

Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Institut für Sportwissenschaften

---

**Gesundheitsberichterstattung im Spannungsverhältnis von Theorie und Praxis**

–

Transdisziplinäre Betrachtungen der Grundlagen sowie des Wirkungsanspruchs von  
Gesundheitsberichterstattungen mit dem Fokus eines universitären Settings

---

**Masterarbeit**

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

PD Dr. Chris Englert (1. Prüfer)

Dr. Christian Gaum (2. Prüfer)

vorgelegt von:

Joshua Benjamin Kliewer

Master Sozialwissenschaften des Sports

Fachsemester 5

Frankfurt am Main, den 06.10.2020

# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>i</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>iii</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>iv</b>
<b>Zu einem guten Ende gehört auch ein guter Beginn .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Wie können wahre Aussagen über Gesundheit getroffen werden? .....</b>	<b>10</b>
1.1 Alles eine Frage des Paradigmas .....	12
1.2 Die kreisrunde paradigmatische Brille .....	20
1.3 Transdisziplinarität als Individualität anerkennendes Prinzip .....	25
1.4 Paradigmatische Struktur im Gesundheitsdiskurs .....	27
<b>2 Herstellbarkeit von Gesundheit – Ich glaube, also bin ich. ....</b>	<b>37</b>
2.1 Verantwortung zur Gesundheit .....	38
2.2 Autopoietische Erhaltung von Gesundheit .....	45
2.3 Die gesellschaftliche Rückgebundenheit des Gesundheitsdiskurses .....	48
2.3.1 Ad (1): Globale Gesundheit als reflexiv-modernes Phänomen .....	51
2.3.2 Ad (2): Verwissenschaftlichung von Gesundheit .....	52
2.3.3 Ad (3): Gesundheit als unüberwindbare Verwobenheit zwischen Natur und Gesellschaft .....	53
2.4 Ganz Modern - Mehr Gesundheit .....	53
<b>3 Weniger Gesundheit .....</b>	<b>57</b>
3.1 Enantiidrome Relativität und Relative Enantiidromie .....	57
3.1.1 Lorentz-Kontraktion .....	58
3.1.2 Zeitdilatation .....	59
3.1.3 Relativität der Gleichzeitigkeit .....	59
3.2 Kritisch-geisteswissenschaftlich vs. oder & kritisch-sozialwissenschaftlich? ..	60

3.3 Weniger Gesundheit – ein reflexiv-moderner Lösungsansatz .....	64
3.4 Gesundes Studieren .....	68
<b>4 Ein edles Beispiel macht die schweren Taten leicht. ....</b>	<b>77</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>82</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 0.1: Veröffentlichungen von Gesundheit und Krankheit seit 1700.....	5
---	---

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
see/ see also (in Klammern)	Wird nach APA 7th für Vergleiche verwendet.
cf. (in Klammern)	Wird nach APA 7th für gegensätzliche Verweise verwendet.
e.g., (in Klammern)	Wird nach APA 7th für Verweise zu inhaltlich Besprochenem verwendet.
viz., (in Klammern)	Wird nach APA 7th für Eigenverweise verwendet („namely, nämlich“).

## Zu einem guten Ende gehört auch ein guter Beginn

„Seien Sie vorsichtig mit Gesundheitsbüchern –  
Sie könnten an einem Druckfehler sterben.“

Mark Twain (\*1835-†1910)

Der Begriff *Gesundheit* hat seit den 1980er Jahren einen beeindruckenden gesellschaftlichen Aufstieg hingelegt. Wo zuvor noch Krankheit als zu fokussierender Begriff stand, stehen heute nahezu alle Weichen auf Gesundheit. Mittlerweile zeigt sich diese Umorientierung auch in den Anteilen veröffentlichter Literatur. Mit Hilfe des *Google Ngram Viewer* lässt sich dies sogar empirisch bestätigen (Abb. 0.1).



Abbildung 0.1: Veröffentlichungen von Gesundheit und Krankheit seit 1700.

Gut 220 Jahre dominierte eine Perspektivierung von Krankheit im öffentlichen Diskurs. Auffallend ist jedoch, dass in den Jahren von 1700 bis 1760 diese Dominanz nicht so zweifelsfrei bestätigt werden kann. Zwischenzeitlich übertrafen sogar die Nennungen von Gesundheit die von Krankheit in einem hier sichtbaren Ausmaß. Würde sich daher ein kulturhistorischer Blick auf Gesundheit und Krankheit als Kategorien lohnen, weil sich die Orientierungen nun offensichtlich wieder einem Gesundheitsbegriff nähern?

Da ein historischer Blick in der Regel ausbleibt, werden grundlegende philosophische Gedanken über Gesundheit ebenfalls vernachlässigt (see Engelhardt & Schipperges, 1980). Vielmehr verbirgt sich unter dem Deckmantel Gesundheit ein gesellschaftlicher Ausdruck von einem zu optimierenden Individuum zu einem gesunden, leistungsfähigen und attraktiven Körper (see Stroß, 2018a). Gesundheit ist eher Mittel zum Zweck als Selbstzweck. Wer

gesund ist, ist leistungsfähig, wirkt anziehend und nur wer gesund ist, kann beispielsweise gute Zensuren im Studium erreichen.

Dabei erfreut sich der Gesundheitsdiskurs so vielfältigen Forschungsergebnissen, wie es in nahezu keinem anderen gesellschaftlichen Bereich zu geben scheint. Dass die Forschungsergebnisse teils höchst gegenteilige Aussagen über Gesundheit treffen, dürfte bisweilen kaum jemanden stören, da es primär auf die Legitimationsstrategien der entsprechenden Maßnahmen ankommt, die unter dem Prädikat Wissenschaftlichkeit nahezu alles verkaufen können (see Stroß, 2009). Wie so oft bestimmen auch hier ökonomische Interessen, was aus welchem Grund beforscht wird und wie sich damit das Fortbestehen der eigenen disziplinären Ausrichtung sichern lässt. Eine profitable Strategie ist die der Salami-Publikation, bei der sich die bereits existierenden Veröffentlichungen aus der Arbeitsgruppe nur in Detailfragen hinsichtlich Hypothesen, Methoden und Ergebnissen unterscheiden. Durch Sprachspiele werden die Fassungen soweit verändert, dass eine Plagiatserkennungssoftware nicht mehr *zuschlägt*. Verbirgt sich hierin schon eine erkenntnistheoretische Einsicht (e.g., Schulte & Wittgenstein, 2008)? Oder kann provokanter Weise sogar angenommen werden, dass Wissenschaft eine Form von Entmündigung von Menschen ist bzw. diese Entmündigung als Mittel zum Zweck billigend in Kauf nimmt? Schließlich baut sich wissenschaftliche Definitionsmacht über das formale Beherrschen von Verweisen und Auslegen auf, welche denjenigen, die dieses Beherrschen nicht oder in anderer Art und Weise beherrschen apriorisch aberkannt wird.

Doch nicht nur in Forschung und Wissenschaft sind wirtschaftliche Denkweisen wichtig, gar gesellschaftlich unentbehrlich, sondern auch im sich an Forschung und Wissenschaft orientierenden Gesundheitssektor (see Kühn, 1993). Der deutsche Gesundheitssektor hat in den Jahren 2011 bis 2018 einen nennenswerten wirtschaftlichen Zuwachs von 5.5% hingelegt und wird bis zum Jahr 2023 voraussichtlich mit einem Etat von rund 98.5 Billionen Euro ausgestattet sein (see Schlumbohm et al., 2019). Die im Frühjahr 2020 ausgebrochene SARS-CoV-2 Pandemie wird die Budgetierung im Gesundheitssektor wahrscheinlich noch weiter steigen lassen. An allen Ecken und Enden wird in Gesundheit investiert. Dabei bestimmt die Nachfrage das Angebot. Für alle Lebenssituationen gibt es die richtige Ratgeber-

broschüre, die mit zielgenauen Anweisungen den Ratsuchenden, die eine richtige Lebensweise näherbringt. Und damit sich die Anbietenden auf dem Markt nicht überflüssig machen, gibt es jederzeit noch die passende Weiterqualifikation und eine weitere Spezialisierung.

Wie im Zitat des amerikanischen Schriftstellers Mark Twain erwähnt, können schon kleine Feinheiten in einer Behauptung einen erheblichen Unterschied machen. So kann ein Druckfehler auch aus interpretativen Freiheiten einer Übersetzung folgen oder sogar selbst als interpretative Freiheit der lesenden Person verstanden werden. Dabei sind die biographischen Besonderheiten jeder Person durchaus entscheidend, als das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt unterschiedliche Prägungen das Interpretieren beeinflussen.

Gesundheitsbücher, die im Jahre 2020 hohe Brisanz aufweisen, sind die sogenannten Gesundheitsberichte. Gesundheitsberichterstattungen gibt es heute in aller Fülle und doch schauen sie auf eine über hundertjährige Geschichte zurück. Bereits 1907 wurde vom kaiserlichen Gesundheitsamt in Kooperation mit dem Kaiserlichen Statistischen Amt *Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung* festgehalten. Nach dem zweiten Weltkrieg lag die Gesundheitsberichterstattung lange Zeit brach, zur Abgrenzung von den ideologischen Instrumentalisierungen und fragwürdigen wissenschaftlichen Ansichten der faschistischen Nationalsozialisten, die diabolische Ausmaße annahmen und Rassenkunde sowie Euthanasie salonfähig machten. Erst in den 1990er Jahren erfuhr Gesundheitsberichterstattung eine Neuauflage, als das Bundesministerium für Forschung und Technologie finanzielle Mittel zur Entwicklung eines Gesundheitsberichts sowie eines damit verbundenen Berichtsystems zur Verfügung stellte. Der erste Gesundheitsbericht für Deutschland erschien dann wieder 1998. Heute hat das Robert Koch-Institut zusammen mit dem Statistischen Bundesamt die Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung übernommen (see Kurth & Kurth, o.J.). Doch neben umfassenden Gesundheitsberichten haben eine unzählige Anzahl von Studien zu gesundheitsassoziierten Fragestellungen auch eine gesundheitsberichtende Funktion. In jeder dieser Arbeiten werden Spezifika beforscht und ebenfalls interpretiert. In der Regel werden gewisse Messverfahren genutzt, um bei einer gewissen Anzahl von Proband\*innen eine Funktionsweise oder einen Zustand festzustellen. Diese Daten fließen dann in die sogenannte Stichprobenbeschreibung ein und berichten über den meist auch gesundheitsassoziierten Zustand der Stichprobe. Weiterhin wird dann ein Trainings- oder



Ernährungsprogramm (in Abhängigkeit von der Studie sind diese Programme als Intervention gekennzeichnet und können verschiedenste Ausformungen annehmen), welches *neu* und speziell für diese Studie entwickelt wurde, an der Stichprobe unter weiteren Messungen ausprobiert. Abschließend wird nochmals gemessen, was und ob sich etwas verändert hat. Für das Paper werden dann die Ergebnisse aufbereitet, für den Lesenden interpretiert und diskutiert. Ein naiver Blick auf die diversen Publikationen offenbart, dass fast alle Interventionen wirksam sind und bestens funktionieren. Es scheint, dass wir auf einem noch nie dagewesenen Hoch wissenschaftlicher Forschung stehen und so viel Wissen angehäuft haben wie niemals zuvor.

Doch wenn wir so viel wissen: Wie kann es zum Beispiel sein, dass die sogenannten Zivilisationskrankheiten quasi unaufhaltsam die Menschheit durchseuchen (see Kühn, 1993)? Gibt es vielleicht doch nicht für alles eine passende Intervention? Ist das Leben vielleicht doch mehr so, wie es Quantenphysik und Relativitätstheorie postulieren, nämlich determiniert und zufällig, schicksalhaft und eigentlich nicht beeinflussbar (see Hawking, 2017)?

Die vorliegende Arbeit hat nicht den Anspruch Gesundheitsberichterstattungen auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu untersuchen oder die Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu analysieren. Vielmehr sollen allgemeine, das Gesundheitsthema betreffende Phänomene zur Disposition gestellt werden. Es soll eine Perspektive auf Gesundheit eröffnet werden, die in erster Linie mit den gängigen Sichtweisen bricht und auf die damit verbundenen Probleme in kritisch-skeptischer Art hinweist. Ziel soll sein, dem/der Lesenden eine andere Sichtweise auf das oftmals idealisierte Gesundheitsthema zu ermöglichen, wobei nicht festgelegt ist, ob diese irritierende, anregende oder widersprechende Formen annimmt. Es wird davon ausgegangen, dass das permanente Rezipieren von akzeptierten Perspektiven mehr Stillstand produziert als kontroverse Diskussionen, auch wenn zunächst nicht abgesehen werden kann, ob eine neue Dynamik besser oder schlechter ist – systemisch verändert sie in jedem Fall etwas.

Das gesundheitlich Gewohnte soll mit hinterfragenden Momenten zur Debatte gestellt werden. Es soll keine Philosophie von Gesundheit in Abgrenzung zur Wissenschaft betrieben werden, die in ihrem stillen Kämmerlein ängstlich ihre abstrakten, begrifflichen Eigentümlichkeiten hütet, in steter Angst ihren erhobenen Anspruch zur Disposition stellen zu müssen,

um dann festzustellen, dass sie mit ihren Reflexionen alleine bleibt. Denn oft und lang genug galt: „Während sich die Philosophie auf ihre Einsichten zurückzieht, zieht die Wissenschaft philosophisch nur um so unbeschwerter weiter“ (Carrier & Mittelstrass, 1989, S. 3). Es soll hingegen eine visionäre Haltung vertreten werden, die dem Autor einer solchen Arbeit einerseits durch stetige Ungewissheit eine gehörige Portion Mut abverlangt, jedoch andererseits dadurch entwaffnend ehrlich gelesen werden kann. Nebenbei bemerkt waren unorthodoxe Arbeitsweisen historisch betrachtet mit Abstand innovativer und kreativer als Althergebrachte.

Für die Arbeit wird insbesondere ein Mehrwert in transdisziplinärem Arbeiten gesehen. Es soll gezeigt werden, dass gerade ein lebensweltlich hoch komplexes und bedeutsames Thema, wie Gesundheit bzw. Gesundheitsberichterstattung als Praxis, nicht adäquat mit einem additiven mono- bzw. multidisziplinären Prinzip bearbeitet werden kann. Zu berücksichtigen wird sein, und darin liegt eine Hauptschwierigkeit der Arbeit, dass mit einem transdisziplinären Anspruch ebenfalls der Versuch einhergeht, unterschiedliche paradigmatische Logiken zu einen. Aus diesem Grund wird zu Beginn eines jeden Überkapitels prägnant erläutert und reflektiert, welche Denkhürden in den folgenden Abschnitten genommen werden. Dabei wird Wert auf einen einleitenden Charakter der Erläuterungen gelegt, um den Blick für die allgemeine Sache nicht zu verlieren.

Anstoß für diese Arbeit lieferte ein Forschungsprojekt, welches von drei Studierenden des Masterstudiengangs *Sozialwissenschaften des Sports* am Institut für Sportwissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt im Zeitraum von April 2019 bis April 2020 durchgeführt wurde. Aus dem Forschungsprojekt, welches zum Ziel hatte, einen universitären Gesundheitsbericht an der Goethe-Universität zu entwickeln und zu implementieren, entstand relativ schnell die studentische Initiative *Studentische GesundheitsBildung*. Die Projektgruppe merkte, dass das bloße und sterile Berichten von Gesundheit bei weitem allerhöchstens ein Anfang sein kann. Darum beansprucht *Studentische GesundheitsBildung* für sich, den Studierenden der Goethe-Universität eine Stimme in gesundheitsbezogenen Fragestellungen zu verschaffen. Im Forschungsprojekt wurde die Grundlage für einen universitären Gesundheitsbericht gelegt und lieferte in einer Validierungsstudie gute Ergebnisse (viz., Hindelang et al., 2020).

## 1 Wie können wahre Aussagen über Gesundheit getroffen werden?

Eine der grössten Schwierigkeiten des phi[losophischen] Studiums liegt darin, dass man, um nur erst den Standpunkt des Zeitalters zu erreichen, und den Gewinn der früheren Arbeiten zu theilen, sich eine Zeitlang fremder Leitung unterwerfen, aus den Schriften anderer Philosophen sich unterrichten muss, und dass man dennoch diese nie eher völlig versteht, als bis man sich über sie erhoben hat.

Johann Friedrich Herbart (\*1776-†1841)

Die Frage, wie Aussagen über Gesundheit getroffen werden können, scheint auf den ersten Blick trivial. Soll jedoch ein Blick auf die Grundlagen geworfen werden, so entpuppt sich Gesundheit als ein sozialer Begriff, der sich nahezu allumfassend in die verschiedensten Richtungen ausdifferenziert. So einfach und leicht der Gesundheitsbegriff im populären Diskurs verwendet wird, so komplex und undurchsichtig stellt er sich im wissenschaftlichen Sozialraum dar. Abgesehen von Komplexität offenbart sich jedoch recht schnell eine Gemeinsamkeit aller Ausrichtungen: Gesundheit, was auch immer das ist, ist real und muss bearbeitet werden. Die Legitimationsstrategien gesundheitsbezogener Projekte sind dabei genauso vielfältig wie die öffentlichen sowie wissenschaftlichen Differenzierungen des Gesundheitsbegriffs. Doch auch hier eint die diversen Herangehensweisen ein Merkmal: Gesundheit muss zu Beginn definiert werden. Mit der Definition von Gesundheit wird von den beteiligten Akteur\*innen Position bezogen und der Ausgangspunkt für Legitimierungen vor Gremien und Ausschüssen der finanzierenden Institutionen festgelegt.

In diesem Kapitel soll zunächst der Versuch unternommen werden, den Sozialraum Wissenschaft anhand wissenschaftstheoretischer sowie wissenschaftssoziologischer und sozialpsychologischer Überlegungen zu charakterisieren und daraus einen Verständnisansatz für das Entstehen der diversen Gesundheitsverständnisse zu entwickeln. Mit Hilfe jener Überlegungen sollen ebenfalls Sozialfeld konstituierende Momente identifiziert werden. Zentral dabei ist jedoch vor allem eine philosophische Herangehensweise, als Weg, sich selbst und die Welt, in der gelebt wird, auf andere, gleichberechtigte Art und Weise als wirklich zu nehmen. Die Notwendigkeit dazu ist durchaus kontrovers umstritten und unterliegt deshalb ebenfalls einem sozialen Legitimationsanspruch, der in folgender Form eingelöst werden kann.

Neben bestimmten Vertreter\*innen der Soziologie (e.g., Barnes et al., 1996) distanziert sich beispielsweise auch die empirische Kognitionsforschung von philosophischen Betrachtungen (e.g., Giere, 1992; Giere, 1997; Kornblith, 2008). Auch Vertreter\*innen des Pragmatismus würden dies in ähnlicher Weise ablehnen (e.g., Achinstein, 1985). Hingegen zeigen die detaillierten und ausführlichen linguistischen Grundlagenuntersuchungen des ungarischen Wissenschaftstheoretikers András Kertész hinsichtlich des Wirkungsanspruchs dieser Positionen, dass das philosophische Nachdenken über Wissenschaft und Erkenntnis im Gegenteil nicht hinfällig und überflüssig sei, sondern weiterhin von wesentlicher Bedeutung ist (e.g., Kertész, 1995; Kertész, 2004a; Kertész, 2004b; see Finke, 2005).

Auch wenn dieser Wettstreit zwischen den unterschiedlichen Positionen in Bezug auf Definitionsmacht über Wissenschaft durchaus im Kontext des folgenden Kapitels eine Analyse verdient hätte, so ist er an dieser Stelle nur positionsbestimmend zu verstehen. Es scheint fast so, als wäre eine Legitimationsstrategie über die Berufung auf Autoritäten ein unumgängliches Moment von wissenschaftlichem Arbeiten. Auf Grund dieses unauflösbaren Moments wird Wissenschaft hier als ganz spezifische Sprache, ausgestattet mit spezifischem Vokabular und spezifischer Grammatik und vor allem mit ganz spezifischer Sinngenese, verstanden (e.g., Schulte & Wittgenstein, 2008).

Im weiteren Verlauf des ersten Kapitels wird ebenfalls der Versuch unternommen, die Metaphorik der wahrnehmungsselektierenden Brillen durch eine psychologisch-pädagogische Kontextuierung hergeleitet, abzulösen. Damit soll deutlich werden, dass eben jene angesprochenen philosophischen Reflexionen zunächst lediglich relativ zur Disposition stehen und nur im transdisziplinär geführten Diskurs gebührende Aufmerksamkeit erwecken können.

Diese Vorarbeiten sollen, dem Rahmen angemessen, ausreichen, um im Anschluss daran die paradigmatische Struktur des Gesundheitsdiskurses beschreiben und kulturhistorisch rekapitulieren zu können. Damit sei dann die Grundlage für die weitergehenden Überlegungen hinsichtlich eines Wirkungsanspruchs von Gesundheitsberichterstattungen gegeben.

In der Hoffnung, die lesende Person mit dem nötigen Respekt durch das Thema navigieren zu können, beginnen wir also mit der Frage nach dem Paradigma.

## 1.1 Alles eine Frage des Paradigmas

Wird sich über Wissenschaft unterhalten, so geschieht dies automatisch in einem bezugsrahmenden Kontext von Historizität. Dabei ist der Begriff (Theorie-)Schule schon ein erster Anknüpfungspunkt an Historizität. Mit dem Rückgriff auf den Schulbegriff wird ein Ausdruck dafür gesucht, in welchem Rahmen welche Theorien, Fakten und Annahmen von wem gelehrt wurden. Dabei entstehen die Fakten nahezu überwiegend aus den entsprechenden Vorannahmen, die jedoch keinesfalls adäquat artikuliert sein müssen. Etymologisch lohnt sich an dieser Stelle ein kurzer Blick auf die Begrifflichkeit *Fakt*, da dies in der Regel ein Ausdruck für determinierte und unverrückbare Tatsachen ist. Das Wort *Fakt* ist eine Kurzform von (das) *Faktum*. Es wurde im 16. Jahrhundert aus dem lateinischen *factum* entlehnt, welches die substantivierte Form des Verbs *facere* – „*tun, machen*“ ist. In der sekundär sowie tertiär möglichen Übersetzung bedeutet *facere* – „*2. geschaffen, geeignet, geboren/ 3. bearbeitet, hergerichtet*“ (Stowasser et al., 2015, S. 200f.). Betrachtet man diese Übersetzungen im Kontext heutiger Verwendungen von *Fakt*, so könnte ein *Fakt* auch zunächst statt etwas Determiniertem und Unverrückbarem als etwas *Geschaffenes* oder *Hergerichtetes* verstanden werden, was demnach auch zu jeder Zeit wieder anders *bearbeitet* sprich verändert werden kann. Dass die genannten Alternativen heute eher spärlich Verwendung finden, zeugt von einer gewissen epistemischen Auslegung des Begriffs, welche sich erst im hier dargestellten Kontrast offenbart. Ebenfalls zeigt sich, dass sich die latente sprachliche Bedeutungszuschreibung zu einem gewissen Zeitpunkt entwickelt haben muss, da sich die Bedeutungsverwendungen historisch unterscheiden. Damit ist ebenfalls ein kleiner Einblick geboten, dass Wissenschaft und die dazugehörigen Ausdifferenzierungen (Schulen) in einem historischen Entwicklungsrahmen stehen und daher auch in diesem zu betrachten sind. Während sich die einzelnen Schulen im Verlauf der Jahrhunderte in ihren mehr oder weniger speziellen Themengebieten unterschiedlich entwickelten, so ist ihnen doch gemein, dass sich ihre Forschungstradition hintergründig nicht so stark verändert hat, wie dies allgemein der Inhaltsbezug vermuten lassen würde. Deutlich wird dieser Umstand daran, dass sich die theoretischen Prämissen einer wissenschaftlichen Disziplin nie ursprünglich auf dieselbe Disziplin reduzieren lassen: „Immer enthalten sie übergreifende Elemente, die auch für andere Wissenschaften gelten oder zumindest, was oft interessanter ist, Geltung beanspruchen können“ (Koselleck & Dutt, 2014, S. 53).

So scheint beispielsweise die Geschichte der Medizin unweigerlich an die Geschichte der Anthropogeografie, der Biologie, der Physik sowie der Chemie rückgebunden zu sein. Bedeutend wird diese Konstellation erst durch die Betrachtung der Entwicklungen und Auswirkungen bis in die heutige Zeit unter anderem durch die Beeinflussungen der sogenannten Gesundheitspolizei des absolutistischen Staates, der seine Bevölkerung unter anderem auf Grundlage scheinbarer medizinischer Evidenz kontrolliert (see Koselleck & Dutt, 2014). Die Medizin ist eine Wissenschaft, die sich schon quasi per definitionem mit Gesundheit bzw. mit der Abwesenheit dessen, also der Krankheit, auseinandersetzt. Daher muss die Entstehungsvergangenheit von Medizin und Gesundheit ebenfalls in einen geschichtlichen Kontext gestellt werden. Vordergründig wird vermutet, dass die Medizin erkenntnistheoretisch überwiegend an die Naturwissenschaften unabänderlich gebunden ist. Erst ein analytischer Blick offenbart allerdings, dass sich die Entstehungsgeschichte von Gesundheit „[...] vom 18. – 20. Jahrhundert als eine Geschichte der Konkurrenzen, aber auch der >>versäumten<< Kooperationsmöglichkeiten zwischen Pädagogen und Medizinern rekonstruiert [...]“ (Stroß, 2009, S. 72f.). Weiterhin wirft der analytische Blick die Frage auf, welcher „historisch-systematische[.] Bezug zwischen (medizinischem) Fachwissen und (pädagogischer) Moralisierung“ (Stroß, 2009, S. 73) besteht und wie sich dieses Spannungsverhältnis auf die heutigen normativen Aufladungen von Gesundheit auswirkt (see also Kühn, 1993; Mazumdar, 2008).

Dieses Beispiel zeigt, dass eine Beschäftigung mit der Geschichte einer Aufklärungsarbeit an den mitunter unhinterfragten Prämissen gleicht. Geschichte als reflexivierte (auf den Begriff wird in Kapitel 2.3 noch genauer eingegangen) und reflektierte Vergangenheit kann daher nur in Rekurs auf den durch das Subjekt geführten interpretativen Prozess verstanden werden und bedarf daher auch den interpretativen Fähigkeiten des Subjekts. Der bipolare Bedarf des Subjekts an Geschichte einerseits und der Geschichte am Subjekt andererseits lässt der oben eingeführten alternativen Bedeutungszuschreibung von *Fakt* eine neue Dringlichkeit zukommen. Geschichtsschreibung wissenschaftlich als determinierenden Vorgang zu reduzieren, verkennt zugleich den Umstand, dass Menschen und somit Forschende immer Subjekte einer Praxis sind. Die eigene Geschichtlichkeit anerkennend kann uns als Subjekte dieser Praxis bewusstwerden „[...] daß wir es nirgendwo mit Fakten als solchen zu tun haben, sondern mit Fragen, die eine Antwort suchen, die daher kritisch interpretiert sein wollen. Am Anfang jeder historischen Untersuchung sollten daher die heuristischen Programme

stehen“ (Engelhardt & Schipperges, 1980, S. 18). Daher wird in den weiteren Kapiteln unter anderem zu klären sein, wie die Subjekthaftigkeit (Individualität) eines jeden Forschenden nicht verkannt, sondern im Gegenteil in diesem Sinne als vielleicht sogar gewinnbringende Angelegenheit perspektiverweiternd ist.

Forschende, die in einer gewissen Forschungstradition stehen, da sie in einer gewissen Schule in den Wissenschaftsraum sozialisiert wurden, sehen sich nicht selten mit kritischen Äußerungen von Forschenden konfrontiert, die sozusagen auf eine andere Schule gegangen sind. Wie im Kleinen, wo noch auf Klassenfahrten Klassen unterschiedlicher Schulen sich rivalisierend gegenüberstanden, so stehen sich im Großen die Schulklassen immer noch gegenüber. Der Wissenschaftstheoretiker Thomas S. Kuhn (2014) würde dieses Gegenüberstehen als einen „revolutionären Wettstreit zwischen den Verfechtern der alten und den Anhängern der neuen normal-wissenschaftlichen Tradition“ (S. 22) beschreiben. Weiterhin stellt er ebenfalls fest: „Ein Wettstreit zwischen Teilgruppen der wissenschaftlichen Gemeinschaft ist der einzige historische Prozeß, der jemals wirklich zur Ablehnung einer früher einmal anerkannten oder zu Annahme einer neuen Theorie führte“ (Kuhn, 2014, S. 22). Die rivalisierenden Klassen ringen sozusagen miteinander, um auszutragen, welche Klasse stärker ist und die stärkere wird sich in ihrem Ansehen (Reputation) im Diskurs behaupten können. Es geht darum, wer sich die Vorherrschaft im sozialen Raum sichern kann. Entgegen einer möglichen Annahme läuft dies nicht chaotisch ab, sondern nach gewissen Spielregeln:

[...] die Struktur des sozialen Feldes [ist, d. Verf.] zu jedem Zeitpunkt durch die Verteilungsstruktur des [...] Kapitals und der damit verknüpften Gewinne innerhalb der diversen Felder determiniert; dennoch gilt, dass in jedem dieser Spiel-Räume sowohl die Definition dessen, worum gespielt wird, als auch der Trümpfe, die stechen, immer wieder aufs Spiel gesetzt werden kann: Jedes Feld stellt den Schauplatz dar eines mehr oder minder offen deklarierten Kampfes um die Definition der legitimen Gliederungsprinzipien des Feldes. (Bourdieu, 2015, S. 27f.)

Der hier anskizzierte Klassenkampf verschiedener Forschungstraditionen läuft sicherlich nicht so archaisch ab, wie im Bild der pubertierenden Schüler\*innen beschrieben. Dennoch lässt sich anhand dessen gut zu einer wissenschaftstheoretischen Bearbeitung der Forschungstraditionen überleiten. Denn der angesprochene soziale Raum differenziert sich in

sich selbst ebenfalls in Sub-Räume, die gewissen Problemlösungsstrategien folgen, die die Fachwelt akzeptiert hat (see Kuhn, 2014). Kuhn entlehnt zur Spezifizierung jener Strategien der Linguistik den Paradigmenbegriff. In der Grammatik stellt die wiederholbare Konjugation von Verben oder Deklination von Substantiven ein Paradigma dar. Die ominöse O-Deklination aus dem Latein-Unterricht steht daher beispielsweise idealiter für ein linguistisches Paradigma, da alle zugehörigen Substantive auf gleiche Art und Weise dekliniert/wiederholt werden. Hingegen ist Wiederholbarkeit aus Kuhns Sicht keine Bedingung für ein wissenschaftliches Paradigma (see Kuhn, 2014). Vielmehr verheißt ein paradigmatischer Lösungsvorschlag für Probleme den Forschenden, dass ebendieser Vorschlag erfolgsversprechender für entsprechendes Problem sei. Das Paradigma offeriert dabei gewisse Prognosen, die es gilt zu erfüllen.

Die normale Wissenschaft besteht in der Verwirklichung jener Verheißung, einer Verwirklichung, die durch Erweiterung der Kenntnis der vom Paradigma als besonders aufschlußreich dargestellten Fakten, durch Verbesserung des Zusammenspiels dieser Fakten mit den Voraussagen des Paradigmas sowie durch weitere Artikulierung des Paradigmas selbst herbeigeführt wird. (Kuhn, 2014, S. 38)

Im Lexikon der Psychologie wird diese Verwirklichung einer Verheißung unter dem Begriff Redundanzeffekt geführt (see Wirtz, 2020). Kuhn sieht in der redundanten Problembearbeitung die Tendenz, dass Problembearbeitungen an sich zu den vorhandenen, akzeptierten Lösungen analogisiert werden. Daraus folgert er, dass nahezu alles, worüber im Sozialraum Wissenschaft Einigkeit besteht, paradigmatisch ist. Mit dem oben eingeführten historisierenden Blick wird deutlich, dass daher auch apriorische Modellierungen und Theoriebildungen erstens eine interpretativbedingte Subjektivität innehaben sowie zweitens in einem paradigmatischen Spannungsverhältnis geronnen sind. Der Paradigmenbegriff trägt dieser Historizität insofern Rechnung, als dass er einen methodologischen Determinismus, der vorgibt festlegen zu können, was Wissenschaft ist bzw. sein soll, im Gegensatz zu kritisch-rationalistischen Überlegungen umgeht. Jene Festlegung entsteht vielmehr durch den Sozialraum des entsprechenden Paradigmas selbst, was eine erkenntnistheoretische Differenzierung zwischen Wissenschaft und Metaphysik im Rahmen dieser wissenschaftstheoretischen Betrachtung hinfällig macht (see Kuhn, 2014).



Im normal-wissenschaftlichen Betrieb wird das jeweilige Paradigma durch die forschenden Personen akzeptiert und grundsätzlich nicht angezweifelt. Dadurch sei die Möglichkeit gegeben im Rahmen des Paradigmas tiefgehende Forschung en détail zu betreiben. Durch quasi autopoietische Regeln erhält der/die Forschende eine paradigmatische Struktur innerhalb derer die Lösungen der Probleme zu liegen scheinen. Diese Ausformung von Problemlösungsstrategien vergleicht Kuhn (2014) mit dem Lösen von Rätseln: „Innerer Wert zwar ist kein Kriterium für ein Rätsel, wohl aber das sichere Vorhandensein einer Lösung“ (S. 51). Nur die Probleme werden bevorzugt bearbeitet, für die die paradigmatische Struktur einen Lösungsplan zu haben scheint und für die in dem Rahmen auch vermutet wird, eine Lösung zu finden. Ähnlich wie bei einem Rätsel wird daher nicht vermutet, dass das Rätsel in sich mit einer Rätsellogik nicht gelöst werden kann. Denn in der Rätsellogik ist die Lösung apriorisch vorhanden und muss lediglich identifiziert werden. Dies impliziert jedoch gleichzeitig das Nicht-Vorhandensein von mehreren Lösungen, weil metaphorisch gesprochen ein Puzzle zwar mehrere methodische Wege hat das Puzzle zu vervollständigen, jedoch die Lösung letztlich immer nur eine Richtige bleibt. Auch Jürgen Habermas (2014) weist darauf hin, dass in einem praktischen und realen Diskurs eine Letztbegründung, die sich aus einer Rätsellogik ergeben würde, weder möglich noch nötig sei. Damit sei zumindest darauf hingewiesen, dass jedes Verhalten zu einem Problem zunächst eine durchaus auch revidierbare Entscheidung darstellt, wodurch eine apriorisch-determinierende Rätsellogik und die damit festgelegte, wenn auch unbekannte Lösung formallogisch negiert wird.

Im Hinblick auf die Programmatik des kritischen Rationalismus unter dem Hauptvertreter Karl Popper, aus dem gesundheitsbezogene Fragestellungen hauptsächlich bearbeitet werden, gilt hingegen im Kuhn'schen Paradigmenbegriff das Prinzip der Falsifizierbarkeit nur bedingt. Jenes Prinzip kann im entsprechenden Paradigma als paradigmatisch leitende Lösungsstrategie zwar verfolgt werden, jedoch betrifft es nicht das Paradigma an sich. Es herrscht also kein grundsätzlicher Konsens darüber, wie die Lösung aussieht, jedoch darüber, dass die Lösung ein paradigmatisch konsensfähiges Moment hat. Das Nicht-Vorhandensein bzw. die Falsifikation der entsprechenden Hypothese stellt daher ebenfalls ein konsensfähiges Moment dar, welches ebenfalls als Lösung des Problems gilt. Somit verfolgt die Normal-Wissenschaft das Ziel, die im Rahmen des vorherrschenden Paradigmas aufgestellten Theorien sukzessiv im Rahmen der Möglichkeiten zu verbessern.

So gesehen darf die eingenommene Perspektive nicht in einer naiven Lesart, die Gefahr läuft moralethische Ansprüche geltend zu machen, interpretiert werden. Vielmehr wird sich für eine kritische Lesart und daraus resultierende reflexive Verwissenschaftlichung ausgesprochen (see Stroß, 2009). Das bedeutet, dass der möglicherweise erweckte Eindruck einer fundamental-kritischen Auslegung eines Paradigmenbegriffs bestenfalls irritierend gelesen werden kann, jedoch niemals den Anspruch erheben wird, den kritisierten Determinismus auf latente Art und Weise zu verfolgen. Daher sei ebenfalls darauf hingewiesen, dass auch Kuhn normalwissenschaftlicher Forschung gerechtfertigten Sinn abverlangte, als dass die paradigmatischen Grundpfeiler erst die Möglichkeit einer gerichteten Kreativität hinsichtlich der Verwendung von abstrakten Methoden bieten.

Doch nun kann es innerhalb eines Paradigmas durchaus zu einer Kumulation von Problemen bei den Problemlösestrategien kommen, sodass die paradigmatische Wirkungsmacht von den beteiligten Akteur\*innen zusehends in Frage gestellt wird. Andererseits zeigt auch hier der historisierende Blick, dass überraschende Entdeckungen ebenfalls eine zwingende Kraft, die die paradigmatischen Grundfeste erschüttert, entwickeln können. Kuhn führt dafür unter anderem Einsteins Relativitätstheorie (Kapitel 3.1) ins Feld, die die newtonsche Physik ablöste oder die sogenannte Kopernikanische Wende, mit der nicht mehr die Erde im Zentrum des Universums stand, sondern ein heliozentrisches Weltbild etabliert wurde. In beiden Fällen wurden die zentralen Annahmen des vorrausgegangenen Paradigmas durch die zwingenden Erkenntnisse des neuen Paradigmas abgelöst. Durch diese Ablösung sind wissenschaftliche Paradigmenwechsel auch weniger kumulativer Wissensnatur, da grundlegende Annahmen von den Wissenschaft produzierenden Forschenden verworfen werden. Nach dem Paradigmenwechsel, der sich nicht eo ipso, sondern nur durch adäquate Alternativen vollziehen kann, benennt Kuhn sein Werk – *die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Dadurch, dass Paradigmen sozialfeldstabilisierende Strukturen zugeschrieben werden, bedeutet ein Paradigmenwechsel auch stets ein Wechsel von Perspektiven der Betroffenen selbst.

Und doch, Paradigmawechsel veranlassen die Wissenschaftler tatsächlich, die Welt ihres Forschungsbereichs anders zu sehen. Soweit ihre einzige Beziehung zu dieser Welt in dem besteht, was sie sehen und tun, können wir wohl sagen, daß die Wissenschaftler nach einer Revolution mit einer anderen Welt zu tun haben. (Kuhn, 2014, S. 123)

Dies deutet vice versa jedoch auch an, dass der Forschende als Subjekt ständig mit einer kreativen, qua Bearbeitung/Schaffung (*Fakt*), Auseinandersetzung mit der beforschten Welt steht. Dies können beispielsweise auch die hirnpfysiologischen Untersuchungen Wolf Singers (2002) stützen. Demnach darf Wahrnehmung, so Singer,

[...] nicht als passive Abbildung von Wirklichkeit verstanden werden [...], sondern als das Ergebnis eines außerordentlich aktiven, konstruktivistischen Prozesses [...], bei dem das Gehirn die Initiative hat. Das Gehirn bildet ständig Hypothesen darüber, wie die Welt sein sollte, und vergleicht die Signale von den Sinnesorganen mit diesen Hypothesen. Finden sich die Voraussagen bestätigt, erfolgt die Wahrnehmung nach sehr kurzen Verarbeitungszeiten. Treffen sie nicht zu, muß das Gehirn seine Hypothesen korrigieren, was die Reaktionszeiten verlängert. In den meisten Fällen dürfte sich der Wahrnehmungsakt jedoch auf das Bestätigen bereits formulierter Hypothesen beschränken. (S. 72)

Aus einer aufklärerischen Perspektive, die die selbstbestimmte Auseinandersetzung mit Welt als zentralen Kern von Ausgang aus der selbstverschuldeten Unmündigkeit ansieht, darf Friedrich Schiller (1789) als Philosoph daher formulieren:

Neue Entdeckungen im Kreise seiner [der/die Forschende, d. Verf.] Thätigkeit, die den Brotgelehrten niederschlagen, entzücken den philosophischen Geist. Vielleicht füllen sie eine Lücke, die das werdende Ganze seiner Begriffe noch verunstaltet hatte, oder setzen den letzten noch fehlenden Stein an sein Ideengebäude, der es vollendet. Sollten sie es aber auch zertrümmern, sollte eine neue Gedankenreihe, eine neue Naturerscheinung, ein neu entdecktes Gesetz in der Körperwelt den ganzen Bau seiner Wissenschaft umstürzen: so hat er die Wahrheit immer mehr geliebt, als sein System, und gerne wird er die alte mangelhafte Form mit einer neuern und schönern vertauschen. (S. 224)

Mit Blick auf die hier kurz beschriebene Paradigmeninterpretation von Wissenschaft als Sozialraum verdeutlicht dies, dass es durchaus keine so revolutionäre Einsicht ist, davon ausgehen zu können, dass sich Wissenschaft als Sozialfeld nach bestimmten Normativen struk-

turiert. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang ebenfalls festzuhalten, dass diese Normativen bedeutenden Einfluss auf die im Sozialfeld agierenden Forschenden haben und sich somit die Frage stellt, in wie weit diese Beeinflussung somit auch Wissenschaft als Produktionsort von Wirklichkeit (*Fakt*) durchdringt und wie bzw. ob sich der/die Forschende von jenen latent Wirkung entfaltenden paradigmatischen Strukturen distanzieren kann, um kreative *Fakten* zu ermöglichen. Denn: „[...] wissenschaftliche Ansätze und Begründungen, in denen die sozialen Herrschafts- und Machtverhältnisse ihren angemessenen Ausdruck finden, [haben es, d. Verf.] weitaus leichter, die ihnen auferlegten Beweislasten sind geringer, die mit ihnen verbundenen Gratifikation (sic!) höher“ (Kühn, 1993, S. 127). Somit muss im Anschluss ebenfalls problematisiert werden, dass wissenschaftliche Erklärungsansätze dem Weg des geringsten Widerstandes folgen, weil sie nicht nur in einer neoliberalen Gesellschaftsstruktur unkalkulierbaren machtvollen Zwängen zum Fortbestehen unterlegen sind.

Es zeigt sich, dass Wissenschaft als sozialer Raum durchaus nicht steril und objektiv charakterisiert werden kann, wie ein öffentlicher Diskurs vermuten ließe. Dadurch, dass die in Wissenschaft und Forschung tätigen Akteur\*innen niemals Objekte einer wissenschaftlichen Praxis sind, sondern immer zunächst Subjekte, verhält sich Wissenschaft viel ähnlicher anderen Sozialräumen als das auf den ersten Blick zu erkennen ist.

Auch als Wissenschaftler verkennen sie ihre Grenzen und erliegen dem Mythos der Objektivität. Die Wirklichkeit der Wissenschaft hat begonnen, ihre Ideale zu verdunkeln. Ihre Irrtümer und Dogmen überlagern den erhaltenden Kern ihrer inneren Rationalität, ihre Monokulturen verdrängen ihre Vielfalt. Ihre Anmaßungen überschatten ihre Kompetenzen und der Missbrauch ihrer Macht wirkt verheerend. (Finke, 2005, S. 356)

Der erste Blick schreibt nämlich nach wie vor der Wissenschaft das Prädikat Objektivität zu, obwohl dieses Qualitätskriterium zunächst immer ein sozial konstruiertes ist, dass somit aus mindestens einer subjektivierten Perspektive entstanden sein muss. Dabei stellt sich die Frage, ob von einer Rationalität, wenn auch nur hypothetisch, qua Letztbegründung ausgegangen werden kann oder grundsätzlich darauf verzichtet wird (e.g., Finke, 2005). Denn das Kriterium der Objektivität würde explizit jenen subjektivierten Blick negieren, was konsequenter- bzw. paradoxerweise zur Auflösung des Objektivitätsbegriffs führen würde (see

Habermas, 1968; Feyerabend, 2016; Glasersfeld, 2006). Als vorläufiges Zwischenfazit kann, in Hinblick auf die hier bislang methodisch unspezifizierte Form von Gesundheitsberichterstattungen, die wissenschaftstheoretische Analyse von Experimenten und Tests, die ein wissenschaftliches Kerninstrument von Gesundheitsberichterstattungen sind, des Psychologen Eduard Zellingens (1979) festgehalten werden:

Es kennzeichnet den Grundzug des Experimentalismus, die Vp durch Restriktion und Determination ihres Verhaltens auf einen ganz bestimmten vorgefaßten Objekttyp und Datenlieferanten festzulegen, nämlich auf einen solchen, der sie als nomothetisch abhängige Variable ausweist. [...] D.h. es wird von vornherein festgesetzt, auf welche Weise unter welchen Bedingungen ganz bestimmte Fragen beantwortet werden müssen. Dabei werden die Responsen um so rigider präjudiziert bzw. erzwungen, je mehr ihre Möglichkeiten begrenzt werden [...]. (S. 100)

Das bedeutet zugleich, dass sich wissenschaftliche *Fakten* niemals der (latenten) Vorannahmen des Forschenden entziehen und daher auch niemals das Prädikat Objektivität erreichen können. Die aus dieser Argumentation folgenden Implikationen führen dazu, dass z.B. die Bewertung darüber, in wie weit ein Test messen kann, was er vorgibt zu messen (Validität) ebenfalls mit dem Bias der Forschendensubjektivität, die als Produzentin von *Fakten* aufzufassen ist, aporetisch belastet ist.

## **1.2 Die kreisrunde paradigmatische Brille**

In der Landschaft wissenschaftstheoretischer Überlegungen sind die bereits von Ludwig Wittgenstein beschriebenen Sprachspiele nur schwer wegzudenken (see Schulte & Wittgenstein, 2008). Metaphern und Bildsprache sind essenzielle Werkzeuge zur Durchdringung des hochkomplexen Waldes an vornehm philosophischen Überlegungen. Ein Bild, welches häufiger Verwendung findet, ist das der Brille (see Finke, 2005). Auch alltagssprachlich sieht man beispielsweise die Welt durch die rosarote Brille, wenn man das junge Glück der frischen Liebe erleben darf. Doch was kann der Begriff der Brille im Hinblick auf die hier untersuchte bedeutsame Struktur von Wissenschaft leisten?

Einfach gesagt, kann man Brillen aufsetzen und sie auch wieder absetzen. Das würde bedeuten, dass der Blick durch eine paradigmatische Brille zu jeder Zeit unverbindlich bleiben

würde, da jederzeit und quasi nach Belieben eine andere Brille aufgesetzt werden könnte. Es sei gewissermaßen ein „geistiges Spiel“ (Finke, 2005, S. 356) (Halluzinationen) oder einfach ein Sprachspiel, was auch jederzeit anderen Ausdruck finden kann (see also Schulte & Wittgenstein, 2008). Doch ernüchtern die zuvor erörterten Einsichten Bourdieus, Kuhns und Kühns. Das, was die Brillenmetapher so leicht vermuten lässt, täuscht ebenfalls darüber hinweg, dass die Brillen der Wahrnehmung von Wissenschaft nicht so leicht gewechselt werden können und immer vorhanden sind (see Finke, 2005). Die Wahrnehmung der Wirklichkeit geschieht niemals entblößt, sondern immer hinter der schützenden Scheibe einer metaphorischen Brille. „Es gibt sogar wissenschaftliche Gründe für die Vermutung, dass wir mit einigen solchen Brillen bereits geboren werden“ (Finke, 2005, S. 357). Darum kann diese oftmals Verwendung findende Metapher nur sehr beschränkt darüber Aufschluss geben, nach welchen Kriterien wissenschaftliches Arbeiten funktioniert, weshalb sich an dieser Stelle um ein anderes Bild bemüht wird.

Dem transdisziplinären Anspruch dieser Arbeit folgend, soll nun im Kurzen eine pädagogisch-psychologische Perspektive bestrebt werden, um der vorgeschlagenen Ablösung des Brillenbegriffs eine adäquate Alternative zu bieten. Die Rede ist von der Herbart'schen Gedankenkreistheorie. Als Johann Friedrich Herbart die Allgemeine Pädagogik begründete, setzte er dabei maßgeblich auf eine psychologische Grundlage, ohne die seine Pädagogik weder verständlich noch praktisch von Bedeutung wäre (see Herbart, 1806/1913). Die Gedankenkreistheorie verdeutlicht auch im Hinblick auf den hier behandelten Gesundheitsbegriff, wie weitreichend Gesundheit sowohl lebensweltlich als auch wissenschaftlich gedacht werden muss, falls man sich einem ganzheitlichen Ansatz verpflichte.

Herbart bearbeitet in der Gedankenkreistheorie zwei zentrale Begriffe, die ebenfalls Alleinstellungsmerkmal seiner gesamten Pädagogik sind. Ohne den Begriff des Gedankenkreises sowie den des Gesichtskreises ließen sich weder seine Theorie des erziehenden Unterrichts noch seine Überlegungen zur Charakterbildung verstehen (see Bolle, 2020). Durch seine psychologischen Grundlegungen lässt sich auch schon von vorneherein erahnen, dass sich ebenfalls in dieser Theorie ein Problem von Individualität aufbaut, welches sowohl im vorangegangenen Brillenkontext auftaucht als auch grundsätzlich ein den Geisteswissenschaftler\*innen vertrautes ist. Weiterhin ist in der Gedankenkreistheorie bedeutsam, dass eben nicht der/die Erziehende den Gedankenkreis bei dem/der (vielleicht sogar wissenschaftlich)

Heranwachsenden bestimmt bzw. ausbildet, sondern dies nur letztlich der/die Heranwachsende selbst vollziehen kann (see Bolle, 2020). Im Hinblick auf Individualität von dem/der Heranwachsenden weist Herbart diese als ein dem/der Erziehenden vorgegebenes Moment aus. Denn Individualität entsteht in der erfahrenen Vergangenheit des/der Heranwachsenden. Und Aufgabe des/der Erziehenden ist, an diese Vergangenheit anzuknüpfen und diese vielseitig und sich selbst bewusst zu machen. Einfach gesagt, dem/der Heranwachsenden soll die Möglichkeit einer eigenen Geschichte gegeben werden. Doch dafür muss der/die Erziehende diese vorläufig unbewusste Individualität zunächst einmal, wahrscheinlich sogar vor dem/der Heranwachsenden erkennen. „Wollen, sich entschließen, dies geht im Bewußtsein vor. Die Individualität aber ist unbewußt. Sie ist die dunkle Wurzel, aus welcher unsere psychologische Ahnung dasjenige glaubt hervorspriessen zu sehen, was immer nach den Umständen anders und anders im Menschen hervortritt“ (Herbart, 1806/1913, S. 270). So gesehen benötigt der/die Erziehende also eine Möglichkeit die unbewusste Individualität zu erkennen. Diese Fragestellung kann als eine Kernfragestellung von Psychologie ausgewiesen werden, die mit einer pädagogischen Sichtweise nicht tiefergehend zufriedenstellend beantwortet werden kann (see Bolle, 2020). Übertragen auf den hier angedachten Ansatz lässt sich also festhalten, dass in der Brillenmetapher sowohl alle Brillen individuell unterschiedlich wären als auch unbewusst, was diese Metapher spätestens jetzt besonders fragwürdig erscheinen lässt.

Wie dem auch sei, bemisst Herbart (1806/1913) seiner Gedankenkreistheorie so viel Bedeutung zu, dass er seine Allgemeine Pädagogik sogar mit jenen Begrifflichkeiten, auf die er bekanntermaßen sehr viel Wert legte, einleitet:

Was man wolle, indem man erzieht und Erziehung fordert: das richtet sich nach dem Gesichtskreis, den man zur Sache mitbringt. Die meisten, welche erziehen, haben vorher ganz unterlassen, sich für dies Geschäft einen eigenen Gesichtskreis zu bilden; er entsteht ihnen während der Arbeit allmählich, er setzt sich ihnen zusammen aus ihrer Eigentümlichkeit und aus der Individualität und den Umgebungen des Zöglings. (S. 230)

Der Begriff des *Gesichtskreises*, wie auch der der Brille, bezieht sich nicht zufällig auf den Sehsinn. Der Gesichtskreis ist abgrenzbar, hat seinen Mittelpunkt im individuellen Gesicht selbst und ist gebunden an das sich verändernde und bewegende Subjekt.

Die Grenze ist die Grenze des Kreises, die vom Mittelpunkt gleich weit entfernt ist. Der Mittelpunkt ist der eigene Standpunkt, der den Gesichtskreis verengt, vor allem durch die Perspektive, die er einnimmt. Denn die Perspektive ist zielfixiert. Sie ist damit [...] hochselektiv, was bedeutet: Sie blendet alles aus, was in ihrem toten Winkel liegt. (Bolle, 2020, S. 17)

Der Gesichtskreis kann mit einem Auto verglichen werden, welches nachts durch einen Wald fährt. Der Kegel der Scheinwerfer zielt in eine gewisse Richtung, da es zugegebenermaßen lebensmüde wäre, alles, vielleicht sogar alles außer das Ziel, auszuleuchten. Das Ziel liegt in weiter Ferne, liegt im Dunkeln und kann nur antizipiert werden, ist in jedem Falle jedoch vorhanden. (Angemerkt sei, dass die Zielperspektive gerade in einem pädagogischen Denken wiederum zu einem Theorie-Praxis-Problem führt, welches bereits im Zwischenbericht des dieser Arbeit vorangegangenen Forschungsprojekts *Studentische GesundheitsBildung* ausführlich behandelt wurde und hier daher nicht mehr aufgegriffen wird (see Hinde-lang et al., 2020).) Der Mittelpunkt befindet sich im Auto, welches sich bewegt und bedingt durch den Lichtkegel der Scheinwerfer einen verengten Standpunkt evoziert. Bei der Autofahrt ist es für den/die Fahrer\*in unbedingt notwendig, den Fokus auf die Aufgabe des Steuerns des Autos zu legen. „Um der pädagogischen Aufgabe gerecht werden zu können, muss man auf all das fokussiert sein, was bei ihrer Aufgabe zu berücksichtigen entscheidend ist“ (Bolle, 2020, S. 17). Nach Herbart (1806/1913) würden im Auto-Gleichnis die meisten Menschen an alles Mögliche denken, nur nicht an das Steuern selbst und wahllos von der Straße in den Wald fahren: „Die meisten, welche erziehen, haben vorher ganz unterlassen, sich für dies Geschäft einen eigenen Gesichtskreis zu bilden“ (S. 230). Während der Gesichtskreis technisch betrachtet außerhalb, vor dem Auto im Scheinwerferkegel liegt, liegt der Gedankenkreis innerhalb des Autos bzw. hinter dem Gesicht. Darin könnten sich potenziell die Gedanken an einen Wald außerhalb des Scheinwerferkegels befinden, aber auch diejenigen imaginierten, navigierenden Gedanken über das Ziel der Fahrt.



Man kann erahnen, was kommt: Der Gedankenkreis wird vom Gesichtskreis bestimmt. „Nur das, was willkürlich oder unwillkürlich Aufmerksamkeit erlangt, kann ins Bewusstsein treten und bindet die Aufmerksamkeit. Die Verknüpfungen der Vorstellungen im Gedankenkreis bestimmen wieder den Gesichtskreis“ (Bolle, 2020, S. 18). Nur wenn die nächste Kurve dem/der das Auto Steuernde\*n Aufmerksamkeit erlangt, kann er/sie adäquat darauf reagieren und sich im Gedankenkreis darauf einstellen. Falls zuvor sogar noch die Straßenkarte bemüht wurde, um sich die Strecke wortwörtlich vor Augen zu führen, dann ist der Gedankenkreis soweit erweitert, dass die Kurven und Besonderheiten bereits erwartet werden können und somit ebenfalls der Gedankenkreis den Gesichtskreis bestimmt. Ein quasi hermeneutisches Wechselverhältnis, in dem der Standpunkt auch jederzeit prinzipiell veränderbar ist:

Neue Vorstellungen wollen wir mit unseren bisherigen, Antworten mit unseren Fragen verbinden, die Grenzen unseres Gesichtskreises wollen wir erweitern, das ist die Forderung unserer Wissbegierde. Unseren Zustand wollen wir verändern, einen neuen wollen wir an den jetzigen anknüpfen; dahin geht unsere Tendenz im praktischen Leben. Beides wissen wir nicht immer anzufangen; daher wird uns eine Wissenschaft Bedürfnis, welche uns zeigte, ob es nicht etwa in unsrer Gewalt sei, jenes Streben zu befriedigen, ob nicht das Ganze unsres bisherigen Gedankenkreis schon die Bedingung seiner Erweiterung enthalte, ob wir nicht etwa schon in diesem Augenblick das Vermögen besitzen, welches den folgenden Moment und unsren Zustand in demselben unserer freien Bestimmung unterwerfe [...]. (Herbart, 1796/1964, S. 6)

Herbarts Vorstellungspsychologie ist vor diesem Hintergrund viel mehr als ein bloßes, praktisches Werkzeug für die Bearbeitung und Anleitung einer pädagogischen Praxis. Es ist ein programmatischer Gedankengang, der hermeneutisch nutzbar gemacht werden kann, um „Problemzusammenhänge ganzheitlich und damit auch ästhetisch in den Blick zu nehmen“ (Bolle, 2020, S. 16).

### **1.3 Transdisziplinarität als Individualität anerkennendes Prinzip**

Das Paradigma ist in oben erörterter Hinsicht ebenfalls ein Scheinwerfer, ein Gesichtskreis, aus dessen Denkstruktur sich der Gedankenkreis des Paradigmas selbst entwickelt und reproduziert. Die Gedankenkreistheorie gibt Hinweis darüber, dass die paradigmatische Bedingtheit unseres Handelns zunächst existiert und zugleich reflexiv bewusst gemacht werden muss, wie im Kleinen so auch im Großen. Jene Erkenntnis ist nicht nur für den Wissenschaftskontext von Wichtigkeit, sondern ebenfalls für die pädagogische Dimension eines jeden gesundheitsbezogenen Handelns von weitreichender Bedeutung, da die Nicht-Perspektivierung der Dimension das Handeln in einen ethischen Problemzusammenhang rückt, der entsprechend zumindest keine pädagogische Auflösung erfährt und erfahren kann (see Benner, 2015). Daher kann zunächst für den erkenntnistheoretischen Kontext eine systematische Erweiterung des Gedankenkreises als Prinzip der wissenschaftlichen sowie reflexiven Vervollkommnung einer wissenschaftlichen Disziplin abgeleitet werden. Damit gehen ebenfalls selbstrelationale Möglichkeitsgewinne einer transdisziplinären sowie reflexiven Verwissenschaftlichung einher, da grundsätzliche Perspektivierungen, beispielsweise die eines Theorie-Praxis-Problems, eine solide Grundlagenprogrammatisierung erfahren und breit bearbeitbar werden können (see Beck, 1986; see also Hindelang et al., 2020). Doch wie ist Transdisziplinarität in diesem Zusammenhang zu verstehen?

Transdisziplinarität als Begriff wurde in der Wissenschaftsphilosophie insbesondere durch Jürgen Mittelstraß in den 1980er Jahren bearbeitet und bekannt gemacht (see Waag, 2012). Darin ist ein Bild von Transdisziplinarität vertreten, wie es heute oftmals noch verstanden wird. Im Diskurs über Transdisziplinarität, der überwiegend im Sozialraum der Wissenschaft geführt wird, soll die Betonung auf „der gleichrangigen Beteiligung betroffener Bevölkerungsgruppen und der Zivilgesellschaft in entsprechenden Forschungsprojekten“ (Waag, 2012, S. 21) liegen. Dabei ist nicht entschieden, ob ein transdisziplinäres Vorgehen als heuristische Grundannahme nur einen technologisch-affirmativen Vorteil hinsichtlich der Bearbeitbarkeit von Forschungsaufgaben bieten, und damit der Handlungsprimat und die Definitionsmacht bei der Wissenschaft verbleiben, oder weitergefasst einen Weg zu einer „besseren, nachhaltigen Gesellschaft und einer demokratischeren Wissenschaft“ (Waag, 2012, S. 21) ebnen soll.

Etymologisch ist der Begriff Transdisziplinarität ein Neologismus, gebildet aus dem Präfix *trans-* - „über, hinüber, über...hinaus, jenseits“ und dem Substantiv *disciplina* – „Unterweisung, Lehre, Unterricht, u.a. auch Bildung, Erziehung, Einrichtung“ (Stowasser et al., 2015, S. 160). Der Mehrwert der begrifflichen Spezifizierung zeigt sich darin, dass sich für *disciplina* ebenfalls eine Übersetzung mit Begriffen wie *Bildung* und *Erziehung* finden lässt. Transdisziplinarität ist demnach epistemisch relativ unbestimmt, was dazu einlädt eine mögliche gedankliche Klärung der Bedeutung zu finden. Transdisziplinarität verstanden als etwas, was *über* eine einzelne Lehre oder eine einzelne Erziehung/Sozialisation *hinaus* geht, spricht sich für das Anerkennen von verschiedenen Lehren aus. Dabei kann die Bedeutung von *Lehre* nicht auf der unbestimmten, normativ aufgeladenen, wissenschaftlichen Weise stehen bleiben, sondern muss diese Bedeutung hinsichtlich einer als divers und institutionell (*Einrichtung*) verstandenen *Lehre* öffnen. Damit ist jede Disziplin zugleich in einen diversen und institutionellen Rahmen gebettet und steht in einem Wechselverhältnis zu diesem Rahmen.

Was also der Begriff Transdisziplinarität fordern kann, wolle er sich nicht selbst ad absurdum führen, ist das Anerkennen der Eingebundenheit des/der Forschenden einerseits und andererseits der Disziplin selbst in größere, auch nicht-wissenschaftliche Zusammenhänge (see Bogner et al., 2010). Damit geht auch einher, dass jede Disziplin und jede/r Forschende eine apriorische Individualität aufweist, die aus einer Gedankenkreistheorie bearbeitbar wird, auch wenn sie zunächst über die im Dunkeln verbleibende Individualität keine Auskünfte geben kann. Im Gegensatz zur Interdisziplinarität, die sich lediglich *inter* – „zwischen, unter“ (Stowasser et al., 2015, S. 272) den jeweiligen Lehren bewegt, verkennt Transdisziplinarität jene Individualität zumindest nicht und setzt sie im Gegenteil sogar apriorisch voraus.

Im Anschluss daran kann nun im Folgenden eine transdisziplinäre Sichtweise analytisch nutzbar gemacht werden, um die paradigmatische Struktur des Gesundheitsdiskurses zu beschreiben.

#### 1.4 Paradigmatische Struktur im Gesundheitsdiskurs

Um die paradigmatische Struktur des Gesundheitsdiskurses zu umschreiben, bieten sich auf Grund der umfassenden Ausdifferenzierungen des Gesundheitsthemas vielfältige Möglichkeiten. Hier wird sich für einen Zugang über den *13. Kinder- und Jugendbericht* aus dem Jahre 2009 entschieden, in welchem erstmals die Themen Gesundheitsförderung sowie gesundheitsbezogene Prävention in den Mittelpunkt eines solchen Berichts der Bundesregierung gestellt wurden. Neben der Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Daten wird in ihm auch umfassend über sogenannte Maßnahmen im Bereich der Prävention sowie Gesundheitsförderung berichtet. Darüber hinaus werden sozialpädagogische Empfehlungen für das 21. Jahrhundert ausgesprochen. Er zeigt, dass sich der Gesundheitsdiskurs heute neben Inzidenzen ebenfalls mit gesundheitspädagogischen Fragestellungen (Gesundheitsförderung, Prävention, Empfehlungen) befasst. Kern der Bearbeitungen ist dabei stets das zu erreichende Ziel einer „Verbesserung der Gesundheit“ (BMFSFJ, 2009, S. 50). Interessant daran zu sehen ist, dass für den gesundheitswissenschaftlichen Diskurs beispielsweise die Herstellbarkeit von Gesundheit ein paradigmatisches Diktum darzustellen scheint, welches auf Grund mangelnder Alternativen meist auch nicht in Frage gestellt wird (see Stroß, 2018a). Gesundheit und die damit verbundene gesunde Lebensweise ist hochstilisiert und festgelegt zum und als Ziel individueller Lebensführung (see Mazumdar, 2008). Die Sinnorientierung hierfür wird mitunter, im Kontrast zu christlich-abendländischen Philosophien, im Diesseits gesucht. Jene Diesseitsorientierung ist ebenfalls gesellschaftlicher Ausdruck von Individualisierungstendenzen, die die beispielsweise durch Religionen postulierte Jenseitsabhängigkeit charakteristisch negieren, was sich in diversen Körper- und Gesundheitskulten Ausdruck verschafft (see Gugutzer, 2012; Bude, 2019). Sprichwörtlich ist jede\*r seines/ihrer Glückes Schmied\*in, wodurch die Verantwortung eine eng am Individuum stehende Selbstverantwortung bleibt.

Mit dieser Vorstellung gehen ebenfalls Ambitionen einher, die den Blick auf pädagogische Fragestellungen richten, wie ein zielgerichtetes Beeinflussen von, wie hier Kindern und Jugendlichen, im weiteren Anspruch aber aller Menschen hinsichtlich ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens (Gesundheitserziehung). Dies scheint somit auch ein paradigmatisches Diktum zu sein, welches die Ausformung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen dahingehend bedeutend beeinflusst. Dieser Umstand generiert sich laut dem ehemaligen Leiter der

Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, Hagen Kühn (1993), aus dem paradigmatischen Grundmuster medizinischen Denkens und Handelns, dass das Individuum als Ort der Entstehung von Krankheit und der darauf folgenden Intervention versteht.

Medizinisches Handeln ist eine individuelle Behandlungsweise, bezogen auf einen Patienten, der einen Mangel aufweist. Die Behandlungsweise bestätigt und erneuert zugleich auch das entsprechende Krankheitsverständnis der Individuen. Diese konzentriert sich auf das was, auch dem geschulten Patienten unmittelbar einleuchtet: auf die biologischen und physischen Manifestationen seines Körpers. Daraus ergibt sich selbstverständlich dann die Notwendigkeit der professionellen Behandlung dieses Körpers, ohne die Lebensumstände überhaupt ernsthaft in den Blick zu nehmen. (Kühn, 1993, S. 165)

Das paradigmatische Grundmuster der Medizin reduziert Gesundheit und gesundheitsbezogene Maßnahmen auf diese konservative Ätiologie und verkennt systematisch etwaige Herrschaftsansprüche und -verhältnisse, die sich aus einem solchen Menschenbild ergeben, in dem der/die Patient\*in von professionellen Akteur\*innen behandelt werden muss. Denn die Behandlung beschränkt sich beispielsweise nicht lediglich auf das bloße Verschreiben von Medikamenten, sondern, wie im *13. Kinder- und Jugendbericht* ebenfalls fest verankert, auch auf das präventive Verschreiben von zu praktizierenden und zu unterlassenden Verhaltensweisen (see Kühn, 1993; Stroß, 2018a).

Das hier angesprochene, im Rahmen der paradigmatischen Unterscheidung zu betrachtende, Verhältnis ist das von Pädagogik und Medizin, welches sich kulturhistorisch „als eine Geschichte der Konkurrenzen, aber auch der ‚versäumten‘ Kooperationsmöglichkeiten zwischen Pädagogen und Medizinern rekonstruiert [...]“ (Stroß, 2009, S. 72). Beide wissenschaftlichen Disziplinen durchlebten im 18. Jahrhundert, im Zeitalter der pädagogischen und medizinischen Aufklärung, einen bedeutenden Entwicklungsprozess, der sich jeweils nicht nur auf intradisziplinäre Tendenzen beschränkte (see Stroß, 2009). Die Erziehungswissenschaftlerin Anette M. Stroß (2009) identifiziert genau darin ein Spannungsverhältnis, welches sich bis heute nicht maßgeblich verändert hat. Es kann unproblematischer Weise ange-

nommen werden, dass beide Disziplinen in sich geschlossene, unterschiedliche Logiken entwickelten, die zu revolutionären Wettstreiten an den überschneidenden Handlungsfeldern führten.

Ausgegangen werden kann von einer primären Handlungsorientierung der Professionen (hier: Lehrer-, Ärzteschaft) und einer primären Erkenntnisorientierung der Wissenschaften [...]. Dieses Dual entspricht der heuristischen Grundannahme innerhalb der Soziologie und der Erziehungswissenschaft, die einerseits von der Handlungs-, Ausbildungs-, Vermittlungs- und Institutionenorientierung als primäre Ausrichtung von Professionen (im Entstehungsprozess) und andererseits von der Theorie-, Methoden- und Forschungsorientierung der Wissenschaften seit Beginn der Moderne, d.h. seit dem 18. Jahrhundert, ausgeht. (Stroß, 2009, S. 69)

Es zeigt sich, dass sich paradigmatische Strukturen hier nicht nur entlang eines Wegs des geringsten Widerstandes entwickeln (see Kühn, 1993), sondern es ebenfalls auf die entsprechende Zielperspektive der beteiligten Akteur\*innen ankommt. So konstituiert sich der Gesundheitsdiskurs nicht ausschließlich im Sozialraum Wissenschaft und wird dort auch nur bedingt hinsichtlich Handlungsorientierung bearbeitet. Die hier leitende Kernaussrichtung ist ein Erkenntnisinteresse, welches grundsätzlich paradigmatisch für die Wissenschaft zu sein scheint. Wissenschaften können zwar eine Handlungsebene bearbeiten, können in der Regel aber eben immer nur den Anspruch erheben über jene Ebene Erkenntnisse, wie der Begriff *Wissenschaft* schon ausdrückt, zu generieren. Demgegenüber steht eine Handlungsorientierung in den entsprechenden Handlungsfeldern, die weniger ein Erkenntnisinteresse im Fokus haben. Den gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern können im historischen Rekurs gewisse Begrifflichkeiten „wie physische Erziehung [...], Gesundheitslehre, Hygiene, Diätetik und Gesundheitspflege“ (Stroß, 2009, S. 71) zugeordnet werden.

Das gezeichnete Spannungsverhältnis kann daher ebenfalls als revolutionärer Wettstreit verstanden werden, weil die Professionen zwar an Wissenschaft rückgebunden bleiben, jedoch ihre Handlungsdirektiven *sui generis* entwickeln. An dieser Stelle wird demnach ebenfalls interessant, welchen Geltungsanspruch die beiden Pole gegenüber einander geltend machen (see Koselleck & Dutt, 2014). Problematisiert werden muss in diesem Zusammenhang somit ein generisches Theorie-Praxis-Dilemma, da einerseits die generierten wissenschaftlichen

Erkenntnisse, die sich in der Praxis Wissenschaft als theoretisiertes Wissen manifestieren, Gefahr laufen, einen direktiven Anspruch über handlungsorientierte Professionen zu erheben. Andererseits können hingegen auch handlungsorientierte Professionen eine dignitäre Praxis von Wissenschaft verkennen und sich ab ovo als autopoietisches sowie unabhängiges Feld verstehen, obwohl sie stets auch historisch rückgebunden an ebendiese bleiben und sich aus diesen ergeben. Die Einsicht Friedrich Daniel Ernst Schleiermachers in seinen Vorlesungen von 1826, dass die „Dignität der Praxis“ (Schleiermacher, 2000, S. 10) unabhängig von der Theorie sei und die Praxis mit der Theorie nur eine bewusstere würde, lässt sich ebenfalls übertragen. Primär die wissenschaftstheoretische (paradigmatische) Auseinandersetzung mit dem Wirkungsanspruch qua Erkenntnis- vs. Handlungsorientierung von Wissenschaft und den dazugehörigen Professionen kann ein Bewusstsein über die Funktionsweisen offenbaren und letztlich auch zu einem Bewusstseinswandel selbstreferenziell sowie inhaltlich führen. Denn: „Wir haben vieles beobachtet, aber uns selbst als Beobachter haben wir dabei sicherlich zu wenig beobachtet. Unsere Selbstreflexion ist noch zu kurz gekommen“ (Finke, 2005, S. 357). Doch vorweggenommen sei, dass das nicht darüber hinweghelfen kann, dass, wie „der Begriff der Wissenschaft selbst [...] der Theoriebegriff einer der am wenigsten verstandenen Begriffe der Wissenschaftstheorie“ (Finke, 2005, S. 358) ist.

In Bezug auf den Gesundheitsdiskurs kann die Differenzierung (Erkenntnis- vs. Handlungsorientierung) in einem Subsystem des Sozialraums Wissenschaft gefunden werden, welches die professionsgebundene Bearbeitung von Gesundheit sowie Krankheit übernommen hat – der Gesundheitssektor (see Kühn, 1993). Wie oben bereits angedeutet, können die Ausformungen im Gesundheitssektor ebenfalls als paradigmatisch beschrieben werden bzw. dieser ebenfalls soziale Raum als sich nach den gleichen Regeln wie der Gesellschaftsraum konstituierend verstanden werden. Daher kann zur Beschreibung paradigmatischer Strukturen von Gesundheitsverständnissen der Gesundheitssektor als rückgebunden an die Strukturen von Wissenschaft verstanden werden, aber ebenfalls als dignitäres Praxisfeld, in dem sich jene Strukturen sozial-bedingt potenziell in anderer Weise ausformen (see Bourdieu, 2015). In der Literatur wird sich zur Beschreibung von Gesundheitsverständnissen im sozialen Raum Gesundheitssektor unter anderem für eine phänomenologische Herangehensweise ausgesprochen, jedoch dabei ebenfalls eine soziologische Kontextuierung meist außer Acht

gelassen und phänomenologische Erkenntnisse als handlungsdirektives und affirmatives Instrument zur Erreichung von Akzeptanz von epidemiologischen Ergebnissen in der beobachteten Gruppe empfohlen (e.g., Gostomzyk, 2001).

Legt man hingegen zunächst den Fokus auf eine Betrachtung des sozialen Raums Wissenschaft und stellt die dazugehörigen weitreichenden Konsequenzen hinten an, so lassen sich heute vier idealtypische Gesundheitsverständnisse identifizieren und differenzieren:

[...] die geisteswissenschaftliche vs. naturwissenschaftliche (als historisch innerhalb der Medizin miteinander wetteifernde Paradigmen) sowie die kritisch-sozialwissenschaftliche vs. empirisch sozialwissenschaftliche Lesart (als historisch innerhalb der Soziologie miteinander wetteifernde Paradigmen). Entsprechend dem jeweiligen kritischen bzw. affirmativen Zugang zum Thema Gesundheit kann eine Scheidelinie zwischen den – kritischen – geisteswissenschaftlichen und den kritisch-sozialwissenschaftlichen auf der einen Seite sowie den – affirmativen – naturwissenschaftlichen und den empirisch-sozialwissenschaftlichen Deutungsmustern auf der anderen Seite gezogen werden. (Stroß, 2009, S. 27)

Dabei dominieren paradigmatisch, so Stroß (2009), aktuell innerhalb der Sozialwissenschaften das empirisch-sozialwissenschaftliche Deutungsmuster und innerhalb der Medizin die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise. Hingegen überwogen beispielsweise in den 1970er Jahren in der Soziologie, unter anderem an einen Modernisierungsbegriff gebunden, kritisch-sozialwissenschaftliche Grundannahmen oder Anfang des 20. Jahrhunderts innerhalb der Medizin geisteswissenschaftliche Grundgedanken.

Aus Perspektive dieser historischen Rückbindung gesprochen, lassen sich auch noch heute beispielsweise aktuelle Medizindiskurse besser einordnen. So ist die Homöopathie heute eines der am stärksten umstrittenen Themengebiete innerhalb der Medizin und auch darüber hinaus. Der Streitpunkt über die fehlende Wissenschaftlichkeit dieser Form von Medizin ist ein Schauplatz eines Kampfes um die paradigmatische Vorherrschaft im sozialen Raum Medizin. Auf der einen Seite dominieren die Herrschaftsansprüche naturwissenschaftlicher, sogenannter evidence-based Medicine, und andererseits versuchen geisteswissenschaftlich-orientierte Sichtweisen ebenfalls Definitionsmacht zu erlangen. Dabei verkennen die Positi-



onen naturwissenschaftlicher Forschung unter anderem entschieden geisteswissenschaftliche Sichtweisen, obwohl sie selber stets an diese rückgebunden sind: „Das Streben nach wissenschaftlicher Erkenntnis“, so der ehemalige Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie der Universität Marburg, Rudolf Happle, „der universitären Medizin und das magisch-mystische Denken der Homöopathie schließen sich gegenseitig aus“ (Grill & Hackenbroch, 2010, o.S.). Diskursanalytisch betrachtet verstehen es geisteswissenschaftliche Positionen hingegen auch, naturwissenschaftliche Betrachtungsweisen zu diskreditieren, da jene aus ihrer paradigmatischen Sicht in sich nicht konsistent erscheinen.

In der ganzheitlichen, konstitutionellen (oder chronischen) Behandlung streben die klassischen Homöopathen ja nicht nur die Heilung einer einzelnen Beschwerde oder medizinisch definierten >>Krankheit<< an, sondern eine Heilung bzw. Besserung auf allen Ebenen (Körper, Geist und Emotionen). Damit setzen sich die meisten Homöopathen ein weit komplexeres Ziel als der konventionelle Arzt. (Dattler, 2011, o.S.)

Bezogen auf die historische Rückbindung und die starke Verschränkung von naturwissenschaftlichen sowie geisteswissenschaftlichen Sichtweisen bzw. die Verschränkung von Medizin und Philosophie schreiben die Medizinhistoriker Dietrich von Engelhardt und Heinrich Schipperges (1980):

Nach einer wachsenden Einschränkung der Beziehungen zwischen Medizin und Philosophie im Verlaufe des 19. Jahrhunderts, die wiederum die Folge einer nicht selten unkritischen Verschränkung von philosophischer Spekulation und empirischer Heilkunst im Zeitalter einer idealistischen Naturphilosophie gewesen sein mag, fand zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine erneute Intensivierung statt. Mediziner studierten philosophische Schriften, ließen sich von neuen Strömungen der Philosophie anregen; Philosophen griffen medizinische Einsichten auf, dachten über die Grundphänomene Leiblichkeit, Gesundheit und Krankheit, Schmerz und Tod nach, die auch der Medizin tragend vorgegeben sind. Philosophen und Mediziner standen im Wechselgespräch, waren persönlich verbunden, reagierten unmittelbar auf neue Publikationen. (S. 130)

Aus einer medizinisch-affirmativen Perspektive können nicht-affirmative Betrachtungsweisen nur schwer angenommen werden, da sie, bedingt durch die Beharrungskraft von Systemen, die fundamentalen, paradigmatischen Grundpfeiler in Frage stellen.

Der wissenschaftliche Kampf um die Vorherrschaft im sozialen Raum hat, wie oben angesprochen, weiterhin auch den Gesundheitssektor erreicht, weil im Falle von Homöopathie ebenfalls handlungsorientierte Interessen dahinterstehen. Dabei gilt für den sozialen Raum Gesundheitssektor, dass gesundheitsbezogene Definitionen hinsichtlich ihrer Wissenschaftsförmigkeit hierarchisiert werden und dieser Vorgang als Legitimationsstrategie Anwendung findet (see Stroß, 2009). Es kann also davon ausgegangen werden, je wissenschaftlicher (unabhängig davon, ob dies objektiv festlegbar ist) eine gesundheitsbezogene Definition oder Argumentation erscheint, desto erfolgreicher kann sie legitimiert werden. Dabei leitend sind ebenfalls die paradigmatischen Grundannahmen, denen wiederum eine Beharrungskraft immanent ist. So können gesundheitsbezogene Argumente in Abhängigkeit von der paradigmatischen Grundannahme sowohl legitimiert als auch verworfen werden. Das führt diametral dazu, dass die paradigmatisch entstehenden Probleme nicht auf wissenschaftstheoretische bzw. paradigmatische Schwächen zurückgeführt werden, sondern darauf, dass jene Probleme bislang unzureichend oder noch gar nicht behandelt wurden, obwohl „die meisten Beteiligten empirisch wissen (können), daß das nicht der Fall ist“ (Kühn, 1993, S. 128).

Kühn (1993) sieht ebenfalls, dass vielerlei Beispiele gegen eine solche Annahme sprechen:

An der Gesundheitserziehung gehen z.B. in der Regel Erkenntnisse über die sozial-ökonomische Verteilung und Bedingtheit von Krankheit vorbei; das Schwergewicht der Anti-Tabakpolitik liegt weiterhin auf der individuellen Entwöhnung, obwohl eine nicht mehr überschaubare Vielzahl von Studien längst herausgefunden hat, daß solche Angebote als Erklärungsfaktor für die Rückläufigkeit des Rauchens von nachrangiger Bedeutung sind. Oder: Die kostspielige Suche nach einem Krebsvirus wurde noch nach den siebziger Jahren fortgesetzt, als schon längst stichhaltige wissenschaftliche Gründe dagegensprachen, einen so großen Anteil der Forschungsressourcen darauf zu verwenden, usw. (S. 128)

Ein weiteres Beispiel, welches in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gerückt ist, ist das der sogenannten Zivilisationskrankheiten. Als Zivilisationskrankheiten gelten jene, die in den Industrieländern häufiger auftreten als in Entwicklungs- oder Schwellenländern (see Roelcke, 2011). Zu ihnen werden klassischerweise unter anderem Diabetes Mellitus Typ 2 oder Herz- und Gefäßerkrankungen gezählt, welche mitunter Komorbiditäten des größten Gesundheitsproblems weltweit sind: Fettleibigkeit. Die anfänglich erläuterte Definition von *Zivilisationskrankheiten* ist bei genauerer Betrachtung unpassend, da die Inzidenz jener Krankheiten nicht anhand von wirtschaftswissenschaftlichen Klassifikationen von Staaten getroffen werden kann. Mittlerweile sind die in dieser Logik performierten Entwicklungsländer diejenigen, die die größte *zivilisatorische* Krankheitslast aufweisen (see Gellner & Domschke, 2008). Bis zum Jahr 2030 prognostiziert die Weltgesundheitsorganisation, dass rund die Hälfte aller Menschen weltweit an Fettleibigkeit leiden wird (see WHO, 2000). Durch Adipositas, wie beschrieben, sollen weitere Komorbiditäten, wie Diabetes Mellitus Typ 2, entstehen. Im Jahr 2007 waren 7 Millionen Menschen in Deutschland mit einer Diabeteserkrankung in Behandlung (see diabetesDE, 2010). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahr 2015 berichtet, dass sich der Anteil der Personen mit Diabeteserkrankung nach Bildungsabschluss erheblich unterscheidet. Personen mit hohem Bildungsabschluss sind mit 4.8% wesentlich seltener von Diabetes betroffen als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss (ca. 10.1%) (see RKI & DESTATIS, 2020). Dass Gesundheit und Bildung in starkem Zusammenhang stehen, ist mitunter gut belegt (e.g., Mielck et al., 2012). Damit steht Fettleibigkeit, beziehungsweise der damit assoziierte Diabetes Mellitus Typ 2, ebenfalls in direkter Abhängigkeit zu sozialen Ressourcen, zum sozialen Raum und der individuellen sozialen Klasse (see Bourdieu, 2001; see also Leven et al., 2019). Doch auch gegen Empfehlungen diverser Studien, wird zur Präventionsstrategie von Diabetes nach wie vor auf die Veränderung individuellen Fehlverhaltens gesetzt (cf. DAG et al., 2014). Dabei wäre eine Problematisierung von systembezogenen Faktoren (z.B. Lobbyismus der Zuckerindustrie oder Werbestrategien multinationaler Nahrungsmittelproduzenten) weitaus zielführender, wie unter anderem die Recherchen Gilmans und Lestrades (2020) eindrucksvoll vor Augen führen. Darüber hinaus ist Fettleibigkeit eine Krankheit, die wie keine andere mit sozialen Stigmatisierungen der Betroffenen einhergeht. „Die wissenschaftliche Sichtweise auf Körpergewicht und Gesundheit hat sich parallel zu kulturellen Vorurteilen gegenüber

dicken Menschen entwickelt“ (Sole-Smith, 2020, o.S.). So wird es sogar wissenschaftlich als *paradox* angesehen, dass ein höheres Körpergewicht medizinische Vorteile haben könnte, da die paradigmatischen Vorannahmen (in diesem Falle: dick=ungesund) nach wie vor prägender und beharrlicher sind als etwaige, den Vorannahmen widersprechende, Perspektiven bzw. *Fakten* (e.g., McAuley & Blair, 2011). Die Ignoratio elenchi liegt im moralistischen Fehlschluss, bei dem von der moralischen Unerwünschtheit von Fettleibigkeit auf den Widerspruch zum Gesunden geschlossen wird und lässt eindeutig wissenschaftstheoretische Reflexion missen. Auf Grundlage dieser Vorurteile bzw. paradigmatischen Vorannahmen wird Körpergewicht als abhängig von Willensstärke und somit als verantwortlich einerseits gesellschaftlich und andererseits von behandelnden Mediziner\*innen betrachtet. Es folgt eine Fokussierung auf individuelles Fehlverhalten jener Menschen und sogar die Unterstellung charakterlicher Mängel, wie der Gesundheitswissenschaftler William DeJong bereits 1980 empirisch belegte (e.g., DAG et al., 2014; see also Burger, 2015).

Ein gesellschaftsdiagnostischer Blick kann diese Beispiele in Kontext zu der durch Bourdieu aufgedeckten Definitionsmacht im sozialen Raum stellen und die Notwendigkeit zur Problematisierung von Wissenschaft selbst erkennen lassen. Wo zuvor noch Gesellschaftsbereiche, die noch nicht von wissenschaftlichen Legitimationsstrategien und Rationalitätsformen beherrscht wurden, einfach verwissenschaftlicht wurden, da müssen diese Bereiche nun sekundär verwissenschaftlicht werden, um tradierte Herrschaftsansprüche wissenschaftlichen Wissens zu entkräften. Der Soziologe Ulrich Beck (1986) weist in seiner Gesellschaftsdiagnose der *Risikogesellschaft* bereits auf das Problem der latenten Produktion von Risiken durch Wissenschaft selbst hin und kann daher hinsichtlich Verwissenschaftlichung analysieren:

Je unabsehbarer die Risiken der wissenschaftlich-technischen Entwicklung werden und je nachdrücklicher sie das öffentliche Bewußtsein bestimmen, desto mehr verstärkt sich der Handlungsdruck auf politische und wirtschaftliche Instanzen, und desto bedeutsamer wird es für gesellschaftliche Akteure, sich des Zugriffs auf die >>Definitionsmacht Wissenschaft<< zu vergewissern – sei es zur Verharmlosung, Ablenkung, Umdefinition, sei es zur Dramatisierung oder methodenkritischen Abblockung >>externer Definitionsübergriffe<<. (S. 276)

Festgehalten werden kann also, dass sich die paradigmatische Definitionszuweisung sowie Bearbeitungspriorisierung zum Themenbereich Gesundheit nicht „nach der relativen Höhe >>objektiver Risiken<<“ und „Kriterien einer übergeordneten ethischen Wertigkeit“ (Kühn, 1993, S. 133) produzieren. Paradoxerweise stehen sie tendenziell diametral „im umgekehrten Verhältnis zu den sozialen und politischen Beharrungskräften“ (Kühn, 1993, S. 133) und folgen somit einfach gesagt dem Weg, auf dem die geringsten Widerstände zu erwarten sind. Die normative Hierarchie ätiologischer Ebenen reproduziert sich daher in eben gleicher Weise, als dass sowohl der soziale Raum der wissenschaftsförmigen Aussagen (Eindruck der Wissenschaftlichkeit) und die soziale Stellung der Wissenschaftler\*innen im sozialen Raum Wissenschaft und auch Gesellschaft in enger Beziehung zu einander stehen (see Bourdieu, 2018).

## 2 Herstellbarkeit von Gesundheit – Ich glaube, also bin ich.

„[...] ego cogito, ergo sum [...]“ (Descartes, 1664, S. 2). Dieser bekannte Ausspruch könnte in Anbetracht der Überschrift des zweiten Kapitels dieser Arbeit in den Sinn kommen. Übersetzt bedeutet Descartes erster Grundsatz jedoch *Ich denke, also bin ich*. Als fundamentale, nicht weiter kritisierbare Erkenntnis über den Menschen baut er darauf die Erkenntnisfähigkeit des Menschen wieder auf. Hier wird davon ausgegangen, dass das logische Problem, welches aus der Ableitung des Existenzsatzes entsteht, hinfällig ist: *Ich denke, also bin ich* vs. *Ich denke, also ist etwas Denkendes*. Letztlich ist in diesem Falle das Denkende meinem Denken entsprungen, weshalb die Existenz des Denkenden nicht mehr in Frage gestellt werden kann. Zudem kann die Existenz dessen, was gedacht wird, auch nicht mehr in Frage gestellt werden, denn das, was gedacht wird, ist ebenfalls dem Akt des Denkens immanent.

Ein *Ich glaube, also bin ich* würde sich demnach in ein *Ich glaube, also ist etwas Glaubendes* überführen lassen. Damit geht auch einher, dass aus dem, was glaubt, auch das, was geglaubt wird, existent wird. Wenn somit geglaubt wird, dass Gesundheit herstellbar ist, dann wird die Herstellbarkeit von Gesundheit ebenfalls existent. Die Frage stellt sich also nach dem Unterschied zwischen Glauben und Wissen. Stark vereinfacht kann Wissen als das objektiv und subjektiv zureichende Fürwahrhalten eines Zustandes beschrieben werden. Glauben hingegen ist in dieser Unterscheidung bloß das subjektiv zureichende, aber objektiv unzureichende Fürwahrhalten eines Zustandes. Im Glauben - im Gegensatz zum Wissen - bestehen somit lediglich subjektiv wahre, überzeugende und gerechtfertigte Gründe, die für das Glaubende sprechen. Dennoch werden durch *Ich glaube, also ist etwas Glaubendes* jene subjektiv überzeugenden, gerechtfertigten Gründe ebenfalls objektiv wahr, da sie existieren (see Kant, 1800).

Ohne an dieser Stelle zu tief in erkenntnisphilosophische Sphären einzutauchen, soll es in diesem Kapitel darum gehen, wie die im ersten Kapitel erarbeitete Sichtweise hin zu aktuellen Problematiken des Gesundheitsdiskurses überführt werden kann. Dabei wird in Kapitel 2.1 überlegt, wie Menschen Verantwortung hinsichtlich ihrer Gesundheit zugeschrieben wird und welche ethischen Dilemmata damit einhergehen. Im Anschluss daran wird in Kapitel 2.2 eine systemische Sichtweise auf die Erhaltung von Gesundheit geworfen und ge-

zeigt, dass sich im Gegenteil Krankheit autopoietisch erhält. Dies begründet dann die gesellschaftsbezogenen Perspektivierungen in Kapitel 2.3, da davon ausgegangen wird, dass sich die elaborierten Problematiken im Gesundheitsdiskurs aus sozialen Kontexten ergeben. In Kapitel 2.4 wird abschließend gezeigt, mit welcher Strategie auf jene Problematiken gesellschaftlich reagiert wird. Dies öffnet den Blick dafür, dass Gesundheit im modernen Verständnis immer weiter herstellbar ist, und kann überleiten in Kapitel 3, in dem konturiert wird, welche Auswirkungen mit Aussicht auf weniger Gesundheit einhergehen.

## **2.1 Verantwortung zur Gesundheit**

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.4 angesprochenen paradigmatischen Ausdifferenzierung wird hier nun der Blick auf den ethischen Aspekt der aus Gesundheitsberichten abgeleiteten Handlungsempfehlungen beispielsweise für Prävention bzw. Gesundheitsförderung geworfen. Dabei geht es nicht minder um profunde Menschenbilder, die gesellschaftlich in Bezug auf Gesundheit bzw. Krankheit bestehen, was mit den Fragen „ob Krankheit eine individuelle Schuld ist, ob sie einen Anspruch des Individuums auf Schonung und Hilfe rechtfertigt und/oder ob sie Verpflichtung zur Veränderung der Lebensbedingungen sein kann“ (Kühn, 1993, S. 26) konkretisiert werden kann. Auch wenn diese Fragen letztlich nicht vordergründig geklärt werden, so werden sie latent beispielsweise über Empfehlungen aus Gesundheitsberichten beantwortet.

Bemüht man eine gesellschaftsdiagnostische Sicht, dann zeigt sich, dass sich Menschenbilder im postmodernen Gesellschaftstypus unter anderem durch Individualisierungstendenzen auszeichnen (see Bude, 2019; Beck, 1986). Diese Tendenzen äußern sich beispielsweise positiv, als vom Individuum ausgehend, in Form von selbstbezoglicher Freiheit, das eigene Leben frei und vor allem individuell gestalten und autonome Entscheidungen treffen zu können. Durch die Überbetonung dieser scheinbaren autonomen Freiheit wird diese selbstdarstellende, positive Form einer Individualisierungstendenz ebenfalls in Anspruch auf andere Mitindividuen erhoben. Dies äußert sich negativ, da die affirmative Inanspruchnahme der autonomen Freiheit zu individuellen autonomen Entscheidungen beim Gegenüber, paradoxerweise zu einer Einschränkung der positiven autonomen Freiheit führt. Ohne an dieser Stelle zu tief in die Begrifflichkeit der Freiheit einzusteigen, zeigt sich, dass sich diese negative Tendenz unter anderem im Gesundheitsbereich ablädt (see also Kliewer, 2020a).

An einem Beispiel, welches idealiter für vergleichbare Berichterstattungen steht, kann hier nun gezeigt werden, wie prägend diese anthropologischen Vorstellungen für gesundheitsbezogene Maßnahmen sind (e.g., Grützmacher et al., 2018; BMFSFJ, 2009; Hoederath, 2010; etc.). Der letzte bundesweite Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2015 vom Robert Koch-Institut vorgelegt. Es ist der dritte nach den beiden vorangegangenen Gesundheitsberichten von 1998 *Gesundheitsbericht für Deutschland* und 2006 *Gesundheit in Deutschland*. In ihm wird unter anderem erstmals ein ganzes Kapitel dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung gewidmet und dies unter anderem als Ausdruck eines „lernfähigen Entwicklungsprozesses, der flexibel und offen ist für Veränderung“ (RKI, 2015, S. 5), verstanden.

Die Autor\*innen führen argumentativ in den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention über einen Bezug auf Nichtübertragbare Krankheiten ein. Dies seien jene Krankheiten, die die Krankheitslast in Deutschland dominieren. Aufgezählt werden unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen. Weiterhin wird konstatiert:

Wesentliche Risikofaktoren dieser Erkrankungen sind mit bestimmten Verhaltensweisen assoziiert. So ist beispielsweise das Rauchen in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit. Um den genannten Erkrankungen vorzubeugen, ist das Gesundheitsverhalten daher von großer Bedeutung. Es umfasst alle Verhaltensweisen, >>die nach wissenschaftlichen (...) Erkenntnissen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Krankheiten vermieden werden oder die Gesundheit erhalten wird<< [...]. (RKI, 2015, S. 271)

Es zeigt sich, dass sich das ätiologische Modell hauptsächlich an Erklärungsvariablen des individuellen Verhaltens bedient („wesentliche Risikofaktoren“ abzugrenzen von unwesentlichen). Dabei sei nebenbei angemerkt, dass entgegen der ebenfalls in dem Bericht postulierten ganzheitlichen Ausrichtung von Gesundheit, sich hier unilateral an einem Gesundheitsbegriff bedient wird, der sich über Verhinderung von Sterblichkeit aufbaut und Krankheiten zu diesem Zweck vermieden werden bzw. Gesundheit zu diesem Zweck erhalten wird. Im Hinblick auf die Verhaltensbezüglichkeit heißt es weiter:

Als Teil der Lebensweise ist das Gesundheitsverhalten auch von sozialstrukturellen Bedingungen geprägt [.]. Da es nicht allen Menschen gelingt, ihr Gesundheitsverhalten



selbstständig zu ändern, werden Maßnahmen entwickelt, welche die Verhaltensänderungen unterstützen sollen. Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf die Veränderung des Verhaltens von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Umwelt in allen Lebensbereichen (Verhältnisprävention) beziehen [..], die die Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen. Menschen sollen mittels verhaltenspräventiver Maßnahmen gesundheitsrelevante Informationen erhalten, Kompetenzen erlernen und Verhaltensweisen so einüben, dass diese als Routine in den Alltag übernommen werden und sich damit langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken. Die Konzeptionen solcher Maßnahmen konzentriert sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten, zum Beispiel körperliche Aktivität, und setzen insbesondere auf Informationsvermittlung, Beratung und Training für Gruppen von Erwachsenen. (RKI, 2015, S. 271)

Offen bleibt, welche sozialstrukturellen Bedingungen hier angesprochen sind. An dieser Stelle werden sozialstrukturelle Bedingungen jedenfalls gleichgesetzt mit individuellen Verhaltensweisen, die zum Teil auch nicht den erwünschten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen entsprechen. Selbst die sogenannte Verhältnisprävention zielt auf die affirmative Veränderung von Verhalten zu der einen richtigen, gesunden Weise ab. Verhaltensweisen sollen nicht autonom entschieden werden, sondern via Kompetenzerwerb gelernt und für Routinisierung eingeübt werden. Grundlage ist das individuelle Gesundheitsverhalten. Ebenfalls nicht näher bestimmt: das didaktische Konzept, welches lediglich auf Informations-/Faktenvermittlung, Beratung und Training beschränkt wird.

Es deutet sich an, dass das Menschenbild vom autonom entscheidenden Individuum in einen ethischen Zielkonflikt gerät, der am ätiologischen Erklärungsmodell bricht und eine Basis zur Identifizierung von Krankheit und Schuld bzw. Gesundheit und Verantwortung, als äquivalentes Pendant, liefert. Die bedeutsamen anthropologischen Grundvorstellungen (z.B. autonom entscheidendes Individuum) konnten neben literaturbasierten Analysen ebenfalls in Studien zu latenten Sinnstrukturen bzw. gesundheitsbezogenen Mythen bei professionell, im Gesundheitsbereich tätigem Personal nachgewiesen werden (e.g., Stroß, 2018a). Die in diesem Glauben, weil latent, entstandenen gesundheitserzieherischen Maßnahmen forcieren eine moralische Entlastungssituation beim Individuum (see Kühn, 1993). Das bedeutet, dass

sich das Individuum von der eigens qua Sozialkonstruktion auferlegten Verantwortung zur Gesundheit nur entlasten kann, wenn die externen gesundheitserzieherischen Normativen dies bestätigen, was latent angenommen wird. Auf diese Weise erfährt der Gesundheitsbegriff in latenter Sinnzuschreibung eine normative Aufladung, da Schuld bzw. Verantwortung offensichtlich eine Voraussetzung des Gesundheitskonzepts ist.

[E]ine Norm, die dem einzelnen von oben auferlegt wird bzw. die, wenn sie als Wille verinnerlicht ist, die Fähigkeit der Selbst-Beherrschung abverlangt. Sie bringt nur dann eine innere moralische Entlastung, wenn sie von äußeren Instanzen Bestätigung findet (z.B. wenn der eigene Körperumfang als übereinstimmend mit dem Schönheits- und Gesundheitsideal erlebt wird). (Kühn, 1993, S. 26)

Die Entwicklung von Risikofaktoren oder Gesundheitsdeterminanten ist Ausdruck dafür, dass Indikatoren/Faktoren für jene Tugenden gesucht werden (Blutdruck, Cholesterinspiegel, Schritte-pro-Tag, etc.). Damit soll und wird Gesundheit normierbar sowie für Dritte mess- und überprüfbar (see Kühn, 1993; see also Strübing et al., 2016; Mazumdar, 2008; Maio, 2014).

Der Möglichkeitsgewinn von scheinbar identifizierbaren Normwerten liegt darin, dass Gesundheit absicherbar erscheint und die mit positiven Individualisierungstendenzen (z.B. autonomes Entscheiden) einhergehenden Unsicherheiten eines postmodernen Lebens vermeintlich kontrollierbar werden (see also Albert et al., 2019). Die negativen Individualisierungstendenzen (z.B. gesundheitserzieherische Affirmationen) unterminieren jedoch diesen Schein von Möglichkeitsgewinn und offenbaren, welche Risiken und ungewollten und unbewussten Nebenwirkungen mit einem präreflexiven Gesundheitsverständnis einhergehen. Zudem ist in jenen Gesundheitsberichten die Anlage eines naturalistischen Fehlschlusses im Sinne George E. Moores (1988) gegeben, welcher sich in entsprechenden Anweisungen über das richtige und somit normativ gute Gesundheitsverhalten vollzieht. Der Fehlschluss besteht darin, dass vom Sein auf das Sollen in keiner gültig logischen Weise geschlossen wird (und auch nicht geschlossen werden kann) (see Kuhn & Wildner, 2018). So distinguert der US-amerikanische Wissenschaftssoziologe Eliot Freidson et al. (1979), dass in pathologischen Ätiologiemodellen zwar statt der Person die Krankheit verurteilt wird, jedoch daraus weitere Normativen resultieren. „Die Person wird statt mit Strafe mit Sympathie behandelt,

doch erwartet man von ihr, daß sie sich von dem Verurteilung hervorrufenden Merkmal oder Verhalten zu befreien [und wenn dies nicht möglich ist, dieses zumindest nicht zu reproduzieren, d. Verf.] sucht“ (Freidson et al., 1979, S. 211).

Auch hierfür findet sich schnell ein Beispiel (von vielen). Das Stichwort lautet Reproduktionsverantwortung. Mit dem internationalen Forschungsprojekt zur Entschlüsselung des menschlichen Genoms in den 1990er Jahren, entstand die medizinische Möglichkeit Körper auf Grund genetischer Merkmale und Ausstattung zu klassifizieren. Durch das neu geschaffene Wissen (*Fakten*) um genetische Faktoren von Erkrankungen sowie genetische Vererbungsverläufe entstand ein Normierungsprozess, in welchem dieses Wissen Anlass zur Neukategorisierung von menschlichen Körpern u.a. im Hinblick auf familiäre Bezüge wurde. *Ungeborene Genträger* sowie *potenziell erkrankte Kinder* sollten seitens der Familienplaner\*innen berücksichtigt werden.

Diese Kategorisierungen entfalten als Postulat einer genetischen Reproduktionsverantwortung normative Wirkung. Diese Norm schränkt den Handlungsspielraum betroffener Personen hinsichtlich ihres Kinderwunsches ein und schafft ein Diskriminierungsrisiko für Personen, die sich diesem Postulat nicht unterwerfen [..]. Es befördert den Topos von Schuld – wo genetisches Wissen besteht, gibt es keine Unschuld mehr – und verschafft Diskursen von der ‚Vermeidung kranken Nachwuchses‘ Anerkennung. Der zentrale Unterschied zwischen alter Eugenik und neuem humangenetischen Verantwortungsimperativ liegt dabei darin, dass die Beteiligten aufgefordert sind, die Selektion >>selbstbestimmt<< und als Akt individueller Wahlhandlung vorzunehmen. (Hoeltje & Liebsch, 2015, S. 131)

Unter Genetischer Diskriminierung, die zunächst inhaltlich streng von Diskriminierung von Menschen mit Behinderung oder Krankheiten abgegrenzt werden muss, kann eine (ungewollte) Nebenwirkung des zunehmenden Wissens über Genetik subsummiert werden (see Lemke & Liebsch, 2015; see also Otlowski et al., 2012). Darunter wird einfach gesagt, die Ungleichbehandlung von Menschen auf Grund vermuteter oder wirklich vorhandener genetischer Eigenschaften verstanden. „So wurde beispielsweise Bewerber\_innen um einen Arbeitsplatz die Einstellung mit dem Hinweis auf eine eventuelle spätere Erkrankung verwei-

gert. Ebenso kündigten Kranken- und Lebensversicherungen Verträge oder verweigerten deren Abschluss, wenn bei ihren (potenziellen) Kund\_innen der Verdacht auf genetische Erkrankungsrisiken bestand“ (Lemke & Liebsch, 2015, S. 10).

Trotz größtmöglichen Wohlwollens seitens der Genetiker\*innen, das Wissen und die Medizin hinsichtlich Diagnostik, Präventionsmaßnahmen und Therapie für Patient\*innen zu verbessern, haben soziale Dynamiken nachhaltig zu Diskriminierung geführt (see also Beck, 1986). Der deutsche Philosoph und Pädagoge Eduard Spranger (1965) sieht in diesen Nebenwirkungen von Handeln eine Gesetzmäßigkeit:

Es [das Gesetz, d. Verf.] besagt in allgemeiner Fassung nur, daß bei unserem Handeln immer noch etwas anderes herauskommt, als was wir gewollt haben. Jedoch wechselt seine Tragweite je nach den Regionen, die es beherrscht, weil die Faktoren wechseln, die dabei eine Rolle spielen. Man darf erwarten, daß es einen erheblichen Unterschied macht, ob wir nur auf Sachen oder auch auf beseelte Wesen, ja gar Personen einwirken. (S. 8)

Dies gilt nicht nur auf der Mikroebene, beispielsweise in einem Ärzt\*innen-Patient\*innen-Verhältnis, sondern auch auf makroskopischer Ebene, auf der es um gesellschaftliche bzw. öffentliche Beeinflussungen geht. Wie in Kapitel 1.4 bereits erörtert, unterliegen die Diskurse für das Themenfeld Gesundheit heute hoheitlich naturwissenschaftlich-affirmativen sowie empirisch-sozialwissenschaftlichen Deutungsmustern. Dabei wird ein Gesundheitsbegriff vordergründig überbetont, jedoch ist das wesentliche ätiologische Modell hintergründlich immer noch krankheitsfixiert (see Stroß, 2009; Kühn, 1993). Von Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang ebenfalls zu sein, wie sehr der/die Einzelne diese Fixierung nicht nur inszenierend reproduziert, sondern auch, inwiefern er/sie diese Wirklichkeit als nicht bloß inszenierte für tatsächlich annimmt (see Goffman & Dahrendorf, 2017).

Freidson et al. (1979) diagnostiziert diesbezüglich zumindest der Ärzt\*innenschaft das systematische Verkennen von moralischen Implikationen, die die Beschäftigung mit Gesundheit sowie Krankheit mit sich bringen. Hierzu analysiert er die Begriffe Gesundheit und Krankheit als professionelle bzw. soziale Konstruktionen, die die soziale Wirklichkeit von Patient\*innen entwerfen und damit einhergehend auch normativ besetzen. In Bezug zur oben angesprochenen makroskopischen Ebene schreibt er: „Die moralischen Großunternehmer in

der Medizin sind diejenigen, die danach streben, die öffentliche Meinung und die Politik zu beeinflussen [...]“ (Freidson et al., 1979, S. 212). Die pathologische Ätiologie sieht er als moralische Bedingung und Legitimierung für das professionelle Selbstverständnis:

Mit Ausnahme des durchschnittlichen praktischen Arztes [...] sind die meisten Tätigkeiten des aktiven moralischen Unternehmers im Gesundheitswesen von der Tendenz durchdrungen, überall mehr Krankheit zu sehen und die Umwelt als für die Gesundheit gefährlicher zu betrachten, als der Laie es tut. Unzufrieden mit den vorliegenden Statistiken, die auf der Zahl der Fälle beruhen, die von den durchschnittlichen praktischen Ärzten tatsächlich diagnostiziert und mitgeteilt werden, betonen sie gerne die Wichtigkeit der Gesundheitsprobleme, mit denen sie sich beschäftigen, indem sie Schätzungen über die gegenwärtig nicht diagnostizierten und daher auch nicht behandelten Fälle anstellen. (Freidson et al., 1979, S. 212f.)

So gesehen sind die moralischen Implikationen und normativen Aufladungen eines Gesundheits- oder Krankheitsbegriffs, die sich zum Beispiel aus Gesundheitsberichten oder etwaigen Studien ergeben, Ausdruck einer subjektiven Forschendenwirklichkeit, die sich in Definitions-, Herrschafts- und Machtansprüchen äußern (see Kühn, 1993; Stroß, 2009; Stroß, 2018a; Bourdieu, 2015). Anders gesagt ist es für die medizinisch-professionellen Akteur\*innen besser, Krankheit zu unterstellen, als von ihrer Nichtexistenz auszugehen und damit Gefahr zu laufen, etwas zu übersehen. Diese spezifische Entscheidungsregel ist typisch für die Medizin als Profession, da sie in dem Glauben passiert, alles zum Wohle des/der Patient\*in zu unternehmen, im Gegensatz zur juristischen Profession, wo die Regel *Im-Zweifel-für-den/die-Angeklagte\*n* gilt (see Freidson et al., 1979; Scheff & Scheff, 1999). Weiterhin kann die spezifische Entscheidungsregel heute auch in anderen Berufsständen unterstellt werden, wie z.B. bei Bewegungstrainer\*innen oder Gesundheitsförder\*innen. Hier gilt für das Wohl der behandelten Klientel, dass besser davon auszugehen ist, dass sie sich in nicht ausreichendem Maß bewegen, als den Bewegungsfokus zu vernachlässigen.

Der *plot-twist* bei diesen Überlegungen liegt darin, dass die WHO mit der Ottawa-Charta von 1986 jener individuumsbezogenen Verantwortungsethik mit dem Konzept der Gesundheitsförderung entgegen wollte (see Franzkowiak et al., 2013), „ohne daß [heute, d. Verf.]

deshalb die praktische Einlösung des inaugurierten Konzepts jenseits bloßen Etiketten-tauschs unterstellt werden kann“ (Hörmann, 1999, S. 14). Nach wie vor sind die Programme zur Gesundheitsförderung sowie -prävention, die aus Gesundheitsberichten abgeleitet werden, abgesehen der immanenten naturalistischen Fehlschlüsse, überwiegend individuums-statt systembezogen und verfehlen den anvisierten Strukturwandel konsequent (see Mittag, 2006).

## **2.2 Autopoietische Erhaltung von Gesundheit**

Die spezifische Entscheidungsregel hat eine moralische Entlastung der beteiligten professionellen Akteur\*innen zur Folge, da die behandelnden Professionellen im Namen des Wohls des/der Patient\*in ihre moralische Selbstverpflichtung (die sich mitunter auch formal im Hippokratischen Eid äußerte und heute in berufsethischen Codices festgehalten ist) erfüllen können. Doch hinter jener entscheidungsregelnden Tendenz liegt eine autopoietische Regel des Systems, da sie auch paradigmatisch leitend für Forschung im Gesundheitsbereich ist.

[...] [A]ber sie [die Medizin oder alternativ Gesundheitsforschung, d. Verf.] sucht auch Krankheit zu entdecken, deren sich der Laie vielleicht nicht einmal bewußt ist. [...] Die Medizin ist [...] darauf ausgerichtet, Krankheit zu suchen und zu finden, was bedeutet, dass sie danach strebt, die soziale Bedeutung ‚Krankheit‘ zu schaffen, wo diese Bedeutung oder Deutung vorher fehlte. (Freidson et al., 1979, S. 210)

Wäre die Medizin, einfach gesagt, nicht darauf ausgerichtet Krankheit zu suchen und zu finden, würde sie sich langfristig überflüssig machen, da ihre Definitionsmacht auf einen kleinen Bereich beschränkt bliebe. Daher liegt die autopoietische oder selbsterhaltende Funktion der Entscheidungsregel darin, dass das ätiologische Modell stetig reproduziert sowie erhalten wird und somit die Definitionsmacht gesichert wird (see Luhmann, 1987). Die sich mit Gesundheit befassenden Professionen haben, sofern sie etabliert sind, neben der Befriedigung von gesellschaftlichen Bedürfnissen ebenfalls die „Möglichkeit in umgekehrter Richtung zu wirken, nämlich dieses Bedürfnis zu gestalten oder es sogar neu zu schaffen [...]“ (Freidson et al., 1979, S. 273).

Dabei scheint erst einmal unerheblich zu sein, ob eine pathogenetische oder salutogenetische Perspektive eingenommen wird, da sowohl die Verhinderung bzw. Genese von Krankheit

als auch die Wiederherstellung bzw. Steigerung bzw. der Erhalt von Gesundheit letztlich auf die simple Gleichung hinausläuft: weniger Krankheit bedeutet automatisch ein mehr an Gesundheit und vice versa. Wo die Gesundheitsdefinition der WHO von 1946 heute nicht mehr zu Grunde gelegt wird (Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens), hat sich hauptsächlich empirisch-sozialwissenschaftlich das sogenannte Balancemodell durchgesetzt (Kapitel 1.4). Darunter zu verstehen sind solche Ansätze, die auf einen prozessualen Charakter von Gesundheit abzielen, wie das Salutogenese-Modell des israelisch-amerikanischen Soziologen Aaron Antonovsky (1987):

A pathological orientation seeks to explain why people get sick, why they enter a given disease category. A salutogenetic orientation (which focuses on the origins of health) poses a radical different question: why are people located toward this end, whatever their location at any given time? (S. XII)

Obwohl das Salutogenese-Modell zu seiner Entstehungszeit eine radikale Kehrtwende eines Gesundheitsverständnisses darstellt, wird auch hier Gesundheit zu einem normativen Zustand erklärt, der von den Individuen möglichst anzustreben ist. Für die seit Ende der 1980er Jahren etablierten und durchaus von den Ideen Antonovskys beeinflussten Gesundheitswissenschaften kann Klaus Hurrelmann in Deutschland als Hauptvertreter angesehen werden (see Stroß, 2009). Auch er betont den prozessualen Charakter indem er schreibt:

Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (Hurrelmann, 2003, S. 94)

Mit einer Definition von Gesundheit, die darauf angelegt ist, Gesundheit als individuelles Bemühen zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer wieder erneut herstellen zu müssen, sind gleichzeitig die Prämissen gesetzt, die es dem Gesundheitssystem ermöglichen, die gesellschaftlichen Bedürfnisse zu gestalten bzw. neu zu definieren (see Freidson et al.,

1979). Gesundheit ist auf dem oftmals sogenannten Kontinuum, auf dem es kein ausschließlich krank und kein ausschließlich gesund geben kann, ein Zustand dem sich lediglich annähert werden kann.

Im kulturhistorischen Rekurs zeigt sich, dass das Gegenüberstellen von Krankheit und Gesundheit im medizinischen Diskurs durchaus Tradition hat. Wo im 20. Jahrhundert der Kausalität die Finalität gegenübergestellt wurde, da äußert sich diese Disparität heute im Diskurs zwischen Gesundheit als Telos von individueller Lebensführung und Krankheit als *causa efficiens* von Sterben (see Engelhardt & Schipperges, 1980). Demnach ist die Rechnung einer simplen Umdeutung von Krankheit als Teil eines anthropologischen Tatbestands ohne die historische Herkunft und dementsprechend auch ohne die epistemischen Bedeutungszuschreibungen eines Krankheitsbegriffs geschehen.

Alle historischen Beobachtungen weisen uns darauf hin, daß sich das Wesen von Kranksein immer auf den ganzen Menschen bezieht. Das mittelhochdeutsche Wort >>kranc<< bedeutet: sonderbar, verdreht, krumm, siech, nicht ganz dabei, meint jedenfalls einen allgemeinen Notstand, der auch bei >>aeger<<, >>morbid<< oder >>malade<< zu finden ist. Krankheit hat kein Sein, ist vielmehr Mangel, ein Fehlen, ein ontologisches Defizit, so sehr wir mit Kranksein auch eine eigenständige Lebensform verbinden, einen pathogenetischen Prozeß, ein eigenes Wesen, das allenthalben in der Szenerie menschlicher Existenz zum Ausdruck kommt. (Engelhardt & Schipperges, 1980, S. 20)

Durch die Bestimmung von Gesundheit und Krankheit einerseits als nicht vollkommen erreichbare Zustände und andererseits als normativ aufgeladene Zustände ist der Grundstein gelegt, der das eigentlich geforderte Prinzip der Ganzheitlichkeit auflöst. Phänomenologisch und etymologisch betrachtet ist der Mensch im Kranksein *nicht ganz dabei*. Jedoch bietet jener legitimatorische Bedeutungswandel die Grundlage dafür, dass der Mensch, selbst wenn es ihm nicht so erscheint, ontologisch defizitär bestimmt werden kann. Wer nie ganz krank ist, kann auch nie ganz gesund sein. Dies liefert den Begründungszusammenhang dafür, dass systematisch jene pathogenen Zustände gesucht werden können, die bei ihrer Beseitigung ein mehr an Gesundheit versprechen (see also Mazumdar, 2008). So gesehen erhält sich



vielmehr Krankheit autopoietisch, da stets neue Defizite gesucht und vermeintlich gefunden werden.

### **2.3 Die gesellschaftliche Rückgebundenheit des Gesundheitsdiskurses**

Mit Blick auf das in Kapitel 2.1 angesprochene, aus einer pädagogischen Perspektive bereits in den 1960er Jahren reflexiv identifizierte Gesetz der ungewollten Nebenwirkung soll nun wiederum eine gesellschaftsdiagnostische Sicht, die bereits in Zügen auch in Kapitel 1.4 angesprochen wurde, Ausgangspunkt für weitere Überlegungen sein. Es sei angemerkt, dass das durch Spranger (1965) pädagogisch-erziehungswissenschaftlich explizierte Gesetz der ungewollten Nebenwirkung keinesfalls eine neuartige Einsicht darstellt, sondern sich diese Form von Reflexivität beispielsweise durchaus in den handlungstheoretischen Überlegungen Herbarts (1913) bereits zu Zeiten der Aufklärung finden lässt. An dieser Stelle soll nun die Gesellschaftsdiagnose der reflexiven Modernisierung, als zumindest wissenschaftlich bedeutsame Erkenntnis, den Ausgangspunkt für eine ergänzende Perspektive der vorangegangenen ethischen sowie systemischen Analysen des Gesundheitsdiskurses darstellen.

Anlass hierfür bietet eine sportsoziologische Analyse des Dopings im Spitzensport der reflexiven Moderne aus dem Jahr 2009 (see Gugutzer, 2009). Aus der dort erarbeiteten Denkfigur soll eine parallelisierte Sicht auf Gesundheit als gesellschaftliche Praxis gelegt werden, welche Ausgangslage für eine daraus elaborierte Strategie sein soll.

Die *Reflexive Moderne* bezeichnet ein Konglomerat an theoretisch-soziologischen Überlegungen, die seit den 1980er Jahren, vom Münchener Soziologen Ulrich Beck initiiert, in vielen Forschungsprojekten bearbeitet wurden. Ausgangspunkt und Anlass der Argumentationen waren die immer unübersehbaren ökologischen Folgen des zivilisatorischen Fortschritts, die für Beck (1986) mit dem sich im Jahr 1986 ereigneten ukrainischen Super-GAU, der Atomreaktorkatastrophe in Tschernobyl, ihren traurigen Höhepunkt erreichten. Für Beck war ab diesem Zeitpunkt der Übergang von der modernen Industriegesellschaft in die *Risikogesellschaft* nicht mehr zu leugnen. Dafür fanden ebenfalls die Bezeichnungen *Epochenwandel* von der *einfachen* oder *Ersten* Moderne hin zur *reflexiven* bzw. *Zweiten* Moderne Verwendung (see Beck, 1986; see also Beck & Bonß, 2009; Beck et al., 2004).

Die Tschernobyl-Katastrophe ist dabei ein Beispiel wie aus dem Lehrbuch, dass der angenommene, wissenschaftlich-technologisch ungebremste, lineare Fortschritt zu unübersehbaren Problemen und Desastern geführt hat. Dabei sind jene Desaster ungewollte Nebenprodukte des gesellschaftlichen Erfolgs. Für Beck (1996) ergeben sich diese ungewollten Nebenprodukte bzw. nicht-intendierten Nebenfolgen aus einer linearen Modernisierungstendenz.

>>Reflexive Modernisierung<< soll heißen: *Selbsttransformation* der Industriegesellschaft (was nicht identisch ist mit der Selbstreflexion dieser Selbsttransformation); also Auf- und Ablösung der *ersten* durch eine *zweite* Moderne, deren Konturen und Prinzipien es zu entdecken und gestalten gilt. Das heißt: die großen Strukturen und Semantiken nationalstaatlicher Industriegesellschaften werden (z.B. durch Individualisierungs- und Globalisierungsprozesse) transformiert, verschoben, umgearbeitet, und zwar in einem radikalen Sinne, keineswegs – wie das Allerweltswort >>*reflexive*<< Modernisierung nahe legt – unbedingt bewusst und gewollt, sondern eher *unreflektiert*, *ungewollt*, eben mit der Kraft verdeckter (verdeckt gehaltener) >>Nebenfolgen<<. (Beck, 1996, S. 27)

Wie Beck betont, darf die begriffliche Spezifität von *reflexiv* nicht mit einer normativen Synonymverwendung von *reflektiert* verwechselt werden. Darüber hinaus zeigen sich beeindruckende Parallelen, die das Gesetz der ungewollten Nebenwirkung der pädagogisch-erziehungswissenschaftlichen, zwangsläufig individuums-orientierten Perspektive ebenfalls in makroskopischen Betrachtungen wiedererkennen lassen. Der entscheidende Unterschied in einer soziologischen Kontextuierung liegt darin, dass sozialfeldstrukturierende Momente ebenfalls zur Analyse herangezogen werden können. So ist die Theorie reflexiver Modernisierung eine *empirisch-analytische Theorie*, die einen methodologischen Blick auf gesellschaftliche Wandlungsprozesse von Apparaten und Institutionen (der individuelle Mensch stellt demnach ebenfalls eine Institution dar) der industriegesellschaftlichen Moderne ermöglicht (see Beck & Lau, 2005). Für den methodologischen Aspekt Reflexiver Modernisierung definieren Beck et al. (2009) pragmatisch und unsystematisch sechs *Basisprinzipien* und *Basisinstitutionen*, die konstitutiv in einer *Einfachen Moderne* jene dispositiv ausweisen. Sie sind die paradigmatischen Regeln, „[...] die das Selbstverständnis und Handeln der

Bürger, die Ziele der Politik und die Routinen gesellschaftlicher Institutionen prägen und die erfüllt werden müssen, da andernfalls Versorgungs-, Steuerungs- und Legitimationsprobleme auftreten“ (Beck et al., 2001, S. 20). Im hier anvisierten Kontext sollen nun drei der sechs Prinzipien fruchtbar gemacht werden, um darauf aufbauend einen reflexivierten Blick auf gesundheitsbezogene Wirkungsansprüche werfen zu können.

Die erste (1) der drei hier wichtigen Institutionen und Prinzipien lässt sich unter der nationalstaatlichen Organisation von Gesellschaften subsumieren. Für die *Erste Moderne* ist charakteristisch, dass sich Nationen im modernen Sinne im Nachgang der Französischen Revolution im Verlauf des 19. Jahrhunderts entwickelten. Ein wichtiges Erkennungsmerkmal sind dabei territoriale Grenzen, die das Selbstbild des Nationalstaats als Territorialgesellschaft prägen. Im Zuge verstärkter Globalisierungsprozesse wurde dieses Selbstverständnis durch sich weiterentwickelnde Modernisierungen immer wieder perturbiert. „Zahlreiche politische, ökologische, ökonomische und soziale Probleme lassen sich nicht mehr im Rahmen von Nationalstaatsgesellschaften lösen [...]“ (Gugutzer, 2009, S. 6; see Beck et al., 2001).

Das zweite (2) Prinzip, welches hier bedeutsam wird, ist das des ungebremsten Fortschrittsdenkens und dem damit verbundenen Glauben an durch Wissenschaft herstellbare, technologische Möglichkeiten. Dieses Postulat konnte unter anderem aus der erziehungswissenschaftlichen Mythosforschung empirisch untermauert werden (e.g., Stroß, 2018a). Mit dem latenten, weil nicht artikulierten Glauben an beispielsweise zunehmende Effektivität von gesundheitsbezogenem Handeln durch Fortschritte in Medizin, Naturwissenschaft und Technik geht ein Ausblenden von existenziellen Risikoproblematiken dieser Forschung einher. Das strukturell mit jener Forschung verbundene Sicherheitsversprechen von Wissenschaft hat sich jedoch als heimtückisch vor dem Hintergrund zunehmender Umweltkatastrophen (z.B. Tschernobyl) herausgestellt. Dennoch besteht diese Denkfiguration, quasi als verleiblichtes Artefakt der Ersten Moderne (see Beck et al., 2001; Gugutzer, 2009; Stroß, 2018a). Begrifflich kann dieses Prinzip auch unter der zunehmenden *Verwissenschaftlichung* von Gesellschaftsbereichen, die bislang keine wissenschaftliche Bearbeitung erfahren haben, subsumiert werden.

Der dritte (3) anzusprechende Punkt liegt im Basisprinzip der vermeintlich angenommenen systematischen Trennbarkeit von Natur und Gesellschaft und den daraus resultierenden eindeutigen Abgrenzungsversuchen. So lassen sich die in Kapitel 2.1 erörterten ethischen Problematiken eines verantwortbaren Gesundheitsbegriffs zwar nicht strikt trennen, entsprechen aber dennoch dem Grundproblem, dass eine solche Trennung mit sich weiter ausdifferenzierender Modernisierung nicht mehr eindeutig vorgenommen werden kann bzw. bisweilen eine vollkommene Auflösung erfährt. „So werden aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisfortschritte immer mehr vermeintlich natürliche Phänomene als nicht-intendierte Nebenfolgen menschlichen Handelns und Entscheidens erkannt. Dadurch ist es unter anderem möglich, Verantwortung neu zuzuschreiben“ (Gugutzer, 2009, S. 7). Die moralethische Aufladung von Gesundheit und Krankheit kann daher als ein widersprüchliches Moment der *Ersten Moderne* aufgefasst werden.

### **2.3.1 Ad (1): Globale Gesundheit als reflexiv-modernes Phänomen**

Seit einigen Jahren werden gesundheitsbezogene Fragestellungen nicht mehr ausschließlich auf nationalstaatlicher Ebene bearbeitet, sondern in größere, globalere Sachzusammenhänge transportiert. Weltweit hat unter anderem die Digitalisierung von Wissenschaft und Forschung dazu geführt, dass der Gesundheitsdiskurs auf internationaler sprich globaler Ebene geführt werden kann. Interessanterweise wird Globalisierung von Gesundheit heute vornehmlich vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Folgen von Globalisierungstendenzen bearbeitet und sich dabei weiterhin an Denkfiguren der Ersten Moderne bedient, obwohl die beteiligten Akteur\*innen durchaus die Tendenzen einer reflexiven Moderne erkennen könnten (e.g., Razum & Bozogmehr, 2016). Exemplarisch für eine globale Strukturen miteinbeziehende Institution steht die Weltgesundheitsorganisation. Als globales Zentralorgan im Themenbereich Gesundheit ist u.a. das von ihr kommunizierte Gesundheitsverständnis eines der weltweit anerkanntesten und verbreitetsten. So ist beispielsweise ubiquitär die Einsicht vertreten, dass Gesundheit und Krankheit als Themen wissenschaftlich bearbeitet werden müssen sowie Gesundheit herstellbar ist und Krankheit verhindert werden kann (see Stroß, 2018a). Institutionell gesprochen könnte demnach davon ausgegangen werden, dass nationalstaatliche Bearbeitungen von Gesundheit maßgeblich bedingt durch die Institutionalisierung einer Weltgesundheitsorganisation sowie der eng verbundenen Welthandelsorganisation an Autonomie in rechtlicher, ökonomischer und organisatorischer Hinsicht eingebüßt

hätten (see Schubert et al., 2009). Jedoch zeigen u.a. die Recherchen von Dufour und Haski (2020), dass die WHO, als globale Institution, keine reflexiv-modernen Problemlösestrategien verfolgt, sondern entgegen aller Hoffnungen mittlerweile zu einem Spielball nationalstaatlich motivierter Interessen geworden ist.

### **2.3.2 Ad (2): Verwissenschaftlichung von Gesundheit**

Des Weiteren von Bedeutung für das Erkennen einer reflexiven Moderne sind die Folgeprobleme, die mit der Verwissenschaftlichung von Gesundheit und Krankheit einhergegangen sind. Eine Nebenfolge der modernen Verwissenschaftlichung von Gesundheit liegt in der beispiellos gestiegenen weltweiten Lebenserwartung. Diese Nebenfolge war ebenfalls nicht-intendiert, hat aber weiterhin zu anderen nicht-intendierten Nebenfolgen, wie dem altersbedingten Anstieg der sogenannten Zivilisationskrankheiten geführt. Des Weiteren folgen aus einer höheren Lebenserwartung zeitgleich Fragen der ökonomischen Absicherung der alternden Bevölkerung sowie der erhöhten Krankheitslast des Gesundheitssystems durch altersbedingte Multimorbiditäten der Bevölkerung. Festzuhalten ist:

Weder der demografische Wandel noch die Altersstruktur der Bevölkerung machen für sich genommen die Problematik aus. Erst in Verbindung mit erstmodernen Institutionen ergeben sich mit dem demografischen Altern zunehmend nicht-intendierte Nebenfolgen, die die bisherigen Umgangsweisen mit dem Alter grundlegend in Frage stellen. Erst vor diesem Hintergrund scheint das Alter(n) in seinen ökonomischen, sozialpolitischen und normativen Auswirkungen gegenwärtig und zukünftig nicht mehr kontrollierbar [...]. (Pelizäus-Hoffmeister, 2011, S. 129)

Daher kann aus der starken Verwissenschaftlichung von gesundheitsbezogenen Fragestellungen auf reflexive Modernisierungstendenzen geschlossen werden, da sich beispielsweise auch hier die Bearbeitungen im wissenschaftlichen Sinne global ausdifferenziert haben und nicht mehr monodisziplinär auf etwa die Medizin beschränken. Jedoch lassen die bereits in Kapitel 2.1 und 2.2 angesprochenen ungewollten Nebenwirkungen von gesundheitsbezogener Forschung, bedingt durch Menschen- sowie Selbstbildentscheidungen als ein Problem von wissenschaftlicher Bearbeitung auf eine nach wie vor vorherrschende Denkfigur der Ersten Moderne schließen.

### **2.3.3 Ad (3): Gesundheit als unüberwindbare Verwobenheit zwischen Natur und Gesellschaft**

Die gestiegene Lebenserwartung lässt ebenfalls erkennen, dass Natur und Gesellschaft untrennbar miteinander verknüpft sind. Denn auch wenn eine lange Lebenszeit erst einmal natürlich im Individuum verankert erscheint, so ist sie dennoch relativ unnatürliches Resultat, weil menschengemacht, von gesellschaftlichen Modernisierungsprozessen. Auf diese Weise erscheinen Bestrebungen eines Rückbezugs auf Natur und Empfehlungen zu natürlichen Lebensweisen ebenfalls einer Denkfigur erster Moderne zu entspringen, da ein Eingebettet-Sein von Menschen in Gesellschaft verkannt wird. Dem entsprechen beispielsweise die Anfang des 20. Jahrhunderts aufgekommenen Lebensreformbewegungen (see Foitzik Kirchengraber, 2003). Des Weiteren können heute beispielsweise auch Impfgegnerschaften als charakteristisch mit einer Denkfigur Erster Moderne ausgestattet identifiziert werden, aber auch der gesellschaftlich-diskursive Umgang mit jenen Gegner\*innen seitens öffentlicher Institutionen wie dem Robert Koch-Institut (e.g., Klein-Klein-Aktion, 2020; Meyer & Reiter, 2004). Dabei entsprechen auch der systematische Glaube an eine unbegrenzte Herstellbarkeit von Gesundheit und die daraus folgenden Machbarkeitsideen von Natur, mit naturwissenschaftlichen Techniken und Wissen Gesundheit z.B. medizinisch herstellen zu können, einer einfach modernen Denkfigur (see Stroß, 2018a). In ebendieser Weise können auch Bestrebungen Gesellschaft anhand naturwissenschaftlicher Methoden zu entschlüsseln und, daraus abgeleitet, herstellen zu können als Artefakte Erster Moderne gelesen werden (e.g., Zellinger, 1979).

## **2.4 Ganz Modern - Mehr Gesundheit**

Vor dem Hintergrund der zuvor skizzierten gesellschaftsdiagnostischen Merkmale, den Prinzipien und Institutionen der ersten Moderne, zeigt sich, dass die für kontrollierbar gehaltenen Axiome der ersten Moderne immer öfter den eigenen Modernisierungstendenzen nicht mehr standhalten können.

Die Idee der Kontrollierbarkeit ebenso wie die der Gewißheit und der Sicherheit, die für den Entwurf der Ersten Moderne und ihre Institutionen so zentral sind, brechen zusammen. Unterscheidungen und Grenzen, die essentialistisch begründet schienen,

lösen sich auf, und neue Grenzen, wie vorläufig und fiktiv auch immer, müssen gezogen werden, weil nur so Entscheidungen getroffen werden können. (Beck et al., 2001, S. 13)

Für das Themenfeld Gesundheit entstehen und existieren also Probleme, die sich in der fortwährenden Häufung von nicht-intendierten Nebenfolgen äußern. So führt zum Beispiel, wie bereits in Kapitel 2.1 dargelegt, die fehlende moralethische und reflexive Auseinandersetzung von Genetik mit sich selbst, zu nicht-intendierten Nebenfolgen in Form von Diskriminierung oder sogar zu existenziellen Problemen im Sport, da Praktiken wie Gendoping erst möglich werden (see Gugutzer, 2009). Wie in Kapitel 1.4 aufgezeigt, führen soziale Normvorstellungen dazu, dass übergewichtige Menschen sogar in Wissenschaft und Forschung Stigmatisierungen ausgesetzt sind und sich die Forschungsergebnisse, auch wenn sie eigentlich anders interpretiert werden müssten, in den Bahnen jener Stigmatisierungen einpendeln und verfestigen. In Kapitel 2.2 wird ersichtlich, dass sich für die Erhaltung der Definitionsmacht über Gesundheit und Krankheit im sozialen Raum, soziale Entscheidungsregeln manifestiert haben, die bei näherer Betrachtung unhaltbar sind. Weiterhin bieten die aktuellen Bearbeitungen von Gesundheit und Krankheit nach wie vor die Grundlage zur Identifikation von Schuld beim individuellen Menschen, von der sich bisweilen in säkularen Diskursen versucht wurde zu distanzieren. Dass die nicht-intendierten sozialen Nebenfolgen des Gesundheitsdiskurses mit dessen Worten gesprochen zu gesundheitlichen Problemen führen, wird systematisch verkannt und mit einer einfachen, wenn auch unbewussten, Strategie wegverteilt bzw. weglegitimiert: Mehr Vorsorgeuntersuchungen, mehr Kontrollen des Gesundheitszustandes, mehr Aufklärungskampagnen, mehr Abschreckbilder auf Zigarettenpackungen, mehr Bewegung, mehr Gesundheitsförderung, mehr gesundes Verhalten, mehr wissenschaftliche Forschung, mehr Gesundheitsberichterstattungen, mehr Präventionsprogramme, mehr Belohnungssysteme, mehr Verantwortung beim Individuum.

Wie bereits erläutert haben diese *mehr desselben*-Maßnahmen zum einen zu nicht-intendierten Nebenfolgen und zum anderen nicht zu einem mehr an Gesundheit im Sinne der in Gesundheitsförderungsprogrammen intendierten Ziele geführt (see Kühn, 1993; Mittag, 2006). So ist zum Beispiel das Rauchen, welches bereits seit den 1960er Jahren in zahlreichen Kampagnen bearbeitet wurde, heute immer noch das „bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko“

(RKI, 2015, S. 271; see Kühn, 1993). „[...] das Schwergewicht der Anti-Tabakpolitik liegt weiterhin auf der individuellen Entwöhnung, obwohl eine nicht mehr übersehbare Vielzahl von Studien längst herausgefunden hat, daß solche Angebote als Erklärungsfaktor für die Rückläufigkeit des Rauchens von nachrangiger Bedeutung sind“ (Kühn, 1993, S. 128). Dies gilt bis heute auch in Deutschland, selbst wenn die meisten Beteiligten wissen könnten, dass gerade nicht Ansätze, die auf das individuelle Verhalten abzielen, sondern systemische Ansätze zu einem Rückgang von Tabakkonsum geführt haben (e.g., Batra et al., 2013). So ist die für Deutschland, historisch gesehen, *wirksamste* Präventionsmaßnahme der Anti-Tabakpolitik das am 1. September 2007 in Kraft getretene Bundesnichtraucherschutzgesetz (see Jazbinsek, 2017).

Dies und die anderen vorweggegangenen Beispiele sowie die Erörterungen aus Kapitel 1.4 lassen die Vermutung zu, dass eine *mehr desselben-Strategie* nach wie vor zu keiner nennenswerten Wirksamkeit von sogenannten gesundheitsförderlichen Maßnahmen, gemessen an ihren eigenen Maßstäben, geführt hat. Die daraus folgenden Probleme werden jedoch von den meisten Beteiligten ebenfalls mit einer *mehr desselben-Strategie* weg- und umverteilt bzw. versucht zu kompensieren: „Entsprechend der Regel im sozialen Raum des Gesundheitssektors, wonach das Handeln wissenschaftsförmig legitimiert zu sein hat, ist es üblich, die Unzulänglichkeiten präventiven Handelns vor allem in (noch) fehlenden oder unzureichend aufgenommenen wissenschaftlichen Voraussetzungen zu orten“ (Kühn, 1993, S. 128). Die Denkfigur Erster Moderne drückt sich in der einfachen Verwissenschaftlichung, im *Mehr derselben* Wissenschaft, aus. Offenkundig ist demnach ebenfalls, dass z.B. die erst durch Modernisierungsprozesse entstandenen Zivilisationskrankheiten durch einfache Verwissenschaftlichung nicht aufgehalten werden können. Da die Krankheitslast der Zivilisationskrankheiten mittlerweile nicht mehr überwiegend in Industriestaaten zu finden ist, sondern nun auch vermehrt Schwellen- sowie Entwicklungsstaaten trifft, sind diese Krankheiten zu einem globalen, um nicht zu sagen pandemischen, Phänomen geworden (see Gellner & Domschke, 2008). Doch auch diesbezüglich überwiegen in den internationalen Institutionen Denkstrukturen der ersten Moderne, da zum Beispiel auf individuelles Verhalten abzielende Präventionskampagnen nach wie vor nationalstaatlich umgesetzt werden und nicht globale, verursachende Akteure, wie die in der Lebensmittelindustrie tätigen multinationalen Großkonzerne, adäquat problematisiert werden (see Dufour & Haski, 2020; Gilman & Lestrade,



2020). Es kann berechtigterweise angenommen werden, dass einerseits der Gesundheitsbereich als wissenschaftliches Betätigungsfeld und andererseits Wissenschaft an sich in den überwiegenden Feldern bislang in keinen reflexiven Modernisierungsprozess eingetreten sind (see Beck et al., 1996; May, 2004; Stroß, 2018a; see also Beck & Lau, 2004).

Vor diesem Hintergrund wird nun im abschließenden Kapitel überlegt, wie mit den philosophischen Erkenntnissen aus Kapitel 1.1 bis 1.3, den Gesellschafts- sowie Sozialdiagnosen aus den Kapiteln 1.4, 2.2 bis 2.4 und den ethischen Überlegungen aus Kapitel 2.1 im Bezug auf ein universitäres Setting umgegangen werden kann.

### 3 Weniger Gesundheit

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.4 konturierten Deutungsmuster von Gesundheit kann schnell die Frage aufkommen, wie das dritte Kapitel mit der Überschrift weniger Gesundheit zu lesen sein wird. Wird es hier nun darum gehen, das Gegenteil von Gesundheit zu finden? Ist dieses Gegenteil also Krankheit? So gesehen wäre die Antwort auf diese Fragen recht einfach: Die Überschrift dieses Kapitels müsste demnach eigentlich *Weniger Krankheit* lauten.

Das vorangegangene Kapitel schloss mit dem Attest ab, dass der Gesundheitsbereich von Denkstrukturen erster Moderne durchzogen ist und in seiner programmatischen Ausrichtung einer *mehr desselben* Logik folgt. Dieses Kapitel wird daher in eine diametral entgegenstehende Richtung blicken und *weniger desselben* versuchen. Hierzu werden zunächst zwei ungewöhnlich divers erscheinende Forschungsfelder einer Synthese unterzogen (Kapitel 3.1). Das Produkt dessen wird anschließend in Kontext zu den identifizierten Deutungsmustern von Gesundheit gebracht. Dabei wird versucht die divergierenden Perspektiven zusammenzuführen und anthropologische sowie ontologische Einsichten einzubeziehen (Kapitel 3.2). Diese Bemühung wird in einem sozialphilosophischen Vorschlag zur Entzerrung der zuvor in den Kapiteln 1 und 2 identifizierten aporetischen Spannungsverhältnisse von gesundheits- sowie krankheitsbezogenen Bearbeitungen münden (Kapitel 3.3). Auf jenen Vorschlag wird abschließend ein bildungstheoretischer Denkanstoß gelegt, der schließlich die Alleinstellungsmerkmale eines universitären Settings hinsichtlich Bildung und Studium hervorhebt und auf eine explizite Rekalibrierung eines Bildungs- und Studiumsbegriff hinarbeitet (Kapitel 3.4).

#### 3.1 Enantiodrome Relativität und Relative Enantiodromie

Wo zuvor das Prinzip *mehr desselben* als Gesellschaft strukturierendes Moment diagnostiziert wurde, soll nun ein Lösungsansatz vorgeschlagen werden, der dieses Prinzip in das genaue Gegenteil verkehrt. Grundlage eines *weniger desselben* Prinzips werden zum einen die metakognitiven Gedanken des vorsokratischen Philosophen Heraklit sein, die sich im Prinzip der Enantiodromie fassen lassen. In jenes Prinzip kann Heraklits (2007, S. 19) Beispiel des fließenden Flusses folgendermaßen einführen: „In die gleichen Ströme steigen wir und steigen wir nicht; wir sind es und sind es nicht“. Es verdeutlicht, dass allein

dadurch, dass der Fluss ein Konstrukt ist, welches sich durch den vorbeiströmenden Austausch von Wasser definiert, der Fluss stets nicht dem Fluss identisch ist, der er beispielsweise am Vortag zu einer bestimmten Zeit noch war. Darin verbirgt sich ebenfalls die Einsicht, dass sich menschliche *Wirklichnehmung*, abzugrenzen von Wahrnehmung, auf eine bestimmte Art und Weise begrenzt (see also Singer, 2002). Dies widerspricht in fundamentaler Weise der Beschreibung von Wirklichkeit, wie sie z.B. aus der Speziellen Relativitätstheorie hervorgeht (e.g., Hawking, 2017). Zum anderen wird daher die Spezielle Relativitätstheorie entsprechend ein entgegenstehendes Prinzip zur Enantiodromie sein, jedoch nicht der grundsätzlichen *weniger desselben* Überlegung widersprechen.

Um zu verdeutlichen, welche Wirklichkeitsannahmen in der speziellen Relativitätstheorie auch philosophisch gesehen bedeutsam werden, werden an dieser Stelle die Gedankenexperimente Albert Einsteins zunächst skizziert, die den Effekt der (1) Lorentz-Kontraktion, der (2) Zeitdilatation und der (3) Relativität der Gleichzeitigkeit veranschaulichen. Dabei werden lediglich die philosophisch bedeutsamen Effekte verdeutlicht und kein Wert auf physikalische Exaktheit gelegt. Vor diesem Hintergrund kann dann das sogenannte Zwillingsparadoxon ebenfalls mit einem Gedankenexperiment veranschaulicht und im Anschluss daran das Prinzip der Enantiodromie erneut aufgegriffen sowie die aporetische Widersprüchlichkeit beider Prinzipien aufgezeigt werden.

### **3.1.1 Lorentz-Kontraktion**

Zur Beschreibung der Lorentz-Kontraktion bediente sich Einstein eines Gedankenexperimentes eines an einem Bahnsteig vorbeifahrenden Zuges. Es sei sich vorgestellt, dass ein Zug bei der Vorbeifahrt an einem Bahnsteig mit seiner vorderen Spitze am vorderen Bahnsteigende einen Lichtblitz und mit seinem Ende am hinteren Bahnsteigende ebenfalls einen Lichtblitz auslöst. Beide Lichtblitze würden eine beobachtende Person, die in der Mitte des Bahnsteigs steht, bei der Durchfahrt des Zuges zeitgleich erreichen. Daraus kann die beobachtende Person schlussfolgern, dass Zug und Bahnsteig die gleiche Länge haben. Hingegen für die beobachtende Person, die sich im Zug genau in der Mitte befindet, stellt sich eine andere Situation dar. Sie wird vom Lichtblitz des vorderen Teils des Zuges früher erreicht als vom Lichtblitz des hinteren Endes. Dies ist so, da sie sich dem vorderen Lichtblitz entgegenbewegt und der hintere Lichtblitz somit eine längere Strecke zurücklegen muss. Somit

treten für diese Person die beiden Ereignisse, das Vordere, Zuganfang durchfährt das vordere Ende des Bahnsteigs, und das Hintere, Zugende durchfährt das hintere Ende des Bahnsteigs, zu unterschiedlichen Zeitpunkten ein. Die Person kann schlussfolgern, dass der Zug länger ist als der Bahnsteig, da das Ende des Zuges noch nicht den Bahnsteig erreichte, als sich der Anfang des Zuges schon wieder außerhalb des Bahnsteigs befand. Daher kann Einstein in diesem Gedankenexperiment schlussfolgern, dass für beide beobachtende Personen der Bahnsteig sowie der Zug unterschiedlich lang ist (see Hawking & Penrose, 1998; Hawking, 2017).

### **3.1.2 Zeitdilatation**

Die Zeitdilatation lässt sich auf die einfache Aussage reduzieren, dass Zeit in Abhängigkeit zur Geschwindigkeit unterschiedlich schnell vergeht. Dieser von Einstein postulierte Effekt konnte in einem ebenfalls recht einfachen Experiment nachgewiesen werden. Hierfür zogen Hafele & Keating (1972) und deren Kolleg\*innen einen Vergleich exakt synchron laufender Atomuhren heran. Dabei wurden vier Cäsium-Atom-Uhren einmal ostwärts und einmal westwärts um die Erde geflogen. Eine Uhr im U.S. Naval Observatory diente als Referenz. Ergebnis war, dass die Uhren bei Wiederankunft nicht mehr gleich gingen und die Daten nach Bereinigung der Standardfehler einen signifikanten Unterschied zeigten. Damit war zumindest physikalisch bewiesen, dass Zeit in Abhängigkeit zur Geschwindigkeit unterschiedlich schnell vergeht, was Einstein unter dem Begriff Zeitdilatation postuliert hatte (see Hawking & Penrose, 1998; Hawking, 2017).

### **3.1.3 Relativität der Gleichzeitigkeit**

Das dritte Phänomen der speziellen Relativitätstheorie nennt Einstein das relativistische Additionstheorem für Geschwindigkeiten, welches hier ebenfalls an einem Gedankenexperiment verdeutlicht werden kann (see Hawking, 2017). Wie in Kapitel 3.1.1 bereits verwendet, betrifft das Gedankenexperiment auch hier wieder den Zug. Nach den Gesetzen der klassischen Mechanik kann die Geschwindigkeit des/der sich im Zug befindlichen Schaffner\*in, der/die im Zug nach vorne geht, als die Summe aus Laufgeschwindigkeit und Fahrtgeschwindigkeit des Zuges zusammengefasst werden. Auf Grund der zuvor beschriebenen Zeitdilatation stellt es sich nun jedoch für die betrachtende Person am Bahnsteig so dar, dass die Zeit, die die Fahrkarten kontrollierende Person vom Schlafabteil in den Restaurantwagen

benötigt, länger ist, als für die Zugreisenden an Bord. Hinzu kommt, dass die Wagen an sich vom Bahnsteig aus beobachtet Lorentz-verkürzt sind. Zusätzlich berücksichtigt werden muss, dass das Erreichen des/der Schaffner\*in im nächsten Abteil weiter vorne im Zug stattfindet. Die Relativität der Gleichzeitigkeit besagt nun, dass jenes Ereignis für die Person am Bahnsteig später stattfindet als für die Person im Zug. Der/die Schaffner\*in ist vom Bahnsteig aus betrachtet langsamer unterwegs, als es die Summe von der Geschwindigkeit des Zuges mit Geschwindigkeit der sich bewegenden Person ergeben würde (see Hawking & Penrose, 1998; Hawking, 2017).

### **3.2 Kritisch-geisteswissenschaftlich vs. oder & kritisch-sozialwissenschaftlich?**

Mit den Gedankenexperimenten zur speziellen Relativitätstheorie gehen einige nicht unwichtige Konsequenzen einher. So führen seine Überlegungen Einstein (1908) selbst zu einem Paradoxon, welches von Hermann Minkowski (1909) aufgegriffen und versucht wurde aufzulösen (see also Huber, 2000). Hier wird versucht, das Zwillingsparadoxon auf einen verständlichen Rahmen zu verkürzen und die daraus folgenden Implikationen für die weitere Argumentation hervorzuheben. Dafür wird sich eines ähnlichen Gedankenexperiments bedient.

Es sei sich vorgestellt, dass das gesamte Universum wie ein Laib Brot ist. Das eine Ende ist der Beginn des zyklischen Universums und die entgegengesetzte Seite das Ende dessen. Somit ist die Länge des Brotes adäquat zur Zeitdimension zu betrachten. Alle Körner im Brot stellen beispielsweise Planeten, wie die Erde, dar. Man kann das Brot nun in ganz gewöhnliche Scheiben schneiden, die entsprechend einen gleichzeitigen Schnitt in der Länge des Brot-Universums darstellen. Alle unendlich vielen Scheiben ergeben zusammen alle Zeitscheiben, die es im Universum jemals gab und geben wird. Da die Kornplaneten unbewegt sind, existiert eine Gleichzeitigkeit auf den einzelnen Scheiben. Das, was zu einem Zeitpunkt auf Kornplanet a passiert, passiert zeitgleich zu einem anderen Ereignis auf Kornplanet b. Nun wissen wir jedoch, dass das Universum nicht statisch und unbewegt ist, sondern sich die Planeten, Sonnensysteme und Galaxien in einer bestimmten Art und Weise relativ zu einander bewegen. Mit den vorangegangenen Überlegungen zur speziellen Relativitätstheorie ergeben sich dann unter anderem folgende Effekte.

Dadurch, dass sich Kornplanet a in sehr hoher relativer Geschwindigkeit in Richtung Kornplanet b bewegt, wird eine beobachtende Person auf Kornplanet a die Lichtimpulse von Kornplanet b, bedingt durch die spezielle Relativitätstheorie, früher wahrnehmen, als das ggf. eine beobachtende Person auf Kornplanet b kann. Für die Gleichzeitigkeit der beobachtenden Personen bedeutet das, dass der Laib Brot nicht in gewöhnlichen Scheiben geschnitten wird, sondern in Abhängigkeit zur Geschwindigkeit, zum Beispiel ein bisschen quer. Die Gleichzeitigkeit ändert sich also in Abhängigkeit zur Geschwindigkeit, was dazu führt, dass es prinzipiell möglich ist, dass eine beobachtende Person auf Kornplanet a die Zeitscheibe so schneidet, dass sie im Vergleich zur absoluten, lediglich von außen beobachtbaren Gleichzeitigkeit, eine relative Gleichzeitigkeit in die Zukunft der beobachtenden Person auf Kornplanet b hat. Dies kann potenziell soweit in die Zukunft auf Kornplanet b reichen, dass die beobachtende Person auf Kornplanet b in dieser Zeitscheibe gar nicht mehr am Leben ist. Das heißt, dass trotz absoluter Gleichzeitigkeit, in der von außen vielleicht parallele Ereignisse betrachtet werden, nur die relative Gleichzeitigkeit beobachtbar wird und diese unsere Gleichzeitigkeit bestimmt. Demnach wäre es prinzipiell möglich von Kornplanet a die Zukunft einer Person auf Kornplanet b zu betrachten, auch wenn diese in der absoluten Gleichzeitigkeit noch nichts davon weiß.

Diese prinzipielle Bestimmbarkeit von Zukunft und in umgekehrter Weise auch von Vergangenheit lässt sich im Kontext der in Kapitel 1.4 beschriebenen Gesundheitsverständnisse als kritisch-geisteswissenschaftliche Sichtweise, auch wenn sie sich selbst prinzipiell als naturwissenschaftliche Perspektive beschreiben würde, identifizieren. Demnach kann die Sichtweise auf Gesundheit von Hans-Georg Gadamer (2003, S. 648) wie folgt Gültigkeit besitzen: Gesundheit ist demnach „die Rhythmik des Lebens, ein ständiger Vorgang, in dem sich immer wieder Gleichgewicht stabilisiert [...] in Wahrheit sind diese rhythmischen Funktionen nicht wirklich beherrschbar, sie geschehen mit uns“.

Dem gegenüber gestellt kann das Prinzip der Enantiodromie als ein möglicher Ausgangspunkt eines kritisch-sozialwissenschaftlichen Deutungsmusters von Gesundheit aufgefasst werden, auch wenn der Ursprung in der antiken Philosophie zunächst geisteswissenschaftlich erscheint. Heraklits Vorstellung war davon geprägt, dass alles Sein im Universum dem Grundgesetz des Gegeneinander-Wirkens von Kräften unterlegen ist. Der Kommunikations-

wissenschaftler und Psychotherapeut Paul Watzlawick (1994) knüpfte an Heraklits Gedanken an und begründete, beeinflusst davon, seine Überzeugung des radikalen Konstruktivismus. Mit seinen illustren Beispielen zeigt er auf, wie Menschen ihre Wirklichkeit selbst konstruieren und diese Wirklichkeit für wahr nehmen:

Das Grundmuster dafür liefert die Geschichte vom Manne, der alle zehn Sekunden in die Hände klatscht. Nach dem Grunde für dieses merkwürdige Verhalten befragt, erklärt er: »Um die Elefanten zu verscheuchen.«

»Elefanten? Aber es sind doch hier gar keine Elefanten?«

Darauf er: »Na, also! Sehen Sie?« (Watzlawick, 1994, S. 15)

Heraklits (2007, S. 9) Flusslehre lässt sich insofern darauf beziehen, als dass alles je nach individueller Konstruktion miteinander in Einklang oder Widerspruch gebracht werden könne: „Zusammensetzungen sind Ganzes und Nichtganzes, Einträchtig-Zwieträchtiges, Einstimmend-Mißstimmendes, und aus Allem Eins und aus Einem Alles“. Im Vergleich zur Einstein'schen Relativitätstheorie, die vordergründig explizit auf kosmologische Vorgänge bezogen ist, sind Heraklits kosmologisch anmutenden, künstlerischen Fragmente viel mehr auf die *Politeia*, also das gesellschaftliche Sein, zu beziehen (see Gadamer, 2012). Hinsichtlich eines Gesundheits- bzw. Krankheitsdenkens ist diese entfernte Auseinandersetzung mit altgriechischen Lebenskonzepten insofern von Bedeutung, als das ein modernes Denken nicht letztlich seinen Ursprung in eben jenen Philosophien trägt (see Kosselleck & Dutt, 2014; Gadamer, 2012).

In diesem Denken bedeutet das Daheimsein des Menschen in der Welt, die innere Entsprechung zwischen dem Heimischwerden und Sich-heimisch-Machen, das den Handwerker, den Könner, den Schöpfer neuer Gestaltungen und Formen, den *technites* [Herv. i. O.], den Mann, der eine Technik beherrscht, auszeichnet, zugleich die Findung seines eigenen Platzes. Dafür bedarf es der Findung des ihm eröffneten Frei-Raumes von Gestaltung inmitten einer vorgegebenen Natur, einer selbst in Formen und Gestalten geordneten Ganzheit der Welt. So ist Philosophie im griechischen Aufbruch denkendes Gewährwerden der ungeheueren Ausgesetztheit des Menschen in das

Da, in diese schmale Sparte von Freiheitsraum, die das geordnete Ganze des Naturlaufs dem menschlichen Wollen und menschlichen Können läßt. (Gadamer, 2012, S. 152)

Gesundheit und Krankheit als Prozess des *Heimischwerdens* in der menschlichen Existenz einerseits und andererseits der Prozess des *Sich-heimisch-Machens* entspräche einer *sowohl-als-auch* Betrachtung kritisch-sozialwissenschaftlicher sowie kritisch-geisteswissenschaftlicher Zugänge, die eine *entweder-oder* Logik im Sinne Konstruktivismus oder Determinismus als singular relativiert. Das *Heimischwerden* sowie das *Sich-heimisch-Machen* in der menschlichen Existenz sind allerdings auf einen anthropologischen Tatbestand hin angelegt:

[...] Sterben und Tod als die >>ultima linea<< des Lebens. [...] Der Tod tritt [...] ins Leben hinein; als ein Sein zum Tod hin garantiert es uns die >>eigenste, unbezügliche, unwiederholbare Möglichkeit<< des Daseins selbst. Das Wissen um den Tod bestätigt uns unsere Endlichkeit und weist uns zurecht und hin auf unsere Eigentlichkeit. Mit dem Phänomen Tod erst gewinnen wir die letzte Ganzheit des Daseins. (Engelhardt & Schipperges, 1980, S. 25)

Relative Enantiodromie und enantiodrome Relativität können daher bezeichnend für die identische Übereinstimmung von Leben und Tod sein. Das Leben bedingt den Tod und ohne den Tod ist das menschliche Leben nicht ganz. Das *ablaufende Sein*, wie es Martin Heidegger (1967) dunkel ausgedrückt hat, steht ganz im Zeichen der temporären Begrenztheit des Erfahrungshorizontes. Der Tod kann nicht erfahren werden, da Erfahrungen ein zeitlich nachkommendes Bewusst- bzw. *Da-Sein* bedingen. „Der Übergang zum Nichtmehrdasein hebt das Dasein gerade aus der Möglichkeit, diesen Übergang zu erfahren und als erfahrenen zu verstehen“ (Heidegger, 1967, S. 237). Somit stellt gerade das vorherige Nachdenken über und das aktive, relativ-enantiodrome Konstruieren des Phänomens des Todes eine Notwendigkeit zur Verarbeitung der auf das Ende gerichteten Angst, vor dem was nach dem Tod kommt, dar. Denn: „Tod hat kein Sein, wie auch Krankheit kein Prozeß ist, sondern ein Unterbleiben und Unterlassen, ein ontologisches Manko, ein >>modus deficiens<<“ (Engelhardt & Schipperges, 1980, S. 27). Allein aus diesen Überlegungen heraus stellt sich die Frage, in wie weit sich affirmativ-naturwissenschaftliche sowie empirisch-sozialwissenschaftliche Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit in unauflösbare Widersprüche verstricken, wenn sie ein *biopsychosoziales Gleichgewicht* fordern.



Denn jenes Gleichgewicht müsste in anthropologischen Überlegungen ebenfalls festhalten, dass nach der „explosionsartigen Entfaltung“ der „biologischen Lebensenergien“ (Engelhardt & Schipperges, 1980, S. 28f.) der Prozess des Sterbens, beispielsweise zell-biologisch gesprochen, unaufhaltsam Teil unseres Lebens und somit auch treuer Begleiter auf dem Weg hin zum Tod ist.

Vor diesen anthropologischen Gedanken können daher beide Programmatiken als ebenfalls gesellschaftlich bedeutsam betrachtet werden und im Folgenden in eine fruchtbare Synthesierung überführt werden, wobei ein expliziter Möglichkeitsgewinn im systematischen Ausblenden von den im sozialen Raum vorherrschenden Deutungsmustern gesehen wird.

### **3.3 Weniger Gesundheit – ein reflexiv-moderner Lösungsansatz**

Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit vorangegangenen Gedanken zeigt sich, dass Problematiken rund um das Themenfeld Gesundheit primär auf diskursiver Ebene verhandelt werden. Die Bearbeitungen von Gesundheit und Krankheit stehen und fallen mit der definitorischen Grundlage dessen, was Gesundheit und Krankheit überhaupt ausmacht. Daraus gehen entsprechend moralisch-praktische Probleme erst sekundär hervor, weshalb Problematiken im Gesundheitsdiskurs vornehmlich sozial-kognitiver Ursache sind. Ein denkbarer Ansatzpunkt einer Bearbeitungsstrategie der diskursiven Problematiken könnte ein radikales Umdenken von Deutungsmustern im Themenfeld Gesundheit sein. Das heißt, das einfach-moderne Programm des *mehr desselben* durch ein *weniger desselben* Programm, wie bei Watzlawick et al. (1997) zu finden, zu ersetzen.

Unter einer Straßenlaterne steht ein Betrunkener und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: »Meinen Schlüssel«. Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher ist, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: »Nein, nicht hier, sondern dort hinten - aber dort ist es viel zu finster.« (Watzlawick, 1994, S. 6)

Folglich stabilisieren sich diskursiv, sozial-kognitive Problematiken dadurch, dass sie sich im System selbst produzieren. Es werden immer wieder dieselben Lösungsversuche unternommen in der Erwartung durch *mehr desselben* mehr Erfolg damit zu haben, „[o]bgleich wahrscheinlich die meisten Beteiligten empirisch wissen (könnten), daß das nicht der Fall

ist [...]“ (Kühn, 1993, S. 128). „Es ist ein typisches Verhalten in sozialen Systemen, dass ein Problemlösungsversuch intensiviert wird, obwohl bzw. weil der bisherige Lösungsversuch scheiterte“ (Gugutzer, 2009, S. 19).

Dementsprechend soll hier nun ein Lösungsvorschlag unterbreitet werden, der im Wissen um die definitorische Vorherrschaft von naturwissenschaftlich-affirmativen sowie empirisch-sozialwissenschaftlichen Deutungsmustern im sozialen Raum ein *weniger desselben* Programm fokussiert (see Stroß, 2009). Infolgedessen können nun die vorangegangenen Ansätze eines kritisch-geisteswissenschaftlichen Deutungsmusters (in Form der philosophischen Implikationen der Relativitätstheorie) sowie eines kritisch-sozialwissenschaftlichen Deutungsmusters (in Form des Prinzips der Enantiodromie) in Relation zur *mehr desselbigen* Vorherrschaft anderer Deutungsmuster im sozialen Raum gebracht werden. Dieser Lösungsvorschlag kann einerseits in einer analytischen Weise Verwendung finden, als auch inhaltliche Perspektiven ermöglichen. So zeigt er in analytischer Weise auf, an welchen Stellen *mehr derselben* Problemlösestrategien zu einer reflexiven Stabilisierung sowie Produktion von Problematiken führen, die durch *weniger desselben* diskursiv umformuliert werden können. Auf inhaltlicher Ebene geraten mit einer *weniger desselben* Strategie Aspekte in den Gesichtskreis, die somit in anderer Weise erweiternd für den Gedankenkreis sein können. So zum Beispiel die reflektierende Auseinandersetzung mit der individuellen Bestimmbarkeit (Konstruierbarkeit) von Gesundheit oder die schicksalhafte Determiniertheit des menschlichen Sterbens, die in aktuellen Diskursen eine untergeordnete Rolle spielen und zum Teil sogar versucht werden zu eliminieren.

Konkret bedeutet dies, dass zunächst auf sozial-kognitiver Ebene eine Umformung *desselben* Redens über Gesundheit eine andere, reflexive Diskursform ermöglicht. Das hieße, dass beispielsweise explizit auf affirmativ-naturwissenschaftliche sowie empirisch-sozialwissenschaftliche Formulierungen, wie *gesundheitsförderliche Strukturen, Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, Sicherung der Gesundheit, Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz*, usw. verzichtet werden könnte und stattdessen ein reflexiveres Vokabular entworfen werden müsste. Aus Sichtweise der kritisch-sozialwissenschaftlichen sowie kritisch-geisteswissenschaftlichen Deutungsmuster ist es ohnehin fragwürdig, inwieweit Gesundheit an sich gefördert bzw. eine individuelle Gesundheitskompetenz gestärkt werden kann. Im Sinne einer Theorie reflexiver Modernisierung bedeutet das auch die systematische

Anerkennung der Untrennbarkeit von Natur(-wissenschaft) und Gesellschaft (see Beck et al., 2004). Gesundheit und Krankheit wären von dieser Warte aus gesprochen, ausschließlich durch gesellschaftlich-soziale Strukturen geprägt und ließen sich somit auch nicht normativ als *natürlich* vs. *unnatürlich* festlegen. In einem reflexiv-modernen Verständnis bedeutet dies, dass „[...] die gesellschaftliche Anerkennung von Pluralität und Ambivalenz wesentlich für den Übergang zur zweiten Moderne [ist, d. Verf.] – vor allem dann, wenn diese Anerkennung in institutionalisierter Form erfolgt“ (Beck et al., 2004, S. 25).

Ein *weniger desselben* Programm würde in Bezug auf die in Kapitel 2.4 erkannten *mehr desselben* Strategien ebenfalls befürworten, die bereits in der Ottawa-Charta von 1986 postulierten, allerdings bis heute marginalisierten, systembezogenen Ansätze ernst zu nehmen. Denn obwohl schon damals zumindest versucht wurde, sich formal von individuumszentrierten Ansätzen (in diesem Kontext als Gesundheitserziehung bezeichnet) zu lösen, so sind heute nach wie vor die meisten gesundheitsfördernden Ansätze (die die explizite Systemzentrierung allein schon definitorisch fordern) individuumszentriert und verstricken sich systematisch in die beispielsweise in Kapitel 2.1 beschriebenen Schwierigkeiten ethischer Fragen im Gesundheitsbereich (see WHO, 1986; Kühn, 1993; Mittag, 2006; Stroß, 2009).

Weiterhin kann eine konkrete Implikation einer *weniger desselben* Strategie in der konsequenten Auflösung eines sogenannten ganzheitlichen Grundprinzips gesehen werden. Wie in Kapitel 2.3.1 bereits als Kennzeichen für Modernisierungstendenzen im Gesundheitsbereich identifiziert, führt ein solcher Holismus in die Irre, da er vorgibt alles im Blick haben zu können. Analytisch ist dies jedoch aus Sicht einer Theorie reflexiver Modernisierung unhaltbar, da die den Gesundheitsdiskurs bestimmenden sozialen Felder in ihrer Ausformung so plural und divers sind, dass eine einheitliche Bearbeitung jene Pluralität von Grund auf zu stark vereinfachen würde. Anders gesagt ist das Prinzip der Ganzheitlichkeit heute einerseits ein nahezu ubiquitär anerkanntes Legitimationsprinzip und andererseits eine praktikable Vereinfachung der höchst-komplexen gesellschaftlichen sowie sozialen Verflechtungen einer menschlichen Gesamtpraxis. Bei Watzlawick et al. (1997) heißt es hierzu:

Eine Form der Fehllösung von Schwierigkeiten besteht darin, sich so zu verhalten, als bestünden diese Schwierigkeiten nicht. Für diese Form der Verneinung bietet sich der Ausdruck >>schreckliche Vereinfachung<< an. Die Vereinfachung hat zwei Folgen:

1. Die Einsicht in das Vorliegen einer Schwierigkeit, geschweige denn der Versuch einer Auseinandersetzung mit ihr, wird als Ausdruck von Verrücktheit oder Böswilligkeit angesehen und 2. Kompliziert sich die Schwierigkeit durch die praktischen Folgen ihrer Verleugnung zu einem Problem. Im Sinne einer Gruppentheorie steht eine Vereinfachung im Einklang mit der Postulierung des Einheitselements [..], indem seine Einführung in eine bestehende Schwierigkeit [...] dessen Identität bewahrt und damit die Schwierigkeit unverändert lässt. (S. 67f.)

Festgehalten werden kann also, dass eine *weniger desselben* Strategie das stricte Identifizieren des gesellschaftlich-kulturellen Hintergrunds sowie der spezifischen und feinen Schicht- bzw. Milieu-Differenzen auch wissenschaftlich einfordert. Zumindest kann davon ausgegangen werden, dass nur mit der empfindlichen Kontextuierung des Hintergrunds des entsprechenden Handlungsfeldes *weniger* naive Vereinfachungen einhergehen.

Dementsprechend sind die in Kapitel 2.3.2 identifizierten einfach modernen Verwissenschaftlichungen von Gesundheit Ausdruck für die grobe Unempfindlichkeit paradigmatisch tradierter Forschungszugänge hinsichtlich pauschal-ganzheitlicher Vereinfachungen. Ein *weniger desselben* Programm würde die paradigmatische (transdisziplinäre) Öffnung von Forschung als Pluralität anerkennendes Prinzip bedeuten. Diese Forschung als grundsätzlich Erkenntnis produzierende Institution beträfe demnach nicht mehr lediglich ein scheinbar steriles Feld, sondern in reflexiver Art und Weise auch sich selbst. Somit wäre jedes Handlungsfeld im Themenbereich Gesundheit zugleich Forschungsfeld derselben Klientel, um auf systematisch-reflexive Weise sich selbst reflektieren zu können. Diese Denkfigur ließe Qualitätssicherung in einem völlig neuen, nicht-affirmativen, nicht-hierarchisch strukturierten Licht erscheinen (see Stroß, 2009; Stroß, 2018a).

Dies in Rechnung gestellt, kann nun der Blick in Richtung der wissenschaftlichen Klientel und deren Nachwuchs – den sich an einer Universität oder Hochschule befindlichen Studierenden – gerichtet werden.

### 3.4 Gesundes Studieren

Wie bereits an der ein oder anderen Stelle in dieser Arbeit Wert auf begriffliche Klärung gelegt wurde, lohnt sich auch beim Betrachten des Studierens ein Blick auf die Etymologie jenes Begriffs. Das Verb studieren stammt vom lateinischen Verb *studere* – „*sich um etw. bemühen, etw. betreiben, auf etw. bedacht sein, streben nach*“. Sekundär kann *studere* mit „*2. Partei nehmen, unterstützen, fördern*“ übersetzt werden (Stowasser et al., 2015, S. 484). Somit kann das Studium als das Bemühen um eine Sache gefasst werden, mit einer spezifischen Absicht ausgestattet, einem Ziel – das *auf etw. bedacht Sein*. Wo sich um eine Sache bemüht wird oder eine Praxis betrieben wird, da wird demnach studiert. In Anlehnung an die wissenschaftstheoretischen sowie wissenschaftssoziologischen Überlegungen aus Kapitel 1.1 wird daher auch für eine gewisse Sache (vielleicht im akademischen Kontext das Studienfach) Partei ergriffen, also eine bestimmte Denkweise (z.B. naturwissenschaftliche), ein Paradigma angenommen. Diese Entscheidung kann sehr bewusst passieren, wird aber wohl in der Regel auf Grund anderer Faktoren (Sozialisation, wie bspw. schulische Erfolgserlebnisse) geschehen, da dem/der Studierenden die notwendige Auseinandersetzung mit der Disziplin offensichtlicher Weise zu Beginn eines Studiums noch fehlt. „Der Mathematiker, der Naturforscher, der Künstler, ja oft selbst der Philosoph beginnen nicht nur jetzt gewöhnlich ihr Geschäft, ohne seine eigentliche Natur zu kennen und es in seiner Vollständigkeit zu übersehen [...]“ (Humboldt, 2002, S. 234). Jedoch fraglos von Bedeutung für ein erfolgreiches Studium ist genau jene Studieneingangsphase (see Bornkessel & Asdonk, 2012). So weisen Krawietz et al. (2014) ebenfalls auf die Notwendigkeit einer sehr eng betreuten Studieneingangsphase hin, um die Studierenden aus dem schulischen Kontext stammend auf ein selbstbestimmtes Studium vorzubereiten und einzustimmen (see also Hoyer & Mundt, 2016).

Reflektiert man die ursprüngliche Bedeutung von Studieren, so kann zunächst einmal von der externen Betreuung von Studierenden abgesehen werden. Studium und Studieren ist demnach in erster Linie die selbsttätige Beschäftigung mit einer beliebigen Sache und weniger die mehr oder weniger betreute Anleitung, wie selbsttätige Beschäftigung auszusehen hat. Demnach ist das Lesen eines Buchs, also die Beschäftigung mit jenem Buch, begrifflich gesehen schon Studieren. Die Bedeutungszuschreibung der Inhalte verbleibt somit auch bei

dem/der Studierenden. Ein potenzieller Möglichkeitsgewinn in dieser Perspektive, die weniger bis gar keinen Wert auf den Abschluss der Beschäftigung mit einer Sache legt, liegt darin, dass die beschäftigenden Sachen variabel sind und somit auch in dem/der Studierenden selbst gesucht werden können. „Man kann ihnen [den Studierenden, d. Verf.] die Kraft nicht geben; sie liegt in ihnen; engt man sie ein, so drückt eine Unlust auf ihrem Tun [...]“ (Herbart, 1968, S. 132). So bekommt das in den allermeisten Modulhandbüchern nicht näher spezifizierte Selbststudium als Form von Beschäftigung mit sich selbst eine völlig neue Bedeutung.

Heutzutage wird das Studieren in einer eher fernerer Weise zu dem oben hergeleiteten etymologischen Ursprung epistemisch aufgefasst. Das Studieren entspricht heute eher der zielgerichteten Beendigung dessen. Überspitzt formuliert, wird studiert, um relativ bald wieder damit aufzuhören. Der Fokus liegt entsprechend auf dem, durch den Bolognaprozess noch konsequenter präzisierten, Bildungs- oder Studienabschluss (see Krawietz et al., 2014; see also Teichler, 2003). Durch ein den Bildungsabschluss fokussierendes Wirtschaftssystem, in welchem ein höherer Bildungsabschluss prinzipiell bessere ökonomische Absicherung bietet, wird daher eines der ersten, dem/der Studierenden am ehesten bewussten Ziele, der Bildungsabschluss an sich sein (see Münch, 2011; Goethe.de, 2008). Der/die Studierende überlässt demnach, was jenes Ziel angeht, auch nichts dem Zufall, dafür aber vielen Dingen, die für dieses Ziel eher unbedeutend erscheinen.

Hierin liegt einer der vorzüglichsten Gründe der häufigen und nicht ungerechten Klagen, dass das Wissen unnütz und die Bearbeitung des Geistes unfruchtbar bleibt, dass zwar Vieles um uns her zu Stande gebracht, aber nur wenig in uns verbessert wird, und dass man über der höheren, und nur für Wenige tauglichen wissenschaftlichen Ausbildung des Kopfes die allgemeiner und unmittelbarer nützliche der Gesinnung vernachlässigt. (Humboldt, 2002, S. 234)

Im Studium geht und ging es, nach Humboldts Diagnose, vielleicht nie darum das angeeignete Wissen zu sich selbst in Bezug zu setzen, weil die Bezugs- und Referenzgröße nicht die eigene Person ist, sondern die ökonomische Absicherung durch eine Urkunde. Somit verschwimmt der Begriff des Studiums und es kann aus einer bildungssprachlichen Perspektive angenommen werden, dass sich Bildungsprozesse im heutigen Studium überwiegend auf das

geschickte Organisieren der passenden ETCS-Anzahl und der ökonomischen Bewältigung der Prüfungen (z.B. Bulimielernen) beziehen (see Precht, 2017). Bildung wird mit der Anhäufung von Wissen gleichgesetzt und als solche in Prüfungen gemessen. Präziser formuliert hat ein heutiges Studium so gut wie nichts mehr mit Bildung im Sinne Humboldts zu tun, in dem besinnungsloses Wissen an sich zunächst eine untergeordnete Rolle spielt:

Die letzte Aufgabe unsres Daseyns: dem Begriff der Menschheit in unsrer Person, sowohl während der Zeit unsres Lebens, als auch noch über dasselbe hinaus, durch die Spuren des lebendigen Wirkens, die wir zurücklassen, einen so grossen Inhalt, als möglich, zu verschaffen, diese Aufgabe löst sich allein durch *die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt zu der allgemeinsten, regesten und freisten Wechselwirkung* [Hervorh. d. Verf.]. Dies allein ist nun auch der eigentliche Massstab zur Beurtheilung der Bearbeitung jedes Zweiges menschlicher Erkenntnis. (Humboldt, 2002, S. 235)

Die klaffende Differenz des humboldtschen Bildungsideals und der tatsächlichen akademischen Lehr-Lern-Kultur ist jedoch keinesfalls ein Alleinstellungsmerkmal des 21. Jahrhunderts. Die Massenuniversität ist eine Massenselektionsinstitution, die diese Funktion mit engerer Betreuung sukzessiv verlieren würde, da so individuelle Begleitung zu mehr Studierenerfolg führen würde (see Hoyer & Mundt, 2016). Schon Herbart monierte zu seiner Zeit das im Vergleich zu heute wesentlich engere Betreuungsverhältnis als zu sporadisch. Er stellte sich utopischer Weise ein umgekehrtes Lehrenden-Studierenden-Verhältnis vor. „Die Schulen haben wenige Lehrer für eine große Anzahl von Schülern. Meiner Erfahrung nach befindet sich im umgekehrten Falle das pädagogische Seminar am besten. Mehr Lehrer als Schüler – dies würde stets meine Maxime sein und bleiben“ (Herbart, 1968, S. 131).

Richtet man nun den Blick auf aktuelle Modulhandbücher an Universitäten und Hochschulen, so erkennt man problemlos, dass Studieren eine Form wissenschaftlicher *Kompetenz*-vermittlung bzw. *Qualifizierung* sein soll (see HRK, 2004; Bohn, 2004; Paetz et al., 2011; Schaper et al., 2012). Dies entspricht einem unreflektierten Erziehungsverständnis, welches sich durch das mehr oder minder bewusste *Heranziehen* von Individuen zu einem gesellschaftlich vorgegebenen Zweck auszeichnet. Dass dieser Zweck somit nicht von den Studierenden ausgeht und auch nicht gebildet wird, sondern in den Modulhandbüchern festgelegt

sein muss, zeugt davon, dass Studieren systematisch nicht mit selbst-bestimmter Ausrichtung der Inhalte übereinkommen kann. Demnach liegen universitäre und kindlich-schulische Erziehung in ihrer so gesehen affirmativen Ausrichtung aktuell ziemlich nah beieinander. Der Unterschied könnte darin gesehen werden, dass sich die Studierenden im Gegensatz zu Kindern und Schüler\*innen den affirmierten Zweck selbstständig zu erarbeiten haben und darin das Alleinstellungsmerkmal eines universitären Studiums gesehen wird.

Vorläufig festzuhalten bleibt, dass der Begriff des Studierens heute allenfalls eine unreflektierte Umschreibung für ein affirmatives Erziehungsverhältnis ist, in dem unhinterfragte Machbarkeits- sowie Herstellbarkeitsvorstellungen von Menschen über Menschen Geltung haben. Die präreflektierte Haltung drückt sich non solum in der Zielausrichtung des sogenannten Bildungsabschlusses aus. Gemessen am Humboldt'schen Bildungsideal, welches Bildung als Aufgabe eines gesamten Lebens und über dasselbe hinaus versteht, können heutige Bildungsabschlüsse bestenfalls als Erziehungsabschlüsse gewertet werden, wobei auch hier fragwürdig ist, inwieweit dieses Erziehungsverhältnis reflektiert sein dürfte, denn wie bereits in Kapitel 1.2 erörtert: „Die meisten, welche erziehen, haben vorher ganz unterlassen, sich für dies Geschäft einen eigenen Gesichtskreis zu bilden [...]“ (Herbart, 1806/1913, S. 230).

Doch wie kann das Studium demnach als zu problematisierendes, durch gesellschaftliche Zwecke beeinflusstes Erziehungsverhältnis anders verstanden werden?

Ein möglicher Zugang zu einer Bestimmung des universitären Studiums als zu problematisierenden Erziehungszusammenhang kann in der rekursiven Besichtigung der in Kapitel 1.2 bereits erarbeiteten Herbart'schen Gedankenkreistheorie gefunden werden. Die Gedankenkreistheorie gibt Aufschluss darüber, wo das Studieren im oben genannten Sinne stattfindet. Lernen und Bildungsprozesse im Humboldt'schen Ideal finden demnach im Gedankenkreis, der individuell ist, statt. Die Individualität ist determiniert und bedingt somit die Inhalte, die aufgenommen und verarbeitet werden wollen bzw. können. Im individuellen Gedankenkreis kann also „die Verknüpfung unsres Ichs mit der Welt zu der allgemeinsten, regesten und freisten Wechselwirkung“ (Humboldt, 2002, S. 235) geschehen. Um in unserem individuellen Gedankenkreis als Ort von Bildungsprozessen zu wirken, können wir bewusst und sys-



tematisch unseren Gesichtskreis verändern, uns über etwas *unterrichten*. Dies kann einerseits auf der Ebene der technologischen Aneignung von bestimmten *Kompetenzen* bzw. *Qualifikationen* verbleiben, wird so jedoch niemals einer bildsamen Auslegung von Studium gerecht werden können, wie auch Herbart (1913, S. 237) bereits ausdrücklich hervorhob: „Und ich gestehe gleich hier, keinen Begriff zu haben von Erziehung ohne Unterricht; so wie ich rückwärts, in dieser Schrift wenigstens, keinen Unterricht anerkenne, der nicht erzieht“. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass für Herbart (1913) im Gedankenkreis alle psychischen Vorgänge, also nicht nur Wissen, sondern auch Gefühle und Gemütszustände, entstehen und wirken. Demnach müssen auch diese Empfindungen durch Unterricht als veränderbar, als dynamisch verstanden werden. „Der Unterricht, von dem wir reden, soll hingegen mit dem Menschen selbst, mit seiner Person, sich so vereinigen, daß es nicht mehr dieser Mensch sein würde, wenn man ihm diese Kenntnis wegnähme“ (Herbart, WF III, S. 516; zitiert nach Müßener, 1991, S. 333). Selbstreflexion kann somit als der erziehende Unterricht durch und mit dem Gedankenkreis als Reflexion und somit Distanzierung in den Gesichtskreis beschrieben werden. Auf diese Art und Weise sind entsprechend auch Bildungsprozesse als *allgemein*, im Sinne dessen, was ihnen allen gemein ist, setzbar. Für die Bestimmung einer *freiesten* Wechselwirkung mit Welt, auch mit der eines Bildungsbegriffs an sich, ist heute weiterhin von Bedeutung:

Für einen reflektierten und methodisierten Umgang mit dem Bildungsbegriff ist festzuhalten, dass Bildung ihre eigene Kritik heute impliziert – Bildung ist sowohl das, was empirisch vorfindbar ist (>>Bildung geschieht<<), als auch dessen Negation (>>Bildung impliziert Kritik<<) – und dass nicht die Überhöhung des Bildungsbegriffs länger einen zentralen Stellenwert einnimmt, sondern vielmehr die Bestimmung seiner jeweiligen Grenzen: und zwar als Gegenpart zum empirisch Vorfindbaren und als Relativierung der menschlichen Hybris. (Stroß, 2018a, S. 55)

Als zweites Zwischenfazit kann entsprechend festgehalten werden, dass Studieren als Erziehungskomplex erst durch das Konzept eines erziehenden Unterrichts in eine spezifischere Form überführt werden kann. Unterricht im universitären Setting – also Vorlesungen, Seminare, Übungen – ist erst dann erziehend, wenn es der/die Dozierende versteht den Unterricht so zu gestalten, dass die Studierenden in ihrem Gedankenkreis (mit allem was dazu gehört

und nicht nur auf passives Wissen bezogen) nicht mehr dieselben wären, hätten sie diesen Unterricht nicht besucht. Als Beitrag zum selbstreflektierenden, erziehenden Unterrichten des eigenen Gedankenkreises mit sich selbst, ist weiterhin selbstreflexive Kritik von zentraler Bedeutung. Im Anschluss an die in Kapitel 2.3 aufgezeigten Problematiken kann dies in Beziehung gesetzt werden, als dass problematisiert werden kann, dass Selbstreflexion als erziehendes Unterrichten langfristig zu krisenhaften Entscheidungsdilemmata führt, die wiederum in ein *Bildung geschieht* bzw. ein *Bildung wird vollzogen* dialektisch überführt werden.

Vor dem Hintergrund des in Kapitel 3.3 konturierten *weniger desselben* Programms sowie der zuvor elaborierten pragmatischen Sichtweise auf Studieren gerät *Gesundes Studieren* in ein völlig neues Licht. *Gesundes Studieren* entzieht sich somit auch einem strukturellen Gesundheits-Dogmatismus, der unter dem Vorwand der legitimierenden Vorherrschaft von empirisch-sozialwissenschaftlichen sowie affirmativ-naturwissenschaftlichen Deutungsmustern in einer *mehr desselben* Programmatik zu reflexiven Problematiken geführt hat. Vielmehr bezieht sich *Gesundes Studieren* auf das Studieren des Gesunden, der Gesundheit an sich – was auch immer dies bedeutet – und dementsprechend auch des Kranken. Mit dem Wissen um die sozial-kognitive Aufladung und dementsprechend nicht eindeutige Bestimmbarkeit des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs sind Gesundheit und Krankheit auch als Sphären des Gedankenkreises zu fassen. Also muss *Gesundes Studieren* einerseits als erziehender Unterricht seitens universitärer Strukturen gefasst werden, als Form einer Auseinandersetzung mit Welt, die sich so sehr verleiblicht, dass die individuellen Studierenden andere ohne diese Erfahrung wären. Der Gedankenkreis als das Konglomerat von Empfindungen, Erfahrungen und Wissen ist somit der Ort an dem *Gesundes Studieren* stattfindet. Andererseits ist *Gesundes Studieren* demnach auch gekoppelt an das *Da* von Bildungsprozessen und gleichzeitig deren Negation. *Weniger desselben* hieße somit einerseits die Vermittlung eines nicht-normativen, weil nicht bestimmbar, Gesundheits- und Krankheitsbegriffs in einem erziehenden Unterricht und andererseits zugleich die an den individuellen Gedankenkreis anschließende Bearbeitung der wirkenden Empfindungen und der daraus folgenden Wirkung an sich.

Der sich aus *Gesundes Studieren* ergebende Doppelcharakter kann aus gesundheitspädagogischen Überlegungen synthetisiert werden und in folgenden, konstitutiven Grundfragen manifestiert werden:

Formal gesehen, besteht der Doppelcharakter gesundheitspädagogischer Maßnahmen [und somit auch selbstbezüglichen *Gesundes Studierens*, d. Verf.] im Beibehalten einer (kognitiven) Beweglichkeit in Bezug auf die jeweils zu vollziehenden Schritte. Diese sind zwischen Eng- und Weitstellung des Blicks immer wieder auszubalancieren im Sinne der Fokussierung aufs Detail (>>Was stellt sich zu diesem konkreten Zeitpunkt für mich als besonders wichtig dar?<<) und dem Blick auf das Ganze (>>Dient meine Einstellung und die damit verbundene Zielorientierung der Umsetzung des globalen Anspruchs auf mehr Frieden in der Welt, auf Verwirklichung von Freiheit, Gleichheit, Gerechtigkeit, Solidarität und Würde des Menschen wie auch auf ökologische Nachhaltigkeit zum Schutz dieses Planeten?<<). (Stroß, 2018b, S. 11)

Dies in Rechnung gestellt, kann Gesundheitsberichterstattung im universitären Kontext ebenfalls neu perspektiviert werden. *Gesundes Studieren* wird erst dann möglich, wenn die individuellen Studierenden Strukturen vorfinden, die eine kognitive Beweglichkeit nicht einschränken. Dazu gehört auch, die bildungspolitischen Definitionsmächte aufzuweichen und hinsichtlich einer demokratischen Definitionsmacht für Studieren als eine Form erziehenden Unterrichts zu öffnen. Somit stellt sich einerseits für die universitäre Institution die tiefgreifende, den Gedankenkreis betreffende Frage nach der Individualität eines/r jeden Studierenden sowie ebenfalls für die Studierenden ebenjene Frage: *Wer bin ich, wo komme ich her und was benötige ich, um dies zu erkennen?* Zugleich ist *Gesundes Studieren* nur möglich, wenn die Studierenden reflektierend erkennen (dürfen), welchen Herrschaftsansprüchen sie in universitären Strukturen unterliegen und welche Herrschaftsansprüche sie selbstbezüglich über andere und über sich selbst erheben. Für bildsames *Gesundes Studieren* bedeutet dies ebenfalls, die Fähigkeit Kompromisse flexibel eingehen zu können und zugleich „[...] das Anerkennen der (prinzipiellen) Freiheit in der – kritisch zu reflektierenden und sensibel [...] *wirklich zu nehmenden*, Anm. d. Verf.] – Wahl von Alternativen“ (Stroß, 2018b, S. 12). Dazu verdeutlicht Stroß (2018b) weiterhin beispielhaft:

>>Ungesunde<< Nahrungsmittel wären folglich nicht einfach abzulehnen; kritisch-reflektiert werden kann stattdessen die (potentielle) Wirkkraft, die begleitenden Mental-konstruktionen als >>schlecht<< oder >>ungesund<< zukommt. Mithin wäre die For-derung, sich gesund zu ernähren, auch nicht an sich verkehrt, sondern würde insofern problematisch, als die wissenschaftliche Expertise – unterschwellig – suggerierte, der Mensch würde sich von sich aus ‚ungesund‘ ernähren. Gemäß der hier zugrunde lie-genden Logik verliert der Mensch damit das grundlegende Vertrauen in sich und die Selbstgestaltungsfähigkeiten seines Lebens und kann auf diese Weise die Wirksamkeit der Expertise gestützten Einteilung von Nahrungsmitteln in ‚gesund‘ und ‚ungesund‘ durch die Übernahme als – individuelles, kollektiv gestütztes – mentales Konstrukt geradezu erzeugt bzw. verstärkt werden. (S. 12)

In einem *weniger desselben* Programm heißt dies, dass Institutionen, wie z.B. ein studentisches Gesundheitsmanagement, in ebengleicher Logik den beteiligten Studierenden mit in-stitutionalisierten Legitimationsprinzipien (durch die dahinterstehende z.T. wissenschaftli-che Expertise) suggerieren, dass Studieren und Universität *sui generis ungesund* sei. Hinge-gen müssten eigentlich jene Geltung beanspruchenden Herrschaftsansprüche über Studie-renden von institutioneller Seite aus aufgelöst werden. Die in Gesundheitsberichten gefor-derte Selbstverantwortung (Kapitel 2.1) wird durch eben jene *mehr desselben* Strukturen verhindert und führt, in den Worten jener Gesundheitsberichte gesprochen, zu mehr *Un-gesundheit*.

Abschließend bleibt also festzuhalten, dass *Gesundes Studieren* ausgehend von den Begriff-lichkeiten eine sehr viel tiefgreifendere Bedeutung zukommt, als das in vergleichbaren, scheinbar ganzheitlichen Ansätzen nur ansatzweise erreicht werden könnte. Solange studiert wird, um relativ schnell ein formales Abschlusszertifikat darüber zu erhalten, wird es sich nicht um bildsames Studieren handeln, sondern lediglich um besinnungslose Wissensanhäu-fung. Das was der Begriff des Studierens fordert, wolle er sich nicht selbst ad absurdum führen, das fordert ein Bildungsbegriff ebenso vehement. Studieren wird erst dann gesund, wenn einerseits *weniger derselben* Strukturen für notwendig erklärt und umgesetzt werden sowie andererseits eine Revision und Reorientierung an den Bildungsbegriff verwirklicht

wird. Dazu gehört sowohl Wissenschaft als sozialen Raum zu problematisieren und die gewonnenen (auch paradigmatischen) Herrschaftsansprüche zu relativieren, als auch einen studentischen Gedankenkreis als Individualität anerkennendes Prinzip transdisziplinär zu fokussieren. Auf diese Weise werden die Grundlagen gelegt, die Studieren als (selbst-)erziehenden Unterricht programmieren und den reflektierten sowie nicht endenden Vollzug von Bildung ermöglichen.

#### **4 Ein edles Beispiel macht die schweren Taten leicht.**

Eine Abschlussarbeit, die im Jahr 2020 und dazu noch überwiegend im Sommersemester verfasst wurde und den kühnen Titel *Gesundheitsberichterstattung im Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis* trägt, kann nicht gänzlich um die jüngsten gesellschaftlichen Entwicklungen herumkommen. Den Lesenden wird im Verlaufe der Arbeit neben der speziellen transdisziplinären Arbeitsweise sicherlich auch eine Vielzahl altbekannter Beispiele aufgefallen sein, die allerdings nicht aktueller sein könnten. Daher will ich der tradierten Norm widerstehen, die gesamte Arbeit noch einmal in Kürze zusammenzufassen, da dabei sowieso nicht viel neues herauskommen würde. An Stelle dessen möchte ich den Versuch unternehmen, die Arbeit in den aktuellen gesellschaftlich-kulturell bedeutsamen Rahmen einzubinden und daran sehr konkrete Implikationen aus der Arbeit deutlich zu machen. Dafür werde ich einige wenige Stationen der umgangssprachlich so bezeichneten Coronavirus-Pandemie herausgreifen und in Beziehung zu den vertretenen Inhalten setzen, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Es scheint, als hätte die >>kopernikanische Mobilmachung<<, die nach Sloterdijk zur Modernität moderner Gesellschaften gehört, auch die Krankheiten erfasst. In regelmäßigen Abständen macht sich die Krankheit auf den Weg, die Viren steigen ins Flugzeug und jede neue Krankheit AIDS, BSE, SARS, um nur ein paar der medienwirksamsten zu nennen [sic!] erscheint potentiell als eine globale Epidemie, worauf man mit den bekannten pathogenetischen Strategien reagiert: Definition und Identifikation der Krankheitserreger, Isolierung der Kranken, fieberhafte Suche nach dem rettenden Impfstoff. In diesem krisenhaften Kontext gilt weiterhin der Grundsatz: die Gesundheit ist nicht mehr und nicht weniger als Abwesenheit von Krankheit. (Mazumdar, 2008, S. 352)

Was der Philosoph Pravu Mazumdar bereits im Jahre 2008 der modernen Gesellschaft attestierte, das erscheint unter dem Vorzeichen der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie verwunderlich aktuell. Zum Ende des Jahres 2019 beobachteten und berichteten chinesische Mediziner\*innen eine ungewöhnliche Erkrankung der Atemwege. Recht schnell bestand Konsens darüber, dass es sich um eine Viruserkrankung handeln musste und es wurde alles daran gesetzt, die genetische Struktur des Virus zu *identifizieren*. *Definiert* wurde das gefundene

Genom als spezifisch für SARS-CoV-2 (see Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, 2020). Die damit einhergehende Erkrankung wurde als COVID-19 festgelegt, die wissenschaftlich gefundenen Wahrscheinlichkeiten quasi zeitgleich transformiert und hochstilisiert zu *Fakten*, die wiederum als scheinbare wissenschaftliche Objektivität über ein brisantes gesundheitsbezogenes Thema (Gesundheits-)berichtet wurden (Kapitel 1.1).

Mit der *Identifikation* und *Definition* waren die zwingenden *Fakten* geschaffen, das Infektionsgeschehen quantifizieren zu können und auf politischer Ebene die Zahlen, die scheinbar Auskunft über den status quo geben, zum Anlass zu nehmen, Sollens-begründete Entscheidungen zu treffen (naturalistischer Fehlschluss). Empfehlungen dazu wurden unter anderem auch aus der Wissenschaft ausgesprochen. Die Verantwortung für Erkrankung der Mitmenschen wurde auf jede/n einzelnen geladen und das *Social Distancing* als zu situierende Verhaltensnorm ausgerufen. Dass eigentlich *Distant Socializing* die adäquatere Beschreibung des gewünschten Verhaltens wäre, zeugt nur vom unreflektierten Wirkungsanspruch der berichtenden Subjekte (Kapitel 1.1, 2.1 & 2.2).

Trotz aller statistischer Schwierigkeiten der Testung wurden alle positiv getesteten Personen in Quarantäne geschickt (see Cohen et al., 2020; see also Kutter, 2014). Es zeigte sich die spezifisch-medizinische Entscheidungsregel, da lieber Krankheit unterstellt wurde, als versehentlich etwas zu übersehen (Kapitel 2.2) (see Freidson et al., 1979). Das globale gesellschaftliche Geschehen wurde nahezu überall in einen sogenannten Lockdown geführt, wobei sich die Maßnahmen nicht an globalen Strukturen orientierten, sondern in den Nationalstaaten selbst getroffen wurden und somit wieder einmal Denkmuster erster Moderne durchbrachen (Kapitel 3.2.1). Dies hatte zur Folge, dass globalisierte Strukturen auf nationalstaatliche Restriktionen stießen und beispielsweise Versorgungskorridore an verschiedenen Stellen drohten zu kollabieren (e.g., Europäische Kommission, 2020). „Man kann wirklich sagen: Nicht nur menschliche Körper sind infiziert, sondern auch die Gesellschaft – und wie menschliche Körper versucht sie sich an Immunreaktionen und gerät damit an die Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit“ (Nassehi, 2020, o.S.).

Quasi mit Start der Pandemie begannen nahezu alle gesellschaftlichen Akteure von der Notwendigkeit eines Impfstoffs zu sprechen (see International Coalition of Medicines Regulatory Authorities, 2020). Mittlerweile befinden sich weltweit über 150 Impfstoffprojekte auf der Suche nach dem Rettung versprechenden Vakzin. Dabei wurde sich schnell darauf geeinigt bestimmte Sicherheitsmechanismen in der Zulassung solcher Impfstoffe auszuschalten, um das Procedere zu beschleunigen, obwohl die meisten Beteiligten wissen (können), dass damit der Boomerang nicht-intendierter Nebenfolgen reflexiv geworfen wird (Kapitel 2.4) (see Ärzteblatt, 2020; Jiang, 2020). Dass sich die Impfstoffsuche allerdings nur auf biomedizinische Merkmale beschränkt, trägt der denkstrukturell unterstellten Trennung von Natur und Gesellschaft Rechnung und verkennt deren Untrennbarkeit tatsächlich (Kapitel 2.3.3) (see Kliewer, 2020b)

Die beteiligten Forschungsinstitute stehen jedenfalls bei ihrer Entwicklung eines Impfstoffs gegen das Virus bzw. auch eines Therapeutikums gegen COVID-19 unter erheblichem gesellschaftlich-sozialem Druck. So äußern die beteiligten Forschenden selbst, dass es bei der Entwicklung darauf ankommt, diese als erstes umzusetzen, da Reputation und Fördermittel an die Erstentwicklung gehen und der Zweitfund somit quasi bedeutungslos würde (see Toulmé et al., 2020).

Es geht also darum die Vorherrschaft im sozialen Raum zu erlangen, da damit die entsprechenden ökonomischen Ausstattungen für die eigene Forschung einhergehen (Kapitel 1.1). Dabei ist das Kapital innerhalb dieses sozialen Feldes die Reputation.

[...] die Struktur des sozialen Feldes [ist, d. Verf.] zu jedem Zeitpunkt durch die Verteilungsstruktur des [...] Kapitals und der damit verknüpften Gewinne innerhalb der diversen Felder determiniert; dennoch gilt, dass in jedem dieser Spiel-Räume sowohl die Definition dessen, worum gespielt wird, als auch der Trümpfe, die stechen, immer wieder aufs Spiel gesetzt werden kann: Jedes Feld stellt den Schauplatz dar eines mehr oder minder offen deklarierten Kampfes um die Definition der legitimen Gliederungsprinzipien des Feldes. (Bourdieu, 2015, S. 27f.)

Diejenigen, die zuerst einen Impfstoff oder eine Therapie finden, werden die legitimen Gliederungsprinzipien des Feldes definieren. Damit trifft die medizinisch ausgerufene Pandemie



reflexiv auf soziale Strukturen. Obwohl in den letzten zwei Jahrzehnten bereits drei Virusausbrüche (SARS, MERS, H1N1) die globalisierte Welt beschäftigten, wurde in einer *mehr desselben* Logik den vorherrschenden reflexiven Problematiken des Gesundheitsdiskurses begegnet. So fokussierte sich die Forschung in den Grundlagenforschungszentren für Biologie und Medizin (z.B. Institut Pasteur oder Robert Koch-Institut) jahrelang auf die Beforschung des (ebenfalls reflexiven) Problems der Antibiotikaresistenzen, die auf soziale Ursachen von Überbehandlung zurückzuführen sind, statt die zunehmenden Risiken der Globalisierung zu bearbeiten (Kapitel 2.3.1) (see Toulmé et al., 2020).

Die nicht durch das Virus, sondern durch die sozialen Strukturen, auf die das Virus traf, verursachten Nebenfolgen wurden schnell um- und wegverteilt. So sind beispielsweise die prekären Sozialbedingungen in den polemisch so bezeichneten systemrelevanten Berufen durch geschickte Rhetorik aus der öffentlichen Aufmerksamkeit wegverteilt worden. Aus einer *mehr desselben* Denkweise ist dieser, wenn auch unbewusste Schritt, höchst plausibel, da die Problematisierung jener prekären Lagen eine *weniger desselben* Einsicht zwingend einfordert – statt *mehr* Ökonomisierungen des Gesundheitssystems, *weniger* Ökonomisierung (Kapitel 2.4 & 3.3).

Es zeigt sich, dass sich die sogenannte Coronakrise auf nahezu allen gesellschaftlichen Ebenen widerspiegelt. Ebenfalls wird deutlich, dass ein affirmativ-naturwissenschaftliches Deutungsmuster von Gesundheit absolute Definitionsmacht im sozialen Raum hat und sogar so wirkmächtig erscheint, dass ein empirisch-sozialwissenschaftliches Deutungsmuster, welchem die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation entspricht, untergeht (Kapitel 1.4). Die damit einhergehenden reflexiven Problematiken lassen sich schon heute an zahlreichen Beispielen erkennen. So konnten sich unter anderem zwar die COVID-19 Erkrankungen effektiv nicht so stark verbreiten. Jedoch führten beispielsweise die dazu nötigen Maßnahmen zu einer dramatischen Vereinsamung alleinstehender Personen (see Liebig, 2020).

Mit einer visionären Perspektive stellt sich die Frage, wie die vorliegende Arbeit einen Beitrag zu aktuellen und aktuell bleibenden Gesundheitsthemen leisten kann. Hierfür bietet sich die sensible Revision des Kapitels 3.4 *Gesundes Studieren* an. Mit der Rückbesinnung auf

die Möglichkeiten eines nicht-normativen Gesundheitsverständnisses sowie den Möglichkeiten eines dezidierten und nicht voreilig interpretierten Bildungs- sowie Studienbegriffs ließen sich Gesundheitsmaßnahmen in kritisch-skeptischer Lesart betrachten und reflektieren. Weiterhin kann die aus dem Bildungsbegriff resultierende, sensible individuelle Reflexion der gesellschaftlichen Rückgebundenheit des Gesundheitsbegriffs (Kapitel 2.3) zur Erkenntnis *mehr derselben* Strategien (Kapitel 2.4) sowie zur reflexiven Auflösung via *weniger desselben* Programmatiken beitragen (Kapitel 3.3).

Diese Arbeit weist unmissverständlich darauf hin, dass das Berichten von Gesundheit nicht länger als ein theoretisches Unterfangen gewertet werden kann, sondern stets eine Wirklichkeit produzierende Praxis war und ist, die durch Subjekte dieser Praxis vollzogen wird. Die aus scheinbar objektiven Berichten abgeleiteten Empfehlungen und Handlungsanweisungen sind ohne eine dezidierte Diskursführung allenfalls als soziale, mit wohlwollenden Motiven ausgeschmückte Ermächtigungsstrategie der beteiligten Akteure zu lesen. Mit Nachdruck wird betont, dass es *weniger derselben* Programmatiken bedarf, um auch im Gesundheitsbereich in einen Prozess reflexiver Modernisierung einzutreten, denn: die Axiome der ersten Moderne halten schon heute und gerade im Hinblick der Corona-Pandemie ihren eigenen Modernisierungstendenzen nicht mehr Stand.

## Literaturverzeichnis

- Achinstein, P. (2010). *The nature of explanation*. Oxford University Press. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=151064>
- Albert, M., Hurrelmann, K. & Quenzel, G. (2019). *Jugend 2019: Eine Generation meldet sich zu Wort* (1. Aufl.). *Shell-Jugendstudie*.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. The Jossey-Bass health series*. Jossey-Bass.
- Barnes, B., Bloor, D. & Henry, J. (1996). *Scientific knowledge: A sociological analysis*. Athlone. <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy1213/96172254-b.html>
- Bartels, A. & Stöckler, M. (Hg.). (2007). *Wissenschaftstheorie*. mentis.
- Batra, A., Lindinger, P. & Gaßmann, R. (Hg.). (2013). *Suchtmedizinische Reihe: Bd. 2. Tabakabhängigkeit* (4. Aufl.). DHS.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne* (23. Aufl.). *Edition Suhrkamp: 1365 = n.F., Bd. 365*. Suhrkamp.
- Beck, U. & Bonß, W. (Hg.). (2009). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 1508. Die Modernisierung der Moderne* (3. Aufl.). Suhrkamp.
- Beck, U., Bonß, W. & Lau, C. (2004). Entgrenzung erzwingt Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? In U. Beck & C. Lau (Hg.), *Edition Zweite Moderne. Entgrenzung und Entscheidung* (1. Aufl., S. 13–62). Suhrkamp.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1996). *Reflexive Modernisierung: Eine Kontroverse. Edition Suhrkamp: Bd. 705*. Suhrkamp.
- Beck, U. & Lau, C. (Hg.). (2004). *Edition Zweite Moderne. Entgrenzung und Entscheidung* (1. Aufl.). Suhrkamp.
- Beck, U. & Lau, C. (2005). Theorie und Empirie reflexiver Modernisierung. Von der Notwendigkeit und den Schwierigkeiten, einen historischen Gesellschaftswandel innerhalb der Moderne zu beobachten und zu begreifen. *Soziale Welt*, 56(2-3), 107–135. <https://doi.org/10.5771/0038-6073-2005-2-3-107>
- Benner, D. (2015). *Allgemeine Pädagogik: Eine systematisch-problemgeschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns* (8. Aufl.). *Grundlagentexte Pädagogik*. Beltz Juventa.
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*.
- Bogner, A., Kastenhofer, K. & Torgersen, H. (2010). Inter- und Transdisziplinarität: Zur Einleitung in eine anhaltend aktuelle Debatte. In A. Bogner, H. Torgersen & K. Kastenhofer (Hg.), *Inter- und Transdisziplinarität im Wandel? Neue Perspektiven auf problemorientierte Forschung und Politikberatung* (1. Aufl.). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Bogner, A., Torgersen, H. & Kastenhofer, K. (Hg.). (2010). *Inter- und Transdisziplinarität im Wandel? Neue Perspektiven auf problemorientierte Forschung und Politikberatung* (1. Auflage). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783845221373>
- Bohn, A. (2002). *Modularisierung in Hochschulen: Handreichung zur Modularisierung und Einführung von Bachelor- und Master-Studiengängen; erste Erfahrungen und Empfehlungen aus*

- dem BLK-Programm "Modularisierung". *Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung: Bd. 101*. BLK.
- Bolle, R. (2020). Pädagogik und Psychologie bei Johann Friedrich Herbart und Alfred Adler. In R. Bolle & K. Grundig de Vazquez (Hg.), *Herbart und der Herbartianismus in Jena* (1. Aufl., S. 13–39). Format Verlagsgruppe; Garamond ein Imprint von Heinz-Herbert Reimer - Format Verlagsgruppe.
- Bolle, R. & Grundig de Vazquez, K. (Hg.). (2020). *Herbart und der Herbartianismus in Jena* (1. Auflage). Format Verlagsgruppe; Garamond ein Imprint von Heinz-Herbert Reimer - Format Verlagsgruppe.
- Bolle, R. & Halbeis, W. (Hg.). (2016). *Herbartstudien: Band 6. Wie lernt man erziehen? Zur Didaktik der Pädagogik* (1. Aufl.). edition Paideia.
- Bornkessel, P. & Asdonk, J. (2012). *Der Übergang Schule - Hochschule: Zur Bedeutung sozialer, persönlicher und institutioneller Faktoren am Ende der Sekundarstufe II* (1. Aufl.). *Schule und Gesellschaft: Bd. 54*. VS Verl. für Sozialwiss. <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=884615> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-94016-8>
- Bourdieu, P. (2001). Die konservative Schule. Die soziale Chancenungleichheit gegenüber Schule und Kultur. In Bourdieu, P., Steinrück, M. (Hg.), *Schriften zu Politik & Kultur: Bd. 4. Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik*.
- Bourdieu, P. (2015). *Schriften zu Politik & Kultur: / Pierre Bourdieu. Hrsg. von Margareta Steinrück; 1. Die verborgenen Mechanismen der Macht* ((J. Bolder, Übers.)) (M. Steinrück, Hg.). VSA Verlag Hamburg.
- Bourdieu, P., Steinrück, M. (Hg.). (2001). *Schriften zu Politik & Kultur: Bd. 4. Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik*.
- Brückmann, A. (Hg.). (1968). *Johann Friedrich Herbart: Kleine pädagogische Schriften*. Ferdinand Schöningh.
- Bude, H. (2019). *Solidarität: Die Zukunft einer großen Idee*. Hanser.
- Bundeszentrale Für Gesundheitliche Aufklärung. (2018). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-E-Book-2018>
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.). (2007). *Aus Politik und Zeitgeschichte: Arbeit (4-5/2007)*.
- Burger, K. (2015). *Übergewicht: Viele Pfunde, viele Sorgen*. <https://www.spektrum.de/news/viele-pfunde-viele-sorgen/1339074>
- Carrier, M. & Mittelstrass, J. (1989). *Geist, Gehirn, Verhalten: Das Leib-Seele-Problem und die Philosophie der Psychologie*. Walter de Gruyter. <http://www.degruyter.com/doi/book/10.1515/9783110847093> <https://doi.org/10.1515/9783110847093>
- Cohen, A. N., Kessel, B. & Milgroom, M. G. (2020). *Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20080911>
- Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature microbiology*, 5(4), 536–544. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- DAG - Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V., DDG - Deutsche Diabetes Gesellschaft, DGE - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. & DGEM - Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V (Hg.). (2014). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“*.

- Dattler, A. (2011). *Heilerfolge in Homöopathie und Schulmedizin | Erschwerter Vergleich*. <https://www.homoeopathie-online.info/heilerfolge-in-homoeopathie-und-schulmedizin-unterschiedliche-paradigmen-erschweren-vergleich/>
- DeJong, W. (1980). The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 75–87. <https://www.jstor.org/stable/pdf/2136696.pdf>
- Descartes, R. (1664). *Principia philosophiae: Nunc demum hac Editione diligenter recognita, mendis expurgata*. Jona Hart.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.). (2017). *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (2. Auflage). Pabst.
- Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. (2020). *SARS-CoV-2: Sorge um zu schnelle Entwicklung und Zulassung von*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112390/SARS-CoV-2-Sorge-um-zu-schnelle-Entwicklung-und-Zulassung-von-Impfstoffen>
- diabetesDE (Hg.). (2010). *Deutscher Gesundheitsbericht: Diabetes 2010*. Kirchheim + Co GmbH.
- Dufour, A. & Haski, P. (2020). *China-USA: Spielball WHO*. ARTE France. [https://www.youtube.com/watch?v=GstS-cX1N\\_s](https://www.youtube.com/watch?v=GstS-cX1N_s)
- Einstein, A. (1908). Dialog über Einwände gegen die Relativitätstheorie. *Die Naturwissenschaften*, 6(48), 697–702.
- Engelhardt, D. von & Schipperges, H. (1980). *Die inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert. Die philosophischen Bemühungen des 20. Jahrhunderts*. Wiss. Buchges.
- Europäische Kommission. (2020). *COVID-19 Leitlinien für Grenzmanagementmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Waren und wesentlichen Dienstleistungen*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A52020XC0316\(03\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A52020XC0316(03)&from=EN)
- Feyerabend, P. (2016). *Wider den Methodenzwang: Against method* (14. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 597*. Suhrkamp.
- Finke, P. (2005). *Die Ökologie des Wissens*. Alber.
- Flitner, A. & Giel, K. (Hg.). (2002). *Humboldt: Werke*.
- Foitzik Kirchgraber, R. (2003). *Lebensreform und Künstlergruppierungen um 1900* [Dissertation]. Universität Basel, Zürich.
- Franzkowiak, P., Luetkens, C. & Sabo, P. (2013). *Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013. Reihe "Blickpunkt Gesundheit": Bd. 8*. Sabo.
- Freidson, E., Rohde, J. J. & Schoene, W. (Hg.). (1979). *Der Ärztestand: Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Enke.
- Friedrich D.E. Schleiermacher. (2000). Grundzüge der Erziehungskunst: Vorlesungen 1826. In M. Winkler & J. Brachmann (Hg.), *Texte zur Pädagogik: Kommentierte Studienausgabe* (S. 7–37).
- Gadamer, H.-G. (2003). Über die Verborgenheit der Gesundheit. *Erfahrungsheilkunde*, 52(10), 644–649. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43092>
- Gadamer, H.-G. (2012). *Der Anfang des Wissens. Reclams Universal-Bibliothek: Nr. 9756*. Reclam.

- Gellner, R. & Domschke, W. (2008). Epidemiologie der Adipositas [Epidemiology of obesity]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 79(9), 807-10, 812-6, 818. <https://doi.org/10.1007/s00104-008-1534-6>
- Gerabek, W. E., Haage, B. D., Keil, G. & Wegner, W. (Hg.). (2011). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. De Gruyter. <http://www.degruyter.com/doi/book/10.1515/9783110976946> <https://doi.org/10.1515/9783110976946>
- Giere, R. N. (1992). *Cognitive models of science. Minnesota studies in the philosophy of science: v. 15*. University of Minnesota Press. <http://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctttsr75> <https://doi.org/10.5749/j.ctttsr75>
- Giere, R. N. (1997). *Explaining science: A cognitive approach* (4. Aufl.). *Science and its conceptual foundations series*. The Univ. of Chicago Press.
- Gilman, S. & Lestrade, T. d. (2020). *Dick, dicker, fettes Geld*. Nilaya Productions; ARTE France. <https://www.youtube.com/watch?v=UTDJ8IUyvSQ&t=4334s>
- Glasersfeld, E. v. (2006). Objektivität. In L. R. Tsvasman (Hg.), *Das grosse Lexikon Medien und Kommunikation: Kompendium interdisziplinärer Konzepte* (S. 286). Ergon-Verl.
- Goethe.de. (2008). *Gemessen an seinen Zielen droht dem Bologna-Prozess das Scheitern - Interview mit Julian Nida-Rümelin*. <http://www.julian.nida-ruemelin.de/docs/Bologna-Interview.pdf>
- Goffman, E. & Dahrendorf, R. (2017). *Wir alle spielen Theater: Die Selbstdarstellung im Alltag* ((P. Weber-Schäfer, Übers.)) (17. Aufl.). *Serie Piper: Bd. 3891*. Piper.
- Gostomzyk, J. G. (2001). Realität und gesellschaftliche Interpretation von Gesundheit [Reality and social interpretation of health]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 63(3), 147–155. <https://doi.org/10.1055/s-2001-11982>
- Grill, M. & Hackenbroch, V. (22. November 2010). Medizin: Rückfall ins Mittelalter. *DER SPIEGEL*. <https://www.spiegel.de/spiegel/a-730444.html>
- Grützmaker, J., Gusy, B., Lesener, T., Sudheimer, S. & Willige, J. (2018). *Gesundheit Studierender in Deutschland 2017.: Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse*.
- Gugutzer, R. (2009). Doping im Spitzensport der reflexiven Moderne. *Sport und Gesellschaft*, 6(1), 3–29.
- Habermas, J. (1968). *Technik und Wissenschaft als >Ideologie<*. Suhrkamp.
- Habermas, J. (2014). *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln* (11. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 422*. Suhrkamp.
- Hafele, J. C. & Keating, R. E. (1972). Around-the-world atomic clocks: Observed relativistic time gains. *Science*, 177, 168–170.
- Hawking, S. W. (2017). *Eine kurze Geschichte der Zeit: Die Suche nach der Urkraft des Universums* (27. Auflage, Februar 2017). Rowohlt.
- Hawking, S. W. & Penrose, R. (1998). *Raum und Zeit* (21. - 25. Tsd). Rowohlt.
- Heidegger, M. (1967). *Sein und Zeit* (11. Aufl.). Max Niemeyer Verlag.
- Hensen, G. & Hensen, P. (Hg.). (2008). *Gesundheit und Gesellschaft. Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden. <http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=749132> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-91010-9>

- Heraklit. (2007). Überlieferte Worte. In B. Snell & Heraclitus (Hg.), *Sammlung Tusculum. Fragmente: Griechisch und deutsch* (14. Aufl., S. 6–39). Artemis & Winkler.
- Herbart, J. F. (1913). Allgemeine Pädagogik aus dem Zweck der Erziehung abgeleitet. In v. O. Willmann & T. Fritsch (Hg.), *J.F. Herbart: Pädagogische Schriften* (S. 228–430).
- Herbart, J. F. (1913). Die ersten Vorlesungen zur Pädagogik. In v. O. Willmann & T. Fritsch (Hg.), *J.F. Herbart: Pädagogische Schriften* (S. 113–129).
- Herbart, J. F. (1964). Einige Bemerkungen über den Begriff des Ideals, in Rücksicht auf RIST's Aufsatz über mor[alische] und ästh[etische] Ideale [1796]. In v.K. Kehrbach & O. Flügel (Hg.), *Herbart - Werke 1: Langensalza 1887* (S. 5–8).
- Herbart, J. F. (1968). Herbarts Vorschläge zur Weiterführung des Pädagogischen Seminars Königsberg nach seinem Abgang: 1833. In A. Brückmann (Hg.), *Johann Friedrich Herbart: Kleine pädagogische Schriften* (Bd. 2, S. 131–132). Ferdinand Schöningh.
- Herbart, J. F. (1991). Über die Ästhetische Darstellung der Welt als das Hauptgeschäft der Erziehung (1802/1804). In J. F. Herbart & G. Müßener (Hg.), *Deimling-Arbeitsmittel für Studium und Lehre: Bd. 1. Didaktische Texte zu Unterricht und Erziehung in Wissenschaft und Schule: Johann Friedrich Herbart*. Deimling.
- Herbart, J. F. & Benner, D. (Hg.). (1997). *Grundlagen der Pädagogik: Bd. 1,2. Systematische Pädagogik* (2. Aufl.). Dt. Studien-Verl.
- Herbart, J. F. & Müßener, G. (Hg.). (1991). *Deimling-Arbeitsmittel für Studium und Lehre: Bd. 1. Didaktische Texte zu Unterricht und Erziehung in Wissenschaft und Schule: Johann Friedrich Herbart*. Deimling.
- Hindelang, V., Kliewer, J. & Polland, A. (2020). *Projektbericht Studentische GesundheitsBildung*. (unveröffentlicht)
- Hoederath, L. (2010). *Erholung als Verhalten zur Förderung der Gesundheit im Lehrerberuf: Eine Adaption des Health Action Process Approach* [Inaugural-Dissertation]. Philipps-Universität Marburg, Marburg.
- Hoeltje, B. & Liebsch, K. (2015). „Wir kriegen eben halt kein krankes Kind mehr“.: ‚Reproduktionsverantwortung‘ im Umgang mit der Vererbung von Cystischer Fibrose. In T. Lemke & K. Liebsch (Hg.), *Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialpsychologie. Die Regierung der Gene: Diskriminierung und Verantwortung im Kontext genetischen Wissens*. Springer VS.
- Hörmann, G. (1999). Stichwort: Gesundheitserziehung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2(1), 5–29.
- Hoyer, T. & Mundt, F. (2016). Die Studieneingangsphase pädagogisch gestalten.: Das Blended Learning Konzept e:t:p:M. In R. Bolle & W. Halbeis (Hg.), *Herbartstudien: Band 6. Wie lernt man erziehen? Zur Didaktik der Pädagogik* (1. Aufl., S. 219–233). edition Paideia.
- HRK - Hochschulrektorenkonferenz (Hg.). (2004). *Bologna-Reader: Texte und Hilfestellungen zur Umsetzung der Ziele des Bologna-Prozesses an deutschen Hochschulen*.
- Huber, R. (2000). *Einstein und Poincaré: Die philosophische Beurteilung physikalischer Theorien*. mentis.
- Humboldt, W. v. (2002). Theorie der Bildung des Menschen: Bruchstück von 1793. In A. Flitner & K. Giel (Hg.), *Humboldt: Werke* (S. 234–240).
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl.).

- International Coalition of Medicines Regulatory Authorities. (2020). *Global regulatory workshop on COVID-19 vaccine development*. [https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/meldungen/icrma-report.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/meldungen/icrma-report.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- Jazbinsek, D. (2017). 10 Jahre Rauchverbot: eine Presseschau. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.), *DHS Jahrbuch Sucht 2017* (2. Aufl., S. 231–244). Pabst.
- Jiang, S. (2020). Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs. *Nature* (579), 321. <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-00751-9/d41586-020-00751-9.pdf>
- Kaiserliches Gesundheitsamt & Kaiserliches Statistisches Amt. (1907). *Des Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung*, Festschrift, den Teilnehmern am 14. Internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie Berlin 1907 gew, vom Kaiserlichen Gesundheitsamte und vom Kaiserlichen Statistischen Amte.
- Kant, I. (1800). *Logik: ein Handbuch zu Vorlesungen*. <https://www.textlog.de/kant-logik.html>
- Kehrbach, v.K. & Flügel, O. (Hg.). (1964). *Herbart - Werke 1: Langensalza 1887*.
- Kertész, A. (2004a). *Cognitive semantics and scientific knowledge: Case studies in the cognitive science of science. Converging evidence in language and communication research: Bd. 4*. Benjamins.
- Kertész, A. (2004b). *Philosophie der Linguistik: Studien zur naturalisierten Wissenschaftstheorie*. Narr.
- Kertész, A. (1995). *Die Ferse und der Schild: Über Möglichkeiten und Grenzen kognitionswissenschaftlicher Theorien der Erkenntnis*. Lang.
- Klein-Klein-Aktion. (8. Juli 2020). *Allgemeine Medizin & Gesundheit*. <https://www.klein-klein-aktion.de/>
- Kliwer, J. (2020b). (Soziale-) Corona-Pandemie - Alles ganz normal? *Soziologiemagazin* (Soziologieblog). <https://soziologieblog.hypotheses.org/13584>
- Kliwer, J. (2020a). *Vom Ich zum Wir: Sportsoziologische Kontextuierung einer sozialpandemischen Gesellschaft*. unveröffentlicht.
- Kornblith, H. (2008). *Knowledge and its place in nature* (Repr). Clarendon Press. <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0612/2002020000-d.html>
- Koselleck, R. & Dutt, C. (Hg.). (2014). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 2090. Vom Sinn und Unsinn der Geschichte: Aufsätze und Vorträge aus vier Jahrzehnten* (1. Aufl.). Suhrkamp.
- Krawietz, J., Raitelhuber, E. & Roman, N. (2013). Übergänge in der Hochschule. In W. Schröer, B. Stauber & A. Walther (Hg.), *Handbuch Übergänge* (S. 651–687). Beltz Juventa.
- Kuhn, T. S. (2014). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (1969. Aufl.). *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 25*. Suhrkamp.
- Kuhn, W. & Wildner, M. (2018). Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018*.
- Kühn, H. (Hg.). (1993). *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Ed. Sigma.
- Kurth, R. & Kurth, B.-M. Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – Historie, Ergebnisse und Perspektiven. In *unbekannt* (S. 116–142). [https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=718e86f7-47ac-c3f7-dea3-66512b91bb80&groupId=252038](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=718e86f7-47ac-c3f7-dea3-66512b91bb80&groupId=252038)



- Kutter, S. (16. Mai 2014). Virologe Drosten im Gespräch 2014: "Der Körper wird ständig von Viren angegriffen". *WirtschaftsWoche*. <https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-die-who-kann-nur-empfehlungen-aussprechen/9903228-2.html>
- Lemke, T. & Liebsch, K. (Hg.). (2015). *Frankfurter Beiträge zur Soziologie und Sozialpsychologie. Die Regierung der Gene: Diskriminierung und Verantwortung im Kontext genetischen Wissens*. Springer VS. <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=2095761>  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-09651-9>
- Liebig, S. (2020). *Spotlights der SOEP-CoV Studie (2): Familienleben im Lockdown*. [https://www.soep-cov.de/Spotlight\\_2/](https://www.soep-cov.de/Spotlight_2/)
- Lohaus, A. (Hg.). (2006). *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe.
- Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme.: Grundriss einer allgemeinen Theorie*.
- Maio, G. (2014). Gesundheit als Pflicht - Krankheit als Schuld? Warum Eigenverantwortung und Solidarität zusammengehören, *43*(9), 392–393.
- May, S. (2004). Rechtspolitische Nebenfolgen und Entscheidungskonflikte der Biomedizin. In U. Beck & C. Lau (Hg.), *Edition Zweite Moderne. Entgrenzung und Entscheidung* (1. Aufl., S. 193–208). Suhrkamp.
- Mazumdar, P. (2008). Der Gesundheitsimperativ. In G. Hensen & P. Hensen (Hg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- McAuley, P. A. & Blair, S. N. (2011). Obesity paradoxes. *Journal of sports sciences*, *29*(8), 773–782. <https://doi.org/10.1080/02640414.2011.553965>
- Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Impfgegner und Impfskeptiker. Geschichte, Hintergründe, Thesen, Umgang [Vaccine opponents and sceptics. History, background, arguments, interaction]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *47*(12), 1182–1188. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0953-x>
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M. & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Bertelsmann Stiftung.
- Minkowski, H. (1909). *Raum und Zeit*. Vortrag, gehalten auf der 80. Naturforscher-Versammlung zu Köln am 21. September 1908. Teubner. [https://de.wikisource.org/wiki/Raum\\_und\\_Zeit\\_\(Minkowski\)](https://de.wikisource.org/wiki/Raum_und_Zeit_(Minkowski))
- Mittag, W. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. In A. Lohaus (Hg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 89–112). Hogrefe.
- Moore, G. E. (1988). *Principia ethica. Great books in philosophy*. Prometheus Books.
- Münch, R. (2011). *Akademischer Kapitalismus: Zur politischen Ökonomie der Hochschulreform. Edition Suhrkamp: Bd. 2633*. Suhrkamp. <http://www.gbv.de/dms/zbw/640514812.pdf>
- Müßener, G. (1991). Herbarts "Allgemeine Pädagogik aus dem Zweck der Erziehung abgeleitet": Zur Architektonik des 'Erziehenden Unterrichts'. In J. F. Herbart & G. Müßener (Hg.), *Deimling-Arbeitsmittel für Studium und Lehre: Bd. 1. Didaktische Texte zu Unterricht und Erziehung in Wissenschaft und Schule: Johann Friedrich Herbart*. Deimling.
- Nassehi, A. (9. April 2020). *Die Infektion der Gesellschaft*. Wissenschaftszentrum Berlin. Soziologische Perspektiven auf die Corona-Krise. <https://coronasoziologie.blog.wzb.eu/podcast/artin-nassehi-die-infektion-der-gesellschaft/>
- Otlowski, M., Taylor, S. & Bombard, Y. Genetic discrimination: International perspectives. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, *13*, 433–454.

- Paetz, N.-V., Ceylan, F., Fiehn, J., Schworm, S. & Harteis, C. (2011). *Kompetenz in der Hochschuldidaktik: Ergebnisse einer Delphi-Studie über die Zukunft der Hochschullehre* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=752930> <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92873-9>
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2011). *Das lange Leben in der Moderne*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92641-4>
- Precht, R. D. (2017). *Wir brauchen eine Bildungsrevolution!* Cicero - Magazin für politische Kultur. <https://www.cicero.de/kultur/wir-brauchen-eine-bildungsrevolution/51963>
- Razum, O. & Bozorgmehr, K. (2016). Globalisierung und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 107–119). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_7)
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.). (2016). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9>
- RKI - Robert Koch-Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*.
- RKI, DESTATIS - Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. (2020). *Personen mit Diabetes mellitus nach Bildungsabschluss [Stichwort: Diabetes]: Datenbasis: EHIS 1, HEIDI-Tool, Eurostat*. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_login?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=24873::Diabetes](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_login?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=24873::Diabetes)
- Roelcke, V. (2011). Zivilisationskrankheit. In W. E. Gerabek, B. D. Haage, G. Keil & W. Wegner (Hg.), *Enzyklopädie Medizingeschichte* (S. 1531–1532). De Gruyter.
- Schaper, N., Schlömer, T. & Paechter, M. (2012). Editorial: Kompetenzen, Kompetenzorientierung und Employability in der Hochschule. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 7(4), I–X.
- Scheff, T. J. & Scheff, T. (1999). *Being Mentally Ill: A Sociological Study* (3. Aufl.). *Social Problems and Social Issues*. Taylor and Francis.
- Schiller, F. (Hg.). (o.J.). *Schillers Sämtliche Werke* (Bd. 10). Reclam.
- Schiller, F. (o.J.). Was heißt und zu welchem Ende studiert man Universalgeschichte? Eine akademische Antrittsrede 1789. In F. Schiller (Hg.), *Schillers Sämtliche Werke* (S. 222–236). Reclam.
- Schlumbohm, M., Staffa, V., Sánchez, O. & Thiele, D. B. (11.2019). *Health Care - WZ 86 -: Statista Industry Report - Germany*.
- Schröer, W., Stauber, B. & Walther, A. (Hg.). (2013). *Handbuch Übergänge*. Beltz Juventa.
- Schubert, K., Özbay, J. & Tinnemann, P. (2009). Handel global - Menschen egal? Der globale Handel und seine Folgen. In K. Schubert, J. Özbay & P. Tinnemann (Hg.), *Hier und dort. Einblicke in die Globale Gesundheit* (S. 16–18).
- Schubert, K., Özbay, J. & Tinnemann, P. (Hg.). (2009). *Hier und dort. Einblicke in die Globale Gesundheit*.
- Schulte, J. & Wittgenstein, L. (Hg.). (2008). *Bibliothek Suhrkamp: Bd. 1372. Philosophische Untersuchungen* (4. Aufl.). Suhrkamp.
- Snell, B. & Heraclitus (Hg.). (2007). *Sammlung Tusculum. Fragmente: Griechisch und deutsch* (14. Aufl.). Artemis & Winkler.
- Sole-Smith, V. (2020). *Übergewicht: Gesundheit ist mehr als eine Zahl auf der Waage*. <https://www.spektrum.de/news/gewichtsreduktion-macht-uebergewicht-wirklich-krank/1748644>

- Spranger, E. (1965). *Das Gesetz der ungewollten Nebenwirkungen in der Erziehung*. <http://tudit.git.ulb.tu-darmstadt.de/show/65-1388>
- Stowasser, J. M., Petschenig, M., Skutsch, F., Lošek, F., Pichl, R. & Christ, A. (Hg.). (2015). *Stowasser: Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch* [Nachdr.]. Oldenbourg.
- Stroß, A. M. (2018a). *Gesundheit und Bildung: Reflexionsansprüche und Professionalisierungsperspektiven*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-16582-6>  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-16582-6>
- Stroß, A. M. (2018b). Schulische Gesundheitsförderung und Prävention im frühen 21. Jahrhundert: Perspektiven einer GesundheitsBILDUNG. *TheoWeb. Zeitschrift für Religionspädagogik. Academic Journal of Religious Education*.
- Stroß, A. M. (2009). *Reflexive Gesundheitspädagogik: Interdisziplinäre Zugänge - erziehungswissenschaftliche Perspektiven. Qualitätssicherung in Erziehungswissenschaft und pädagogischen Feldern: Bd. 3*. Lit.
- Strübing, J., Passoth, J.-H., Gugutzer, R. & Duttweiler, S. (2016). *Leben nach Zahlen: Self-Tracking als Optimierungsprojekt?* (1. Auflage). <https://doi.org/10.14361/9783839431368>
- Teichler, U. (2003). *Hochschule und Arbeitswelt: Konzeptionen, Diskussionen, Trends. Schwerpunktreihe Hochschule und Beruf: Bd. 873*. Campus-Verl.
- Toulmé, C., Cauwel, F., Tillard, G. & Rodier, L. (2020). *Wettlauf gegen die Zeit: Wer findet den Corona Impfstoff?* ARTE G.E.I.E. / HIKARI.
- Tsvasman, L. R. (Hg.). (2006). *Das grosse Lexikon Medien und Kommunikation: Kompendium interdisziplinärer Konzepte*. Ergon-Verl. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-89913-515-2>
- Waag, P. (2012). *Inter- und transdisziplinäre (Nachhaltigkeits-)Forschung in Wissenschaft und Gesellschaft*. [https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user\\_upload/sites/artec/Publikationen/artec\\_Paper/181\\_paper.pdf](https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/sites/artec/Publikationen/artec_Paper/181_paper.pdf)
- Watzlawick, P. (1994). *Anleitung zum Unglücklichsein* (3. Aufl.). dtv dtv-Sachbuch: Bd. 30367. Dt. Taschenbuch-Verl.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1997). *Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels* (5. Aufl., Nachdr.). Huber.
- WHO - World Health Organisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- WHO - World Health Organisation. (2000). *Obesity - Preventing and Managing the Global Epidemic: Report on a WHO Consultation*. World Health Organization. <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=284780>
- Willmann, v. O. & Fritsch, T. (Hg.). (1913). *J.F. Herbart: Pädagogische Schriften*.
- Winkler, M. & Brachmann, J. (Hg.). (2000). *Texte zur Pädagogik: Kommentierte Studienausgabe* (Bd. 2).
- Wirtz, M. (2020). Redundanzeffekt. In M. A. Wirtz (Hg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/redundanzeffekt/>
- Wirtz, M. A. (Hg.). (2020). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/redundanzeffekt/>
- Zellinger, E. (1979). *Die empirische Humanwissenschaft im Umbruch: Vom Behaviorismus zu einer adäquaten Erforschung des Menschen. (Pullacher philosophische Forschungen: 14)*. Johannes Berchmans Verl.