

Köppe, Rainer

Essay zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin. Teil 1

2016, 12 S.



Quellenangabe/ Reference:

Köppe, Rainer: Essay zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin. Teil 1. 2016, 12 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-116960 - DOI: 10.25656/01:11696

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-116960>

<https://doi.org/10.25656/01:11696>

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
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Essay zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin Teil 1

1 Einleitung

Glaubt man den diversen philosophischen Betrachtungen über Descartes Ausspruch, man müsse Körper (res cogitans) und Geist (res extensa) getrennt betrachten, dann gerät man sehr schnell in einen philosophischen Grunddiskurs. Die damit verbundene Diskussion über die Regelmäßigkeit dieser historisch-epochalen Übersetzung führt den Betrachter dann zur Erkenntnis, dass eine Verallgemeinerung der Aussage Descartes erheblich andere Auswirkungen hat, als die in einem engen wissenschaftlichen Sinne. Die wissenschaftlich begründete Trennung von Körper und Geist würde folglich zu einer differenzierteren Betrachtung wissenschaftlicher Phänomene, verbunden mit unterschiedlichen Untersuchungsmethoden führen. Im Ergebnis könnten sich die Erkenntnisse aufeinander beziehen. Die Verallgemeinerung jedoch; bis heute als Grundparadigma wissenschaftlicher Erkenntnis etabliert; führt dazu, dass sich Wissenschaftsdisziplinen scheinbar nicht aufeinander beziehen lassen bzw. beziehen lassen wollen. Diesen Grundgedanken folgend sollen in der vorliegenden Abhandlung zwei scheinbar diametrale wissenschaftliche Paradigmen aufeinander bezogen und deren Interdependenzen erörtert werden. Dazu werden alltägliche Erfahrungen, vorliegende Desiderate und erkenntnistheoretische Annahmen aus den Wissenschaftsbereichen der Pädagogik und der Medizin miteinander korreliert und zur Diskussion gestellt.

1.1 Problemlage

Jeder individuelle Lebenslauf ist geprägt durch eine kaum übersehbare Fülle von Ereignissen, die mehr oder minder gravierend in alltägliche Handlungsvollzüge eingreifen, die unterschiedlich dramatisch verlaufen und dem Betroffenen Umorientierungen in seinem Handeln und Denken sowie seinen Überzeugungen und

Verpflichtungen abverlangen. Viele einschneidende Lebensereignisse sind nur aus dem historisch-epochalen Kontext erklärbar, innerhalb dessen sie eintreten (Lieberei 2008, S. 11). Folglich kann angenommen werden, dass es biographiebezogene Pathogenesen geben muss, die nicht ursächlich durch Verhaltensänderung sondern als Sinnkonstruktion und damit als Handlung entstehen und innerhalb des medizinischen Systems als solche berücksichtigt und untersucht werden müssten.

2 Pädagogik und Medizin im Lebenszusammenhang

Die ganz praktische Schnittstelle des pädagogischen, wie des medizinischen Paradigmas ist die wie auch immer geartete Konfrontation mit Menschen, die mit möglichen, vorhanden oder bereits durchlebten Krankheiten und ggf. bestehenden Gesundheitsrisiken ihren Lebensalltag gestalten. Allerdings sind die Wechselwirkungen innerhalb der beiden Systeme völlig unterschiedlich zu betrachten und obgleich sehr sinnvoll wohl auf Ausnahmen zu begrenzen. Während sich die Erziehungswissenschaft der Gesundheitswissenschaft soweit nähert, dass sie appellative Gesundheitsförderung betreibt, finden die Annäherungen an die Medizin de facto nicht statt. Kehrt man den Gedanken um, finden sich in der Medizin die gleichen Phänomene. Im Gegenteil. Der Mensch wird im System Medizin zum Patienten.

Die scheinbare Machbarkeit von Gesundheit bedingt ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Arzt und Patient, indem der Arzt die Mitarbeit des Patienten fordert, jedoch kaum professionelle pädagogische Bezüge herstellen kann. Häufig begnügt sich die ärztliche Forderung mit der Einhaltung und Befolgung des Präventionsgedankens bzw. Therapieregimes. Dass die damit einhergehenden Informationsmaterialien und Handlungsanweisungen schlichtweg ihr Ziel verfehlen, der Patient somit non compliant ist, liegt unter anderem in der sinnhaften Konstruktion der Lebenswelt durch den Patienten selbst, die sich über diverse soziale Handlungstheorien begründen lässt.

Während die mit der Selbstaufklärung einhergehende Informationsflut, v. a. durch das Internet, dem Patienten gewisse Handlungsalternativen verschafft, wird sie doch gleichsam und unbewusst für Verwirrung sorgen. Das liegt einfach daran, dass sowohl Aneignung als auch Anwendung von Wissen immer auch einer Wissensbasis bedarf. Diese wird nach jetzigem Stand der Dinge in der Allgemeinbildung nicht profund vermittelt. Noch deutlicher

wird dies, wenn sich Anzeichen areflexiv-körperlicher Probleme wahrnehmen lassen, die der Patient in aller Regel nicht mittels Selbstaufklärung (Internet) klären kann und die innerhalb des jeweils bestehenden individuellen und kollektiven Selbstwirksamkeitskonzeptes auch noch unterschiedlich beurteilt werden. Die damit einhergehenden Einschränkungen der Leibkompetenz müssen dann unmittelbare und mittelbare Auswirkungen auf die Handlungskompetenz haben. In diesem Sinne könnte man formulieren, dass sich der Patient aus seinem individuellen und kollektiven Selbstverständnis heraus gerne zu einem medizinisch-mündigen Bürger entwickeln würde, dies aufgrund der eingeschränkt zugänglichen Reflexivität und der in weiten Teilen fehlenden Wissensbasis aber nicht kann. Die Aufgabe der Bildung müsste es daher sein, dem Menschen eine fundierte medizinisch Wissensbasis zu vermitteln (kundige Weltorientierung), um eine reflexive und regulative Handlungskompetenz entwickeln zu können.

Dass sich in wesentlichen Teilen selbst verwaltende Medizinsystem, an dessen Spitze die Ärzte stehen, hat per definitionem und gesellschaftlich gewollt, die Macht zugesprochen bekommen, die Prävention, Kuration und Rehabilitation des Patienten bestimmen zu dürfen. Die Mittel der medizinischen Intervention liegen somit komplett in der Verantwortung des Arztes. Das Mitspracherecht des Patienten begrenzt sich in diesen Fällen auf die analoge Reproduktion der eigenen ätiopathogenetischen Historie (Anamnese), die Einwilligung, teils per Unterschrift sich der Intervention und deren Risiken zu unterwerfen (Aufklärungsbogen) und der Nachfrage nach den damit verbundenen Wirkungen (sowohl unangenehmen als auch angenehmen), ohne auf eine kundige Weltorientierung rekurrieren zu können. Das kausal-attributive Denken des Arztes steht dem „Weil es so war“ des Patienten divergent gegenüber. Dabei reduziert die deterministisch-probalistische Logik des Arztes einerseits, sein Habitus andererseits die komplexe Realität des Patienten auf ein, häufig nur Minuten währendes hier und jetzt, ohne den Habitus des Patienten real einschätzen zu können, da häufig eine biographisch orientierte, an den Kenntnissen und Erfahrungen des Patienten ansetzende Weltorientierung fehlt.

Für den Patienten bedeutet dies, sich mit theoretisch-abstrakt aufbereiteten Informationen im Konjunktiv auseinanderzusetzen, die er oder sie zu großen Teilen nicht verinnerlichen kann. Das liegt sowohl in der methodisch-didaktischen Informationsaufbereitung begründet und eben auch daran, dass die Ich-Kompetenz als Selbstregulativ des Patienten nicht berücksichtigt wird. Dies wird durch zahlreiche Studien zum Rauchen, dem Alkohol oder Drogenkonsum eindeutig nachgewiesen (vgl. Schwarzer 2004). Die Tatsache, dass der

klassische Tabakgenuss zu einem signifikanten Anstieg des Bronchialkarzinoms, auch Jahre nach dem Konsumverzicht führt, ist weder vorstellbar noch körperlich erfahrbar und damit ohne unmittelbare Konsequenz. Die mit der Aufklärung einhergehende Reduktion der Informationen auf plakative Inhalte oder Verbote, ohne auf eine fundierte medizinische Wissensbasis rekurren zu können, wird daran wenig ändern.

Wissen und Erfahrung, als Grundlage der Enkulturation und Sozialisation sind de facto habitualisiert. Dennoch lassen sich beide Grundbedingungen innerhalb des Habitus sowohl individuell als auch kollektiv und somit die damit verbundene Handlungskompetenz entwickeln. Lediglich die rein biologische Komponente kann als begrenzende Instanz innerhalb einer Umwelt und der gesellschaftlichen Wirklichkeit gesetzt werden. Somit ist davon auszugehen, dass die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit beim Menschen auf organische Voraussetzungen und Grenzen stößt. Einerseits wird dies durch die biologische Konstitution der Individuen; deren Lebensdauer, Animalität und Krankheitsneigung bestimmt. Auf der anderen Seite erfolgt die phänotypische Anpassung, gesellschaftlich determiniert, durch z. B. Ernährung, Sexualität, Sport, Arbeit, Familie etc. In diesem Sinne läuft ein ständiger wechselseitig prägender Prozess zwischen Individuum, Gesellschaft und Natur ab (vgl. Berger, Luckmann 1972). Die sich ergebenden Abhängigkeiten zur natürlichen Umwelt sind dialektischer Natur. Die Konstruktion einer definierten gesellschaftlichen Wirklichkeit wird einerseits durch die Natur begrenzt, andererseits wirkt die konstruierte Wirklichkeit auf diese zurück und verändert gleichsam Natur, Gesellschaft und Individuum (Berger, Luckmann, 1972, S.195).

Folgt man weiterhin Maier-Abich, ergeben sich Abhängigkeiten zwischen Gesellschaft, Subjekt und Umwelt, die sich bei Vorliegen pathogener Voraussetzungen eignen, das Subjekt erkranken zu lassen. In Tabelle 1 werden die Abhängigkeiten (Maier-Abich 2010, S. 327) unter Bezug auf primär reflexiv-biographische bzw. areflexiv-natürliche Folgen dargestellt.

Tabelle 1

Determinante		Subjekt	
Gesellschaft	Umwelt	emotional deutend/ Erfahrung	kognitiv handelnd/ Erlebnis
pathologisch	pathologisch	Änderungen der Lebenswelt	reflexiv-biographisch
gesund	pathologisch	Änderungen der Lebenswelt	reflexiv-biographisch
pathologisch	gesund	Änderungen der Lebenswelt	reflexiv-biographisch
gesund	gesund	pathobiologisch/psychisch	areflexiv-natürlich

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier-Abich 2010, S. 327)

Pathologische Veränderungen können ihren Ursprung demnach nicht nur im Subjekt selbst haben. Auch Gesellschaft, Umwelt und personale Faktoren wirken durchaus pathogen. Die sich daraus ergebenden Erfahrungen und Erlebnisse wirken sich reflexiv biographisch aus. Wenn also Subjekte zum Patienten werden, bedarf es des individuellen medizinischen Wissens, sich universell informieren und mündig agieren zu können; also tatsächlich reflexiv agieren zu können. Die Patientcompliance würde sich vermutlich deutlich verbessern, wenn der gesellschaftliche Auftrag an die Medizin auf fundierten Kenntnisse über pädagogisches Wissen und den damit verbundenen Prozessen basiert, die geeignet sind, reflexive-sinnhafte Erkenntnisse beim Subjekt zu generieren, die dann zu Handlungskonsequenzen führen.

3 Das biographische Dilemma zwischen Arzt und Patient

Die Biographie eines Subjektes enthält mehrere Dimensionen. Zunächst ist es eine Wirklichkeitsdimension, die es dem Subjekt erlaubt, sich innerhalb eines soziokulturellen Raumes (Habitus), eines Erfahrungsraumes und in der eigenen Lebenswelt zu orientieren. Historische Wandlungen, Erlebnisse, existenzielle Erfahrungen und Krisen sind die Variablen dieser Dimension. Sie bestimmen über die damit einhergehenden Änderungen des Lebenslaufes, des Lebenszyklus und der Lebensgeschichte den Erfahrungsraum des betroffenen Subjektes. Daneben besteht die jeweils psychologische Dimension, aus der sich Sozialstruktur und Mentalstruktur bestimmen lassen und letztendlich eine sprachliche Dimension, welche die Erzählstruktur und damit die Autobiographischen Zusammenhänge bestimmt (Schulze in: Combe, Helsper 1996, S. 37).

Folgt man dieser kurzen Einführung in die Biographietheorie, dann wird schnell klar, dass sowohl Arzt als auch Patient in ihrem Handeln biographisch determiniert sind. Der Patient bietet dem Arzt einen Teil seiner Biographie an und hofft darauf dass jener folgen will und kann. Dazu begründet er sein medizinisches Dilemma mittels Erzählung. Erzählungen basieren auf Ereignissen und Brüchen in den Ereignisfolgen. Mit der Erzählung kann der Patient seine Kontingenzerfahrung ver- bzw. bearbeiten. Erzählungen sind dem Grunde nach real und im Regelfall ehrlich. Sie basieren auf bestem Wissen und Gewissen. Die autobiographische Erzählung ist somit die Quelle eigener Erinnerung zu historischen, lebensgeschichtlichen Ereignissen (Schulze in: Combe, Helsper 1996, S. 38). Die Biographie ist außerdem eine anthropologische Grunderfahrung. Im realen Leben stellt sie im Wesentlichen einen Lernprozess dar, woraus zu folgern ist, dass alle Ereignisse lernend zu eigen gemacht werden müssen (Schulze in: Combe, Helsper 1996, S. 37-38).

Die Biographie ist weiterhin Ausdruck eines Erfahrungszusammenhangs. Erfahrungswissen ist auf Anlässe und Umstände der Entstehung bezogen und mit dem Subjekt und dessen Lebenswelt untrennbar verbunden. Die Speicherung der Erinnerungen erfolgt sachbezogen und emotional deutend. Sie ermöglicht so die Verbindung von Selbst- und Welterkenntnis. Biographiebrüche, wie sie durch eine Krankheit hervorgerufen werden oder diese begründen, sind emotional erhebliche sinnliche oder abstrakte Wahrnehmungen die im Bewusstseinsstrom eine besondere Hervorhebung erfahren. Schulze verweist dazu auf Sloterdijk und spricht in diesem Zusammenhang von Störerfahrungen die zu Selbsterfahrungen und biographischen Wandlungsprozessen führen (Schulze in: Combe, Helsper 1996, S. 40).

Das biographische Subjekt als lebendiger Organismus ist an einen kontinuierlichen Lebenszeitzusammenhang mit materieller Basis und individuellem Gehirn gebunden. Einflüsse und Gegebenheiten der Umwelt determinieren deren Aneignung und Umwandlung durch das Individuum und letztendlich auch das, was es daraus macht. Aus einer Menge an Möglichkeiten bestimmt das Subjekt demzufolge, was für die Biographie zum System gehört und was nicht (ebd. S. 41). So werden dem Arzt jeweils die Inhalte präsentiert, die der Patient für wesentlich hält. Dabei werden subjektiv relevante Augenblicke und Umstände der Informationsaufnahme in einem speziellen autobiographischen, dem episodischen Gedächtnis, gespeichert. Es speichert selektiv, emotional-deutend und determinierend. Es ist von besonderer Bedeutung für die weitere Entfaltung des biographischen Prozesses und den Aufbau des lebensgeschichtlichen Erfahrungszusammenhangs.

Von besonderer Bedeutung sind die Erinnerungen, die jeder Arzt als Anamnese erhebt. Nur ist diesem vermutlich nicht bewusst, dass das biographische Potenzial in der Erinnerung liegt. Die biographische Bedeutung der gesammelten Lebenserfahrungen liegt darin, dass diese zunächst als Erinnerung gespeichert werden, die dem Bewusstsein in bestimmter oder unbestimmter Form zur Verfügung stehen. Sie können verdrängt und vergessen werden. Sobald die Erinnerungen im Bewusstsein auftauchen, nehmen sie mehr oder weniger klar umrissene sinnliche Vorstellungen an, die meist szenischen oder episodischen Charakter haben. Erinnerungen halten, im Gegensatz zu den Erfahrungen Erlebnisse fest, ungebunden, ungedeutet, als besonderen Lebensmoment. Erfahrungen verarbeiten dagegen Erlebnisse und fügen ihnen eine Bedeutung bei. Damit werden die Erinnerungen undeutlich, kaum benenn- oder beschreibbar. Es entstehen verinnerlichte Haltungen und Einstellungen (ebd. S. 42).

Die biographisch bedeutsamen Patientenaussagen zu einer Krankheit entziehen sich demnach aufgrund mangelnder Sachkenntnis dem Arzt oder anderen Tätigen des medizinischen Systems.

Das professionelle Selbstverständnis der Medizin resultiert aus der kategorialen Abgrenzung innerhalb der allgemein anerkannten Sinnwelt. Aufgrund der wissenschaftlich-theoretischen Verankerung kann von einem hohen symbolischen Sinngehalt ausgegangen werden. Die damit einhergehende professionstheoretische Werteorientierung wird durch das gesellschaftliche Mandat expliziert. Die eigenen wissenschaftlichen Erkenntnisquellen bzw. Analyseverfahren sichern einen prinzipiellen Wissensvorsprung und damit Macht. Im Vertrauen darauf willigt der Patient in eine vertragliche Beziehung ein, die letztendlich bis zur Gewaltanwendung zum Wohle des Patienten akzeptiert wird. Gleichzeitig lässt das gesellschaftliche Mandat eine fast vollständige Autonomie und damit den Entzug von Kontrollen zu (Schütze in: Combe, Helsper 1996 S. 183-184).

Die ärztlich-medizinische Interpretation der Patientenbiographie erfolgt konsequent fallorientiert. Die fallbezogene Interaktion führt jedoch zur Reduktion der Alltagswelt, da sie auf die biographische Wissensbasis des Patienten verzichtet und daher nicht mehr unmittelbar auf das gesamte Krankheitsgeschehen beziehbar ist (Schütze in: Combe, Helsper 1996, S. 185). Gesellschaftliche Veränderungen, verbunden mit der wachsenden Mündigkeit der Bürger, werden von der Medizin kaum reflektiert (ebd. S. 192). Die prinzipielle Fremdheit der Interaktionspartner Arzt und Patient zieht die Einschränkung von Interaktion und Intention nach sich. Identität des Patienten und Wahrnehmung des Arztes sind nicht verschmelzbar. Der

Vertrauensvorschluss der Patienten basiert auf der Annahme von ärztlicher Handlungskompetenz und Verantwortungsbewusstsein, hinreichendem Wissensbestände und Situationsdefinition. Patientenseitig wird die Fremdheit aus Wissensvorsprung, soziokultureller Verortung und Nichtbetroffenheit des Arztes jedoch häufig stigmatisierend und schambeladen reflektiert. Die bestehende Selbst- und Weltsicht erleidet folglich einen Realitätsverlust. Dies kann im Zweifelsfall zu einem Vertrauensmissbrauch führen. Die fehlende Vorstellung darüber, dass es dem Arzt gelingt die Identität des Patienten zu erfassen und die Angst vor der kritischen Annahme des eigenen Selbstbildnisse können zur Ausblendung und Verschleierung des Selbst führen und somit zu einer Fälschung der eigenen Biographie (ebd. S. 208).

Nicht zuletzt sind es Fremdheitserfahrungen, die ein Patient im Umgang mit seiner eigenen biographischen Krise und im Umgang mit dem System Medizin erlebt. Das Fremde artikuliert sich dabei intrasubjektiv und als extrakorporierte, kollektiv erfahrbare Fremdheit. Die Fremdheit ergibt sich dabei aus der epochalen wie gesellschaftlichen Selektion von Selbst- und Weltsicht und der damit einhergehenden Unzugänglichkeit zu spezifischen Ordnungssystemen. Die Unkenntnis spezifischer Ordnungssysteme wiederum kann als Ergebnis gesellschaftlich gewollter Wissensverteilung verstanden werden und führt konsequenterweise zur gesellschaftlich gewollten Differenzierung in Experten und Laien (Waldenfels 1997, S. 27-34). So ist es nur plausibel, dass Patienten Sonderwelten, wie die der Medizin de facto zunächst als fremd verinnerlichen.

Biographische Dilemmata haben ihren Ursprung folglich auch in der Entfremdung innerhalb eines biografischen relevanten Raumes, einhergehend mit der Abgrenzung bzw. Ausgrenzung vormals gegebener sozialer Bezüge. Die Bezugsebenen können sowohl soziale Güter als auch Menschen sein. Von Rosenberg beschreibt dies als Passungsschwierigkeit zwischen Habitus und Raum und somit als Änderung der Sinn und Bedeutungszusammenhänge. Frege beschreibt diese Passungsschwierigkeit als Biografiebruch, als Krisis der Routine und Eröffnung der Zukunft (Frege in: Comber, Helsper 1996, S. 75). Nohl folgend (Nohl 2006, S. 220, S. 26 ff in: von Rosenberg 2011, S. 307 werden Biographiebrüche als spezifische Desintegrationserfahrungen verortet. Koller (Koller 1999, S. 267 in: Rosenberg 2011, S. 307) sieht Konflikte zwischen zwei Welten. Desintegrationserfahrung, Weltenkonflikte und Passungsschwierigkeiten können daher als Wirklichkeitsdimensionen begriffen werden.

Die damit einhergehenden historischen Wandlungen determinieren den habituellen Erfahrungsraum eines Patienten durch Änderung des Lebenslaufes, Lebenszyklus und der Lebensgeschichte.

4 Fazit

Geht man davon aus, dass die subjektive Lebensqualität vor allem durch körperliche Beschwerden und Schmerzen determiniert wird (Straus, Berger, von Troschke, Brähler 2004, S. 24), muss es innerhalb der Biographie des Betroffenen einen Tag X oder eine Situation Y gegeben haben, die sich positiv oder negativ auf die Affektlage sowie durch Glück bzw. Unglück ebenso emotional auswirkte. Damit verbunden müsste eine Bewertung der allgemeinen und speziellen (Über)Lebensumstände erfolgt sein. Die Bewertungsrelation der Komponenten führt folglich zur Entwicklung einer mehr oder weniger erfolgreichen Bewältigungsstrategie. Die damit einhergehenden subjektiv erfassbaren Symptome lassen dann sowohl räumlich-zeitliche als auch psychosomatische Divergenzen zu objektivierten medizinischen Befunden zu und können somit als Biographiebruch angesehen werden. Die Folgen des Biographiebruchs spiegeln sich in einer Änderung des sozialen Handelns und der resultierenden Handlungsfähigkeit wieder, die je nach ärztlicher oder psychologischer Diagnose zugänglich wird.

Handeln bzw. Handlungsfähigkeit wird dabei als grundlegend für die menschliche Existenz angesehen (vgl. Kron 1999, S. 51).

Andererseits kann nicht nomothetisch unterstellt werden, dass eine ernsthafte Krankheit zu einem Bruch der Lebensbiographie führt, noch dass daraus Bildungsprozesse im weitesten Sinne resultieren.

Nach Husserl bilden Menschen stabile identische Strukturen mit vereinheitlichender Tendenz (Husserl 1968 in: Lenger, Schneikert, Schumacher 2013, S. 75). Demnach führen Erfahrungen, und somit auch Erfahrungen mit Krankheiten, nicht zwangsläufig zu einer Änderung im Subjekt, sondern zu einer Verinnerlichung bzw. Integration innerhalb eines bestehenden Habitats (Schneikert 2013, in: Lenger, Schneikert, Schumacher 2013, S. 75).

Nach Bourdieu existiert für jedes Subjekt ein Habituskonzept, welches auf einer nicht weiter definierten Anzahl von Handlungsschemata beruht, die es dem Subjekt erlauben rational zu handeln (vgl. Bourdieu 1998, 2012, S. 165). Gleichzeitig gilt das Subjekt bereits dann als

kompetent, wenn es in der Lage ist, die vorhandenen Schemata in vergleichbaren Situationen analog anzuwenden. Dem liegt ein System zugrunde, das auf reflexiven und areflexiven Dispositionszuschreibungen beruht und deren gemeinsame Manifestation als Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Handlungsmatrix fungiert, ohne Ziele zu explizieren oder Mittel zur Zielerreichung berechnen zu müssen (Bourdieu 2012, S. 178-179, Max 2005, S. 90).

Auch wenn Bourdieu die Transformation des bestehenden Habitus nicht explizit vorsieht, so kann doch angenommen werden, dass dies möglich sein muss.

Grundsätzlich bedarf es dazu der Erkenntnis der Bedeutsamkeit und damit des Wechsels von der areflexiven Verinnerlichung hin zur Selbstreflexion (Max 2005, S. 91-92). Bourdieu selbst verortet die areflexive Disposition als körperliche Komponente und verbindet die physische Präsenz mit der sozialen Beziehung innerhalb des Habitus. Als Summation von Dispositionen, die sowohl areflexiv als auch reflexiv die objektive Struktur determinieren, stellt der Habitus somit ein Universalprinzip dar, welches Handlungen als sinnhaft und objektiv übereinstimmend begründet, ohne dass es ständig der vorhergehenden Interaktion bedarf. Handlungen also, die impliziert ohne reflexive Begründung oder Deutung geeignet sind, das Subjekt innerhalb eines Raums, einer Gesellschaft, einer Klasse zu assimilieren. (Bourdieu 2012, S. 179). Lenger et al führen dazu weiter aus, dass die körperliche Objektivität als Explikation des Individuellen dient (Lenger, Schneikert, Schumacher 2013, S. 71).

Folglich ist die Selbstreflexion nicht nur der Anlass zur biographischen Habitustransformation, sondern auch auf den Körper und damit mögliche Krankheiten bezogen. Gleichmaßen ist die Selbstreflexion Voraussetzung für Bildungs- und Erziehungsprozesse und somit für Änderungen in der Biographie. Womit angenommen werden kann, dass sich Letztere ebenfalls auf den Körper bezieht (Max 2005, S. 92).

Schlussendlich sind Krankheit und Gesundheit somit davon abhängig, dass biographische Veränderungen des Subjekts analysiert und erkannt werden, die situative Erfassung krankhafter Phänomene professionell erfolgt und (selbst)reflexive Erkenntnisse der Patienten auf Seiten der medizinischen Profession angemessen berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1972): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 3. Aufl., Frankfurt a.M. 1972 (1970).

Bourdieu, Pierre (1998): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns.
Suhrkamp Verlag Frankfurt a. M.

Bourdieu, Pierre (2012): Entwurf einer Theorie der Praxis
Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 291

Combe, Arno; Helsper, Werner; Hrsg. (1996): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft 1230.

Kron, Friederich W. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen.
Ernst Reinhardt Verlag München Basel.

Lenger, Alexander; Schneikert, Christian; Schumacher, Florian (Hrsg.) (2013): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Grundlagen, Zugänge, Forschungsperspektiven.
Springer VS.

Lieberei, Barbara (2008): Diagnostische Kriterien und Entwicklung eines diagnostischen Interviews für die Posttraumatische Verbitterungsstörung. <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/infest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/ee8e3ab0685e11d4ae5a0050043beb55/hb.htm>.
Abgerufen am 18.06.2013.

Max, Charles (1999): Entwicklung von Kompetenz – ein neues Paradigma für das Lernen in Schule und Arbeitswelt. Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, München.

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

Rosenberg, Florian von (2011): Bildung und Habitustransformation. Empirische Rekonstruktionen und bildungstheoretische Reflexionen. Trans Skript Verlag, Bielefeld. Zugelassene Dissertation.

Strauß, B.; Berger, U.; Troschke, Jürgen von.; Brähler, E.; Hrsg. (2004): Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag.

Schütz, Fritz: Organisationszwänge und hoheitliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen, S. 183-275 in: Combe, Arno; Helsper, Werner, Hrsg. (1996): Pädagogische Professionalität.

Schwarzer, Ralf (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 3. überarbeitete Auflage.

Waldenfels, Bernhard (1997): Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden I. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main 1997.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Rainer Köppe

Fachhochschule des Mittelstandes Bamberg

Pestalozzistraße 10

96952 Bamberg

Privat

Schmiedeweg 14

39539 Havelberg

015255459482