

Köppe, Rainer

## **Personenbezogene Faktoren in der Psychosomatik und deren pädagogische Konsequenzen**

*Hannover : Fachhochschule des Mittelstandes (FHM) 2017, 27 S.*



Empfohlene Zitierung/ Suggested Citation:

Köppe, Rainer: Personenbezogene Faktoren in der Psychosomatik und deren pädagogische Konsequenzen. Hannover : Fachhochschule des Mittelstandes (FHM) 2017, 27 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-151939

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**  
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

Prof. Dr. Rainer Köppe  
Fachhochschule des Mittelstandes (FHM)  
Lister Str. 18  
30169 Hannover  
koeppe@fh-mittelstand.de

Privat  
Rainer Köppe  
Schmiedeweg 14  
39539 Havelberg

Personenbezogene Faktoren in der Psychosomatik und deren pädagogische  
Konsequenzen

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	S. 3
2	Problemlage	S. 4
3	Personenbezogene Faktoren	S. 7
4	Das bio-, psycho-,soziale Gesundheitsmodell	S. 8
4.1	Personenbezogene Faktoren in der psychosomatischen Medizin	S. 8
4.2	Die International Classification of Functioning, Disability and Health	S. 9
4.3	Domänen der ICF	S. 11
4.4	Kontextfaktoren der ICF	S. 12
5	Das Salutogenetische Modell Antonovskys als Grundlage transformatorischer Bildung	S. 17
5.1	Das Kohärenzmodell	S. 17
5.1.1	Verstehbarkeit	S. 18
5.1.2	Handhabbarkeit	S. 19
5.1.3	Sinnhaftigkeit	S. 20
6	Bildungstheoretische Schlussbetrachtung	S. 21

## 1 Einleitung

In seinem Artikel „Was braucht der Patient?“ zitiert Harro Albrecht den britischen Gesundheitspolitiker Sir Muir Gray mit dessen Forderung: Ärzte sollten sich mehr als Begleiter des Patienten verstehen, auf der Suche nach bestmöglichen Lösungen – der „Arzt als Coach“ (Albrecht in: Die Zeit Nr. 30/2016, web).

Oben stehendes Zitat zu Grunde legend soll in dieser Studie einerseits der resultierenden Frage nachgegangen werden, worauf sich die Aussage Gray's bezieht und welche Auswirkungen sich aus der medizinischen Profession für den Patienten selbst ergeben. Andererseits wirkt sich ein möglicher Paradigmenwechsel dahingehend aus, dass kommunikative und bildungstheoretische Schlüsse zur einer Perspektiverweiterung innerhalb der pädagogischen Profession führen.

Für die Entstehung von Krankheiten spielen sowohl somatische als auch psychische Faktoren eine begründende Rolle. Sobald die vollständige somatische Erklärbarkeit versagt, werden die Beschwerden der Patienten als funktionell, somatoform, psychosomatisch oder nicht-spezifisch kategorisiert. Dies sorgt in der weiteren medizinischen Intervention für Legitimationsprobleme, andererseits zwingt sie die Medizin zum fachübergreifenden Denken. Typische subjektive Beschwerdemuster wie Schmerzen, Erschöpfung und Müdigkeit (vgl. BÄK et al 2015, web, Rudolf, Henningsen 2008), führen folglich für den Patienten zu unklaren Diagnosen, verbunden mit bleibenden, teils sich verstärkenden Unsicherheiten. Erklärungsverlust und Unwirksamkeit der medizinischen Intervention können dann zur Verstärkung der Beschwerden und einem, häufig sehr langen, Leidensweg führen (vgl. BÄK et al 2015, web). Nicht zuletzt schließt sich eine langwierige Ausschluss-diagnostik an, welche konsequent zur Verzögerung adäquater Therapien führt (BÄK et al 2015, S. 41-42). Hinsichtlich der Divergenz von subjektiver Wahrnehmung des Patienten und ärztlicher Interpretation kann derzeit nicht geklärt werden, wo das Primat liegt. Prägt der Patient mit seiner Logik „weil das so war“ oder der Arzt mit seiner nomothetischen Logik den Befund der funktionellen oder somatoformen Störung? Die Problematik ist offensichtlich. Stellt der Arzt eine somatoform begründete Diagnose, können einerseits somatische Neben- oder Grunderkrankungen bestehen. Andererseits lassen sich

weder das Ausmaß der Symptome noch die damit verbundenen Leiden herleiten. Neuere Erklärungen verorten die psychosomatischen, also somatoformen Störungen, zwischen den gut untersuchten psychischen oder somatischen Krankheiten (vgl. Sykes 2006, Creed et al 2010). Unabhängig dieser und weiterer ärztlicher Erklärungsversuche persistieren Frust, Leid, Schmerz, psycho-soziales und körperliches Unwohlsein der Patienten, was sich letztlich auf den beruflichen und privaten Lebensalltag auswirkt.

## 2 Problemlage

Derzeit kann angenommen werden, dass die vorherrschenden ätiopathogenetischen Modelle der Medizin zwar schlüssig, in der Konsequenz jedoch nicht spezifisch sind. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) geht derzeit von komplexen Wechselwirkungen aus psychosozialen, biologischen, iatrogenen und kulturellen Faktoren aus, die in ihrer Gesamtheit sowohl disponierend, auslösend als auch verstetigend wirken und eine kausale Beurteilung des Gesamtgeschehens unmöglich machen (AWMF 2012, S. 21-23, web). Weitere Studien versuchen die Pathobiologie hirngestützter Prozesse um kognitive, verhaltensbedingte und im Subjekt begründete Handlungsmuster zu ergänzen. Aber auch hier können keine klaren Abgrenzungen zwischen den in einer erkrankten Person begründeten und damit subjektiven sowie objektiv nachweisbaren Ätiopathologien dargestellt werden (vgl. Brosschot 2002, Brown et al 2004, Henningsen et al 2007, Rief & Broadbent 2007, Ursin & Eriksen 2007, in: AWMF 2012).

In der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zum „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ (vgl. Deutscher Ethikrat 2016) wird die patientengerechte Versorgung durch zwei Parameter spezifiziert.

- 1 Betrachtung der Individualität des Patienten als Normativ und
- 2 Gewährleistung qualitativ hochwertiger medizinischer Standards (Deutscher Ethikrat 2016, S. 37).

Diese Stellungnahme kann als fundamental betrachtet werden. Aus der Erkenntnis, dass es zwischen den subjektiven Aspekten des Patienten und den objektivierbaren Kasuistiken des Arztes wohl immer ein Spannungsverhältnis geben wird, liegt das Primat, ethisch und verfassungsrechtlich begründet, nunmehr beim Patienten selbst. Aus der paternalistischen Fürsorge wird selbstbestimmungsermöglichende Sorge (ebd. S. 37-48). Dies bedeutet einerseits Aufgabe des Gouvernement Prinzips, andererseits Selbstbestimmung und Verantwortung der Patienten, Handlungsentwürfe und Handlungsentscheidungen realisieren zu können. Aber auch Abhängigkeit der Verantwortung von konkreten Krankheitsbedingungen wie Ort, Zeit, Entwicklungsstadium, körperlichen und seelischen Gesundheitszuständen. Die fremdbestimmende medizinische Fürsorge weicht der unterstützenden Sorge. Das bedeutet eine nachhaltige Reduktion des durchaus sinnvollen, jedoch keinesfalls immer notwendigen, medizinischen Paternalismus und eine Hinwendung zur Aktivierung der Selbstbestimmung durch Zuwendung, Anteilnahme, Ermutigung (ebd. S. 37-48). Das dies von der Fähigkeit des Patienten, Handlungsalternativen als solche erkennen und bewerten zu können abhängt, bleibt unbenommen. Der Notfall indes verlangt paternalistische Interventionen. Der deutsche Ethikrat favorisiert in seiner Stellungnahme, die Arzt-Patientenbeziehungen auf die Situativität des Patienten zu fokussieren und dessen Gesundheitskompetenz zum Ausgangspunkt partizipativer Entscheidungsfindung zu machen (shared decision making) (Deutscher Ethikrat 2016, S. 37-48). Kommunikation wird demnach zur Voraussetzung für selbstbestimmungsermöglichende Sorge, denn partizipative Entscheidungsfindung basiert auf sozialen Lernprozessen der Fähigkeit zur symbolischen Interaktion.

Folgt man dieser Betrachtungsweise bleibt festzustellen, dass die Selbstbestimmung des Patienten von dessen Vermögen abhängt, auf der Basis von Wissen und Erfahrung, Sinnzusammenhänge im Umgang mit gesundheitlichen Problemen herstellen zu können. Dazu bedarf es der jedoch essenzieller Bedingungen, wie sie durch den salutogenetischen Ansatz Antonovskys herausgestellt wurden. Dazu gehören die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (vgl. Antonovsky 1997) im Umgang mit Gesundheitsproblemen. Die salutogenetischen Faktoren sind in Abhängigkeit der Heterogenität des Menschen selbst, der Lebensereignisse, des Habitus, der jeweiligen Deutungsmuster, der gesellschaftlichen Determinanten und nicht zuletzt der Leiblichkeit des Patienten, ausgeprägt. Partizipative

Entscheidungsfindung, wie vom Deutschen Ethikrat gefordert, bedarf patientenseitig daher einer medizinischen Wissensbasis zur Herausbildung von Selbstkompetenz. Selbstkompetenz in diesem Sinne beträfe dann auch den kompetenten Umgang mit Gesundheit und Krankheit, also Gesundheitsbildung. Letztere wäre damit ein essenzieller Bestandteil von Bildung. Gesundheitsbildung wäre im Sinne Antonovsky's demnach Voraussetzung für Verstehbarkeit und Handhabbarkeit sowie Ergebnis durch Sinnbildung. Verstehen von Sinn wiederum führt zu Zufriedenheit und ist eine der wichtigsten Voraussetzung für ein erfülltes Leben. Dies ergibt sich nicht zuletzt aus der Tatsache, dass (somatoforme) Störungen des Lebenssinns biographisch-reflexiv verortet sind. Sie sind weiterhin habitualisiert und bieten so Assoziationen zu bestehenden biologisch-areflexiven Determinanten. Somatoforme Störungen können daher über bestehende Kategoriensysteme, z. B. ICD 10 und DSM V, vermutlich nicht hinreichend erklärt werden. Hier müssen bestehende bio-psycho-soziale Modelle wie die ICF weiter oder neu gedacht werden.

Partizipative Entscheidungsfindung (vgl. Deutscher Ethikrat 2016) müsste demnach an der Gesundheitsbildung des Patienten selbst ansetzen. Dessen biographisch-reflexives Vermögen und Wissen zur Basis nehmend, wäre dann abzuschätzen, an welcher Stelle die gemeinsame Entscheidungsfindung beginnen kann und soll. Dazu wiederum bedarf es kommunikativer Methoden, die über das „übliche“ Arzt-Patientengespräch hinausgehen. Die professionelle Verortung kommunikativer Methoden wie Coaching oder Lebensweltorientierung innerhalb der Medizin, sollte dann genügen, den Lebenshintergrund des Patienten erfassen zu können. Dies durch die Medizin selbst zu leisten, ist sicherlich möglich, jedoch nicht nötig. So können originäre medizinische Leistungen durchaus delegiert und durch fachkundiges Personal erbracht werden. Vorstellbar wären Pädagogen mit Bezug zur Medizin/Pflege/Soziales, welche über genau diese Kompetenzen verfügen.

### 3 Personenbezogene Faktoren<sup>1</sup>

Personenbezogene Faktoren, als hier einzuführender zentraler Begriff, beinhalten disponierende und intrapersonelle Variablen, welche biologisch –areflexiv als auch reflexiv-deutend zu werten sind. Sie sind biographisch verortete, habitualisierte Deutungsmuster und Handlungskonstrukte, die es dem Individuum erlauben den lebensweltlichen Zusammenhang zu erklären, das eigene Sein mit Sinn zu erfüllen. Abweichungen innerhalb der personenbezogenen Faktoren, begründbar durch Biographiebrüche und fehlenden Lebenssinn, können folglich pathobiologische als auch psychische Merkmalsausprägungen haben. So gedachte Pathogenesen sind demnach multifaktoriell, nichtlinear und nicht über die bisherigen Klassifikationssysteme hinreichend erklärbar. Dennoch spielen Sie in der gesamten Medizin eine erhebliche Rolle. Folglich ist davon auszugehen, dass psychosomatische Probleme weder allein psychisch noch allein pathobiologisch begründbar sind. Vielmehr sind hier dysfunktionale intrapersonelle Faktoren zu berücksichtigen. Es ergibt sich somit der Zusammenhang zur Bewältigungsfähigkeit aufgrund gescheiterter Biographien oder verlorener Sinn- und Lebenszusammenhänge. Die sich daraus ergebenden Fragen sind sicherlich nicht endgültig erklärbar. Gerade areflexiv-dispositive Eigenschaften entziehen sich der Beobachtbarkeit und somit auch der wissenschaftlichen Beurteilung. Dennoch bestehen bio-, psycho-, soziale Modelle wie die ICF, welche es zunächst erlauben, den personalen Faktor innerhalb eines gesundheitswissenschaftlichen Klassifikationssystems zu verorten. Daneben bietet das salutogenetische Konzept Antonovskys drei Perspektiven des Umgangs mit gescheiterten intrapersonellen Faktoren an. Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit bestimmen die innere Kohärenz des Menschen und damit insgesamt die Möglichkeit sowohl psychische als auch pathobiologische Probleme, durch die Medizin und die Betroffenen selbst, erklärbar zu machen.

Insofern wird im folgenden Kapitel zunächst der Versuch unternommen, die Struktur und Funktion des bio-, psycho-, sozialen Handlungsmodells ICF kritisch zu erörtern.

---

<sup>1</sup> Der Begriff der personenbezogenen Faktoren findet sich explizit derzeit in der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Literatur. Der ursprüngliche Begriff wurde vermutlich mit der Einführung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) etabliert. Im Rahmen der hier vorliegenden Diskurse wird der Begriff deutlich erweitert und auf die Pädagogik bezogen.



Der personenbezogene Faktor wird als Leitprinzip eingeführt. Das vierte Kapitel widmet sich dann dem salutogenetischen Ansatz Antonovskys und will das Kohärenzprinzip auf dessen edukative Komponente hin untersuchen.

## 4 Das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell

### 4.1 Personenbezogene Faktoren in der psychosomatischen Medizin

Das patientenseitige Verständnis für eine psychosomatische Gesundheitsstörung ist von einer komplexen Anzahl personenbezogener Faktoren abhängig. Somatisch betrachtet wird der Patient der Medizin objektiv zugänglich, denn pathobiologische Abweichungen lassen sich in aller Regel gut diagnostizieren. Damit verbunden lassen sich die typischen Symptome der Struktur- und/oder Funktionsänderung gut kategorisieren. Auf der subjektiven Ebene jedoch, wird aus der Körperlichkeit Leiblichkeit (vgl. Waldenfels 2000, Fuchs 2000, Schmitz 2009, Uzareviz/Moers 2012) und somit Teil des menschlichen Seins. Leib, Kognition, Emotion, Volition sind subjektive Kategorien, deren Passung umgangssprachlich als Einheit von Körper, Geist und Seele bezeichnet wird. Im medizinischen Kontext hat dies tragende Bedeutung. Jede Information, Abwägung oder Intervention erfährt durch den Patienten Wertungen. Diese werden untersetzt durch Wissen und Erfahrung, Denkstile und Emotionen sowie Selbstverständnis im Umgang mit der eigenen Leiblichkeit. Der Patient konstruiert aus dieser Gesamtheit Sinnstrukturen und entwickelt subjektive Theorien (vgl. von Groeben et al 1988). Folglich sollten medizinisch relevante Aussagen zu den subjektiven Theorien des Patienten passen. Deren adhärentes Verhalten im Umgang mit Medikamenten und Therapien wird demnach dann erfolgreich sein, wenn medizinisches Denken sich mit dem kategorialen Denken der Patienten deckt. Die menschliche Existenz vollzieht sich innerhalb der jeweiligen Lebenswelt. Diese ist zunächst natürlich begrenzt und kann somit als naturgegebene Barriere begriffen werden. Die zweite Lebenswelt ist die gesellschaftlich-soziale Umwelt. Letztere ist soziokulturell, ökologisch und ökonomisch geprägt. Innerhalb

dieser Umwelt vollzieht sich die Habitualisierung des Menschen (vgl. u. a. Meyer Abich 2010, Bordieu 2012, S. 165-170).

Das medizinische System gehört nur in Ausnahmefällen zu dieser Umwelt. Der Patient partizipiert innerhalb seines Habitus durch innere Überzeugungen, Werte, Haltungen, Stereotype aber auch Vorurteile. Diese finden ihre Internalisation durch Kultur, Tradition, Erzählungen, Mythen und Erlebnisse (Rudolf, Henningsen 2008, S.3 ff.). Die Akzeptanz gesundheitlicher, psychosomatischer Störungen ist somit abhängig von der Bereitschaft sich auf der Basis der eigenen gesundheitsbezogenen Fähigkeiten (Wissen und Können), eingebettet in einen sozialen Kontext, biographisch-reflexiv und mit der Zuständigkeit für die biologischen Substrate, mit der medizinischen Problemstellung an sich umgehen zu können. Dies kann durch einen Arzt nur begleitet und unterstützt werden. Dass das problematisch ist, weist u. a. eine epidemiologische Studie aus Mannheim nach. 1987 wurden 600 Studienteilnehmer im Alter zwischen 25 und 45 Jahren untersucht. 22,8 % der Untersuchten waren psychosomatisch auffällig. Trotz des Angebotes einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, nahmen nur 35 % der Betroffenen das Angebot an (vgl. Schepank 1987). In etlichen Erklärungsversuchen rekurren Autoren (Müller-Braunschweig, Stiller 2010 S. 112, Federspiel, Lackinger 1996, S. 70) auf die mangelnde Offenheit v. a. ländlicher Patienten, die reduzierte Anerkennung psychischer Störungen, die Inkompetenz bei der Konfliktbewältigung, scheiternde Selbstversuche und letztendlich auch bürokratische Hürden. Dies sind Befunde die für eine patientenseitige Non Adhärenz und letztendlich für das Vorliegen personenbezogener Faktoren sprechen.

#### 4.2 Die International Classification of Functioning, Disability and Health

Die 2001 von der Weltgesundheitsorganisation begründete International Classification of Functioning, Disability and Health, kurz ICF, bietet als internationales Klassifikationssystem die Kategorisierung gesundheitlicher Störungen. Im Vergleich zu herkömmlichen Kategorien, wie der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, Version 10) oder der DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 5), werden innerhalb der ICF Kontexte und Domänen relational betrachtet. Laut Aussage der ICF werden

damit alle Lebensbereiche und Lebenshintergründe des Menschen vollständig abgebildet (Schuntermann 2009, S. 12).

Der zweite essenzielle Unterschied ergibt sich aus der Anwendbarkeit. Während die Klassifikationssysteme ICD und DSM eine Handhabe für die Medizinalberufe bieten, findet die ICF praktisch in allen denkbaren Lebensbereichen des Menschen ihre Anwendung (DIMDI, ICF, 2005, S. 11, web). Der jedoch wichtigste Unterschied zu anderen bestehenden Klassifikationssystemen resultiert aus dem weitgehenden Verzicht von Paternalismus.

Abb. 1 Modell der ICF (mit freundlicher Erlaubnis der WHO. Alle Rechte liegen bei der WHO)



(Quelle: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/pics/diagramm-icf.png>)

Setzt man in die vorstehende Abbildung an einer beliebigen Stelle einen ungünstigen personalen Faktor ein, ergeben zwangsläufig Wechselwirkungen zu allen anderen Domänen und Kontexten.

Der Sturz eines Malers von der Leiter geht häufig mit Frakturen im Bereich der Brustwirbelsäule (Strukturebene) einher. Arbeiten auf der Leiter sind in den nächsten Wochen nicht möglich (Aktivitätsebene), möglicherweise droht der Verlust des Arbeitsplatzes (Partizipationsebene). Materielle Einbußen (Umweltebene) mindern Freude und Zufriedenheit (personenbezogene Faktoren). Diese, sicherlich übliche Relation, lässt sich beliebig neu verorten. So kann es auch sein, dass ein Ehestreit (personenbezogener Faktor) zum Motivationsverlust innerhalb der Arbeit (Partizipation) und resultierende Unaufmerksamkeit zum Fall von der Leiter führt (Struktur). Neben dieser beispielhaften Erklärung bietet die Nutzung der ICF diversen Professionen die Möglichkeit, sich aktiv an der Gestaltung von Gesundheit zu beteiligen. So kann der Geschäftsführer der Malerfirma aufgrund der Kenntnis der

ICF gezielt überlegen, welche sozialen Hemmnisse ungünstig, welche körperlichen Leistungen und Aktivitäten sinnhaft sind, um den Mitarbeiter und somit dessen personenbezogenen Faktor zu motivieren, ihm Zufriedenheit, Lebenssinn und auch Gesundheitsvorsorge anzubieten.

Folgend sollen die Domänen und Kontextfaktoren der ICF kurz dargestellt und die personenbezogenen Faktoren (Lebenshintergrund) näher erläutert werden.

### 4.3 Domänen der ICF

#### Körperfunktion und Körperstruktur

Körperstruktur und Körperfunktion decken alle (patho)biologischen und (patho)psychischen Veränderungen des menschlichen Körpers ab. Abweichungen biologischer oder psychischer Parameter innerhalb dieser Domäne sind beobachtbar, messbar, objektivierbar, sowie kategorisierbar und spiegeln die klassische nomothetische Herangehensweise der Medizin wieder. Die Differenzierung erfolgt in Beeinträchtigung, Schädigung, Behinderung und kann nach Lesart der ICF (DIMDI: ICF 2005 S. 155, web) ebenso Folge anderer Erkrankungen sein. An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass Schuntermann (Schuntermann 2009, S. 40 ff) dazu feststellt, dass die Diagnosestellung dem ärztlichen Vorbehalt unterliegt. Was so schlichtweg nicht haltbar ist und zumindest dem Grundsatz der Psychosomatik widerspricht. Weiterhin kann diese Aussage als Ausschlusskriterium verstanden werden, welchen dem Patienten eine Ko-Verantwortung für dessen Erkrankung abspricht. Solche Sichtweise entlastet zunächst den Patienten, da dieser von seiner Umwelt nicht verantwortlich gemacht werden kann. Wenn davon ausgegangen wird, dass die meisten Krankheiten Kombinationen aus genetischer Disposition oder somatischer Schädigung und Umwelttrigger, einschließlich Psyche darstellen, ist der Patient schlichtweg nicht verantwortlich zu machen, da für dessen Krankheit nur Komponenten angenommen werden, für die jener nicht verantwortlich gemacht werden kann. Tatsächlich jedoch vereint der Mensch höchstindividuelle Prävalenzen in sich, die unentdeckt bleiben, solange der Trigger (z. B. Rauchen, Extremsport) fehlt. Dies lässt sich teilweise durch eine gesunde Lebensweise kompensieren. Klar ist jedoch auch, dass es diverse unbekannte Trigger gibt. Zu denen gehören u. a. Motivation, Zufriedenheit, Glück, Lebensgefühl.

## Lebensbereiche

Die Domäne der Lebensbereiche umfasst die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Partizipation. Beurteilt werden die mit der Arbeitswelt sowie den sozialen Interaktionen einhergehenden Tätigkeiten des Menschen. Ebenso wie Struktur und Funktion ist der Lebensbereich indexiert. Die als vollumfänglich vorgegeben Indikatoren beziehen sich v. a. auf den erziehungswissenschaftlichen (Lernen und Wissen, Kommunikation) und sozialwissenschaftlichen Bereich (Interaktion in Gruppen, Lebenswelt) aber auch auf pragmatische Fragen der Mobilität und Selbstversorgung (DIMDI: ICF 2005, S. 157, Schuntermann 2009, S. 96). Die Domäne des Lebensbereiches bietet somit Handhabungen für den rehabilitativen und gesundheitsvorsorgenden Bereich. Daneben finden sich hier diverse Ansatzpunkte zur sozialen- und Bildungsarbeit. Denn Änderungen von Selbst- und Weltansicht des Patienten werden durch Probleme, Krisen, Schicksale ausgelöst, deren Bewältigung durch bestehende Routinen nicht hinreichend ermöglicht werden können (Koller 2012, S. 16).

Einschränkungen der Aktivitäten sowie der Partizipation können, entsprechend der Ausprägungsgrade, zum Biographiebruch, im Sinne einer existenziellen Krise, führen. Als Krise kann jede gesellschaftliche, umweltbezogene oder im Subjekt begründete Veränderung angenommen werden, die dazu angetan ist, die bestehenden Verhältnisse zu destabilisieren. Nach von Rosenberg kann dies als Ausgangspunkt für transformatorische Bildung begriffen werden (vgl. von Rosenberg 2011).

## 4.4 Kontextfaktoren der ICF

Kontextfaktoren spiegeln im Gegensatz zu den Domänen den jeweiligen Lebenshintergrund eines Menschen wider. Dabei unterscheidet die ICF nach den äußeren, den Menschen tangierenden bzw. determinierenden Umweltbedingungen und den im Menschen selbst begründeten Faktoren (DIMDI ICF 2005, S. 21).

### Umweltfaktoren

Die Klassifikation der Umweltfaktoren erfolgt in individuell und gesellschaftsbezogen. Obgleich dieser Differenzierung aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive nicht vorbehaltlos zugestimmt werden kann, ist aufgrund der damit verbundenen

Indikatorbildung ein solches Vorgehen nachvollziehbar. Der Lebenshintergrund eines Menschen ergibt sich zwangsläufig und unmittelbar aus dessen Interaktion innerhalb seiner Lebenswelt und ist deshalb individuell und gesellschaftlich zugleich. Dies führt ebenfalls zu der berechtigten Annahme, dass die Trennung der Umweltfaktoren von den personenbezogenen Faktoren erstens weder zweckdienlich ist und zweitens bei der Anwendung der ICF, folglich zur Separation von Mensch vs. Umwelt führen kann. Dennoch soll kurz auf die Klassifikation der Umweltfaktoren eingegangen werden.

#### Individuelle Ebene

Die individuelle Ebene berücksichtigt die höchstpersönliche Umwelt des Menschen, wie dessen soziale Einbindung in Arbeit, Schule und Häuslichkeit, Freizeit inkl. der damit einhergehenden Notwendigkeit an verfügbaren Ressourcen (DIMDI ICF 2005, S.22).

#### Gesellschaftliche Ebene

Die ICF versteht hierunter formelle und informelle gesellschaftliche Instanzen, welche geeignet und notwendig sind, das Individuum zu determinieren. Typische Determinanten ergeben sich aus der Arbeitswelt, gesellschaftlichen Normen und Gesetzen, bürokratischen Vorgängen, politischen Entscheidungen, der individuellen sozialen Einstellung und Werteorientierung (DIMDI ICF 2005, S.22).

Wie bereits erläutert macht es aus kategorialen Gründen Sinn hier eine Unterscheidung zwischen der Subjekt- und der Gesellschaftsebene vorzunehmen. Aus der Prozesslogik soziologischer und pädagogischer Überlegungen heraus sind beide Ebenen interdependent. Um mit Norbert Elias zu argumentieren macht es keinen Sinn, begriffliche Unterscheidungen zwischen Individuum und Gesellschaft vorzunehmen, da beide nicht unabhängig voneinander gedacht werden können (vgl. Elias 1991). Prozesslogisch ist das jeweilige Individuum in seinem Handlungszusammenhang zu betrachten. Davon ausgehend, dass kompetente Individuen in der Lage sind gesellschaftsanalytisch, situativ, reflexiv und leiblich zuständig zu agieren (vgl. Nieke 2002), stellt sich doch die Frage nach der Interaktion zwischen Individuum und Gesellschaft. Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich aus dem Kommunikationsvermögen der ICF Anwender. Partizipative Kommunikation

wäre demnach das Mittel der Wahl, wie sie auch vom Deutschen Ethikrat als Leitlinie dargestellt wurde (vgl. Deutscher Ethikrat 2016).

Die Interaktion menschlicher Handlungen resultiert aus der individuellen Intention (Subjektbezug) und deren Verwirklichung in konkreten sozialen oder auch nicht sozialen Situationen (Objektbezug). Insofern stellt sich die Frage nach partikularen oder universalen als auch kollektiven oder selbstbezogenen Orientierungen (vgl. Parsons 1985; 1951, web). Die Anwendung des AGIL Schemas macht dies deutlich.

Tabelle 1 Handlungssystemtheorie: Zusammenhang zwischen Individuum und Gesellschaft

Beispiel	AGIL	Systembezug	Handlungsbezug
Schmerzen (Ist)	Adaption	Organismus, Selbstbezug, Verhalten	Motivation etwas zu tun, Schmerzen sollen gelindert werden
Schmerzlinderung (Soll)	Goal Attainment	Öffnung des Organismus zur Umwelt, Persönlichkeit	Bildung von Kategorien, subjektiven Theorien, Annahmen über die Umwelt. Wo, wie und wann kann Hilfe erhalten werden.
Hilfsangebote prüfen	Integration	Prüfung der Vereinbarkeit von Subjekt-Objektbeziehung, Sozialbezug	Orientierung an Werten und Normen. Es muss nicht der Arzt sein, die Apotheke reicht aus.
Erfolgreiche Schmerzlinderung	Latency	Aufrechterhaltung der Werte und Normen, Kulturbezug	Hilfe durch Apotheke genügt oder auch nicht. Positives oder negatives Feedback

(Quelle: eigene Darstellung unter Bezug auf Parsons 1951, web)

Parsons geht in seinen Überlegungen weiter davon aus, dass sowohl Adaption als auch Zielerreichung aktive Funktionen sind, während Integration und Werteorientierung eher als passive Funktionen zu betrachten sind. Dies bedeutet, das Primat der Interaktion liegt zunächst immer beim Subjekt. Die Gesellschaft wirkt passiv determinierend auf das Subjekt ein und führt bei diesem zur Konstruktion und Verinnerlichung von Werten und Normen, wie diese in der Tabelle ersichtlich sind.

### Personenbezogene Faktoren

Im Gegensatz zu vorgenannten Domänen und Kontexten verzichtet die ICF auf die Definition und Indikation personenbezogener Faktoren. Stattdessen finden sich Aspekte, Beispiele und Ausschlüsse (DIMDI ICF 2005, S. 22, Schuntermann 2009, S. 24 ff, Messner/Wrentschur 2011, S. 3). Die Begründungsansätze klingen zunächst plausibel. Grundsätzlich werden innere Einflüsse wie Denkweisen, Charaktere und Lebensstil als nicht klassifizierbar verortet. Weiterhin und völlig zurecht ergeben sich ethische Fragestellungen, welche möglicherweise auf genetische, dispositive, ethnische oder biographische Probleme rekurren, deren Kenntnis missbräuchlich genutzt werden könnte (Schuntermann 2009, S. 24).

Der eigentliche Diskurs liegt jedoch in der Zuständigkeit des Individuums für sein eigenes Gesundheitsproblem. Die ICF geht davon aus, dass personenbezogene Faktoren nur dann relevant sind (Ausschlusskriterium), wenn diese das aktuelle Gesundheitsproblem nicht beeinflussen (Schuntermann 2009, S. 23). Hier offenbart sich die scheinbar doch nicht vollumfängliche Sichtweise der ICF. Folgt man den Ausführungen von Schuntermann (ebd. S. 23), sind z. B. affektive Störungen wie Antriebslosigkeit die Folgen einer Depression. Das aber soziogene Störungen, z. B. durch Verlusterleben und Sinnlosigkeit, zur Depression führen können, wird somit ad absurdum geführt. Spätestens an dieser Stelle finden sich auch im bio-psycho-sozialen Modell der ICF die prägenden Einflüsse des medizinischen Paternalismus wieder. Hinzu kommt, dass die ICF die Auffassung vertritt, dass personale Faktoren keinen Einfluss auf gesundheitliche Störungen haben.

Zur Beantwortung der Frage nach den personenbezogenen Faktoren ergeben sich somit folgende Grundlegungen:



- Das Individuum ist Experte für sein eigenes Leben. Daraus resultierend hat jedes Individuum aufgrund seiner Expertise Kompetenzen, die es ihm ermöglichen Selbstauskünfte über seinen körperlichen Zustand zu geben und damit eine Selbstdiagnose durchzuführen. Diese Selbstkompetenz ist von Wissen und Erfahrungen im Umgang mit Gesundheitsproblemen abhängig.
- Die Teilhabe des Individuums im Umgang mit medizinischen Problemen ist von dessen sozialen und internalen Handlungskonstrukten und der damit verbundenen Biographie abhängig. Das Vermögen zur dauerhaften Veränderung solcher Handlungskonstrukte, etwa im Sinne der Gesundheitsbildung, liegt in der (transformatorischen) Bildung (vgl. von Rosenberg 2011).
- Der Lebenshintergrund des Individuums unterliegt der Dialektik aus Subjekt und Objektbeziehung. Es macht daher wenig Sinn, dass Subjekt klassifizieren zu wollen oder zu müssen. Es ist vielmehr notwendig, dass Individuum zur Grundlage des gesundheitlichen Handelns zu machen. Lebenssinn, Zufriedenheit, Glück und Gesundheit sind zunächst höchst individuelle Eigenschaften, die sich prinzipiell phänomenologisch begreifen lassen. Insofern liegt das Normativ beim Individuum (Deutscher Ethikrat 2016, S. 37).

Schlussfolgernd lassen sich die Vorteile des bio-psycho-sozialen Modells der ICF gegenüber biomedizinisch orientierten Klassifikationssystemen herausstellen. Die ganzheitliche Betrachtung des Individuums erlaubt deutlich weitergehende Rückschlüsse über medizinische Interventionsmöglichkeiten und deren Notwendigkeit. Die kategoriale Abgrenzung der Domänen und Kontexte ist insofern plausibel, weil hierdurch eine Indexierung und Operationalisierung möglich wird. Dennoch findet sich trotz Verknüpfung medizinischer und sozialer Handlungsmodelle ein deutlicher Paternalismus durch die Medizin selbst. Das Normativ liegt jedoch beim Individuum und seinem Gesundheitsproblem. Eine Klassifikation personenbezogener Faktoren wird damit überflüssig.

## 5 Das Salutogenetische Modell Antonovskys als Grundlage transformatorischer Bildung

### 5.1 Das Kohärenzmodell

Ogleich bereits in den 70er Jahren veröffentlicht, gilt Antonovskys Salutogenese Modell bis heute als biopsychosoziales Stressmodell, welches auf zwei Implikationen beruht. Erstens verfügt jedes Individuum über generalisierte Widerstandsressourcen. Zweitens sind diese notwendig, um Stressoren aller Art eine Bedeutung zu geben, diese also erkennen zu können und damit verbunden Strategien im Umgang mit diesen zu entwickeln. Zentrales Element des Konzepts ist der Begriff der Kohärenz (vgl. Antonovsky 1997). Die Kohärenzannahme basiert wiederum auf zwei Implikationen, die Grawe (vgl. Grawe 2004) als Konsistenz bezeichnet und wie folgt beschreibt:

- Den Kohärenzsinn (als Phänomen der Stimmigkeit, Übereinstimmung mit...)
- Das Kohärenzgefühl (als eigentliche emotionale Basiskomponente)

Grawe verweist dazu auf folgendes Phänomen. Der Sinn kann als geistiges Konstrukt neurobiologisch erklärbarer, zentraler Empfindsamkeit gewertet werden. Ein innerer Paternalismus also, der das individuelle Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit, Vertrauen, sowie sozialer Beziehung befriedigt. Dieser Sinn ist angeboren und wird sozial-kommunikativ geprägt (Grawe 2004, S. 190-191, Pätzold 2011, S. 8), womit sich hier eine entscheidende Aussage zur partizipativen Kommunikation ergibt. Selbstbestimmungsermöglichende Sorge, wie vom Deutschen Ethikrat formuliert (vgl. Deutscher Ethikrat 2016), ist genau dann möglich, wenn es dem Arzt gelingt den Kohärenzsinn des Patienten anzusprechen. Der entscheidende Faktor der Kohärenz ergibt sich aus dem Kohärenzerleben. Jenes lässt sich stets individuell zwischen dem Gefühl der vollkommenen Gesundheit und dem der völligen Abwesenheit von Gesundheit verorten (vgl. Renneberg, Hammelstein 2006). Konsequenter Weise bedingt das Gefühl nunmehr den Sinn. Gefühl und Sinn stellen personenbezogene Faktoren dar.

Der Sinn als zentrale Empfindsamkeit ergibt sich aus den drei Variablen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Gelingt es dem Individuum, begleitet durch partizipative Kommunikation, diese Variablen zu verinnerlichen, kann davon ausgegangen werden, dass es zu einer Manifestation im Sinne internaler Handlungskonstrukte kommt. Stimmen Gefühl und Sinn überein, verfügt das Individuum über Kohärenz.

Folgend sollen die drei Variablen auf die Möglichkeiten selbstbestimmungs-ermöglichender Sorge hin analysiert werden.

### 5.1.1 Verstehbarkeit

Verstehbarkeit ist damit verbunden, dass es dem Patienten gelingt aufgrund von verinnerlichtem Wissen und Erfahrung oder durch extern zugängliche Quellen Erklärungskonzepte zu erhalten. Diese erlauben dann die Konstruktion subjektiver Krankheitskonzepte und damit Vorhersagen zur Fähigkeit der Krankheitsbewältigung. Schwarzer bezeichnet dieses Vorgehen als Selbstwirksamkeit in Abhängigkeit zu Informationsverarbeitungsprozessen. So werden situationsunabhängige Informationsverarbeitungsprozesse durch Subjekte mit hoher Selbstwirksamkeit eher zuversichtlich, erfolgsorientiert und problemlösend verarbeitet. Personen mit einer niedrigen Selbstwirksamkeit sind dagegen durch akzeptierte und antizipierte Fremdbewertungen geprägt, was wiederum zur Dominanz selbstwertbedrohlicher Versagensbefürchtungen führen kann. Performanz (A. d. V.) und Kompetenz des Subjektes sind demnach von der Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung abhängig. Selbstwirksamkeit ist deshalb als Regulativ von Selbstkompetenz zu werten (Schwarzer 2004, S. 16-17).

Selbstkompetenz macht den Patienten zum Experten im Umgang mit der eigenen Krankheit (vgl. Faller 2003). Konkret bedeutet das, notwendige Informationen für den Patienten aufzuschließen und kommunikativ zugänglich zu machen. Idealerweise erfährt der Patient dabei nicht nur Informationen über Ursachen, Symptome und Prognosen von Krankheiten, sondern verbindet diese mit Erlebnissen. Erfolgreiche Patienten mit vergleichbarem Krankheitsbild zum Vorbild zu nehmen, kann die Selbstwirksamkeit des Betroffenen erheblich stärken, seinen selbstverantwortlichen

Umgang fördern (Schwarzer 2004, S. 12-17). Es kann weiterhin vermutet werden, dass erfolgreiche Informationsverwertung kombiniert mit positiven Erlebnissen eine Steigerung der Aktivitäten in der Umsetzung von Therapien zur Folge hat. Weinstein (vgl. Weinstein et al 2006) konnte nachweisen, dass geschulte Patienten mit Bandscheibenvorfällen praktisch genauso gute Therapieerfolge aufwiesen, wie konservativ-chirurgisch versorgte Patienten. Bordieu bietet hierzu den soziologischen Begriff des Praxissinns an. Individuen sind demnach in der Wirklichkeit handelnde und erkennende Akteure, die über Praxissinn verfügen, über ein erworbenes Präferenzsystem, ein System von Wahrnehmungs- und Gliederungsprinzipien, von dauerhaften kognitiven Strukturen und von Handlungsschemata, von denen sich die Wahrnehmung der Situation und eine darauf abgestimmte Reaktion leiten lässt (Bordieu 1998, S. 41).

Verstehbarkeit als Produktion und Reproduktion objektiven Sinns (Bordieu 2012, S. 178) ist folglich ein personenbezogener Faktor des reflexiven Subjekts und damit Voraussetzung für den selbstsorgenden Umgang mit sich selbst. Dieser Vorgang ist prozessual und erfordert erfahrungs- und wissensbasierter Erkenntnis. Der Lernprozess führt in der Konsequenz zu Veränderungen im Denken, des Verhältnisses zu Welt und zur Änderung des betroffenen Individuums selbst (vgl. Koller 2012) und ist schlussendlich ein Bildungsprozess.

### 5.1.2 Handhabbarkeit

Die Handhabbarkeit einer Krankheit entspringt der Selbstüberzeugung, dass dem Individuum genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, die damit einhergehenden situativen Bedingungen bewältigen zu können. Handhabbarkeit ist demnach an die Fähigkeit zur Situationsdiagnose (Nieke 2002, S. 18) gekoppelt. Das bedeutet, dass sich das erkrankte Individuum zunächst intuitiv und unsystematisch mit der Krankheit auseinandersetzt, mit zunehmendem Verständnis jedoch reflexiv und systematisch nach Lösungen und Alternativen suchen wird. Vorausgesetzt, die Verstehbarkeit ist gegeben, wird der Betroffene logische Denkstrategien zur Erfassung der eigenen physischen und psychischen Veränderungen entwickeln. Die Verdichtung solcher Veränderungen führt zur Implementierung eigener subjektiver Kategorien, welche

medizinisch betrachtet als Diagnose bezeichnet werden können. Handhabbarkeit als Selbstüberzeugung ist weiterhin von der Fähigkeit des Individuums abhängig, die eigenen Handlungsmöglichkeiten selbst einschätzen zu können. Schwarzer dazu: ... „Diese persönliche Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten ist die zentrale Komponente der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit“ (Schwarzer 2004, S. 12-13). Banduras Selbstwirksamkeitskonzept enthält dazu zwei Schlüsselkategorien, die es dem Subjekt erlauben, erlernte und erworbene Handlungsfähigkeiten auf jeweils andere Kategorien zu beziehen bzw. damit verbundene Problemlösestrategien zu entwickeln. Zunächst sind es subjektive Überzeugungen, die zu Konsequenzerwartungen führen. Das Subjekt nutzt also kognitive, soziale, emotionale und volitionale Verfahren, um kausale und kontributive Zusammenhänge zwischen Handlung und Ergebnis erkennen und vorwegnehmen zu können. So ist die subjektive Erkenntnis eines Gesundheitsproblems zunächst davon abhängig, dass es dem Subjekt genügt, sich das notwendige Wissen anzueignen, um damit den Arzt zu konsultieren. Damit kann die Anwendbarkeit des Gelernten in der jeweiligen Situation nicht vorausgesetzt werden. Dies bedarf der Kompetenzerwartung. Im Gegensatz zur Anwendung von Kompetenz bedeutet Kompetenzerwartung, den Selbstbezug herstellen zu können, die implizierte Fähigkeit also über Handlungsroutinen zu verfügen (Schwarzer 2004, S. 12-13). Im Falle der Feststellung von Krankheit bedeutet dies, den ärztlichen Interventionsvorschlägen auch Folge zu leisten, somit adhärent sein zu können. Die Handhabbarkeit einer Gesundheitsproblematik ist demnach ein personenbezogener Faktor.

### 5.1.3 Sinnhaftigkeit

Sinnhaftigkeit lässt sich am ehesten als Verinnerlichung eines Sinnzusammenhangs begreifen. Wenn es dem Individuum gelingt, krankmachende Bedingungen als Herausforderung zu begreifen, der Krankheit als solcher damit einen Sinn zu geben, kann dies als Konsequenzerwartung gewertet werden (Schwarzer 2004, S. 12-13). Folgt der Konsequenzerwartung die höchst individuelle Abwägung der vorhandenen Ressourcen und Handlungsoptionen, erwirbt das Individuum Selbstwirksamkeit. Schwarzer verweist auf zahlreiche Studien, die nachweisen, dass Selbstwirksamkeit

mit der Anwendung und Umsetzung kreativer und innovativer Ideen einhergeht und auf Dauer angelegt ist (Schwarzer 2004, S. 13). Selbstwirksamkeit kann demnach als Kompetenz zur situativen Erfassung, reflexiven Verortung und konstruktiven Bewilligung existenzieller Lebensfragen betrachtet werden (Baumann, Linden 2008, S. 9). Die Fähigkeit des Individuums mit Lebensbelastungen umgehen zu können, wurde durch Baumann und Linden als Weisheitskompetenz definiert (ebd. S. 9). Unter Bezug auf Baltes & Smith, Staudinger & Baltes verorten Baumann und Linden Weisheit als Expertise, schwierige Fragen der Lebensplanung, Lebensgestaltung und Lebensdeutung erklären und beherrschen zu können. Unter Verweis auf Freud und Erikson wird eine „Reife im Denken“ vermutet, deren Kernaspekte sich durch folgende Fähigkeiten auszeichnen:

- einen eigenen Standpunkt einnehmen zu können,
- Offenheit für neue Erfahrungen,
- Empathie und
- Problemlösungsfähigkeit (Baumann, Linden 2008, S.32).

Sinnhaftigkeit stellt demnach einen personenbezogenen Faktor dar, welcher sich dadurch auszeichnet, Strategien zu entwickeln auch im Umgang mit Krankheit klar urteilen zu können, lösungsorientiert zu handeln und offen zu sein, auch die Grenzen menschlicher Gesundheit erfassen zu können.

## 6 Bildungstheoretische Schlussbetrachtung

Bildung kann als erfahrungs- und wissensbasierter Prozess der Subjektänderung verstanden werden. Jede Auseinandersetzung mit Krankheit geht mit der Verinnerlichung von Erfahrung und Wissen einher. Die resultierenden Erkenntnisse verändern die Sicht auf sich selbst und die Welt. Bildung in diesem Sinne bedeutet die Aufgabe bestehender Deutungs-, Wahrnehmungs- und Lösungsmuster. Es bedarf daher besonderer Anlässe, wie z. B. Krankheiten, die zur Destabilisierung bestehender Selbst- und Weltverhältnisse führen. Als Anlass kann jede gesellschaftliche, umweltbezogene, genetische oder im Subjekt begründete

Veränderung angenommen werden, die dazu angetan ist, die bestehenden Verhältnisse zu destabilisieren. Die Entstehung neuer Selbst- und Weltverhältnisse entzieht sich der Vorhersagbarkeit, Planbarkeit und Steuerung. Sie sind das Ergebnis abduktiver Prozesse in deren Ergebnis Hypothesen entstehen, die im Lösungsprozess entweder verifiziert oder falsifiziert werden müssen. Für die Entstehung des Neuen ist es essenziell, dass die Strukturgesetzmäßigkeit des konkreten Falls und somit auch der Krankheit reproduzierbar ist. Demzufolge ist die Rekonstruktion der Krankheit an die Rekonstruierbarkeit der Reproduktion, also der Erkenntnis durch Kommunikation, gebunden. Die affektiv-deutende Komponente kann als begründende Instanz einer jeglichen Entscheidung angenommen werden. Erst im zweiten Schritt erfolgt die kognitiv-rekonstruktive Auseinandersetzung mit dem Neuen und die Entwicklung „realitätsgerechter Krisenlösungen“ (vgl. Koller 2012). Krankheit stellt einen Bruch in der Biographie dar und wird zum Normalfall, den es zu bewältigen gilt. Diese Routine bestimmt unser normales, typisches Leben und führt irgendwann dazu, dass die ursprüngliche Krankheit geschlossen wird. Routinen können jedoch scheitern und zum Auslöser neuer Krankheiten werden, womit jede weitere Krankheit eine Öffnung der Zukunft ermöglicht.

## Literaturverzeichnis

Albrecht, H. (2016): Was braucht der Patient? In: Die Zeit Nr. 30/2016, 14. Juli 2016.  
URL: <http://www.zeit.de/2016/30/gesundheit-medizin-patienten-zuwendung> (Abruf: 09.10.2016).

Antonovsky, A.; Franke, A. (Hrsg.) (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dgvt Verlag.

Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachangestellter (AWMF) u.a. (2012): Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, Langfassung. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-001I\\_S3\\_Nicht-spezifische\\_funktionelle\\_somatoforme\\_Koerperbeschwerden\\_2012-04.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001I_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf) (Abruf: 19.03.2016).

Baumann, K.; Linden, M. (2008): Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Bordieu, P. (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1998. Deutsche Erstausgabe.

Bordieu, P. (2012): Entwurf einer Theorie der Praxis  
3. Auflage Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 291.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz-Langfassung, 1. Auflage. Version 5 2010, zuletzt verändert: Oktober 2015.  
URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-007I\\_S3\\_Kreuzschmerz\\_2015-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007I_S3_Kreuzschmerz_2015-10.pdf) (Abruf: 09.05.2016). DOI: 106101/AZQ/000250.



Creed, F.; Guthrie, E.; Fink, P.; Henningsen, P.; Rief, W.; Sharpe, M.; White, P. (2010): Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? J Psychosom Res 2010; 68(1): 5-8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%22Is+there+a+better+term+than+%22+medically+unexplained+symptoms%22> (Abruf: 19.06.2015).

Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Veröffentlicht am 05 April 2016. URL: <http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus>. (Abruf 29.09.2016).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): International Classification of Disease (ICF). Mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> (Abruf: 12.11.2016)

Elias, N. (1991): Die Gesellschaft der Individuen. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

Faller, H. (2003): Empowerment als Ziel der Patientenschulung, Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 16, 353-357 (Themenheft Patientenschulung).

Federspiel, K.; Lackinger Karger, I. (1996): Kursbuch Seele, Was tun bei psychischen Problemen? Beratung, Selbsthilfe, Medikamente, 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand. Kiepenheuer & Witsch, Köln 1996.

Fuchs, T. (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Klett-Cotta.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen.

Groeben, N.; Wahl, D.; Schlee, J.; Scheele, B. (1988): Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. A. Francke Verlag GmbH Tübingen.

Koller, H.-Ch. (2012): Bildung anders denken. Einführung in die Theorie transformatorischer Bildungsprozesse. W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Messner, B.; Wrentschur, M. (2011): Initiative Sozialkultur. Diskurse. Konzepte. Praxis, LIT Verlag Berlin.

Meyer-Abich, Klaus M. (2010): Was es bedeutet, gesund zu sein. Philosophie der Medizin. Hanser.

Müller-Braunschweig, H.; Stiller, N. (2010): Körperorientierte Psychotherapie, Methoden-Anwendungen-Grundlagen, Springer, Heidelberg.

Nieke, W. (2002): Professionelle pädagogische Handlungskompetenz zwischen Qualifikation und Bildung. In: Rapold, M (2004): Pädagogische Kompetenz, Identität und Professionalität. Dissertation.

Parsons, T. (1985): Das System moderner Gesellschaften, Juventa.

Parsons, T. (1951): The Social System. THE FREE PRESS OF CLENCOE. COLLIER-MACMILLAN LIMITED, London. URL: <https://ia802608.us.archive.org/11/items/socialsystem00pars/socialsystem00pars.pdf> (Abruf: 11.08.2016).

Pätzold, Theodor D. (2011): Grundlagen einer systemischen Kohärenzregulation. Dynamische und systemische Aspekte einer salutogenetisch orientierten Meta-Theorie für Gesundheitsberufe. URL: [http://www.salutogenesezentrum.de/cms/fileadmin/user\\_upload/Petzold-Theorie-1211-Salutogenese.pdf](http://www.salutogenesezentrum.de/cms/fileadmin/user_upload/Petzold-Theorie-1211-Salutogenese.pdf) (Abruf: 21.12.2016).

Renneberg, B.; Hammelstein, P.; Hrsg. (2006): Gesundheitspsychologie. Springer, Heidelberg.

Rosenberg, Florian von (2011): Bildung und Habitustransformation. Empirische Rekonstruktion und bildungstheoretische Reflexionen. Trans Skript Verlag, Bielefeld. Zugelassene Dissertation, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg.

Rudolf, G.; Henningsen, P. (2008): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 6. Aufl., Thieme, Stuttgart.

Schepank, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine Epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim, Springer, Berlin-Heidelberg-New York.

Schmitz, H. (2009): Der Leib. Der Raum und die Gefühle. Edition Sirius Bielefeld und Basel 2009 im AISTHESIS VERLAG GmbH & Co.KG.

Schuntermann, Michael F. (2009): Einführung in die ICF. Ecomed MEDIZIN, Heidelberg.

Schwarzer, R. (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Einführung in die Gesundheitspsychologie, 3. Aufl., Hogrefe, Göttingen 2004.

Sykes, R. (2006): Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders? J Psychosom Res 2006; 60(4): 341-4.  
URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.018> (Abruf: 07.07.2015).

Uzarevicz, Ch.; Moers, M. (2012): Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung. URL: [http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/12/PuG-2\\_2012\\_P+G.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2013/12/PuG-2_2012_P+G.pdf) (Abruf: 09.04.2016).

Weinstein, J.N. et al. (2006): Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation, The Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. JAMA 2006, 296, S. 2441-2450. URL: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/204281> (Abruf: 04.03.2016).

Waldenfels, B. (2000): Das leibliche Selbst, Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main.