

Deutscher Ethikrat – Öffentliche Anhörung

## **Normalität und Normalisierungsprozesse im Spiegel von Psychiatrie, Phänomenologie und Medienwissenschaft**

Transkript der Veranstaltung

20. Oktober 2023, 09:30–11:30 Uhr

16. November 2023, 11:00–12:00 Uhr

Online

### **Programm**

Teil 1 .....	2
Thomas Fuchs · Universitätsklinikum Heidelberg .....	3
Friedrich Balke · Ruhr-Universität Bochum .....	19
Teil 2 .....	33
Maren Wehrle · Erasmus University Rotterdam .....	33

Hinweis: Bei dem folgenden Text handelt es sich nicht um eine wörtliche Transkription.

Der Text wurde lektoriert, um eine gute Lesbarkeit herzustellen.

## Teil 1

### Susanne Schreiber

Guten Morgen, mein Name ist Susanne Schreiber, ich bin Mitglied des Deutschen Ethikrates und begrüße Sie herzlich zu unserer Anhörung zum Thema Normalität. Ich begrüße die Ratsmitglieder im Raum und Sie, die Zuschauer im Livestream.

Wir haben uns ein spannendes Thema herausgesucht. Wir meinen alle, dass wir wissen, was normal ist. Gleichzeitig sehen wir, wie sich Normalität in diesen Zeiten schnell ändert. Damit wollen wir uns heute beschäftigen: Was bestimmt unsere Erwartungen, unsere Annahmen über Normalität und welche Auswirkung haben diese Annahmen auf uns? Das ist nicht trivial.

Wir haben dazu eine Arbeitsgruppe im Ethikrat, die sich unter Leitung meiner Kollegin Petra Bahr damit beschäftigt. An dieser Stelle möchte ich an Petra übergeben, damit sie ein paar weitere einführende Worte zum Thema sagen kann. Danach werden wir uns mit den Vorträgen der Referenten beschäftigen. Ich freue mich auf eine sehr schöne Veranstaltung.

### Petra Bahr (1:06)

Guten Morgen auch von meiner Seite ans Auditorium und die Ratsmitglieder.

„Das ist doch normal.“ Dieser Satz kann in unterschiedlichen Kontexten ganz Unterschiedliches bedeuten. Es kann ein Lob sein, eine Vergewisserung oder die Beschreibung eines Durchschnittswertes. Es kann aber auch diskriminieren. Der Deutsche Ethikrat beschäftigt sich mit der Frage, wie Normalitätsprozesse, wie die Dynamisierung von dem, was gestern noch normal war und heute als unnormale gilt, im Kontext von Gesundheit und Medizin funktioniert.

Wer die Normalitätsvorstellung im eigenen Leben befragt, stellt schnell fest, dass auch normative Annahmen und Unterstellungen mit eingespielt sind. Das, was normal ist, ist nicht einfach nur eine Beschreibung, sondern ausgestattet mit Vorstellungen vom Guten, Gerechten und Angemessenen. Und weil das auch die Forschung betrifft, beschäftigt sich der Deutsche Ethikrat in einer Stellungnahme mit dieser Frage und befragt an bestimmten Explorationen: Was bedeutet das eigentlich im Umgang mit Körperbildern, mit der Unterscheidung von Krankheit und Gesundheit, mit der Vorstellung vom Alter oder etwa der Demenz?

Dazu haben wir drei Experten eingeladen. Davon sind zwei heute Vormittag schon in unserer Runde dabei. Susanne, du wirst sie vorstellen.

### Susanne Schreiber (2:30)

Vielen Dank, Petra. Wir haben wie angekündigt zwei Referenten. Der erste ist uns per Zoom zugeschaltet, das ist Herr Professor Thomas Fuchs. Herzlich willkommen, Herr Fuchs, wir freuen uns, dass Sie dabei sind.

Ich werde nur kurz etwas zu Ihrem Lebenslauf sagen. Sie sind Karl-Jaspers-Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. Sie haben mehrere Studien absolviert: Sie haben Medizin studiert, sind aber auch Experte in Philosophie und Wissenschaftsgeschichte, haben in Heidelberg promoviert und habilitiert und sind heute noch in Heidelberg. Für alle weiteren Punkte möchte ich unsere Zuschauer auf die Tagungsmappe verweisen, dort sind alle Details zu Ihrem Lebenslauf zu entnehmen.

Ich freue mich auf Ihre Ausführungen zum Thema Normalität. Lieber Herr Fuchs, Sie haben das Wort.

## **Thomas Fuchs · Universitätsklinikum Heidelberg (3:27)**

Herzlichen Dank für die Vorstellung und die Einladung. Ich freue mich, hier zu Ihnen sprechen zu können.

(Folie 1, 2)

Es ist schon angesprochen worden: Der Begriff der Normalität ist rasch zur Hand. Er ist besonders rasch zur Hand, wenn es um psychische Abweichungen oder Krankheiten geht. Dennoch ist er sehr schwer zu fassen.

Schon Karl Jaspers hat in seiner *Psychopathologie* darauf hingewiesen, dass wir Normalität im psychologischen und psychiatrischen Kontext nicht einfach als eine statistische Normalverteilung definieren können. Sie tritt vielmehr erst in Erscheinung in Abhebung von Erfahrungen und Phänomenen der Störung, die eine vertraute Lebensweise, eine Gewohnheit, eine etablierte Ordnung in Frage stellt. Das kann für das Individuum der Fall sein, aber auch für die anderen. Darin liegt das Paradoxon der Untersuchung des Normalen. Es sind immer Störungsphänomene, durch die sich das Subjekt oder im Kontakt mit ihm auch die anderen der Normalität erst bewusst werden. Somit lässt sich Normalität nur im Nachhinein erfahren.

Gadamer hat von der „Verborgeneheit der Gesundheit“ gesprochen, die sich erst als Phänomen der Erfahrung der Krankheit manifestiert. Bei Canguilhem wird das Lebendige nur manifest in seinen Funktionen, wenn sie versagen.

(Folie 3)

Auch psychische Normalität oder Gesundheit ist insofern nur im Kontrast mit der Störung oder der Krankheit zu begreifen. Das verweist schon auf ihre inhärente Fragilität und Vulnerabilität.

Karl Jaspers hat in dieser Erfahrung unserer Verletzlichkeit sogar die Grundlage des psychopathologischen Verstehens gesehen. Ich zitiere: „Aber der Gesunde, dessen Seele offen geworden ist an den Grenzen, untersucht im Psychopathologischen, was er selber der Möglichkeit nach ist“ (Jaspers 1973). Das heißt, die grundsätzliche Vulnerabilität des Normalen ist uns allen gemeinsam.

(Folie 4)

Ich werde im Folgenden einige Überlegungen zu den psychiatrischen Begriffen von Normalität und Anomalität, Gesundheit und Krankheit anstellen, einige aktuelle Tendenzen zu einer Nivellierung der Grenzen zwischen Normalität und Anomalität betrachten und einige Probleme darstellen, die daraus resultieren.

(Folie 5)

Der Psychiatrie wurde und wird häufig zum Vorwurf gemacht, ihrer Theorie und Praxis einen normierenden Krankheitsbegriff zugrunde zu legen, der die Abweichung von einer gesellschaftlich etablierten Norm als krankhaft oder sogar defizitär etikettiert und damit auch zur Stigmatisierung der Patienten beiträgt.

Dass psychiatrische Diagnosen mehr als sonstige Diagnosen in der Medizin auch einen sozial normativen, wertenden oder abwertenden Charakter annehmen, ist unbestreitbar. Aber trotz der Kritik kann der psychiatrische Normalitätsbegriff nicht nur dem Fach oder seiner gesellschaftlichen Funktion zugeschrieben werden, als eine Normierung. Denn die Phänomene der Störung werden in den meisten Fällen von den Betroffenen selbst erlebt: nämlich als Verlust einer Kohärenz und Selbstverständlichkeit ihrer Erfahrung.

(Folie 6)

Ein bekanntes Buch des Psychiaters Wolfgang Blankenburg trägt den Titel: *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit* [1971]. Das ist eine Formulierung der Patientin selbst, die Blankenburg in diesem Buch analysiert, eine Patientin mit einer schizophrenen Erkrankung.

Psychische Störungen lassen sich als Formen der „Entselbstverständlichung“ verstehen und damit auch der Selbstentfremdung, der Selbstentmächtigung: Ich verliere die Kontrolle über mein Leben, ich bin nicht mehr Herr im eigenen Haus. Auch wenn wir also die sozialen Bedingungen und Normierungen nicht ausblenden, die für psychische Störungen mitverantwortlich sein können: Die Wiederherstellung einer kohärenten Erfahrung, von Selbstmächtigkeit und Normalität ist letztlich der Auftrag, den die Patienten selbst an die Psychiater, an uns richten.

(Folie 7)

Damit haben wir bereits einen ersten Krankheitsbegriff in der Psychiatrie angetroffen, nämlich die Erfahrung des Krankseins, das als subjektives Leiden, als Nicht-mehr-Können, häufig als eine grundlegende Selbstentfremdung erlebt wird.

Davon ist ein anderer Krankheitsbegriff zu unterscheiden, der dem medizinischen oder naturalistischen Modell entspricht. Dieser sucht die Kriterien für eine psychische Krankheit in objektiven, wissenschaftlich beschreibbaren Funktionsstörungen des Organismus und insbesondere des Gehirns. Er ist in der biologischen Psychiatrie prominent vertreten im Diktum: „Mental illnesses are brain diseases“.

Wir können die beiden Krankheitsbegriffe auch als Kranksein (englisch *illness*) im Unterschied zu Krankheit (*disease*) bezeichnen. Beide Begriffe lassen sich keineswegs vollständig zur Deckung

bringen, zumal sich für die meisten psychischen Krankheiten keineswegs neurobiologische Korrelate oder Biomarker im Körper angeben lassen. Die beiden Begriffe können nur komplementär zur Krankheitsdefinition beitragen.

(Folie 8)

Hinzu kommt noch eine dritte, nämlich gesellschaftliche Perspektive, in der psychische Krankheit vor allem als abweichendes Verhalten, als Beziehungs- oder Anpassungsstörung erscheint: Die sozialen Interaktionen misslingen, die Teilhabe der Betroffenen am sozialen Kontexten geht verloren. Die Resonanz mit anderen bleibt aus. Wir können im Englischen auch von *adjustment disorder* oder einfach *disorder* (Störung) sprechen oder von *disability* (Beeinträchtigung, Behinderung).

Mit dem Störungsbegriff geht also eine soziale oder auch soziologische Komponente in den psychiatrischen Krankheitsbegriff mit ein. Störungen lassen sich nicht mehr allein dem Individuum zuschreiben, sondern spielen sich immer auch in einem Beziehungssystem ab.

(Folie 9)

Wir können die drei Krankheitsbegriffe einmal versuchsweise so anordnen: Kranksein (*illness*) Krankheit (*disease*) und Anpassungsstörung (*disorder* oder *disability*). Dass die verschiedenen Begriffe einander nur überlappen und nicht miteinander übereinstimmen, lässt sich leicht zeigen. Nehmen wir zum Beispiel die Manie, eine schwere psychische Krankheit mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung, die aber keineswegs mit einem subjektiven Krankheitsgefühl (also *illness*) einhergeht. Im Gegenteil.

Umgekehrt ist subjektives Kranksein oft mit erheblichem psychischem Leiden verbunden, hat aber kaum medizinischen Krankheitswert, wenn

man etwa an die Hypochondrie denkt oder an Körperdysmorphie Störungen, bei denen man sein Körperbild als inadäquat oder verzerrt erlebt, oder an die soziale Phobie, die früher einfach Schüchternheit genannt wurde.

(Folie 10)

Diese Mehrdeutigkeit des psychiatrischen Krankheitsbegriffs hat eine hohe Veränderlichkeit, Variabilität der Nosologie zur Folge, also der Diagnosen und der Begriffe, die wir dabei gebrauchen. So hat die Einführung der kriterienbasierten Diagnosesysteme in den [19]80er Jahren, beginnend mit dem amerikanischen DSM-III [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] und fortgesetzt in der International [Statistical] Classification of Mental Disorders, ICD-10, die klassischen psychiatrischen Krankheitseinheiten erheblich erweitert. Im Interesse der Reliabilität, also einer international einheitlichen Diagnostik, wurde eine rein deskriptive Systematik geschaffen unter weitgehendem Verzicht auf alle Kausalitätsannahmen zu psychischen Störungen. Daher hat man auch den Krankheitsbegriff durch den deskriptiven, aber auch weicheren Störungsbegriff ersetzt. Zum Beispiel heißt es statt „manic-depressive disease“ nun „bipolar disorder“.

Die Folge war eine zunehmende Ausweitung der Diagnosen. Blickt man weit zurück in die Psychiatrie, so gab es um 1850 im Wesentlichen nur fünf psychiatrische Krankheitseinheiten: Melancholie, Manie, Monomanie, Demenz und Epilepsie.

Dieser Kernbereich der Psychiatrie hatte sich schon vor 1980 erheblich ausgeweitet, nicht zuletzt infolge der Psychoanalyse und ihrer Psychologisierung der menschlichen Lebensprobleme, ihres „Panneutorizismus“, könnte man sagen. Jeder Mensch ist danach mehr oder weniger neurotisch, oder normal ist die Neurose.

Inzwischen haben wir es mit fast zweihundert, einschließlich der Subtypen mit mehreren hundert Syndromen und Diagnosen zu tun.

(Folie 11)

Das wird noch dadurch verschärft, dass die klassischen psychiatrischen, also kategorialen Krankheitseinheiten heute zunehmend in Spektrumsstörungen oder in Kontinua aufgelöst werden, die dann stufenlos in subklinische oder normal psychologische Bereiche übergehen. Man spricht also nicht mehr von Schizophrenie oder Autismus, sondern von schizophrener oder autistischer Spektrumsstörung, wobei die schizophrene Spektrumsstörung zum Beispiel gar nicht mehr die Diagnosekriterien der Schizophrenie erfüllen muss. Man spricht also nicht mehr von kategorialen, sondern von dimensionaligen Diagnosen.

Diese Gradualisierung kann auf der einen Seite einer Ausgrenzung und Stigmatisierung durch die Diagnosen entgegenwirken. Normalität und Anomalität sind dann nicht mehr klar zu trennen. Daher wird diese Entwicklung auch von Betroffenen-Initiativen häufig aufgegriffen, nämlich zur Renormalisierung oder sogar Positivierung von Störungen. Autistische Personen bezeichnen sich als „neurodivers“, im Unterschied zu den Neurotypischen, und betonen damit ihr Anders-Sein, aber eben nicht Krank-Sein. Anorektikerinnen, Magersüchtige, schließen sich im Netz in der Pro-Ana-Bewegung zusammen. Dort huldigen sie ihrem Hunger, tauschen Tipps zur Selbstkasteiung aus und empfinden sich selbst nicht als krank, obwohl wir es aus psychiatrischer Sicht eindeutig so sehen würden.

(Folie 12)

Auf der anderen Seite dürfen wir nicht vergessen, dass ein völliger Verzicht auf den Krankheitsbegriff Probleme hätte, die sich daraus ergeben, dass

die Versorgung durch die Krankenkassen nicht leicht sicherzustellen wäre. Die Krankheitsrolle und Krankheitszuschreibung bedeutet ja für die Betroffenen immer auch einen Schutz oder eine Entlastung, die dann verloren ginge. Unser Umgang mit einem Menschen ändert sich grundlegend, wenn wir ihn als krank ansehen, nicht zuletzt unter moralischen Bewertungen. Gerade moralisierende Begriffe wie faul, grob, frech, willensschwach, egoistisch, charakterlos, ja, auch kriminell fallen weg, sobald wir eine psychische Störung oder Krankheit annehmen. Denn dann kann die Person nicht anders und wir sehen ihr ihr auffälliges Verhalten nach, und was uns sonst gekränkt oder erzürnt hätte, kann dann sogar unser Mitleid erregen.

Dieser Zusammenhang gilt erst recht für juristische Schuldzuweisungen. Wenn wir den Krankheitsbegriff ganz auflösen würden, wäre auch die Zuschreibung von Verantwortlichkeit und Schuld nicht mehr zu mindern, nicht mehr aufzuheben, und das würde in forensisch-psychiatrischen Zusammenhängen zu sicher fatalen Konsequenzen führen.

(Folie 13)

Aber nicht nur das. Die völlige Nivellierung des Krankheitsbegriffs hätte auch zur Konsequenz, dass sich psychiatrische Diagnosen geradezu inflationär auf das Gebiet normaler seelischer Probleme bei Krisen ausdehnen, die nun einmal zum Leben gehören und die häufig durch Eigeninitiative bewältigt werden könnten: durch Änderung des Lebensstils oder auch durch soziale Unterstützung. Das heißt, die Psychiatrie würde sich in eine Institution zur medizinischen Lösung aller Lebensprobleme verwandeln.

Diese Medikalisierung der Normalität wird jetzt schon erkennbar, zum Beispiel an dem immer

weiteren Anstieg der Psychopharmaka-Verordnungen.

(Folie 14)

Ich gebe nur das Beispiel des Anstiegs der Antidepressiva-Verordnungen seit den neunziger Jahren. Dieser ist sicher nicht durch eine Zunahme der Depressionen zu erklären, sondern dadurch, dass die Hersteller der Psychopharmaka ein Interesse haben, ihre Zielgruppen zu erweitern und auch leicht Erkrankte einer entsprechenden Behandlung zuzuführen.

(Folie 15)

Der amerikanische Psychiater Allen Frances, der übrigens selbst an der Weiterentwicklung von Diagnose-Systemen beteiligt war, warnte seit 2014 massiv vor solchen Konsequenzen, vor allem in seinem Buch mit dem passenden Titel *Saving Normal*, also: Retten wir die Normalität, Untertitel: „an insider’s revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life“.

Er wies dabei unter anderem auf Studien hin, denen zufolge in den USA die Diagnose ADHS [Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung] in den letzten 15 Jahren um das Dreifache zunahm, die Diagnose des kindlichen Autismus um das Zwanzigfache und die Diagnose der bipolaren Störung um das Vierzigfache.

Insgesamt erhalten inzwischen 83 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in den USA irgendwann die Diagnose einer psychischen Störung, bevor sie 21 sind, und natürlich auch entsprechende Psychopharmakabehandlung. Hier scheinen alle Dämme der Vorsicht und der Zurückhaltung gebrochen zu sein.

(Folie 16)

Mit dem 2013 erschienenen DSM-V setzte sich diese Entwicklung weiter fort, nämlich durch die Einführung neuer Diagnosen, zum Beispiel die „Disruptive Mood Dysregulation Disorder“, was nichts anderes bezeichnen soll als Wutausbrüche bei Kindern, oder die „leichte neurokognitive Störung“, unter der sich auch die normale Altersvergesslichkeit fassen lässt (denn mindestens bei der Hälfte der von dieser leichten Störung Betroffenen entwickelt sich nie eine Demenz), oder die „somatische Symptomstörung“, unter der nun viele Patienten mit körperlichen Erkrankungen künftig als psychisch krank aufgefasst werden können.

(Folie 17)

Eine weitere Ausweitung ergab sich durch die Absenkung der Diagnoseschwellen für bestimmte Störungen, zum Beispiel ist das oft diskutiert worden, bei der Trauerreaktion. Bislang galt, dass wenigstens zwei Monate nach dem Verlust vergehen mussten, bis eine Depression diagnostiziert werden konnte. Das Kriterium wurde dann fallen gelassen. Das heißt, dass eine mit einer starken Niedergeschlagenheit einhergehende Trauerreaktion jetzt unmittelbar nach dem Verlust als Depression diagnostiziert werden kann, also als psychiatrische Diagnose, die im Grunde aus dem Bereich der normalen Reaktion auf Lebensereignisse herausfällt.

(Folie 18)

Was also sollen wir unter psychischer Krankheit verstehen? Es ist kaum möglich, hier eine bündige und schlüssige Antwort zu geben. Aber es gibt Vorschläge, denen ich mich auch anschließen würde, einen engen Krankheitsbegriff zu wählen. Er besteht aus einer wesentlichen Beeinträchtigung vor allem lebensrelevanter Funktionen, wie

wir sie in der Psychiatrie häufig finden (also Orientierung, Gedächtnis, Sprache, Realitätsprüfung, Antrieb, Lebenswille, das wäre am ehesten der *disease* entsprechend), aber dazuzunehmen wäre ein erhebliches subjektives Leid (*illness*) oder eine erhebliche Beeinträchtigung des sozialen Lebens, der sozialen Teilhabe (*adjustment disorder*). Das wäre ein Kernbereich.

Daneben könnte der Begriff der Störung weiterhin verwendet werden, um anhaltende Leidenszustände oder Einschränkungen der sozialen Teilhabe zu bezeichnen, die nicht krankheitswertig, aber doch einer psychotherapeutischen Behandlung zugänglich sind und auch von den Krankenkassen finanziert werden könnten. Man könnte auch etwas allgemeiner von *mental health problems* sprechen, die ein ausgeweitetes, aber eben nicht pathologisierendes Verständnis der psychischen Problematik beinhalten würden.

Jedenfalls erscheint eine eher konservative Grenzziehung zwischen psychischer Krankheit und Gesundheit auch deshalb wichtig, weil sie Menschen bestärkt in ihren Fähigkeiten, in ihren Ressourcen, selbst erfolgreich mit den Herausforderungen des Lebens und den damit einhergehenden psychischen Belastungen fertig zu werden. Von den ungezählten Problemen des Lebens sind bei Weitem nicht alle psychische Krankheiten, und nicht alle psychischen Störungen sind ein chemisches Ungleichgewicht im Gehirn und lassen sich durch Tabletten beseitigen. Das ist eine kurze Skizze möglicher Lösungsvorschläge.

(Folie 19)

Ich möchte abschließend noch auf eine andere Form der Medikalisierung von Normalität zu sprechen kommen, die auch in den Fragen an die Gutachter angesprochen wurde, nämlich die Frage des Enhancements und im Extrem der transhumanistischen Optimierung des Menschen.

Forderungen nach einem neuropsychiatrischen Enhancement, also der Steigerung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, der Vigilanz, der Stimmung, des Glückserlebens und sogar der Moralität des Menschen, haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend verbreitet. Im Grunde betrachten sie bislang zur *Conditio humana* gehörende Begrenzungen und Leiderfahrungen als zu überwindende Defizienzen der menschlichen Natur. Damit stellen sie die anthropologische Normalität selbst in Frage.

(Folie 20)

Der Transhumanismus sieht im Menschen ein blindwüchsig entstandenes und daher schlecht konstruiertes, fehlerhaftes Produkt der Evolution, und jeder Mensch sollte das Recht erhalten, seine psychischen und physischen Möglichkeiten, sein Geschlecht, sein Aussehen, seine Intelligenz nach eigenem Wunsch bestimmen und erweitern zu können. Das ist ein ganz neues Verständnis von Normalität: nämlich Normalität als Krankheit, die überwunden werden muss. „Die Menschheit ist somit selbst eine Krankheit, und wir müssen jetzt darangehen, uns von ihr zu heilen“, so eine Extremposition des Transhumanisten Robert Ettinger.

Ich habe in meinem Buch zur Verteidigung des Menschen demgegenüber argumentiert, dass wir die Normalität der *Conditio humana* nicht aufgeben können. Denn sie enthält zum einen eine Proportioniertheit der menschlichen Fähigkeiten, die sich im Verlauf der Evolution herausgebildet hat, also die Balance zwischen Erinnern und Vergessen, zwischen Konzentrationsfähigkeit und Offenheit für Neues, zwischen Freude und Leid usw. Jede denkbare Optimierung gerät hier bei Licht gesehen rasch in Einseitigkeiten und Zielkonflikte, die in der Evolution zum Menschen in einen gewissen Ausgleich gebracht worden sind.

(Folie 21)

Zum anderen würden wir mit der Aufgabe der anthropologischen Normalität die Basis verlieren, von der aus wir so etwas wie eine Verbesserung überhaupt bezeichnen könnten. Wir wüssten dann nicht mehr, was eigentlich das Gute oder das Beste sein soll, das eine Optimierung anstreben könnte oder sollte. Das würde völlig aus dem Bereich des medizinischen Denkens, der medizinischen Tätigkeit hinausführen, die ja immer auf eine Restitution von Normalität gerichtet ist, auch wenn es hier häufig um Weiterentwicklungen geht. Aber alles Enhancement und Reengineering der menschlichen Natur orientiert sich immer noch an unseren jetzigen Vorstellungen vom Guten, vom Glück, und ohne ihre Basis in unserer jetzigen Natur verlören alle solchen Bestrebungen ihren Sinn und Halt. Gäben wir diese Basis auf, dann gäbe es keinen archimedischen Punkt mehr, an dem man die trans- oder posthumane Welt noch befestigen könnte.

Das als eine kurze Stellungnahme zu einem ganz anderen Verständnis von Medikalisierung oder Überwindung von Normalität. Wir sehen auch hier, dass wir es uns bei aller berechtigten Kritik an der Normalität nicht zu leicht machen sollten, denn letztlich werden wir sie nicht los, ohne dass wir in erhebliche Folgeprobleme und in eine Desorientierung geraten, die uns nicht mehr erkennen lässt, worin eigentlich das Gute liegt, nach dem wir doch suchen.

(Folie 22)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit zu diesen Überlegungen.

**Susanne Schreiber (28:47)**

Ganz herzlichen Dank, lieber Herr Professor Fuchs, für Ihre spannenden Ausführungen. Es



gibt sicherlich im Ethikrat dazu viele Fragen, und ich möchte damit die Diskussionsrunde eröffnen.

**Wolfram Henn (29:06)**

Herzlichen Dank. Ich habe Ihre Ausführungen so verstanden, dass Sie dafür werben, gerade in der Psychiatrie den Krankheitsbegriff enger zu fassen, als das in den letzten Jahren üblich geworden ist.

[Thomas Fuchs: nickt]

Ich als klinischer Genetiker fürchte, dass wir da gerade im Kontext der prädiktiven Medizin aber auch in eine Falle laufen können, falls wir nämlich – ich denke jetzt zum Beispiel an die Huntington-Krankheit – Menschen, die Krankheitsdispositionen haben, die noch nicht klinisch in Symptomen manifestiert sind, durch eine prädiktive Einordnung, was auf sie zukommt, ein starkes subjektives Leidensgefühl erleben, aber noch nicht in die Kategorie Krankheit hineinfallen. Wir sollten wir mit diesen Menschen umgehen?

**Thomas Fuchs (29:55)**

Danke für die Frage. Das betrifft in der Psychiatrie durchaus wichtige Fragen der Prävention, der Früherkennung, die genau diese Ambivalenz mit sich bringen. Wie gehen wir mit dem Risiko um, das Menschen tragen? Das kann man genetisch manchmal identifizieren. Bei Chorea Huntington ist es natürlich viel besser möglich als bei psychiatrischen Krankheitsbildern, wo wir uns mit der Genetik äußerst schwertun. Die Genetik der Schizophrenie ist ein aussichtsloses Unterfangen. Die Gene, die wir da identifizieren können, sind nur für eine Varianz von 2 bis 3 Prozent verantwortlich. Da wird es mit der genetischen Voraussage sehr schwierig oder unmöglich, aber bei Chorea Huntington ist es mit dieser Frage natürlich an-

ders. In der Schizophrenie wären es eher die frühen Symptome, die noch keine Erkrankung beinhalten, aber so eine Art „Risk“-Symptomatik beinhalten, die eine entsprechende Prognose möglich machen.

Wie ist es mit Prognosen oder Voraussagen? Wir müssen hier eine Abwägung treffen zwischen der erheblichen Belastung, die für Menschen mit so einem Risiko verbunden sein kann, wenn sie von diesem Risiko wissen, und auf der anderen Seite den Möglichkeiten der Prävention, der Vorbeugung oder des Sicheinstellens auf eine mögliche Erkrankung. Hier gibt es kein Entweder-Oder, sondern nur die Möglichkeit, von der Situation der Betroffenen abhängig zu machen, wie weit man ihnen eine solche prädiktive Diagnostik erstens empfiehlt, vorschlägt, und wie weit man dann auch in der Information geht.

Zunächst mal ist der Vorschlag und die freiwillige Zustimmung das Entscheidende: Möchte der Patient, die Patientin tatsächlich wissen, was auf ihn zukommt, oder möchte er lieber ohne dieses Wissen leben? Von einer Erkrankung in diesem Sinne schon zu sprechen wäre selbst bei Chorea Huntington sicher nicht angemessen. Man würde von einem Risikobereich sprechen, der eine prospektive, eine Prognose zulässt und vielleicht auch entsprechende präventive Maßnahmen ermöglicht, der aber auf keinen Fall zu einer Pathologisierung dieser Zustände führen darf. Das gilt für die Psychiatrie ganz genauso.

Sie sehen: Ich habe hier kein Patentrezept anzubieten, aber es spricht nichts dagegen, von Krankheit in einem engeren Sinne nur zu sprechen, wenn diese Vulnerabilität oder Veranlagung tatsächlich zu einer Erkrankung geführt hat.

### **Steffen Augsberg (33:14)**

Lieber Herr Fuchs, herzlichen Dank für die interessanten Ausführungen. Es ist eine schöne Beobachtung, das Zitat von Karl Jaspers zur Vulnerabilität der Normalität an den Anfang zu stellen. Das ist für den Ethikrat auch deshalb interessant, weil wir eine lange Stellungnahme zur Pandemie geschrieben haben, wo uns insbesondere die Normalität der Vulnerabilität beschäftigt hat, also die Konstellation, dass wir alle in unterschiedlichen Lebenssituationen mehr oder weniger vulnerabel sind. Das spielt wahrscheinlich hier in so einen Wechselwirkungsbezug mit hinein.

Sie haben den, wie Sie es nennen, konservativen Krankheitsbegriff als Kombinationsformel verwendet. Da würde ich gern mit drei kurzen Rückfragen zu den Einzelbestandteilen ansetzen, inwieweit das möglicherweise Probleme aufwirft.

Das eine ist die Idee der Selbstentfremdung oder Selbstentmächtigung und die Vorstellung, dass das wirklich ein Selbst ist, von dem wir da sprechen. Das scheint mir keineswegs selbstverständlich, genauso wenig wie ich das subjektive Leiden, was es zweifelsohne gibt, als im Bereich der Psychiatrie leicht nachweisbar ansehen würde, weil – darauf haben Sie mit Blick auf Allen Frances auch hingewiesen – die Konstellation häufig ist, dass die Alternative auch Leiden verursacht. Also eine Medikalisierung, die aus Sicht der Betroffenen auch eine Selbstentfremdung mit sich bringt, ist ebenfalls oder vielleicht stärker leidverursachend.

Hinter der Disease-Konstellation steht, glaube ich, die Vorstellung, dass man das besser nachweisen kann, indem man auf chemische Analysen, bildgebende Verfahren und Ähnliches abstellt. Die Frage, die ich mir stelle: Ist das nicht eigentlich so ein Taschenspielertrick? Wenn man sagt: „Jetzt wissen wir, was da normal ist“, wie

sich das normalerweise im Gehirn zu verteilen hat, welche Bereiche dort aufzuleuchten haben, wenn wir folgende Stimulanzen angeben oder Ähnliches, ist das nicht letztlich wieder genauso eine Vorstellung von Durchschnittlichkeit, die aber verbunden wird mit modernen technischen Verfahren?

Schließlich zu dem Begriff *adjustment disorders*: Da finde ich interessant, dass man das als weichere Form, die stärker auch dieses Kontinuum in den Blick nimmt, verwendet, dass aber doch zumindest semantisch *disorder* viel härter ist: Da wird gegen eine Ordnung verstoßen. Das ist nicht nur eine Abweichung von einem Durchschnittswert, sondern da ist sprachlich gesehen ein echter Vorwurf drin, den ich in den anderen Bereichen nicht so sehe. Danke schön.

### **Thomas Fuchs (36:00)**

Vielen Dank. Das waren verschiedene Fragen. Zunächst die Frage nach dem Selbst, Selbstentfremdung, Selbstentmächtigung. Da würde ich als Phänomenologe dafür plädieren, die Erfahrung sehr ernst zu nehmen, die Menschen in einer psychischen Erkrankung machen, nämlich die, dass ihnen nicht von außen irgendetwas passiert oder in ihrem Gehirn etwas nicht stimmt, sondern dass sie selbst in ihrem Kern erfasst, erschüttert sind, weil die Möglichkeit der kohärenten Erfahrung, der Selbstwirksamkeit, Selbstmächtigkeit in Frage gestellt oder aufgehoben ist. Das ist die verstörende und im Kern auch psychiatrische Symptomatik, die einen Patienten in die Behandlung führt. Dieses Selbst und die Selbstentfremdung gibt es durchaus, und sie ist ein Kern dessen, was wir in der Psychiatrie erleben und auch behandeln.

Die Frage, ob Medikalisierung ebenfalls zu einem Leiden führt, würde ich auf jeden Fall bejahen.

Das ist ja Allen Frances' Kritik gewesen: Die Medikalisation, zumindest im Sinne einer generalisierten Diagnostik, die alles als Störung beschreibt, ist für die Betroffenen eine stigmatisierende, möglicherweise diskriminierende Erfahrung; deswegen auch meine Kritik an dieser Ausweitung. Dass der Begriff der Störung das gerade in Deutschland auch nicht viel besser macht, würde ich sofort zugeben. Ich bin auch nicht für die Aufgabe des Krankheitsbegriffs, aber er lässt zumindest die Möglichkeit zu (im Englischen klingt *disorder* etwas milder), dass diese Störung auch in den Beziehungen liegt, dass es Resonanzstörungen, Beziehungsstörungen gibt, dass die Erkrankung also nicht im Patienten selbst zu finden ist, sondern in der Interaktion. Das gilt letztlich für alle psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen, dass es immer Störungen der Beziehungen, der Kommunikation mit anderen gibt. Die Erkrankung ist nie einfach im Patienten zu lokalisieren, sondern manifestiert sich in den Beziehungen.

Der Störungsbegriff ist auch nicht ideal, um die leichteren Formen von Erkrankungen zu bezeichnen, aber es gibt zumindest die Möglichkeit, ein weiteres Spektrum anzusprechen, das nicht gleich mit dem Krankheitsbegriff identifiziert und damit auch häufig stigmatisiert werden kann. Es ist kein befriedigender Begriff, aber er ist üblich geworden. Alle internationalen Klassifikationsmanuale haben den Störungsbegriff statt den Krankheitsbegriff gewählt.

Die Vorstellung, dass wir solche Erkrankungen oder Störungen über Biomarker oder Gehirnmechanismen identifizieren könnten, ist zwar ein langes, über zehn, zwanzig Jahre verbreitetes Versprechen der biologischen Psychiatrie gewesen, hat sich aber nicht im Geringsten erfüllt. Wir haben keine Biomarker, keine Möglichkeit, psychische Krankheiten über objektivierende, sei es

physiologische oder neurophysiologische Marker oder Bildgebungen zu identifizieren. Dazu sind die Erkrankungen zu komplex. Sie spielen sich in einem Geflecht von vielen Bedingungen ab, die subjektiver, intersubjektiver, teils biologischer, teils sozialer, teils auch subjektiv-psychologischer Art sind, und lassen sich nicht auf eine biologische Basis reduzieren. Dieser Versuch ist gescheitert.

#### **Susanne Schreiber (40:21)**

Herzlichen Dank. Wir haben eine lange Rednerliste. Darum möchte ich Sie bitten, Ihre Fragen möglichst kurz und präzise zu formulieren.

#### **Volker Lipp (40:52)**

Dann sage ich nur kurz vielen Dank und reduziere meine Fragen auf eine. Sie haben in verschiedenen Kontexten die verschiedenen Funktionen oder Zusammenhänge angesprochen, in denen der psychiatrische Krankheitsbegriff eine Rolle spielt. In einem Beispiel geht es um die Finanzierung durch Krankenkassen, ein zweites war ganz am Schluss, als Sie Ihr Plädoyer für einen etwas konservativeren Krankheitsbegriff vorgestellt haben, dass man bei den *mental health problems* dann eine Therapiemöglichkeit eröffnen kann. Kurz gesagt: verschiedene Kontexte, die in unterschiedliche Richtungen weisen.

Meine Frage wäre: Ist es notwendig, für alle diese verschiedenen Zusammenhänge einen einheitlichen Krankheitsbegriff zu haben? Oder spricht etwas für eine Differenzierung? Wenn eine Differenzierung nötig ist, sollte man dann sagen: Krankheit einerseits, Störung andererseits, um Konnotationen auszuschließen? Spricht also aus Ihrer Sicht mehr dafür, einen einheitlichen Krankheitsbegriff zu haben, oder spricht mehr für eine begriffliche Differenzierung?

**Thomas Fuchs (42:17)**

Ich habe für eine Differenzierung plädiert, die aber den Krankheitsbegriff im Kern erhält, also ein konservatives Verständnis psychischer Krankheit, die sich aber auch nicht scharf abgrenzen lässt. Das gilt für alle Differenzierungen, die wir hier vornehmen. Ich glaube, das ist klar geworden: Wir werden dann nicht sagen können, dass wir entweder Krankheit oder nicht mehr Krankheit haben, sondern das sind unscharfe Übergänge, die aber nicht notwendig eine vollständige Homogenisierung, eine vollständige Dimensionalisierung erfordern und nahelegen. Davon halte ich nichts.

Aber die Möglichkeit, einen Kern von psychischen Erkrankungen zu bezeichnen, die auch „Krankheit“ genannt werden, die sich aber unterscheiden lassen von Störungen bis hin zu *mental health problems*, wie ich es genannt habe (man kann auch den Störungsbegriff sozusagen verdünnen und von *mental health problems* sprechen, die außerhalb des Kernbereichs psychischer Krankheiten liegen), diese Unterscheidung, diese Differenzierung scheint mir aus mehreren Gründen sinnvoll: Erstens gibt es tatsächlich diese kernpsychiatrischen Erkrankungen, die mit erheblicher Beeinträchtigung der Orientierung, Gedächtnis, Sprache, Realitätsprüfung, also dem Kern psychischer Funktionen zu tun haben und lebensrelevante Funktionen erheblich beeinträchtigen. Diese müssen aber unterschieden werden von den Abweichungen des seelischen Lebens, von einer gesunden Selbstverständlichkeit, die noch nicht in den Bereich des Medizinischen oder den Kern des psychiatrischen Krankheitsbegriffs fallen. Und diese müssten mit einem anderen Begriff bezeichnet werden, sei es *disorder* oder *mental health problems*, und müssten wiederum einer Behandlungsmöglichkeit zugänglich werden, denn sie sind mit erheblichem psychischem subjektivem

Leid verbunden, und es wäre nicht einzusehen, warum da nicht auch sinnvolle Psychotherapie ermöglicht und gegebenenfalls auch finanziert werden sollte.

**Elisabeth Gräß-Schmidt (44:43)**

Auch von meiner Seite vielen Dank für den Vortrag. Ich schließe an die Frage von Volker Lipp an, aber bezogen auf den Normalitätsbegriff und weniger auf den Krankheitsbegriff beziehungsweise die Frage, wie der Normalitätsbegriff im Verhältnis zum Krankheitsbegriff zu stehen kommt. Sie haben zwei gegenläufige Bestimmungen des Normalitätsbegriffs in Bezug auf die Krankheiten aufgezeigt: einmal als neue Richtung zur Verhinderung psychischer Besonderheit bei ADHS oder bipolarer Störung, auf der anderen Seite in der Selbstzuschreibung von Besonderheiten oder Abweichungen als nicht krankhaft. Das sind zwei gegenläufige Bestimmungen.

Meine Frage: Wie verortet sich da das Normalitätsverständnis? Sie haben gesagt, wir können darauf nicht verzichten, und haben den engen Krankheitsbegriff ins Spiel gebracht. Aber auch beim engen Krankheitsbegriff taucht das Normalitätsverständnis wieder auf. Braucht man auch einen Naturbegriff zur Bestimmung des Normalitätsverständnisses oder reicht da der Begriff der Störung und woran orientiert sich der Begriff der Störung? Die Störung ist ja ein funktionaler Begriff gegenüber dem Naturverständnis, was eher ein essentialistischer Begriff wäre. Meine Frage zugespitzt: Wie nimmt sich das Verhältnis von Essentialität und Funktionalität aus im Hinblick auf eine Bestimmung des Normalitätsbegriffs?

**Thomas Fuchs (46:27)**

Das ist eine tiefreichende, fundamentale Frage. Ich bin durchaus ein Vertreter der Vorstellung, dass es eine wenn auch variable und historisch überformbare menschliche Natur gibt, die sich auf

dem psychiatrischen Feld auch darin manifestiert, dass es die schwereren Störungen psychischer Funktionen gibt, die uns als Lebewesen in einer Umwelt und einer gemeinsamen Welt überleben lassen und auf die wir als Menschen angewiesen sind. Dazu gehört die Fähigkeit, sich im Raum zu orientieren, elementare Gedächtnisfunktionen zu erfüllen, aber auch die Realität von Imagination zu unterscheiden, ein elementarer Antrieb, ein Lebenswille, aber auch die Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen und eine gemeinsame Perspektive einzunehmen. Das sind grundlegende Bestandteile eines menschlichen Lebens, wie es sich vollziehen und überhaupt überleben kann. Da ist die Gemeinschaft, die Sozialität schon enthalten, aber in einer grundlegenden Weise, nämlich in der Lage zu sein, sich anderer bewusst zu werden und sich in sie hineinzusetzen.

Wenn wir diese zentralen psychischen Funktionen einer menschlichen Natur zuschreiben, dann schreiben wir die menschliche Natur damit nicht für alle Zeiten fest, aber wir haben eine Basis, von der aus sich alle sozialen, kulturellen Prägungen, Überformungen, Begrifflichkeiten und Konstruktionen anordnen lassen, die unseren Krankheitsbegriff und Störungsbegriff auch ausmachen, das ist keine Frage.

Wo ist hier der Begriff der Normalität zu verorten? Ich denke, dass wir hier auch verschiedene Begriffe anwenden können oder müssen und wir, wenn es diese menschliche Natur, eine grundlegende Funktionsfähigkeit des Psychischen gibt, von einer inhärenten Normalität sprechen müssen. Die Normalität in Form etwa meiner Wahrnehmung, dass ich jetzt plötzlich keine Halluzinationen entwickle, ist ja nicht etwas, was durch einen externen gesellschaftlichen Normalitäts- oder Durchschnittsbegriff geschaffen wird, sondern es ist eine meiner psychischen Teleologie inhärente Fähigkeit, Realität wahrzunehmen, ohne dass mir

Fantasien oder Halluzinationen dazwischenkommen. Das ist ein anderer Normalitätsbegriff als der, den wir brauchen, wenn wir von der Fähigkeit sprechen, sich in eine soziale Gemeinschaft einzufügen, mit anderen gut zurechtzukommen, sich auch die entsprechende Resonanz zu verschaffen, die wir brauchen. Da sind nicht die Kernbereiche des psychischen Funktionierens betroffen, sondern das betrifft das Selbstverständliche des alltäglichen Lebens und Zusammenlebens.

Wir sehen also: So ganz kommen wir hier mit einem einheitlichen Normalitätsbegriff nicht durch, sondern der muss wieder differenziert werden.

### **Andreas Lob-Hüdepohl (50:19)**

Herzlichen Dank, Herr Fuchs, für den hochinstruktiven Vortrag. Auch ich dampfe meinen Fragebedarf auf einen Themenkomplex ein.

Mit nachvollziehbar kritischem Unterton haben Sie, wie ich es nennen möchte, die Selbstnormalisierung eigentlich psychisch Erkrankter beschrieben mit dem Stichwort Neurodiverser oder die Pro-Ana-Bewegung und dergleichen. Das leuchtet mir auf der einen Seite ein, aber handelt es sich auf der anderen Seite tatsächlich um eine Selbstnormalisierung? Oder ist die Selbstnormalisierung ein Instrument, um aus der mit psychischer Erkrankung verbundenen Stigmatisierung in der Gesellschaft herauszukommen, und insofern erst mal sehr plausibel (auch wenn ich die kritischen Untertöne durchaus nachvollziehen kann)? Und umgekehrt: Ist nicht die Pathologisierung bestimmter Phänomene, beispielsweise Suizid, ein Ausweg gewesen für Menschen, die ja unter einem moralischen Stigma gelitten haben, also der Suizidant als der moralisch Böse (ich bin katholischer Moraltheologe), der Todsündige, und ist es insofern für diese Betroffenengruppe aufgrund ihrer Ausgrenzung eine Strategie, über eine Pathologisierung einen Ausweg zu finden?

### **Thomas Fuchs (51:46)**

Vielen Dank, Sie haben die kritischen Untertöne richtig herausgehört, aber ich möchte hinzufügen, dass ich die Bestrebungen der Betroffenen, durch eine neue Begrifflichkeit aus einer stigmatisierenden Zuschreibung herauszukommen, auf keinen Fall in Frage stellen möchte. Ich kann diesen Begriff des Neurodiversen durchaus nachvollziehen. Dann sind die nicht Neurodiversen eben die Neurotypischen. Wir kommen zwar nicht umhin, da auch bestimmte Beeinträchtigungen zu beschreiben, die Menschen mit einem Autismus in den sozialen Beziehungen haben. Aber das wird nicht nur ein Anderssein bleiben, denn hier sind bestimmte Fähigkeiten der sozialen Wahrnehmung nicht in der Weise gegeben, wie wir sie eigentlich brauchen, etwa die empathische Fähigkeit, Gesichtsausdruck wahrzunehmen. Aber das hindert dann nicht daran, dass die Betroffenen oder auch die Gesellschaft hier von einem Neurodiversen-Phänomen spricht und dass wir deswegen nicht den Krankheitsbegriff dafür verwenden müssen. Bei der Magersucht sehe ich es ein bisschen kritischer, denn hier kommen wir wirklich in den Bereich einer Selbstgefährdung.

Ich finde solche Bestrebungen sehr einleuchtend, und sie führen auch aus einer Selbststigmatisierung heraus. Wenn man sich selbst als in einer positivierten Weise mit seiner Schwierigkeit, seiner Beeinträchtigung auseinandersetzt, hat das immer auch einen Empowerment-Effekt, wie wir das in der Psychiatrie nennen.

Etwas anderes als Pathologisierung, wie Sie es genannt haben, klingt nicht gut. Aber ich habe betont, dass die Möglichkeit, Suizide einer psychischen Erkrankung zuzuschreiben, entlastend sein kann oder häufig entlastend ist. Deswegen bin ich für die Beibehaltung des Krankheitsbegriffs. Wir brauchen einfach für viele Menschen die Möglichkeit, sich nicht nur als schuldig, als Versager,

als gescheitert wahrzunehmen, sondern zumindest ein Stück dieser Schuld oder dieses Gefühls des Versagens abzugeben, zurückzuweisen und auf einen Prozess zu verweisen, den sie nicht mehr vollständig in der Hand haben. Das kann eben zum Suizid führen.

Also auch hier: Sie bekommen von mir keine eindeutige Entweder-Oder-Antwort. Aber wir brauchen die verschiedenen Aspekte, unter denen wir jeweils die Pole dieses Spektrums zwischen gesund und krank am besten beschreiben können, um dann jeweils die besten Lösungen für die spezifischen Probleme, Störungen, Krankheiten zu finden und die auch für die Betroffenen am besten akzeptabel zu machen.

### **Franz-Josef Bormann (54:50)**

Vielen Dank Herr Fuchs auch von meiner Seite für Ihren Vortrag. Ich schließe direkt an die Vorgängerfrage an. Die mögliche Entstigmatisierung haben Sie erwähnt; das ist ein positiver Begleiteffekt dieser begrifflichen Verschiebung. Ich frage jetzt mal aus der gesellschaftlichen Perspektive: Warum sind wir so begierig, das mitzuspielen als Gesellschaft? Das könnte ja ...

### **Thomas Fuchs**

Entschuldigung, was mitzuspielen?

### **Franz-Josef Bormann**

Genau diese Begriffsveränderungen mitzuspielen. Das ist ja ein vielschichtiges, von verschiedenen partikularen Interessen begleitetes Phänomen. Sie haben auf die mögliche entstigmatisierende Wirkung für die Betroffenen und auf die Interessen der Pharmaindustrie verwiesen etc. Es könnte doch aber auch sein, dass das der Gesellschaft beim Umgang mit psychisch belasteten Personen insofern ganz recht sein könnte, als man das auch zu einer Entsolidarisierung gut gebrauchen könnte. Wenn das Pathologische eben nicht

mehr krank ist, sondern nur noch eine Spektrumsverschiebung, dann ist doch auch die Frage gegeben: Warum soll man denn intervenieren? Warum soll man frühzeitig intervenieren? Damit sind auch all die anderen Probleme verbunden.

Meine Frage ist: Ist das nicht auch in ethischer, in medizinethischer Perspektive eine hoch ambivalente Angelegenheit? Also auf der einen Seite das Potenzial zur Befreiung, zur Entstigmatisierung, aber auf der anderen Seite die Gefahr der Entsolidarisierung der Gesellschaft mit den Betroffenen, sodass man das auch in die Betrachtung mit einbeziehen müsste. Vielen Dank.

#### **Thomas Fuchs (56:41)**

Auch das ist eine sehr komplexe Frage. Es ist völlig richtig: Eine mögliche Entsolidarisierung könnte eine Konsequenz sein, wenn wir den Krankheitsbegriff immer weiter aufweichen und das in ein stufenloses Kontinuum übergehen lassen. Dann ist jeder für sein Schicksal wieder selbst verantwortlich.

Ich habe eine ausgewogene oder balancierte Position zu vertreten versucht, nämlich dass wir die Eigenverantwortung von Menschen für leichtere psychische Probleme stärken sollten und das nicht mit psychiatrischen Diagnosen und Psychopharmaka-Behandlungen zu einem Expertenproblem werden lassen.

Auf der anderen Seite sind Krankheitsdiagnosen auch ein Schutz, eine Entlastung für die Betroffenen und ein Schutz, der sie zu Betroffenen von psychiatrischer Behandlung macht, die sie dringend brauchen. Wir haben im Zuge der Liberalisierung und der zunehmenden Betonung der Patientenautonomie oft eine Tendenz, dass Patienten fast nicht mehr behandelt werden können, wenn sie es nicht von sich aus fordern oder wünschen, sodass die Patienten oft nicht mehr den Schutz erhalten, den sie dringend brauchen, um nicht völlig

in ihre Erkrankung zu entgleiten und in eine schreckliche soziale und gesellschaftliche Lage zu geraten. Diesen Schutz bieten wir ihnen nicht mehr, weil wir das für ein Problem halten, das sie selber lösen müssen, denn sie sind nicht mehr eigentlich krank. Das wäre eine fatale Konsequenz.

Wir müssen also am einen Ende dieses Spektrums die Eigenverantwortlichkeit beachten und auch die Zuschreibung von Selbstmächtigkeit, und das am anderen Ende ausgleichen durch ein Schutzangebot. Wir brauchen auf der einen Seite eine Haltung der Verantwortung für den Patienten und auf der anderen Seite eine größere Verantwortlichkeit des Betroffenen.

#### **Annette Riedel (59:24)**

Herzlichen Dank, Herr Fuchs für den Vortrag. Ihr Satz, dass wir die Normalität nicht mehr loswerden, ist wunderbar. Das heißt, unsere Stellungnahme hat eine Relevanz.

Ich möchte auf einen Punkt eingehen, und zwar auf das Selbst- und Fremdbild. Das sind zwei Dimensionen und in der Konsequenz gibt es auch eine Vielfalt an Normalitäten. Wir haben uns in der Arbeitsgruppe auch mit diesen Begriffen beschäftigt. Gilt es die auszubalancieren oder braucht es immer beide im Sinne eines Korrektivs? Oder gibt es auch Konstellationen, wo man den Fokus auf das eine oder das andere legen sollte?

#### **Thomas Fuchs**

Ich habe es nicht ganz verstanden. Sie haben von Selbst- und Fremdbild gesprochen?

#### **Annette Riedel**

Genau.

#### **Thomas Fuchs**

Und mit welchen Begriffen verbinden Sie das jetzt?

**Annette Riedel**

Welche Rolle jeweils das Selbstbild oder das Fremdbild spielt, in welchen Konstellationen das eine stärker zu betrachten ist als das andere. Oder ist das immer gleichwertig im Sinne eines Korrektivs?

**Thomas Fuchs (1:00:37)**

Das Selbstbild wird dann zunehmend wichtig, wenn von psychischen Störungen oder Problemen betroffene Menschen die größere Verantwortlichkeit haben und behalten sollten. Dann kann man ihnen auch mehr Selbstreflexivität zuschreiben, also mehr Fähigkeit zur Stellungnahme zu sich selbst. Dann wird das Selbstbild, also wie ich zu mir selbst stehe, entsprechend wichtiger sein.

Bei einer zunehmenden Verschiebung in den Bereich von Selbstentmächtigung und Selbstverlust, wie wir es in schwereren psychischen Erkrankungen finden, brauchen wir die Mitverantwortung, wie ich es genannt habe. Da wird das Fremdbild wichtiger, also das Bild oder die Wahrnehmung, die wir vom Patienten, vom Kranken haben.

Natürlich spielt das Verhältnis zwischen Selbst- und Fremdbild bei allen psychischen Störungen eine Rolle, auch bei leichteren psychischen Störungen, wenn Sie zum Beispiel die soziale Phobie nehmen, die sicher keine schwere Erkrankung ist. Da spielt die Dialektik von: Wie nehme ich mich selbst und wie nehmen mich die anderen wahr, wie ist also das Fremdbild, das ich antizipiere, eine entscheidende Rolle.

**Annette Riedel (1:02:09)**

Danke, Herr Fuchs, auch noch mal für den Bogen zur Verantwortlichkeit.

**Mark Schweda (1:02:21)**

Danke, lieber Herr Fuchs. Ich muss noch mal zurück in die Tiefen, die Elisabeth Gräß-Schmidt

mit ihrer Frage aufgerissen hat. Ich fand den Begriff der anthropologischen Normalität spannend, auch für unsere Diskussion hier, habe mich aber ein bisschen gefragt und möchte nachhaken, wie Sie den genau konzeptualisieren und wo Sie den hernehmen.

Zunächst klang das für mich ein bisschen transzendental begründet: Wir brauchen den halt, der ist die Bedingung der Möglichkeit für bestimmte medizinisch-psychiatrische Praxen der Diagnostik, der Therapie und selbst des Enhancements noch. Später klang es dann stärker naturalistisch ausgedeutet: Das ist etwas, was es da draußen gibt. Sie haben auch von der psychischen Teleologie gesprochen. Das klang schon fast aristotelisch. Also wie fassen Sie den Begriff? Woher kommt er? Das kann ja auch schnell ungemütlich werden, wenn man von anthropologischer Normalität spricht.

**Thomas Fuchs (1:03:26)**

Ja, es ist nicht mehr sehr zeitgemäß, da haben Sie völlig recht. Aber ich würde mich nicht scheuen, hier eine neoaristotelische Position zu vertreten und zu sagen: Die menschliche Lebensform ist eine, die sich natürlich evolutionär herausgebildet hat, gar keine Frage, aber die eine Art Passung zwischen der Ausstattung der Menschen und ihrer natürlichen und sozialen Umwelt mit sich gebracht hat. Das ist diese Vorstellung des Uexküll'schen Umweltbegriffs: Ein Lebewesen hat die zu ihm passende Umwelt, und in diese Nische ist das Lebewesen eingebettet. Und auch wenn unsere Nische durch kulturelle Entwicklungen natürlich viel variabler ist, als das im Tierreich der Fall ist (wir schaffen und verändern unsere ökologische Nische), bleibt trotzdem eine grundlegende Passung, die wir als Lebensform, wie sie



sich in der Evolution entwickelt hat, erreicht haben oder erreichen, mit der zu uns gehörigen ökologischen Umwelt.

Diese Passung kann man als eine Form der anthropologischen Normalität beschreiben, und an dieser grundlegenden Passung hat sich in den letzten fünfzig- oder hunderttausend Jahren nichts geändert. Dass wir sprachbildende Wesen sind, dass wir uns über Sprache gemeinsam auf die Umwelt beziehen können, das sind Grundkonstanten, die wir natürlich nicht in den nächsten Hunderttausenden von Jahren fortschreiben müssen, aber die uns als eine Lebensform ganz wesentlich ausmachen. Dazu würde ich schon stehen, auch wenn das neoaristotelisch ist und keineswegs die Variabilität bestimmter Formen des menschlichen Lebens und des menschlichen Umgangs miteinander ausschließt. Das ist sehr umstritten heute, ich weiß, aber ich würde diesen Kern einer menschlichen Lebensform durchaus im neoaristotelischen Sinne vertreten.

### **Mark Schweda**

Es ist ja nicht schlimm, Neoaristoteliker zu sein. Das darf man machen. [Lachen]

### **Thomas Fuchs**

Genau. [lacht]

### **Ulrich Demuth (1:06:23)**

Lieber Herr Fuchs, vielen Dank für den interessanten Vortrag. Ich habe eine Frage zur Borderline-Störung. Das ist, wie der Name schon sagt, eine Störung. Inwieweit ist das bezogen auf das psychiatrische Behandlungsbild eine manifeste Erkrankung? Soweit ich gehört habe, ist es relativ schwer, aus diesem Krankheitsbegriff wieder herauszukommen.

### **Thomas Fuchs (1:06:53)**

Ja, da treffen Sie schon auch eine Verlegenheit, denn ob wir jetzt den Begriff der Störung oder der

Krankheit verwenden sollen, könnten wir lang diskutieren. Bleiben wir einfach bei dem Begriff, wie er sich herausgebildet hat: der Borderline-Störung. Sie ist historisch oft in einen Zusammenhang mit der Psychose gebracht worden. Das hat man aber aufgegeben. Insofern handelt es sich eben doch um eine schwere Auffälligkeit der Persönlichkeit, aus der man übrigens durchaus wieder herauskommen kann, herauswachsen kann, könnte man sagen, weil sich die Störung häufig nach 10, 15, 20 Jahren nach und nach verliert, sich auswächst, wenn man so will.

In der Störung selbst haben wir es mit sehr schwerwiegenden Störungen der Gefühlsregulation zu tun und der Fähigkeit, sich im sozialen Verband in einer emotional angemessenen Weise mit anderen auszutauschen und zu verständigen. Diese Störung ist so schwer, dass die Betroffenen massiv darunter leiden und auch schwere Selbstverletzungen bis hin zum Suizid begehen.

Wir haben es also nicht mit einer klassischen psychiatrischen Erkrankung zu tun, weil sie nicht die zentralen Funktionen von Orientierung, Gedächtnis, Realitätswahrnehmung oder Selbsterleben im zentralen Sinne betrifft, wie bei der Schizophrenie, aber mit einer sehr schweren Veränderung oder Störung der Persönlichkeit, die meist auf eine Traumatisierung zurückgeht. Es liegt hier wirklich an einem Pol der Störungen, der nahe an den Krankheitsbegriff heranreicht.

### **Ulrich Demuth**

Inwieweit besteht die Gefahr, dass durch die Freigabe von Cannabinoiden oder von Drogen dieses Krankheitsbild oder diese Störung verstärkt wird?

### **Thomas Fuchs**

Soweit wir das sagen können, gibt es nicht die unmittelbare Gefahr einer Verstärkung, wie sie ansonsten bei Psychoseveranlagung besteht.

Borderline-Patientinnen sind aber durch Drogen häufig in einer Art Selbstmedikation und versuchen damit ihre überwältigenden Gefühle zu lindern. Das kann sekundär durchaus nachteilige Folgen haben.

**Petra Bahr (1:09:44)**

Danke gab es genug, jetzt ein Moment der Trauer, dass wir keine Zeit haben, über den Transhumanismus zu reden und den konsequenten Versuch, die anthropologische Normalität von innen aufzusprengen. Deswegen eine vielleicht einfacher zu beantwortende Frage: Sie haben zwei gegenläufige Dynamiken beschrieben: die Positivierung des Anormalen oder der Störung auf der einen Seite und die Medikalisierung des Normalen auf der anderen Seite. An diesem Kreuzpunkt stehen Sie oder steht der Arzt, die Ärztin, vielleicht auch der Philosoph, die Philosophin. Was bedeutet das für das Selbstverständnis an dieser Position?

**Thomas Fuchs (1:10:23)**

Oh, das ist eine fast schon persönliche Frage. Ich halte die Medikalisierung von Störungen tatsächlich für eine hochproblematische Entwicklung, der wir als Psychiater entgegentreten sollten. Auf der anderen Seite findet ich die überbordende Positivierung von Störungen ebenso problematisch. Hier brauchen wir eine Möglichkeit, das Empowerment der Betroffenen zu stärken, aber ohne dass hier eine völlige Positivierung oder gar Umkehrung erfolgt, wie ich es am Beispiel der ProAna-Bewegung dargestellt habe. Der Psychiater oder die Psychiaterin haben die Aufgabe, die Betroffenen auch in leichteren psychischen Störungen zu unterstützen, aber ohne sie zu pathologisieren und ohne das zu einem medizinischen Problem zu erklären. Deswegen habe ich ja betont, dass es sich hier am ehesten um psychotherapeutisch behandelbare und behandlungsbedürftige Störungen handelt.

**Stephan Kruip (1:11:53)**

Auch von mir herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. Sie haben die Definition von Krankheit schon eingegrenzt: Es geht nicht um die Normalverteilung, sondern um die Erfahrung von Störung. Was mich interessieren würde: Was ist mit krankheitsbedingten positiven Abweichungen von der Normalverteilung?

Karl Jaspers hatte eine schwere Lungenerkrankung. Er war nicht nur Arzt und Psychotherapeut, sondern auch Patient und hat stundenlange Therapien machen müssen. In der medizinischen Literatur gibt es Hinweise, dass er vielleicht Mukoviszidose hatte, wie ich. Deswegen ist mir seine Autobiografie sehr nahegegangen. Er hat gesagt: „Nur die Krankheit hat mich ein wenig zum Nachdenken gebracht. Ohne sie wäre ich ein dummer Esel geblieben.“ Das ist etwas, was ich auch für mich geltend machen würde, und es gibt viele Beispiele für positive Auswirkungen von Erkrankungen, zum Beispiel als Folge eines Gehirntumors die Synästhesie. Mein Sohn sieht Klänge und ist dann zum Jazzmusiker geworden, als Folge eines Gehirntumors. Wie wirken sich solche Beobachtungen auf die Begriffe von Krankheit und Normalität aus?

**Thomas Fuchs (1:13:01)**

Vielen Dank. Das ist ein Punkt, den ich nicht angesprochen habe. Insofern ist es gut, dass Sie es getan haben.

Natürlich gibt es auch bei psychischen Erkrankungen und Störungen die Möglichkeit der Selbststellungnahme und der Verarbeitung, die manchmal unerhört kreative Leistungen mit sich bringen. Gerade in der Psychose ist ja die Kunsttherapie, die künstlerische Produktion – wir haben in Heidelberg die Sammlung Prinzhorn, eine Sammlung von Werken psychisch Kranker aus der letzten Jahrhundertwende, also um 1900, die

erstaunliche Fähigkeiten offenbaren, die Menschen in ihren teilweise chronischen Erkrankungen entfaltet haben.

Diese Möglichkeit der Umwandlung, Transformation von Leiden und Leiderfahrungen in etwas Kreatives und in besondere Fähigkeiten, die andere so vielleicht nicht haben, gibt es zweifellos. Wir sollten sie auf jeden Fall fördern und unterstützen, uns allerdings von einer Romantisierung fernhalten, die dem psychisch Kranken die höheren genialen Fähigkeiten zuspricht, die andere vielleicht in der Form nicht haben. Das hat Hans Prinzhorn zum Teil getan. Da muss man vorsichtig sein. Aber sonst gibt es diese Positivierung von Anomalität durchaus auch aus dem Leben der Betroffenen heraus.

#### **Helmut Frister (1:14:45)**

Vielen Dank auch von meiner Seite für den instruktiven Vortrag. Ich wollte noch mal auf den Krankheitsbegriff zurückkommen. Mir hat eingeleuchtet, dass man den prinzipiell eng fassen muss. Mir hat auch eingeleuchtet, wie Sie das umschrieben haben mit Selbstentmächtigung, mit Verlust der zentralen Fähigkeiten und auch der Kohärenz des Erlebens. Meine Frage ist, ob man mit einem solchen Krankheitsbegriff wirklich alle klassischen anerkannten psychischen Krankheiten erfasst. Sie haben ja darauf hingewiesen, dass sich zum Beispiel bei der Manie jemand selbst nicht als krank erlebt. Kann man die Manie überhaupt noch unter diesen engen Krankheitsbegriff fassen?

#### **Thomas Fuchs (1:15:37)**

Ja, ich wollte schon nach Beispielen fragen, an die Sie denken, wenn Sie sagen, das passt vielleicht nicht alles unter diesen engeren Begriff. Die Manie passt insofern, als sie zwar kurzfristig mit einem gesteigerten Lebensgefühl verbunden ist,

also nicht unbedingt ein subjektives Krankheitserleben beinhaltet, aber über einige Zeit hinweg zu einer erheblichen Überforderung aller Ressourcen der Betroffenen, sowohl in körperlicher als auch in sozialer Hinsicht führt, und zum Teil fürchterliche Folgen für die Betroffenen hat. Weil sie die Realität nicht mehr richtig einschätzen können, die ihre eigene Begrenzung hat, und auch ihre Selbstbegrenzung nicht mehr richtig einschätzen können. Hier muss man die weiteren Folgen mit hinzunehmen, die oft unmittelbar auftreten und keineswegs einer äußeren Zuschreibung entstammen. Die Betroffenen merken das auch und geraten dann in eine umgekehrte Verfassung, nämlich in die Depression, weil sie sich in dieser Weise überfordert haben. Ich glaube, hier gäbe es keine Probleme mit dem Krankheitsbegriff.

#### **Susanne Schreiber (1:16:53)**

Dann ist es mir eine große Ehre, unseren zweiten Referenten vorzustellen: Herrn Professor Friedrich Balke. Er ist Professor für Medienwissenschaft am Institut für Medienwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum. Ihrem Lebenslauf habe ich entnommen, dass Sie Deutschland etwas bereist haben: Sie waren unter anderem in Siegen und in Potsdam und hatten vor Ihrer Professur in Bochum die Professur für Geschichte und Theorie künstlicher Welten an der Bauhaus-Universität Weimar inne. Ich freue mich auf Ihren Vortrag.

#### **Friedrich Balke · Ruhr-Universität Bochum (1:17:37)**

(Folie 1)

Herzlichen Dank. Ich bin Herrn Fuchs dankbar für seinen Beitrag (wie wir alle), weil er eine Reihe von Aspekten angesprochen hat, die das Problem des Verhältnisses von Normalität und

Normativität betreffen. Da werde ich mich auch ein bisschen abarbeiten.

Obwohl ich ein bewundernder Leser Michel Foucaults bin, erwähne ich ihn an der Stelle nur kurz, weil er als Schüler von George Canguilhem einen wichtigen Beitrag geleistet hat zur Geschichtsschreibung von psychiatrischen Konzepten, aber auch von Praktiken, die mit der Psychiatrie verbunden sind. Es wird ja nicht nur diagnostiziert, sondern mit den Leuten wird auch in einer bestimmten Weise verfahren: Sie werden an bestimmten Orten therapiert und da möglicherweise auch gehalten. Diese Fragen spielten bei Foucault eine große Rolle.

Vor diesem Hintergrund wird mein Fokus heute auf der Frage liegen, wie es Normalisierungsprozessen (ich spreche lieber von Normalisierungsprozessen statt von Normalität) gelingt, aus bestimmten Bereichen wie der Medizin und der Psychiatrie auf die Sozialität insgesamt auszustrahlen. Das wird eine Rolle spielen, wobei ich aber auch auf Aspekte zurückkommen werde, die Herr Fuchs angesprochen hat.

(Folie 2)

Normalisierungsprozesse, wie ich sie heute thematisiere, sind keine primär mentalen Vorgänge, also Prozesse, die sich exklusiv in unseren Köpfen abspielen. Es handelt sich um konkrete Praktiken, mit denen moderne Gesellschaften sich selbst steuern und regulieren. Im Begriff der Normalisierung ist dieser Vorgangs- und Vollzugscharakter der Normalität bereits angedeutet.

Normalität ist längst zu einem Wort der Alltagskommunikation geworden. Das ist immer auch ein Symptom, was uns zu denken geben sollte, also: Ist das noch normal? Inzwischen spricht man auch von „dem neuen Normal“. Das ist Ihnen vielleicht in der Berichterstattung, in den Medien schon öfter begegnet.

(Folie 3)

Obwohl der Begriff „Normalität“ allgegenwärtig ist, beginnt seine Karriere in den Lebens- und Sozialwissenschaften des 19. Jahrhunderts. Emile Durkheim, Auguste Comte und Alfred Quételet übertrugen das dem französischen Mediziner François Broussais zugeschriebene Prinzip einer Kontinuität zwischen gesunden und krankhaften, physiologischen und pathologischen Zuständen auf das Feld des Sozialen. Die Phänomene, die die Pathologie untersucht, sind nicht wesensmäßig anderer Art als die der Physiologie.

Durkheim schloss als Soziologe daraus, dass zum Beispiel die Kriminalität oder der Selbstmord ein „normales Phänomen“ sei, zur großen Empörung seiner damaligen Gegner, die nicht verstanden, dass er damit nicht signalisieren wollte, dass diese Phänomene abweichenden Verhaltens einfach hinzunehmen seien, sondern dass diese Verhaltensweisen, so sehr sie auch moralisch zu verurteilen und gegebenenfalls, im Falle der Kriminalität, juristisch zu verfolgen sind, eben im Durchschnitt der Gesellschaft vorkämen. Das hat als Provokation gewirkt. Ich erwähne diesen Moment in der historischen Theoriebildung, weil er charakteristisch für eine gewisse provokative Dimension ist, die in Normalisierungsprozessen angelegt ist.

Die Akteure der Normalisierung sind Experten, die Techniken zu handhaben verstehen, mit denen eine Gesellschaft Wissen über sich selbst erzeugt, genauer Daten. Anders als eine Norm, die messerscharf Erlaubtes von Verbotenem trennt, etabliert die Normalität eine mehr oder weniger breite Zone normalen, akzeptablen Verhaltens, die zu ihren Rändern hin immer stärker anormal eingefärbt ist.

(Folie 4)

Normalisierungsdispositive beruhen auf der uneingeschränkten Verdattung eines sozialen Feldes, der Berechnung von Durchschnittswerten, die die jeweilige Normalitätszone definieren, der Bestimmung eines Toleranzbereichs (die noch akzeptable Abweichung vom Durchschnitt) und im letzten Schritt der Festlegung einer Grenze, die aber prinzipiell flexibel ist und (da nehme ich die Diskussion auf, die wir hatten) aus dieser Perspektive nicht in irgendeiner ‚Natur‘ begründet ist, also einer Grenze, jenseits derer die Zone der Anomalität beginnt und ein Gegensteuern nötig wird.

Bei vielen unsere Gesellschaft betreffenden Entwicklungen muss diese Grenze zuallererst austariert werden. Sie ist in der Regel zwischen Expert:innen strittig und bestimmt weite Teile des öffentlichen Diskurses. Und was wir vorhin diskutiert haben rund um die Frage nach dem Verhältnis von Krankheit und Störung, ist ein typischer Konflikt. Herr Fuchs hat das schön dargestellt: Da muss man Flagge zeigen, Position beziehen. Man ist dann aber als jemand, der eine tendenziell normative Idee von Krankheit feststellt, in einer eher defensiven Position angesichts der Versuche, diesen kompakten Krankheitsbegriff, der ganz klar auch eine normative Pointe hat: Er scheidet gesund von krank, kategorial, also diese kategoriale Differenz vor dem Hintergrund einer Kontinuierung von pathologischen und physiologischen oder normalen gesunden Zuständen zu rechtfertigen.

Unter Normalitätsbedingungen wird auch Politik durch den Blick auf die Zahlen (wir kennen das alle) bestimmt und vollzieht sich als ein permanentes Kurvenmanagement. Wachstumskurven sind ein klassisches Beispiel dafür, wo dann interveniert werden muss, um eine tendenziell aus dem

Ruder laufende Entwicklung, die sich immer näher auf die Anomalitätsgrenze zubewegt, wieder in die Normalitätszone zurückzubiegen. Dieses normalisierende Management ist keineswegs nur eines, das im Gesundheitsfeld eine Rolle spielt, sondern es geht bei Normalisierung darum, brusche Kehrtwendungen und disruptive Einschnitte zu vermeiden.

Die Pandemie stellt unter dieser Perspektive ein soziokulturelles Extremereignis dar. Mit Blick auf die Zahlen und Daten, die Ansteckungsraten und Hospitalisierungsquoten anzeigten, musste die Politik in bestimmten Bereichen (wir erinnern uns alle nur zu gut) zu Maßnahmen greifen, die den Bereich des akzeptablen oder gewöhnlichen Alltagsverhaltens extrem einschränkten (denken Sie an Kontaktverbote) und deswegen eine enorme Herausforderung für eine Normalisierungsgesellschaft, wenn man so will, darstellten und auch entsprechend Widerstand hervorriefen.

Sie erinnern sich auch, dass die Rückkehr zur Normalität von allen Seiten als *der* Slogan formuliert wurde. Die einen haben stärker darum gebeten, Geduld zu haben, und die anderen haben teilweise durch martialische Formen des Protestes versucht, diese Normalität jetzt und gleich einzuklagen. Aber alle waren sich einig darin, dass es so etwas wie eine Rückkehr zur Normalität geben müsste.

Die Kollateralbegriffe zu Normalisierung sind Risiko und Kontrolle. Dass sich moderne Gesellschaften, wie Ulrich Beck vor mittlerweile schon zwei oder drei Jahrzehnten in seinem Klassiker *Risikogesellschaften* gezeigt hat, als Risikogesellschaften beschreiben, heißt, dass sie bestimmte Gefahren nicht ein für alle Mal ausschließen können, sondern riskante Prozesse durch Verdattung und Kontrolle so abzufedern versuchen, dass sie mit den Sicherheitsbedürfnissen der Gesellschaft

vereinbar bleiben. Normalisierungsprozesse verstehen sich seit ihrer Erfindung im 19. Jahrhundert als grundsätzliche Alternative zu Revolutionen und gewaltsamen Strukturumbrüchen.

(Folie 5)

Weil Normalisierung auf einem flexiblen Grenzmanagement beruht, weil also nicht a priori festgeschrieben wird, was möglich ist und was nicht, wurde sie im Prozess ihrer Durchsetzung ihrerseits als kulturell disruptiv wahrgenommen, insbesondere von konservativen Eliten, die sich Gesellschaften wünschen, die über stabile Identitäten und möglichst fixe Grenzen verfügen.

Die Geschichte der Durchsetzung von Normalisierung ist nicht nur einfach eine Fortschrittsgeschichte, sondern sie ist begleitet von dem, was ich Kontroversen nennen würde. Das hat man auch in der Debatte vorhin gespürt, dass es in diesem Feld nicht ein für alle Mal festgelegte Positionen gibt, sondern dass man hier in unterschiedlicher Weise Stellung beziehen kann.

Insbesondere künstlerische Prozesse und Akteure spielen eine wichtige Rolle bei dem Versuch, mehr Offenheit für das Experimentieren mit den Grenzen des Normalen zu wagen. Literatur, bildende Künste, Film, um nur diese zu nennen, versetzen ihre Akteure häufig in Extremsituationen, um dann vorzuführen, wie es ihnen in letzter Minute gelingt, das sich abzeichnende Desaster zu verhindern. Aber denken Sie auch an die sogenannten Lebensreformbewegungen, die Intellektuelle und „Aussteiger“ seit Beginn des 20. Jahrhunderts vorantrieben. Sie waren für eine Flexibilisierung von Erwartungen, die an den Verlauf von Biografien, von sexuellen Praktiken oder Geschlechtsidentitäten geknüpft waren.

Kulturen können zu einem Spiel mit den Grenzen der Normalität aufrufen, was wir – es ist immer eine linguistische Entsprechung, dieses Spiel – als

Austesten verstehen. Das kommt auch in der Alltagssprache oft vor. Oft wissen wir nicht, wie weit wir gehen können oder was noch möglich ist. Wir müssen es austesten. Dass man sich selbst auch ausprobieren soll, ist ein weiterer Begriff für dieses flexible Selbstmanagement. Dass man ins Risiko gehen soll, dass man seine Grenzen ausprobiert: Das sind alles Sprachwendungen, die auf diesen Modus eines flexiblen Selbstmanagements verweisen.

Dem steht die Angst vor einer irreversiblen Denormalisierung entgegen, also die Vorstellung von Individuen und sozialen Gruppen, dass die Entwicklungen bereits zu weit gegangen sind und man wieder zu festen Grenzen und stabilen Identitäten zurückkehren müsste. Weil keine Diskontinuität für viele Beobachter in der Vergangenheit und teilweise auch heute noch so unhintergebar empfunden wurde wie die Binarität der Geschlechter, kommt der normalisierenden Strategie auf diesem Feld eine besondere Bedeutung zu.

(Folie 6)

Um nur ein Beispiel aus der Geschichte dieser Aufweichung und Ausweitung von Grenzen zwischen den Geschlechtern zu nennen: Mit ihrem Konzept der sogenannten Zwischenstufen, ein klassisches Normalisierungskonzept, hatte bereits der Diskurs der Sexualwissenschaften in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts (denken Sie an Magnus Hirschfeld, der das Ganze entwickelt hatte) die weitere Entwicklung einer Vorstellung vom Gender-Mix und der sexuellen Übergänge (die wir heute ‚Transitionen‘ nennen) befördert. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde diese Flexibilisierung des Gender-Binarismus in den westlichen Gesellschaften keineswegs nur von experimentierfreudigen intellektuellen Eliten vorangetrieben. Geschlechtergrenzen, die vormals als Wesensgrenzen imaginiert und institutionalisiert

wurden (denn die Zuschreibung eines Geschlechts ist immer auch ein bürokratischer Akt, bei personenstandsrelevanten Zuschreibungen sind Machtfragen immer mit im Spiel), wurden durchlässig und zunehmend zugunsten der Inklusion und Imagination von anderen Geschlechtern aufgegeben. Die Geschlechtszuweisung verlagerte sich in den Verantwortungsbereich des Subjekts und seiner Wahl und wurde damit der juristischen wie auch der medizinischen Autorität entzogen.

Normalisierungseffekte können insbesondere von Minderheiten aber auch als ambivalent erfahren werden: Einerseits können lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, queere, intersexuelle und asexuelle Menschen für die Normalisierung ihrer sexuellen Orientierung und Lebensentwürfe kämpfen.

(Folie 7)

Andererseits kann die Normalität auch als problematisch erfahren werden, weil sie im Bereich der sexuellen Orientierungen immer noch bestimmte Geschlechter-Vereindeutigungen und Identitätszuschreibungen verlangt, die den Transitionen, den Übergängen, von Subjekten Grenzen zu setzen versuchen. Normalität ist daher immer auch ein Kampfplatz, auf dem ausgetestet und probiert wird, wie weit Lebensentwürfe und Existenzstile der Subjekte von dem, was die Mehrheit beziehungsweise der Durchschnitt praktiziert und glaubt, dass es richtig ist (das wäre wieder dieses Normative, das ist ein normativer Entwurf, die normative Erwartung), abweichen dürfen.

Ich komme jetzt auf die Rolle von Medien im Kontext von Normalisierungsprozessen und Normalitätsvorstellungen zu sprechen. Medien spielen (das wird Sie nicht überraschen, wenn ich das als Medienwissenschaftler sage, aber es ist auch unabhängig davon evident) eine zentrale Rolle im

Prozess der Etablierung von Normalisierungsprozessen. Kunst, Literatur, Massenpresse und audiovisuelle Massenmedien entwickeln Narrative, Szenarien, Faszinationstypen, die das Spiel mit der Normalitätsgrenze inszenieren und beim Publikum ein affektives Investment auslösen. Wie weit kann ich mich von der breiten Zone des Durchschnitts, der Kernzone der Normalität entfernen, um andere Zustände (so hat es der Schriftsteller Robert Musil in seinem berühmten Roman *Mann ohne Eigenschaften* beschrieben) oder auch exzessive Erfahrungen zu machen, die möglicherweise zu biografischen Brüchen und Neuorientierungen führen?

Diese Fragestellung steht im Hintergrund vieler kulturindustrieller Medienprodukte, also von Produkten, die unsere Alltagskultur prägen, die Normalität nach dem Modell der Spannung eines Gummibandes, das nicht reißen darf, immer wieder vorführen. Das ist eine Metapher, ein Sprachbild, aber es sagt etwas darüber aus, dass die Normalität einerseits eine flexible Dimension ist, von der nicht feststeht, wo die Grenze ist, an der sie in ihr Gegenteil umschlägt, aber dass dieses Dispositiv oder diese Normalisierungskultur gleichzeitig immer von der Angst heimgesucht wird, zu weit zu gehen, sodass das Band reißen könnte.

(Folie 8)

Flexible Normalisierungsstrategien haben sich als Teil der Mainstreamkultur erstmals in den USA durchgesetzt, und zwar im Rahmen eines Genres, das das Wissen von Experten über die sexuellen Orientierungen der Mehrheitsbevölkerung für die Rezeption dieser Bevölkerung aufbereitete. Ich spreche von den berühmten Kinsey-Reports, die eine entscheidende Voraussetzung für die spätere sogenannte sexuelle Revolution waren.

Kinsey schreibt: „Unsere heute gültigen gesetzlichen Definitionen sexueller Akte als ‚zulässig‘ oder ‚natürlich‘ und als ‚widernatürlich‘ fußen nicht auf Daten, die Biologen erarbeitet haben.“ Massenhafte Coming-out-Geständnisse, die er auswertet, werden in diesem Report so vorgeführt, dass deutlich wird, dass sie die Fassaden-normalität, könnte man sagen, einer offiziell gültigen Sexualmoral zerstören oder unterminieren.

Der Soziologe Helmut Schelsky kommentiert im erstmals 1955 erschienenen Klassiker *Soziologie der Sexualität* (1963 schon eine Auflage von 145.000); auch er ein Soziologe, ein Experte, und gleichzeitig ein Popularisator, ein Übersetzer dieser Kinsey-Reports: „Kinsey und seine Mitarbeiter haben mit ihrer Sozialstatistik der körperlichen Vorgänge der Sexualität vor allem die hohe Variabilität und Vielfältigkeit dieser Akte einem breiten Publikum als allgemeine Erscheinung zum Bewusstsein gebracht“ und damit diesem breiten Publikum eine Einsicht vermittelt, die die Psychoanalyse (die auch schon von Herrn Fuchs angesprochen worden ist) mit ihrer Relativierung und Unterscheidung zwischen dem Normalen und dem sogenannten Perversen vorweggenommen hatte.

Die Ersatzbefriedigungen, die Freud beschreibt, sind ihm zufolge keineswegs Raritäten und Kuriositäten, sondern im Gegenteil „recht häufige, weit verbreitete Phänomene“, von denen – darin liegt die eigentliche Provokation der Psychoanalyse – auch ein Licht auf die von Freud so genannte normale Sexualität fällt. Statt also normal und pervers in einer Binarität gegenüberzustellen, interessiert sich Freud dafür, welche Anteile von „Perversität“ auch in der Normalität stecken.

Dass von den anormalen Phänomenen ein Licht auf die Normalität fällt (das wäre hier die zentrale

Wissensfigur), ist auch ein Grund für die Entstehung dessen, was man die Therapie der Normalen nennen könnte. Auch diesen Aspekt hat Herr Fuchs schon im Zusammenhang mit seinen Überlegungen zu der Rolle von Störungen berührt.

(Folie 9)

Die sogenannte Massen-Therapie-Kultur in den USA verstand sich als eine „Therapie der Normalen“. Ich insistiere auf dieser Wendung, weil von unserem klassischen Verständnis her Therapie etwas ist, was eigentlich den „Kranken“ oder Gestörten zukommen sollte. Eine Therapie der Normalen scheint ein Paradox zu sein, weil die Normalen ja normal sind. Das greift nochmal den Aspekt auf, dass unter Normalität immer auch die Therapiebedürftigkeit derer gefasst wird, die sich aus ihrer Perspektive als ganz normal beschreiben. Da läuft also ein Verdacht mit, dass es mit dieser Normalität als Selbstbeschreibung vielleicht gar nicht so weit her ist.

Zusammengefasst bindet man die Therapiebedürftigkeit nicht mehr länger an die Diagnose einer bestimmten Störung oder Krankheit, sondern jetzt geht es noch einen Schritt weiter: Auch die Normalen werden zum Gegenstand einer therapeutischen Intervention dergestalt, dass ununterbrochene Testungen und Datenerhebungen am eigenen Körper ein Feld von subkutanen Störungen und Problemen zu entdecken erlauben, die man dann in einem flächendeckenden System der Früherkennung und lebensbegleitenden Normalisierung thematisieren und behandeln kann. Krankheit wird auf diese Weise radikal entstigmatisiert. Nicht nur Krankheit ist Störung (was schon ein erster Schritt ist), sondern wir sind alle krank. Das ist der Tenor einer solchen Therapie der Normalen, und als Risiko eben die eigenen Potenziale nicht hinreichend auszuschöpfen und



damit hinter den eigenen Erwartungen zurückzubleiben. Das wird schon als ein therapiebedürftiger Befund verstanden.

(Folie 10)

Zu den zentralen medialen Agenturen der digitalen Gegenwart gehören Handys und Self-Tracking-Apps (darauf möchte ich abschließend zu sprechen kommen; als Medienwissenschaftler liegt das auch nahe). Die einen oder anderen von Ihnen nutzen sie vielleicht auch privat. Das sind im Alltag genutzte Formen der Erhebung von Daten über das eigene Verhalten. In der Medienwissenschaft ist es ein großes Thema, was es eigentlich bedeutet, dass Verdatung nicht mehr nur eine Expertenpraxis ist (das ist längst bekannt, Sozialstatistiker beherrschen das seit mehreren Jahrzehnten, wenn nicht Jahrhunderten), sondern dass jetzt wir alle, auch Nichtexperten, ständig Daten über unsere wesentlichen körperlich und psychisch bezogenen Parameter (Schlaf, Sport, sexuelle Gewohnheiten, Essensgewohnheiten usw.) erheben, auch die Stimmung: Es gibt sogenannte Mood Tracker, die unser spirituelles Wohlbefinden zu messen beanspruchen.

Das, was man unter dem Label der Quantified-Self-Bewegung fasst, kann als radikaler Ausdruck einer Lust an der Selbstnormalisierung gelesen werden, für die der Wille zur grenzenlosen Verdatung der eigenen Existenz beziehungsweise der eigenen Lebensgewohnheiten charakteristisch ist.

Die medienwissenschaftliche Forschung zur digital basierten biometrischen Erfassung hat vor allem auf die inhärente Normativität und auf den Zwangscharakter der zum Einsatz kommenden Technologien hingewiesen, die es nicht nur erlauben, Daten zu erheben, sondern sie auch mit anderen Akteuren, auch Institutionen wie Versicherungen usw. zu teilen. Was einst medizinischen und wissenschaftlichen Laboren vorbehalten war,

übernehmen nun die „Patienten“ mithilfe ihrer Smartphones und Smartwatches selbst.

Was an diesen Verfahren ist als Emanzipation des Selbst zu verstehen und was als Unterwerfung?, fragt Andreas Bernhard, Autor des Buches *Komplizen des Erkennungsdienstes*. Die Datendichte dieser Medien resultiert aus der Tatsache, dass sich in ihnen unterschiedliche mediale Identitätsbezeugungen (Tagebuch, Gesundheitspass, Krankenakte, Personalausweis) vereinigen. Die Normalisierung erweist sich von den digitalen Kontroll- und Selbstverwaltungstechniken unserer Gegenwart aus betrachtet immer auch als „polizeiliche“ oder überwachende Maßnahme, die auf Überwachung, Selbstoptimierung und Regulierung des eigenen Verhaltens im Lichte von Risikoabschätzungen und Handlungsempfehlungen abzielt.

(Folie 11)

Schließlich: Bin ich noch normal? Ist mein Körper noch normal? In der Medienwissenschaft wird der Untersuchung von Phänomenen wie Fitness- und Makeover-Accounts auf sozialen Medien große Bedeutung beigemessen. Dort betreiben Influencer:innen einen schwunghaften Handel mit Körperbildern, um die User:innen zur Arbeit an ihren Körpern zu motivieren, die sie den Idealbildern beziehungsweise den Imagines der Influencer:innen annähern sollen. Kommunikation mittels visueller Vorher-nachher-Vergleiche gehört zum Standardrepertoire dieser digitalen Körperpolitik. Sie verbindet Trainingsvorschläge mit Lifestyle-Settings, wobei Fitness niemals Selbstzweck ist, sondern als Weg zu einem schönen Körper beziehungsweise attraktiven Erscheinungsbildern propagiert wird.

Im Kommentarteil werden Follower oft direkt angesprochen und zur Identifikation animiert. Dieser Kommunikationsstil ist offensiv normativ

ausgerichtet. Es ist also nicht so, dass unter den Bedingungen der Normalitätsgesellschaft die Normativität einfach aufhört. Nein, die Normativität ist nach wie vor sehr präsent und findet sich auf diesen sozialen Medien im Sinne dieser Empfehlungen, so und so zu leben, so und so Sport zu treiben, so und so seinen Körper zu formen.

Dass die Normativität aber nicht das einzige und das letzte Wort hat, das sehen wir auch auf diesen Plattformen, weil diesen Normen und Körperbildern widersprochen wird, sodass die propagierten Schönheitsnormen (inklusive der Auswüchse des Bodyshaming) auf parodierende Gegendarstellungen von nicht so schönen Körpern treffen: Body Positivity verweigert sich der Affirmation der Norm, indem sie der visuellen Dominanz des schlanken, makellosen, in der Regel weißen Fitnesskörpers mit fotografischen Selbstdarstellungen entgegentritt, die auf die Anerkennung von unterschiedlichen Körperbildern im Mainstream beharren und damit den Stigmatisierungseffekten der Insta-Beauties entgegenwirken.

(Folie 12)

Mein Fazit: Anders als Normativität hat Normalität eine inhärente Tendenz zu Inklusion und Permission. An die Stelle einer fixen Grenze, einer Stigma-Grenze, die auf Exklusion setzt und abweichendes Verhalten sanktioniert, etabliert Normalität eine Passage-Grenze, die weich und locker markiert ist und Durchlässigkeiten ermöglicht, was sich insbesondere auf das Annehmen und Anerkennen von Minoritäten auswirkt. Mit Blick auf die zeitliche Dimension der Identitätsbildung fördert Normalität die Bereitschaften zu einem biografischen Statuswechsel. Niemand ist in seiner Identität eingesperrt oder dauerhaft auf sie festgelegt. Die offene Thematisierung der Normen, unter denen man lebt, ist daher für Normalisierungsgesellschaften essenziell.

Normalitätsvorstellungen, die nicht offen thematisiert werden, sind daher eigentlich Normativitätsvorstellungen, die im Alltag noch als selbstverständlich durchgehen, weil sie mit den Vorstellungen einer Mehrheitsgesellschaft kongruieren. Ich danke Ihnen.

#### **Susanne Schreiber (1:40:39)**

Herzlichen Dank für Ihren Vortrag, Herr Balke. Sie haben mindestens zwei Themen aufgegriffen, mit denen sich der Ethikrat auch schon beschäftigt hat: Es gibt Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates zur sexuellen Ausrichtung, und im Herbst 2021 hatten wir eine Tagung zur Selbstoptimierung und Selbstvermessung. Falls Sie sich dafür interessieren, können sie dort gerne nachlesen.

Wir haben aber jetzt bereits eine Rednerliste.

#### **Andreas Lob-Hüdepohl (1:47:12)**

Herzlichen Dank für diesen instruktiven Vortrag. Ganz zum Schluss pointieren Sie sehr plausibel den Gegensatz zwischen Normalität und Normativität. Normativität ist einengend, homogenisierend, und Normalität oder Normalisierungstendenzen, wie Sie es beschrieben haben, unterstellen eine größere Bandbreite.

Zwischendurch hatte ich den Eindruck, dass Normalisierungstendenzen eine Suche markieren, doch durchschnittlich werden zu dürfen. Ist diese Suche nach durchschnittlich und gewöhnlich nicht ein Gegenpol zu Diversität, also zur Vielfältigkeit, sodass der viel gerühmte Satz von Weizsäcker, „es ist normal, verschieden zu sein“, eigentlich einen Widerspruch darstellt? Eine schöne Formulierung, aber eigentlich ein widersprüchliches Unterfangen. Inwieweit ist nicht auch das, was Sie beschreiben, als Normalitätstendenz, eine Homogenisierung, die genau das auffrisst, was sie verspricht, wie Sie es ganz zum Schluss gemacht haben?

### **Friedrich Balke (1:48:43)**

Das zielt ins Zentrum dieser Fragen, und die Weizsäcker-Formulierung trifft es eigentlich. Denn mit Logik kommt man, was die Normalisierungsdynamik angeht, nicht wirklich zu einem Schluss. Ich habe deutlich gemacht, dass die Provokation in der Normalisierung darin besteht, dass es zwar Durchschnitte gibt, aber der Durchschnitt nicht so durchschnittlich ist, wie wir sofort immer nahelegen, wenn wir das assoziieren mit langweilig oder „mainstreamig“, sondern das, was sich als normal etabliert (denken Sie an die Passage-Grenze), einem Wandel unterworfen ist und von den Experimenten lebt, die in den Bereichen der Normalitätszone stattfinden, die nicht zum Kernbereich des Normalen gehören.

Damit möchte ich einen Punkt unterstreichen, den auch Herr Fuchs schon gemacht hat, nämlich die Kategorie der Kontinuierung sehr ernst zu nehmen, die schon bei den Gründervätern, den Intellektuellen der Normalität eine zentrale Rolle spielt: nicht zu sagen, es gibt keine Grenzen mehr, aber wo sie genau verlaufen, das ist weniger denn je klar. Juristen haben dazu eine andere Meinung. Sie glauben alles über Normen und Gesetze usw. regeln zu können. Das ist eine juristische Logik. Die Normalisierungslogik widerstreitet oder bietet eine Art Widerlager zur Normierungslogik, die von der Differenz von Erlaubt und Verboten lebt und von dem klaren Bewusstsein: Das darf ich und das darf ich nicht. Das ist natürlich weiter in Kraft und spielt eine große Rolle. Trotzdem wissen wir alle, dass unsere Gesellschaften gekennzeichnet sind durch Formen von Normalität, die ein Spektrum, eine spektrale Dimension haben und die sich immer wieder dem annähern, was zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht normal zu sein scheint.

Alle Reformanstrengungen (denken Sie an institutionelle Regelungen, Ehe für alle und solche

Geschichten) haben Zeit gebraucht. Das ist nicht ein Fortschritt, der irgendwann begonnen hat und am Ende eingelöst wurde, sondern das hat eine lange Zeit und viel Aktivismus gebraucht, der am Ende dazu geführt hat, dass eine minoritäre Auffassung zu einer mehrheitsfähigen oder die Normalität zumindest bestimmenden Regelung wurde.

Darauf zielte mein Argument: den Durchschnitt nicht zu durchschnittlich, nicht zu herablassend zu beurteilen. Denn wir leben alle auch im Durchschnitt; machen wir uns nichts vor. Über uns werden Daten erhoben, unser ganzes Verhalten kann man parametrisieren. Da sind wir schon im Durchschnitt, aber vielleicht nicht mit allem, was wir tun, und nicht zu jeder Zeit.

Ich würde immer auch die Zeitfrage mit in die Überlegung einbeziehen. Es gibt Gesellschaften, die bestimmte Räume, aber auch bestimmte Zeiten einräumen, in denen man anders sein darf, als man gewöhnlich ist. Dazu wäre auch noch eine Menge zu sagen, zu dieser Auflockerung oder Anreicherung des Durchschnitts in dem Sinne, was Musil den anderen Zustand nennt, die anderen Zustände, die wir auch in bestimmten Kontexten aufsuchen. Auch das gehört in diese Struktur.

### **Petra Bahr (1:52:44)**

Vielen Dank. Um es ein bisschen provokanter zu machen, damit es ein bisschen mehr Spaß macht: Sie positivieren die Normalitätsdynamiken als Ersetzung dieser Falsch-Richtig-Leitunterscheidung in vielen Bereichen. Nun könnte man aber auch sagen: Die Ausweitung dieser Passage ist einfach nur eine Ausweitung dieser Konfliktzonen bis hin zu gesellschaftlichen Kulturkampfzonen, und damit verbindet sich eine Frage auch an den Ästhetik- oder Medientheoretiker. Die Künste, die diese Grenzen permanent ausloten (das haben Sie für die Popularkultur beschrieben), leben davon, dass

sie als außerordentlich, vielleicht auch als Bedrohung, Provokation, Tabubruch wahrgenommen werden. Das Verrückte ist aber (das sieht man am Theater und der Geschichte der nackten Nazis), wie schnell sich die Provokation verbraucht und so normal wird, dass sie im besten Fall als Kitsch, im schlechten Fall einfach nur als schlecht gemacht wahrgenommen wird.

Das hat auch Folgen für die Lebensformen: Wer außergewöhnlich und anders leben will, muss mit der Dynamik leben, dass er oder sie plötzlich normal ist. Und das hat durchaus Folgen. Für meine Welt zum Beispiel war die sogenannte Ehe für alle (also auch kirchliche Trauung von gleichgeschlechtlichen Paaren) nicht bei allen gleichgeschlechtlichen Paaren gleich beliebt. Denn einige wollten diese bürgerliche Institution in ihrer abweichenden Lebensform gerade nicht. Wenn Sie dazu noch mal was sagen würden, zu dieser Dynamik, die stärker als früher das Außerordentliche in seiner Praxis auch bedroht, weil es sofort als das neue Normal eingemeindet wird.

### **Friedrich Balke (1:54:36)**

Diese eingemeinende Tendenz ist mit der Normalisierung ganz klar verknüpft. Man kann nicht aus einer normalisierungstheoretischen Perspektive wollen, dass sich diese Zäsur, die es klassischerweise zwischen denen, die das Außergewöhnliche hüten – es gibt eine Tradition in der Ästhetikgeschichte, dass es bei den Künstlern liegt, bei wenigen exzeptionellen Menschen, die in der Lage sind, uns mit Werken zu beglücken, an denen wir eine Erfahrung machen können. Das ist im Rahmen einer Normalisierungsperspektive nicht ausgeschlossen. Aber es geht in dieser Perspektive darum, dieses arbeitsteilige Moment, wenn man so will, zu überwinden und Normalität selbst an bestimmten Formen des Außerordentlichen teil-

haben zu lassen. Das Ordentliche und das Außerordentliche kann man wieder in eine kategoriale Gegenstellung manövrieren.

Für die Normalisierung ist aber charakteristisch, dass wir oft an Orten, wo keine Kunst gemacht wird (auf der Straße, bei bestimmten Aktionen oder wenn wir Menschen treffen, die anders agieren, als wir es gewohnt sind), plötzlich merken: Ändert sich hier etwas Grundlegendes, was ist das eigentlich? Wir müssen dieses Phänomen erst mal einordnen.

Eigentlich will ich auf die Durchlässigkeit hinaus, nicht auf die Abschaffung von Grenzen und die Aufhebung und alles ist eins, sondern es wird weiter dieses Spannungsverhältnis (Gummiband) von Avantgarde und dem Gewöhnlichen geben, aber es ist nicht mehr so anzusetzen, dass die Rückkopplungen, die es aus dem Avantgarde-Bereich gibt, nur ein sehr schmales Publikum adressieren. Das kann man sehr schön zeigen gerade für Filmproduktionen oder andere Produktionen, die ein größeres Publikum erreichen: Dort kommen auch ästhetische Techniken zum Einsatz, die man früher in der Populärkultur so nicht erwartet hätte.

Also Durchlässigkeit, Austausch, nicht totale Homogenität ist das Telos. Es muss hier weiter diesen Reibungspunkt geben. Die Anomalität, der Enthusiasmus dafür, sich dieser Grenze zu nähern, Erfahrungen zu machen in Richtung des Außerordentlichen, lebt ja davon, dass es dieses Spannungsverhältnis weiterhin gibt. Aber die Grenzziehung, das Grenzmanagement zwischen diesen Bereichen anormal, normal hat sich geändert.

### **Elisabeth Gräß-Schmidt (1:57:56)**

Vielen Dank. Herr Balke, meine Frage schließt direkt an die Frage der Durchlässigkeit an, und zwar an Ihre Aussage zum Normalisierungsprozess als Praktik. Sie haben darauf hingewiesen, dass Sie

eher daran interessiert sind, die Normalisierung zu erhellen als das Normale. Aber das Normalisierungsprojekt ist ja im Grunde gegen ein fixes, starres Normales gerichtet, und in diesem Normalen wohnt die verdeckte Normativität; so haben Sie es auch geschildert.

Meine Frage: Wie kommt es zu dieser Durchlässigkeit? Jetzt war Ästhetik ein Gebiet, also Kunst. Bedarf es der Irritationsmomente? Und bedarf es einer Erfahrung, die Einzelne machen, und dass es eben nicht erreichbar ist nur durch Nachrichtenhören oder auf der kognitiven Ebene? Wie initiiert man das, dass es zu solchen neuen Normalitäten kommen kann, die dieses Fixe und Starre überwinden? Das ist der erste Teil der Frage.

Der zweite Teil der Frage: die Mehrheitsbestimmungen. Sie haben gesagt: Das Normale orientiert sich an der Mehrheit. Ist das nicht gefährlich, wenn ein verstecktes Direktiv der Mehrheit überlassen wird, etwa in Diktaturen, gerade wenn wir das Gebiet der Kunst nennen, die entartete Kunst, oder das lebensunwerte Leben, was durchaus mehrheitsfähig gedacht war? Wie kommt man hier zu Durchbrechungen auf der einen Seite und zu Durchlässigkeiten auf der anderen Seite?

### **Friedrich Balke (1:59:48)**

Zur ersten Frage: Freud und Kinsey sind zwei Stichworte, um von der Kunst wegzukommen und sich wieder dem Bereich zu nähern, der heute Morgen schon eine Rolle spielte: Wie werden bestimmte Formen des Verhaltens, die zu einem bestimmten Zeitpunkt sanktioniert wurden, plötzlich als akzeptabel oder zumindest als nicht in dieser Weise sanktionierungsbedürftig angesehen?

Freud ist kein Künstler gewesen, ebenso wenig Kinsey. Aber beide haben in ihrer therapeutischen Praktik Einblick bekommen in eine ganz bestimmte Dynamik, die sich im Falle Freuds im Konzept der normalen Sexualität verfestigt hat.

Aber diese Normalität wurde von ihm, wie ich es ausgeführt habe, in ein Verhältnis gesetzt zu dem, was abweichende Formen der Sexualität darstellen. Das heißt: Seine Art und Weise, wie das Verhältnis von Normalität und Abweichung zu thematisieren war, hat eine wichtige Rolle gespielt für diesen Vorgang, der heute Morgen als Entstigmatisierung mehrfach thematisiert wurde, also von der Krankheit hin zur Störung und von der Störung hin zu einer Vorstellung von Normalität, die nicht schlicht mit dem Gesunden zu identifizieren ist. Das wäre gewissermaßen die Leistung, und Kinsey mit anderen sozialstatistischen und Interviewtechniken, der in die Normalität, wenn man so will, hineingeht und uns und seinen damaligen Lesern deutlich macht, dass das meiste von dem, was kirchliche und sonstige Autoritäten über das akzeptable Sexualverhalten der amerikanischen Bevölkerung sagen, total an dem vorbeigeht, was die Praxis ausmacht. Das ist auch keine künstlerische Intervention, sondern ein genaueres Hinsehen, und darum geht es mir mit Blick auf den Bereich dessen, was wir normal nennen: Das Normale ist eben nicht so normal, es ist nicht normativ, es muss sich immer ins Verhältnis setzen zu Normen. Deswegen hat es lange Zeit Versuche gegeben (dies war nötig, um nicht strafrechtlich oder so verfolgt zu werden), Fassadenexistenzen zu führen etc. Das wissen wir aus der Geschichte. Aber mit so jemandem wie Kinsey entsteht etwas, was wir so diskursives Ereignis nennen: ein Ereignis, das uns plötzlich die Augen öffnet für eine Abgründigkeit oder Doppelbödigkeit von dem, was man Normalität nennt. Das war der eine Punkt.

Der andere: Normalität ist einerseits das, was den Mainstream auszeichnet, wo sich die Mehrheit versammelt. Gleichzeitig gibt es ein Begehren derer, die aus Sicht dieser Mehrheit zur Minderheit gehören, dazugehören zu wollen. Es geht weniger

darum, dass die Minderheit wie die Mehrheit sein möchte, sondern dass sie, könnte man sagen, eine Art Statusgewinn reklamiert. Es ist nicht so, dass die Leute, die als Minderheiten bestimmte Rechte einklagen, am Ende aussehen, leben und handeln wie die Mehrheit, aber sie wollen von Praktiken verschont werden, die es vor dieser Öffnung gab, als sie als eine Gruppe mit einem Sonderstatus gewissermaßen außerhalb dessen, was das normale Spektrum bezeichnet, gehalten wurden.

### **Steffen Augsberg (2:03:55)**

Herzlichen Dank, das ist ausgesprochen spannend. Ich finde auch den mehrfach hergestellten Bezug zu Herrn Fuchs toll und das, was Sie zu dem Phänomen der Selbstvermessung gesagt haben. Bei uns hieß das „selbst vermessen“ in der doppelten Bedeutung des Wortes. Das klang bei Ihnen auch an. Das ist interessant, weil da auch deutlich wird, dass es nicht nur um Optimierungsphänomene im objektiven Sinne geht, sondern um Vergleichskonstellationen, um Wettbewerbselemente, die da eine große Rolle spielen: Wir messen uns am anderen, den wir allerdings nicht unbedingt nur als normal, sondern in Ihrem Beispiel als ideal wahrnehmen. Vielen Dank dafür.

Meine Frage bezieht sich auf die von Ihnen starkgemachte Differenzierung von Normalität und Normativität, wobei Sie die Normativität im herkömmlichen Sinne stärker durch Exklusionsprozesse charakterisiert sehen und sagen, bei der Normalität kommt die schöne Metapher vom Gummiband zum Einsatz. Dann ist es eher eine Ausweitung der Erwartungszone, dann kann man auch an den Rändern noch hineinkommen. Ist das als Gegenüberstellung so überzeugend beziehungsweise welche Normativitätsvorstellung liegt dem zugrunde? Im juristischen Bereich könnte man das vielleicht sagen. Aber wenn man sagt: Normative Vorstellungen sind so komplex

und teilweise auch sehr weich und möglicherweise sogar weniger anspruchsvoll, so im Sinne einer Minima Moralia, als das, was man gegebenenfalls mit Normalitätsvorstellungen unter einen Hut bringen könnte, dann habe ich so eine leichte Rückfrage, ob diese Gegenüberstellung trägt.

Ich will auch auf aus meiner Sicht relevante zusätzliche Aspekte hinweisen. Es gibt ja nicht nur eine Normativität des Normalen oder der Normalität, also eine gewisse nicht normative Erwartung, die durch Normalität erzeugt wird, sondern es gibt auch (und das scheint mir als Jurist besonders wichtig) eine Normalität des Normativen, insbesondere auch eine Normalität des Rechts, das nicht mehr hinterfragt wird, sondern das als Steuerungsfaktor einfach hingenommen wird und das dann in gewisser Hinsicht eine wichtige Rolle spielt, um auch vielleicht so schizophrene Vorgänge zu steuern. Um nur ein Beispiel aus dem Verfassungsrecht zu nennen: Ein zentraler Vorgang der Grundrechte besteht darin, dass sie Minderheiten beschützen. Das heißt, da werden Dinge, die nicht im engeren Sinne normal sind, normativ abgesichert und damit normalisiert. Da würde mich Ihre Position zu diesem Wechselbezüglichen interessieren.

Zum Schluss: Sie haben die Medien angesprochen, die Rolle von Vermachtungsprozessen. Insbesondere die Rolle der Medien scheint mir da relevant, und da könnte eine These sein (wobei ich nicht sicher bin, ob Sie das unterstützen würden), dass diese Machtstrukturen einfach im Normativen besser greifbar und transparenter sind als in den Normalitätskonstellationen.

### **Friedrich Balke (2:07:03)**

Vielen Dank für die Fragen. Ich würde beide Einschätzungen (die Fragen sind ja auch schon Einschätzungen) teilen, insbesondere was die impli-

zite Normativität von Normalitätsprozessen angeht, nämlich dahingehend, wie ich auch versucht habe zu zeigen: Wir haben es mit einer Technik zu tun, die Daten ermittelnd zunächst den bestimmten Bereich als normal abgrenzt von einem Bereich, der zwar als durchlässig angesehen wird für die Normalität, aber weiterhin abgesetzt wird von dieser Normalität. Wir haben auch eine bestimmte Erwartung unter Normalisierungsbedingungen, die genau in diesen Fragen, die ich eingangs idealtypisch aufgerufen hatte, zum Ausdruck kommt, nämlich die Erwartung: Bin ich noch normal? Oder ist das, was ich tue, noch richtig? Geht das zu weit? Wie weit darf ich gehen?

Ich bin jemand, der stark an diesen Sprechakten (so sagt man in der Philosophie auch) interessiert ist. Das ist nicht nur zufällig, dass man das so formuliert, dass es so eine Vergewisserungsintensität gibt, aber vor dem Hintergrund der real erfahrenen Unsicherheit, eigene Positionen nicht mehr ganz klar definieren zu können – darüber ist in der Sozialphilosophie viel geschrieben worden, über neue Unsicherheiten und über die Art und Weise, wie Individuen in gegenwärtigen Gesellschaften zu ihrem Selbstverhältnis kommen: Das ist in einer bestimmten Weise flexibler geworden, was aber nicht bedeutet, dass es von denen, die diese Flexibilität leben und auch ausgestalten müssen, wieder an bestimmten Normen gemessen wird, von denen man befürchtet, man würde sie vielleicht verletzen, wenn man sich dem Spiel von Testung, Selbsttesten, zu weit überlässt. Vielleicht würde ich den ersten Teil so beantworten.

Der zweite Teil der Frage bezog sich auf die Grundrechte. Ja, natürlich, das ist ein guter Punkt, dass in den Grundrechten unabhängig von Selbst- und Fremdzuschreibungen schon eine bestimmte Anerkennung vollzogen wird des So-Seins von Leuten, die sich nicht im Licht irgendwelcher

weiterer Normen und auch nicht im Licht irgendwelcher Normativitätsvorstellungen zu rechtfertigen haben. Da geht die Grundrechtsnorm weit über das hinaus, was in Normalitätskonzepten immer noch an Normativität investiert ist. Diese Normativität ist flexibel, sie ändert sich ständig, aber sie ist trotzdem immer noch mit einem Gesolltsein verknüpft: So sollst du sein, das wird von dir erwartet, während das im Grundrechtskatalog nicht an eine bestimmte inhaltliche Aussage geknüpft ist über das, was da schützenswert ist und was denn die Menschen sind, um die es da geht, deren Würde unantastbar ist usw.

### **Franz-Josef Bormann (2:11:00)**

Vielen Dank, Herr Balke. Jetzt ist schon viel über die Normalisierungsoperation gesprochen worden, die vor allen Dingen Minderheitenpositionen betrifft, sei es, dass die Minderheitenpositionen sich faktisch dem Mehrheitsverhalten annähern wollen, dass sie um Anerkennung kämpfen oder um was auch immer. Ich würde gern noch mal den Akzent auf die gegenläufige Dynamik richten und auf den Begriff der Entnormalisierung des Normalen, die gerade in der Kunst mit ihren Provokationen beheimatet ist. Wenn ich an die Bildwelt eines Francis Bacon denke, der durch disruptive Schockerlebnisse die Gewalttätigkeit des Alltags demonstriert, obwohl das im allgemeinen Wahrnehmungsset überhaupt nicht so vorgesehen ist, dann ist so etwas normativ grundiert, aber in einer Weise, die nicht einengend und exkludierend ist, sondern eher den Anspruch erhebt: „Schau mal auf das, was du für normal hältst, und bitte erkenne, dass das eigentlich überhaupt nicht normal ist, und jetzt leite die Veränderung ein.“

Das ist sicherlich nur ein Aspekt unseres Kunstverständnisses oder unserer Kunstwelt. Medien können ganz unterschiedlich wirken, aber der An-

spruch der höheren Kunst ist es doch, solche Verfremdungen des scheinbar Normalen zu ermöglichen, um da eine neue Zugangsweise zu eröffnen. Das läuft natürlich völlig anders als in der Populärkultur, diese Körpervermessungsdynamiken, die Sie beschrieben haben, die einer anderen Logik folgen. Wie bewerten Sie den Einfluss solcher künstlerischen Impulse, gerade im Blick auf die gesamtgesellschaftliche Wirksamkeit solcher Formen des Spiels um Normalität und Nicht-Normalität? Danke schön.

### **Friedrich Balke (2:13:21)**

Vielen Dank für die Frage, über die ich mich besonders freue, weil ich nicht nur ein großer Bacon-Fan bin, sondern auch über ihn geschrieben habe. Das hängt mit Interessen an der französischen Gegenwartsphilosophie zusammen, Gilles Deleuze, der ein wichtiges Bacon-Buch geschrieben hat. Deswegen kenne ich mich da ein bisschen aus.

Ich finde Ihr Beispiel sehr gut gewählt, weil Bacon Körper unter extremen Deformationen und Deformierungskräften vorführt. Das sind verunstaltete, deformierte Körper in bestimmten Positionen, und das sind Körper, die auch leidende Körper sind (das führt noch mal in die Debatte heute Morgen zurück). Es sind leidende Körper und es sind Körper, bei denen in dieser Position (das hängt auch mit Bacons biografischer Situation zusammen, über die ich jetzt nicht weiter reden möchte, denn das würde zu weit führen), der Erfahrung von Kräften, denen man ausgesetzt ist, denen man kaum oder gerade noch zu widerstehen vermag, etwas zum Ausdruck gebracht wird, was erst mal Kunst ist, und zwar große Kunst. Bacon ist einer von den ganz Großen.

Aber was ich zu Body Positivity gesagt habe, ohne das in irgendeiner Weise mit Bacon zu identifizieren, das wäre viel zu banal, aber wenn man

sich die Auseinandersetzung rund um Körperbilder, um Körperideale im Mainstream, auf den Plattformen von sozialen Medien anguckt (man muss es nicht mögen, ich bin dort auch nicht täglich unterwegs), merkt man, dass dort ähnliche Codes, ähnliche Kodierungen eine Rolle spielen. Es gibt auf der einen Seite die athletischen, durchtrainierten Körper mit den entsprechenden Implikationen: „Schäm dich, wenn du nicht so auftrittst“, und dagegen gibt es eine Strategie (die ist minoritär, aber manifestiert sich durchaus in bestimmten Bereichen), andere Körperbilder zu setzen, die mehr mit dem zu tun haben, wie unsere Körper einfach sind, könnte man sagen, also die ehrlicheren Bilder sind. Das wäre aber noch nicht wirklich eine ästhetische Intervention, sondern es gibt auch in diesem Bereich der Body Positivity gezielte Stilisierungen, also ein Wissen derer, die da mit ihrem eigenen Körper eine Intervention auf den Weg bringen, ein Wissen darum, was sie zu tun haben, um einer bestimmten Makeover-Ästhetik, gegen die sie angehen, entgegenzutreten. Ich weiß nicht, ob man meinen Punkt versteht, aber ich würde jetzt nicht sagen, dass da lauter kleine Bacons unterwegs sind; das wäre eine vollkommene Überdehnung. Bacon bleibt Bacon und ist ein außergewöhnlicher Künstler. Aber biografisch gesehen ist er ein schwuler Künstler, der auch unter Verhältnissen der Oppression gelitten hat (das ist auch alles an anderen Orten nachzulesen), und nicht zufällig ist er jemand, der aus einer so intensiv gefühlten Position des Ausgegrenztseins als Künstler zu solchen Bildern, Bildtypen greift. Von daher noch mal danke für diesen Hinweis.

Denn mich würde interessieren, ob es nicht doch so eine Art subkutanen Übersetzungsvorgang gibt, ob das, was die große Kunst macht, nicht auch immer etwas ist, was andere ermutigt und auf Ideen bringt, ebenfalls in diesem Beispiel jetzt



gesagt, in dieser Körperpolitik eine bestimmte Position zu markieren und weiterzuentwickeln. Denn es gibt ja auch die Möglichkeit, nach Bacon mit seiner ästhetischen Art und Weise, Körper zu zeigen unter diesen Extremereignissen, die dem Körper widerfahren können, solche Körperbilder weiterzuentwickeln und auf andere Situationen zu beziehen.

### **Susanne Schreiber (2:17:39)**

Es bleibt, Ihnen an dieser Stelle ganz herzlich zu danken, Herr Balke, für die angeregte Diskussion. Ich möchte Petra Bahr, der Leiterin unserer Arbeitsgruppe, die Gelegenheit geben, inhaltlich ein Abschlusswort zu finden.

### **Petra Bahr (2:17:53)**

Die Tatsache, dass wir überzogen haben, spricht dafür, dass wir Ihnen beiden, Herrn Balke und Herrn Fuchs, sehr viel verdanken an Anregungen, an Begriffsschärfungen, an Überprüfungen der eigenen Argumente.

Vier Dinge habe ich gelernt. Zum einen: Normalisierungsprozessen kann man nicht entgehen. Zweitens: Sie sind hochambivalente Prozesse, die durchaus auch mit Praktiken, mit Macht, mit Interessen, mit Gegenmacht, schlicht mit Konflikten verbunden sind. Drittens habe ich den Begriff des Normalisierungsmanagements gelernt, was immer das dann für die Felder heißt, die uns besonders betreffen, und viertens ist noch mal evident geworden, wie bedeutsam Bilder und Medien im weitesten Sinne für auch ethisch relevante und aufgeladene Fragen sind. Die Herausforderung besteht für uns darin, das Verhältnis von Normalität und Natürlichkeit und das Verhältnis von Normalisierung und normierenden, inhärenten Dynamiken zu klären. Großen Dank. Wir haben viel zu tun. Deswegen sind wir hier. Das macht Spaß.

### **Susanne Schreiber (2:19:08)**

Herzlichen Dank. Dann bleibt mir für heute nur, den Zuschauern im Livestream herzlich zu danken, dass Sie da waren. Ich hoffe, wir haben Ihr Interesse geweckt. Es gibt einen Teil zwei dieser Veranstaltung am 16. November, also in knapp einem Monat. Da werden wir uns auch mit Normalität beschäftigen, mit dem Unterschied zwischen statistischer Normalität und dem, was wir eher als normativ wertende Normalität bezeichnen würden.

Ich möchte noch mal ganz herzlich unseren beiden Referenten danken, dass Sie sich die Zeit genommen haben für die angeregte Diskussion, die Sie uns ermöglicht haben. Ich möchte der Technik danken, die wie immer sehr gut funktioniert hat, und der Geschäftsstelle, die wieder wunderbare Arbeit in der Vorbereitung der Veranstaltung geleistet hat. Und last, but not least: Wir haben uns sehr gefreut, dass wir über 400 Teilnehmer im Livestream hatten. Wir hoffen, dass wir Sie in einem Monat wiedersehen. Vielen Dank und einen schönen Tag.

## **Teil 2**

### **Maren Wehrle · Erasmus University Rotterdam**

(Folie 1)

Herzlichen Dank. Ich freue mich, dass es hier eine Arbeitsgruppe zur Normalität gibt, weil ich seit dreizehn Jahren zu dem Thema forsche und das Thema, wie ich meine, erst in der letzten Zeit die Aufmerksamkeit bekommt, die es verdient. Deswegen finde ich das sehr schön.

Ich werde in meinem Beitrag an meine beiden Vorredner der letzten Anhörung zur Normalität

und Normalisierung anknüpfen und vieles bestätigen, aber einiges differenzieren und systematisieren. Für alle, die bei der anderen öffentlichen Anhörung nicht dabei waren, wäre es sinnvoll, alle Beiträge zusammen zu hören.

Ich möchte kurz etwas zu meinem Titel sagen: „Was ist (noch) normal?“ Normalität, wenn sie, wie heute, zum Thema wird, stellt sich immer als eine Frage. Eine Frage, die wir niemals allein beantworten könnten, sondern die von Beginn an eine intersubjektive Dimension hat.

Der zweite Punkt, den ich heute hervorheben möchte: Normalität ist zugleich ein zeitlicher Prozess. Es gibt nicht so etwas wie eine Normalität, die schon besteht, sondern etwas *wird* normal. Normalität entsteht. Es ist ein Prozess, der sich aufbauen, stabilisieren, aktualisieren und auch beständig verändern muss. Dies soll das „noch“ im Titel ausdrücken.

Wenn sich die Normalität nicht verändern würde, gäbe es keine zukünftige Normalität und könnte Normalität nicht nachhaltig sein. Normalität ist *nicht* etwas, was von der Natur oder einer göttlichen Instanz ein für alle Mal vorgegeben ist, sondern etwas, was wir gemeinsam tun oder gemeinsam tun müssen. Besonders die soziale Normalität ist ein Prozess der gemeinsam errungenen Selbstverständlichkeit, ein Prozess, der nie vollends abgeschlossen ist, denn wir haben es mit einer Thematisierung dessen zu tun, was entweder nicht mehr, zum Beispiel in Krisen, oder noch nicht normal ist, zum Beispiel bei Gruppen innerhalb einer Gesellschaft, die nicht Teil der, wie ich sagen möchte, repräsentierten Normalität sind. Dies zeigt sich besonders während der Coronapandemie und anderen Krisen. Nie wurde mehr über Normalität gesprochen als in den letzten drei Jahren, gerade deshalb, weil diese so schmerzlich fehlte.

(Folie 2)

Ich wurde gebeten, zu erläutern, was Normalität aus einer phänomenologischen Perspektive heißen könnte. Hier ist Normalität etwas ganz anderes als im normalen Sprachgebrauch. Es handelt sich dabei nicht um einen statistischen Durchschnitt oder das Mittelmaß aller berechneten Daten oder das Mittelmaß des Menschen, sondern um einen Modus der Erfahrung. Etwas als normal erfahren heißt, etwas als selbstverständlich, vertraut, erwartbar, aber auch als optimal erfahren; darauf komme ich noch zurück.

Hier sieht man, dass eine normative Kategorie schon in der Wahrnehmung und Erfahrung in der Phänomenologie enthalten ist. Es geht hier aber keineswegs um eine Selbstoptimierung wie in den Diskursen von Self-Enhancement und neoliberalen oder kapitalistischen Selbstoptimierungsbewegungen der Fall. Man könnte aber zumindest sagen, dass etwas nicht als normal erfahren werden kann, wenn es für uns als negativ oder nicht optimal bewertet wird.

Ich möchte hierbei eine Unterscheidung einführen: Normalität, phänomenologisch aus der Ersten-Person-Perspektive der Erfahrung, kann man als eine gelebte Normalität beschreiben. Wir haben bei den Vorrednern, zum Beispiel bei Thomas Fuchs, gehört: In der Psychopathologie oder Psychiatrie wird das Fehlen von Normalität als Leiden erfahren und es gibt ein großes Bedürfnis nach Normalität. Die gelebte Normalität (wie, warum und weshalb wir etwas als normal erfahren) möchte ich abgrenzen oder unterscheiden davon, was ich repräsentierte Normalität nenne. Das ist Normalität, wie sie oft in den Kulturwissenschaften, in der Soziologie, aber auch in den Disability Studies und in den Gender Studies thematisiert wird. Hier geht es nicht so sehr um das normale Erleben, sondern die repräsentierte Normalität ist das, was in einer jeweiligen Zeit, in einer

Kultur, Geschichte oder einem sozialen Milieu als normal gilt. Das kann man gleichsetzen mit jeweiligen impliziten oder expliziten sozialen Normen, also eine Art etablierte, repräsentierte oder auch diskursive Normalität. Ich werde dazu später am Beispiel der Leiblichkeit etwas sagen.

Wenn man also von Normalität spricht (wie das auch meine Vorredner getan haben), geht es um den Prozess, wie etwas durch Wiederholung und langsame Gewöhnung – entweder, weil ich etwas oft tue oder mit anderen gemeinsam tue – langsam normal wird.

Das müssen wir unterscheiden vom Begriff der Normierung. Hier handelt es sich, am Beispiel von Michel Foucault in seinem Buch *Überwachen und Strafen*, um so etwas wie eine Disziplinierung, zum Beispiel im Bereich des Militärs oder in der Schule. Im 18. Jahrhundert gibt es eine Art Gebrauchsanweisung, wie man zu sitzen oder zu marschieren oder sich zu verhalten hat. Diese schon vorab etablierte Norm soll dann als Maßstab, als Vorbild dienen, wie alle gleichermaßen und in der gleichen Zeit dasselbe tun müssen. Und wenn sie von dieser Norm abweichen, wird dies entsprechend sanktioniert. Das entspricht eher der repräsentierten Normalität, während es aus der Ersten-Person-Perspektive in der Phänomenologie zu Prozessen der Normalisierung kommt.

Normalisierung ist nicht immer unbedingt etwas Gutes. Zum Beispiel können sich bestimmte sprachliche Ausdrücke normalisieren, die früher, zum Beispiel im rechtspolitischen Bereich, als sehr gefährlich angesehen wurden und in der heutigen politischen Debatte in der Mitte angekommen sind. So kann sich auch Sprachgebrauch im Guten wie im Schlechten durch wiederholten Gebrauch normalisieren.

(Folie 3)

Darauf möchte ich nicht so detailliert eingehen, weil es sehr technisch ist. Aber in der Phänomenologie, zum Beispiel bei Edmund Husserl und Merleau-Ponty, wird die Frage gestellt: Was heißt überhaupt „normal erfahren“? Normal erfahren muss zwei Kriterien erfüllen, und zwar auf der individuellen Ebene, also meiner persönlichen Erfahrung, aber auch in Beziehung zu anderen Subjekten. Das ist einmal der Aspekt der Einstimmigkeit. Das heißt: Das, was ich jetzt erfahre oder wahrnehme (auch, was auf mich zukommt, Impressionen, Dinge, die ich sehe), muss einstimmig sein mit dem, was ich schon erfahren habe. Ist das nicht der Fall, reagiere ich mit Irritation oder Überraschung. Dieses Kriterium der Einstimmigkeit, Kohärenz oder Kontinuität bezieht sich also immer auf die Vergangenheit, auf die vergangene Erfahrung. Deswegen kann man diesen Aspekt auch mit der Gewöhnung, mit dem, was wir als gewöhnlich normal bezeichnen, in Verbindung bringen. Es bezieht sich auch immer auf die Tradition.

Zugleich – und das hebt zum Beispiel Edmund Husserl deutlich hervor – bezeichnen oder erleben wir etwas nicht als normal, wenn es nicht auch minimal optimal ist. Hier beziehen wir uns auf die Ziele der Wahrnehmung oder der Handlung. Wir möchten etwas so gut wie möglich sehen. Wir haben immer gewisse Ziele im Handeln. Zum Beispiel möchte ich ein Glas Wasser oder meine Tasse Tee gut erreichen können, und dafür darf sie nicht zu weit weg stehen. Das heißt, es gibt gewisse Kriterien in der Wahrnehmung und der Erfahrung, die etwas für uns mehr oder weniger optimal machen, je nachdem, welche Handlungen und Ziele wir verfolgen. Dies ist auf der individuellen Ebene so. Es kann gut sein, dass meine individuelle Erfahrung einstimmig und optimal ist, aber in Diskrepanz steht mit der Wahrnehmung

und den Optimalitätsverhältnissen anderer Subjekte. Da kann es zu Brüchen, Irritation und Diskrepanzen kommen.

(Folie 4)

Zwei Dinge, die ich schon erwähnt habe: Der Optimalitätsfaktor macht dadurch, dass er auf die Zukunft gerichtet ist, Normalität und das Entstehen und Erhalten der Normalität zu einer fragilen und sehr dynamischen Angelegenheit. Das ist ein Punkt, den ich betonen möchte.

Der zweite Punkt ist, dass Normalität nur in diesen Irritationen, Abweichungen und Diskrepanzen überhaupt thematisch wird. Wenn alles für uns immer normal wäre, würden wir hier nicht beisammensitzen, um über Normalität zu sprechen. Wenn alles selbstverständlich und gut aufeinander abgestimmt ist, wird Normalität nicht zum Thema. Das macht es auch problematisch in der Untersuchung, weil wir mit der Thematisierung immer etwas zu spät sind. Dann ist es schon *nicht mehr* normal.

Wie gesagt können Unstimmigkeiten, Brüche oder Diskrepanzen auf der Ebene meiner oder der individuellen Normalität auftreten, zum Beispiel wenn sich plötzlich etwas in meiner Leiblichkeit verändert und ich krank werde. Husserl gibt ein Beispiel: Er hat sich den Finger verbrannt. Jeden Tag sitzt er an seinem Schreibtisch (ein richtiger *armchair philosopher*, Schreibtischphilosoph), und durch den verbrannten Finger fühlt sich dieser Schreibtisch ganz anders an. Das ist eine kleine Irritation, die in ein paar Tagen vorbeigehen wird, und dann kehrt die alte Normalität zurück. Das ist ein typisches Beispiel.

Es kann aber auch starke und radikale Brüche geben wie einen Unfall, der zu einem versehrten Körper führt, oder durch Alterungsprozesse Brüche in der Einstimmigkeit der Erfahrung, wo man nicht zu einer alten Normalität zurückkehren

kann, sondern sich mühsam eine neue Normalität und das heißt auch neue Gewohnheiten aufbauen muss.

Jetzt kann es sein, dass jemand zum Beispiel mit einer Neurodiversität oder blind geboren ist. Das heißt phänomenologisch, aus seiner individuellen Erfahrungsebene verläuft alles einstimmig, aber es gibt einen Unterschied und eine Diskrepanz zu den anderen Mitsubjekten, also zwischen individueller und intersubjektiver Normalität. Das kann auf Erfahrungsebene sein, aber auch, was man für richtig und falsch hält. Auch hier gibt es eine starke Ebene der Diskrepanz.

Außerdem gibt es verschiedene intersubjektive, kulturelle, soziale Gruppen, die sich wiederum in ihrer Normalität unterscheiden, was, wenn sie aufeinandertreffen, zu gewissen Unstimmigkeiten, Brüchen und Diskrepanzen führt.

Was ich hier betonen möchte: Eine nachhaltige Normalität im vollen Sinne muss immer auch intersubjektiv sein. Das ist in der Phänomenologie ganz wichtig und auch für unsere Themen, die ich nachher ansprechen möchte, im Zusammenhang mit Normativität und Wirklichkeit. Die Aspekte Einstimmigkeit und Optimalität ergeben also nur dann eine beständige oder nachhaltige Normalität, wenn man sie nicht nur individuell, sondern auch intersubjektiv bestimmt. Meine Wahrnehmung muss nicht nur für mich einstimmig sein, sondern auch in Übereinstimmung mit derjenigen von anderen Wahrnehmungssubjekten. Ansonsten ließe sich nicht von einer Normalität sprechen. Deswegen ist das auch ein Aushandlungsprozess. Es gibt keine private Normalität.

Das gilt auch für das Optimum. Wenn für mich etwas optimal ist, ist das noch nicht ausreichend für eine intersubjektiv volle Normalität. Aber in intersubjektiven Gemeinschaften ist das, was da

als optimal gilt, demgegenüber relativ, zum Beispiel in Bezug auf historische, materielle, kulturelle Umstände, aber auch relativ auf Machteinflüsse. Diesen Aspekt hat auch einer meiner Vordredner schon betont.

Und doch muss man, wie ich finde, an einem objektiven Maßstab für Optimalität festhalten. Nicht alles (und das hat Herr Fuchs als anthropologische Normalität angesprochen) kann für leibliche und bewussteinfähige Wesen normal werden. Dies reicht von banalen Beispielen (zum Beispiel, dass niemand auf Dauer versuchen würde, auf dem Kopf stehend zu trinken; das ist nicht optimal in diesem Sinne, auch wenn man sich daran gewöhnen würde) bis zu Beispielen einer Kriegssituation oder Situation der Unterdrückung. Auch wenn diese dauerhaft sind und man sich daran gewöhnen könnte und sagen würde, das ist kohärent und einstimmig, würde man diese nicht als normal bezeichnen, weil sie nicht das Kriterium der Optimalität, relativ zu den Handlungen, erfüllen würden.

(Folie 5)

Ich wurde gefragt: Wie hängen Normalität und Normativität zusammen? Man könnte ganz banal sagen: So etwas wie Normen oder Normativität kann man nicht erleben. Normalität, zumindest die Abweichung davon, ist eine Erfahrungskategorie; das erleben wir sehr wohl, zum Beispiel als Irritation, Überraschung. Die Irritation verursacht einen Bruch und damit einen Verlust der Selbstverständlichkeit. Dies kann als Einschränkung oder Leiden erlebt werden, aber auch als Gelegenheit, die zugrundeliegende Norm aus der Distanz zu reflektieren und sie subversiv zu verschieben. Durch den Bruch werden also die Normen, die dieser Normalität zugrunde liegen, erst thematisch und damit ein Objekt oder Thema der Diskussion.

Man könnte in diesem Sinne sagen, dass man auf der Ebene der gelebten Normalität (diese Unterscheidung würde ich gern einführen) von einer immanenten Norm sprechen kann, weil man gewisse Handlungen wiederholt und daraus eine Gewohnheit entsteht. Was hier unter Norm verstanden wird, sind gewisse Regelmäßigkeiten, die sich dort in der Interaktion mit anderen Subjekten ausbilden.

Man kann auch von einer normativen Leiblichkeit sprechen. Das sieht man zum Beispiel in der Improvisation oder wenn Spiele erfunden werden, wenn zum Beispiel kleine Kinder laufen lernen. Das ist auch eine Ebene, wo Normen im Sinne von Regelmäßigkeiten entstehen.

Auf der Ebene der repräsentierten Normalität hingegen kann man von externen Normen sprechen, wie ich schon am Beispiel der Disziplinierung deutlich gemacht habe. Da gibt es einen bestimmten Maßstab oder eine Verhaltensnorm, wie man Dinge zu tun hat, und das ist eine Normierung. Man kann das auch positiver ausdrücken: eine Art Sozialisierung, der wir alle unterliegen. Man lernt ja von klein auf, wie man gewisse Dinge zu tun hat, und das hat auch seinen guten Sinn für das Zusammenleben. In der Sozialisierung werden die sozialen Normen inkorporiert und dann zu einem Teil unseres Verhaltens und unserer Erfahrung von uns selbst.

(Folie 6)

Ich möchte jetzt zu drei Anwendungsgebieten kommen, die ich auch gern mit Ihnen diskutieren würde und die auch Teil der Frage waren, die Sie mir haben zukommen lassen.

Das erste ist, wie sich Normalitätsvorstellungen auf Leiblichkeit und Körperlichkeit auswirken. Ich glaube, dass sich die Unterscheidung, die ich getroffen habe, zwischen gelebter und repräsentierter Normalität, sehr schön anwenden lässt,

wenn man, wie die Kommission mir das auch vorgegeben hat, über diese Beispiele von Körperlichkeit spricht. Ich möchte diese zwei Ebenen noch mal anhand der Leiblichkeit erläutern.

Als Leib, mit dem ich die Welt erfahre oder mit dem ich mich in der Welt bewege, als gelebter Leib oder im Rahmen meines operativen Körperschemas, wie man das mit Merleau-Ponty nennen könnte, bedeutet Normalität, dass ich die Welt mit und durch meinen Leib einstimmig, kohärent oder orientiert erfahre und die Umwelt und meine leiblichen Vermögen optimal aufeinander abgestimmt sind (das ist der Idealzustand), etwa wenn ich ohne Mühe und Aufmerksamkeit mit meinem Arm nach einem Glas Wasser greife und trinke, mich wie selbstverständlich im Raum und einer bekannten Umgebung bewege, ohne Hindernisse.

In Bezug auf meinen thematischen Körper, also das Körperbild, den Körper, den ich wahrnehme, bedeutet Normalität hingegen etwas anderes. Der Körper als Objekt meiner Wahrnehmung wird danach beurteilt, ob dieser Körper, seine Form, seine Bewegung, innerhalb einer bestimmten Gesellschaft, Kultur oder Zeit als normal gilt. Während die gelebte Normalität sich an meiner vergangenen Erfahrung und der Relation mit der Umwelt bemisst, die vorgibt, inwiefern mir etwas als einstimmig oder optimal gegeben ist, orientiert sich die repräsentierte Normalität an mehr oder weniger expliziten Standards oder Normen, denjenigen, was jeweils als normal gilt.

Jetzt könnte man sagen, dass es bei diesen Beispielen zu Veränderungen der gelebten Normalität kommt. Es gibt zum Beispiel bestimmte Umstände und Situationen, in denen wir von unseren eigenen Erfahrungsnormen abweichen, uns zum Beispiel nicht mehr so bewegen können, wie wir es gewöhnt sind. Ich bin zum Beispiel passio-

nierte Langstreckenläuferin und habe zwei Marathons gelaufen, und mit bestimmten Veränderungen wie Schwangerschaft oder Krankheit, aber auch steigendem Alter verändern sich hier Dinge. Obwohl dies manchmal graduelle Veränderungen sind, ist der Moment, in dem uns das bewusst wird, meist sehr plötzlich. Hier kommt es zu einem Bruch, meist zu einer negativen Überraschung. Ein Beispiel ist ein plötzlicher Unfall, aber auch so etwas wie eine Schwangerschaft kann die Erfahrung des „Ich kann“, wie man das in der Phänomenologie nennt, deutlich einschränken und verändern. Hier muss die Beziehung zum eigenen, nun veränderten Körper oder der Leiblichkeit erst wieder normalisiert werden und neue Gewohnheiten ausgebildet werden. Man kann nun nicht mehr so schnell die Treppe hinauf; man muss seinen Laufstil, die Art und Weise, wie man tägliche Dinge verrichtet, anpassen.

Dieses Beispiel sieht man bei dem alternden Körper, aber auch bei versehrten Körpern. Dabei muss man unterscheiden zwischen Menschen, die „normal“ oder unversehrt geboren sind und dann aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit einen versehrten Körper bekommen, und Menschen, die schon mit einer anderen Leiblichkeit geboren werden. Hier herrscht schon eine Einstimmigkeit vor. Hier besteht die Diskrepanz dann eher zu der Umgebung, die nicht auf sie eingerichtet ist, oder zu den anderen Subjekten, die eine andere Leiblichkeit haben.

Dasselbe gilt auch für Geschlechtlichkeit, auch wenn dies sehr schwer bestimmbar ist, weil man aus der Ersten-Person-Perspektive als Mann, Frau, trans oder nichtbinär natürlich nicht weiß, wie andere erleben. Was man aber sehr wohl sagen kann, ist, wie soziale Normen darauf Einfluss haben. Diese haben nämlich immer darauf Einfluss, wie wir uns bewegen, wie wir sitzen, wie wir werfen (ein Beispiel von Iris Marion Young,

*Werfen wie ein Mädchen*), wie wir essen, wie wir implizit und unmittelbar auf die Welt und andere ausgerichtet sind, also wer wir als Leib oder Leiblichkeit sind. Sie haben einen starken Einfluss darauf, wie wir unseren Körper wahrnehmen und beurteilen, wie viel Aufmerksamkeit wir dem widmen, wie wir auf andere wirken, wie wir aussehen. Man könnte sagen: Wenn für uns alles normal ist, dann ist das das Ergebnis einer erfolgreichen Inkorporierung, und wie wir handeln, passt dann zur Umgebung und den Erwartungen anderer und unserem Umfeld.

Ein Beispiel, das ich hier nennen möchte, ist von Sara Ahmed. Sie hat ein Buch geschrieben: *Queer Phenomenology*. Sie beschreibt zum Beispiel, dass unsere Umwelt oder die Umgebung meistens sehr gut eingerichtet ist für Heteronormative, also die ganz Normalen, die normale Kernfamilie, heterosexuelle Pärchen mit Kind. Das beschreibt sie als Komfortzone. Wenn das sehr gut aufeinanderpasst, dann befinden wir uns in einer Komfortzone.

Dies kann aber auch problematisch sein. Eine zu große Selbstverständlichkeit kann auch ein Hindernis sein für Veränderungen und für Reflexionen, wie es für andere sein könnte. Wenn man in seiner sozialen Bubble oder Filterblase in den sozialen Medien feststeckt, ist man meist blind für Alternativen.

Wenn jemand aber auf die eine oder andere Weise von den Normen der sozialen Umgebung abweicht, verschwindet auch diese Selbstverständlichkeit. Dies ist in Sara Ahmeds Beispiel bei queeren Menschen der Fall, die in einer heterosexuell organisierten Gesellschaft leben. Dies ist aber auch bei Menschen der Fall, die versuchen, in einer eigenen [?] Kultur oder in einem Land zurechtzukommen, oder bei Frauen, die sich kontinuierlich in einer patriarchalisch organisierten

Umgebung als Objekte in den Augen anderer wahrnehmen. Das alles sind Beispiele.

Es gibt viel Literatur darüber, wie soziale Normen Einfluss darauf haben, dass wir unseren Körper ständig zum Thema machen müssen. Das kann die eigene Selbstverständlichkeit, die gelebte Normalität sehr einschränken. Es gibt verschiedene Gründe: Wir müssen unseren Körper zum Thema machen, wenn wir krank sind, wenn sich etwas verändert, aber auch, wenn die Umgebung oder die sozialen Normen uns als nicht normal im Sinne der repräsentierten Normalität kennzeichnen, wenn man zu dick ist oder zu irgendetwas anderes ist. Diese Personen müssen dann ihren Körper viel mehr thematisieren oder auch thematisieren lassen als andere, was ihnen eine gelebte Normalität und Selbstverständlichkeit nimmt oder gar nicht erst ermöglicht.

(Folie 7)

Ich komme zu meinen zwei letzten Beispielen. Ich möchte kurz betonen: Wenn wir sagen, etwas ist normal, ist das immer auch ein Anspruch auf Realität. Wenn man dafür kämpft, Teil der Normalität zu sein, kämpft man auch dafür, Teil einer Realität zu sein. Das ist der Kampf für Sichtbarkeit, zum Beispiel bei emanzipatorischen Gruppen.

Auch hier kann man sagen: Die individuelle Einstimmigkeit ist ein Indikator für Realität. Denn immer dann, wenn etwas plötzlich verschwindet oder auftaucht, ist das ein Zeichen, oder wenn wir irritiert oder überrascht sind, kann das ein Zeichen dafür sein, dass etwas nicht stimmt, zum Beispiel für eine Halluzination.

Gleichzeitig ist es sehr wichtig, dass es eine intersubjektive Einstimmigkeit gibt. Denn die Definition von Objektivität ist ja, dass nicht nur ich etwas wahrnehme (zum Beispiel ein Einhorn, das durch den Bildschirm fliegt), sondern dass Sie es

auch wahrnehmen. Etwas darf nicht nur subjektiv sein, sondern muss objektiv sein.

Man kann auch sagen: Es gibt keine private Realität. Real ist etwas nur, wenn auch andere es zumindest potenziell sehen können. Husserl sagt: Wenn jemand an meiner statt, aus meiner Perspektive die Welt betrachten könnte, muss es zumindest in den Grundfesten möglich sein, dass der andere dasselbe sieht. Nicht in derselben Art und Weise, mit anderen Abschattungen, mit anderer Aufmerksamkeit, in einem anderen Fokus, vielleicht in anderen Farben oder ohne Farben, aber es muss deutlich sein, dass wir zumindest minimal dasselbe sehen könnten. Hannah Arendt würde sagen: Die Zeugenschaft ist hier wichtig.

Aber das Problem hierbei ist (und das kann man gut einsehen), dass die repräsentierte Normalität, also die sozialen Normen oder auch Ideale unsere Aufmerksamkeit beeinflussen und damit das, was wir an Fakten oder Ausschnitten von der Realität zur Kenntnis nehmen. Man könnte hier von einem normativen Filter sprechen: Das, was sein soll, was wir denken, was sein soll und wichtig ist, muss auch so sein und nicht andersrum. Es gibt keine Offenheit für verschiedene Perspektiven und Pluralitäten.

Gerade die sozialen Medien verstärken diesen Trend, weil sie durch die personalisierten Algorithmen, die mit dem trainiert werden, was wir in der Vergangenheit schon gesucht und angeguckt haben, uns immer wieder mit denselben Fakten füttern, die unsere Annahmen natürlich bestätigen. So werden eigene Realitäten auch gefördert.

Das könnte ein Problem sein für eine geteilte Welt und für den Begriff der Objektivität und der Wirklichkeit, weil wir selbst natürlich nicht alles zu Gesicht bekommen. Wir sind ja angewiesen auf die Perspektiven von anderen, auch Medien. Die Zusammenhänge werden immer komplexer. Aber

hier gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen Einstimmigkeit, aber auch Optimalität und Wirklichkeit.

(Folie 8)

Wir kommen zu den Krisen. Wenn eine Großkrise (so etwas wie Corona, aber auch Kriege) stattfindet, dann ist plötzlich alles nicht mehr normal und es wird auf einmal zum Thema, was vorher normal war und wie selbstverständlich das war, weil es dies nicht mehr ist. Meistens sind wir dann konfrontiert (und das hat man während der Coronapandemie auch sehr schön gesehen) mit zwei Verhaltensweisen: einer Verhaltensweise, wo man versucht, um jeden Preis, auch um den Preis der Realität, an der Normalität festzuhalten. Wir sehen dabei ein Heraufbeschwören der guten alten, der natürlichen, der gottgegebenen Normalität. Das ist auch ein Propagandamittel, das wir in vielen Werbeslogans oder politischen Slogans sehen: „Deutschland. Aber normal.“ Da wird die Sehnsucht nach Normalität gefüttert.

Eine andere Reaktion ist der Versuch, sich mühsam eine neue Normalität aufzubauen. Das bedeutet, neue Gewohnheiten, die Beziehungen zu anderen zu verändern, zu überdenken, die Beziehung zur Umwelt zu verändern, was natürlich viel mühsamer ist.

Was allen Reaktionen zugrunde liegt, ist ein Verlust der Selbstverständlichkeit, der Orientierung und der gelebten Normalität, aber auch eine Möglichkeit der kritischen Reflexion der alten Normalität und der zugrundeliegenden Normen. Wenn wir eine neue Normalität wollen, wollen wir zu allem zurück? Oder was war nicht so gut? Das bietet auch eine große Chance.

(Folie 9)

Es gibt auch Gruppen, die keine großen Krisen brauchen. Sie waren niemals Teil der Normalität



oder sind es noch nicht. Für viele marginalisierte oder emanzipatorische Gruppen ist eine selbstverständliche gelebte Normalität eine vage Hoffnung oder ein Bedürfnis, aber nicht Realität. Ihre gelebte Realität wird in der Gesellschaft von der repräsentierten Normalität, die sie ausschließt, eingeschränkt oder gar unmöglich gemacht. Man kann denken an Stigmatisierung, Markierung, Rassismus oder Exklusion.

Auch ihre Identität wird extern bestimmt als Abweichung oder in Abgrenzung von der festgestellten Norm oder der repräsentierten Normalität. Wir kennen dieses Paradigma: wir Normalen und die, die sich an uns anpassen müssen.

Man kann dieses Schema auch sehr schön erkennen im Titel des Buches von Simone de Beauvoir: *Le deuxième sexe*, das zweite Geschlecht (leider im Deutschen falsch übersetzt als *Das andere Geschlecht*). Denn hier wird das Zweite immer nach dem Maßstab des Ersten beurteilt. Man kann das aber auch sehen in der Art und Weise, wie wir Tiere thematisieren: immer als ein Mensch minus X zum Beispiel. Auch hier ist die Selbstbestimmung immer extern oder von außen bestimmt.

Was kann man da machen? Ich habe dafür keine Lösung, möchte aber für eine Kultur des Hinterfragens des Selbstverständlichen plädieren. Vielleicht kann man das schon in Schulen machen. Was ist meine eigene Normalität und was sind die Normalitäten der anderen? Ein Plädoyer für eine inklusivere oder, wie ich das mit Bernhard Waldenfels nennen möchte, eine responsive Normalität, mehr Offenheit für andere Perspektiven, Pluralität, nicht immer nur die eigene Normalität verteidigen.

Dann, das ist philosophisch paradox und nicht richtig, mehr Selbstverständlichkeit für alle. Das würde ja gar nichts bedeuten, aber ich habe es hier mal stehen gelassen.

Abschließend möchte ich zusammenfassend Folgendes sagen, was mir wichtig ist:

Normalität ist weder rein natürlich noch rein kulturell bestimmt, sondern beides. Es ist Ausdruck einer wechselseitigen Verschränkung, und der Mensch, seine Natur wie Kultur, unterliegen hierbei einer beständigen Entwicklung und Veränderung. Deshalb kann Normalität niemals auf das Vergangene, die Tradition, das göttlich Vorbestimmte oder von der Natur Gewollte reduziert werden. Vielmehr würde genau dies eine robuste zukünftige Normalität, die eine Pluralität von Perspektiven und Subjektentwürfen integriert, verhindern. Eine solche Konservierung der Normalität einiger, wie zum Beispiel der Wahlslogan der AfD: „Deutschland. Aber normal“ suggeriert, läuft daher notgedrungen auf Gewalt und Unterdrückung anderer hinaus, Normalität auf Kosten anderer.

Was dem Subjektivismus, Relativismus, der Naivität oder dem Größenwahn des einzelnen Menschen Grenzen setzt, ist ganz banal: der Widerstand und die Transzendenz der Welt und die Pluralität der Perspektiven der anderen Subjekte. Auch wenn es einigen gelingt, sich erfolgreich gegen diese Realität abzuschirmen, unter anderem mithilfe von personalisierten sozialen Medien, wird dies doch nie vollständig gelingen. Normalität im Erfahren und Handeln kann daher langfristig nur unter Einbezug der sich verändernden Welt und zusammen mit anderen gelingen: ein gelungenes Miteinander verwirklichen trotz oder gerade wegen der Widerständigkeit der Welt und der Diversität der darin lebenden Subjekte. Dabei bleibt Normalität notwendig dynamisch und responsiv, wie hoffentlich auch das menschliche Denken und Handeln.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

**Alena Buyx (34:00)**

Liebe Frau Wehrle, vielen Dank. Dann steigen wir direkt in die Diskussion ein.

**Julian Nida-Rümelin (34:10)**

Ich fand es sehr schön, in der Klarheit, eine übersichtliche, Orientierung gebende Darstellung. Das hat mir gut gefallen.

Wir haben möglicherweise einen Dissens, der auch praktisch nicht unwichtig ist. Sie kommen eher aus der Phänomenologie. Es gibt in der Phänomenologie realistische und antirealistische Positionen, in der analytischen Philosophie auch, und man kann sagen: Die Demarkationslinie verläuft dort, wo Fakten oder Objektivität (Sie sprechen von Objektivität) epistemisch (ich bringe jetzt den philosophischen Ausdruck und erläutere ihn gleich) konstituiert ist, das heißt, abhängig (definitivisch abhängig, analytisch abhängig) von meinen Wissenszuständen oder den Wissenszuständen einer Gemeinschaft, einer Kultur oder einer Gesellschaft usw.

Wenn man diese Reduktion von Objektivität auf Intersubjektivität mitmacht (das ist eine antirealistische Position), dann kommt man in dieser Debatte in des Teufels Küche. Ich will mal ein Beispiel geben. Eine Kultur (und das ist bis vor ein paar Jahrzehnten auch unsere gewesen), die meint, Homosexualität ist abnormal, sollte strafrechtlich verfolgt werden und unterbunden werden. Dann ist da eine homosexuelle Person, die sagt: Homosexualität ist normal und sollte nicht strafrechtlich verfolgt oder anderweitig marginalisiert werden. Dann kann diese eine Person recht haben gegen alle anderen. Sie hat objektiv recht, und die anderen haben objektiv unrecht. Das heißt, Objektivität ist dann nicht intersubjektiv konstituiert.

Damit es nicht so in der Luft hängt (das ist ein Beispiel, das ist entspannt, aber die Welt ist insgesamt nicht so entspannt bei diesem Beispiel), will ich mal ein anderes, vielleicht aktuelleres Beispiel nehmen. Wir haben eine merkwürdige Ambivalenz der Diskurse. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass die Normalitätserwartungen, zum Beispiel was das Eigengewicht angeht, stark schichtenspezifisch ist. Das heißt, dass die sozioökonomisch Schlechtergestellten es normal finden, im Sinne der meisten Medizinerinnen und Mediziner übergewichtig zu sein. Auch die Eltern sind nicht irritiert, wenn die eigenen Kinder ein paar Kilo zu viel haben, jetzt aus Sicht der medizinischen Optimalitätsbetrachtung.

Wir haben permanent diese beiden Phänomene: Einerseits sagen wir, dass Normalität möglichst vielfältig und möglichst offen sein sollte. Die Leute sollen sich in ihrem Körper wohlfühlen, deswegen keine so starke Optimierung. Auf der anderen Seite haben wir eine massive permanente Propaganda: Wie muss man richtig leben? Welches Gewicht muss man haben? Wie viel Schritte muss man machen? Dazu gibt es auch interessante Forschungen.

Das hängt ein bisschen mit der Objektivitätsfrage zusammen. Ich bin der Auffassung, man muss dem etwas entgegensetzen und sagen: Es ist völlig okay. Das mag vielleicht nicht die Lebenserwartung maximieren, aber es ist völlig okay, wenn sich die eine oder andere Person deutlich über dem, was man als Idealgewicht bezeichnet, befindet. Das ist völlig normal, und ein höherer Blutdruck im höheren Lebensalter ist auch völlig normal und muss nicht permanent behandelt werden. Das sind immer Streitthemen, aber das wollte ich Sie fragen: die praktische Implikation einer intersubjektiven Definition von Normalität und Objektivität.

**Maren Wehrle (38:36)**

Ich glaube, dass das ein Missverständnis war: Bei der Intersubjektivität geht es nicht darum, dass das, was die Mehrheit denkt, jetzt auf einmal richtig ist, oder der, der am lautesten schreit oder den größten Machteinfluss hat, jetzt bestimmen kann, was normal ist. Intersubjektivität in der Phänomenologie ist auch kein Antirealismus, sondern eigentlich ein Realismus. Es geht von einer Pluralität der Perspektiven und der Lebensumstände verschiedener Subjekte aus.

Das heißt aber nicht, dass es um intersubjektive Meinungen geht, sondern um verschiedene Lebensperspektiven. Phänomenologie ist in erster Hinsicht eine Wahrnehmungsphilosophie. Wenn ich etwas sehe, kann es nicht als objektiv gelten, sondern auch andere müssen potenziell dieselben Wahrnehmungsvoraussetzungen haben, sodass sie dasselbe sehen können wie ich, sodass wir uns darüber austauschen können, dass wir zumindest grundsätzlich eine Welt teilen, wo wir dann über verschiedene Dinge unterschiedlicher Auffassung sein können.

In dem Sinne würde ich sagen, ist die Phänomenologie oder dieser Ansatz auf keinen Fall antirealistisch, und Intersubjektivität bedeutet nicht intersubjektive Meinungen, sondern andere Wahrnehmungssubjekte, die meine Perspektive bestätigen müssen oder zumindest potenziell in der Lage sind, sie nachvollziehen zu können.

Dann haben Sie zwei Beispiele getroffen. Ich würde auch sagen, es gibt eine Art Optimum, das objektiv ist, aber nicht objektiv im Sinne von Normwerten für Bluthochdruck oder Gewicht usw. (diese totale Datafication, die hier stattfindet). Objektivität bezieht sich hierbei nicht auf das Sammeln von Daten und Durchschnitt ausrechnen, sondern darauf: Leidet jemand an einem

hohen Blutdruck? Und wenn nicht, dann ist das auch keine Abweichung von der Normalität.

Ich glaube, dass diese Intersubjektivität in der Phänomenologie eher eine Korrektivfunktion hat, aber nicht so, dass eine Person, weil sie in der Machtposition ist, auf einmal bestimmen kann, was normal ist, und alle anderen als nicht normal abstempeln kann, sondern man braucht immer das Korrektiv von anderen Perspektiven, die vielleicht die Welt anders sehen oder die eine andere Leiblichkeit haben, um das immer wieder auszuhandeln und zu korrigieren, aber auch zu bezeugen und zu verifizieren. So war das eher gemeint.

Ich glaube schon, dass es Dinge gibt, die nie normal werden können, aber das sind nur Grenzwerte. Ich wäre auch absolut dagegen, solche statistischen Werte als Norm zu setzen, weil wir im Vortrag von Thomas Fuchs schon gehört haben: Eine Krankheit muss dann geheilt oder thematisiert werden, wenn sie zum Leiden führt, und wenn ein hoher Blutdruck oder ein Gewicht, das von einer festgestellten Norm (die auch geschichtlich ganz unterschiedlich ist) abweicht, aber nicht zu einer Einschränkung oder irgendwas führt, dann ist das Teil der Normalität. Deswegen würde ich dafür plädieren, eine inklusivere oder differenziertere Auffassung der Normalität zu vertreten.

**Julian Nida-Rümelin (42:27)**

Ich fühle mich missverstanden.

**Alena Buyx**

Ich werde Herrn Nida-Rümelin wieder auf die Liste setzen, aber vielleicht erst noch den anderen Ratsmitgliedern die Gelegenheit geben.

**Petra Bahr (42:40)**

Vielen Dank. In der Tat ist es so, dass Sie als Dritte die ersten zwei Impulse ergänzen und bestimmte Elemente noch mal aufgreifen. Ich finde

sehr hilfreich, dass Sie uns noch mal daran erinnern, dass Normalität ein Modus der Erfahrung ist. Das erklärt auch viel über die Art des Sprechens, über die Störung des Normalen, weil dieser Modus des Erfahrens offensichtlich relevant ist. Und Sie erinnern auch noch mal daran, dass Normalität eine Form der Praxis ist und in dem Moment, wo man über das Normale redet, die Normalität eigentlich schon gestört ist oder beobachtet oder thematisiert wird.

Ich würde gern noch mal nachfragen bei der Frage der repräsentierten Normalität. Sie hatten beschrieben, dass das Formen von Regelübung, der Ausprägung von Leitvorstellungen sind. Aber es gibt natürlich noch eine andere Form der repräsentativen Normalität, das ist die der Macht oder des Rechts, vielleicht sogar beider. Wenn Sie dazu noch mal etwas sagen könnten, wäre das für uns sehr hilfreich. Vielen Dank.

### **Maren Wehrle (43:43)**

Ein Grund, weshalb ich diesen Unterschied, der eigentlich relativ banal und auch nicht besonders innovativ ist, gemacht habe, ist, dass ich mich sowohl in der Phänomenologie bewege als auch in Gender Studies und mich mit Judith Butler und Michel Foucault auseinandergesetzt habe, gerade mit diesen Machtfragen. Natürlich ist der Begriff diskursive oder repräsentierte Normalität sehr weit gefasst. Das kann von impliziten Verhaltensnormen bis zu starken Machtkonstellationen reichen, auch zu geschriebenem Recht. Da gibt es verschiedene Grade der Implizit- und Explizitheit. Die Gesetze sind natürlich im starken Sinne repräsentiert. Verhaltensnormen, die in der Gesellschaft gelten, sind sehr implizit, aber auch noch thematisierbar, und zwar thematisierbarer als die Regelmäßigkeiten der gelebten Normali-

tät. Diese sind so implizit und so in unserem Erleben und Erfahren einbegriffen, dass sie kaum thematisch werden.

Zur Macht: Da glaube ich, dass sich die Phänomenologie ergänzen lassen muss von vielen anderen Wissenschaften, die sich sehr genau ansehen, wer jeweils innerhalb einer Gesellschaft bestimmen kann, was normal ist oder nicht. Hier muss man aufpassen (vielleicht war das auch der Punkt von Herrn Nida-Rümelin), dass man schon die Unterscheidung beibehält und den Unterschied zwischen einer deskriptiven Normalität und einer Normativität nicht ganz fallen lassen kann. Nicht alles, was Menschen wiederholt tun, ist deshalb schon gut, und nicht alles, was man aufgreift und innerhalb einer Gesellschaft als normal repräsentiert, ist notwendigerweise gut. Denn jemand, der in einer bestimmten Machtstellung ist, zum Beispiel in einem diktatorischen System, kann die Norm und was normal ist, festsetzen, und in so einer Extremsituation könnte man auch Gesetze dazu machen.

Phänomenologisch gesehen das Einzige, was man da machen kann, ist halt diese Idee, dass es so etwas gibt wie eine absolute Optimalität – das ist nur ein Ideal, zum Beispiel die bestmögliche Art und Weise, die Welt zu sehen, oder die differenzierteste Art und Weise oder etwas, was nicht in dem Sinne in einem bestimmten gesellschaftlichen, kulturellen oder zeitlichen Kontext aufgeht, sondern etwas, was uns darüber hinaus ein Kriterium geben kann, was ein gutes Leben oder ein optimales Leben für möglichst viele Menschen ist. Das kann zum Beispiel nicht so etwas wie Unterdrückung sein. Eine Gesellschaftsform, die einige unterdrückt und andere nicht (das kann auch objektiv oder unabhängig von der jeweiligen Gesetzeslage sein oder von denen, die bestimmen, was jetzt hier als normal gilt), kann nicht objektiv gesehen optimal für alle sein.

Aber ich gebe Ihnen recht, da muss man sich ansehen, von wem die jeweilige repräsentierte Normalität bestimmt und erhalten wird und wer da seine Interessen hat, die zu aktualisieren. Aber ich denke, dass jede repräsentierte Normalität, die für einige nicht optimal oder nicht einstimmig ist oder keine gelebte Normalität ermöglicht, zu Widerstand, Subversion, Demonstrationen usw. führen wird. Das sehen wir auch. So eine Normalität kann man nur um einen sehr harten Preis erhalten, zum Beispiel mit Gewalt. Ich glaube, dass eine Normalität, die für einige nicht normal im Sinne der gelebten Normalität ist, keine nachhaltige Normalität auf die Dauer sein kann.

#### **Steffen Augsberg (48:11)**

Frau Wehrle, herzlichen Dank. Ich fand die Darstellung und die Inhalte hoch instruktiv. Ein wunderbarer Vortrag, der uns weiterhilft.

Ich bin am Anfang ein bisschen über die Binarität der Nebeneinandersetzung oder Gegeneinandersetzung von Normierung und Normalisierung gestolpert. Sie fangen das aber auf über die Konstellation von gelebter und repräsentierter Normalität. Das leuchtet deshalb ein, weil das, was Sie zu Recht hervorheben, der Erfahrungsspeicher, sowohl für Normen, insbesondere für bewusst gesetzte Normen wie das Recht, als auch für Normalität von großer Bedeutung ist.

Die Frage wäre, ob Ihnen einleuchtet, dass man die Normalität (das war eine der Arbeitshypothesen unserer Arbeitsgruppe) als eine Zwischenstufe in dem Sein-Sollen-Gegensatz integrieren kann. Vielleicht noch weitergehend: Kann man zwischen Normalität und Normativität noch die Prinzipien der Mimesis, der Nachahmung hineinfassen? Weil die hier ja auch beide Dimensionen mit ergreifen könnten.

Eine zweite Frage bezieht sich auf die schöne Formulierung von der Pluralität der Normalitäten,

und die impliziert natürlich zwangsläufig die Frage nach den Bezugsgruppen. Sie haben von den marginalisierten Gruppen gesprochen, die keine Chance haben, an der Normalität teilzuhaben. Damit ist eine übergeordnete, staats- oder gesellschaftsbezogene, mehr oder weniger homogene Normalität gemeint. Müssen wir nicht Normalität auch kleinteiliger, identitärer denken?

Und gibt es nicht neben dem Abgegrenztwerden (das, was Herr Nida-Rümelin mit der Kriminalisierung von Homosexualität beschreibt) so etwas wie eine bewusst gewollte Anormalität? Ich stelle mir das gerade in subkulturellen Zusammenhängen vor, dass man sagt: Ich möchte anders sein als der Rest. Interessanterweise sehen dann aber in der Subkultur wieder alle gleich aus. Das ist also eine Abgrenzung von einer gewissen Normalität und eine Hinwendung zu einer neuen Normalität. Vielen Dank.

#### **Maren Wehrle (50:14)**

Das waren viele interessante Fragen. Zur letzten: In der Tat, dieses Anderssein von meist kulturellen Subgruppen ist Teil der Normalität. Das würde ich gar nicht als nicht normal bezeichnen. Hier wird sich gegen die Normalität einer anderen Gruppe abgegrenzt, aber intern wieder eine bestimmte Selbstzuschreibung etabliert. Das ist eine sehr schöne Strategie, und das sehen wir bei emanzipatorischen Bewegungen, dass man gerade diese Abweichung und Stigmatisierung aktiv aufnimmt und daraus eine positive Identität baut.

Da muss man aber unterscheiden, ob das nur irgendwelche Subgruppen sind oder Jugendliche, die gern anders sein wollen (das ist ja eine sehr privilegierte Position), oder ob es auch Positionen gibt, die selbst noch keine eigene Selbstbestimmung und Identität haben, und inwiefern man da differenzieren muss. Aber diese kulturellen Subgruppen sind ganz klar Teil der Normalität, und

„deswegen haben sie auch das Privileg, sich in einem Teilbereich so abgrenzen zu können, weil sie nicht fürchten müssen, ausgestoßen zu werden. Bei marginalisierten Gruppen (oder wie man die auch definieren mag) ist das hingegen wirklich eine Existenzfrage und auch eine existenzielle Frage, das auf sich zu nehmen. Das ist für sie wirklich eine existenzielle Gefahr und kommt aus einer existenziellen Not heraus.

Kleinteiligere Normalität: Ja, man kann das natürlich in kleinere Gruppen aufteilen. Was ich gern deutlich machen würde: Ja, mehr Normalität für alle, aber es gibt auch ein Zuviel an Normalität und auch ein Zuwenig an Normalität. Da muss man eine gute Balance finden.

Die gelebte Normalität ist daher phänomenologisch ein sinnvoller Begriff, weil es hier noch nicht zu einer Festschreibung und damit auch nicht zur Stigmatisierung, zur Ausschließung und solchen Sachen kommt. Dazu kommt es erst, wenn man das festschreibt als Norm oder wie auch immer. Aber in dieser gelebten Normalität ist es in dem Sinne noch im Fluss.

Damit komme ich zu Ihrer ersten Frage: Wie hängt das mit dem Sein und dem Sollen zusammen? Meine skizzenhafte Idee wäre wie folgt: Ich glaube, dass verschiedene Subjekte aus welchen Gründen auch immer anfangen, Dinge auf die immer gleiche Art und Weise zu machen, weil es vielleicht funktioniert, und dass sich so Regelmäßigkeiten herausbilden, die später (das ist die einfache Version) vielleicht festgeschrieben und als Gesetze institutionalisiert werden. Das kann aber auch gefährlich sein: Nicht alles, was Leute wiederholt tun, muss gut sein, sondern es kann auch gefährlich und nicht optimal oder gut im objektiven Sinne sein. Da kommt die Machtfrage wieder hinein. Denn diejenigen Gruppen, die Macht haben, können gewisse Dinge wiederholt tun und

haben dann eine größere Aufmerksamkeit und auch mehr Macht, diese Verhaltensweise oder diese Regelmäßigkeiten zu einer Norm zu erheben.

Das ist genau das Problem, dass vielleicht eine nur kleine, aber sehr mächtige Gruppe eine bestimmte Art (ich nehme jetzt mal ein harmloses Beispiel), zum Beispiel wie man Fahrrad fährt oder eine bestimmte Sportart ausübt oder an einem Tisch sitzt, zur Verhaltensregel oder sogar zum Gesetz erhebt. Und da kommt die Pluralität ins Spiel.

Man kann also dieses Sollen nicht ganz vom Sein abkoppeln, weil sich Regelmäßigkeiten erst in der Aktion mit der Umwelt und anderen herausgebildet haben. Das ist eigentlich nur die Motivation davon, dass es dann explizit gemacht oder auch festgeschrieben wird, sodass diese Norm dann das Verhalten, die gelebte Normalität beeinflusst. Das macht es auch so schwierig. Denn es gibt keine „pure“, „unnormativ gelebte“ Normalität. Jedes Kind, das geboren wird, wird sozialisiert und ist schon beeinflusst von den sozialen Normen, die festgeschrieben sind.

Trotzdem gibt es die Kapazität, Normen ständig zu aktualisieren, aber auch verschiedene Dinge anders zu machen. Das sehen wir auch. Aber man kann es halt nicht pur sehen. Das heißt, es gibt diese Verbindung und es haben sich auch Sachen zu Normen entwickelt, die durchaus sinnvoll sind, weil sie effektiv oder für eine bestimmte Gruppe optimal waren, aber es gibt auch starke Verschiebungen oder Monopolisierung, weil einige Gruppen mehr Ressourcen, mehr Macht und mehr Einfluss haben als andere. Es ist gerade jetzt wichtig, darüber nachzudenken, weil man durch soziale Medien und gewisse Propagandasachen diese Macht sehr stark bündeln und manipulieren kann, noch stärker, als es früher der Fall war.

### **Frauke Rostalski (56:30)**

Frau Wehrle, auch von meiner Seite herzlichen Dank für den spannenden Vortrag. Sie haben am Ende dafür plädiert, man möge die Normalitäten ausdehnen, ein größeres Spektrum als bislang als normal fassen, und in einer der Antworten haben Sie auch gesagt, Sie können sich vorstellen, dass letztlich alles normal ist, bis auf einige Grenzwerte. Ich frage mich, welche Funktion der Begriff der Normalität in so einer Konzeption überhaupt noch hat. Wenn man sich überlegt, dass Normalität auch mit Orientierung zu tun hat, mit Orientierungssicherheit von Gesellschaftsmitgliedern, und wenn man den Begriff dann bis auf diese Grenzwerte, von denen Sie gesprochen haben, so weit ausdehnt, dann geht doch diese Orientierungssicherheit mehr oder minder verloren.

Diesen Impuls, zu sagen, alles Mögliche ist normal, um dem entgegenzuwirken, dass Menschen darunter leiden, wenn sie sich selbst als unnormal begreifen, finde ich sehr sympathisch. Ich frage mich nur, ob diese Ausdehnung des Normalitätsbegriffs tatsächlich das richtige Gegengift ist oder ob es nicht eher die Toleranz ist. Denn selbst wenn ich den Normalitätsbegriff so weit ausdehne, wie Sie das gerade vorgeschlagen haben, ändert das nichts daran, dass die Differenzierungen zumindest in gefühlter Weise bleiben, also dass auch diese Akzeptanz hinterherhinkt, obwohl man mit dem Begriff der Normalität so großzügig ist. Sollte man nicht eher an dem eigentlichen Problem arbeiten, nämlich an der Frage von Toleranz, anstelle an dem Begriff der Normalität Unschärfen einzuführen, die auch Negativkonsequenzen haben können, wie der von mir genannte Verlust an Orientierungssicherheit? Danke schön.

### **Maren Wehrle (58:28)**

Herzlichen Dank für diese Nachfrage. Ich gebe Ihnen recht. Was ich sagen wollte, ist, dass es nur gewisse Grenzwerte gibt von Aspekten, die man benennen könnte, was niemals normal für ein menschliches leibliches Bewusstseinswesen werden könnte. Das heißt nicht, dass der Normalitätsbegriff zu gewissen Zeiten und in gewissen Gesellschaften viel enger gefasst sein kann und muss. Normalität ist immer situiert. Das heißt, da ist der Normalitätsbegriff auch enger gefasst. Dass man den so weit wie möglich ausdehnt [?] oder man nur bestimmte Grenzwerte angibt [?], das war die Frage. Gibt es zum Beispiel gewisse Aspekte, die niemals und unter keinen Umständen normal werden können? Ich glaube, die gibt es. Ich glaube nicht, dass ein Mensch, der auf zwei Beinen steht, irgendwann findet, dass es für ihn normal werden könnte, auf dem Kopf stehend zu trinken. Das ist natürlich ein unsinniges Beispiel, aber über so etwas wie Unterdrückung, aber auch Krieg müsste man nachdenken. Sie haben natürlich recht. Ich glaube nicht, dass es Gesellschaften, Länder oder wie auch immer gibt – da braucht es Grenzen der Normalität.

Was ich meinte, ist, dass man von der eigenen Normalität aus diese Selbstverständlichkeit eher zum Thema machen kann, weil man dann nämlich die Perspektive [...] oder warum es zu dieser Diskrepanz oder Irritation kommt, wenn wir mit anderen, die andere Normalitätsvorstellungen haben, zusammenkommen, warum es dazu kommt. Ob man das in die eigene Normalität aufnimmt, ist zweitrangig. Erst mal ist dieses Verständnis: Oh, wir haben gewisse Normen und das ist für uns normal, für andere ist etwas anderes normal, dass man diesen Schritt macht: Unsere Normalität ist entstanden und könnte auch anders sein. Aber dann kommt die normative Entscheidung: Wollen wir, dass die anders ist? Oder wollen wir das in

die repräsentierte Normalität aufnehmen? Das ist der explizite und auch der epistemische – das ist eine normative Entscheidung einer Gesellschaft.

Bei der gelebten Normalität sieht es anders aus. Man kann zum Beispiel in einer aufgeklärten Gesellschaft sagen: Das und das und das ist alles normal, aber die Mitglieder dieser Gesellschaft erfahren das nicht als normal. Das ist die Diskrepanz, die wir auch haben. Ein Beispiel: Man kann sich (wie ich zum Beispiel) als inklusive Feministin verstehen und einen Implicit Bias Test machen, wo man herausfindet, dass man eigentlich sexistisch ist. Oder man kann sich mit der Critical Race Theory auseinandersetzen und sich dafür auch aktivistisch einsetzen und sich dann trotzdem im Alltäglichen, wenn ich meine Tochter zur Kita bringe, gegenüber einer People of Color anders verhalten als gegenüber einer anderen Erzieherin. Ich merke das dann und fühle mich zutiefst beschämt. Das passiert.

Das heißt, was man bei der gelebten Normalität machen kann, ist, mehr in Verbindung kommen mit Menschen, die anders sind und anders leben, sodass sich das wiederholt, dass man sich daran gewöhnt und es nicht mehr zu Irritation oder Überraschungen führt. Das ist eine ganz andere Ebene, und das ließe sich nur lösen über Begegnung und mehr und einbezogene Sichtbarkeit von anderen Perspektiven, sodass man damit auch wirklich zu tun hat.

Da sehe ich das Problem bei der Polarisierung mit sozialen Medien, weil man sich dieser Offenheit – das ist auch für uns im akademischen Milieu: Wo hat man denn noch Kontakt mit anderen sozialen Schichten? Ich merke das sehr stark, weil ich aus einer nichtakademischen oder bildungsfernen Familie komme. Da gelten andere Normalitätsvorstellungen als im akademischen Bereich. Ich

glaube, diese Begegnungsstätten, diese Öffentlichkeit, diese Habermas'sche Öffentlichkeit, die eigentlich so nicht mehr besteht – da ist das Problem, dass man sich in seiner eigenen Normalitäts-Bubble einspinnt und die gelebte Normalität eigentlich immer kleiner anstatt größer wird. Deswegen war mein Plädoyer, dass man verschiedene Perspektiven oder Lebens- in der konkreten Begegnung mit einbezieht. Aber ob das Teil der repräsentierten Normalität ist – das ist ein expliziter Aushandlungsprozess, wo es dann um Normen, Werte usw. geht.

### **Mark Schweda (1:03:03)**

Danke, Maren, auch von meiner Seite für den Vortrag. Ich fand vor allem den Punkt schön, dass sich Normalität irgendwie anfühlt oder erlebt wird oder vielleicht auch gerade nicht erlebt wird, zumindest nicht bewusst erlebt wird, weil es immer einen latent bleibenden Hintergrund des Selbstverständlichen bildet, der erst dann, wenn er angekratzt wird, manifest wird. Die Normalität ist ein bisschen auch Husserls Lebenswelt.

Jetzt hast du am Ende ein Plädoyer gemacht für eine Kultur des kritischen Hinterfragens von Normalität. Das scheint sich mir nicht bruchlos aus deinen phänomenologischen Überlegungen zu ergeben, sondern einer normativen Begründung zu bedürfen. Man könnte auch sagen, das ist eine totale Zumutung. Irgendwie ist das ja ein schöner Zustand, dieser Zustand, in dem man sich mit Kohärenz und Kontinuität krisen- und störungsfrei seiner Normalität hingeben kann. Hans Blumenberg hat das mit Blick auf Husserl mal gesagt: „Das ist wie die Vertreibung aus dem Paradies“. Warum sollen wir uns aus diesem Paradies der Normalität vertreiben lassen? Oder warum sollen wir sogar eine Kultur des kritischen Hinterfragens etablieren?



Zweite Frage: Wenn wir das sollen, wie geht das überhaupt? Wenn Normalität so latent bleibt, können wir sie überhaupt proaktiv auffinden und auflösen?

**Maren Wehrle (1:04:45)**

Ich glaube, wenn wir uns mit Menschen beschäftigen, denen Normalität fehlt, seien es Kranke oder politisch, sozial Ausgeschlossene, dann kann man von denen nicht verlangen, dass man kritisch auf die Normalität reflektiert. In diesem Sinne muss man diesen Gruppierungen zu mehr Normalität verhelfen, also erst mal ins Paradies zu gelangen. Aber es gibt verschiedene Ansätze, zum Beispiel mit Gewohnheitsbildung, das Umfeld etwas inklusiver zu machen.

Dieser Ansatz ist für uns als Philosophen oder Wissenschaftler aus einer privilegierten Position heraus, dass es Sinn machen würde, sich die eigene Selbstverständlichkeit zum Thema zu machen. Warum? Weil gerade in einer Zeit des Umbruchs von Werten (alte Werte und Normen gelten nicht mehr, vieles ist nicht mehr normal oder noch nicht normal) und in Zeiten der Polarisierung und verschiedener Gruppierungen wäre das ein Ansatz, auf eine einfache Art und Weise über Irritationen, Überraschungen ins Gespräch zu kommen: Was ist für mich normal und warum? Und vielleicht ist das für andere anders? Das könnte man auf einer anderen Ebene machen, als sofort eine politische Diskussion zu beginnen, wo man dann eine Position beziehen muss.

**Alena Buyx (1:06:27)**

Ganz herzlichen Dank von uns allen für den schönen Vortrag und die umfangreiche Diskussion. Wir danken Ihnen und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag.