckenjan 1985; allgemein hierzu Labisch 1992; Hudemann-Simon 2000).

Rund einhundert Jahre später – um 1900 – sind die moralischen Appelle im Rahmen der Gesundheitserziehung weiterhin typisch. Zu den alten Themen (also: Ernährung, Kleidung, Bewegung usw.) kommen jetzt allerdings neue hinzu. Das ist vor allem die Überbürdungs- oder Überlastungsproblematik bei Schülern und Schülerinnen (hier vor allem in den Gymnasien), das sind Kurzsichtigkeit, Rückenverkrümmungen und Nervenkrankheiten, die – wie man annahm – nicht zuletzt durch die Hektik in den Großstädten und die neuen Transportmöglichkeiten, vor allem die Eisenbahn, hervorgebracht würden. Krankheit wird in den Lesebüchern für Volksschulen nach wie vor als Folge von Unmäßigkeiten, von unmoralischem Verhalten begriffen.

Es geht also weiterhin darum, der heranwachsenden Generation – unter dem Deckmantel der Gesundheitserziehung – Ordnung, Sittsamkeit und Tugendhaftigkeit beizubringen.

Begründet wird die Notwendigkeit schulischer Gesundheitserziehung – nach der Reichsgründung von 1871 – jetzt noch stärker nationalstaatlich. In den entsprechenden Empfehlungen zur Gesundheitserziehung liest man von der notwendigen Stärkung der „Volkskraft“, vom notwendigen Dienst am „Gesamtwohl“ usw. Der Kranke – so wird hier erklärt – falle dem Staat zur Last und er koste den Staat zusätzlich Geld. (Ein wohl zynisches, durch den Ausfall der Arbeitskraft und die seit den 1870er Jahren eingeführte Krankenversicherung im Kern aber durchaus richtiges Argument.)

Welche Vorstellungen haben sich mit dem Thema „Gesundheit“ seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert noch verbunden?

Interessant ist mindestens eine weitere Dimension, die ebenfalls dem bürgerlichen Denken entsprang und die in dieser Radikalität heute so wohl nicht mehr zu finden ist: eine sozialkritische Dimension nämlich, die die Gesundheit von Menschen mit einem sozialutopischen Denken und dem Ideal einer „neuen“ Gesellschaft verknüpft.

Danach werden Krankheit und Elend auf die Unterjochung von Menschen zurückgeführt, während Gesundheit als allgemeines Gut einer

klassenlosen Zukunftsgesellschaft beschrieben wird. Ich zitiere eine Passage aus dem Werk des Philanthropen, Erziehungs- und Sozialreformers Salzmann: „Ich sahe braune Jünglinge, die in ihren Armen hielten Jungfrauen, deren Wangen lieblich waren wie die Morgenröthe, und deren Augen funkelten wie die Sterne Gottes ... Und ich sahe mich umher weit und breit, und siehe, da ward unter allen Menschenkindern nicht gefunden ein buckliger, oder pockengrübiger, noch ein solcher dessen Schenkel krumm gewachsen waren ... Auch ward nicht gefunden ein bleicher, man sahe nirgends Sorge und Gram, und hörte nicht Zank noch Streit, sondern sie waren allesamt munter und guter Dinge.“ Diese „bessern Menschen“, so heißt es hier weiter, werden kommen, „wenn der Herr sein Werk vollendet und das Reich der Unwissenheit, Dummheit und Bosheit zerstöret hat.“ (Salzmann 1784, S. 225/226) An einer solchen Sozialutopie, wie Salzmann sie hier entwickelt, konnte der auf seine ständischen Privilegien bedachte Adel keinen Gefallen finden.

Damit komme ich zum zweiten Teil meiner Ausführungen. Wie nämlich sah der ganz andere Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus?

2. Historische Alternativen im Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“

Anhand sozialgeschichtlicher und literarischer Texte lässt sich heute belegen, dass dem deutschen Adel im ausgehenden 18. Jahrhundert ein übermäßiges Streben nach Gesundheit eher suspekt war. Schließlich war dieses verbunden mit der Lebensweise oder besser: der Lebensnotwendigkeit nichtadliger Bauern und Bürger, Gesundheit als Tugend allein aus Gründen des Broterwerbs hochhalten zu müssen. Ein Beispiel liefert der – eben bereits zitierte – Ende des 18. Jahrhunderts veröffentlichte Sitten- und Bildungsroman „Carl von Carlsberg“ von Christian Gotthilf Salzmann.

Der Roman schildert – ganz im Sinne des damaligen Zeitgeistes – die Konflikte, die mit der geplanten Eheschließung zwischen einem Adligen und einer nichtadligen Bürgerstochter auftauchen und sich unter anderem in unterschiedlichen Gesundheitsverständnissen manifestieren. Während Carl, Sohn aus altadliger Familie, in seiner Verliebtheit von allen Standesunterschieden absieht und der noch unwissenden Mutter, der Frau Majorin von Carlsberg, die Gesundheit seiner Braut anpreist, stößt er doch nur auf Empörung und Ablehnung. In einem Brief

an die Mutter schildert er sein persönliches Frauenideal wie folgt: „Deine künftige Ehegenößin, dachte ich [mir], muß folgende Eigenschaften haben, sie muß schön, gefällig und scherzhaft seyn ..., sie muß Arbeitsamkeit und Einsicht in die Haushaltung haben Sie muß gesund und munter seyn, damit du gesunde und muntere Kinder mit ihr zeugen kannst. ... Ueber die Eitelkeit ist sie so weit erhoben, daß sie sich nicht einmal frisiren läßt ... Ihr Leib wurde nie durch eine Schnürbrust zusammengepreßt, und wird also Platz genug haben, daß Ihre Enkel darinnen sich bilden können. Daß ein so gesundes Mädchen auch gesunde Milch zu Stillung ihrer Kinder haben werde, zweifle ich im Geringsten nicht.“ (Salzmann 1787, S. 380–382) Leider fällt die Antwort der Mutter nicht wie erwartet aus. Voller Zorn schreibt sie: „Ungerathner Sohn! Ich habe mich noch nicht erholt von dem Aergernisse, den mir dein dummer Brief verursacht hat. Ich habe sechzehn Ahnen, und dein seliger Papa hatte vierzehn, und ist noch niemals unser Adel vom bürgerlichen Blute befleckt worden. Und du willst uns die Schande anthun, und ein Bürgermädchen in unsere Familie bringen? ... Du schreibst mir da von der Gesundheit der Jungfer! Was das nun für albernes Zeug ist. Was fragt denn der Adelige nach Gesundheit, wenn er sich verhey-rathen will. Ahnen und Geld mußst du suchen, wenn du eine Mariage treffen willst, aber nicht Gesundheit. Gesundheit mag der Bürger und der Bauer schätzen, der kein größer Gut kennt. Wer aber Ahnen hat, dem ist Gesundheit ein Bagatell. Es läßt überhaupt für eine gnädige Frau nicht, wenn sie zu gesund aussieht. Das ist bäurisch. Blasse Farbe und matte Augen, das geziemt sich für adeliche Damen. Du rechnest sogar auf ihre gesunde Milch! habe ich doch mein Tage so einen Pinsel nicht gesehen. Keine Kaufmannsfrau säugt ihr Kind mehr, und die Adeliichen sollten es thun? bersten möchte ich über solches elende bürgerliche Geschwätz. Die Kühe und Bäuerinnen, die stets um die Kühe sind, mögen ihre Jungen selbst stillen, aber für Personen von Extraction ist so eine viehische Gewohnheit Schande.“ (Salzmann 1784, S. 229–231)

Erst rund 100 Jahre später wird die Verbindung von Gesundheit und Moral erstmals und in größerem Umfang von Teilen des Bürgertums selbst in Frage gestellt.

Die Abgrenzungsversuche mündeten, einerseits, im Vorwurf der Mittelmäßigkeit und des Spießbürgertums, und sie fanden, andererseits, in der Idealisierung von Krankheiten als Ausdruck individueller Besonderheit ihren Ausdruck. Danach galt das begabte Genie, der „große Geist“ als

besonders krankheitsanfällig und wurde der aus Krankheit resultierende Leidensdruck gerne als Quelle von Kreativität, Schaffenskraft und Inspiration bezeichnet.

Typisch für eine solche Sichtweise ist eine Interpretation des Genius Wolfgang Amadeus Mozart. In seiner Mozart-Biographie schreibt Wolfgang Hildesheimer: „Wenn wir annehmen, dass ‚Gesund-sein‘ ein absoluter Zustand sei, bei dem objektiver Befund mit subjektiver Empfindung zusammenfallen ..., so müsste man vielleicht sagen, dass Mozart niemals, in unserem Sinne, gesund gewesen sei. Das Genie ist es selten ..., denn seine Kreativität wird ja von einer konstitutionellen Anomalie bedingt.“ Weiter heißt es bei ihm: „Wenn es wirklich der Geist ist, der sich den Körper baut, so ist es wohl kein Zufall, dass der große Geist es fast niemals für zweckmäßig erachtet hat, sich den großen Körper zu bauen. Er hat den kränkelnden schwächigen unscheinbaren Körper vorgezogen, um seine Schwächen immer wieder aufs neue anzugreifen und zu besiegen. Wohlgemerkt: Wir sprechen hier vom großen Geist, nicht vom gesunden Geist. Der gesunde Geist mag sich sehr wohl den gesunden Körper bauen, doch interessiert das niemanden als den Spießbürger, der in dem Satz ‚Mens sana in corpore sano‘ seine ideale Forderung, seinen kollektiven Wunschtraum verwirklicht sieht.“ (Hildesheimer 1977, S. 353 f.)

Ein anderes Zeugnis liefert etwa der Umgang mit der Lungenkrankheit „Tuberkulose“ innerhalb des gebildeten Bürgertums um 1900.

„Sie [die Tuberkulose, A. S.]“ – so heißt es in einer erklärenden Rückschau – „befiel vornehmlich Reiche, Junge, Frauen, zerbrechliche Geschöpfe, die von den ‚traurigen Leidenschaften‘ verzehrt wurden ... Sie war ein Leiden, das mit Lebensüberdruß, mit einer existentiellen Verwundung zusammenhing. Die Krankheit war nur Ausdruck der tiefsten inneren Wahrheit des Schwindsüchtigen, eine ‚Ausnahmeerscheinung‘ zu sein, ein Wesen, das gefährdet, dadurch aber nur um so aus-erlesener ist.“ (Herzlich/Pierret 1991, S. 42 ff.)

Tuberkulose wurde hier also vor allem zur Erhöhung der eigenen Person, zur Betonung von Individualität genutzt. Ein literarisches Beispiel liefert etwa Thomas Manns Zauberberg. Von zahlreichen weiteren Schriftstellern und Künstlern sind autobiographische Berichte, Tagebücher und Briefe bekannt, in denen Zeugnis von der Krankheit, vom

Umgang mit ihr, abgelegt wird. In ihren Tagebüchern schreibt die junge tuberkulosekranke Malerin Marie Bashkirtseff: „Sieh an, es amüsiert mich, verurteilt oder doch fast verurteilt zu sein, es ist eine Haltung, ein Gefühl, ich trage ein Geheimnis in mir, der Tod hat mich mit dem Finger berührt; es liegt darin ein gewisser Charme. Zuerst einmal ist es neu. Und ganz ernstlich von meinem Tod reden zu können, ist interessant und, ich muß es noch einmal wiederholen, es amüsiert mich.“ (Bashkirtseff 1980, S. 330 f.) An seine Grenzen stößt der romantische Mythos in der Regel erst in den Endstadien der Krankheit. So schreibt Franz Kafka im März 1921, während seines ersten Sanatoriumsaufenthalts: „... es war ein Fehler, daß ich bisher nicht unter Lungenkranken gelebt und der Krankheit eigentlich noch nicht in ihre Augen geschaut habe, erst hier habe ich das getan.“ (Kafka 1958, S. 304)

Zwischenfazit: Die auffallende Stilisierung und Idealisierung einer gesunden Lebensweise erfolgte also durch das sich um 1800 herausbildende, nicht mehr ständisch eingebundene moderne Bildungsbürgertum. Erst hier wurde ein großer Teil der Definitionen wie auch unterschwelligen Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit hervorgebracht, die uns teilweise bis heute begleiten: so z. B. die Vorstellung von Gesundheit als Produkt eigener Leistung, die Vorstellung von Gesundheit als Folge einer „richtigen“ Lebensweise und schließlich die Vorstellung von Krankheit als Reaktion auf „Unmäßigkeiten“ in der Lebensführung.

Kritisiert wurde die historische Ineinssetzung von Gesundheit und Moral erstmals in größerem Umfang im wilhelminischen Zeitalter, in der Zeit der Kulturkrise um 1900, durch Teile des Bildungsbürgertums (durch Künstler und Romanciers), die nunmehr eigene Idealisierungen und Stilisierungen verschiedener Krankheitsbilder hervorbrachten. In der Idealisierung von Krankheiten – so könnte man sagen – wird also die Gesundheitsobsession des Bürgertums auf eine neue, auf eine bisher nicht gekannte Weise in ihr Gegenteil verkehrt.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich für einen professionellen Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“ heute ziehen? Oder anders gefragt, worin besteht die von mir zu Beginn angeregte Nachdenklichkeit?

Ich komme zum dritten und letzten Teil meiner Ausführungen:

3. Die „Arbeit am Mythos“ – Professionalisierungsmöglichkeiten im Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“

Zu einer solchen Nachdenklichkeit gehört zunächst die Feststellung, dass Gesundheit heute offenbar eine allgemeinverbindliche Norm ist (gegen die opponiert werden kann, aber selbst das verweist zunächst nur auf das Bestehen der Norm); es gehört dazu ein Wissen um die Herkunft dieser Norm (nämlich: im Bürgertum, in Deutschland, in der Zeit der Aufklärung); und es gehört eine professionelle Skepsis dazu, die diese Norm vor dem Hintergrund ihrer besonderen Entstehungsgeschichte hinterfragt.

Ich möchte den gerade beschriebenen Sachverhalt noch einmal zuspitzen:

Wenn Geschichte nicht mehr als Geschichte erkennbar ist, erstarrt oder gerinnt sie in Form von Mythenbildungen. Mythen verkörpern danach ewige Wahrheiten, scheinbar Allgemeingültiges und Unhinterfragbares. Kurzum: Historisch Entstandenes ist als solches nicht mehr erkennbar, es wird selbstverständlich, es fehlen die alternativen Betrachtungsweisen, es fehlt der ganz „andere“ Zugang auf ein Thema. Eben solche Mythen lassen sich auch im gegenwärtigen Gesundheitsdiskurs finden. Es sind dies: der Kausalitätsmythos, der Fortschrittsmythos und der Krankheitsüberwindungsmythos.

Was beinhalten diese Mythen?

Sie transportieren menschheitsgeschichtlich immer wieder nachweisbare Vollkommenheits- und Vervollkommnungssehnsüchte. Sie wirken im Sinne unterschwelliger Glaubenshaltungen, und sie stehen häufig im Gegensatz zu den offiziellen Programmen. Solange sie in den Köpfen professionell Handelnder allerdings unbewusst existieren, verhindern sie ein Umdenken, verhindern sie eine konstruktive Neuorientierung, die erst – im Durchgang durch das mythische Denken, und das heißt in der Bewusstwerdung – neue Möglichkeiten für ein kritisch-reflektiertes Handeln bereitstellen kann.

So beinhaltet der *Kausalitätsmythos* die Vorstellung der „Machbarkeit“, der „Herstellbarkeit“ von Gesundheit, der Wirksamkeit gesundheitsbezogenen Handelns, geht der *Fortschrittsmythos* einher mit dem Glauben

an eine – eben durch die Fortschritte in Medizin, Naturwissenschaften und Technik – zunehmende Effektivität gesundheitsbezogenen Handelns und wird der *Überwindungsmythos* getragen vom Glauben, Krankheiten, die Tatsache des Krankseins von Menschen wenn nicht gänzlich abschaffen, so doch wirksam vermindern zu können.

Die Probleme, die mit diesen Mythen einhergehen, liegen auf der Hand.

Denn: Letztlich bleibt der Mythos in seiner Forderung immer mythisch, und das heißt: *Er ist nicht realisierbar*. Selbst die besten Absichten funktionieren nicht immer, es zeigen sich „ungewollte Nebenwirkungen“. Das ist auch für den Bereich der Gesundheitserziehung heute längst bekannt. Aus erziehungstheoretischer Sicht schreibt einer der Klassiker der geisteswissenschaftlichen Pädagogik, Eduard Spranger, bereits Mitte des 20. Jahrhunderts hierzu: „Es läßt sich zeigen, daß jeder Plan, den der Erzieher aufstellt, ungewollte Nebenwirkungen zur Folge hat.“ „Manch einem scheint es fast eine geheime Freude zu bereiten, jenes Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen immer wieder bestätigt zu finden, gleichviel, ob wir einen Nagel in die Wand schlagen wollen oder ein Kind zur Menschlichkeit emporbilden.“ (Spranger 1962, S. 26/53; vgl. aus systemtheoretischer Sicht hierzu Luhmann/Schorr 1982) Das, was wir wollen, funktioniert also nicht – jedenfalls nicht immer. Und wenn es funktioniert, ist damit die Frage nach der Ursache für das Funktionieren noch lange nicht geklärt. Dennoch: Was bleibt, ist der geheime Zwang des Herstellenwollens, des Sich-Ermächtigen, kurzum: Die Wirkungsannahmen sind in den Köpfen weiterhin vorhanden.

Ähnlich verhält es sich mit dem Fortschrittsmythos. Denn: Tatsächlich produziert der wissenschaftliche, der technische Fortschritt permanent neue Risiken. Das ist heute ebenso bekannt und wird beispielsweise in Programmen zur Technologiefolgenabschätzung artikuliert und aufzufangen versucht. Gleichwohl hält sich die Vorstellung, zu immer „mehr Gesundheit“ zu gelangen, hartnäckig, bleibt die geheime Hoffnung, immer mehr Menschen zu immer besserer Gesundheit verhelfen zu können.

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch die Folgen eines Gesundheitsdiskurses, der in seiner massiven Ausrichtung auf das Gesundheitsideal Krankheiten tendenziell verdrängt, der die Tatsache des „Krankseins“ von Menschen als einen anthropologischen Tatbestand einfach

aus dem Blick verliert. Dem Glauben, Krankheiten, die Tatsache des Krankseins irgendwann abschaffen oder zumindest wirksam vermindern zu können, wird von Sozialhistorikern wie Arthur Imhof heute die ernüchternde Feststellung entgegengesetzt: Auch wenn sich die Krankheitsbilder im Laufe der Menschheitsgeschichte verändert haben, so ist doch die „Summe der Krankheiten“ doch stets gleich geblieben (vgl. aus medizinischer Sicht hierzu auch Garrett 2001).

Die Notwendigkeit, solchen und anderen, in den Köpfen professionell Handelnder unterschwellig wirkenden Mythen, „auf die Spur“ zu kommen, wird nun bereits seit einiger Zeit erkannt. Ihre Notwendigkeit wird etwa im Rahmen qualitätsentwickelnder Programme, so zum Beispiel in der Schulentwicklungsforschung, heute längst diskutiert. Bezogen auf die in der Schule wirkenden Mythen heißt es beispielsweise bei der Erziehungswissenschaftlerin Jeanette Böhme: „Wenn in dem dominanten schulischen Mythos (und der kann beispielsweise in der Idealisierung einer schulischen Gemeinschaft, die es so gar nicht gibt, bestehen) die Lösung ... (von) ... Krisenpotentialen verheißen wird, gründet sich gerade darin eine gesteigerte Enttäuschungsanfälligkeit gegenüber dem institutionellen Scheitern bei dem Versuch, das Versprochene auch einzulösen.“ – Was heißt das? Das heißt letztlich nichts anderes, als dass die Fortexistenz von Mythen in unseren Köpfen das eigene Handlungsrepertoire begrenzt, dass mit der (heimlichen) Existenz von Mythen Möglichkeiten der Intervention verschenkt werden und dass sich die Betroffenen statt dessen – wie es bei Böhme weiter heißt – auf der Suche nach Kompensation und Stabilisierung immer wieder auf die „Hinterbühne“ (ihrer geheimen Mythen, ihrer Vervollkommnungs- und Vollkommenheitssehnsüchte) zurückziehen können (vgl. Böhme 2000, S. 259).

Für die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich ist eine solche Aufklärungsarbeit meines Wissens bislang noch nicht geleistet worden. Und doch ist sie dringend erforderlich, da eine Sichtweise, die professionelles gesundheitsbezogenes Handeln unter das Diktat des bloßen Einübens von Handlungsroutrinen stellt, notwendigerweise zu kurz greift. Der reflexive, der nachdenkliche Umgang mit dem eigenen Tun gehört zur Professionalität gesundheitsbezogenen Handelns heute dazu!

Als eine der in Zukunft wichtigen Aufgaben für den professionellen Umgang mit dem Thema Gesundheit und Krankheit lässt sich deshalb

die „Arbeit am Mythos“ nennen; hier geht es darum, mythische Orientierungen zu erkennen, ein durch Mythen zur Starrheit geronnenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu hinterfragen, den eigenen Handlungsspielraum durch den Blick in die Geschichte und durch das Nachdenken über Alternativen flexibel und beweglich zu halten – kurzum: Es geht darum, von Gesundheit als Wahn, als Zwangsvorstellung, als Obsession Abschied zu nehmen.

Lassen Sie mich – ganz im Sinne der notwendigen Alternativen im Denken – meine Ausführungen mit einem Zitat beenden. Zitieren möchte ich Ivan Illich als Vertreter einer radikalen Gesundheitskritik. „Gesundheit und Verantwortung“, so schreibt Illich, mögen „im 19. und frühen 20. Jahrhundert noch glaubwürdige Ideale (gewesen sein). Heute sind sie Elemente einer verlorenen Vergangenheit, in die es kein Zurück gibt.“ „Verantwortung ist zur durchsichtigen Illusion geworden ...“ „Gesundsein (reduziert sich) auf eine Kombination von Technik-Genuß, Umweltschutz und Anpassen an Technikfolgen.“ (Illich 1991, S. 492/491). Illichs radikale Schlussfolgerung lautet: Die Bedingungen, unter denen die meisten Menschen heute – nicht zuletzt als Folge des vermeintlichen technischen Fortschritts – leben, lassen es nicht zu, von „Gesundheit“ als individueller Möglichkeit überhaupt noch zu sprechen.

Meines Erachtens ist auch ein solcher Zugang zum Thema „Gesundheit und Krankheit“ bedenkenswert – und möglicherweise begrenzt er die Interventionsmöglichkeiten professionell Handelnder ja gar nicht, sondern verschafft neue – ungeahnte – Spielräume dadurch, dass der vertraute Rückzug auf die Hinterbühne hier eben nicht mehr möglich ist. Zur Aufklärungsarbeit am Mythos „Gesundheit“ gehören solche Überlegungen allemal dazu!

Annette M. Stross ist Universitätsprofessorin für Allgemeine Pädagogik an der Hochschule Vechta/Niedersachsen.

Kontakt und weitere Informationen

Tel.: (04441) 15 2 52/2 99

E-Mail: annette.stross@uni-vechta.de

www.uni-vechta.de/institute/ife/strkru/stross.html

Quellen

Rochow, F.E. v.: Versuch eines Schulbuches für Kinder der Landleute oder zum Gebrauch in Dorfschulen. Berlin 1772. (Nachdruck 1988)

Salzmann, C. G.: Carl von Carlsberg oder über das menschliche Elend. Bd. 1. Carlsruhe 1787.

Salzmann, C. G.: Carl von Carlsberg oder über das menschliche Elend. Bd. 2. Carlsruhe 1784.

Wilmsen, F. P.: Der Brandenburgische Kinderfreund. Ein Lesebuch für Volksschulen. Berlin 1800. (Nachdruck 1990)

Literatur

Bashkirtseff, M.: Journal de Marie Bashkirtseff. Bd. 2. Paris 1980.

Böhme, J.: Schulmythen und ihre imaginäre Verbürgung durch oppositionelle Schüler. Ein Beitrag zur Etablierung erziehungswissenschaftlicher Mythosforschung. Bad Heilbrunn 2000.

Garrett, L.: Das Ende der Gesundheit. Bericht über die medizinische Lage der Welt. Berlin 2001.

Göckenjan, G.: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt. Frankfurt a. M. 1985.

Herzlich, C./Pierret, J.: Kranke gestern, Kranke heute. München 1991.

Hildesheimer, W.: Mozart. Frankfurt a. M. 1977.

Hudemann-Simon, C.: Die Eroberung der Gesundheit 1750–1900. Frankfurt a. M. 2000.

Hurrelmann, K.: Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K./Ulrich, D. (Hg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. 4., völlig neu bearbeitete Aufl. Weinheim/Basel 1991, S. 189–213.

Illich, I.: Gesundheit in eigener Verantwortung: Danke nein! In: Universitas 46, 1991, 5, S. 490–496.

Kafka, F.: Gesammelte Werke, hg. v. M. Brod. Bd. 9: Briefe von 1902–1924, Frankfurt a. M. 1958.

Labisch, A.: Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt a. M. 1992.

Luhmann, N./Schorr, K.E.: Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik. In: Luhmann, N./Schorr, K.E. (Hg.): Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Frankfurt a. M. 1982, S. 11–40.

Spranger, E.: Das Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen in der Erziehung. Heidelberg 1962.

Stross, A. M.: „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770–1930. In: Zeitschrift für Pädagogik 41, 1995, 2, S. 169–184.

Stross, A. M.: „Gesundheitserziehung“ als Norm? Historische Stationen eines pädagogischen Praxisfeldes in der Moderne. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4, 1996, 2, S. 102–110.

Stross, A. M.: Pädagogik und Medizin. Ihre Beziehungen in „Gesundheitserziehung“ und wissenschaftlicher Pädagogik 1779–1933. Weinheim 2000.