

Köppe, Rainer

Essay zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin. Teil 2

2016, 23 S.



Quellenangabe/ Reference:

Köppe, Rainer: Essay zum Verhältnis von Pädagogik und Medizin. Teil 2. 2016, 23 S. - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-116975 - DOI: 10.25656/01:11697

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-116975>

<https://doi.org/10.25656/01:11697>

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

1. Einleitung

Nach Strauß et al lassen sich Gesundheit und Krankheit im Rahmen der deutschen Gesetzgebung (SGB) definitorisch, sonst jedoch nur phänomenologisch beschreiben. Die Beschreibung wiederum ist von der Verortung innerhalb unterschiedlicher Bezugssysteme abhängig (Strauß, Berger, von Troschke, Brähler 2004, S. 17).

- Subjektive Theorien und psychosoziale Prozesse determinieren die Krankheitsverarbeitung der betroffenen Patienten.
- Ätiopathologische Normabweichungen biologischer Prozesse werden innerhalb der medizinischen Profession als Grundlage von Symptomen und Krankheiten definiert.
- Pathologisch begründete Leistungsabweichungen werden innerhalb des gesellschaftlichen Bezugssystems bewertet, toleriert oder stigmatisiert und führen zu sozialrechtlichen Konsequenzen (Strauß, Berger, von Troschke, Brähler 2004, S. 17).

Krankheit und Gesundheit sind somit davon abhängig, dass gesellschaftliche Veränderungen analysiert und erkannt werden, die situative Erfassung krankhafter Phänomene professionell erfolgt und (selbst)reflexive Erkenntnisse der Patienten angemessen berücksichtigt werden.

Die ärztliche Medizin hat sich innerhalb dieser Bezugssysteme sicherlich den herausragenden Stellenwert erarbeitet. Im Rahmen des Professionsverständnisses wird der ärztlichen Medizin die Fähigkeit zuerkannt vollumfänglich handeln zu können, damit die volle Profession zu besitzen (vgl. Meyer-Abich 2010).

Dennoch bemüht sich gerade die Medizin nicht um eine umfassende Begriffsklärung respektive Definition von Krankheit. Wesentliches Merkmal des professionellen

Selbstverständnisses ist die Abweichung von biologisch-genetischen Gesetzmäßigkeiten und/oder funktionellen bzw. strukturellen Defiziten. Letztendlich die Reduktion auf statistisch signifikante körperliche Merkmale (Strauß, Berger, von Troschke, Brähler 2004, S. 17).

Die Einstufung eines Menschen in gesund und krank ist nicht explizit biologisch zu begründen. Im Gegensatz zum deutschen Sprachgebrauch kann man dies sehr gut im angloamerikanischen Sprachraum erkennen. Während wir in Deutschland Menschen innerhalb einer Population, bzw. Norm verorten und damit als krank oder nicht krank definieren, finden sich in der englischen Sprachweise neben dem objektiven Krankheitsbegriff Disease noch die Begriffe der Illness, der Krankheit im subjektiven Sinne und der Sickness, dem eigentlichen Leid. Eigenschaften die zutiefst menschlich und nur rudimentär medizinisch erklärbar sind. In Deutschland finden sich genau an dieser Stelle die Schnittstellen zu verhaltensbezogenen (psychologischen) und sozialen Erklärungsmustern von Krankheit.

Nach Strauß et al kann davon ausgegangen werden, dass die Krankheitsdeutung mittels psychosozialer Normen zunimmt, wenn die Erklärbarkeit mittels biologisch-somatischer Normabweichungen abnimmt (Strauß, Berger, von Troschke, Brähler 2004, S. 18). Strauß et al verweisen jedoch auch explizit auf die subjektiv erlebbare Dimension von Krankheit. Wesentliche Determinanten sind durch die Wahrnehmung der körperlich-psychischen Belastungsgrenzen, solitärer – teils lebensbedrohlicher biographischer Ereignisse, sowie das subjektive Wohlbefinden begründet (Strauß et al 2004, S. 18). Wie krank oder gesund sich ein Mensch mit Krankheit fühlt ist darüber hinaus wesentlich von der Art der medizinischen Diagnosestellung abhängig (Strauß et al 2004, S. 18).

Folgt man den bisherigen Ausführungen, bleibt festzustellen, dass die Verortung innerhalb der vorgenannten Bezugssysteme nicht über die dichotome Betrachtung von Krankheit oder Gesundheit hinwegtäuschen kann (ebd.).

Darüber hinweg täuscht auch das derzeit aktuelle, nichtpaternalistische medizinethische Selbstverständnis, nicht. Medizinisch ethischen Leitprinzipien wie:

- Ärzte würden die Wertvorstellungen ihrer Patienten kennen,
- Autonomie beinhaltet das Recht der Patienten, Fehler zu machen,

- das Primat der Verdrängung vor der ehrlichen Aufklärung,
- Prognostische Unsicherheit als Mitteilung der Unsicherheit selbst,
- das gesellschaftliche Vertrauen in Medizin und Ärzte,

spiegeln eine Exaktheit vor, die es de facto nicht gibt (vgl. Seifert-Schöne 2013, S. 8).

Innerhalb der Bezugssysteme liegt das Primat der Wirksamkeit in der vollständigen medizinischen Handlung begründet. Psychosoziale Kofaktoren werden ergänzend bzw. erklärend herangezogen, sind jedoch nur begrenzt geeignet ätiopathogenetische Kausalbezüge herzuleiten. Folgt man dem Postulat Meyer-Abichs:....„Menschen bleiben gesund, wenn sie zuversichtlich sind, dass sie mit ihrem Leben zurechtkommen und dass ihr Leben einen Sinn hat, wenn sie über entsprechende (geistige, körperliche, seelische, soziale und materielle) Mittel verfügen, um alle an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen“ (Meyer-Abich 2010, S. 51), so kann ebenfalls argumentiert werden, dass Krankheiten regelhaft mit psychischen, sozialen und biographischen Komponenten auftreten. Die eine existiert, bis auf wenige Ausnahmen, nie ohne die andere. Häufig stellt sich die psychosoziale Komponente als Bedürfnis nach Entlastung und Schonung, aber auch als Vermeidung dar, so wie man dies auch bei allen anderen Lebewesen beobachten kann. Im Gegensatz zu Letzteren wird bei Menschen auch der sekundäre Krankheitsgewinn, z. B. die verstärkte Zuwendung zum Subjekt nachgewiesen.

Da zu unterstellen ist, dass der Zustand völliger Gesundheit selten zu erreichen ist, verläuft unser Leben mehr oder weniger pathologisch.

Der Blickwinkel auf Krankheit hat sich dabei für das Subjekt als auch für die Gesellschaft geändert. Eine Krankheit gilt heute als geheilt, wenn die Symptome der Krankheit erfolgreich bekämpft wurden. Dennoch weisen etliche Studien daraufhin, dass an Stelle erfolgreich bekämpfter Symptome immer andere treten (vgl. u. a. KIGGS 2007). Im Gegenteil; kann bis heute festgestellt werden, dass es der Medizin nicht gelingt, Alltagskrankheiten erfolgreich zu heilen. Kopf- und Gliederschmerzen, Husten und Schnupfen sind heute wie vor hundert Jahren nur begrenzt zu lindern. Erfolgreich ist die Medizin eigentlich nur dort, wo technische Lösungen das Kranksein relativieren oder bestimmte Symptome chemisch unterdrückt werden und Krankheit auf einem akzeptablen Lebensniveau gelebt wird (Meyer-Abich 2010, S. 78). Nicht selten ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Grundsatz auf die gestörte

Gesundheit und auf den Einzelfall des Patienten bezogen. Biographisch begründete Ätiopathogenesen können nur behavioral-anamnestisch erfasst werden.

Im Gegensatz dazu forderten bereits die Hippokratiker, den Patienten mit seinen Symptomen in seiner sonst üblichen Umwelt zu behandeln, da die Krankheitsentstehung in dessen Umwelt stattfand und letztlich einen Bruch in dieser Umwelt darstellt (vgl. Meyer-Abich 2010, S. 117). Folglich wäre zu untersuchen, ob Krankheiten durch ein biographisches Agens ätiopathogenetisch begründbar sind.

Es bleibt festzustellen, dass Krankheit und Gesundheit, die Lebensfähigkeit an sich, nicht ohne Zugehörigkeit zu anderen, zur Familie, zu Freunden, zu Institutionen existiert. Somit kann Krankheit nicht allein psychisch oder physisch begründet werden. Krankheiten, so Meyer-Abich, bestehen zwischen den Menschen, sind Charaktere des Menschen. Es kann daher gefolgert werden, dass Krankheit nicht nur auf eine biologisch begründete Pathogenese begrenzt werden kann, da Krankheiten unter anderem eine psychosoziale und eine biographische Dimension haben, an der auch andere Menschen teilhaben. Es kann ebenfalls sein, dass ein ärztlich als krank bezeichneter Mensch von seinen Mitmenschen als völlig unauffällig wahrgenommen wird, da die medizinisch fassbaren Zeichen nicht Bestandteil der Lebenswelt sind (vgl. Meyer-Abich 2010, S. 244), dies gilt so für praktisch alle Brillenträger oder Menschen mit einer Zahnfüllung.

Gesundheit und Krankheit sind aufgrund des dichotomen medizinischen Selbstverständnisses gesetzt. Solange dem Arzt die alleinige Kompetenz zur Feststellung von Krankheit zugebilligt wird, müssen der Patient im Speziellen und die soziale Gemeinschaft im Allgemeinen damit leben, dass Krankheiten auf Krankheitszeichen reduziert sind, die in den jeweiligen Fachgesellschaften unterschiedlich bewertet, bzw. auf die fachspezifischen Relationen begrenzt werden (Vgl. Meyer-Abich 2010, S. 255).

Im Unterschied zur Dichotomie des medizinischen „Entweder-Oder“ versucht die Gesundheitswissenschaft psychosoziale und biographisch-subjektive Faktoren in die Erhaltung von mehr oder weniger Gesundheit oder Krankheit einzubeziehen. Die Korrelation dieser Faktoren innerhalb eines Gesundheitskontinuums führt sodann zu gesundheitserhaltenden oder krankmachenden Bedingungen (vgl. Strauß et al 2004, S. 19-20). Im Vordergrund steht somit die Frage nach der Gesunderhaltung bei

bestehenden krankheitsauslösenden Prädiktoren. Dieses v. a. von Antonovsky begründete Konzept der Salutogenese verzichtet jedoch ebenfalls weitgehend auf die Erforschung biographisch-ätiopathogenetischer Gründe, obgleich es zahlreiche Studien zur subjektiven Gesundheit bzw. dem Wohlbefinden gibt und auch die Resilienzforschung bereits seit den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts eindrucksvoll Risikofaktoren (Vulnerabilität) und Faktoren der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) in der gesundheitlichen Entwicklung aufzeigen konnte.

Als Folgemodell der ICDH versucht die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF 2005) das bestehende bio-, psycho-, soziale WHO-Modell zu erweitern, indem es sowohl die individuelle als auch gesellschaftliche Relevanz der Lebensbiographie und des Habitus (Lebenswirklichkeit und Lebenshintergrund) erfasst und demzufolge die bis dato bestehenden Gesundheitsmodelle beträchtlich erweitert. Zwar wurden wesentliche Aspekte der ICF in das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) aufgenommen, jedoch bezieht sich der Kontext nur einigermaßen auf die tatsächlichen Erfordernisse zur Erfassung von Lebenswirklichkeit und Lebenshintergrund. Stattdessen erfolgt eine Einschränkung auf Rehabilitation und Teilhabe und damit auf die Bewältigung von Impairment, Disability und Handicap (ICF 2005, S 4) Die Berücksichtigung individuelle Faktoren wird zwar postuliert, in der Konsequenz und unter Begründung der erheblichen soziokulturellen Unterschiede jedoch weder klassifiziert oder weiter berücksichtigt (ICF 2005, S 22).

Obgleich die ICF das Individuum in seinem Verhältnis zu sich selbst, anderen Individuen und den gesellschaftlichen Determinanten näher erläutert, werden die damit verbundenen Aussagen wie (ICF 2005, S 22):

- Häuslichkeit, Arbeitsplatz, Schule,
- Soziale Kontakte,
- Materielle Sicherstellung,
- Formelle Sozialstrukturen,
- Politische Einflüsse und Gesetze und
- Infrastruktur,

nicht auf die tatsächlichen internen Prozesse des Individuums bezogen, sondern sind Ergebnis verhaltensbedingter und damit scheinbar objektiv prüfbarer Prozesse. Gleichzeitig erfolgt eine Exklusion individueller Faktoren:...“Personenbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind“ (ICF 2005, S. 22).

Gleichwohl wird im selben Absatz festgestellt, dass die individuellen Faktoren wie:

- Alter, Geschlecht, Ethnie, Lebensstil
- Bildung und Erfahrung
- Ereignisse, Charakter und Verhalten,
- sowie psychisches und physisches Leistungsvermögen,

einen erheblichen Einfluss auf eine mögliche Gesundheitsstörung haben (ICF 2005, S. 22).

1.1 Exkurs zur Ätiopathogenese

Streng genommen und im Rahmen der folgenden Erörterungen durchaus notwendig, ist der biomedizinisch geprägte Begriff der Ätiopathogenese weiter zu differenzieren. Während sich die Ätiologie auf die eigentliche Ursache bezieht und dabei von drei essenziellen Grundbedingungen der Ursachenerklärung ausgeht (Kausalität, Kontribution, Korrelation), wird mit der formalen Pathogenese die Entstehung und Entwicklung einer Krankheit erklärt und damit auch die korrelierenden psycho-

sozialen Faktoren. In Abgrenzung dazu beantwortet die kausale Pathogenese den Zusammenhang zwischen Ätiologie und Disposition. Durch die Verbindung der Begriffe Ätiologie und Pathogenese entsteht eine Unschärfe, die im täglichen medizinischen Tun vermutlich eher bedeutungslos ist, da Krankheiten häufig nicht absolut ätiologisch ergründbar sind. Für einen Diskurs zwischen medizinischer und pädagogischer Theoriebildung wird es dagegen von erheblicher Bedeutung sein, dort wo nötig, beide Begriffe zu differenzieren. Gerade der Zusammenhang zwischen Krankheitsursache und der Disposition eines Menschen, lässt sich aus zwei Perspektiven betrachten. Es ist letztlich die Frage zu klären, ob die Disposition (und damit auch alle psychosozialen Eigenschaften) zur Krankheit führt, oder die Krankheitsursache die Disposition verändert.¹ Andererseits stellt, da auf die Entwicklung einer Krankheit bezogen, die formale Pathogenese einen Rahmen dar, der im Grundsatz nicht allein biomedizinisch erklärbar ist. So geht die Entwicklung von Krankheit nicht ohne Änderung der Lebensbiographie einher, was sich letztendlich auch im adhärennten bzw. non-adhärennten Patientenverhalten (Compliance) widerspiegelt.

Vor diesem Hintergrund kann gefolgert werden, dass die biomedizinisch begründeten Kausalbeziehungen zur Erklärung von Krankheiten, bei Vorliegen biologischer Normabweichungen gerechtfertigt sind. Je geringer jedoch die biologisch begründbaren Standardabweichungen sind, desto mehr benötigt die Medizin psychosoziale Erklärungsansätze, um ätiologische und pathogentische Muster zu deuten. Psychosoziale Erklärungsansätze beziehen sich auf die Prüfung von Verhaltensauffälligkeiten bzw. pathologischen Verhaltensabweichungen, berücksichtigen jedoch nicht die dem Verhalten zugrunde liegende subjektive Sinnkonstruktion und die resultierenden Handlungen. Die Lebensbiographie entsteht jedoch aus Erkenntnis und Handlung und damit aus Personalisations- und Sozialisationsprozessen in deren Folge Handlungsfähigkeit erworben wird.

In der Konsequenz ist es zulässig zu behaupten, dass die medizinische Theoriebildung von biographisch-ätiopathologischen Zusammenhängen determiniert wird.

¹ vgl. Grundmann 1994, S 3. Disposition ist die Krankheitsbereitschaft oder auch Krankheitsanfälligkeit eines Organismus.

2 Problemlage

2.1 Die Lebenswelt von Arzt und Patient

Analysiert man die unterschiedlichen Lebenswelten von Ärzten und Patienten ergibt sich unweigerlich die Frage nach den motivationalen und volitionalen Aspekten der Handlung. Die ärztliche Profession beruht auf der Erhebung von logischen Mustern nach dem Schema: wenn,...dann; genau dann,...wenn; um...zu (Ist-Soll). Die Logik ist auch nicht in Frage zu stellen. Die Perspektive des Arztes ist auf die Realisation einer aktuellen oder zukünftigen Handlung gerichtet. Damit verbunden scheint ein gerechtfertigter ärztlicher Glaube vorzuliegen, dass der Patient diese Sichtweise auch deuten kann. Dessen Motive und Handlungsantriebe ergeben sich jedoch aus der biographischen Vergangenheit („Weil“- Motive). Der Patient will also begründen wie es zu einer medizinisch relevanten Problemlage gekommen ist, wobei Seitens des Patienten ebenso die Hoffnung besteht, dass es dem Arzt gelingt diese Motive zu deuten. Da Arzt und Patient im Regelfall nicht der gleichen sozialen Umwelt zugehören, wird eine adäquate Reaktion, und damit eine Übereinstimmung der lebensweltlichen Sichtweisen beiderseits nicht zu erwarten sein. Die Patientenrolle fordert demnach die Orientierung an Erwartungen, Standards und Normierungen der Ärzte. Die Wahrscheinlichkeit des intersubjektiven Verstehens wird daher erheblich geringer.

Diesen Deszenz erkannten bereits die Hippokratiker. So war es selbstverständlich Krankheit und Kranke nicht voneinander zu trennen, da Krankheit eine Abweichung vom Natürlichen bedeutet und für den Kranken somit einen Bruch in dessen Leben darstellt. Kranke wurden daher lebensgeschichtlich behandelt. Die Konsultation des Arztes erfolgte innerhalb des biographischen Kontextes (Maier-Abich 2010, S. 117). Die Interpretation kausaler biologischer Abweichungen lässt letztendlich lediglich eine Interpretation des tatsächlichen Gesundheitszustandes eines Individuums zu. Davon absehend, dass auch ein Arzt Krankheiten durchlebt und damit eine vorübergehende Patientenrolle einnehmbar erscheint, kann die unmittelbar leibliche Wahrnehmung von Leid, Schmerz, Missempfindungen und Funktions- oder

Strukturverlust eines beliebigen Patienten nur begrenzt nachvollzogen werden (Maier-Abich 2010, S. 118).

2.2 Medizin als kognitives System

Innerhalb der Medizin kann eine faktenorientierte Wissensbasis von einer anwendungs-, bzw. handlungsorientierten Basis abgegrenzt werden. Neben fundierten nosologischen Kenntnissen, die in den letzten Jahrzehnten methodisch aufgearbeitet wurden und folglich eine evidente Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse zulassen sollen (evidenzbasierte Medizin), wird jeder Arzt immer auf ein mehr oder weniger reichhaltiges Erfahrungswissen zurückgreifen müssen. Andererseits nützt die ärztliche Wissensbasis nur dann, wenn eine medizinische Befunderhebung (Handlungssystem) und damit eine handwerkliche Leistung die ärztliche Diagnosestellung absichert. Zur Sicherung der zweifelsfreien Diagnose scheint es daher fast zwingend, auf Kriterien zugreifen zu können die der Dichotomie von Krankheit oder Gesundheit gerecht werden können, wobei die nosologische Wissensbasis die Beurteilbarkeit von Krankheit in den Vordergrund stellt. Es kann daher erwartet werden, dass es dem Arzt aufgrund seiner Verortung im medizinischen Professionsverständnis aus nachvollziehbaren Gründen nicht möglich sein kann, die komplexe Wirklichkeit einer Ätiopathogenese vollständig zu erfassen (Strauß et al 2004, S. 31).

Der Theorie von Uexküll folgend, führt Fischer (Fischer 2009, S. 9) dazu aus, dass Lebewesen im Allgemeinen, Menschen im Speziellen autopoietische Systeme sind, da sie grundsätzlich in der Lage sind, sich selbst aktiv zu reproduzieren. Aktiv reproduzierende Systeme sind dabei nicht auf den Körper zu begrenzen, sondern existieren durch Aktivität und Partizipation innerhalb einer Lebensumwelt.

Uexkülls Theorie, so Fischer, basiert auf der Annahme, dass sich das Subjekt interpretativ mit dieser Lebensumwelt auseinandersetzt, wobei Rezeption und Determination als Grundlagen der Erkennung von Bedeutungszusammenhängen gelten. Die Kombination interpretierter Bedeutungsmerkmale wird demnach als Problemerkennung begriffen, die Handlung oder Determination als Prozess der Problemlösung oder auch Bedeutungsverwertung (Fischer 2009, S. 9-10). Dieses

Modell ist insofern bedeutsam, da es die allein auf biologische Merkmale begrenzten Annahmen der Medizin um die Tatsache erweitert, dass ein Subjekt nicht auf Soll/Ist-Werte oder hierarchische Strukturen zu begrenzen ist. Umwelt wird demnach nicht nur assimiliert, sondern konstruiert. Subjekt und Umwelt befinden sich in einer komplementären Interaktion. Von Uexküll folgte daraus die unzertrennliche Einheit von Subjekt und dessen Umgebung. Die endogene Aktivität des Subjekts und die Aktivität der Umwelt beeinflussen sich in einem andauernden Regulationsprozess gegenseitig (Fischer 2009, S.9-11).

Dies impliziert einerseits für die Medizin, dass diese als Umweltdeterminante nur dann erfolgreich intervenieren kann, wenn sie das Subjekt in seiner Gesamtheit erfasst. Der klassisch biomedizinische Ansatz lässt dies jedoch nur für biologische Merkmale des Subjektes zu. Zweitens lässt sich implizieren, dass ein Subjekt ein krankhaftes Ereignis innerhalb seiner Biographie verorten kann.

Weiterhin lässt sich daraus folgern, dass der umfassende Zugang zum Subjekt nur dann möglich ist, wenn alle, insbesondere die biographischen Merkmale, medizinisch bewertet werden. Dies ist in der Konsequenz ärztlich nicht abschließend möglich, da die biographietheoretische Ätiopathogenese nicht Gegenstand des medizinischen Professionsverständnisses ist. Im Gegensatz zur Offensichtlichkeit von motorischen, sensiblen oder vegetativen Störungen, bleiben psycho-soziale Störungen vor allem in der Kürze der medizinischen Beobachtung und Konsultation im Bereich der Spekulation (Fischer 2009, S. 9-11).

Spekulativ ist auch die Annahme, Mediziner könnten das Verhalten eines kranken Subjektes neutral und unabhängig von der eigenen Perspektive analysieren. Dies ist ein grundsätzlicher Irrtum, da sich Rezeption und Determination der Umwelt subjektabhängig unterscheiden. Die komplementäre Interaktion von krankem Subjekt und Umwelt kann daher nicht von der Erkenntnis des Arztes isoliert werden. Der Mediziner wird Teil der Subjektinteraktion, die dann vom Subjekt Arzt rezipiert und determiniert wird. In der Folge werden die Interpretation einer Krankheit und die resultierende Intervention ebenfalls subjektiv gelenkt sein (Fischer 2009, S. 9-11).

Die Krankheit eines Subjektes ist von dessen Biographie wiederum nicht zu trennen. Fischer führt deshalb aus, dass es einem ärztlichen Beobachter nicht möglich sein kann, das Innenleben eines Individuums vollständig zu erkennen. Selbst die Frage nach dem Gegenstand der Untersuchung, so auch der medizinischen Untersuchung, kann hinsichtlich der Zeit nicht beantwortet werden. In der Konsequenz ist die

Erkenntnis in einer Situation von der Perspektive des Beobachters abhängig. Soweit das ein Arzt ist, wird sich dessen Perspektive dann im Rahmen der Sprechstunde, Konsiliartätigkeit oder Notfallversorgung, ergeben (Fischer 2009, S. 36).

Der Arzt ist daher im Normalfall auf biographische Daten des Subjektes angewiesen. Die Erkennung von Krankheiten kann somit in der Konsequenz nur dann vollständig sein, wenn neben der biomedizinischen auch die Biographie eines Erkrankten berücksichtigt und damit das Subjekt in seiner ganzen Wirklichkeit erkennbar wird.

Weiterhin spricht von Uexküll nach Beschreibung durch Fischer von einer zweiten „psychosozialen“ Haut, welche die Beziehung zwischen Subjekten oder Subjekt und Objekt hinsichtlich möglicher Einwirkungen schützt. (vgl. Fischer 2009, S. 49- 58). Diese „psychosoziale“ Haut ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Erhaltung und Entwicklung des Subjekts und für dessen Wohlbefinden. Diese „zweite Haut“ entzieht sich weitgehend der Beobachtung durch die Medizin. Wesentliche Gründe dafür sind in der Tatsache zu sehen, dass die Hauptbezugspersonen des Patienten in den Familien und den sozialen Netzen zu finden sind.

Sofern also dem erkrankten Subjekt kein geeignetes Programm zur Bewältigung einer Schädigung, Beeinträchtigung oder sonstigen Hinderung zur Verfügung steht, wird dessen „zweite Haut“ beschädigt, die Lebenswelt ändert sich.

2.3 Gesellschaftliche und kulturelle Determinanten der Medizin

Die dichotome Betrachtung von Gesundheit und Krankheit bedarf auch der gesellschaftlichen Verortung. Gesundheit und Krankheit sind in die institutionalisierte Rollenstruktur der Gesellschaft eingebaut. Demnach ist Krankheit die Beeinträchtigung des Individuums, soziale Rollen effektiv zu erfüllen und damit Rollenerwartungen nicht zu entsprechen. Dies führt zu Zuständen ungenügender Motivation und Leistungsbereitschaft, welche von anderen sozialen Problemen unterscheidbar sein müssen. Krankheit ist damit ein legitimer Zustand, in dem von anderen Personen und Organisationen Hilfe, Mitgefühl und Unterstützung erwartet werden kann (vgl. Parsons 1997, S. 140 ff). Dies geht konsequent mit Änderungen der Lebensbiographie des betroffenen Subjektes einher.

Aus der sozialepidemiologischen Forschung heraus sind die Wirkungen von Kofaktoren wie niedriger Bildungsgrad, geringe soziale Unterstützung, berufliche

Belastung auf das Risiko kardiovaskulären Erkrankungen seit langem bekannt (vgl. Strauß et al 2004, S. 72-73). Außergewöhnliche gesellschaftliche Ereignisse wie Katastrophen oder Krieg, das unmittelbare Erlebnis von Leid und Tod führen zu Brüchen in der menschlichen Lebensbiographie. In der Folge können posttraumatische Belastungsstörungen entstehen (ebd.), die de facto erst nach der Belastung medizinisch signifikant erkennbar werden.

Brüche innerhalb der Biographie haben demzufolge eine somatische und eine psychische Komponente, welche innerhalb der Lebenswelt unterschiedlich bewertet werden (Maier-Abich 2010, S. 147). Das Subjekt prüft also das „Warum“ einer Krankheit. Dies tut es sowohl emotional-deutend als auch kognitiv-handelnd. Möglicherweise wurde ja mit der Krankheit etwas verhindert, was für sich genommen gleiche oder noch gravierendere Auswirkungen gehabt hätte (Maier-Abich 2010, S. 147). Die Fähigkeit, die eigene Lebensbiographie dennoch positiv gestalten zu können ist unter anderem von der Verstärkung sozialen Verhaltens und der Erfüllbarkeit der sozialen Rolle abhängig. Der zentrale Bestandteil zur Erfüllung gesellschaftlicher Normen liegt in der Machbarkeit von Zielen, und damit der inneren Überzeugung diese erreichen zu können. Dieses Phänomen wird mit dem Begriff der Selbstwirksamkeit beschrieben.

Bandura geht davon aus, dass die Effektivität der (Krankheitsbewältigung) Problembewältigung dann besonders hoch ist, wenn Betroffene über die Fähigkeit verfügen, ein Handlungsergebnis einschätzen und das erforderliche Verhalten umsetzen zu können. Dabei ist es unerheblich, ob das Subjekt über das notwendige Wissen des Problems verfügt. Wichtig ist die Erfahrung der Wirksamkeit des eigenen Verhaltens. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist dabei nicht ausschließlich von eigenen Soll-Ist-Vergleichen abhängig. Es genügt durchaus, Überzeugungen anderer Personen anzunehmen (Vgl. Schnoor 2005, S. 10). Authentische Erfahrungen sind nach Bandura die am höchsten zu bewertenden Erfahrungen, da diese damit einhergehen, dass bestimmte Anforderungssituationen gemeistert werden können. Das Subjekt erhält nicht nur Informationen über die erforderliche Kompetenz sondern auch über die resultierende Konsequenz. Dies führt zur Abschätzung von eigenen Fähigkeiten und Nicht-Fähigkeiten. Bei der Beurteilung der eigenen Selbstwirksamkeit werden zusätzlich die Schwierigkeiten, das Ausmaß der Anstrengung, das Ausmaß der externen Hilfen sowie situative Umstände

berücksichtigt (Vgl. Schnoor 2005, S. 10). Indirekte Erfahrungen sind dagegen vom erfolgreichen Verhalten einer Modellperson abhängig. In Fokus steht die Authentizität, ein ähnliches Problem erfolgreich verarbeitet zu haben. Das erfolgreiche Verhalten von Modellpersonen dient somit dem sozialen Vergleich, die Schlussfolgerungen werden auf das betroffene Subjekt selbst bezogen (ebd.).

Dagegen resultieren symbolische Erfahrungen aus Überzeugungen. Wenn es einer anderen Person gelingt, das betroffene Subjekt zu beeinflussen, kann dies zum erfolgreichen Verhalten führen. Dabei ist der Grad der Beeinflussung wiederum von der Authentizität der überzeugenden Person abhängig (ebd.). Neben den Erfahrungen können auch Erregungen das Verhalten beeinflussen und in der Folge zur Erfahrung führen. Es ist anzunehmen, dass geringe Erregungen eher zu erfolgreichem Verhalten führen als ein ausgeprägter Erregungszustand. Die Erregung beeinflusst daher die Erfahrung, wie sich Erregtheit auf das Verhalten auswirkt. Insofern beeinflusst der Grad der Erregung die Selbstwirksamkeitserwartung (Vgl. Schnoor 2005, S. 10). Schnoor geht weiterhin davon aus, dass die Selbstwirksamkeitserwartung von der Schwierigkeit und Unvorhersehbarkeit eines Problems, der Stärke des Problems und der Generalisierung eines Problems abhängig ist (Vgl. Schnoor 2005, S. 10).

Das Problem determiniert somit das Verhalten in einer bestimmten Situation. Die erfolgreiche Bewältigung einer Situation führt demnach auch zur Änderung der Biographie. Es lässt sich damit jedoch nicht vorhersehen, dass andere, auch ähnliche Situationen erfolgreich bewältigt werden können. Selbstwirksamkeitserwartungen können somit nicht nur verstärkt, sondern auch gelöscht werden, Resistenzen bilden sich aus. Hinzu kommen motivationale Aspekte. Bedrohliche Situationen werden eher zu Fluchtgedanken führen, im Vordergrund steht die Passivität. Hohe Selbstwirksamkeit wird dagegen mit Angriff und Aktivität assoziiert sein (Röder 2009, S. 13 ff). Folglich ist die Biographie von der Stärke der Selbstwirksamkeit abhängig.

2.4 Patientencompliance

Der medizinische Begriff Compliance bezeichnet das Ausmaß an Bereitschaft von Patienten zur Mit- und Zusammenarbeit in der Medizin. Verhalten sich Subjekte

entgegen den ärztlichen Weisungen und Empfehlungen, wird dies folglich als Non-Compliance bezeichnet. Die Verwendung des Begriffs Compliance, der als Therapietreue oder -folgsamkeit übersetzt werden kann, wird seit einigen Jahren jedoch zunehmend kritisch betrachtet. Der Begriff impliziert eine passive und unterwürfige Stellung der Subjekte gegenüber den Ärzten, was letztendlich als Widerspruch zur aktiven Einbeziehung des Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess zu werten ist.

In der medizinischen Forschung sind die Effekte und Wirkungsweisen von Therapieverfahren, zur Behandlung des Menschen, vielfach untersucht und belegt. Daher besteht für Ärzte und andere Berufsgruppen heutzutage die Möglichkeit, anhand dieses, in entsprechenden Datenbanken zugänglichen Wissens, eine für die Patienten jeweils bestgeeignete, evidenzbasierte und wirksame Behandlungsweise auszuwählen. Dieser umfassende und weiter wachsende Wissensbestand steht jedoch in Kontrast zu einem Mangel an Erkenntnissen hinsichtlich weiterer Faktoren, die auf das Behandlungsergebnis vermuteter Maßen Einfluss nehmen müssten. Dem bisherigen Kenntnisstand nach, wird unter diesen Faktoren der Patientencompliance hinsichtlich der Umsetzung und Anwendung von therapeutischen Empfehlungen, die größte Bedeutung beigemessen (Vermeire, Treatment, 2001, S. 331). Auch Mazières kommt zu dem Schluss, dass trotz der Anwendung von nachweislich effektiven Therapieverfahren der nachhaltige Erfolg der Behandlung von einer anhaltenden Patientencompliance abhängt (Mazières, Results, 2008, S. 598). In der medizinischen Forschung ist eine geringe Patientencompliance im Therapieverlauf vieler chronischer Erkrankungen vielfach und übereinstimmend belegt (WHO, Evidence, 2003, S. 13). Die vorliegenden Problembeschreibungen macht deutlich, dass Patienten nicht einfach nur folgsam sein müssen, sondern eine, zumeist krisenhafte Umorientierungen ihrer Lebenswelt vornehmen. Die Krise selbst kann als erfahrungsbezogener Prozess der Subjektänderung verstanden werden, welcher zu Änderungen von Selbst- und Weltsicht führt. Die Krise ist somit Ursache jeglicher Compliance. Die Forderung nach einer Patientencompliance ist folglich an eine Bewältigungsstrategie gebunden, die dazu angetan ist, bestehende Lebensschemata zu erweitern oder zu transformieren (vgl. Kokemohr 2007, in Koller 2012, S. 16). Compliance ist daher ein Bildungsprozess.

Das derzeitige, überwiegend nomothetisch orientierte Medizinsystem lässt Fragen der Sinngebung menschlichen Handelns bzw. die Hinwendung zu weltanschaulichen Fragen jedoch nur ansatzweise, so in der Psychosomatik, zu. Dagegen ist Compliance derzeit eine Domäne der Psychotherapie, die, durchaus ärztlich toleriert und gewollt, transformatorische Bildungsprozesse(vgl. von Rosenberg 2011) nutzt um das Leiden der Patienten bewältigbar zu machen. Zusammenfassend bleibt festzustellen, das Medizinsystem bedarf der systematischen Kooperation mit der Bildungswissenschaft und der damit verbundenen Kompetenz in der Begleitung transformatorischer Bildungsprozesse, da die Heilerfolge ja offensichtlich wesentlich von der Compliance abhängen. Die Compliance wiederum ist ein wesentliches und vermutlich stabiles Element des jeweiligen Habitus. Es muss deshalb vermutet werden, dass die Biographie innerhalb eines kulturellen Umfeldes existiert und die dort wirkenden sozialisatorischen und bildenden Elemente den Habitus areflexiv-körperlich prägen. Weiterhin ist anzunehmen, dass der Habitus in jedem anderen Umfeld als anders oder fremd erkennbar wird (vgl. Waldenfels), dem betroffenen Subjekt diese Andersartigkeit jedoch nicht erkennbar wird, solange es seine Lebenswelt, bzw. sein Milieu (vgl. Bourdieu) nicht verlässt. Der Effekt umweltlicher Einflussnahme lässt wiederum die Implikation zu, dass die Änderung der handlungsgenerierenden und sinngebenden Strukturen kommunikativ konstruiert werden muss. Die Patientencompliance ist dementsprechend von einer intentionalen Kommunikation zwischen Arzt und Patient abhängig. Das bisherige medizinische als auch psychologische Kommunikationsverständnis lässt diese Möglichkeit nur begrenzt zu. Es ist somit explizit möglich und notwendig, die kommunikative Beziehung zwischen Arzt/medizinischem System und Patient erziehungswissenschaftlich-biographietheoretisch zu bearbeiten.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass complianten Patientenverhalten aus Vorerfahrungen, Sozialisationsgrad, Bildungsstand und Lerneffekten resultiert. Folglich ist davon auszugehen, dass sich die Patientencompliance bzw. Non-Compliance auch innerhalb der Lebensbiographie verorten lässt. Wenn also von einem Patienten complianten Verhalten erwartet wird, kann dies nur dann erfolgreich sein, wenn dies mit einer für den Patienten nachvollziehbaren Lernerfahrung einhergeht, welche internale Handlungskonstrukte generiert. Diese Handlungskonstrukte führen sodann zu einer Abfolge selektiver Entscheidungsmöglichkeiten, wobei diesen Entscheidungen eine bestimmte Logik

oder Strukturgesetzlichkeit immanent ist. Für den Erkenntnisgewinn des Patienten ist es jedoch essenziell, dass die Strukturgesetzlichkeit des konkreten (medizinischen) Falls reproduzierbar ist. Damit wird es dem Patienten möglich, sich rekonstruktiv mit der Anforderung des Arztes auseinanderzusetzen und einen Beitrag zur Compliance zu leisten (vgl. Koller 2012). Bildungsprozesse können den bestehenden Habitus wandeln oder transformieren (von Rosenberg 2011, S. 306). Es bedarf jedoch der existenziellen Bedeutsamkeit, wie der Krise aufgrund einer medizinischen Problematik, den bestehenden Habitus zu transformieren.

3 Patientencompliance als Bildungsprozesse

Bildungsprozesse sind phasisch und prozesshaft. Von Rosenberg unterscheidet dazu Wandlungsprozesse und Transformationsprozesse des Habitus. Weiterhin geht von Rosenberg davon aus, dass Wandlungsprozesse nicht zwingend zu Transformationsprozessen führen, es somit der existenziellen Bedeutsamkeit, der Lebenskrise bedarf, den bestehenden Habitus zu transformieren (von Rosenberg 2011, S. 306). Wandlungsprozesse haben ihren Ursprung zunächst 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. Dies kann von der formalen Beziehung zwischen Patient und Medizin bzw. Patient und Arzt angenommen werden. Von Rosenberg beschreibt dies als Passungsschwierigkeit zwischen Habitus und Raum und somit als Änderung der Sinn und Bedeutungszusammenhänge (von Rosenberg 2011, S. 307). Frege beschreibt diese Passungsschwierigkeit als Biographiebruch, als Krisis der Routine und Eröffnung der Zukunft (Frege in: Combe et al 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 (1999, S. 267 in: Rosenberg 2011, S. 307) sieht hier Konflikte zwischen zwei Welten. Desintegrationserfahrung, Weltenkonflikte und Passungsschwierigkeiten können daher als Wirklichkeitsdimensionen begriffen werden. Die damit einhergehenden historischen Wandlungen als auch Einbrüche determinieren den habituellen Erfahrungsraum durch Änderung des Lebenslaufes, Lebenszyklus und der Lebensgeschichte

(Schulze in: Krüger, Marotzki 2006, S. 37-39). Der resultierende Lernanlass führt in der Folge zur Konstruktion neuer Sinn und Bedeutungszusammenhänge und somit zu sinnlich-abstraktem Handeln (Schulze in: Krüger, Marotzki 2006, S. 73-74).

Von Rosenberg charakterisiert den Wandlungsprozess von Bildung in vier Phasen.

In der ersten Phase erfolgt zunächst:

- Spontanität des Erkundens und Lernens
- Suche nach anschlussfähigen Sozialräumen
- Wandlungsprozesse zwischen Selbst und Weltverhältnis

(von Rosenberg 2011, S. 308).

Für das Verhältnis eines Patienten zum Arzt bedeutet dies, Wissen so aufzubereiten, dass es dem Patienten gelingt, daraus Lerneffekte zu generieren. Anschlussfähige Sozialräume finden sich, wenn Angehörige, Freunde, Bekannte patientenseitig eingebunden sind, oder aber der Arzt innerhalb der Familie behandelt.

In der zweiten, experimentellen Phase werden neue Raumbezüge gesucht und die Verortung innerhalb der neuen Räume erprobt. Die biografische Krise innerhalb der bestehenden Sozialräume erfordert dabei den Einsatz der neu erlernten Fähigkeiten. Von Rosenberg spricht in diesem Zusammenhang auch von Experimenten mit neu ausgebildeten Praktiken (von Rosenberg 2011, S. 308).

Auch die zweite Phase ist durch ihre negierende, ungezielte, spontane Handlung charakterisiert. Im Mittelpunkt stehen dabei (von Rosenberg 2011, S. 308):

- Spontane Orientierung in neuen Sozialräumen
- Experimente mit neuen Praxisbezügen
- Erprobung tentativer Wirklichkeitsauslegungen (Marotzki 1990, S. 198 in: Rosenberg, S. 309).

Für den Patienten könnte dies bedeuten, sich innerhalb des medizinischen Kontinuums zu bewegen und alle Facetten des medizinisch Erforderlichen zu erproben. Im Mittelpunkt des Bildungsprozesses stehen „Versuch und Irrtum“.

Die dritte Phase dient der biografischen Selbstreflexion. Konstitutives Element dieser Phase ist die kritisch-reflexive Hinterfragung der ersten und zweiten Phase, und der mit der Neuausrichtung einhergehenden Praxiszusammenhänge. Von Rosenberg spricht hier von einer generellen biografischen Haltung (von Rosenberg 2011, S. 309). Oevermann führt dazu aus, dass die Krise als zu bewältigender Normalfall zur

Routine wird und somit ein normales typisiertes Leben möglich, die Krise damit geschlossen wird (Oevermann in: Combe, Helsper 1996, S. 75 f).

Typische Muster der dritten Phase sind:

- Beginnender Wandel in der Lebensorientierung
- Beginnende Konsolidierung
- Kritik der alten Lebensorientierung
- Suche nach neuen Anschlüssen (von Rosenberg 2011, S. 309).

Sicherlich bedarf es erheblicher ätiopathogenetischer Relevanz von Krankheit, so möglicherweise eines Herzinfarktes, damit der Patient beginnt seine bisherige Selbst- und Weltorientierung zu reflektieren, vielleicht das Rauchen aufzugeben und sich einer Herzsportgruppe anzuschließen. Was dann wiederum zu neuen sozialen Anschlussmöglichkeiten führen kann.

Die vierte, abschließende Phase dient der Suche nach und Etablierung innerhalb neuer Sozialräume. Dazu werden neu ausgebildete Selbst- und Weltverhältnisse an neue Praktiken und Raumanschlüsse herangeführt. Gleichzeitig entstehen neue biografische Differenzen die der Etablierung innerhalb praxeologischer Zusammenhänge dienen. Parallel zu den Wandlungsprozessen vollziehen sich nunmehr Transformationsprozesse, die sich in fünf Phasen gliedern lassen (von Rosenberg 2011, S. 311).

In einer ersten Differenzierungsphase werden Handlungskonzepte entwickelt (Praxiskonzepte im Original, A. d. V.). Dabei muss zunächst davon ausgegangen werden, dass tradierte Gewohnheiten zur Disposition gestellt werden. Parallel entwickeln sich vermutlich Affekte und Gefühlslagen (vgl. Krohn 2009, S. 52). Auf der Basis dieser Handlungskonzepte erfolgt die Orientierung innerhalb des Sozialraumes (von Rosenberg 2011, S. 311-312).

Im Falle des möglichen Herzinfarktpatienten könnte das bedeuten, die bisherigen Lebensgewohnheiten kritisch zu überdenken und eine deutlich gesündere oder auch gemäßigte Lebensführung zu praktizieren.

Die zweite Phase der Transformation ist durch den Bruch zwischen Habitus und Raum gekennzeichnet. Der Bruch bezieht sich auf alte und neu entwickelte Handlungskonzepte, stellt diese in Frage. Folglich kommt es zur destabilisierenden Prozessen, die zu biografischen Krisen führen (von Rosenberg 2011, S. 312). Gerade in der Anfangsphase der Umsetzung neuer Handlungskonzepte muss das Subjekt mit Antizipationsproblemen, Modifikationen sowie Fehlern und sozialen Unwägbarkeiten umgehen, was zu Iterationen führt, in deren Folge Entwicklungen nicht mehr reproduktiv sondern transformativ anzunehmen sind. Die Transformation von Selbst- und Weltverhältnissen und damit das Entstehen des Neuen gehen mit den Phänomenen des Fremden oder Anderen einher. Das Andere, Fremde wird zum Gegenstand der Reflexion (von Rosenberg 2011, S. 313).

In der dritten Phase, der Selbstinterpretationsphase, werden Handlungskonzepte erprobt, angewendet und verfestigt (von Rosenberg 2011, S. 313). Die Reflexivität des Prozesses führt zu Transformationen der emotionalen und traditionell begründeten Handlungskonzepte und fokussiert diese auf den aktuellen Handlungszweck bzw. das damit einhergehende Handlungsziel (Kron 2009, S. 52). Für den Herzinfarktpatienten bedeutet dies möglicherweise, die ehemalige Lebensweise vollständig in Frage zu stellen, ggf. damit zu brechen und sich einem neuen, gesunden Lebensstil zu widmen.

Die vierte Phase leitet den entscheidenden Schritt der Habitustransformation ein. Durch die Reflexion des alten Selbst- und Weltverhältnisses werden sukzessive Suchprozess initiiert und neue biografische Verhältnisse begründet (von Rosenberg 2011, S. 53). Gleichzeitig formieren sich aus den Handlungskonzepten neue graduelle oder auch evolutionäre Handlungsstrategien, wobei neue Handlungskompetenz entsteht.

Die fünfte und abschließende Phase ist durch die plurale Ausbildung neuer Selbst- und Weltverhältnisse geprägt. Das bisher zweckrationale Handlungskonzept wird verinnerlicht, verfestigt und in ein werterationales Handlungskonzept transformiert. (Kron 2009, S. 52). Aufgrund erweiterter Handlungskonzeptkompetenz wird die Biografie routiniert

4 Schlussbetrachtung

Das Verhältnis zwischen Arzt, als wesentlichem Vertreter der Medizin und dem Patienten wird maßgeblich vom gesellschaftlichen Mandat des Arztes und der damit zugebilligten Machtausübung geprägt. Die Pluralität der jeweiligen Selbst- und Weltsicht führt zwangsläufig auf beiden Seiten zu Erkenntnisproblemen. Die sinnhafte Konstruktion der jeweiligen Wirklichkeit ist demnach nicht mehr vollständig möglich. Die sich ergebenden Folgen führen zu Einschränkungen des impliziten Bildungsprozesses, verbunden mit einer teilweise beeinträchtigten Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Anordnung und damit zum Complianceverlust auf Seiten des Patienten.

Um dieses Dilemma zu durchbrechen wäre es zunächst sinnvoll, den Patienten als Menschen mit einer höchst individuellen Biographie zu betrachten. Zweitens sollten ärztlich-medizinische Informationen und Interventionen so aufbereitet werden, dass diese dem Patienten transformatorische Bildung und damit Aufbau von Handlungskompetenz ermöglichen. In der Konsequenz sind Compliance und Therapieerfolg maßgeblich von den Faktoren Bildung und Biographie des jeweiligen Patienten abhängig. Gute Medizin bedarf also der Berücksichtigung des personalen Faktors innerhalb seiner sozialen und natürlichen Umwelt. Die damit einhergehenden Korrelierbarkeit des Menschen zur Partizipation innerhalb eines Lebenszusammenhangs, der damit einhergehenden Chance auf uneingeschränkte Aktivität und die ätiopathogenetische Verortung innerhalb struktureller und oder funktioneller biologischer Normabweichungen werden dann nicht mehr defizitorientiert sondern personenzentriert betrachtet.

Literaturverzeichnis

O. A. Biographieforschung: Download am 11.12.2012 unter: <http://m.uni-koblenz-landau.de/landau/fb5/bildung-kind-jugend/grupaed/studium/downloads/laux/Projektskizze-Zukunftsorientierung.pdf>

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

Fegg, M.; Frick, E.(2002): MANUAL Psychoonkologie 2002 by Tumorzentrum und W. Zuckschwerdt Verlag München.

Download am: 12.05.2013, unter: <http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/docs/feggkrebspersonlichkeit.pdf>

Fischer, K. (2009): Die evolutionäre Entwicklung der Psyche in Thure von Uexkülls „Theorie der Humanmedizin-Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns“. Dissertation. Verfügbar unter URL: http://www.edoc.ub.uni-muenchen.de/10695/1/Fischer_katrin.pdf. Download am 27.10.2010.

Grundmann, E., Hrsg. (1994): Einführung in die Allgemeine Pathologie. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, Jena, Lüneck, Ulm 1996.

O. A. ICF (2005): ICF Endfassung.

Download am 09.03.2014, unter:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

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

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

Krüger, Heinz-Hermann; Marotzki, Winfried, Hrsg. (2006): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage.

Max, Charles (1999): Entwicklung von Kompetenz – ein neues Paradigma für das Lernen in Schule und Arbeitswelt.

Peter Lang, Frankfurt am Main, Berlin, München.

Mazières, Bernard (2008): Results

Adherence to, and results of, physical therapy programs in patients with hip or knee osteoarthritis. Development of French clinical practice guidelines. In: Joint Bone Spine, 75. Jg., Nr. 5, Amsterdam 2008, S. 589 - 596.

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

Philosophie der Medizin. Hanser.

KIGGS, Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (2007):

Zugänglich unter: <http://www.kiggs.de>.

Verfügbar am: 18.12.2007.

Parsons (1997): Sozialstruktur und Persönlichkeit.

Verlag Dietmar Klotz GmbH, 5. Auflage.

Röder, B. (2009): Selbstwirksamkeitsförderung durch Motivierung von Schülern.

Dissertation. Verfügbar unter URL: http://01_Selbstwirksamkeitsfoerderung_durch_Motivierung_von_Schuelern.pdf.

Download am: 12.11.2010.

Schnoor, M. (2005): Der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Trainingsverhalten von Frauen und Männern beim Gesundheitssport am Beispiel des Nordic Walking.

Diplomarbeit. Verfügbar unter URL:

http://edoc.sub.uni-hamburg.de/haw/volltexte/2007/150/pdf/ges_y_72.pdf.

Download am 17.08.2015.

Seifert-Schöne, Bettina (2013): Einführung in die Medizinethik.

<http://campus.uni->

[muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/SS_2013/BSS/GTE-Ethik-Skript_Stand_SoSe_2013.pdf](http://campus.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/SS_2013/BSS/GTE-Ethik-Skript_Stand_SoSe_2013.pdf). Download am 26.11.2015

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, Alfred (1932): Der sinnhafte Aufbau der Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie.

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

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

Vermeire, Etienne (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. In: Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 26. Jg., Nr. 5, Oxford 2001, S. 331 – 342.

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

WHO (2003): Adherence to long-term therapies - Evidence for action, 1.Aufl., http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/, Download am 02.11.2015.