o. Univ.-Prof. Dr. Thomas A. Bauer, Universität Wien

Gesundheitsethik und Gesundheitskommunikation – eine theoretische Rechnung zu einer praktischen Gleichung im Kontext der psycho-sozialen Beratung.

Abstract
By this contribution I want to line out the communicational problems of consulting within the context of health communication. The main question is, what are the factors of heath competence in a media-mediated social reality. Health and illness are not natural facts, but constructs in relation to the (cultural, ethical, pragmatic) concept of life. The medical concepts of health and/or illness are by far dedicated to systemic and scientific frames. A social-theoretical and constructivist interpretation of health makes it possible to understand the weak dimensions (ill factors) of health as it also may bring to attention the healthy dimensions (health factors) of illness.

Beratung verlangt bewusst gesetzte Kommunikationsleistungen, weil sie nicht nur etwas gibt, sondern weil sie möglicherweise auch nimmt: Eigenständigkeit, Eigenverantwortung, Selbständigkeit, Selbstkompetenz. Beratung interveniert. Die Legitimation zur Intervention findet sich theoretisch, wenn man sie sucht, im Komplex aus kommunikativer Ethik, psychosozialer Erwartenslage und den vielseitigen Phänomenen der Ratlosigkeit um sich selbst. Mit diesem Beitrag möchte ich die Bedeutung von Kommunikation für die psychosoziale Beratung ansprechen. Es ist natürlich längst jedem klar, dass Kommunikation ein Schlüsselfaktor in vielen Belangen unserer Gesellschaft ist, nicht zuletzt in medialen und öffentlichen Einrichtungen für Information, Beratung und Hilfe. Aber diese Selbstverständlichkeit beruht nicht selten auf einem etwas trivialen Kommunikationsbegriff, der oft so ausgelegt wird als wäre Beratungskommunikation, vor allem im Kontext von Gesundheit bzw. Krankheit – egal ob medien- oder gesprächsvermittelt – der Ort einer betulichen Technik des Einredens. In der weithin organisierten und zugleich hoch individualisierten Gesellschaft, in der wir leben, sagt

man, fehlt es oft an Wärme. Und wir denken dann, diese wäre schon hergestellt durch die Freundlichkeit der Stimme, die Zuwendung der Gestik und die Eindringlichkeit der Worte. In dieser professionellen Erwärmung erschöpft sich auch schon die Temperatur der gut gemeinten Beratung.

Im Rahmen der beruflichen Beratung und Hilfestellung, insbesondere für Menschen, sie sich selbst hilflos wähnen, geht es aber um einen kommunikativen Mehrwert, der durch soziale Temperatursteigerung alleine nicht erreicht werden kann. Hier geht es auch um ein professionelles , besser und genauer gesagt, um ein praxeologisches Verständnis kommunikativer Kompetenz unter erschwerten und oft dilemmatischen Bedingungen. Mitunter ist in Beratungssituationen gerade jene empathische Wärme ein Faktor, der von Betroffenen falsch ausgelegt wird, weil sie sie dazu verleiten könnte, das Spiel ihres Lebens genau darauf auszurichten und jenen, meist schmerzhaften Lernprozess weiterhin vorzuenthalten, der es ihnen aber ermöglichen könnte Souverän ihrer eigenen Lebensgestaltung zu werden. Daher ist es mir in meiner folgenden Gedankenreise zum Thema Kommunikation wichtig, jene Stationen (Themen, Begriffe und Interpretationen) anzusteuern, in denen die Tiefenbedeutung der Nachhaltigkeit von Kommunikation sichtbar werden kann.

Die philosophische Dimension

Die Frage, die sich im Zusammenhang mit Beratungskommunikation immer stellt ist: was verändert sie? Nicht selten, oder eigentlich meist „bleibt alles anders." Dieses Ergebnis in Erwägung zu ziehen, ist nicht nur ein Wortspiel, sondern eine konstruktive heuristische Annahme, dass der Wert der Beratungskommunikation nicht im Verschwinden von Themen, sondern im Erkennen von Themen liegt, was klar macht: das Thema, dessentwegen man Rat sucht oder das sich als Rat herausstellt, bleibt, wenn auch anders, weil unter neuer Perspektivensetzung. Menschen wollen – vielleicht: müssen – sich selbst finden. Ein Leben lang sind sie damit beschäftigt herauszufinden, wer sie sind und wohin sie sich gehörig wissen sollten. Nicht allen ist es - aus den verschiedensten Gründen – gegeben dieses Projekt für sich und/oder für die Gesellschaft, in der und mit der sie leben, befriedigend zu lösen. Je komplexer die Umwelt wird, desto mehr sind Menschen in dieser Frage auf Hilfestellung und Orientierung angewiesen.

Noch immer beziehen wir uns auf die Vorstellung des „cartesianischen Subjekts", von dem wir vermuten, dass es mit Bewusstsein und Vernunft ausgestattet und auf Einheit, Souveränität und Identität ausgerichtet sei, obwohl wir durch postmoderne Wissenschaftskonzeptionen längst auf die Möglichkeit der Dekonstruktion dieser Universalie immer wieder hingewiesen werden. Der Zugang zu dieser Thematik wandelt sich und hat – das mag wohl zugleich eine entlastende Botschaft sein – mehr als uns bislang klar war, mit Kommunikation zu tun. Ohne hier ein komplexes theoretisches Konstrukt aufzureißen sei doch der Hinweis in dem noch verträglichsten Maß notwendiger Trivialität gegeben: Was der Mensch von sich weiß, weiß er durch Kommunikation. Jenseits der Kommunikation gibt es für uns keinen Zugang zu Erkenntnis. Nicht alles aber, was der Mensch sich selbst betreffend kommuniziert, nimmt die Gestalt von Wissen an. Das Wissen des Menschen über sich selbst, ob nun alltagswissenschaftlich oder wissenschaftswissenschaftlich entwickelt und ausformuliert, ist die Konstruktion aus der Not der Auseinandersetzung mit der Erfahrung der Überraschung, letztendlich der Überraschung durch den Tod. Im Zusammenhang von Gesundheit und Krankheit ist eine solche Auslegung von Kommunikation nicht nur möglich, sondern sinnstiftend. Sie verweist nämlich auf das Gesundheits- wie Krankheitspotenzial von Kommunikation. Der Ort des Wissens um sich selbst ist Kommunikation. Flusser formuliert seine These unmissverständlich: „die menschliche Kommunikation sei ein Kunstgriff gegen die Einsamkeit zum Tode" (Flusser 1998:13)

Dieses Wissen um das Ende der subjektiven Erfahrung über sich selbst verlangt es, um seiner selbst willen die Aufmerksamkeit auf Umwelten, auf andere, auf den Anderen zu richten und die Aufmerksamkeit der Umwelt, des Anderen auf sich selbst zu deuten. Nichts anderes ist Kommunikation. Sie ist die kultürliche Darstellung und Bezeichnung der dem individuellen Leben inhärenten Ausrichtung auf den und das Andere, also auf soziale Umwelt (Gesellschaft). Sie ist, Flusser weiter interpretierend, der gesellschaftliche Ausdruck der Kultur als Bemühung der Verschleierung der Tendenz der Natur zur Entropie. In diesem Sinne ist sie das nie abgeschlossene und für niemanden abschließbare Projekt der Vergesellschaftung von Erfahrung, entwickelt aus der subjektiven Auseinandersetzung mit dem, was den Lauf des Lebens bestimmt: dessen Ende. Denn das Ende bedeutet: es könnte, es kann anders sein. Wäre es, das Leben, ewig, dann hätte es keine (Ver-)Änderung in sich. Die Veränderung ist das Paradigma des Lebens, sie verweist (uns) auf das Andere, dessen Notwendigkeit und dessen Chance.

Das Wissen um ein Ende gibt dem Leben Zeit. Die Dimension der Zeit – nicht mehr als ein Wissensmodell, aber immerhin eines, mit dem wir leben – macht das Leben zur Geschichte. Geschichten brauchen Erzählung und werden durch Erzählung zur (z.B. persönlichen) Geschichte. Ein Leben ohne dessen erfahrbares Ende wäre nicht das Leben in Geschichte und Geschichten, zu deren Eigentümlichkeit es eben gehört sich durch Entwicklung und Wachstum zu verändern. Es wäre ein Zustand der Stagnation oder schon der des Todes selbst, wäre es, das Leben, nicht eine Strecke, die man beginnt, um sie erzählend zu beenden (vgl. S.J. Schmidt, V. Flusser)

Die Sprache des Lebens

Wie diese Strecke nun bewältigt und vollzogen wird, ist – unter anderen - eine Frage der subjektiven Lebenskompetenz, die philosophisch, psychologisch, anthropologisch immer schon sehr unterschiedlich ausgelegt wurde. Und: diese Auslegungen ändern sich von Erkenntnis zu Erkenntnis. Das Leben auszulegen gibt der jeweiligen Lebenspraxis neue Möglichkeiten weiterer Auslegung und so wieder weitere praktische Interpretationen des möglichen Lebens. Ein so sich änderndes Leben ändert die Möglichkeit und die Notwendigkeit seiner Auslegung. Und noch mehr: das Leben erzählt sich nicht selbst, sondern ist und wird erzählt, es verlangt Kommunikation und wird erst durch sie zur (geschichtlichen) Darstellung. Leben wird erst durch die Kommunikation als solches (Lebens) erfahren, was bedeutet: wenn und wo Kommunikation verhindert wird oder behindert ist, dort wird Leben verhindert. Wer es nicht gelernt hat sein Leben zu erzählen, weiß nichts über sein Leben oder weiß nicht zu leben. Menschen, denen das Leben Schwierigkeiten macht, macht es Schwierigkeiten sich („richtig") zu erzählen. Wo Menschen dazu verleitet oder verführt wurden, ihrem Leben andere Geschichten aufzulegen, die ihrer Eltern oder Wunschgeschichten der Gesellschaft, kränken ihr eigenes Leben. Krank macht das unerzählte, das ungesprochene Leben.

Menschen, denen es versagt blieb, ihre eigene Sprache für ihr eigenes Leben zu finden, bleibt es versagt, mit der sie umgebenden Gesellschaft in jenen Streit zu kommen, den es braucht, um ein beiderseits zufrieden stellendes Arrangement zu finden. Erst die Sprache und das Bemühen der Versprachlichung gibt dem Leben die Chance auf Veränderung, was immer auch heißt: die Chance auf eigene Gestaltung unter den Bedingungen der gesellschaftlichen und kulturellen Identifikation.

Sprachen sind kulturelle Systeme, in denen sich Lernprogramme der Menschheit objektivieren und in denen Bedeutungen, die ja evolutiv gewonnen werden aus der Auseinandersetzung mit Welt und Umwelt, eingelagert, archiviert, vergegenständlicht und bei Bedarf geschöpft werden können. Sprachen beschreiben so das Leben und sie machen es um-schreibbar. Die subjektive Sprachfähigkeit ist daher die Voraussetzung für eine Um-Schreibung (Anders-Beschriftung) des subjektiven Lebens. Sie gibt dem subjektiven Leben aber auch eine soziale, gesellschaftliche und kulturelle Auslegung. Durch die Sprache, die ja ein sozialkulturelles (also gesellschaftliches) Medium ist, legt sich das Individuum gesellschaftlich aus (oder sogar fest) und verbindet sich so mit Gesellschaft und Kultur bzw. mit deren Erzählweisen. Denn Sprache kontrolliert, gibt aber auch die Möglichkeit zu (subjektiver) Kontrolle. Das Problem scheint aber zu sein, dass es von diesen Sprachen zu gleicher Zeit zu viele wie zu wenige gibt. Sprachen schaffen sowohl Zeichenüberfluss wie Bezeichnungsknappheit. Wir haben nicht genug Sprache, um das Leben zu erzählen. Zugleich ersticken wir es in Sprache und Sprachen.

Die Re-Konstruktion des Ich und die Kultur der Beobachtung

Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt, formulierte Ludwig Wittgenstein und thematisiert in diesem Satz nicht nur die Grenze der Erkenntnis, sondern auch die Möglichkeit der Generierung von Welt. In diesem Sinne ist die Welt das, was ich bin. Schon die Konzepte des Dialektischen Materialismus, die Psychoanalyse Sigmund Freuds, die genealogische Diskurstheorie von Michel Foucault, die kommunikologische Interpretation durch Vilèm Flusser und nicht zuletzt der Gender-Diskurs (Foucault) der letzten dreißig Jahre haben uns darauf aufmerksam gemacht, dass wir es mit den Begriffen von Individualität, Identität und Subjektivität, die uns in der Ich-Konzeption des Menschen unverzichtbar scheinen, nicht mit Protokollen der Natur zu tun haben, sondern mit Konventionen der Kultur – sicherheitshalber in Begriffe gegossen, die wir wie natürliche Objekte behandeln, um uns vergessen zu machen, dass wir mit jedem Begriff, den wir finden, nicht „das Ding" begreifen, sondern bestenfalls unsere Auffassung davon. Wir beschreiben nicht das Ding, sondern wir beschreiben wie wir es beobachten. Auch der begriff der Kommunikation beschreibt nicht Kommunikation als natürliches Ereignis, sondern beschreibt unsere Auffassung (Beobachtung) von dem, was wir als Ereignis beobachten. In diesem Sinne ist das Faktum, dass ich Ich bin, nicht natürlich, sondern kultürlich. Denn das Faktum

beschreibt sich in meiner (oder der anderer) Beobachtung und hat jenseits oder außerhalb dieser keine Relevanz. Eine solche (zugegeben ziemlich scharfe konstruktivistische) Interpretation des Zusammenhangs von Kommunikation, Selbstbeobachtung, Selbstbeschreibung und Identität hat natürlich Konsequenzen.

Die Konsequenz ist: wenn wir etwas bewusst beobachten (weil es uns wichtig ist oder weil wir in dessen Not sind), dann wandeln wir nicht das Faktum der Konstruktion, wir wandeln die Konstruktion des Faktums. Wir ändern die Auffassung. Das genau ist (auch hier wieder rekurrierend auf das Thema des Verhältnisses von Bestand und Veränderung) die Chance durch Konstruktion. Die konstruktive Kraft der Beobachtung setzt auf der Basis von Voraussetzungen Unterscheidungen, die wieder zu Voraussetzungen für neue Setzungen gemacht werden können (J. Mitterer). Eine Betrachtung des Wandels der Kulturen macht nur Sinn aus der Bedingung, den Wandel selbst als Kultur bzw. als kulturelle Leistung zu betrachten. In diesem Sinne ist die Beobachtung, die wir hier zur Kultur des Wandels anstellen, sinnvoll und hilfreich, wenn und weil sie die Kultur unserer Beobachtung zum Thema macht.

Kultur ist die Informationsebene des Wandels wie Wandel die Formationsebene von Kultur ist. Was Kultur ist, wandelt sich unter den Augen der (sich ändernden) Betrachtung (und nicht aus sich selbst oder jenseits dieser), wenn und weil es als kulturwürdig gilt den Betrachtungsblickwinkel zu ändern. Es ist also die Betrachtung von Kultur, die wir im Folgenden kritisch beobachten, um orientierungsfähige Aussagen darüber machen zu können, wie wir den Kultur- und Wertewandel im Kontext von beratenden und betreuenden Diensten für die Zukunft (und diese ist hier als ethischer Imperativ gemeint) der Gesellschaft zu interpretieren gedenken.

Wenn es nun so ist, dass die Betrachtung darüber entscheidet, wie der Gegenstand der Betrachtung dann aussehen wird – was ja nichts Überraschendes in sich birgt, dann macht es offenbar nicht nur einen theoretischen, sondern auch einen ethisch-praktischen Sinn, die Betrachtung der möglichen und/oder notwendigen Veränderungen im psychosozialen Dienst an den erkennbaren Möglichkeiten und Grenzern der gesellschaftlichen Kommunikation zu messen. Damit landen wir im Wege unserer Gedankenreise bei Fragen (Stationen) der kommunikativen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, ein Zusammenhang, den ich für zentral halte, wenn es um die Frage geht, was kann, was soll, was muss sich ändern in der psychosozialen Betreuung von Menschen. Denn das, was Hilfs-, Beratungs- und

Betreuungsorganisationen für krank oder für gesund erachten, entscheidet über Richtung und Grad der Hilfs- und Unterstützungsprogramme des Psychosozialen Dienstes. Es scheint mir daher wichtig, im Folgenden genau diese immer für ganz selbstverständlich genommene Konstruktion zu problematisieren.

Gesund ist, was auch krank sein kann

Gesundheit ist vermutlich das höchste persönliche Gut. Dessen Bedrohung wie dessen Sicherstellung übersteigt aber den Rahmen der persönlichen Wahrnehmung bzw. der persönlichen Sicherstellung. Weil Gesundheit ein Wert ist, der aus dem Kontext des sozialen Lebens entsteht, ist sie zugleich ein politisches, soziales und kulturelles Gut. Solche Güter sind immer öffentlich und unterliegen daher – theoretisch, praktisch und faktisch – den Prinzipien der gerechten, den Möglichkeiten der umfassenden, aber auch den Kämpfen der gesellschaftlichen Verteilung. Wo immer öffentliche Güter (z.B. Kultur, Bildung, Wissen, Information, Gesundheit) durch ein oder mehrere Interessensgruppen oder Organisationen gegenüber anderen Gruppierungen (z.B. Betroffenen) mit einer besonderen Privilegierung (z.B. der professionellen Kompetenz), einer Art von Vorrecht auf Mehr-Wert, beansprucht werden, kommt die gesellschaftliche Wahrnehmung (Verteilung) eines solchen Gutes außer Balance. Entweder verlieren Betroffene die Motivation oder die moralische Kompetenz zu kritischer und persönlicher Wahrnehmung (z.B. Verantwortung für Qualität von Lebenskultur, Kommunikation, Bildung, Wissen, Gesundheit) oder Eliten und Privilegierte „beherrschen" das Thema, machen Betroffene zu Abhängigen von (z.B.) professionalisiertem Expertentum und tragen so zum Wachstum gesellschaftlicher Kompetenzklüfte bei. Im Falle von Gesundheit bedeutet das: Minder Privilegierte haben mindere Chancen auf jene Ressourcen (mentalen, habituellen, informationellen, kulturellen, ökonomischen), durch die sie sich als Souveräne einer gesunden Lebensführung verstehen können.

Ein kritischer, offener und bewusst öffentlicher Dialog zum Thema Gesundheit ist im Sinne der gerechten Verteilung von Chancen, der sozial-moralisch zumutbaren gesellschaftlichen Verteilung von Verantwortung, der ökologisch sinnvollen Ausrichtung auf Faktoren der Nachhaltigkeit und - in deren Folge - der ökonomisch machbaren Verteilung von Lasten. Öffentliche Güter sind immer Themen der

Kontroverse. Sie sind gerade wegen ihrer widersprüchlichen Auslegung öffentlich, denn die Öffentlichkeit ist hier das Korrektiv gegenüber einseitiger (z.B. institutioneller) Vereinnahmung oder einseitigen (z.B. privaten) Vergessens. Der öffentliche Dialog zum gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit kann helfen einer dem Wertbild der Gesundheit angepassten Balance zwischen gesellschaftlich organisierter und lebensweltlicher Wahrnehmung näher zu kommen.

Die Systemisierung von Gesundheit

Ein so privates und persönliches Gut Gesundheit ist, ein so öffentliches, weil jeden betreffendes, ist es. Oder anders: die private und persönliche Auffassung von seiner eigenen Gesundheit oder Krankheit orientiert sich an den gesellschaftlichen Einschätzungen über Zustände und Befunde des Lebens. Und gerade diese, die gesellschaftlich verallgemeinerte Auffassung von Gesundheit und Krankheit orientiert sich an der Funktionalität von als Norm aufgefassten Abläufen. Der möglichen Beliebigkeit von Abläufen wird (vielleicht der leichteren Unterscheidung wegen) ein Kausalitätsmodell zugeordnet. Das von Ursache und Wirkung. Gesundheitszielbildern werden gesunde Ursachen, Krankheitsbildern werden kranke Ursachen zugerechnet. Das Modell der Kausalität beinhaltet also die Vorstellung, dass es Etwas sein muss, das etwas macht.

Dieses Erkenntnisinteresse (was ist es, was krank macht?), macht Krankheit zu einem Effekt-Modell des Misserfolgs aufgrund vermisster Leistungsvoraussetzungen. Abgesehen davon, dass diese Krankheitsauffassung kulturgeschichtlich betrachtet eine am Ende total säkularisierte Lebensauffassung impliziert, ist sie auch die philosophische Voraussetzung für den Glauben an die Gesundheitstechnik. Denn als technisches Funktionsprogramm werden Vorgänge des Lebens (be-)rechen -und beherrschbar. Erst unter diesen Rahmenbedingungen des Erkennens ist es möglich Systeme zu entwickeln, deren Spezifikation es ist, Gesundheit von Krankheit systemrelevant zu unterscheiden. In diesem Sinne sind Ökonomie, Politik und Wissenschaft der Gesundheit Sektoren, in denen sich ein öffentliches Gesundheitssystem entwickelt, institutionalisiert und etabliert hat: dem persönlichen Gut Gesundheit begegnet der Mensch in organisierten Gesellschaften immer mehr (und mitunter immer ausschließlicher) als einer ihm selbst weit gehend aus der Hand genommenen Interpretation des (persönlichen) Lebens, als einer öffentlich-systemisch (wissenschaftlich, technisch, organisatorisch) verwalteten und komplex mit anderen Faktoren des organisierten

Lebens (Bildung, Arbeit, Position, Gehalt, Familienumwelt etc.) verknüpften Verweisung und Zuteilung (Chance auf) von Glück.

Gesunde Systeme – gesunde Lebenswelten?

Zwei Evaluierungspositionen stehen einander gegenüber: eine systemische und eine lebensweltliche (J. Habermas). Durch die zunehmende Systemisierung wird Gesundheit zu einem Produkt des auf Erfolg ausgerichteten Begehrens, in dem Verfügbarkeit von Ware, Konsum und erreichbarer Status entscheiden. Die Position der sozialen / personalen Praxis (Lebenskompetenz, intrinsisch motivierte Auseinandersetzung, Kultur, Kommunikation) verkümmert in diesem Vergleich zu einem Evaluierungsfaktor, der für Anstrengung, Verzicht und Eigenbewegung steht.

Im Zusammenhang mit der Analyse und Bewertung des individuellen wie kollektiven Gesundheitsbewusstseins muss man die systemische, soziale und kulturelle Entwicklung von Gesundheit aber auch im Rahmen des sozialen Wandels betrachten. Mit dem Prozess des sozialen Wandels beschreibt die Soziologie die dynamische Veränderung der formellen und vor allem informellen Beziehungsmuster von Menschen mit und ohne eine wechselseitige unmittelbare Wahrnehmung. Die unmittelbaren zwischenmenschlichen Beziehungen sind von diesem Wandel ebenso betroffen wie die medial oder institutionell/organisatorisch vermittelten Beziehungen. Die medialen Beziehungsmuster überfremden in gewissem Sinne die direkten und unmittelbaren Beziehungsmodelle. War für lange Zeit Gesundheit ein familiäres und gewissermaßen ein privates Thema, so ist es nun, im Rahmen organisierter und medial vermittelter Gesellschaften, auch eines des öffentlichen Vergleichs von Lebenschancen.

Ökonomisierung, Politisierung, Technisierung und Verwissenschaftlichung von Gesundheit sind gesellschaftliche Prozesse, die unter anderen Faktoren diesen sozialen Wandel auch im Umfeld von Gesundheit beschreiben. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zu einem organisierten Modell, in dem mühsam Reste der persönlichen Begegnung gesucht werden, worin die Vermutung alimentiert wird, dass eine persönliche Begegnung zwischen diesen beiden Rollen (mehr) heilende Wirkung auf den Genesungsprozess von Kranken habe (compliance, commitment, Vertrauen etc.). Durch Organisation und Systemisierung kommt Gesundheit als Denk- und Verhaltensinhalt

zunehmend in die Fänge von (politischen, zweckrationalen) Interessen, deren Kalkül es ist, sich durch allgemeine (und vom Einzelfall distanzierte) Verwaltung von gesellschaftlichen Gütern zu legitimieren und dabei auch ihre spezifischen Bestandsinteressen zu realisieren.

Systemisierte Gesundheitskommunikation

Die Auswirkungen des sozialen Wandels auf den (vormals im Milieu des Alltags geführten) Gesundheitsdiskurs ist offensichtlich: die persönliche Orientierung (Kompetenz) am (moralischen) Gut der Gesundheit wird zunehmend zu einem Diskurs unter Experten, die diesen im (mitunter autokratischen) Gestus der Fürsorge für eine große Zahl von Menschen führen, die gelernt haben, sich für unmündig und unzuständig zu halten. Widerstand dazu hat sich natürlich geregt und ist allenthalben öffentlich geworden, doch blieb es dabei bei reinem Widerstand, aus dem keine sich Emanzipation zu einem Widerspruchspartner entwickelte.

Im Vergleich zu anderen Kulturen leben wir hier in einer wohl-temperierten Gesellschaft: Die uns wichtigsten und krisenanfälligsten Themen der individuellen und kollektiven Lebensführung sind so weit – so gut organisiert und durch Systeme der Prävention, der Beratung und der Betreuung abgesichert. Gesundheit, Umwelt, berufliche und soziale Entwicklung, Wohlfahrt und Vorsorge sind feste und unumgängliche Positionen in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft und mit vergleichsweise wenigen, wenn auch persönlich mit sehr herben Folgen besetzten Ausnahmen, jedermann zugänglich. Im Grunde geht es in den meisten Fällen besten Falls um die Butter auf das schon vorhandene Brot. Ausnahmen werden als Funktionsstörungen des Systems betrachtet und so behandelt. Dieser Gedanke, so gelassen formuliert, lässt vermuten, dass wir, falls wir wirklich so denken – und vieles spricht dafür - mit reduktionistischen Wirklichkeitsmodellen arbeiten (S. Schmidt:34), die wir obendrein auch noch normieren.

Wir denken, wie ich schon ausführte, unsere Welt als Zusammenhang von funktionierenden Strukturen, als ein Bündel zueinander vernetzter Organisationen, die sich darin genügen die tägliche Qualität des Lebens dadurch zu erreichen, dass wir auf Bestehendes (Erreichtes – Brot) mit „geschmacklicher", gefälliger oder dekorativer Verfeinerung (Butter) aufbauen – ohne (und das ist der mögliche programmierte Irrtum) das Erreichte (ausreichend und auf einer weiteren Ebene der kritischen Beobachtung) zu befragen oder es gar einer Veränderung auszusetzen. Die Reduktion besteht darin, darauf zu verzichten (Grund

setzende) Alternativen zu suchen oder experimentieren. Das schon erreichte (z.B. kollektive) Wissen zu dem, was wir uns als Gesundheit vorstellen, wird als operative Fiktion (S. Schmidt:34) dazu verwendet, praktischen Nutzen mit Sinn gleichzusetzen, weil es der gesellschaftliche (wirtschaftliche, politische) Erfolg ist, der nützliche Ergebnisse so dechiffriert und weil alles andere nur ein Risiko dieses Erfolgs wäre.

Die Systeme funktionieren, zumindest systemimmanent betrachtet. Und was speziell das Thema Gesundheit betrifft: auch hier ist auf das System Verlass. Wissenschaft, Politik, Wirtschaft und Medien vermitteln sich gegenseitig und letzten Endes der Gesellschaft jene Informationen und jenes Wissen, das man braucht, um systemische Standards nachhaltiger Lebensführung individuell verfügbar zu machen. Systeme sind durch aufeinander bezogene Handlungsketten etablierte Zusammenhänge, die Strukturen entwickeln, um diese Zusammenhänge im Hinblick auf bestimmte Themen, wie z.B. Gesundheit, funktions- und leistungsfähig zu halten. Solche Systeme haben immer eine Umwelt, also eine soziale, kulturelle und symbolische Umgebung, aus der sie Legitimation und Vertrauen beziehen, indem sie deren Bedürfnisse korrespondierend aufgreifen.

Das Gesundheitssystem, bestehend aus dem komplexen Zusammenspiel von Wissen Macht und Geld, bezieht Legitimation und Vertrauen aus der Erfahrung, dass Wissenschaften (vor allem Medizin, Pharma-Wissenschaften) in Kombination mit Macht und Geld immer wieder auf Szenarien bedrohter Gesundheit reagieren und dabei Wissensreserven aufbauen, die zunehmend, mindestens unmittelbar sichtbare Bedrohungen abwenden oder abschwächen können. In demokratisch verfassten Gesellschaften ist Gesundheitspolitik eine Instanz der Steuerung von Ressourcen (Wissen und Geld), um eine gerechte und den individuellen Bedürfnissen adäquate Verteilung von gesunden Lebenschancen sicherzustellen. Die Gesundheitswirtschaft ist mittlerweile ein komplexes System der gegenseitig sich stützenden Vermittlung und Inbezugsetzung von Wissen und Geld. Geld ermöglicht Wissen. Wissen braucht Geld. Wo Geld im Spiel ist, ist Macht ein Thema und daher ist Politik unverzichtbar. So abgerundet dies alles sein mag, der kritische Blick erkennt Fehlerquellen und Fehlbestände – und zwar solche, die im Moment vielleicht als in Kauf zu nehmende Nebenwirkungen erscheinen, im Blick auf Nachhaltigkeit und auf die Balance der Ressourcen (und nichts anderes ist das Prinzip des Lebens) aber können sich solche Resultate als programmierte Irrtümer herausstellen.

Die Rationalität von Systemen ist es, sich jeweils (vor allem bei system-umweltbedingten Herausforderungen) durch und aus sich selbst zu regenerieren und ergänzen. Um dazu in der Lage zu sein, produzieren sie z. B. (systemisches) Wissen auf Vorrat. Diesen wollen/müssen sie einsetzen. Daher konzentrieren sie ihre (selektive) Aufmerksamkeit auf jene Umweltvorgänge, durch die sie sich in ihrem Bestand und in ihren Leistungen legitimieren (im Falle des Gesundheitssystems ist es die Konzentration der materiellen und kognitiven Ressourcen auf Krankheit) oder, wenn notwendig, rehabilitieren. Jede im Endeffekt gefundene Substanz, die eine bestehende Epidemie eindämmen kann, entlastet die Gesellschaft von kollektiven Ängsten und bestätigt so bestehende systemische Strukturen. Dieser Entlastungseffekt überdeckt mögliche dabei in Kauf genommene Nebeneffekte. Mitunter schaffen Systeme sogar jene Bedingungen, vor allem wenn Geld im Spiel ist, durch die sie ihre Leistungen (auch Kompetenzen) auf Dauer legitimieren. Dann produzieren sie nicht nur Angebote, sondern auch Bedarf. Bei nichtssagenden Gütern mag man das übersehen, bei sensiblen oder nichtwiederbringlichen Gütern (z.B. durch Folge- oder Nebeneffekte verminderte oder verlorene Gesundheit), ist ein solcher Vertrauensmechanismus in dem Maße kollektive Dummheit und Ignoranz als er als Reduktion von Komplexität und als Entlastung von Sinngenerierung akzeptiert wird.

Systeme verfremden den Gehalt des Themas, auf das sie sich konzentrieren, weil sie in die Beobachtung des Themas Interessen einmischen. Sie mischen diese ein, weil sie nicht anders können. Sie sind auf bestimmte Ziele und Zwecke ausgerichtet, arbeiten daher rational und mit dem Prinzip der Ökonomie von Kosten und Nutzen, die das schon als Nutzen wertet, wenn etwas nichts kostet. Und wo und weil Ziele / Zwecke mit minderem Einsatz von Kosten erreichbar erscheinen, wird das darüber hinausreichende und weitere Aufbringen von Kosten (z.B. der Aufmerksamkeit) als unnützlich (sogar sinnlos) deklariert. Diese Konzentration auf den pragmatischen Nutzen (pragmatische Legitimation) verleitet Systeme zu defensivem Blick: sie konzentrieren sich und die Entscheidung des Einsatzes von Kosten, Investitionen und Ressourcen auf die Distanzierung von Bedrohungen. So werden unter der Hand (also abseits von selbstkritischer Beobachtung oder aus Verzicht auf den Dialog mit empathischen Gegenpositionen) Möglichkeiten (Kontingenz) als Quelle der Unsicherheit identifiziert und Umweltherausforderungen (Alternativen) nicht als Chance, sondern als Bedrohung behandelt. Die Konzentration des Gesundheitssystems auf „die Krankheit" homonomisiert das

Verständnis von Krankheit und frisst nicht nur materielle und immaterielle Ressourcen, sondern möglicherweise auch das heterologische (individuell, kulturell differierende) Verständnis von Gesundheit.

Betrachtungswissen und Wissensbetrachtung

Gegen die Überbewertung des expliziten Wissens gibt es ein balancierendes Gegengewicht: das implizite Wissen. Weil Systeme ja keine ontischen, sondern eben konstruierte Modelle der (auf Sinnstiftung ausgerichteten) Synthetisierung von Wissen und Erfahrung sind, kann man diese Konstruktion (auf einer neuen Beobachtungsebene und durch Kommunikation) hinterfragen, das Schemawissen irritieren (das ist ein Akt eines intelligenten Regelbruchs), um auf diese Weise die durch die Systemlogik invisibilisierten Seiten (das verdrängte und nicht gewusste Wissen - blinde Flecken) zur Darstellung bringen (in den Diskurs einbinden) und so regelrecht Alternativen zu provozieren.

Nichts anderes will dieses Symposium mit seiner Frage nach der Veränderung dessen, was bleibt und nach dem Bleiben dessen, was man verändert. Es will eine auf längere Dauer eingerichtete Auseinandersetzung für die gelebten Unterschiede im Hinblick auf die in unserer Wohlfahrtsgesellschaft etablierten Vorstellungen von Gesundheit, von dessen Gefährdung durch Krankheit, vom Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit und deren gesellschaftlich organisierte Vermittlung sein. Es will thematisieren, wie wir über Gesundheit denken, wie wir mit Krankheit umgehen und warum zwischen diesen ein einander ausschließender Gegensatz aufgebaut wurde, obwohl doch klar sein muss, dass Gesundheit und Krankheit semantische, gedachte und gelebte Differenzierungen des Lebens sind und deshalb einander bedingende Modelle einer größeren Einheit (Leben in der Ordnung zwischen Geschöpflichkeit und der Sterblichkeit).

So konzentriert man oft motivationale, inspirative und materielle Ressourcen auf das, was man weiß (explizites Wissen) anstatt auf das, was man nicht weiß. Mit neuem Wissen bestätigt man altes, schon gebrauchtes, anstatt das noch nicht gewusste Wissen zu provozieren. Dort also läge (und hier findet sich schon mein Postulat an die Einrichtungen des Psychosozialen Dienstes) die zu experimentierende Veränderung: Wissen über Wissen zu schaffen, entlastet von den Bindungen und Gewichtungen des Wissens, das aus Systemen stammt

oder solche begründet. Es geht in dieser Betrachtung der Entwicklungen des Psychosozialen Dienstes um die Frage, wie man das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit, von Normalität und Abweichung zu verändern gedenkt. Jede Veränderung in der Theorie und Praxis des Psychosozialen Dienstes muss aus dieser Veränderung der Betrachtungsperspektive alimentiert und legitimiert sein.

Diese Orientierung und dieses Wissen entsteht in sozial eher zufälligen, familialen, kulturellen, nicht organisierten, eher ungesicherten und sich selbst nicht überlebenden Verweisungszusammenhängen und verteilt sich in weniger formalisierten Verläufen gesellschaftlicher Kommunikation. Solches Wissen widersetzt sich oft dem systemgenerierten Wissen. Das würde erklären, warum gesundheitsphilosophische und kulturell anders kodierte Vorstellungen (Alternativen) so wenig Chance im etablierten Gesundheitssystem haben. Solch „ungesichertes", „nicht bewiesenes" Wissen setzt sich in organisierten und der Organisationslegitimation wegen auch auf homogene Standards ausgerichtete Gesellschaften (oder Institutionen), meist gepaart mit individualistischer Kulturausrichtung (Ch. Taylor), weniger durch als in familialen, kollektivistischen Kulturwelten, wo Wissen auch ein Ausdruck des sozial vermittelten Glaubens (ungesichertes, aber sozial verbindliches Wissen) ist. Dem kann man, jetzt, da man das ungerichtete, kulturelle und mitunter oft nur in großen Narrationen, Mythen, Riten (kulturelles Gedächtnis) binnenkulturell vermittelte Wissen nun leichter denn je abrufen kann, abhelfen. Globalisierte Medienkommunikation, wirtschaftliche Globalisierung von Wissensressourcen und transkulturelle Vernetzung (A. Hepp) eröffnen eine Chance wechselseitig vermittelter win-win-Kommunikation. Diese Herausforderung nicht als Chance wahrzunehmen wäre systemische Dummheit und gesellschaftliche Arroganz. Deshalb braucht Gesundheit als Sammelbegriff für kulturell unterschiedlichste Modelle einer sinnstiftenden Lebensführung mehr Kommunikation, mehr Diskurs und mehr transkulturelle Interaktion. Gesundheit – als Interpretation des Lebens - sucht Kommunikation. Kommunikation - als Faktor des Lebens - sucht Gesundheit.

Die Einheit von Gesundheit und Krankheit: das Leben

Auf binnenlogischer Ebene betrachten wir Gesundheit als physische und psychische Verhinderung von Krankheit und als deren

Verweigerung, weil wir, wenn wir es so sehen, uns damit der Beliebigkeit und Unerklärbarkeit des Sterbens entziehen, also aus einer universellen und nicht wirklich fassbaren Bedrohung eine in diesem Sinne halbwegs begrenzte (und kausal vernetzte) Problematik konstruieren. Gesundheit, denken wir, ist Leben, Krankheit ist dem entsprechend dessen Bedrohung oder Verweigerung. So haben wir gelernt zu denken, dass Krankheit das Leben demütigt und stilllegt. Dass Gesundheit auch krank machen kann und Krankheit ein Schlüssel zu Gesundheit sein kann, halten wir für (relativ) unlogisch, obwohl es gerade immer wieder diese Erfahrung ist, die uns auf die Relativität von Gesundheit und die Relativität von Krankheit aufmerksam macht.

Dass Krankheit die zu Gesundheit different-komplementäre Weise des Lebens, also die andere Erfolgsauslegung derselben „Kategorie" ist, diese Vorstellung ist uns (im Unterschied zu anderen Kulturen) fremd geworden, weil sie, „die" Krankheit (als ob diese homogenisierbar und objektivierbar wäre), vermittels eines so-weit-so-gut funktionierenden und sich selbst reproduzierenden „Gesundheits"-Systems zum Modell der (biologischen, psychologischen) Vernichtung des Lebens stilisiert wurde.

Weil man krank ist, stirbt man. Die Umkehr: wenn man nicht krank ist (wird), „bleibt" man gesund oder stirbt (möglicherweise) nicht (oder erst, wann man will), hat sich schlicht nicht bewahrheitet. Diese Haltung ist auf Dauer nicht lebensfähig. Was darauf schließen lässt, dass auch die eine Seite (die nicht umgekehrte: Krankheit ist der - zu frühe - Grund des Sterbens) dieses Kausalmodells so handlungs- und sinnfähig ist wie sie sich gibt. Krankheit ist zu Sterben so kontingent wie Gesundheit. Die Hoffnung, dass es anders wäre und dass man sicher sein könne, dass das, was wir als gesund betrachten, auch wirklich gesund (und relativ unsterblich) ist und das, was wir für krank halten, auch wirklich krank (und relativ sterblich) ist, löst sich aus der nächsten, also den Diskurs betrachtenden Ebene, auf in operationaler Fiktion (vgl. S. Schmidt 03). Wir arbeiten mit dieser Fiktion, bauen auf ihr Schemata und Systeme und invisibilisieren auf diese Weise die der Einheit des Lebens inhärenten Differenzen.

Neben den rationalisierten und sich selbst oft überlebenden Systemen und diesen gegenüber bestehen aber auch noch andere Erfahrungszusammenhänge, in denen Erkenntnisse auf andere, weniger zweckrationale, mehr spontane und situative, weniger kausale (geschlossene Kontingenz), sondern tatsächlich mehr kasuale (offene Kontingenz) Weise synthetisiert werden: solche, die man lebensweltlich nennt. In diesem Sinne stehen Systeme und

Lebenswelten (J. Habermas) einander als zwei Kompetenzgeneratoren gegenüber. Die Kompetenz von Systemen macht die Welt machbar, die Kompetenz der Lebenswelt macht die Welt denkbar.

Die Kompetenz der Systeme ist die strategisch entwickelte, organisierte, mit wissenschaftlichem Wissen begründete und evaluierte Fähigkeit, legitimierte Zuständigkeit und (technisch-professionelle) Fertigkeit das Thema (z. B. Gesundheit) als Objekt des Handelns („Beherrschen") sicherzustellen. Die Kompetenz der Lebenswelt, also jener Zusammenhänge des Aufbaus von Lebenswissen aus wechselseitiger sozialer Verwiesenheit, die sich ergeben wie sie zerfallen und die zerfallen wie sie sich ergeben, ist die Fähigkeit und (emotive) Bereitschaft sich auf unbekannten (durch Interaktion und Kommunikation vermittelten und symbolisierten) Sinn einzulassen und sich deshalb dem Thema (Gesundheit) als Qualität von Subjektivität, Individualität und Identität (offenes Leben) moralisch und sozial verpflichtet zu wissen.

Gesundheitskompetenz und öffentliche Gesundheitskommunikation

Wenn durch die bisherige Analyse im Wege dieser Gedankenreise deutlich werden konnte, dass Gesundheitskompetenz in unmittelbarem Zusammenhang steht mit dem, was man als kommunikative Kompetenz bezeichnet (Bauer 01), dann weiß man auch, dass es das Wissen um die moralischen Grundlagen des Lebens ist, die das eine wie das andere (Gesundheit und Kommunikation) ermöglichen. Im Spannungsfeld von Gesundheit als einem öffentlichen und einem privaten Gut stellt sich ganz einfach die Frage nach der kommunikativen Vermittlung der moralischen Komponente des (eigenen und sozial relevanten) Handelns.

Da Handeln nicht außerhalb von Sinn (Erfolg), Identität und Moral thematisiert werden können (vgl. Schmidt 03), sind solche Handlungen im Wissen um Gesundheit und/oder Krankheit, da sie das Leben betreffen, erst recht in diesen Zusammenhang zu sehen. Es gibt da einen Begriff, der ein durch die Erfolge der Technologie und in Folge der Delegation auf diese in Vergessenheit geratenes Axiom wieder aufgreift und im Zusammenhang mit der zunehmenden Einsicht über die Grenzen der Technologie eine neue Interpretation erfährt: Verantwortung.

Verantwortung ist eine Größe von Kompetenz. Fähigkeit, Bereitschaft, Fertigkeit, Zuständigkeit und Verantwortung sind die Dimensionen von

Kompetenz. Der Begriff der Selbstverantwortung postuliert das Modell von Selbstkompetenz. Diesem Postulat folgend schöpft der (meist unter Experten geführte) Gesundheitsdiskurs nun zunehmend aus dem Denkzusammenhang ökologischer Philosophie, weil diese das Schemawissen von Systemen mit ihren Kategorien schon hinreichend plausibel irritiert hat. Nachhaltigkeit z. B., eine dieser entscheidenden Kategorien, hat mehr mit Tiefe, Verbindlichkeit und selbstlernender Gültigkeit zu tun als mit Sicherstellung auf Dauer und dürfte daher mehr als bisher (vor allem auch in Politik und Wirtschaft) als ein Wert betrachtet werden, der aus Selbstbeobachtung, Selbstverantwortung und Selbstlernen resultiert und nicht aus dem eingespielten Mechanismus, Probleme und deren Lösungen auf ein so-weit-so-gut verlässliches (Reparatur-)System zu delegieren.

Gesundheitskultur und gesellschaftliche Grenzen der Kommunizierbarkeit

Die Grenzen der Gesellschaftlichkeit sind vermutlich erreicht. Ökonomie, Politik, Technologie und Wissenschaft haben längst Szenarien entwickelt, in deren Rahmen jene Strukturen für die Gesundheit entwickelt wurden, die sie braucht, um jenseits der persönlichen Verantwortung ein Kompetenzwerk sicherzustellen durch das ein systemischer Optimismus erreicht werden kann. Der sinnstiftende Nutzen dieser gesellschaftlichen organisatorischen Errungenschaften ist es, die persönlichen und gemeinschaftlichen Dimensionen von Gesundheit wieder zu entdecken und sie komplementär zu diesen als systematisches Lebenswerk von Individuen und Gemeinschaften zu gestalten.

Die Sinnlücke hinsichtlich Gesundheit ist einerseits gesellschaftlich: Die Fragwürdigkeit des Lebens zwischen Geburt und Tod wird als Problem der Machbarkeit von Ökonomie, Technik, Wissenschaft und Politik abgetan.
Andererseits ist sie eine persönlich-individuelle: die Fragwürdigkeit der Lebensführung wird von Einzelnen nicht als Thema eines persönlichen Sinn- und Lebenswerkes betrachtet, sondern als Frage der Erreichbarkeit von gesellschaftlichen Erfolgsbildern.

An den Grenzen systemischer Leistung erinnern wir uns wieder der unabdingbaren persönlichen Anstrengungen die es braucht um einem gesellschaftlichen Organisationswerk auch einen Sinn zu geben.

Zwischen den Wertvorstellungen einer organisierten Gesundheit und denen eines persönlichen Lebenswerkes kann eine Intensivierung von Gesundheitskultur vermitteln.

Hier kommt der Kultur ein besonderer Stellenwert zu, denn sie ist der Zusammenhang, aus dem Menschen jene Bedeutungen schöpfen, die sie (ge)brauchen, und den Erfahrungen, die sie machen (oder machen müssen), einen gesellschaftlichverbindlichen und daher auch kommunizierten (verantwortbaren) Sinn zu geben.

Gesundheitskultur wäre in diesem Verständnis jener gesellschaftlich darzustellende Zusammenhang von Einstellungen, Haltungen, Denkweisen und Handlungen im Hinblick auf Gesundheit, durch die der Einzelne die gesellschaftliche Wertung der Gesundheit zu einem Thema der persönlichen Wertung in einer gesellschaftlich konzentrierten Lebensführung verwandeln kann. Aktuell ist hier allerdings ein Fehlen dieser Verbindung zu beobachten.

In einer solchen Sinnlücke kann nur Kommunikation glaubwürdig eingreifen. Kommunikation verteilt einerseits Gesellschaftlichkeit, also Wissen, Methoden des Erfolges, Erfahrungen, Strategien der Vermeindung etc., andererseits vergemeinschaftet sie unterschiedliche Erfahrungen, Denkweisen, Interpretationen oder auch Methoden des Erfolges.

In diesem Sinne beantwortet Kommunikation eine gesellschaftliche Realität, die im Hinblick auf Gesundheit die systemischen Erkenntnisse mit den persönlichen Sinnfragen mischt. So vermittelt sich das gesellschaftlich organisierte System zur Sicherung und Erhaltung von Gesundheitswerten als ein dem Einzelnen verantwortlicher und ethnisch fundierter Organisationszusammenhang in dem Positionen des Wissens oder der Machbarkeit erreicht werden, die dem Einzelnen nicht möglich sind.
So vermittelt sich aber eher auch die persönliche Verantwortung als sinnstiftende Leistung und bewusst überlegte Lebensführung in dem Gesamtzusammenhang des gesellschaftlichen Wissens und Gewissens zum Werte-Thema Gesundheit.

In jedem Fall ist es angezeigt, die Unterschiede zwischen dem unter Experten geführten Diskurs und dem Alltagsdiskurs zu Gesundheitsthemen aufzuzeigen, zugleich aber macht es gesundheitspolitischen Sinn, die Überschneidungsflächen dieser unterschiedlichen Diskurse sichtbar zu machen und zu vergrößern.

Dies bedeutet, den Gesundheitsdiskurs über die Grenzen der Professionellen (Medizin, Gesundheitswesen, Pflege, Politik, Ökonomie) zu bringen, um dadurch dazu beizutragen, das öffentlich verfügbare Wissen (Denken, Nachdenken) Betroffenen (Patienten) zugänglich zu machen. Dabei ist es wichtig, den Perspektivenwechsel sichtbar, aber auch nachvollziehbar zu machen: Selbstkompetenz und bewusste Lebensführung als Paradigmata öffentlicher Gesundheitskultur.

In diesem Sinne bleibt auch das gesellschaftliche Projekt der psychosoziale Betreuung und Beratung ein Thema der Lebensqualität von Gesellschaften. Sie ist ein Dienst an der Gesellschaft, weil am Einzelnen und ein Dienst am Einzelnen, weil gesellschaftlich vermittelt und getragen. Es ändern sich die Formen und Zugänge es zu verarbeiten. Es bleibt das Thema der menschlichen Existenz herauszufinden, wer man wozu und unter welchen Konditionen ist, was man meint zu sein. Es ändern sich aber die Zusammenhänge, in denen sich diese Frage stellt. Allerdings stellt sich die Frage heute anders als gestern - zum einen direkter und aggressiver, weil der Wettbewerb zwischen den Individuen stärker geworden ist, zum andern aber auch indirekter und verborgener, weil über Medien vermittelt und zudem vielfach gebrochen und übersetzt.

Literaturhinweise:

Bauer, Thomas A. (2001) Medienethik aus medienpädagogische

Perspektive. In: Karmasin, Matthias: Medienethik. Hamburg.

Flusser, Vilém: Kommunikologie (1994): Hrsg. Von Stefan Bollmann und

Edith Flusser. Frankfurt/M.

Foucault, Michel (2001): Die Ordnung des Diskurses. Frankurt/M.

Foucault, Michel (1977): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1.

Frankfurt

Freud, Siegmund (1978): Das Unbehagen in der Kultur. Abriss der

Psychoanalyse. Frankfurt

Habermas, Jürgen (1971): Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der

kommunikativen Kompetenz. In: ders. / N.;Luhmann: Theorie der

Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Was leistet die Systemforschung?.

Frankfurt, S. 101-141

Hepp, Andreas / Löffelholz, Martin (2003): (Hrsg.): Grundlagentexte zur

transkulturellen Kommunikation. Köln, Berlin, Wien.

Luhmann, Niklas (1989): Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur

Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Frankfurt

Mitterer, Josef (2001): Die Flucht aus der Beliebigkeit. Frankfurt

Schmidt, Siegfried (2003): Geschichten & Diskurse. Abschied vom

Konstruktivismus. Hamburg.