

Hessische Blätter für Volksbildung

Gesundheit

Gesundheit
und Bildung

1 | 2012

Bildung

Hessische Blätter für Volksbildung 1/2012

Thema I Gesundheit und Bildung

	Editorial	
<i>Günter Böhme, Dieter Nittel</i>	Gesundheit und Erwachsenenbildung	3
	Erziehungswissenschaftliche und medizinische Grundlagen	
<i>Günther Böhme</i>	Mens sana in corpore sano sit – Bildungsphilosophische Reflexionen	6
<i>Klaus Jork</i>	Pädagogische Dimensionen der Salutogenese	15
	Empirische Vertiefungen	
<i>Astrid Seltrecht</i>	Lehrmeister Krankheit: Was lehrt uns der Ausnahmefall für den Normalfall des Lernens?	25
<i>Dieter Nittel</i>	Die Konstruktion des Patienten als Lernprozess Erziehungswissenschaftliche Notizen zu einem medizinischen Begriff	38
	Gesundheitspädagogische Handlungsfelder	
<i>Sylvana Dietel</i>	Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter wirkungsanalytischen Gesichtspunkten	53
<i>Bernd Käpplinger</i>	Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter statistischen Gesichtspunkten	58
<i>Falk Arians</i>	Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege – Bestandsaufnahme der aktuell wesentlichen Rahmenbedingungen und Perspektiven	64
<i>Christian Hoppe</i>	Zwischen Routine und Todesangst – Pädagogikstudierende entwickeln ein E-Learningangebot für Medizinstudierende	73
	Service	
	Berichte	80
	Nachrichten	89
	Personalia	94
	Rezensionen	96
	Mitarbeiter/innen dieser Ausgabe	100

Hessische Blätter für Volksbildung – 62. Jg. 2012 – Nr. 1

Zeitschrift für Erwachsenenbildung in Deutschland

(Die Jahrgänge 1–7 erschienen unter dem Titel „Volksbildung in Hessen“)

Herausgeber: Hessischer Volkshochschulverband hvv Institut gGmbH, Winterbachstraße 38, 60320 Frankfurt am Main (Verbandsvorsitzender: Baldur Schmitt, Mörfelden Walldorf; Verbandsdirektor/Geschäftsführer: Bernhard S. T. Wolf, Frankfurt am Main)

Geschäftsführender Redakteur und Vorsitzender der Redaktionskonferenz:

Prof. Dr. Peter Faulstich, Hann. Münden

Mitglieder der Redaktionskonferenz: Prof. Dr. Dr. h. c. Günther Böhme, Wiesbaden; Dr. Birte Egloff, Frankfurt a. M.; Dr. Christoph Köck, Frankfurt a. M.; Dr. Susanne May, München; Edeltraud Moos Czech, Hofheim; Prof. Dr. Dieter Nittel, Frankfurt a. M.; Prof. Dr. Steffi Robak, Berlin; Dr. Ingrid Schöll, Bonn; Prof. Dr. Wolfgang Seitter, Marburg.

Redaktion des Schwerpunktthemas: Prof. Dr. Dr. h. c. Günther Böhme, Prof. Dr. Dieter Nittel

Redaktion des Serviceteils: Prof. Dr. Peter Faulstich

Anschrift: Hessischer Volkshochschulverband hvv Institut gGmbH, Redaktion HBV, Winterbachstr. 38, 60320 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 56 00 08 27

Die mit Namen oder Signum gezeichneten Beiträge geben die Meinung der Verfasser/innen und nicht unbedingt die der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Keine Gewähr für unverlangt eingesandte Manuskripte.

Satz und Layout: Andrea Vath

Erscheinungsweise: jährlich vier Hefte (März, Juni, September, Dezember)

Herstellung, Verlag, Vertrieb und Anzeigen: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG, Postfach 10 06 33, 33506 Bielefeld, Telefon: (05 21) 9 11 01 0, Telefax: (05 21) 9 11 01 79
E Mail: service@wbv.de, Internet: www.wbv.de

Anzeigen: sales friendly, Bettina Roos, Siegburger Str. 123, 53229 Bonn, Tel. (02 28) 9 78 98 10, Fax (02 28) 9 78 98 20, E Mail: roos@sales friendly.de

Aboservice, Bestellungen: Telefon: (05 21) 9 11 01 12, Telefax: (05 21) 9 11 01 19
E Mail: service@wbv.de, Internet: www.wbv.de

Bezugsbedingungen: Jahresabonnement „Hessische Blätter für Volksbildung“: 42, €; ermäßigtes Abonnement für Studierende mit Nachweis 36, € (jeweils zzgl. Versandkosten), *Best.-Nr. hbv*. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis sechs Wochen zum Jahresende gekündigt wird.

Themenhefte im Einzelbezug: Einzelheftpreis: 15,90 € zzgl. Versandkosten)

hbv 1/2012 Gesundheit und Bildung
hbv 2/2012 Wissenschaftliche Weiterbildung
hbv 3/2012 Kooperation mit Unternehmen
hbv 4/2012 Medien

Information über die Themen, Bezugsmöglichkeiten und Preise von Einzelheften der Jahrgänge 1958 bis 2001: Hessischer Volkshochschulverband, hvv Institut gGmbH, Winterbachstraße 38, 60320 Frankfurt am Main, Tel.: (0 69) 56 00 08 27

Printed in Germany

© 2012 Hessischer Volkshochschulverband, hvv Institut gGmbH (Anschrift s. o.)

International Standard Serial Numbers: GW ISSN 0018 103 X

Best.-Nr. dieser Ausgabe: hbv 1/2012

Editorial

Gesundheit und Erwachsenenbildung

Günther Böhme, Dieter Nittel

Die Frage nach Rolle und Funktion der Gesundheitsthematik im Erziehungs- und Bildungswesen (und der damit unweigerlich verbundenen „*Krankheitsproblematik*“) wird kontrovers diskutiert und, wie sollte es auch anders sein, unterschiedlich beantwortet. Oft ist von „Gesundheitspädagogik“, einmal von „Gesundheitsbildung“ und manchmal von „Gesundheitserziehung“ die Rede. Da die Redaktion der HBV die Auflösung des hier nur angedeuteten Diskurses über die angemessene Etikettierung offen halten will, hat sie sich für den eher neutralen Titel „Gesundheit und Erwachsenenbildung“ entschieden, wohl wissend, dass das Aufgreifen der Thematik der Gesundheit durchaus ebenso im Modus der Erziehung wie etwa im Kontext von Rehabilitationsmaßnahmen oder im Modus der Bildung (VHS Kurse) geschehen kann.

Die HBV haben das stark expandierende Feld der Gesundheitspädagogik in der Erwachsenenbildung in der Vergangenheit eher stiefmütterlich behandelt, und das dürfte eine überzeugende Legitimation dafür liefern, den diesbezüglichen Fragen und Phänomenen im vorliegenden Heft mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Nach wie vor profitiert die Erwachsenenbildung von der so genannten Gesundheitswelle. Dahinter verbirgt sich eine soziale Bewegung, die wesentlich weniger öffentliches Interesse absorbiert hat als die Friedens-, Frauen- und Studentenbewegung. Immerhin haben wir dem damit einhergehenden kollektiven Sensibilisierungsprozess die Abschaffung des Rauchens im öffentlichen Raum zu verdanken. Die Kurse der Volkshochschulen zu Gesundheitsfragen stoßen nun schon seit Jahrzehnten auf ein ungebreitetes und vitales Interesse; auch die Krankenkassen haben ihre diesbezüglichen Angebote zur Gesundheitsberatung und -bildung ausgebaut. Längst hat die Gesundheitspädagogik die Grenzen der organisierten Erwachsenenbildung im klassischen Sinne überschritten. So garniert die Wellness Branche ihre kommerziellen Angebote zunehmend mit Bildungsveranstaltungen. Krankenhäuser offerieren öffentlich zugängliche Vortragsreihen; auch der Arzt präsentiert sich zunehmend als Vermittler von medizinischem Fachwissen in extra dafür geschaffenen sozialen Settings; die Ratgeberliteratur als Sparte des informellen Lernens boomt. Die Fernsehsender bieten mehr oder weniger hilfreiche und ambitionierte Sendungen zur Gesundheitsprävention und zu akuten

Erkrankungen an, und auch das Internet bildet eine schier unerschöpfliche Quelle, um gesundheitsbezogenes Wissen zu recherchieren. Gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Rolle des informellen und nonformalen Lernens im Kontext der Gesundheitspädagogik sind organisierte Angebote, die unter Beteiligung von Experten bestimmten didaktischen Standards gerecht werden, umso dringlicher und unterstützungsbedürftiger.

Pädagogik hat mit der Medizin nicht nur auf der normativen und der moralischen Ebene viel gemein. So waren 1970 die staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen und die für das Bildungswesen ungefähr gleich hoch. Das hat sich radikal geändert; in wenigen Jahren haben sich die Ausgaben für die Gesundheit verdoppelt. In diesem Zusammenhang hat einer der bekanntesten Medizinphilosophen, Klaus Meyer Abich, eine bemerkenswerte Aussage gemacht: „Insbesondere ist die gesundheitliche Bedeutung des Bildungswesens gegenüber der medizinischen Versorgung bisher grob unterschätzt worden. Die staatlichen Ausgaben für das sogenannte Gesundheitswesen sind sogar noch zu Lasten der Bildung bzw. des ‚Unterrichtswesens‘ gestiegen, denn beide Posten waren 1970 hierzulande etwa gleich groß, aber der Anteil der Medizin ist in den folgenden Jahrzehnten tendenziell auf das Doppelte gestiegen. Dabei sind sich die Verantwortlichen schwerlich darüber klar gewesen, dass auch Bildung in weitem Umfang zur Gesundheit, nämlich zum Gesundbleiben beiträgt, dass sie also de facto dem medizinischen Krankheitswesen eine Priorität vor dem nicht medizinischen Gesundheitswesen durch Bildung gegeben haben“ (Meyer Abich 2010: S. 272 f).

Natürlich haben wir mit dem Heft keine pekuniären Vergleiche im Sinne. Jedoch möchten wir unter dem Topos der Gesundheitspädagogik sehr wohl möglichst viele Bezüge zwischen Medizin und Pädagogik herstellen und diese erörtern, wobei wir die Beziehungen eben nicht nur auf berufspolitische und institutionelle reduzieren wollen. Einerseits ist der möglichst intakte Körper die Bedingung für die Möglichkeit von anspruchsvollen pädagogischen Angeboten – andererseits ist der nicht mehr intakte Körper auch Anlass für spezielle pädagogische Interventionen. „Gesundheit ist nicht alles – aber ohne Gesundheit ist eben alles nichts“, so heißt es in einer oft zitierten Volksweisheit.

Das vorliegende Heft spannt einen weiten Bogen: Es beginnt mit einer allgemeinen bildungstheoretischen Reflexion (*Günther Böhme*), die zeigt, dass seit alters her die Philosophie als Inbegriff klassischer Bildungsarbeit verstanden worden und damit der Vorrang eines „gesunden Geistes“ vor der körperlichen Gesundheit betont worden ist. Allerdings ergibt sich daraus nur dann die Forderung nach höheren Bildungsinvestitionen, wie sie neuerdings immer wieder erhoben wird, wenn man zu einem umfassenden Bildungsbegriff zurückfindet und nicht, wie allgemein geschieht, Bildung unzulässig auf Ausbildung beschränkt. Nur dann wird Bildung den präventiven Charakter annehmen, der ihr von medizinischer Seite aus zugeschrieben werden soll. Das bedeutet, dass Gesundheitsbildung nicht nur als wie immer geartete therapeutische Praxis verstanden werden sollte, sondern auch als integraler Bestandteil allgemeiner Bildung, in welcher der Umgang des Individuums mit sich selbst betont ist.

Ein Allgemeinmediziner (*Klaus Jork*) widmet sich auf diesem Hintergrund der Salutogenese. Zwei Beiträge (*Astrid Seltrecht* und *Dieter Nittel*) beziehen sich sodann auf ein empirisches Forschungsprojekt, in dem die Bildungsfunktion lebensbedrohlicher Erkrankungen untersucht wird. Nittel bringt zudem eine klare Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Beziehungen zwischen der Erziehungswissenschaft bzw. der Erwachsenenbildung und der Frage nach der Bedeutung der Gesundheit für das individuelle Leben. Er verweist auf das gegenwärtige Verständnis von Gesundheitsbildung.

Bernd Käßlinger liefert präzise Daten über die Angebotsentwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen und Dietel erörtert die Wirkungen von entsprechenden Kursen und Seminaren. *Falk Arians* fokussiert die Fort- und Weiterbildung von in der Altenpflege tätigen Fachkräften. Beendet wird das Heft mit einem Beitrag von *Christian Hoppe* über ein von Pädagogikstudenten durchgeführtes Projekt, in dem ein Modul im Bereich des E Learnings für Medizinstudierende entwickelt worden ist.

Mens sana in corpore sano sit

Bildungsphilosophische Reflexionen

Günther Böhme

Zusammenfassung

Der Aufsatz reflektiert das Verhältnis von Körper und Geist und gibt Antworten auf die Frage nach der Bedeutung eines gesunden Geistes für eine beständige selbständige Mitwirkung an gesellschaftlichen Prozessen. Ausgangspunkt ist der klassisch gewordene, aber immer noch gültige Spruch des Juvenal, der wie vor ihm schon Cicero und nach ihm Boethius, ohne über die Mittel einer anspruchsvollen Wissenschaft verfügen zu können, Resultate der Forschung in Erwachsenenbildung und Gerontologie von heute vorweg nimmt. In einer Analyse der Konstituenten des Geistes zeigen sich die Mittel, der Gesundheit des Geistes aufzuhelfen. Dank dieser noch nicht erloschenen Tradition erscheint das Problem der individuellen Gesundheitsvorsorge in hellerem Licht, wird das Denken auf die vielfältige Bedeutung einer gesunden Geistesverfassung hingewiesen und damit einer modernen Gesundheitserziehung eindrucksvoll vorgearbeitet.

1. Der Rat der Antike

Der Titel dieses sehr komprimierten Beitrags mag in einer Zeit, die sich der klassischen Bildung immer mehr entwöhnt und abendländischen Traditionen nicht mehr viel abgewinnen kann, etwas befremdlich anmuten. Er kann jedoch als eines der bekannten lateinischen Sprichwörter, die noch in unseren Kultursprachen lebendig sind einerseits auf die ungebrochene Aktualität des antiken Denkens hinweisen und andererseits wie kaum ein anderes Wort jener frühen Tage die bleibende Aktualität des Themas „Gesundheit“ für uns unterstreichen. Das Wort des römischen Satirikers Juvenal¹ (ca. 60–140) vom „gesunden Geist, der in einem gesunden Körper sei“, hat, wie man leicht sehen kann, noch immer Gültigkeit, und das zumal in einer Zeit, die immer wieder aus Anlass irgendwelcher Jubiläen erklärt, „Gesundheit sei das Wichtigste“, ohne die Differenzen zwischen körperlicher und geistiger Gesundheit zu bedenken. Das stimmt ohnehin in dieser lapidaren Kürze nicht; wenn auch zweifellos Gesundheit von eminenter individueller Bedeutung und ein wesentlicher Faktor für

ein gutes Leben ist. Vor allem die Gesundheit des Geistes, auf die man hierzulande immer noch ausdrücklich aufmerksam machen muss, ist für eine autonome sinnvolle Lebensführung unentbehrlich. Nicht zuletzt deshalb beginnen diese Betrachtungen mit Juvenals Wunsch, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper sei, da offenbar Gesundheit des Geistes nicht vorausgesetzt werden kann.

Juvenal sagt zwar ausdrücklich, dass man die Götter eben darum bitten solle, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper wohne, während der Mensch von heute sich dafür doch lieber der Medizin anvertrauen wird – wobei denn freilich immer noch die Frage der Gläubigen bliebe, ob man wirklich ein Göttliches dabei ganz aus dem Spiel lassen könne. Die Frage nach der Gesundheit des menschlichen Geistes wird, wenn ihr gründlich nachgegangen wird, das Jenseits nicht umstandslos abschließen können, da doch im Dunkeln liegt, welcher Geist in einem rational strukturierten Universum gegenwärtig ist. Aber wichtiger als die göttliche Adresse, an die sich Juvenal richtet, ist die Bitte selbst, mit der Juvenal manches von unserem heutigen Wissen vorweg nimmt.

Immerhin erkennt Juvenal schon im zweiten christlichen Jahrhundert, dass Gesundheit nicht nur eine Angelegenheit des Körpers ist und dem Geist diesbezüglich mindestens gleiche Rechte hinsichtlich der Wartung und Pflege zukommen, ohne dass er uns sagen könnte oder wollte, was denn tatsächlich ein kranker Geist ist; aber das fällt auch uns Heutigen schwer genug. Damit sieht jedoch Juvenal immerhin, dass die Gesundheit des Geistes auf anderen Wegen angegangen werden muss als die des Körpers. Ihm war noch, anders als den meisten Zeitgenossen unseres Zeitalters, ungewiss, dass der Geist das den Menschen Kennzeichnende und Auszeichnende ist und daher besondere Aufmerksamkeit beanspruchen kann. Damit verbindet sich offensichtlich die frühe Erkenntnis, dass die Geistesverfassung des Einzelnen für die körperliche Verfassung nicht gleichgültig und eine kaum ergründbare Wechselwirkung anzunehmen ist. Daneben erkennt offenbar Juvenal nicht weniger deutlich, dass sich auch die Gesundheit des Geistes nicht von selbst versteht und der eigenen Förderung bedarf. Und sicher sieht Juvenal dabei, was er allerdings nicht ausspricht, dass für den Geist weniger die Medizin mit ihren Rezepturen zu Rate gezogen werden muss als ein spezifisches Remedium des Geistes, das nicht wie andere Mittel verordnet und verabreicht werden kann. Natürlich konnte er von Psychotherapie und Psychoanalyse noch nichts wissen. Jedoch könnte in seinem Wort vom gesunden Geist immerhin schon die erst der Neuzeit ganz geläufige Scheidung von Geist und Seele angelegt sein. Eben davon wird auf den folgenden Seiten auch die Rede sein, was wiederum mit einem Blick auf die Antike und ihre für uns noch gültigen Aussagen geschehen mag.

2. Die Seele zwischen Körper und Geist

Zunächst ist daher eine knappe Zwischenbemerkung am Platze. Wenn nämlich von Körper und Geist des Menschen hinsichtlich der Gesundheit die Rede ist, wird man die Seele als drittes den Menschen konstituierendes Element nicht vergessen dürfen, liegt sie doch mit ihren Trieben, Strebungen, Gefühlen, Stimmungen gleichsam zwi

schen Körper und dem Geist, dem wir die Vernunft in ihren verschiedenen Formen zuordnen. Nebenbei sei bemerkt, dass diesbezüglich die Römer schon in einem keineswegs eindeutigen Sinn zwischen animus und anima unterschieden, was uns in der Folge bei dem Blick auf Cicero begegnen wird. Wir jedenfalls wissen spätestens seit dem sächsischen Hofarzt Carl Gustav Carus² um die Eigenart der Seele und wissen vor allem seit Sigmund Freud, dem Wiener Arzt und Psychiater, dass auch die Seele ihre Krankheiten haben kann, und wir können um die Besonderheit dieser Krankheiten uns Klarheit verschaffen. Jedermann kann zudem aus eigener Erfahrung wissen, dass auch die Seele verletzt werden kann, was zumeist ein soziales oder auch ein interpersonelles Problem ist, das Wunden schlägt. Wir wissen aber daher auch, dass um ihrer Eigenart und ihrer Herkunft willen diesen Krankheiten zwar mit spezifischen Mitteln begegnet werden muss, dass ihnen aber nicht in gleicher Weise wie denen des Geistes und des Körpers vorgebeugt werden und dass für deren Gesundheit das Individuum nicht allein etwas tun kann, wie es gerade bei der Gesundheit des Geistes geboten ist. Das jedoch ist zweifellos ein anderes Kapitel und kann hier, wo in immer noch äußerst knappen Reflexionen zur Nachdenklichkeit über den Geist in seiner die Gesundheit fördernden oder erhaltenden Wirkung angeregt werden soll, nicht abgehandelt werden. Die Betrachtungen gehen, wie bereits gezeigt, in der Richtung, in die Juvenal gewiesen hat, sie gehen auf die Suche nach den Wirkungen des gesunden Geistes. Das führt, wenn man der geistigen Tradition auf der Spur bleiben will, unvermeidlich zu dem für den europäischen Humanismus so ungemein wichtigen Cicero³ (106 43 v. Chr.) und dessen Tusculanischen Gesprächen.

Anders als der schon in der christlichen Epoche des Römischen Reiches lebende Juvenal, der die Götter um einen gesunden Geist (eigentlich: Verstand mens) bittet, fragt Cicero, der Zeitgenosse und Gegner Caesars, angesichts der geistigen Zerrissenheit seiner Zeit unmittelbar nach den Mitteln für die Gesundung oder die Gesunderhaltung des Geistes, nach der „*medicina animi*“, was eigentlich Heilmittel für die „Geistseele“ und damit für „den der Seele innewohnenden Geist“ bedeutet. Cicero erklärt: „Es gibt in der Tat ein Heilmittel dafür, die Philosophie... Mit allen Kräften müssen wir uns darum bemühen, uns mit ihrer Hilfe selbst zu heilen; denn sonst wird kein Ende des Elends sein.“ Man kann hieraus erkennen, dass Cicero um die Eigenart des Geistes und um seine außerordentliche Bedeutung für das menschliche Leben überhaupt weiß, was dadurch unterstrichen wird, dass er zur Philosophie als dem der Geistseele, des „animus“, angemessenen Mittel greift, das ihm unentbehrlich für die Behandlung der Geistseele ist, ohne damit dem körperlichen Leiden entgegenwirken zu wollen. Ein gesunder Geist ist nach Cicero einer, der sich um Philosophie erfolgreich bemüht hat. Der Rat wird uns noch heute wichtig sein. Weisheit, so erklärt Cicero lapidar, ist die Gesundheit des Geistes. Auch hier werden wir grundsätzlich zustimmen und uns von Cicero leiten lassen. Allerdings werden wir, sofern das Wort Ciceros noch heute gültig sein soll, uns dessen erst erneut vergewissern müssen, was Philosophie heißen soll und noch heute beinhalten kann. Auch werden wir von Weisheit als einer auch vom philosophisch Ungebildeten zu erringenden Lebensweisheit oder schlicht von einer von jeder Person zu gewinnenden Lebensklugheit zu sprechen haben.

Wenn Cicero in seinem philosophischen Eklektizismus wesentlich der Lehre der Stoa⁴ folgt, so wird das für uns nicht mehr gelten können, wenn uns auch die „stoische Haltung“ auf dem Wege über die preußische Erziehung zum Begriff geworden ist. Ohnehin wird es heute bei der Frage nach dem Geist und seinen Remedien nicht um eine bestimmte Philosophie gehen, sondern, wie es schon Kant empfohlen hat, um ein individuelles Philosophieren. Das ist im übrigen zu einer Aufgabe geworden, die sich heute der Allgemeinheit angesichts der sich ständig steigenden Lebenserwartung, des auch daraus resultierenden neuen Menschenbildes und des damit verbundenen neuen Charakters der letzten Lebensphasen viel dringender stellt als in den unruhigen Zeiten Ciceros. Davon wird noch ausführlicher die Rede sein.

Zunächst lassen wir uns noch erneut von Cicero belehren, um des prinzipiellen Gleichklangs der menschlichen Bedürfnisse und des Heilmittels des Geistes gewahr zu werden. Er schließt seine Gespräche in Tusculum mit dem Ausruf: „Was ist verlockender als Muße mit Wissenschaft? mit jener Wissenschaft, in der wir die Unendlichkeit der Dinge und der Natur und in dieser Welt selbst den Himmel, die Länder, die Meere erkennen?“ Damit ist Philosophie als universale Wissenschaft und Weltanschauung, die nur in der Muße recht gedeihen kann, umschrieben, um als unentbehrliches Heilmittel des Geistes zu wirken: Philosophie, die sich als Liebe zur Weisheit versteht, meint das Nachdenken über Gott und die Welt, über Mensch und Natur, über Zeit und Ewigkeit, und dieses Nachdenken muss sich, weit entfernt von jedem bloßen Müßiggang, vollziehen in der geist erfüllten, mit Philosophie gleichsam durchtränkten Muße, die nach Cicero den Menschen würdevoll erscheinen lässt. Sein „otium cum dignitate“ die würdevolle Muße ist sprichwörtlich geworden. Aber auch wenn die Philosophie von Cicero Wissenschaft genannt worden sein sollte, ist sie doch in seinem Sinne offensichtlich allen Menschen zugänglich; denn Wissenschaft ist ihm nichts anderes als der Inbegriff des Wissens, das dem Nachdenklichen zugänglich ist, und gewiss mit dem modernen Begriff von Wissenschaft nichts gemein hat. Nicht anders könnte sie sonst als das wesentliche Heilmittel des Geistes allen, die eine Gesundung des Geistes suchen, empfohlen werden.

Sicher kann man unter Ciceros Philosophie jene gründliche Nachdenklichkeit verstehen, wie er sie in den zitierten Gesprächen in seinem Tusculum demonstriert hat. Zu dieser wird jeder Mensch, ob nun mit höherer Bildung ausgestattet oder nicht, ob ein Tusculum besitzend oder nicht, ob Philosoph oder nicht, von den Fragen des Lebens hingedrängt, um am Ende seines Lebens ganz zu einer kontemplativen Haltung zu finden, die ihn Gott und die Welt, den Menschen überhaupt und sich selbst betrachten lässt. Aber Cicero denkt natürlich in erster Linie nicht an den Menschen, der im Angesicht des Todes lebt, wiewohl die Menschen der Antike anders als der Mensch von heute dem Tode und oft einem gewaltsamen viel näher waren, Cicero denkt an den tätigen, „im Leben stehenden“ Menschen, der auf seine Weise „über alles Erdenkliche philosophiert“, freilich daran gemahnt sein muss, dass auch solchem Philosophieren keine Beliebigkeit inne wohnen darf, schon gar nicht, wenn der Geist daran genesen soll. Es muss ein gründliches, kompetentes, sachangemessenes und ausgewogenes Denken sein. Es muss ein Philosophieren sein, das zu deutlichen Einsichten in die tieferen Gründe des Seins und des Lebens führt. Das klingt

abgehoben genug, ist aber nichts als eine drastische Erfahrung, die die wissenschaftliche Empirie unserer Tage für die Gesundheitsbildung unmissverständlich bestätigt. Freilich fragt sich immer noch, was mit dem sich selbst heilenden Geist, auf den Cicero genauso wie die modernen Forscher abhebt, gemeint ist und was denn nun einen gesunden Geist auszeichnet.

3. Ein gesunder Geist?

Eine erste behutsame Antwort, wenn auch sicher eine unvollkommene wie alle philosophischen und wissenschaftlichen Antworten, hat lange vor unserer Zeit der unglückliche Boethius⁵ (480 – 524) gegeben, der letzte Philosoph unserer Antike und wohl der erste Denker, der bewusst die Brücke zwischen antikem und christlichem Denken schlug. In seiner Trostschrift der Philosophie, der „Consolatio Philosophiae“, welche er im Kerker in Erwartung des gewaltsamen Todes schrieb und die zur meist gelesenen Schrift des frühen Mittelalters wurde, sucht er nach den dem Menschen notwendigen geistigen Gehalten. Er spricht daher mit der „Ärztin Philosophie“ über Wege zur Gesundung seines verdüsterten Geistes und führt Gespräche über den Menschen und seine Stellung in der Welt. Das ist umso bemerkenswerter, als Boethius Christ war und wichtige Beiträge zur Theologie der frühen Kirche beige steuert hat. Es sei daher betont, dass er sich auf der Suche nach Stärkung des Geistes ohne Umschweife der Philosophie zuwandte, wie es auch der Heide Cicero getan hatte. Boethius, seine Hinwendung zur Philosophie unauffällig begründend, lässt seine Ärztin sprechen: „Die größte Ursache des Leidens ist, dass du nicht weißt, wer du selbst bist.“ Das zu zeigen aber kann der Glaube gegenüber einer kritischen Vernunft nicht leisten. Der Glaube hat seine eigenen Gewissheiten und führt zu Erkenntnissen, die sich dem Verstand entziehen. Philosophie dagegen heilt, wie Boethius deutlich machen will, durch die Hinführung zur Selbsterkenntnis und zur Erkenntnis dessen, was der Mensch ist. Sie leistet es, indem sie den Geist erweckt zur Betrachtung seiner selbst und ihn zum Bewusstsein dessen bringt, was das Wesen des Menschen ausmacht. Wer davon nichts weiß, kann nicht gesund im Geiste sein. Boethius fasst das in den eindringlichen Zeilen zusammen: „Wer tiefen Sinnes auf der Wahrheit Spuren geh/der wende zu sich selbst des innern Blickes Licht,/Er lehre seinen Geist, was draußen er gesucht,/Besitzt er längst, beschlossen im ureigenen Schatz.“ Sicher denkt Boethius an den Reichtum an Gedanken und Einsichten, den der Philosophie rende im Geiste mit sich tragen kann. Er muss sich der Wahrheit seiner Erkenntnis versichern, sich keiner Täuschung über sich selbst hingeben und muss das im Gedächtnis Bewahrte auf seine stärkende Kraft hin durchleuchten.

Der Geist, wenn wir Boethius folgen, ist die Summe von Erkenntnissen und Erfahrungen, die der Nachdenkliche zu einem geschlossenen Bild der Wirklichkeit mit dem Menschen darin zusammenführt, einer Wirklichkeit, in der er sich selbst aus eigener Einsicht und eigenem Urteil einordnet. Der Geist ist, poetisch gesprochen, die Schatztruhe, die die Kostbarkeiten eines weltoffenen Geistes aufbewahrt. Und der gesunde Geist hat die Tröstungen der Philosophie aufgenommen und sich selbst erkannt.

Wir müssen es uns hier natürlich versagen, uns über den höchst problematischen Geist Begriff umständlich auszulassen, ist er doch vielfältig und zwiespältig genug. Es zeigten sich schon viele Nuancen im Nebeneinander von Juvenal, Cicero und Boethius, die noch heute in der Diskussion über die geistige Gesundheit und deren Bedeutung präsent sind. Während Juvenal einen unreflektierten Begriff vom „denkenden Geist“ benutzt, der dem Körper innewohnen möge, schwebt Cicero ein Bild von der „Geistseele“ vor, die über Selbstheilungskräfte verfügt, die durch die Philosophie mobilisiert werden. Und Boethius, auch er der Philosophie vertrauend, setzt den Akzent auf die Fähigkeit zur Selbsterkenntnis und der Erkenntnis des Wesens des Menschen. Vielleicht kann man das Gemeinsame dieser Auffassungen in der recht allgemeinen Formel fassen, dass der Geist gleichsam als Kontrapunkt des Körpers diesem als das schlechthin Unkörperliche – der Hauch oder Atem der Griechen!

unentbehrlich ist: Der Geist ist Kraftquelle des Lebens. Man wird an Goethes Wort erinnert: „Denn das Leben ist die Liebe/Und des Lebens Leben Geist.“ Wahrscheinlich wird es trotz aller anderen Entwürfe, sich eines eindeutigen Geistbegriffs zu versichern, und trotz der faszinierenden Arbeit der Genforschung mit ihren erstaunlichen Einblicken in die zellularen Vorgänge dabei bleiben, dass der Mensch nicht in seiner Körperlichkeit aufgeht und immer etwas Geistiges (und Seelisches) im Bild des Menschen bleibt, welches Bild sich aus antiken Wurzeln nährt. Sind nicht die Genforscher selbst ein zweifellos bewundernswerter Gegenbeweis zu der immer wieder aufkommenden Ansicht, dass der Mensch nur das Werkzeug seiner Gene und nicht auch das seines Geistes ist? Wir wollen freilich jenseits aller Polemik uns begnügen mit einem schlichten Geistbegriff, der sich hinter vielen Forschungen verbirgt, ohne die gültigen antiken Erkenntnisse aufzugeben. Er steht in der Nähe jenes etwas diffusen Geistbegriffs, der, auf regelmäßiger Erfahrung beruhend, im alltäglichen Gebrauch ist bei Reden wie „Das hält mein Geist nicht aus“, „Das kann ich nicht fassen“, „Das ist ein ungewöhnlicher Geist“ oder „So ein Kleingeist“...

4. Geist heute und ein gesundes Altern

Wir dürfen uns darauf verständigen, dass mindestens drei Konstituenten die Einheit des Geistes herstellen und in ihrer Klarheit und Gültigkeit unentbehrlich sind für den Lebensprozess. Sie vor allem anderen werden im Blick auf die Gesundheit immer wieder der Prüfung unterzogen werden müssen. Da ist einmal ein klares logisches Denken, das sich selbstkritisch verhält. Dieses Denken hat Verwandtschaft mit der theoretischen Vernunft des Immanuel Kant. Andere mögen dafür den Begriff Intelligenz mit seinen eigenen Nuancen vorziehen. Das Denken aber hat den Vorzug, in seinem Begriff die geistige Aktivität zu enthalten, die zu begründeten Urteilen führt und außerdem die Selbstbestimmung und die Selbstkritik mit der Selbstbeherrschung verbindet. die sich im Gedächtnis niederschlägt. Im Gedächtnis als der zweiten unentbehrlichen Konstituante des Geistes trifft das Denken auf Erfahrungen, Bilder, Eindrücke; im Gedächtnis, welches aufbewahrt, was vom Denken aus Erfahrenem, Gelerntem, Erkanntem selektiert wird, ist Vergangenheit gegenwärtig. Hier siedelt das historische Bewusstsein der einzelnen Person, das einer historischen Vernunft zu

danken ist. Und schließlich ist da an dritter Stelle die Handlungssteuerung, die die psychomotorischen Abläufe in Ermangelung von Instinkten reguliert und koordiniert. Es ist die geistige Funktion, die, wenn wir richtig sehen, den körperlichen Prozessen und Erscheinungen am nächsten ist. Es ist aber damit vor allem auch die Gewinnung handlungsleitender Maßstäbe sittlicher Art verbunden, wie sie Kant der praktischen Vernunft zuschreibt.

Damit soll nun nicht Kant zur Rechtfertigung der vorgeschlagenen Theorie des Geistes bemüht werden, sondern lediglich ausgedrückt sein, in welcher Nähe zur neuzeitlichen Philosophie das hier umrissene Geistesbild steht, und es soll vorbereiten auf die Funktionen der Philosophie oder besser noch eines philosophierenden Denkens dort, wo es um die Wirkungen des Geistes hinsichtlich der Befindlichkeit des Menschen und die dem Geist einzufließende „*medicina mentis*“ oder die „*medicina animi*“ geht. Einerseits wird man heute der Philosophie in ihrem täglichen Gebrauch eine prophylaktische Funktion zuschreiben, indem sie den Geist gesund erhält und einem frühen Altern und dem Kräfteabbau vorbeugt. Andererseits kann man eine konservierende Funktion erkennen, indem sie dem Gedächtnis Wertvorstellungen und nachhaltige Erinnerungen zuweist. Und schließlich wird man der Philosophie eine therapeutische Funktion zuschreiben, die sich in bedrängenden Situationen des Lebens und deren Verarbeitung bemerkbar macht.

Das kann noch etwas deutlicher werden durch die Verbindung mit neuester wissenschaftlicher Erkenntnis. Dieser entspricht es, die erstgenannte, die prophylaktische Funktion darin zu sehen, den Geist lebensbegleitend lebendig und in ständiger Regsamkeit zu erhalten, vor allem aber, durch die Nötigung zu einem logischen Denken das Denken selbst zu schärfen und es umgekehrt nicht ermüden und es gar verkümmern zu lassen. Die Theorie des lebenslangen Lernens findet hier eine wichtige Begründung. Die philosophische Prophylaxe liegt in der ständigen Übung der geistigen Funktionen, also des richtigen Denkens und klugem Sprachgebrauchs, des Gedächtnisses samt dem Erinnerungsvermögen sowie der zumindest zweifachen Handlungssteuerung nach innen und außen, die alle nicht erlahmen dürfen, wenn der Mensch nicht überhaupt einer Lähmung seiner selbst zutreiben will. Die therapeutische Funktion liegt in der kräftigenden Wirkung eines vielfach durchdachten Menschenbildes und einer mit kritischer Distanz gewonnenen Weltanschauung, liegt in dem Gewinn einer rechten Selbsteinschätzung, in der Erkenntnis der eigenen geistigen Kräfte, die der zu erringenden Lebensweisheit entsprechen müssen. und im Gewinn von handlungsleitenden, wegbegleitenden Wertvorstellungen. Die konservierende Funktion der Philosophie im menschlichen Geist liegt in der Bereicherung des Gedächtnisses durch den Gewinn neuer Einsichten, nicht weniger im Erhalt der Geistesstärke, aber auch der allgemeinen Beweglichkeit der Person, in der Bewahrung der kulturellen Traditionen, in dem Erhalt der Urteilsfähigkeit. Sie bewährt sich im Einsatz des Erinnerungsvermögens.

In diesen Funktionen wird sie von der Altersforschung, soweit sie sich mit dem Verhältnis von Körper und Geist beschäftigt, vielfältig bestätigt. Es ist erstaunlich genug, wie sehr sich die empirische Altersforschung inzwischen des Themas angenommen und wie viele ermutigende Resultate sie hinsichtlich der Bewahrung kogni

tiver, sozialer und sittlicher Kompetenz bei allem unausweichlichen Altersabbau zu tage gefördert hat. Und die Medizin belehrt darüber, dass auch schweren Alterskrankheiten in nicht geringem Maße durch ein lebensbegleitendes Training des Geistes vorgebeugt werden kann. Alle diese Resultate sind aber auch schon von Interesse, soweit sie die Theorien der antiken Denker wissenschaftlich erweitern und Erkenntnisse über das Altern, die schon die Philosophie vorgetragen hat, mit Prägnanz und Scharfsinn vertiefen.

Was, so kann man zusammenfassen, schon bei Cicero und Juvenal anklingt und was weithin zum Allgemeingut geworden ist, bestätigt die moderne Wissenschaft eindrucksvoll; dass der Geist, wenn er in Regsamkeit gehalten wird, unabhängig von der allgemeinen statistisch ermittelten Lebenserwartung eine lebenserhaltende und somit auch lebensverlängernde Wirkung hat und ein sinnvolles Leben bis zum Lebensende ermöglichen kann; dass es tatsächlich der Geist ist, der sich den Körper baut; dass die geistige Verfassung – also klares logisches Denken, reiches, gefestigtes Gedächtnis, sittliche und körperliche Handlungssteuerung – von hoher Bedeutung für die körperliche Verfassung ist; dass körperliche Gebrechen durch einen gesunden Geist erträglicher werden können; dass die Pflege des Geistes für ein gutes, weithin gesundes Altern und ein höheres Alter von ausschlaggebender Bedeutung sein kann: dass die Beweglichkeit des Geistes wesentlich für den Erhalt auch der körperlichen Beweglichkeit ist; dass der Geist sich weitgehend unabhängig vom Körper entwickeln kann, kurz: dass der Geist dominant im Lebensprozess ist und diesem in jeder Hinsicht seine Prägung gibt. Daher ist eine angemessene Pflege des Geistes und seiner zentralen Konstituanten eine zwar noch weithin unbekannt, aber doch eine Aufgabe, der sich niemand entziehen kann, der nicht nur zum unmündigen Objekt der anderen werden will.

Damit wird zugleich die gegenwärtig viel diskutierte Theorie einer lebenslangen Bildung bekräftigt, der sich immer mehr Einrichtungen der Erwachsenenbildung zur Verfügung stellen. Zudem wird die Theorie eines dritten Lebensalters gestützt, die von der Beobachtung der wachsenden Lebenserwartung in unserem Kulturkreis ausgeht und dieses dritte Lebensalter in drei von einander abzuhebende Phasen gliedert sieht. Diese Phasen sind die der Rationalisierung, der Reflexion und der Kontemplation, sie stehen im Zeichen eines individuellen Philosophierens, das wenn nicht gleich auf Weisheit, so doch auf Lebensklugheit abzielt. Zunächst ist beim älteren Menschen ein nüchternes analysierendes und ordnendes Denken gefragt, um die neue Lebenssituation nach der Zeit der beruflichen und der familiären Verpflichtungen zu gestalten und mit neuen Inhalten zu füllen. Sodann geht das Leben des alternenden Menschen über in eine Phase der Nachdenklichkeit, in der sich für den Rückblickenden das historische Bewusstsein immer mehr Geltung verschafft und der Geist sich immer mehr auf sich, der sich nach dem schönen Wort Goethes nun selbst historisch wird, verwiesen sieht. Schließlich wird der Mensch als nun wirklich alter, in seinem Wirkungskreis reduziert und immer mehr im Angesicht eines unbekanntes Endes lebend, zu einer kontemplativen Haltung gelangen, in der er „die letzten Dinge“ bedenkt und als Gesprächspartner die Resultate des Lebens der Mitwelt zu vermitteln versucht. Mit den Begriffen, die in dem Geistbegriff enthalten sind, wird man

sagen können: In der ersten Phase ist die Handlungssteuerung vorherrschend, in der folgenden das Gedächtnis mit dem Erinnerungsvermögen, schließlich am Ende das Denken in den Bildern einer persönlichen Weltanschauung.

Damit schließt sich der Kreis, mit dem die Wichtigkeit eines individuellen, aber deshalb keineswegs willkürlichen Philosophierens beschrieben werden sollte, um die Frage nach der Gesundheit des Geistes den Einsichtigen näher zu bringen.

Anmerkungen

- 1 Juvenalis, Decimus Junius gen. Juvenal (ca.60 – 140 n. Chr.), römischer Redner und Dichter, der als Satiriker mit geschliffenem Verstand gegen die menschlichen Schwächen anging.
- 2 Carus, Carl Gustav (1789 1869) Hofarzt der sächsischen Könige, Mitbegründer der Gynäkologie als Wissenschaft, Psychologe und bedeutender Maler der Romantik; seine Lebenserinnerungen sind ein bleibendes Zeitdokument.
- 3 Cicero, Marcus Tullius (146 43), Konsul des vorkaiserlichen Rom und Gegner G. J. Caesars, Meister der Rhetorik, der bedeutendste römische Schriftsteller und Philosoph, Begründer der Idee einer abendländischen Geisteskultur.
- 4 Stoa, eine von Griechenland ausgehende, sich über das Imperium Romanum ausbreitende Lebensphilosophie, die noch heute mit dem Begriff einer „stoischen Haltung“ lebendig ist und in den ersten Jahrhunderten des Kaiserreiches mit den „Selbstbetrachtungen“ des Kaisers Marc Aurel einen Höhepunkt erreichte, der der stoischen Lehre von der Schicksalsgebundenheit und der sittlichen Haltung der Gelassenheit einen kultischen Status verlieh.
- 5 Boethius, Anicius Manlius Severinus (480 524), Kanzler Theoderichs d.Gr., schreibt in Erwartung seiner Hinrichtung im Gefängnis seinen „Trost der Philosophie“, eines der meist gelesenen Bücher des frühen Mittelalters.

Literatur

- Boethius, Anicius Manlius Severinus; *Trost der Philosophie*, Übers. von Olof Gigon, München 1990
- Böhme, Günther: *Verständigung über das Alter*, Idstein i. Ts. 1991, 2. Aufl. 2012
- Böhme, Günther: *Über den Umgang des Alters mit sich selbst, Resultate empirischer Erhebungen über die Beziehungen von Geist und Körper*, Idstein i. Ts. 2004
- Cicero, Marcus Tullius: *Gespräche in Tuskulum*, übers. Von Karl Büchner, Zürich 1966

Pädagogische Dimensionen der Salutogenese

Klaus Jork

Zusammenfassung

Das Kohärenzgefühl im Konzept der Salutogenese von Antonovsky bezieht sich auf die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinngebungsfähigkeit von Ereignissen und Lebensumständen. Widerstandsressourcen helfen bei der Bewältigung von Stressoren und Spannungszuständen. Selbsterkenntnis und Einsicht sind unabdingbare Voraussetzungen, um Veränderungen in der eigenen Lebenswelt bewirken zu können.

Was bedeutet „Salutogenese“ und warum ist sie so wichtig?

Die naturwissenschaftlich orientierte Schulmedizin arbeitet bisher mit einem sog. *Risikofaktorenmodell*. Das bedeutet, dass man das Augenmerk darauf richtet: Was ist krank? Welche krankhaften Befunde lassen sich nachweisen, wie z. B. Laborwerte? Was sollte der Patient meiden bzw. was sollte er nicht tun? Dieses Modell der Medizin orientiert sich an der *Pathogenese*, dem was krank macht. „pathos“ bedeutet im Griechischen Leiden oder Sucht, „genesis“ bedeutet Entstehung, Ursprung.

Pathogenese stellt also letzten Endes die Frage: Was macht krank? Dem Patienten wird mitgeteilt, was bei ihm krank ist, welche Werte bei der Untersuchung von der Norm abweichen, was er unterlassen sollte. Er wird jedoch gewöhnlich nicht gefragt, welche Erfahrungen er gesammelt hat, womit es ihm besonders gut geht, was er am liebsten tut oder isst. Die Beratung nach dem Konzept der Pathogenese beruht vor allem darauf, dem Patienten mitzuteilen, was für die Gesundheit unangemessen ist und was bei Nichtbeachtung krank macht.

Die Antworten auf Fragen der Pathogenese werden im Rahmen der *Gesundheitsberatung* ergänzt durch Hinweise z. B. auf gesunde Ernährung, die Empfehlung von körperlicher Bewegung, dem Vermeiden von Rauchen und geringem Alkoholgenuß. Der Patient erhält Informationen, wird aber selbst nicht nach seiner Ansicht gefragt, wie er selbst gesund werden kann oder welche Erfahrungen gesammelt hat, um gesund zu bleiben.

Diese Fragen aber sind nach dem Verständnis der *Salutogenese* bedeutsam. „Salus“ heißt lateinisch Gesundheit, Unversehrtheit bzw. Wohlbefinden, „genero“ griechisch erzeugen. Salutogenese meint also sinngemäß: *Wie entsteht Gesundheit und was erhält mich gesund?* Bei dieser Frage ist nicht nur der Arzt, Gesundheitsberater oder sonst eine in den Heilberufen tätige Person gefragt, sondern der Patient. Wie kam es dazu?

Wie entstand das Konzept der Salutogenese?

Überlegungen zu Gesundheitsmodellen wurden seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts veröffentlicht. So hatte z. B. der Wissenschaftler Richard S. Lazarus 1966 ein Stressmodell entwickelt, an das sich die Forschungen von Aaron Antonovsky anlehnen. Der 1923 in den USA geborene Forscher ging davon aus, dass Stress nicht grundsätzlich krankmachend sein muss. Stress kann nach seinen Untersuchungen auch einen Zustand der Anpassung auslösen, ohne dass dies zu negativem Stress führen muss.

Antonovsky 1979 untersuchte mit seiner Forschergruppe in Zentraleuropa geborene Frauen verschiedener ethnischer Gruppen der Jahrgänge 1914 bis 1923 über die Auswirkungen der Menopause. Ein Teil dieser Frauen, fast 300, war in einem Konzentrationslager gewesen.

29 Prozent dieser inhaftierten Frauen berichteten trotz der traumatischen Erlebnisse über eine relativ gute psychische Gesundheit. Die Forscher interessierten deswegen folgende Fragen:

- Wie hatten es diese Frauen geschafft, trotz der extremen Belastungen gesund zu bleiben?
- Warum bleiben Menschen trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund?
- Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen?
- Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremer Belastungen nicht krank werden?

Diese Fragen verdeutlichen, dass es nicht um Krankheitswissen von Ärzten geht, nicht um ein Wissen, was krank macht und wie Krankheit entsteht. Es geht vielmehr darum, was Menschen an Fähigkeiten und Eigenschaften mitbringen, um gesund zu bleiben bzw. als gesund bezeichnet zu werden. Wenn fast ein Drittel der Frauen, die in einem Konzentrationslager waren, als nahezu „gesund“ bezeichnet werden können, dann müssen sie sich durch etwas auszeichnen, das die anderen Frauen nicht besitzen haben.

Ähnliche Ansichten, wie sie die Forschungsgruppe um Antonovsky entwickelt hat, bestätigt die *Resilienzforschung* (Elle u. a. 2010). „Resilienz“ bedeutet soviel wie Widerstandsfähigkeit und kommt aus dem Lateinischen von „resilire“, was abprallen bzw. zurückspringen bedeutet. So hat man nachweisen können, dass „Risikokinder“ dann unbeschadet aufwachsen, wenn entsprechende personale und soziale Schutzfaktoren vorliegen.

Das Modell der Salutogenese stellt eine Erweiterung des pathogenetischen Denkens der klassischen Medizin dar und betont, welche Eigenschaften und Fähigkeiten des einzelnen Menschen gefördert und entwickelt werden sollten, damit er gesund bleibt bzw. sich als gesund bezeichnen kann. Das bedeutet nämlich auch, dass bereits erkrankte Menschen salutogene Faktoren entwickeln und dadurch besser mit ihren körperlichen und psychischen Störungen umzugehen lernen können.

Modell der Salutogenese und die Konstrukte Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinngewandtheit

Antonovsky ging von dem Gedanken aus: „... meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. ... Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: *Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer* (Antonovsky 1979; Franke 1997)?“

Man kann davon ausgehen, dass sich jeder sicher im Fluss des Lebens bewegen möchte. Dass die Antwort auf die Frage jedoch nicht so einfach zu finden ist, wissen wir aus Erfahrung selbst. Oft sind wir im Alltagsleben Situationen ausgesetzt, von denen wir im ersten Moment glauben, sie nicht meistern zu können. Wenn wir dann nachdenken, fällt uns manchmal ein, dass wir ja bereits Erfahrungen gesammelt haben, mit ähnlichen Problemen fertig zu werden. Was brauchen wir also, um gesund zu bleiben oder um mit Krankheit besser umgehen zu können?

Kohärenzgefühl

Antonovsky ging davon aus, dass die individuelle Fähigkeit „zu schwimmen“ bestimmten Persönlichkeitseigenschaften entspricht, die er als *Kohärenzgefühl* bezeichnet hat. Im Englischen prägte er den Begriff „sense of coherence“. „sense“ bedeutet so viel wie Sinn, Gefühl, Verständnis oder Bedeutung. Er meinte damit *eine persönliche, globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens* besitzt.

Ein durchdringendes und überdauerndes Gefühl empfinde ich, wenn ich von einer inneren Wahrnehmung überzeugt bin, wenn sie mich gewissermaßen ausfüllt und wenn sie mir jederzeit zur Verfügung steht. Ein Gefühl ist dynamisch, wenn es sich entsprechend meinen Erfahrungen auch verändern kann, wenn sich meine Fähigkeiten also veränderten Situationen anpassen können.

Vertrauen bezieht sich immer auf etwas oder jemanden. Ich vertraue z. B. einer Situation oder einem Menschen. Antonovsky meinte das Vertrauen in bestimmte Fähigkeiten jedes einzelnen Menschen. Er gliederte dieses *Vertrauen in drei Gefühlsqualitäten*:

- Das *Gefühl der Verstehbarkeit* (comprehensibility): Man versteht darunter die Fähigkeit anzunehmen, dass bestimmte Situationen kontrollierbar sind, dass man ei

ne bestimmte Geordnetheit erkennen und dass man die Situation verstehen kann. Das Gefühl der Verstehbarkeit bezieht sich vor allem auf Fähigkeiten, die ich durch Erfahrung erlernt habe.

- Das *Gefühl der Handhabbarkeit* (manageability): Das Gefühl, Probleme lösen zu können setzt ein optimistisches Vertrauen voraus, Lebensaufgaben meistern zu können und die notwendigen Fähigkeiten (Ressourcen) dafür zu besitzen. Neben erlernten Verarbeitungsmustern muss ich z. B. ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens besitzen, um handlungsfähig zu sein.
- Das *Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. der Bedeutsamkeit* (sense of meaningfulness): Um mich für etwas einzusetzen, muss ich davon überzeugt sein, dass das Leben einen Sinn hat und dass sich Freude am Leben lohnt. Ich muss also eine gewisse Zuversicht in das aufbringen, was ich tun will.

Die Forschungen auf dem Gebiet der Salutogenese haben in den vergangenen Jahren gezeigt: *Ohne die Erfahrung von Sinnhaftigkeit und ohne positive Erwartungen an das Leben ergibt sich trotz einer hohen Ausprägung der beiden anderen, ersten Komponenten kein hoher Wert des gesamten Kohärenzgefühls.* Ein Mensch ohne Erleben von Sinnhaftigkeit wird das Leben in allen Bereichen nur als Last empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als zusätzliche Qual.

Auch neuere Untersuchungen der *Altersforschung* bestätigen diese Ergebnisse. Das subjektive, also persönliche Erleben von Gesundheit hat sich als bessere Orientierung für die Wahrscheinlichkeit für das Überleben erwiesen als der objektive Gesundheitszustand. Anders ausgedrückt: Jemand der Freude am Leben verspürt und sich sinnvoll einsetzt, kann trotz nachweisbarer und behandlungsbedürftiger körperlicher Krankheiten länger leben als ohne dieses Verständnis. „*Gutes Altern*“ lässt sich also nicht allein an objektiven Kriterien, wie Labordaten und Gerätebefunden fest machen, sondern es umfasst zugleich psychische Fähigkeiten, die zu einem positiven Erleben beitragen. Diese Fähigkeiten können helfen, körperliche Einschränkungen und Verluste jeder Art besser zu ertragen.

Widerstandsressourcen

Fähigkeiten, die uns helfen, mit Spannungen, Problemen und Aufgaben im alltäglichen Leben besser umzugehen, werden *generalisierte Widerstandsressourcen* genannt. „Generalisiert“ bedeutet, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden, „Widerstand“ meint, dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen. Zu diesen Faktoren und Eigenschaften, die den Gesundheitszustand fördern, zählen zum einen *individuelle Fähigkeiten*, wie körperliche Voraussetzungen, Intelligenz, die Fähigkeit mit Bewältigungsstrategien umzugehen und eine gewisse Ich Stärke. Andererseits sind *soziale Umstände* hilfreich, wie die Unterstützung aus dem Lebensumfeld, z. B. durch Nachbarn und Freunde, aber auch finanzielle Möglichkeiten und eine gewisse kulturelle Stabilität.

Das Team um Antonovsky beschreibt die *Funktionen der Widerstandsressourcen*. Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrung, die das Kohärenzgefühl formt. Sie

wirken als Speicher an Fähigkeiten, der aktiviert werden kann, wenn die Bewältigung von Spannungszuständen erforderlich wird. Das Kohärenzgefühl ist die Instanz, die „dieses Schlachtfeld von Kräften dirigiert und Ordnung oder Unordnung fördert“, schreibt Antonovsky (Franke 1997).

Stressoren und Spannungszustände

Im Modell der Salutogenese spielen neben den Widerstandsressourcen vor allem Stressoren eine bedeutende Rolle. *Stressoren* sind danach alle Reize und Anregungen (Stimuli), die Stress erzeugen. Ob ein Reiz ein Stressor ist, lässt sich aber immer erst an der Wirkung erkennen und nicht vorhersagen. Antonovsky bezeichnet Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht automatische und nicht unmittelbar verfügbare Energie verbrauchende Handlung erfordert.“

Stressoren können im Alltag vielfältig sein. Das kann z. B. die Nachricht von der Krankheit eines lieben Menschen, ein schlechtes Zeugnis der Kinder, ein Streit mit dem Partner oder der Verlust des Arbeitsplatzes sein. Jedes dieser Ereignisse erfordert ganz spezielle und unterschiedliche Lösungsansätze.

„Indem wir einen Stressor bewältigen, lernen wir, dass das Leben weder zerstörerisch noch sinnlos ist“, meint Antonovsky. Er unterscheidet drei Arten von *Stressoren*: physikalische, wie z. B. Waffengewalt oder Unfall, biochemische, wie z. B. Gifte und Krankheitserreger, und psychosoziale, wie z. B. Hunger oder der Tod eines geliebten Menschen.

Mit einem Fragebogen kann man das Kohärenzgefühl (SOC Fragebogen; sense of coherence) eines Menschen bestimmen. Eine Person mit hohem Kohärenzgefühl fühlt sich gegenüber einem Menschen mit niedrigen SOC jedoch nicht wirklich bedroht. Sie hat ein grundlegendes Vertrauen, dass sich komplexe Situationen bewältigen lassen. Sie reagiert angemessen in der Situation und richtet die Problemlösung („Handhabbarkeit“) auf das entsprechende Ziel, nämlich die Bewältigung des Stressors. Ob ein Stressor als „krankmachend“ und negativ empfunden wird, ist eine Frage der individuellen Problemlösungsfähigkeit. Und diese wiederum ist abhängig vom *Bewertungsprozess*.

Antonovsky nimmt unterschiedliche Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls an. So kann es verschiedene Systeme des Organismus, wie Zentralnervensystem, Immun- und Hormonsystem, direkt beeinflussen. Das Kohärenzgefühl mobilisiert vorhandene Ressourcen durch die Reduktion von Spannungszuständen. Menschen mit einem ausgeprägten SOC sind eher in der Lage, sich gezielt für gesundheitserhaltende Verhaltensweisen zu entscheiden, wie für gesunde Ernährung oder das Rauchen aufzugeben.

Bei negativer Bewertung eines Stressors besitze ich nicht das Vertrauen, die anstehende Belastung bewältigen zu können. Die positive Bewertung einer Stresssituation resultiert hingegen auf dem Vertrauen, Ressourcen, d. h. Fähigkeiten zu besitzen und einzusetzen, um mit der anstehenden Belastung erfolgreich umgehen zu können; ich nehme den Stressor als *Herausforderung* an. Aufgrund meiner Erfahrung und der

bereits erworbenen Widerstandsressourcen ist es mir dann möglich, angemessene Problemlösungen einzusetzen und den Stressor zu bewältigen.

Dieser Vorgang wird im vereinfachten *Modell der Salutogenese* (Bengel u. a. 2001) verdeutlicht. Im Zentrum dieser Abbildung steht das Kohärenzgefühl, das sich aus den generalisierten Widerstandsressourcen und der Lebenserfahrung bildet. Stressoren bewirken in einem Menschen einen *Spannungszustand*. Es wird erforderlich, eine Spannungsbewältigung zu aktivieren. Sind die Maßnahmen zur Bewältigung erfolgreich, dann nimmt der Spannungszustand ab und die „Gesundheit“, sei sie körperlich, psychisch oder sozial, bewegt sich mehr in Richtung „gesund“. Gelingt die Spannungsbewältigung hingegen nicht, dann verändert sich der Stresszustand nicht oder nimmt sogar zu. Als Folge entwickelt sich der Gesundheitszustand mehr in Richtung „krank“.

Bemerkenswert ist, dass Antonovsky den Begriff von einem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* verwendet. Er meint damit, dass wir nie völlig gesund und ebenso wenig nie ganz krank sind. *Wir bewegen uns immer zwischen den beiden Polen von Gesundheit und Krankheit.*

Wie können wir das verstehen? Ein Beispiel soll das verdeutlichen. Wenn ich an einem Tag viel Wein getrunken und schwere, fettige Mahlzeiten zu mir genommen habe, kann die Blutuntersuchung z. B. von der Norm abweichende Leberwerte zeigen und der Blutdruck angestiegen sein. Ich fühle mich müde und leide evtl. unter Bauchschmerzen. Ich schlafe schlecht und bewege mich mehr in Richtung „krank“. Halte ich mich dann wieder an eine gesunde, ausgewogene und gemischte Kost mit wenig Fett und ohne Alkohol, dann werden sich auch meine Laburbefunde wieder der Norm zu bewegen; mein Zustand nähert sich mehr dem Pol „gesund“.

Problemlösung: Selbsterkenntnis und Einsicht ermöglichen Veränderung

Das Beispiel verdeutlicht, dass wir es ganz wesentlich selbst in der Hand haben, wie gesund wir sind bzw. wie gesund wir uns fühlen. Entscheidend dafür sind unsere Widerstandsressourcen, d. h. die Fähigkeit zu besitzen und zu unterscheiden, was uns schadet und was uns nützt. Dazu gehört *Selbsterkenntnis*. Selbsterkenntnis stellt die Fragen: Was tue ich? Was bewirke ich damit? Habe ich das, was ich erreicht habe, wirklich gewollt? Wenn ich die letzte Frage mit „Nein“ beantworten muss, ist eine Korrektur erforderlich.

Ebenso wichtig wie Selbsterkenntnis ist es, die gewonnen Erkenntnis umzusetzen, in den Alltag umzusetzen. Dazu ist *Einsicht* unverzichtbar. Als richtig Erkanntes bleibt wirkungslos, wenn es nicht zu der Einsicht führt, dass *Veränderung* notwendig ist. *Problemlösung* beinhaltet also die drei Schritte Selbsterkenntnis und Einsicht, um eine Veränderung einleiten zu können.

Je klarer ich diese Schritte erkannt und angewendet habe, umso mehr *Widerstandsressourcen* vermag ich zu bilden. Denn: *„Je mehr generalisierte Widerstandsressourcen ich besitze, umso mehr Lebenserfahrung kann ich sammeln“*, meint Antonovsky und nennt diese Erkenntnis den *Regelkreis des Lebens*. Wenn Widerstandsressourcen so

bedeutsam sind, dann sollten wir näher betrachten, wie man sie bilden kann und welche Voraussetzungen zur Bildung von Widerstandsressourcen hilfreich sind.

Voraussetzungen zur Bildung von Widerstandsressourcen

Generalisierte Widerstandsressourcen sind individuelle Fähigkeiten, Voraussetzungen und soziale Gegebenheiten, welche die Möglichkeit bieten, destabilisierenden Einflüssen angemessen begegnen zu können. Sie können als individuelle kulturelle und soziale Faktoren betrachtet werden, die Spannungsbewältigung ermöglichen und durch kohärente Lebenserfahrungen gebildet werden. Finanzielle Sicherheit, eine allgemeine Ich Stärke und die Erfahrung mit Bewältigungsstrategien begünstigen die Entstehung von generalisierten Widerstandsressourcen.

Individuelle Faktoren

Um möglichst viele Widerstandsressourcen bilden zu können, sind verschiedene Voraussetzungen erforderlich. Zu den *individuellen* Merkmalen zählt zum einen eine bestimmte *Konsistenz* der Persönlichkeit. Das bedeutet, dass ich in der Lage bin, gedanklich logische Zusammenhänge zu erkennen, Widersprüche zu eliminieren und sinnvolle Schritte der Problemlösung umzusetzen. Eine weitere Voraussetzung ist die *Partizipation*. Es geht nicht um das theoretische Erfassen von Situationen, sondern die Teilnahme an Entscheidungssituationen, um aus den erlebten Konsequenzen Erfahrung sammeln zu können. Dabei ist das *Vermeiden von Über- und Unterforderung* entscheidend.

Allgemeine salutogene Faktoren

Nicht nur der Umgang mit sich selbst, Selbsterkenntnis und Einsicht zu notwendiger Veränderung sind Grundlagen für ein hohes Kohärenzgefühl (SOC). Unter den allgemeinen salutogenen Faktoren ist vor allem *soziale Unterstützung* bedeutsam. Die Bildung von Netzwerken sind vor allem bei chronisch Kranken und älteren Menschen unverzichtbare Voraussetzungen, um Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Entspannung und Wohlbefinden, die durch das Zusammenleben mit anderen begünstigt werden, stellen Voraussetzungen dar, um die Ausgewogenheit zwischen Anforderung bzw. Belastung und Erholung erreichen zu können. Auch mit körperlicher Behinderung oder Einschränkung sollten *Werte und Ziele* zur Sinngebung gesucht und gepflegt werden; sich selbst Aufgaben zu stellen und eine sinnvolle Freizeitgestaltung kann Freude bereiten und stärkt die *Selbstwirksamkeitserwartung*.

Pädagogische Dimensionen der Salutogenese

Pädagogische Dimensionen der Salutogenese lassen sich überblickend zusammenfassen: *Lerne darauf zu achten, was du im Leben an Erfahrungen gesammelt hast, um Prob-*

leme zu lösen und Schwierigkeiten zu bewältigen. Habe Selbstvertrauen aufgrund deiner Fähigkeiten, die sich bewährt haben, und erkenne den Sinn in dem, was du tust.

Ein Kollege hat es folgendermaßen verdeutlicht, wenn jemand mit dem Konzept der Salutogenese arbeiten möchte: Patient und Arzt, aber auch alle Personen, die Salutogenese bewusst „leben“ wollen, müssen *lernen, mit je einem Auge auf „Gesundheit“ und dem anderen Auge auf „Krankheit“ zu schauen – also mit einem „salutogenetischen“ und einem „pathogenetischen Auge“ sich selbst zu erkennen*. Welche gesundheits erhaltenden Ressourcen besitze ich einerseits und welche Beeinträchtigungen wurden andererseits bei mir festgestellt?

Die naturwissenschaftliche Medizin hat uns unverzichtbare und grundlegende Errungenschaften beschert, auf die wir in keiner Weise verzichten wollen. Zusätzlich sollten wir uns verstärkt darauf besinnen, was wir selbst für unsere Gesundheit tun können bzw. welche Ressourcen wir besitzen, Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen. Es gilt also, *aktive Bewältigungsstrategien* bei sich selbst zu erkennen und einzusetzen, statt eine passive Versorgungshaltung einzunehmen.

Pädagogische Dimensionen zur Anwendung des Konzeptes der Salutogenese sollten als *Herausforderung* betrachtet werden. Diese Herausforderung muss gleichzeitig als *Prozess des lebenslangen Lernens* verstanden werden. Antonovsky ging von einer Stabilität des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter aus. Entgegen dieser Annahme weisen Studien darauf hin, dass mit zunehmendem Alter auch die Stärke des Kohärenzgefühls zunimmt. Faktoren eines „guten“ bzw. „erfolgreichen“ Alterns sind objektive Lebensbedingungen, wie Einkommen und Lebensstandard, Gesundheit, angemessenes Wohnen in einem sozialen Netzwerk, gesellschaftliche Partizipation und sinnvolle Freizeitgestaltung. Diese Faktoren prägen ganz wesentlich die *Lebensqualität*.

Zum Erwerb salutogener Ressourcen bedarf es letztendlich verschiedener *mentaler Fähigkeiten*, wie sie Ortwin Meiss auch für Führungskräfte beschrieben hat: Fähigkeit zur Selbstkritik, Bereitschaft aus Fehlern zu lernen, Selbstverantwortung zu übernehmen, die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen, eine Ziel- und Lösungsorientierung zu haben und offen für Neues zu sein.

Die einzelnen Schritte pädagogischer Dimensionen zur Umsetzung des Konzeptes der Salutogenese können sein:

Lernen, was Salutogenese bedeutet

Man bedarf eines *Grundlagenwissens* zum Verständnis des Kohärenzgefühls mit seinen Konstrukten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit (Problemlösungsfähigkeit) und Sinnhaftigkeit. „Sinnggebungsfähigkeit“ bedeutet für Menschen in der zweiten Lebenshälfte, für chronisch Kranke und Ältere nicht vordergründig die Suche nach äußeren Werten, wie Geld, Anerkennung, Zeitvertreib und nach „Kicks“, sondern vor allem die Suche nach Antworten auf Fragen der *Spiritualität* (Jäger 2007): Woher komme ich? Wer bin ich? Warum bin ich hier? Wohin gehe ich?

Religionen, Philosophien und sinngebende Tätigkeiten, z. B. im sozialen Kontext, sind hier vordergründige Orientierungsbereiche. Es können aber auch Hobbies sein,

denen man einen Sinn zuordnet. Bedeutsam erscheint, dass jeder Mensch einen Aspekt findet, *der ihm entspricht*.

Sichtweise der Salutogenese üben

Es sollte geübt werden, Pathogenese und Salutogenese im Verständnis eines *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums* zu betrachten (Jork u. Peseschkian 2006). Dabei kann man sich Fragen zu den drei Konstrukten der Salutogenese stellen, wie z. B. zur *Verstehbarkeit*: Was glauben Sie, sind wesentliche körperliche und geistige Ursachen für Ihren derzeitigen Gesundheits bzw. Krankheitszustand? Bedeutet Krankheit eine Bestrafung für Sie? Können Sie Krankheit oder Beschwerden als Chance auch zu Veränderung ansehen? Glauben Sie, dass für Gesundheit auch Änderungen der Lebensweise notwendig sind? Wer muss mehr für Ihre Gesundheit tun – der Arzt oder Sie selbst?

Fragen zur *Problemlösungsfähigkeit* können lauten: Was hat Ihnen in schwierigen Situationen besonders geholfen? Woher beziehen Sie Ihre Informationen zu Gesundheit und Krankheit?

Vertrauen Sie allein den Anweisungen Ihres Arztes oder holen Sie sich zusätzlich Rat? Was haben Sie gegen Ihre derzeitigen Beschwerden schon selbst getan? Was tun Sie selbst, wenn körperliche oder seelische Beschwerden auftreten? Was müssten Sie tun, damit es Ihnen besser geht?

Zur *Sinnhaftigkeit* des eigenen Daseins kann man fragen: Gibt es Wünsche, die Sie sich bisher nicht erfüllt haben? Was glauben Sie, warum Sie leben? Was würden Sie als Ziel Ihres Lebens betrachten? Haben Sie eine Lebensphilosophie? Was möchten Sie erreichen und was wäre der nächste Schritt dahin? Was ist Ihnen im Leben besonders wichtig? Wofür würden Sie sich ganz besonders einsetzen?

Gesundheitserhaltende Ressourcen erkennen und vermehren

Wenn man sich ein grundsätzliches Verständnis des Konzepts der Salutogenese erworben hat, ist es erforderlich, weiterhin aktiv in den unterschiedlichsten Bereichen des Lebens *teilzunehmen*. Nur durch Teilnahme können bisher gewonnene Erfahrungen angewendet und durch neu gewonnene oder überprüfte ergänzt werden; der Bestand an gesundheitserhaltenden Ressourcen kann wachsen.

Erkennen, was uns am meisten behindert

Häufig klagen Menschen darüber, dass sie Ziele, die sie sich gesetzt haben, nicht erreichen können. Ursachen dafür werden dann gewöhnlich in äußeren Umständen oder bei anderen Menschen gesucht. Versäumt wird der Blick auf sich selbst: Die größte Behinderung ist oft der eigene, *ungezähmte Geist*. Wir sind selten geübt, uns selbst zu betrachten und zu erkennen, wodurch unser Denken, Kommunizieren und Handeln bestimmt wird. Meist sind es unreflektiert übernommene Vorstellungen darüber, was normal ist, wie man sich zu verhalten hat oder was man von anderen

einfach erwartet. Erfolg ist das Ergebnis unseres Denkens (Moestl), denn alles entsteht zuerst im Geist. Diese Sichtweise bedarf der Übung.

Alles entsteht zuerst im Geist

Damit ist dieser die Ursache aller Erfahrung, ob gute oder schlechte. Deswegen ist es notwendig, zuallererst zu lernen, mit dem Geist zu arbeiten. Es ist eine Frage von Motivation und Geduld, um das zu akzeptieren und Veränderungen der eigenen Geisteshaltung üben zu wollen (Jork 1995). Geistesschulung bedeutet dabei zuerst, direkt und klar zu erkennen, wie der eigene Geist arbeitet. Dann wird man auch einsehen: *Nicht die Umstände bestimmen des Menschen Glück oder Unglück, sondern seine Fähigkeiten zur Bewältigung der Umstände.* Oder anders ausgedrückt: Nicht die Ereignisse sind wichtig, sondern meine Reaktion darauf.

Die Frage „Wer bin ich?“ wird in indischen Weisheitslehren immer wieder gestellt. Der kritische Blick auf sich selbst ist jedoch oft nicht angenehm und schmeichelhaft; ein Sich infrage Stellen deckt u.U. auch dunkle Anteile unserer Persönlichkeit auf. Wem dies allerdings gelingt, der arbeitet an einem wichtigen Beitrag für das Konstrukt der Sinnhaftigkeit im Konzept der Salutogenese.

Literatur

- Antonovsky, A.: Health, stress and coping (chapter 7: The salutogenetic model of health, pp. 182-197), Jossey Bass, San Francisco 1979
- Bengel, J./Strittmatter, R./Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund? Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bd. 6, Köln 2001, S. 35-37
- Elle, M./Elkeles, Th./Scharnhorst, J.: Resilienz und Gesundheit. Prävention **33** (2010), S. 6-9
- Franke, A. (Hrsg.): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen 1997, S. 91-112
- Jäger, W.: Westöstliche Weisheit – Visionen einer integralen Spiritualität, Theseus, Stuttgart 2007, S. 21-50
- Jork, K./Peseschkian, N.: Salutogenese und Positive Psychotherapie, Hans Huber, Bern 2006, S. 26-32
- Jork, K.: Salutogenese und traditionelle Medizinsysteme – Über Krankheitsursachen und Krankheitsbewältigung in einer kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie, in: Benad, M./Töpelmann, R. (Hrsg.): Annäherung an das Heilige, Kohlhammer, Stuttgart 1999, S. 75-81
- Meiss, O.: Mentale Fähigkeiten von Führungskräften. Persönliche Mitteilung
- Moestl, B.: Die Kunst, einen Drachen zu reiten, Knauer, München 2009, S. 146-165

Lehrmeister Krankheit: Was lehrt uns der Ausnahmefall für den Normalfall des Lernens?¹

Astrid Seltrecht

Zusammenfassung

Die erziehungswissenschaftliche Forschung hat bislang noch nicht hinreichend erklärt, wie sich Lernprozesse über die Lebensspanne vollziehen. Wichtig erscheint deshalb die Frage, ob von Forschungsergebnissen zum Lernen im Kontext der Ausnahmesituation einer Krebserkrankung Rückschlüsse auf ein Lernen im Lebensablauf – ohne dass sich ein derart einschneidendes Ereignis wie eine Krebserkrankung ereignet hat – gezogen werden können. Ausgangspunkt des Beitrags ist die abgeschlossene biographieanalytische Studie „Lehrmeister Krankheit?“ (Seltrecht 2006). Unter Berücksichtigung der methodologischen, der gegenstandsbezogenen und der grundlagentheoretischen Perspektive wird ein Differenzschema des lebenslangen Lernens – bestehend aus Lerndimensionen, Lernmodi, Lernkontexten und Lernstrategien – vorgelegt, das auch auf den „Normalfall“ des Lernens im Lebensablauf angewandt werden kann.

1. Einleitung

Die meisten Erwachsenen wissen, dass beispielsweise Rauchen ungesund ist, Bewegung und ausgewogene Ernährung hingegen gesundheitsförderlich sind. Dennoch werden diese gesundheitsfördernden Empfehlungen nicht tagtäglich von jedem von uns umgesetzt. Und nicht jeder, der sich zu Gesundheitsthemen informiert, lebt durch und durch gesund und ist im Krankheitsfalle ein mündiger und souverän handelnder Patient. In der Erziehungswissenschaft müssen wir uns eingestehen, dass wir bislang nicht abschließend erklären können, wie das Lernen in nicht (genuin) pädagogisch intendierten Lernkontexten (Seltrecht 2012) stattfindet bzw. wann und wie an geeignetes Wissen in Verhaltensänderungen mündet.

2. Ziele und Methoden des Forschungsprojekts „Lehrmeister Krankheit?“

Etwas anders gestaltet sich so die alltagsweltliche Annahme die Lernsituation bei Personen, die lebensbedrohlich erkrankt sind. Ihnen schreibt man gewöhnlichen ei

nen derart starken Leidensdruck zu, dass sie zur Aneignung der Krankheit, zur Verarbeitung der Krankheitserfahrungen und zur Veränderung ihrer Lebensführung *gezwungen* sind. Folgt man dieser Annahme, *müssen* in der Ausnahmesituation also zwangsläufig Lernprozesse stattfinden. Hiervon ausgehend, stellt sich die erziehungswissenschaftlich relevante Frage, ob die Untersuchung von Lernprozessen im Kontext existentiell bedrohlicher Erkrankungen Rückschlüsse auf den Normalfall des Lernens im Lebensablauf zulässt.

In der Untersuchung „Lehrmeister Krankheit?“ (Seltrecht 2006) wurden Biographien von Frauen, die zuvor an Brustkrebs erkrankt waren, unter dem Aspekt des Lernens untersucht. In der Studie wurde gefragt, wie eine Brustkrebserkrankung im Lebensablauf gelagert ist, welche Lernphänomene im Rahmen der Erkrankung auftauchen und welche Konsequenzen die Lernphänomene auf die Identität bzw. das Selbst- und Weltbild haben. Anliegen der Arbeit war es, sowohl die biographische Verortung einer Brustkrebserkrankung als auch Lernprozesse unter dem Einfluss dieser Erkrankung aufzudecken. Der Forschungsprozess der Untersuchung ist gekennzeichnet durch die biographieanalytische Rekonstruktion von 20 Lebensabläufen unter besonderer Berücksichtigung der Aneignungsverhältnisse. Die hierbei eingenommene Forschungshaltung ist neben Subjektorientierung und Lebenslauforientierung durch eine holistische Perspektive gekennzeichnet, d. h. die Frauen werden nicht auf ihre Patientenrolle reduziert, sondern als „ganze Personen“, als Biographieträger wahrgenommen. Hierzu gehört auch die Forschungshaltung, eine Brustkrebserkrankung nicht im Vorfeld per se als kritisches Lebensereignis einzuordnen, sondern die Bewertung der erkrankten Frauen abzuwarten.

3. Ergebnisse des Forschungsprojekts „Lehrmeister Krankheit?“

3.1 Die biographische Lagerung einer Brustkrebserkrankung im Lebensablauf

Im zeitlichen Verlauf der Erkrankung treten verschiedene Wechselwirkungen zwischen medizinischem Behandlungsablauf, subjektivem Krankheitserleben und der jeweiligen Lebenssituation der Frauen auf: Mit der Diagnostizierung der Erkrankung beginnt die medizinische Behandlung der Brustkrebserkrankung. Dieser Behandlungsablauf *kann* einen Krankheitserleidensprozess (Riemann/Schütze 1991) hervorrufen. Beide Verlaufsformen – der medizinische Behandlungsablauf und der persönliche, mit der Krankheit verbundene Leidensprozess – *können* wiederum Auswirkungen auf die bestehende Lebenssituation haben. Auf die unterschiedlichen Leidenserfahrungen reagieren die Frauen mit praktischen und theoretischen Bearbeitungsversuchen.

Welche Wechselwirkungen zeigen sich aber in den dominanten Prozessstrukturen, wenn nicht nur die Zeit der akuten Erkrankung, sondern die Gesamtbio-graphie betrachtet wird? Die 20 analysierten Lebensgeschichten zeigen sechs verschiedene Kategorien in der Abfolge der Prozessstrukturen, wie sie vor, während und nach der Erkrankung dominant gewesen sind.

Die Kategorie *biographische Irrelevanz einer Krebserkrankung* kennzeichnet Lebensabläufe, bei denen nicht zu einem dominanten Krankheitserleidensprozess im

Verlauf der Brustkrebserkrankung kommt. Lediglich der medizinische Behandlungsablauf kommt zu den aktuellen Prozessstrukturen hinzu. Dieses Untersuchungsergebnis zeigt, dass die alltagsweltlich und teilweise von medizinischen und psychologischen Experten vertretene Vorstellung, eine Krebserkrankung stelle in der Gesamtheit leidvoller Erfahrungen einen Höhepunkt dar, korrigiert werden muss (zur Reanalyse dieses Befundes vgl. Nittel 2010).

Die Kategorie *Kontinuität des lebenszyklischen Ablauf- und Erwartungsmusters* bezeichnet die Gruppe von Lebensabläufen, bei denen das lebenszyklische Ablauf- und Erwartungsmuster *vor* und *nach* der Brustkrebserkrankung dominant ist. Der Wunsch oder die Notwendigkeit nach Veränderung der Lebenssituation war vor Bekanntwerden der Brustkrebserkrankung nicht vorhanden. Nach Beendigung der medizinischen Krebsbehandlung und Überwindung des eigenen Erleidensprozesses ist daher ein Anknüpfen an den bisherigen Lebensablauf für die Frauen naheliegend.

Die Kategorie *Kontinuität der Verlaufskurve* bezeichnet Lebensabläufe, bei denen ein Erleidensprozess (z. B. soziale Isolation, unerfüllter Kinderwunsch, leidvolle Ehebeziehung) unmittelbar vor der Erkrankung dominant gewesen ist. Nach Beendigung der Krankheitsverlaufskurve bzw. Herstellung eines labilen Gleichgewichts wird anschließend wieder der Erleidensprozess aus der Zeit vor der Erkrankung zur dominanten Prozessstruktur des Lebensablaufs. Die Brustkrebserkrankung trägt also nicht dazu bei, dass der vorausgegangene Erleidensprozess beendet wird: Die persönlichen Wünsche und Vorstellungen für ein erfülltes Leben (z. B. soziale Integration, eigene Kinder, harmonische Ehe) tauchen nach der Erkrankung mit gleicher Stärke wieder auf. Weder eine Überprüfung der Wünsche noch eine Modifizierung und Inangriffnahme von Lebensplänen werden durch die Krebserkrankung ausgelöst.

Die Kategorie *Expansion der Verlaufskurve* lässt sich in zwei Formen unterteilen: (A) Vor der Diagnostizierung der Erkrankung ist eine Verlaufskurve zu beobachten. Im Rahmen der Erkrankung wird erneut Verlaufskurvenpotential aufgeschichtet, das nun den zuvor dominanten Erleidensprozess verstärkt. (B) Eine zweite Form der Expansion der Verlaufskurve tritt dann auf, wenn die Krankheit Brustkrebs so mächtig wird, dass es zu weiteren Komplikationen, wie z. B. Metastasen kommt, die die Lebenssituation weiter verschlechtern. Die Prozessstruktur, die vor der Erkrankung die dominierende gewesen ist, wird (vorerst) nicht wieder zur dominanten Prozessstruktur. Die Erleidensprozesse können mit Mitteln lebenspraktischer oder alltags-theoretischer Bearbeitung nicht abschließend bearbeitet werden.

Bei all den zuvor genannten Formen ist eine biographische Wandlung, eine tiefgreifende Veränderung von Selbst- und Weltbild, nicht auszumachen gewesen. Wenn nach Winfried Marotzki (1990) die biographieanalytische Kategorie *biographischer Wandlungsprozess* in die erziehungswissenschaftliche Kategorie eines weitreichenden Bildungsprozesses übersetzt werden kann, so findet also bei den Frauen der zuvor genannten Kategorien kein umfassender Bildungsprozess statt. Bei einer *partiellen biographischen Wandlung* erfolgt hingegen ein teilweiser Umbau des Selbst- und Weltbezugs infolge der Erkrankung, d. h. unter erziehungswissenschaftlicher Perspektive ein partieller Bildungsprozess. Es kommt zu einer ausschließlich im engen Zusammenhang mit der Brustkrebserkrankung stehenden, biographisch relevanten

Veränderung der Identität. So wird beispielsweise eine Frau, deren Brust amputiert werden musste, Model für Brustprothesen. Hinsichtlich der zeitlichen Diskontinuität zeigt sich im Falle einer partiellen biographischen Wandlung, dass sich die „distanziert gebrochene Perspektive“ (Schütze 1981, S. 108), die Merkmal einer biographischen Wandlung nach Schütze ist, nur auf einen Teilaspekt, nämlich den der Krankheit, bezieht. Die Gegenwart wird im Vergleich mit der Vergangenheit nur bezüglich der Brustkrebserkrankung als diskontinuierlich wahrgenommen. Der „qualitative Sprung“ (Schütze 1981) bezieht sich vor allem auf die Differenzierung zwischen der „Welt der Nicht Betroffenen“ und der „Welt der Betroffenen“.

Bei einer *umfassenden biographischen Wandlung* im zeitlichen (nicht kausalen) Kontext der Brustkrebserkrankung nimmt die Erkrankung die Funktion eines „Verstärkers“ ein: Die Krankheit ist nicht Auslöser des Veränderungsprozesses, sondern bewirkt die weitere Umsetzung eines zuvor bereits begonnenen Wandlungsprozesses. Mit der theoretischen Bearbeitung des Krankheitserleidensprozesses kommt es zu Reflexionsprozessen, die die weitere biographische Wandlung unterstützen. Mit dem Ausruf „So! . Du hast s jetzt hinter dir. Du hast dein Krebs gehabt. Schluss!“ (Seltrecht 2006, S. 103) setzt eine Frau einen Schlussstrich nicht nur unter die Krankheit, sondern hinter ihr bisheriges Leben. Sie hat in der Rückschau kaum noch einen Bezug zu ihrem „damaligen“ Leben. Der weitere Lebensablauf ist durch eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten unabhängig von der Krebserkrankung gekennzeichnet.

Vor dem Hintergrund der gesamtbiographischen Perspektive kann die biographische Relevanz einer Brustkrebserkrankung im Lebensablauf innerhalb eines Kontinuums von biographischer Irrelevanz bis hin zu langfristig positiv oder negativ bewerteten Auswirkungen liegen. Entscheidenden Anteil an der Lagerung in diesem Kontinuum hat neben körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren die biographische Erfahrungsaufschichtung. Diese biographischen Erfahrungen sind mitverantwortlich dafür, dass bei einer Brustkrebserkrankung nicht nur neugelernt, sondern immer auch verlernt oder umgelernt wird (vgl. Meyer Drawe 1986, Nittel 2010, Seltrecht 2010). Jedoch konnte bei keiner der interviewten Frauen ein grundlegender biographischer Veränderungsprozess *allein aufgrund* der Brustkrebserkrankung nachgewiesen werden – anders als es in den Medien oftmals vermittelt wird und auch anders als zu Beginn des Forschungsprojekts angenommen worden ist. Für maßgebliche Veränderungen war der Boden immer schon vorher bestellt: Es sind immer gravierende Erleidensprozesse im Vorfeld mitverantwortlich für einschneidende Lebensveränderungen.

3.2 Die Aneignung der Krankheit

Wird der Blick von den biographischen Veränderungen auf die lernspezifischen Veränderungen gerichtet, so zeigt sich, dass die Brustkrebserkrankung selbst erst angeeignet werden muss, damit in ihrem Kontext weitere Lernprozesse stattfinden können. Die Aneignung der Krankheit erfolgt über verschiedene Phasen: Der Aneignungsprozess beginnt i.d.R. mit der medizinischen Diagnose Brustkrebs. Die betref

fenden Frauen erhalten vom behandelnden Arzt die Diagnose, denn nur er oder sie kann die medizinische Kategorisierung von Symptomen oder Schmerzen vornehmen. Die ärztliche Krankheitsbestimmung wird oftmals nicht angezweifelt, dennoch ist die Diagnose zunächst für viele Frauen unfassbar: „*Krebs zu haben*“ ist zunächst eine für die eigene Person fremde Charakterisierung. Diese *von außen getroffene Kennzeichnung* der eigenen Person löst aufgrund vorhandenen Wissens über die Mortalitätsraten vielfach Ängste aus. Obwohl die erkrankten Frauen nun das medizinische Krankheitsbild dem Namen nach kennen, wissen sie dennoch nicht, welche Konsequenzen sich daraus für ihre aktuelle Lebenssituation und für ihr weiteres Leben ergeben. Hier besteht eine Differenz zwischen Wissen und Erfahrung: die Frauen haben das *Wissen* um die Diagnose angeeignet, sie können aber bislang nicht auf die *Erfahrung* einer Brustkrebserkrankung zurückgreifen. Unter Zuhilfenahme des bereits vorhandenen oder vom Arzt vermittelten oder selbst recherchierten Wissens erfolgt langsam die *kognitive Aneignung der Erkrankung*, so dass letztlich auch die Selbstpositionierung „*ich habe Krebs*“ getroffen werden kann. Im weiteren Behandlungsablauf kann es abhängig von der Art und Weise der Behandlung und deren subjektiver Beurteilung zu massiven körperlichen und psychischen Erleidensprozessen kommen. Diese Erleidensprozesse – Übelkeit, Erbrechen, Verlust der Brust und der Haare bis hin zu Ängsten, bisherige Rollen oder gar das (bisherige) Leben zu verlieren – lassen die Krebserkrankung zur körperlichen und emotionalen Gewissheit werden. Die Selbstpositionierung „*krebserkrank zu sein*“ steht jetzt für die *körperliche und emotionale Aneignung der Erkrankung*. Nach Abschluss der medizinischen Behandlung und bei einer vom Arzt mitgeteilten guten Prognose betrachten die zuvor erkrankten Frauen ihre Erkrankung oftmals als hinter sich liegend. Die Selbstpositionierung ist durch eine zurückliegende Krebserkrankung als „*Krebs gehabt haben*“ gekennzeichnet. Bei einigen Frauen entwickelt sich auch ein Differenzschema: Sie unterscheiden mit der Aneignung der Diagnose zwischen der „Welt der Betroffenen“ und der „Welt der Nichtbetroffenen“. Dieser veränderte Bezug zu sich und der Welt als Teil der Identität bleibt langfristig bestehen. Durch diese Aneignungs- und Verarbeitungsphasen wird die medizinisch definierte *Krankheit* Brustkrebs zur eigenen *Erkrankung* Brustkrebs. An dieser Stelle entspricht die Wissensaneignung durch die Patienten jedoch nicht etwas Positivem und trägt nicht – wie häufig mit Lernprozessen assoziiert wird – zur Perfektibilität des Subjekts bei.

3.3 Brustkrebserkrankung und Lernprozesse

Vor dem Hintergrund der angeeigneten Krebserkrankung lassen sich zahlreiche Lernprozesse identifizieren, die sowohl im Rahmen der medizinischen Behandlung als auch während persönlicher Leidensprozesse und der damit einhergehenden praktischen und theoretischen Bearbeitung stattfinden. Diese Lernphänomene erstrecken sich auf folgende *Lerndimensionen*: Innerhalb der Dimension *Aneignung von Wissen* wird beispielsweise Wissen über die Krankheit, über den medizinischen Behandlungsablauf oder über rehabilitative Maßnahmen angeeignet. Eine zweite Lerndimension bezieht sich auf die *Entwicklung neuer bzw. Modifizierung bestehender Eigentheo-*

rien. So fragte sich beispielsweise eine Frau, ob ihre Krebserkrankung eine Strafe Gottes sei. Nach ihrer Teilnahme an Vorträgen in einer Rehabilitationsklinik änderte sie ihre Eigentheorie: Heute hat sie eine biomedizinische Erklärung für ihre Erkrankung: nämlich dass entartete Zellen den Tumor gebildet haben. Eine dritte Lerndimension umfasst die *Veränderung von Verhaltensweisen bzw. Alltagsroutinen*, z. B. die Umstellung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Innerhalb der vierten Lerndimension *Veränderung des Selbst- und Weltbezugs* wird beispielsweise zwischen der „Welt der Erkrankten“ und „Welt der Nicht Erkrankten“ differenziert oder es werden neue soziale Rollen übernommen.

Neben den Lerndimensionen lassen sich Lernprozesse hinsichtlich ihrer *Lernkontexte* unterscheiden: Die erkrankten Frauen lernen beispielsweise innerhalb *pädagogisch intendierter Lernkontexte* (Vortragsreihen in Rehabilitationskliniken) oder in *pädagogisch nicht (genuin) intendierten Lernkontexten* (eigenständige Nutzung von Medien wie Ratgeberliteratur oder Internet zur Wissensaneignung) (vgl. Seltrecht 2012).

Die Lernprozesse sind schließlich auch bezüglich ihrer *Lernmodi* zu differenzieren. Neben den Lernmodi des *Neulernens* (z. B. erstmalige Aneignung einer Krebserkrankung), des *Verlernens* (z. B. von Alltagsroutinen, die nun aufgrund der Krankheit nicht mehr aufrechtzuerhalten sind) oder des *Umlernens* (Modifikation von bestehenden Eigentheorien) finden sich im empirischen Material auch deutliche Hinweise auf den Lernmodus des *Nichtlernens* (vgl. Seltrecht 2006, S. 201f.). *Nicht-Lernen-Wollen* steht in Verbindung mit einem Kontrollhandlungsschema, um die bisherige biographische Kontinuität zu sichern bzw. wiederherzustellen (Seltrecht 2008, 2009). Diese Form des Nichtlernens im Zusammenhang mit alltagstheoretischen oder handlungsschematischen Bearbeitungsversuchen lässt sich auch als ein *aktives Nichtlernen* kennzeichnen (vgl. Seltrecht 2006, S. 201f.). *Nicht-Lernen-Können* (Seltrecht 2008, 2009) steht hingegen mit einem dominanten Erleidensprozess in Verbindung: Aufgrund einer zusammengebrochenen Selbstorientierung stehen Ressourcen für Lernprozesse nicht zur Verfügung, so dass Lernen im Kontext eines Erleidenshöhepunktes ausgeschlossen sind. Diese Form des Nichtlernens, die mit einem Verlust von Handlungsmöglichkeiten in Verbindung steht, kann auch als *passives Nichtlernen* bezeichnet werden (vgl. Seltrecht 2006, S. 201).

3.4 Brustkrebserkrankung und biographische Lernstrategien

Für die Lernprozesse, die im Zusammenhang mit einer Brustkrebserkrankung auftauchen, sind biographische Lernstrategien bedeutsam, die sich *auch außerhalb der Erkrankung* nachweisen lassen. Unter biographischen Lernstrategien werden biographisch gewachsene und biographisch relevante, d. h. in jeder Hinsicht langfristige, nicht intentionale Verhaltensmuster, die sich retrospektiv aus der Beobachterperspektive erkennen lassen, verstanden. Als Ergebnis der Arbeit konnten vier Formen biographischer Lernstrategien nachgewiesen werden, die sowohl im Verlauf der Brustkrebserkrankung als auch darüber hinaus im Lebensablauf auftreten: Die *biographische Lernstrategie der Anpassung* ist immer auf von außen gesetzte, konkret abgrenzbare und bereits im Prozess der Anpassung bestimmbare Lerninhalte bezogen.

Diese Strategie ist zu verzeichnen, wenn die den Institutionalisierungen innewohnende Mächtigkeit der Strukturen und der mit ihnen verbundenen Erwartungen (z. B. Heilungserwartungen bei Krebserkrankungen) oder die durch Leidensprozesse und deren Bearbeitungsversuchen stark eingeschränkte Selbstorientierung und Alltagsorganisation keine Lernalternativen als die der Anpassung zulassen.

Auch die *biographische Lernstrategie des Vergleichens* ist auf einen konkreten Lerngegenstand gerichtet. Sie bedarf einer Differenz Erfahrung zwischen dem Alten (z. B. bestehende Wissensvorräte und Eigentheorien, bisherige Verhaltensweisen und vorhandene Identitätsformation) und dem Neuen (z. B. vermitteltes Wissen, Verhaltensvorschläge, personenbezogene Zuschreibungen) und einer Vergleichsmöglichkeit (z. B. andere Person oder deren medizinische Behandlung).

Bei der *biographischen Lernstrategie der Suche nach Neuem* geht es vordergründig um die Aneignung von Wissen sowie Veränderung von Eigentheorien und Verhaltensweisen, obgleich der konkrete Gegenstand im Suchprozess oftmals nur vage zu erkennen ist. Bei diesem Verhaltensmuster kommen stärker als bei den zuvor genannten Strategien die Subjektstrukturen zum Tragen: Notwendig sind freie Ressourcen für den Suchprozess und den anschließenden Umgang mit dem Neuen, eine Offenheit gegenüber Neuem und die Freisetzung und Nutzung von Kreativitätspotentialen, um den Suchprozess auszugestalten.

Die *biographische Lernstrategie der biographischen Reflexion* betrifft die Auseinandersetzung mit sich und der Welt. Neben Differenz Erfahrungen, persönlichen Erklärungsbedürfnissen oder von außen initiierten Anstößen bedarf diese Strategie ein bestimmtes Maß an Selbstsorge, Selbstsicherheit und Kreativitätspotentialen für den Reflexionsprozess und die Bearbeitung der Reflexionsergebnisse.

Die Abhängigkeit biographischer Lernstrategien von situativen Faktoren (z. B. Interaktionsbeziehungen) und Personenmerkmalen (z. B. biographische Erfahrungsaufschichtung, Aufmerksamkeitsorientierung und Selbstorganisation) erklärt, warum sich unter annähernd gleichartigen medizinischen Bedingungen (Brustkrebsdiagnose, institutionalisierter Behandlungsablauf) verschiedene Verhaltensmuster beobachten lassen.

3.5 Transformation der Bildungsgestalten im Kontext einer Brustkrebserkrankung

Werden nun die einzelnen Kategorisierungen (z. B. biographische Lagerung einer Brustkrebserkrankung, Lerndimensionen, Lernstrategien) aufeinander bezogen, so entsteht eine mehrdimensionale Typologie transformierter Bildungsgestalten: Bei einer *gegenstandsfixierten Transformation der Bildungsgestalt* handelt es sich um Veränderungen im biographischen Ordnungs- und Orientierungssystem, die ausschließlich und unmittelbar mit einem konkreten Gegenstand (hier: der Erkrankung) in Verbindung stehen. Die Kategorie der *rolleungebundenen Transformation der Bildungsgestalt* bezeichnet die Aneignung neuer, mit der Brustkrebserkrankung verbundener und über die Erkrankung hinaus Bestand habender Rollen und damit einhergehender partieller Veränderungen im Selbst- und Weltbezug. Eine *identitätsbezogene Transforma-*

tion der Bildungsgestalt liegt vor, wenn sich die Selbst- und Weltreferenzen eines Subjektes grundlegend geändert haben.

Die letztgenannten umfassenden und tiefgreifenden Veränderungen finden zu nächst im subjektiven Erleben einer Person statt und werden von der sozialen Umwelt erst einmal nicht wahrgenommen. Die neuen Entfaltungsmöglichkeiten liegen außerhalb der Rolle einer an Brustkrebs erkrankten Frau. Hingegen wenden sich Frauen mit einer rollengebundenen Transformation der Bildungsgestalt bewusst an die Öffentlichkeit (werden z. B. Brustprothesen Model oder engagieren sich in der sozialen Bewegung gegen Krebs). Im Rahmen beruflicher oder ehrenamtlicher Tätigkeiten werden sie vom sozialen Umfeld wahrgenommen. Diese Frauen dürften einen größeren Einfluss auf die öffentliche Wahrnehmung haben als die Frauen mit einer identitätsbezogenen Transformation der Bildungsgestalt.

3.6 Zwischenfazit

Mit der hier vorgestellten empirischen Studie konnte gezeigt werden, dass einerseits Lernprozesse unter dem Einfluss einer Brustkrebserkrankung Prozesse des Erleidens auslösen (z. B. durch die Aneignung der Krankheit), andererseits aber auch Erleidensprozesse Lernprozesse notwendig machen, um die aus dem Lot geratene Lebenssituation wieder in ein Gleichgewicht zu bringen.² Gerade die letztgenannten Lernprozesse dienen der Sicherung biographischer Kontinuität, der Entfaltung neuer Handlungsräume oder führen zu einer tiefgreifenden Persönlichkeitsentwicklung. Das subjektive Erleben und die individuellen Bedeutungszuschreibungen einer Erkrankung nehmen hierbei eine wichtige Schlüsselstellung ein. So hat dann das Lernen unter den verschiedenen Perspektiven auch unterschiedliche Bedeutungen: Es kann Bedingung, Strategie oder auch Konsequenz im Umgang mit einer Brustkrebserkrankung sein.

4. Vom „Ausnahmefall“ zum „Normalfall“ des Lernens

Was bedeutet dieser Befund für die Ausgangsfrage, ob sich das Lernen in der Ausnahmesituation einer Krebserkrankung auf das „normale“ Lernen im Lebensablauf übertragen lässt? Was lehrt uns der „Ausnahmefall“ für den „Normalfall“ des Lernens? Hierfür ist zunächst zu klären, in welchem Verhältnis eine *Ausnahme* zum *Normalen* bzw. zum *Allgemeinen* steht. Eine Antwort hierauf gibt Sören Kierkegaard: „Die Ausnahme erklärt das Allgemeine und sich selber, und wenn man das Allgemeine so recht studieren will, braucht man sich bloß nach einer berechtigten Ausnahme umzusehen; sie zeigt alles weit deutlicher auf als das Allgemeine selbst. (...) Kann man sie (die Ausnahmen, A.S.) nicht erklären, so kann man auch das Allgemeine nicht erklären. Man merkt die Schwierigkeiten im allgemeinen nicht, weil man auch das Allgemeine nicht mit Leidenschaft denkt, sondern mit gemüthlicher Oberflächlichkeit. Die Ausnahme hingegen denkt das Allgemeine mit energischer Leidenschaft.“ (Kierkegaard 1955, S. 93f.) Um das Allgemeine zu studieren, hat sich Harold

Garfinkel ca. 200 Jahre nach Kierkegaard durch einen forschungsmethodischen Kunstgriff Ausnahmesituationen zur Erforschung des Allgemeinen bzw. Normalen selbst *geschaffen*: Er hat mit künstlich initiierten Interaktionskrisen die Basisregeln der Kommunikation, d. h. allgemein bekannte und sozial wirksame Muster der sozialen Ordnung, außer Kraft gesetzt. Hierfür hat er Studierende ihre Freunde und Bekannte fragen lassen, was sie jeweils mit einer Aussage meinen („How are you? How am I in regard to what? My health, my finances, my school, my peace of mind, my ...?“), Garfinkel 1967, S. 44) Mit derartigem Hinterfragen von alltagsweltlich gebräuchlichen Sätzen wurden Interaktionskrisen ausgelöst. Aus den entstandenen Irritationen bei den am Experiment unwissend teilnehmenden Personen und ihren Versuchen der Herstellung von Normalität konnten anschließend Rückschlüsse auf eine normale Kommunikation bzw. das, was wir darunter verstehen, gezogen und Regeln und Normen der Lebenswelt beschrieben werden.

Elementare Basisregeln der Interaktion sind auch im Falle einer Krebserkrankung in Frage gestellt, wenn beispielsweise Patienten nach der Diagnoseübermittlung nicht mehr dem Arzt zuhören können („Buah! . Und dann hab ich zugemacht.“, Seltrecht 2006, S. 201) oder wenn, wie in einem anderen Fall, eine erkrankte Frau den Chef ihres Ehemannes anruft, um ihm die Krebsdiagnose mitzuteilen, und den Ehemann für den nächsten Tag entschuldigt, ohne dass der Ehemann von der Erkrankung seiner Frau bereits etwas weiß. Personen, die von einer ihre Existenz in Frage stellenden Erkrankung betroffen sind, verfügen teilweise über ein distanzierteres Verhältnis zu sich und der Welt. Diese Distanz ermöglicht ihnen, die in der Regel un- oder nur teilbewusst ablaufenden Lernprozesse wahrzunehmen und in Sprache zu fassen. Das sich in Normalsituationen fraglos vollziehende Lernen in der Alltagspraxis wird also durch die Ausnahmesituation einer Krebserkrankung den betreffenden Personen bewusst und damit erzählbar, so dass es schließlich über die Sprache wissenschaftlich zugänglich gemacht werden kann.

Der entscheidende Unterschied zwischen dem Krisenexperiment bei Harold Garfinkel und der Untersuchung von Krebserkrankungen in Lebensgeschichten liegt aber in einer methodologischen Differenz: Eine Krise bei Garfinkel wird künstlich für Forschungszwecke hergestellt, sein Krisenexperiment *ist* die Methode, um das Normale zu erforschen. Entgegen dieser gezielt hergestellten Versuchsanordnung handelt es sich bei der Untersuchung der lebensbedrohlichen Erkrankung Brustkrebs um kein Experiment. Eine Brustkrebserkrankung ist für die Betroffenen real, sie wird nicht forschungsmethodisch als Experiment provoziert, sondern sie ist auch ohne Forschungsaktivität faktisch vorhanden: Eine Brustkrebserkrankung tritt unvorbereitet, nie selbst gewählt oder bewusst herbeigeführt in das Leben einer Frau ein. Die Diagnose hat zunächst keinerlei positive, sondern immer erst einmal negative Auswirkungen auf die Lebenssituation der betroffenen Frauen. Und das Lernen im Kontext der Erkrankung erfolgt weniger aus Gründen der Perfektibilitätssteigerung des Subjektes, sondern zur Bearbeitung von Anforderungen und Erleidensprozessen, die sich aus der Krankheit ergeben. Zudem wissen die erkrankten Personen nicht, wann die real vorhandene und lebensschneidende Erkrankung „überstanden“ sein wird, anders als im Krisenexperiment, das immer auch erahnen lässt, dass das Ereignis zeit

lich und situativ begrenzt ist bzw. dass die Interaktionssituation auch verlassen werden kann. Die Mächtigkeit einer lebensbedrohlichen Erkrankung setzt hingegen selbst, ohne Forschungsintention, vorhandene Alltagsroutinen außer Kraft. Die Untersuchung dieses Ereignisses ist dann in zweierlei Hinsicht interessant: Zum einen sind Prozesse des Lernens in der Ausnahmesituation einer Krebserkrankung unter *gegenstandsbezogener Perspektive* von medizinisch pädagogischer Bedeutung; z. B. hinsichtlich der Frage, was und wie Krebspatienten im Kontext ihrer Erkrankung lernen. Diese Perspektive ist vor allem für Ärzte und andere Berufsgruppen, die in die Arbeit mit Patienten eingebunden sind, relevant. Zum anderen stellt die Untersuchung von Lebensgeschichten der erkrankten Personen eine Möglichkeit der erziehungswissenschaftlichen Lernforschung dar. Unter dieser *grundlagentheoretischen Perspektive* wird die theoretische Bestimmung einer Krebserkrankung als Ausnahmesituation relevant, um Aussagen zum Normalfall des Lernens treffen zu können. Für die Beantwortung der eingangs gestellten Frage ist also lediglich diese letztgenannte Perspektive entscheidend. Dennoch ermöglichen erst die gegenstandsbezogenen Ergebnisse (Lernen im Kontext der Krebserkrankung) Aussagen auf grundlagentheoretischer Ebene (Lernen im Lebensablauf). Diese Abhängigkeit soll hier noch einmal nachgezeichnet werden: Im Vorfeld der empirischen Untersuchung ist die Auswahl der Ausnahmegruppe, d. h. die der an Brustkrebs erkrankten Frauen, nach theoretischen Überlegungen erfolgt, um gegenstandsbezogene und grundlagentheoretische Aussagen treffen zu können. Hinsichtlich des methodischen Vorgehens bei der Auswertung der transkribierten Lebensgeschichten mithilfe der Grounded Theory nach Barney Glaser und Anselm Strauss sowie der Biographieanalyse nach Fritz Schütze muss dann zu nächst konstatiert werden, dass nicht einfach vom Besonderen (dem Ausnahmefall) auf das Allgemeine (den Normalfall) geschlossen werden kann. „Induktive Schlüsse führen nicht zur Generierung neuer Begriffe und Kategorien, sondern nur zu einer Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen.“ (Kelle/Kluge 2010, S. 23) Aus diesem Grund wird in den letzten Jahren die Hoffnung innerhalb der qualitativen Sozialforschung auf das abduktive Schließen gerichtet. Hierbei handelt es sich um ein Ineinandergreifen von bereits vorhandenem Wissen und gerade erst gemachten Forschungserfahrungen: „(...) that is to say, we put old ideas together in a new way and this reorganisation itself constitutes a new idea“ (Anderson 1987, S. 47, zit. n. Kelle/Kluge 2010, S. 26). Das abduktive Schließen in der hier vorgestellten Studie erfolgte dann über kontrastive minimale oder maximale Fallvergleiche innerhalb der Gruppe der theoretisch definierten Ausnahmefälle, um Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Einzelfällen aufzudecken. Diese vergleichende Kontrastierung in der Verbindung mit der strikten Übernahme der Subjektperspektive zeigt, dass das Lebensereignis einer Brustkrebserkrankung keine einheitlichen Auswirkungen auf die betroffenen Personen hat: Bei einigen Frauen stellt eine Brustkrebserkrankung keine Ausnahmesituation im Lebensablauf dar, sondern die Erkrankung ist von biographischer Irrelevanz. Diese Gruppe widerlegt *empirisch* die zuvor *theoretisch* getroffene Differenzierung zwischen Ausnahme und Normalfall.³ Innerhalb der Untersuchungsgruppe stellt also eine Krebserkrankung nicht in jedem Fall eine Ausnahmesituation dar. In der biographieanalytischen Untersuchung ist die Anwendung der Ce

teris paribus Klausel also nicht möglich, denn weder ein Brustkrebs gleicht medizinisch dem anderen (vgl. Tumorklassifikation, medizinisches Behandlungsspektrum) noch gleicht eine subjektiv erlebte Brustkrebserkrankung einer anderen. Darüber hinaus lässt sich unter lernspezifischer Perspektive beobachten, dass sich nicht alle Personen dasselbe Wissen aneignen, ihr Verhalten in vergleichbarer Richtung modifizieren oder dieselben Persönlichkeitsveränderungen durchlaufen. Die Formen der biographischen Lagerung einer Krebserkrankung, die Lerndimensionen, die Lernmodi, die Lernkontexte sowie die biographischen Lernstrategien sind jedoch Schlüsselkategorien, die die Variationen des Lernens im Kontext der Erkrankung erklären (vgl. Strauss 1998, S. 65).

Werden nun auch alle anderen Lebensereignisse in den Vergleich einbezogen, so zeigt sich, dass eine Krebsverlaufskurve durchaus von anderen Erleidensprozessen abgelöst oder überlagert werden kann: Die subjektiven Vorerfahrungen sind interpersonell derart unterschiedlich, so dass eine Brustkrebserkrankung immer auf einen bereits biographisch bestellten Boden fällt. So können durchaus andere Erleidensprozesse biographische Ausnahmesituationen für die Frauen darstellen, z. B. ist für eine Frau der plötzliche Tod des Ehemannes während der eigenen Chemotherapie derart dramatisch, dass die eigene Krebserkrankung in den Hintergrund gerät. Inwieweit eine Krebserkrankung eine Ausnahmesituation im Leben darstellt, kann demnach *nur* die erkrankte Person *nur* im Kontext ihrer Biographie beurteilen. Wenn dann die gesamten Lebensereignisse nicht nur biographieanalytisch, sondern auch auf Lernphänomene untersucht werden, finden sich außerhalb der Brustkrebserkrankung ebenfalls die Lerndimensionen, die im Kontext der Brustkrebserkrankung voneinander unterschieden werden konnten. Wissensaneignung, Veränderung von Eigentheorien, Verhaltensmodifikationen sowie Identitätsveränderungen sind Lerndimensionen, die mit oder ohne pädagogische Intention zu allen Zeiten im Lebensablauf auftreten können. Ebenso verhält es sich mit den biographischen Lernstrategien (Anpassung, Vergleich, Suche, Reflexion), die nicht nur während, sondern auch vor und nach der Erkrankung auftreten. Und auch Lernmodi, d. h. Formen des Neulernens (z. B. das erste Mal Mutter werden oder zum ersten Mal einen Beruf ausüben), des Umlernens (z. B. Modifizierung von Alltagsroutinen aufgrund veränderter Bedingungen an einem neuen Wohnort), des Verlernens (z. B. Aufgabe des Berufs und damit „Verblasen“ des berufsrelevanten Wissens und Könnens) oder des Nichtlernens (Nicht Lernen Wollen und Nicht Lernen Können bzw. aktives und passives Nichtlernen) finden sich außerhalb des Erkrankungskontextes.

Kann nun vom Ausnahmefall auf den Normalfall des Lernens geschlossen werden? Die theoretisch festgelegte Kennzeichnung einer Krebserkrankung als Ausnahmesituation im Lebensablauf sensibilisiert zunächst den Forscher für das Normale, das der Erkrankte wiederherzustellen oder nicht zu verlieren versucht. In der empirischen Untersuchung sind es dann aber die Einzelfälle, über deren Vergleich Typologien gebildet werden. Diese Einzelfälle verlieren im Untersuchungssample jedoch ihr Alleinstellungsmerkmal, da alle an Krebs erkrankt sind – ebenso wie es auch in einer Krebsklinik den „Ausnahmefall Krebs“ nicht mehr gibt. Im Ergebnis zeigt sich so wohl ein Kontinuum der biographischen Lagerung einer Krebserkrankung im Le

bensablauf als auch ein Kontinuum, in dem sich die lernspezifischen Veränderungen bewegen. Der Vergleich aller 20 Personen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Brustkrebserkrankung und Lernprozessen (Querschnitt Vergleich) und der Vergleich verschiedener Ereignisse über die Lebenszeit einer Person (Längsschnitt Vergleich) sowie schließlich das In Beziehung Setzen der Vergleichsergebnisse ermöglicht die Loslösung von der lebensbedrohlichen Erkrankung. Durch diese Befreiung aus der Gebundenheit an ein konkretes Ereignis, d. h. in diesem Fall die Loslösung von der alleinigen Fokussierung von Lernprozessen im Kontext der Brustkrebserkrankung, reichen die Ergebnisse der vorliegenden Studie über den Gegenstandsbereich hinaus (vgl. Strauss 1998, S. 306). Mit dem Vergleich interpersoneller und intrapersoneller Zusammenhänge wird gleichzeitig eine Begründungsfolie angeboten, die ohne den Begriff der Repräsentativität auskommt: Ein Einzelfall existiert immer losgelöst von theoretischer Bestimmung eines Ausnahme oder Normalfalles. Oder: Unter subjekt orientierter Perspektive gibt es immer nur den Einzelfall, nicht den Ausnahme oder Normalfall. Allein über die Bildung von Schlüsselkategorien, die sich durch das kontinuierliche Vergleichen der Einzelfälle unter Zuhilfenahme bestimmter Methoden (z. B. des Kodierparadigmas) finden lassen, können generalisierte Aussagen getroffen werden, die über den Einzelfall hinausreichen. Hinsichtlich der eingangs gestellten Frage, ob sich vom Ausnahmefall des Lernens im Kontext einer Brustkrebserkrankung auf den Normalfall des Lernens im Lebensablauf schließen lässt, muss deshalb folgendes konstatiert werden: Vom *theoretisch festgelegten Ausnahmefall* über den *empirisch untersuchten Einzelfall*, der u. a. weitere oder andere subjektiv definierte Ausnahmesituationen bereithält, lassen sich Rückschlüsse auf den *Normalfall des Lernens* ziehen. Das Lernen im Lebensablauf bewegt sich vor dem Hintergrund individuell biographischer Erfahrungsaufschichtung in einem mehrdimensionalen Wechselverhältnis aus Lerndimensionen, Lernmodi, Lernkontexten und Lernstrategien. Mit diesem empirisch entwickelten Kategorienschema können Lernprozesse im Lebensablauf erklärt werden; es kann als Differenzschema bei der empirischen Analyse von Lernprozessen im Lebensablauf angelegt werden.

Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag ist die überarbeitete Fassung meines Vortrags auf der 60th Annual American Association for Adult and Continuing Education (AAACE) Conference, Indianapolis/USA, im November 2011, mit dem Titel: „From ‚Exception‘ to ‚Normality‘? Informal Learning in the Context of a Life Threatening Disease“.
- 2 Untersuchungen, die sich an diese Ergebnisse anschließen, finden sich u. a. bei Nittel 2010, 2011, Seltrecht 2010, 2011.
- 3 Damit ist die theoretische Setzung hinsichtlich einer Ausnahmesituation vergleichbar mit der einer Krise in der Bewältigungsforschung (vgl. Seltrecht 2006, S. 14, Nittel 2011, S. 81).

Literatur

- Garfinkel, H. (1967): *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey
- Kelle, U./Kluge, S. (2010): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden
- Kierkegaard, S. (1955): *Die Wiederholung. Drei erbauliche Reden 1943*. Düsseldorf
- Marotzki, W. (1990): *Entwurf einer strukturalen Bildungstheorie. Biographietheoretische Auslegung von Bildungsprozessen in hochkomplexen Gesellschaften*. Weinheim
- Meyer Drawe, K. (1986): *Lernen als Umlernen – Zur Negativität im Lernprozess*. In: Meyer Drawe, K. Lippitz, W. (Hrsg.): *Lernen und seine Horizonte. Phänomenologische Konzeptionen menschlichen Lernens – didaktische Konsequenzen*. Königstein, S. 19–45
- Nittel, D. (2010): *Lernphänomene im Kontext lebensbedrohlicher Erkrankungen im Alter. Mechanismen der Erzeugung von biographischer Irrelevanz bei Brustkrebspatienten*. In: Hof, C./Ludwig, J./Schäffer, B. (Hrsg.): *Erwachsenenbildung im demographischen und sozialen Wandel*. Hohengehren, S. 94–104
- Nittel, D. (2011): *Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens*. In: *Der pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen*. Heft 2/2011, S. 80–90
- Riemann, G./Schütze, F. (1991): „Trajectory“ as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: Maines, D. R. (Hrsg.): *Social Organization and Social Processes. Essays In Honor of Anselm Strauss*, Hawthorne, New York, S. 333–347
- Schütze, F. (1981): *Prozeßstrukturen des Lebensablaufs*. In: Matthes, J./Pfeifenberger, R./Stoßberg, A. (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Nürnberg, S. 67–156
- Seltrecht, A. (2006): *Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs*. Opladen und Farmington Hills
- Seltrecht, A. (2008): *Nichtlernen im biographischen Kontext. Eine bislang verkannte erziehungswissenschaftliche Kategorie*. In: von Felden, Heide (Hrsg.) (2008): *Perspektiven erziehungswissenschaftlicher Biographieforschung*. Wiesbaden, S. 193–209
- Seltrecht, A. (2009): *Changing lanes: On the contribution of research about non learning in biographical contexts to an understanding of lifelong learning processes*. International conference „learning revisited: what next?“, www.ioe.stir.ac.uk/events/documents/Paper067_AstridSeltrecht.pdf
- Seltrecht, A. (2010): *Lernprozesse im Spannungsverhältnis von kalendarischem, biologischem, sozialem und subjektivem Alter*. In: Hof, C./Ludwig, J./Schäffer, B. (Hrsg.): *Erwachsenenbildung im demographischen und sozialen Wandel*. Hohengehren, S. 82–93
- Seltrecht, A. (2011): „Sie sind nicht hier zum Sterben“ *Wie Ärzte auf Ängste von Krebspatientinnen reagieren*. In: *Dr. med. Mabuse – Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*. 4/2011, S. 34–36
- Seltrecht, A. (2012): *Informelles Lernen*. In: Schäffer, B./Dörner, O. (Hrsg.) (2012): *Handbuch qualitative Erwachsenenbildungs- und Weiterbildungsforschung*. Opladen und Farmington Hills (eingereicht)
- Strauss, A. L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München

Die Konstruktion des Patienten als Lernprozess Erziehungswissenschaftliche Notizen zu einem medizinischen Begriff

Dieter Mittel

Zusammenfassung

Mitarbeiter der Gesundheitsbildung haben es nicht per se mit „Teilnehmern“ oder „Besuchern“ zu tun, sondern in vielen Fällen mit „Patienten“. Das wirft die Frage auf, wie es mit dem Lernen der Patienten bestellt ist. Ausgehend von den Befunden eines in der Erwachsenenbildung beheimateten biographieanalytischen Forschungsprojektes stellt der Autor dem Begriffssystem „informelles, nonformales und formales Lernen“ ein alternatives Kategoriensystem gegenüber. Inwieweit das hier präsentierte Konzept langfristig einen Beitrag zur wissenschaftlichen Erschließung des Lernens Erwachsener leisten kann, bedarf allerdings einer weiteren Prüfung. Berufs- und disziplinpoltisch schöpft der vorliegende Beitrag seine Relevanz daraus, dass die in der Gesundheitspädagogik/Gesundheitsbildung zentrale Figur des Patienten eine pädagogische Bestimmung erfährt.

1. Kritik an den alten und der Bedarf nach neuen Analysebegriffen zur wissenschaftlichen Erschließung des Lernens Erwachsener

Die aus dem Memorandum für Lebenslanges Lernen der Europäischen Union stammende Differenzierung „informelles, nonformales und formales Lernen“ wird so wohl in der erwachsenenpädagogischen Debatte als auch im fachwissenschaftlichen Diskurs intensiv genutzt (vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2000). Das informelle Lernen bezieht sich dabei bekanntlich auf die Aneignungspraxis jenseits von Organisationen, also auf das Geschehen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs pädagogischer Berufe, didaktischer Settings und institutioneller Vorgaben. Beispielsweise sei hier die autodidaktische Aneignung von Wissen aus medizinischen Ratgebern genannt. Das nonformale Lernen spielt sich dem gegenüber zwar in expliziten und impliziten Erziehungs- und Bildungsinstitutionen ab und wird auch von ausgebildetem Personal begleitet (wie etwa Gesundheitskurse der Krankenkassen), doch

mündet es im Unterschied zum formalen Lernen nicht in Bildungsabschlüsse oder andere Zertifikate ein. Formales Lernen vollzieht sich beispielsweise in beruflichen Qualifikationsmaßnahmen für Krankenschwestern, die eine Zusatzausbildung im Bereich der Schmerztherapie absolvieren und hierfür ein Zeugnis erhalten. Der Umstand, dass der zentrale Fluchtpunkt bei der Konzipierung der eben genannten Lernkontexte das staatlich und verbandspolitisch kontrollierte Zertifikats- und Berechtigungswesen darstellt, nährt den Verdacht, dass dieser Ansatz nicht ganz frei vom Ballast partikulärer bildungspolitischer, ja vielleicht auch ökonomischer Verwertungsinteressen ist. Zudem erweist sich das Koordinatensystem „informelles, nonformales und formales Lernen“ im Rahmen konkreter empirischer Studien als nicht sonderlich erkenntnismächtig, weil es der Komplexität des Lernens ebenso wenig Rechnung zu tragen vermag wie seinem prozessualen Charakter (Seltrecht 2012). Die Differenzierung sei, so wird beispielsweise argumentiert, extrem unscharf, weil selbstverständlich auch in der Schule als vermeintlichem Prototyp des formalen Lernens, informell gelernt wird und die bloße Berücksichtigung des äußeren Lernkontextes nichts über die situative Ausgestaltung realer Lernprozesse und deren emotionale und kognitive Dynamik aussage¹.

Im Folgenden werden die Umriss eines dezentral angelegten Kategoriensystems zur Beschreibung von Lernphänomenen im Erwachsenenalter vorgestellt, welches mit dem Verfahren des autobiographisch narrativen Interviews entwickelt wurde. „Dezentral“ nennen wir das Konzept deshalb, weil sowohl die strukturellen als auch die zeitlichen Qualitäten des Lernens erfasst werden, ohne jedoch eines davon mit einer Priorität zu versehen. (Nähere Informationen über das noch laufende DFG Vorhaben können entweder auf einer Internetseite (www.biographie.krankheit.lernen.de) abgerufen werden oder sind aus bereits vorliegenden Publikationen zu entnehmen (Nittel 2010, 2011, Seltrecht 2010, 2011)). Die Tragfähigkeit dieses aus der Biographieforschung stammenden Kategoriensystems wird überprüft, indem es auf den biographieanalytisch nicht unbedingt einschlägigen Begriff des Patienten appliziert wird. Die Interviews wurden mit von lebensbedrohlichen Erkrankungen betroffenen Menschen geführt, dabei handelt es sich um Befragte, die entweder an Brustkrebs erkrankt sind oder einen Herzinfarkt erlitten haben. Das Besondere des hier vorgestellten Kategorienschemas besteht darin, dass dabei die *Lernkontexte* durchaus einen Platz haben, etwa um die jeweilige Nähe oder Distanz zum Zertifikats- und Berechtigungswesen zu markieren, sie aber dennoch in ein übergreifendes Modell aufgenommen werden. Dieses Modell weist neben dem Element der Lernkontexte noch die Komponenten „Lernmodi und Lerndimensionen“ auf.

2. Konzept zur wissenschaftlichen Erschließung von Aneignungsprozessen im Erwachsenenalter: Lernmodi – Lerndimensionen

Bei der Analyse von lebensgeschichtlichen Interviews und bei den Vorarbeiten für das laufende DFG Projekt (Seltrecht 2006) hat es sich als sinnvoll erwiesen, auf ausschließlich binär codierte Schemata wie etwa Vermittlung und Aneignung zu verzichten und stattdessen – analog zu der Denkweise von John Dewey – stärker die auch

im Alltagswissen enthaltene Vielfalt des Lernens zur Geltung zu bringen (Nittel 2011). Bei der Bestimmung der *Lernmodi*, nämlich Lernen, Verlernen, Umlernen und Nichtlernen, spielte die Überlegung eine wichtige Rolle, dass das Lernen eine durch und durch multidimensionale Erfahrung darstellt, es hier kein „richtig oder falsch“ bzw. „ja oder nein“ geben kann, sondern eine Vielfalt von Erlebnisformen mit vielen Abstufungen in Rechnung zu stellen sind. In Anlehnung an bereits eingeführte Konzepte des Lernens und des Gedächtnisses ergänzen wir die eben skizzierten Lernmodi um die Kategorie der *strukturellen Lerndimensionen*, um so die Aufmerksamkeitsspannweite bzw. die existenzielle Reichweite des Lernens zu bestimmen. Diese erstreckt sich entweder auf die Situation, den Alltag oder die Identität einer Person. Folgerichtig unterscheiden wir zwischen folgenden Lerndimensionen, nämlich der situativen Wissensaneignung, der nachhaltigen Veränderung des Alltagsverhaltens und dem Umbau der Identitätsformation. Das Lernen im Horizont der Wissensaneignung bezieht sich auf die konkrete Aneignungssituation und tangiert das semantische Gedächtnis (Welzer 2002: 24); hier geht es um das Erlernen von Fakten, Begriffen über die Welt als soziale und natürliche Entität. Die Lerndimension der nachhaltigen Veränderung des Alltagshandelns bezieht sich auf das beobachtbare Verhalten, also die Transformation von Routinen und Gewohnheiten, wobei hier besonders das prozedurale Gedächtnis (ebd. 25) tangiert wird. Die Lerndimension der Identitätsveränderung schließlich impliziert sowohl das Erlernen neuer Rollen und die dadurch ausgelöste Modifikation auch der vertikalen Identitätsformation (persönliche Identität, biographische Selbstbeschreibungen) als auch weitreichende Modifikationen der Persönlichkeitsstruktur. Auf dieser Ebene ist das episodische bzw. autobiographische Gedächtnis (Conway/Rubin 1993) von zentraler Bedeutung. Um dem sequentiellen Charakter des Lernens ausreichend Geltung zu verschaffen, werden den *strukturellen* Lerndimensionen die *prozessualen* Lerndimensionen zur Seite gestellt. Diese Kategorie verhält sich komplementär zu den vier zentralen Prozessstrukturen des Lebenslaufs, wie wir sie aus der sozialwissenschaftlichen Biographieforschung her kennen (Schütze 1981). Das institutionelle Ablauf- und Erwartungsmuster des Lebensverlaufs (Ausbildungskarrieren, Berufsverläufe, Wehrdienst, lebenszyklische Ablaufmuster wie eine Familie gründen, usw.) evoziert ein *verwaltetes Lehren und Lernen*. Die Verlaufskurven des Erleidens (Dauerarbeitslosigkeit, chronische Erkrankung, Alkoholikerkarriere) beinhalten ein *leidgeprüftes Lernen*. Die Prozessstruktur der biographischen Wandlung setzt Formen des *schöpferischen Lernens* frei, und biographische Handlungsschemata (eine Auswanderung durchführen, ein Haus bauen) implizieren ein *zielgerichtetes Lernen*².

3. Das verwaltete Lehren und Lernen im Zuge des institutionalisierten Ablauf- und Erwartungsmusters der medizinischen Therapie, Behandlung und Rehabilitation

Ebenso wie bestimmte berufliche Karrieremuster oder lebenszyklische Ablaufmuster (Familienzyklus) stellt auch das Ablauf- und Erwartungsschema der ärztlichen Diagnose, Behandlung und Rehabilitation ein mehr oder weniger standardisiertes, durch bestimmte Expertenkulturen überwacht und institutionellen Regeln unterworfenen

soziales Ablaufschema dar. Sobald ein Gesellschaftsmitglied zum Patienten avanciert, gerät er in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssystems. Die Beteiligungsmöglichkeiten werden hier analog zu den Hierarchien und der institutionell kodifizierten Arbeitsteilung zwischen den Leistungsrollen (Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychologen, usw.), den Vertretern einer Leitprofession (Ärztenschaft) und den Patienten ausgehandelt und nach bestimmten Regeln verteilt. Bevor die Inklusion in das Gesundheitssystem erfolgt und noch bevor ein objektiver Bedarf (Abbott 1988) aufgrund einer Erkrankung festgestellt wird, eignet sich das Gesellschaftsmitglied im Zuge informeller Lernprozesse ein Alltagswissen über die Patientenrolle an. Dieses Alltagswissen lässt sich in folgender Weise dimensionieren. Die Gesellschaftsmitglieder erwerben, das hat die Auswertung der autobiographisch narrativen Interviews gezeigt, eine ungefähre Vorstellung davon,

- welche alltagspraktischen Gegenstände (Kulturbeutel, Schlafanzug, Morgenmantel) benötigt werden, wenn sie sich einer längeren medizinischen Behandlung (im Krankenhaus) unterziehen müssen,
- dass der Arzt in Bezug auf den eigenen Körper das Recht hat, vollständig eingeweiht zu werden und man selbst dazu angehalten ist, alle für den Professionellen relevanten Informationen über den eigenen Leib mitzuteilen,
- dass die Kooperationsverpflichtung gegenüber dem Arzt auch die Suspendierung „normaler“ Schamgrenzen (Nacktheit) und die Einklammerung moralischer Standards (etwa bei der Behandlung von AIDS) einschließt,
- dass der Arzt von dem stillschweigenden Konsens ausgehen kann, dass der Patient im Laufe der Behandlung seine Auflagen, Ratschläge und Gebote im Alltag umsetzt und Compliance an den Tag legt.

Einen großen Teil des Alltagswissens über die Standarderwartungen an einen Patienten beziehen die Gesellschaftsmitglieder heute aus Produkten der Massenmedien: Spielfilmen, Fernsehserien, Comics, Ratgebern und dem Internet. Und nicht nur der sogenannte Arzt oder Groschenroman, sondern auch die Literatur aus der bürgerlichen Hochkultur (etwa bei Gottfried Benn, Christa Wolff, Durs Grünbein), vermittelt ein anschauliches Bild darüber, was man als guter Patient zu tun und zu lassen hat, welche Rechte und welche Pflichten im Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient vorherrschen.

Die Anfangssituation im institutionellen Ablauf und Erwartungsmuster der medizinischen Behandlung, die sich in dem vordergründig banalen Sachverhalt niederschlägt, dass ein Bürger einen Arzt aufsucht, ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen das eben skizzierte Alltagswissen mobilisieren, aktualisieren und revidieren. Aus der Differenz zwischen den Erwartungen und den faktischen Erfahrungen ziehen die Betroffenen insofern fortlaufend Lehren als sie die ursprünglichen Bilder und Vorstellungen korrigieren und die Handlungspraxis den jeweiligen institutionellen Umständen anpassen.

Die subjektive Aneignungspraxis des Patienten wird im weiteren Verlauf maßgeblich durch die dem institutionalisierten Ablauf und Erwartungsmuster der Krankheitsbehandlung zugeordnete prozessuale Lerndimension bestimmt, nämlich durch das

bereits erwähnte *verwaltete Lehren und Lernen*. Dieser Befund mag zunächst etwas fragwürdig erscheinen, gehört vom Standpunkt eines Erziehungswissenschaftlers die Arzt-Patienten-Interaktion doch eher in die Rubrik „informelles Lernen“. Nimmt man das Gebot der Perspektivenverschränkung (Gieseke) wirklich ernst, so bedarf diese Zuordnung unter Berücksichtigung des medizinischen Standpunktes einer Korrektur. Aus allgemeinmedizinischer Sicht wird der Patient nicht nur als hilfsbedürftig und leidend typisiert, sondern sehr wohl auch als Lernender schematisiert. Die ärztliche Profession spricht diesbezüglich von den *edukativen Anteilen* im therapeutischen Handeln, und in der ärztlichen Handlungslogik ist die aneignungsbezogene Vermittlungspraxis (Kade/Seitter 2007), also intentionales pädagogisches Handeln, ein nicht substituierbares Element. Eine besonders große Rolle in der modernen Hochleistungsmedizin spielen heute die bildgebenden Verfahren (Röntgen und Ultraschallaufnahmen, Computertomographie), die primär die Funktion eines Hilfsmittels zur ärztlichen Entscheidungsfindung haben, in Wahrheit aber gleichzeitig den Ausgangspunkt für ganz vielfältige pädagogisch gerahmte Zeigeaktivitäten des Arztes bilden: Während der Mediziner auf dem Bildschirm oder die auf Papier ausgedruckten Aufnahmen des Körpers *zeigt* wird dem Patienten parallel dazu das Wissen vermittelt, was der Fall ist, welcher Befund vorliegt, welche körperlichen Ursachen den Symptomen zugrunde liegen, wobei im günstigsten Fall eine Übersetzung der abstrakten medizinischen Kategorien in das laienhafte Alltagswissen stattfindet. Das Kriterium des verwalteten Lehrens und Lernens ist erfüllt, weil in der konkreten Arzt-Patienten-Interaktion entweder das Zeigen als elementare Form des pädagogischen Handelns oder die einzelfallbezogene Beratung die dominanten pädagogischen Handlungsformen darstellen³. Ein zentraler Aspekt im Komplex der edukativen Handlungsanteile ist die Engführung zwischen Handlungsaktivitäten der Aufklärung und die der medizinischen Beratung. Juristisch abgesichert ist die Beratungspflicht in der Weise, dass das Bundesverfassungsgericht zur Sicherungsaufklärung und Selbstbestimmungsaufklärung einschlägige Urteile gefällt hat, wobei auch andere Gründe dafür maßgeblich sind, warum diese beiden Varianten gleichsam einer rechtlichen Dauerbeobachtung ausgesetzt sind (vgl. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?pid=54690). Die Selbstbestimmungsaufklärung bezieht sich auf die Schaffung der Möglichkeit für den Patienten, dass er über den Modus, Sinn, Ablauf und die Konsequenzen der Behandlung in all ihren Einzelheiten informiert wird. Eine solche Informationsvermittlung ist zwingend und wird kontrolliert. Dabei geht es weniger darum, eine vollständige und nachprüfbar transparente Transparenz zu erzeugen als vielmehr dem Patienten in groben Zügen Einblicke zu verschaffen, was mit ihm im Zuge der Krankheitsbehandlung passiert. Unter der auch als therapeutische Aufklärung bezeichneten Sicherungsaufklärung subsumiert man alle Aktivitäten der Vermittlung und der Informationsweitergabe über das therapieadäquate Eigenverhalten des Patienten. Beispielsweise muss der Patient oder die Patientin auf das Risiko der Unverträglichkeit eines Medikaments, auf eine potenzielle schädigende Konsequenz einer Operation oder auf eine ärztlicherseits anzurathende Änderung der Lebenspraxis aufmerksam gemacht werden. Diese Variante der Beratung dient auch dem Zweck, den betroffenen Patienten ein gesundheitsförderndes Verhalten nahezubringen und sie

vor den Folgen einer ungesunden Lebensführung zu warnen. Die Sicherungsaufklärung stellt eine therapeutische Pflicht dar, deren Versäumnis oder Verletzung als expliziter Behandlungsfehler geahndet wird. Eine Bestätigung dafür, dass all die eben genannten Phänomene unter der Kategorie des verwalteten Lehrens und Lernens subsumiert werden können, liefert allein schon der Tatbestand, dass es eine offizielle Beglaubigung am Ende der diesbezüglichen Beratungssequenzen gibt. So stellt die Unterschrift des Patienten unter einem Dokument, mit dem die Informationsweitergabe und Aufklärung dokumentiert wird, ein obligatorischer Schritt im Ablaufschema einer medizinischen Behandlung dar⁴.

Neben der bereits erwähnten, in aller erster Linie juristisch relevanten Trennung zwischen Sicherungsaufklärung und Selbstbestimmungsaufklärung erscheint im ärztlichen Arbeitsbogen (Strauss 1985) eine weitere Unterteilung sinnvoll zu sein, nämlich die zwischen Diagnose, Behandlungs-, Risiko- und Verlaufsaufklärung, wobei das ärztliche Abschlussgespräch den Endpunkt in dieser langen Sequenz an pädagogischen Aktivitäten markiert.

4. Die Dialektik der Aneignung von innerer und äußerer Patientenrolle

In Bezug auf lebensbedrohliche Erkrankungen wie einer koronaren Herzerkrankung oder Brustkrebs konnte ein Mechanismus des rollenspezifischen Lernens in den Biographien aufgedeckt werden, der sich ganz generell auf die soziale Konstruktion des Patienten bezieht und damit unabhängig vom Krankheitsbild zu betrachten ist. Kaum nachvollziehbare Erscheinungen in den Lebensgeschichten (eine beruflich direkt mit Herzerkrankungen vertraute Krankenschwester begibt sich nicht in ärztliche Behandlung, sondern übergeht ihren Infarkt) büßen ihre vordergründige Irrationalität ein, wenn zunächst zwischen dem Erlernen der äußeren und der inneren Patientenrolle unterschieden wird und dann die biographischen Hintergründe für das Nichtlernen Stück für Stück freigelegt werden. Das eine Extrem ist die vollständige Passung, das andere Extrem ist die vollständige Diskrepanz zwischen innerer und äußerer Patientenrolle. Wie muss man sich diese Extreme konkret vorstellen? Auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen gibt es – etwa im Bereich der Psychosen – immer wieder Fälle, bei denen aus medizinischer Sicht eine eindeutige Attribuierung „krank“ vorliegt, die Betroffenen aber jeden Leidensdruck von sich weisen und folglich keinen Sinn in einer medizinischen Intervention sehen und somit eine Negation der inneren Patientenrolle vornehmen. Dieser Gruppe stehen Personen gegenüber, die unter einem extremen Leidensdruck stehen, die verschiedensten Krankheitssymptome – wie einen diffusen Schmerz – verspüren, ohne dass Ärzte einen objektivierbaren Befund identifizieren können und auf die Konstruktion der äußeren Patientenrolle verzichten. Die Verschränkung zwischen der inneren und äußeren Patientenrolle kommt in der Transformation des Zustandes „eine Krankheit haben“ in den Zustand „Krank Sein“ zur Geltung: Im ersten Fall handelt es sich um einen temporären Zustand des Körpers als biologische Entität, im Fall des Krank Seins bildet die Erkrankung ein Attribut der Subjektivität, ein Merkmal, das etwas Essentielles über das So und nicht anders Sein aussagt⁵. Eine Koinzidenz zwischen beiden Rollenanteilen ist gegeben,

wenn keine nennenswerte Diskrepanz zwischen den kognitiven und den emotionalen Haltungen gegenüber dem eigenen Leib vorliegen, so dass Fühlen und Denken in Bezug auf ein körperliches Symptom Hand in Hand gehen und weitgehend harmonieren. Bedingung für die Möglichkeit für eine solche Koinzidenz ist die Erfahrung einer sinnlichen Evidenz der Krankheit. Ein solches Evidenzerlebnis tritt allerdings nicht bei allen Erkrankungen zum gleichen Zeitpunkt auf. Bei einem Herzinfarkt, der sich durch das Absterben zuvor gesunder Zellen des Herzmuskels infolge von Mangelversorgung auszeichnet, wobei die eigentliche Funktionsstörung Infarkt auf eine längere Durchblutungsstörung (Ischämie) zurückgeht, ist die Erkrankung im Akutstadium in der Regel unmittelbar spürbar. Bei Männern kündigt er sich häufig durch heftige Schmerzen in der Brust an; bei Frauen können auch andere Symptome vorliegen. Zur Physiognomie der Erkrankung gehört, dass klar benennbare Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Krankheit vergrößern; dass das schmerzhafte Höhepunktereignis extrem plötzlich eintritt, dann aber mit einer Normalisierung gerechnet werden kann (sofern frühzeitig der Notarzt herbei geholt werden kann) und es sich gleichsam um einen mechanischen und damit aber auch reparablen Fehler handelt.

Das Evidenzerlebnis stellt sich bei männlichen und weiblichen Brustkrebspatienten völlig anders dar. Im Gegensatz zum Herzinfarkt, wo der Körper etwas Eigenes verliert (Muskelkraft des Herzens), findet beim Brustkrebs gleichsam eine Invasion fremder Elemente statt (kranke Zellen), was die Kriegsmetaphorik in den diesbezüglichen Beschreibungen erklären mag. Zumindest für Krebspatienten in einem sehr frühen Stadium der Erkrankung bildet die Diagnose zunächst einmal eine bloße Etikettierung, und der Weg der vollständigen Anverwandlung der Krankheit als neuer Bestandteil des eigenen Leibes ist mit einem ebenso schmerzhaften wie emotionsgeladenen Erkenntnis- und Lernprozess verbunden. Wie man in den erhobenen Lebensgeschichten von Frauen und Männern beobachten konnte, ist die Krankheit zu nächst als bloße Zuschreibung vorhanden. Die Betroffenen spüren keine Schmerzen, registrieren unter Umständen außer einem Knoten keine nennenswerten körperlichen Veränderungen. Sie haben das Gefühl, voll und ganz funktionsfähig zu sein und am Leben partizipieren zu können. In der Vermittlungssituation der Diagnose teilt der Arzt das Ergebnis des medizinischen Erkundungs-, Aufklärungs- und Sondierungsprozesses mit. Er vermittelt eine Botschaft, die unter Umständen einem „Todesurteil“ gleichkommt. Damit wird gleichsam ohne Vorwarnung und aus dem Stand heraus existentiell bedeutsames Wissen über die erkrankte Person kommuniziert, wobei die offene biographische Zukunft des Menschen relativiert und unter Vorbehalt gestellt wird. Da es sich dabei im Kern um einen bloßen Zuschreibungsprozess handelt, ohne dass ein Evidenzerlebnis vorliegt, also Erfahrung und Wissen auseinanderklaffen, reagieren die Erkrankten hochgradig irritiert: Sie sind verwundert und erstaunt, so dass sie im ersten Moment lachen; sie verlieren die Kontrolle über ihre Gefühle, reagieren ungläubig oder sie sind der festen Meinung, dass eine Fehldiagnose vorliegt. Solche Situationen der Diagnosevermittlung sind unter pädagogischen Aspekten außerordentlich wichtig, weil Vermittlung und Aneignung unter Maßgabe einer großen Ungleichzeitigkeit stattfindet. Ungewissheit über eine bestimmte physische Auffällig

keit wird aus ärztlicher Sicht in Gewissheit überführt, so dass der zentrale erkenntnis generierende Schritt der medizinischen Primärdiagnose nun zunächst einmal beendet ist. Während die Gestalt des Erkenntnisprozesses der Diagnose im Zuge ihrer Übermittlung geschlossen wird, setzt der Prozess der Aneignung der Krankheit unter Maßgabe ihres tatsächlichen Charakters allerdings erst noch ein. Kann die zeitliche Spanne zwischen der Aneignung der inneren und der äußeren Patientenrolle beim Herzinfarkt eher gering veranschlagt werden, fällt dieser Abstand bei Brustkrebserkrankten in der Regel größer aus. Doch unabhängig von diesen Unterschieden droht in beiden Fällen die natürliche Einstellung unseres Alltags des „und so weiter“ (Alfred Schütz) und damit das Vertrauen in die Zukunft zusammenzubrechen.

Die nach der Vermittlung der Diagnose anstehende Operation oder die Chemotherapie und deren Folgen tragen dann schließlich zur endgültigen Justierung der inneren und äußeren Patientenrolle bei. Die Erfahrung des Schmerzens und das Wissen über die Krankheit verschmelzen zu einer neuen Erfahrung. Spätestens an dieser Stelle ist die *Aneignung der Patientenrolle* als Verschränkung von abstraktem Wissen und unmittelbarem Erleben abgeschlossen.

Der hier angedeutete Prozess der subjektiven Aneignung der Patientenrolle läuft bei einigen Personen schneller, bei einigen Personen langsamer ab als die äußeren Prozesse im institutionellen Ablauf und Erwartungsmuster der diagnostischen Erkundung und der endgültigen Bestimmung der Erkrankung. Frau Coburg hat nach einer Mammographie – ohne dass sie mit dem zuständigen Frauenarzt gesprochen hätte – nur aufgrund der Art und Weise wie sich die Röntgenassistentin mit ihr unterhalten und sie verabschiedet hatte das Gefühl der Bedrohung: „Da hab ich gedacht, na wie sie mir die Hand geschüttelt hat und dies Gesicht, da dacht ich fast, als wenn sie kondoliert, da habe ich gedacht, das muss ernst sein, das ist höchstwahrscheinlich, ich habs gedacht“ (Constanze Coburg). Ohne ihren Mann über ihre Vorahnung zu informieren, trifft sie ad hoc Vorbereitungen, dass sie längere Zeit ihre familiären Aufgaben nicht mehr nachkommen kann. Sie kocht ihrem Mann drei Wochen vor, friert die Mahlzeiten ein und verpflichtet Personen für Gartendienste und Nebentätigkeiten. Schon vor dem offiziellen Termin beim Frauenarzt und gleichsam unter Vorgriff auf die offizielle Diagnose arrangiert sie ihr familiäres Leben so, dass ihr Mann auch ohne sie auskommt. Auch die spiegelverkehrte Konstellation zeichnet sich im Material ab. Bei Frau Inn hinkt die (subjektive) Aneignung der Krankheit dem medizinischen Behandlungsprozess vollständig hinterher. Frau Inn hat schon vor dem Arztbesuch einen Knoten gespürt und wird von ihrem Hausarzt aufgrund des möglichen Befunds einer ernsthaften Komplikation zum Facharzt geschickt. Dieser Frauenarzt weist sie umgehend in die Klinik ein, wo unter Maßgabe absoluter Dringlichkeit eine Operation stattfindet. Obwohl sie aufgrund dieses Behandlungsverlaufs und der Hinweise der Ärzte längst mit der naheliegenden Möglichkeit einer Brustkrebserkrankung hätte rechnen müssen (die äußere Patientenrolle war längst etabliert), macht sie in ihrem subjektiven Aneignungsprozess die Akzeptanz von dem histologischen Beweis einer Gewebeprobe abhängig. Da diese allerdings erst zwei Wochen nach der Operation endgültig vorliegt, verharrt sie in dieser Zeit in einem extrem unangenehmen Schwebezustand der Ungewissheit. In ihrem Fall ist die (inne

re) Aneignung der Patientenrolle mit Phasen des Nichtlernens, also des Ausblendens, des Verleugnens und des systematischen Verdrängens verbunden.

Parallel zur Übernahme der inneren und der äußeren Patientenrolle entfalten sich die drei eingangs genannten strukturellen Lerndimensionen. Der Patient eignet sich fortlaufend neues Wissen über die Art der Erkrankung an; aus diesem Wissen ergeben sich mehr oder weniger weitreichende Konsequenzen im Hinblick auf die alltägliche Lebensführung und gleichzeitig steht der Betroffene vor der Aufgabe, seine persönliche Identität so umzubauen, dass das Krank Sein in sein Selbstbild passt. Die Entwicklung in der Arbeitsgesellschaft und mehr noch die Dynamik in der sich formierenden Wissensgesellschaft tragen dazu bei, dass die Patienten extensiv und intensiv Wissen über ihre Erkrankung sammeln, verarbeiten und mit anderen Menschen austauschen. So setzen sich die Patienten gehäuft sowohl mit der Ratgeberliteratur als auch mit populär aufbereiteter wissenschaftlicher Literatur auseinander. Sie recherchieren im Internet über die Phänomenologie und die Facetten der Erkrankung, holen sich eine zweite (oder dritte) Diagnose ein, lassen sich aus dem sozialen Umfeld beraten und tasten sämtliche Informationsquellen und Kontaktmöglichkeiten auf Wissen ab, das mit ihrer Erkrankung direkt oder indirekt korrespondiert. Die Ärzteschaft registriert diese Entwicklung einerseits mit Wohlwollen, andererseits mit Misstrauen. Während die Patienten mit ihrem autodidaktischen Aneignungsverhalten sich durch ihre Kenntnisse als gut informierte und mündige Patienten zu erkennen geben, wächst gleichzeitig die Gefahr, dass durch den ständigen Wissenszuwachs der Laien das Vertrauen in die Institution Medizin und die Profession untergraben wird. Auf der Ebene der Veränderung des Alltagsverhaltens zeichnet sich mit der Aneignung der Patientenrolle ebenfalls eine Fülle lernspezifischer Phänomene ab, die von Krankheit zu Krankheit sehr unterschiedlich ausfallen können: Einzelne Herzinfarktpatienten müssen auf die sonst durchgeführten Flugreisen verzichten; sie gehen Stress auslösenden Situationen systematisch aus dem Weg; sie reduzieren ihren Haushalt durch den Umzug von einem Haus in eine kleinere Wohnung, um sich lästige Routinetätigkeiten wie Putzen oder Reparaturarbeiten zu entledigen. Krebspatienten verändern in radikaler oder weniger radikaler Weise ihre Ernährungsgewohnheiten oder verzichten auf Alkohol und Nikotin; sie kaufen sich einen Hund, um sich dem Zugzwang zu mehr Bewegung auszusetzen. Andere schließen sich einer Selbsthilfegruppe an und begreifen die eigene Krankengeschichte als Modell für das Lernen anderer; manche Patienten nutzen den mit dem Austritt aus dem Berufsleben verbundenen Freiraum, um sich bürgerschaftlich zu engagieren. In Bezug auf den Umbau der Identitätsformation muss es keineswegs zu einem echten biographischen Wandlungsprozess der Selbstidentität im Sinne der soziologischen Biographieforschung (Schütze 1981) nach dem Vorbild künstlerischer Prozesse der Expansion der Kreativitätspotenziale oder religiöser Konversion kommen. Bereits die konsequente Aneignung der Patientenrolle sowie die systematische Entwicklung eines neuen Lebensstils, einschließlich eines gewandelten Verhältnisses zum eigenen Körper, zu signifikanten Anderen und zu Personen aus dem sozialen Umfeld können mit einem weitreichenden Umbau der Identitätsformation Hand in Hand gehen.

5. Die Verschränkung von Neulernen, Verlernen, Nichtlernen und Umlernen

Die hier in den Blick genommenen mentalen und kognitiven Prozesse der Patienten oszillieren keineswegs zwischen Wissen und Nichtwissen oder in einem anderen bipolaren Verhältnis, sondern sie bewegen sich in einem mehrdimensionalen, vom Reichtum der menschlichen Erfahrung gespeisten Raum. In diesem begegnen uns die Modi des Neulernens (im Sinne eines echten Erkenntnisstrugs), Verlernens, Umlernens und Nichtlernens.⁶

Je dramatischer sich die Verlaufskurve einer lebensbedrohlichen Erkrankung hinzieht und je langwieriger der Erkrankte auf die Patientenrolle fixiert bleibt, desto größer muss die Wahrscheinlichkeit veranschlagt werden, dass er in den aufgrund der Krankheit nun nicht mehr aktiv bedienten Lebensbereichen Dinge und Kompetenzen schlicht verlernt. Lange Fahrradtouren müssen ausfallen und diesbezügliche motorische Fähigkeiten werden überflüssig, das parteipolitische Engagement muss zurück geschraubt werden, und das hat Folgen auf das interaktionsgeschichtliche Lernen (man verliert Kontakte), zudem erweist sich der Ausstieg aus der Erwerbsarbeit als ein aus medizinischer Sicht unvermeidbarer Schritt, so dass man auf der Ebene der modernen Computertechnologie auch sein diesbezügliches Wissen keinem „update“ unterziehen kann. Das Verlernen schließt mit Blick auf die eben genannten Handlungsfelder „Freizeit, politisches Engagement und Beruf“ sowohl die Relevanzabstufung gewisser Aktivitäten als auch das schlichte Vergessen von Wissen und die Ausblendung eingeschliffener Routinen mit ein.

Ein geradezu klassischer Fall des Umlernens tangiert staatlich geförderte Programme des Umschulens und die damit korrespondierende Aufnahme und Beendigung pädagogisch flankierter Maßnahmen. Herzinfarktpatienten im frühen und mittleren Erwachsenenalter eröffnen die zuständigen Stellen des Wohlfahrtsstaates mit diesen Maßnahmen die Chance, aus einem risikobelasteten Beruf aussteigen und durch eine berufliche Umschulung und Qualifikationsmaßnahme sich neu auf dem Arbeitsmarkt positionieren zu können. In einem solchen Fall des berufsbiographischen Spurwechsels findet das Umlernen im Kontext des formalen Lernens statt. Folgt man den bildungstheoretischen Analysen von Meyer Drawe (2008), so ist vieles, was im Gewand des Neulernens daherkommt, im Kern faktisch Umlernen. Lernen im Erwachsenenalter ist primär Anschlusslernen, es baut auf einem Set an bereits aufgeschichteten Korpus an Kompetenzen und Wissen auf. Das Umlernen besitzt den beim Neulernen zum Zuge kommenden Überraschungseffekt nicht und setzt auch keinen klar identifizierbaren Anfang – wo das Neue als solches erkennbar ist – voraus. Ein bereits erreichtes Lernplateau wird im Fall des Umlernens auf einen anderen Gegenstands- oder Handlungsbereich übertragen, ohne dass etwas genuin Neues stattfindet. Personen, die vor ihrer Krankheit nur punktuell Sport getrieben haben, dies allerdings in sehr extremer Weise, müssen beispielsweise lernen, ihre Aktivitäten zu dosieren und ihr Bewegungs- und Fitnessverhalten auf das gesamte Jahr zu verteilen, etwa vom Rennrad auf einen weniger sportlichen Radtyp umzusteigen.

Da in der hier zugrunde gelegten Sichtweise Lernen als eine spezifische Form des kommunikativen Handelns zwischen dem Subjekt und seiner sozialen oder natürl

chen Umwelt definiert wird, wird auch das Nichtlernen als ein gleichberechtigter Modus des Lernens betrachtet – schließlich erwachsen auch aus dem Nichtlernen weitreichende Konsequenzen. Das Nichtlernen des Patienten wird demnach nicht als moralisch verwerflich konnotiert, sondern analog zur „Nichtteilnahme“ oder „Lernverweigerung“ (Faulstich/Bayer 2006) als legitime Reaktion aufgefasst und dem Spektrum sinnhaften Handelns zugeordnet. Aus biographieanalytischer Sicht kann Nichtlernen auf der Ebene der situativen Wissensaneignung und der Verhaltensveränderung mehrere Funktionen haben. So kann es dazu dienen, trotz der Diskontinuität des Erlebens in all den Berg- und Talfahrten in der Verlaufskurvenentwicklung das Gefühl von Beständigkeit und Sicherheit zu verleihen. Unter passivem Nichtlernen (Seltrecht 2006: 167) versteht man ein nicht lernen können im Zuge der Verlaufskurvenentwicklung, ein Ausgeliefertsein gegenüber den konditionellen Handlungszwängen der Außenwelt, während aktives Nichtlernen (Seltrecht 2006) eine bewusste Entscheidung des Betroffenen impliziert, die Negation einer vom Standpunkt des generalisierten Anderen eigentlich zwingend notwendigen Handlungsoption. Aus gesellschaftskritischer Perspektive stellt sich letztlich die Frage, ob sich im Nichtlernen in vertrackter Weise der lebensweltliche Eigensinn gegenüber der verwissenschaftlichten Rationalität des Medizinsystems zu behaupten versucht und ein schweigender Opponentenbezug gegenüber der Dominanz der Expertenkulturen in Stellung gebracht wird.

Die Wahrscheinlichkeit in Deutschland, dass die Erkrankten unter Maßgabe einer optimalen Vorsorge an der Brustkrebserkrankung sterben, beträgt circa 17 Prozent (Holleczek et al. 2011). Und nicht für alle Menschen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, ist diese Erkrankung die primäre Todesursache. Dieser triviale Hinweis bedeutet, dass nach der Überwindung der Verlaufskurve einer lebensbedrohlichen Erkrankung auch ein Verlernen der Patientenrolle in Rechnung zu stellen ist. Ganz generell kann man davon ausgehen, dass für die Betroffenen ein solcher Vorgang des Verlernens der Patientenrolle als begrüßenswert, ja als segensreich wahrgenommen wird und dementsprechend evaluiert wird. In dem gleichen Maße, wie man die sonst wichtigen regelmäßigen Arzttermine vergisst, wieder durchschlafen kann und nicht jede Gelegenheit nutzt, um aufgrund eines dringenden Wunsches nach emotionaler Entlastung über die eigene Erkrankung zu reden, baut sich nach und nach wieder die alltagsweltliche Idealisierung auf, sich auf den eigenen Körper verlassen, die innere Balance wiedergewinnen zu können. Die Rekonstitution dieser elementaren Form des Alltagswissens ist mit einer Fülle von Prozessen des Verlernens verbunden. Ein vollständiges Verlernen der Patientenrolle ist weder erstrebenswert noch möglich. Denn der Tatbestand, dass man vor x Jahren einen Herzinfarkt erlitten hat und der Umstand, dass man vor y Jahren erfolgreich eine Brustkrebserkrankung hinter sich gelassen hat, wird eine Person als potenzieller Identitätsmarkierer (Goffman) ihr gesamtes weiteres Leben begleiten.

6. Abschließende Bemerkungen

Die hier versammelten Befunde und Überlegungen stammen aus der empirischen Auseinandersetzung mit lebensgeschichtlichen Interviews von Brustkrebspatienten und Herzinfarktpatienten einerseits und sozialwissenschaftlichen Vorwissen anderer seits. Beides ist über den in der Grounded Theory aufgezeigten Weg der Abduktion zusammengefügt worden (Nittel 2012). Wenn sich in diesem Beitrag abgezeichnet haben sollte, dass die Forschungsergebnisse auch auf andere Patientengruppen übertragbar sind, so stellt dies gleichsam einen Lackmustest dafür dar, dass die Erwartung des Projektes aufgegangen ist, ausgehend von zwei stark kontrastierenden Erkrankungen Rückschlüsse auf andere Krankheitsbilder zu ziehen. Die Kategorie des Patienten wurde primär aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive definiert, ohne dass es notwendig war, auf soziologische Vorarbeiten (etwa von T. Parsons) zurückzugreifen. Analog zum Credo des Projektes, vom Ausnahmefall der Krankheit instruktive Hinweise auf die Normalität des Lernens im Erwachsenenalter zu ziehen, müssten in einem nächsten Schritt die im Projekt entwickelten Kategorien auch auf die Lebensgeschichten „gesunder“ Gesellschaftsmitglieder appliziert werden. Erst wenn die in dem dezentralen Lernkonzept steckende Differenzierung Lernkontexte (informelles, nonformales, formales Lernen), Lernmodi (Neulernen, Umlernen, Verlernen, Nichtlernen), strukturelle Lerndimensionen (Aneignung von Wissen, Veränderung des Alltagsverhaltens, Umbau der Identitätsformation) und die prozessualen Lerndimensionen (verwaltetes, schöpferisches, leidvolles und zielgerichtetes Lernen,) sich auch in autobiographisch narrativen Interviews mit beliebig anderen Personengruppen erkenntnismächtig erweisen sollte, kann von einer wirklichen Plausibilität des hier skizzierten Ansatzes gesprochen werden.

Doch schon jetzt zeichnet sich in den Befunden ein großes Sensibilisierungspotenzial ab. So gehen nahezu alle Vertreter des Gesundheitssystems im Falle kranker Menschen von der ganz selbstverständlichen Unterstellung aus, dass es sich bei ihrem „Publikum“ per se um Patienten handelt. Diese Annahme stellt unter dem Eindruck unserer Forschungsergebnisse insofern eine kontrafaktische Unterstellung dar, weil sie im Bewusstsein der Möglichkeit ihrer Widerlegung dennoch aufrechterhalten wird. Viel realistischer ist die Position, dass die Ungleichzeitigkeit zwischen den offiziellen medizinischen Programmen (der Vermittlung, der Behandlung) und den Aneignungsprozessen der inneren und äußeren Patientenrolle den Normalfall repräsentieren könnte, während der eigentlich anzustrebende Gleichklang eher die Ausnahme bildet. Unsere Forschungsbefunde verweisen auf eine vordergründig triviale Erkenntnis, die aber von substantieller Bedeutung ist: *Die kranke Person tritt dem Arzt sowohl als Patient als auch als Biographieträger gegenüber!* Im Nichtlernen des Patienten drückt sich dabei keineswegs in jedem Fall mangelnde Kooperationsbereitschaft, Willigkeit, Einsichtsfähigkeit oder andere Defizite aus, sondern der schlichte Anspruch des *Biographieträgers* auf Normalität. So betrachtet handelt es sich beim Nichtlernen des Patienten also nicht um Defizite oder individuelles Versagen, sondern möglicherweise um eine Reaktion auf das Spannungsverhältnis zwischen den Imperativen,

Ansprüchen und Erwartungen des mächtigen Gesundheitssystems einerseits und dem Eigensinn lebensweltlicher und biographischer Strukturen andererseits.

Anmerkungen

- 1 An dieser Stelle müsste eigentlich eine kritische Auseinandersetzung mit den stark von der Psychologie überformten Konzepten des Lernstils, der Lerntypen und Lernstrategien erfolgen, da das hier vorgestellte Konzept auch eine Reaktion auf diese Modelle darstellt. Eine solche kritische Beschäftigung kann aus Platzgründen hier jedoch nicht erfolgen.
- 2 Den eben skizzierten Analyseapparat begreifen wir nicht als etwas gänzlich Neues, sondern als Spezifizierung lerntheoretischer Vorstellungen, wie sie von Illeris (2010) und Meyer Drawe (2008) entwickelt worden sind. Diesen grundlagentheoretischen Überlegungen schließen wir uns grundsätzlich an, glauben allerdings, dass wir zur empirischen Erfassung der lebensgeschichtlichen Dimensionalisierung des Lernens auf eine bewährte Technik der Erhebung und der Auswertung diesbezüglicher Daten angewiesen sind. Unser Anliegen besteht im Kern darin, die narrationsanalytische Variante der sozial und erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung durch ein Inventar erziehungswissenschaftlicher Analysekatoren zu ergänzen.
- 3 Allerdings wird aufgrund der Mystifizierung der dyadischen Beziehungsstruktur in den auf den Arzt bezogenen soziologischen Professionstheorien (Parsons und Oevermann) übersehen, dass auch das Unterrichten, etwa in Form der massenhaft in Kliniken durchgeführten Arztvorträge (ein klassisches Beispiel: die Stelle in Thomas Manns *Zauberberg*, als der stellvertretende Leiter (Dr. Krokowski) einen Vortrag hält, Mann 1954, S. 214), eine weit verbreitete Form pädagogischen Handelns von Medizinern darstellt.
- 4 An dieser Stelle können wir uns leider nicht auf einschlägige Stellen aus den Interviews beziehen, sondern müssen auf Hintergrundwissen ausweichen. Genuine Interaktionsphänomene kommen im autobiographisch narrativen Interview kaum zur Geltung.
- 5 Die englische Sprache wird dieser Differenzen besser gerecht: Sie unterscheidet zwischen *illness*, *disease* und *sickness*.
- 6 Unter *Neulernen* verstehen wir einen Aneignungsprozess, der für das Subjekt eine Informations- und Überraschungsfunktion hat, also einen Neuigkeitswert besitzt. So gesehen entspricht das Neulernen dem, was wir im fachwissenschaftlichen Diskurs gemeinhin unter „Lernen“ verstehen, nämlich die Veränderung von Wissen und Können unter dem Eindruck neuer Erfahrungen. Das *Umlernen* besitzt den eben angedeuteten Überraschungseffekt nicht. Die Erfahrungsaufschichtung erreicht kein qualitativ neues Niveau. Das Umlernen basiert auf dem grundlegenden Tatbestand, dass viele Lernprozesse als Umstrukturierung eines bereits existierenden Wissenskanons oder Musters an Fähigkeiten und Fertigkeiten beschrieben werden können. Ein bereits erreichtes Lernplateau wird auf einen anderen Gegenstands- und/oder Aktivitätsbereich übertragen, ohne dass etwas genuin Neues statt findet. Die Kategorie *Verlernen* wird dem Umstand gerecht, dass Lernen immer einen „Prozess mit Herkunft und Zukunft“ (Meyer Drawe 2008) darstellt, weil mit dem Gewinn einer neuen Perspektive immer der Verlust einer alten verbunden ist. Wir verlernen bzw. vergessen einmal abgespeichertes Wissen ebenso wie bestimmte Alltagsroutinen, wenn sie nicht mehr benötigt werden. Verlernen ist letztlich dem nicht hintergehbaren Umstand einer begrenzten Speicherkapazität unseres Gedächtnisses geschuldet. Dem *Nichtlernen* kann eine bewusste Entscheidung des Subjektes gegen eine Lernoption zugrunde liegen: „Das Wissen/das Können brauche ich nicht.“ Das nicht lernen wollen steht dem nicht lernen können gegenüber. Dieser Modus des Nichtlernens kann daran festgemacht werden, wenn aus der Perspektive des generalisierten Anderen (Normalformervorstellung) zwar eine konditionelle Relevanz für die Möglichkeit eines Wissens- und Könnenszuwachses vorliegt, diese Erwartung aber nicht erfüllt wird (vgl. Nittel 2011).

Literatur

- Abbott, Andrew (1988): *The system of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press
- Conway, Martin A./Rubin, David C. (1939): The structure of autobiographical memory. In: Alan F. Collins/Gathercole, Susan E./Conway, Martin A./Morris, Peter E. (Hg.): *Theories of Memory*. Hove u. a.: Erlbaum, S. 103 137
- Faulstich, Peter/Bayer, Mechthild (2006): *Lernwiderstände. Anlässe für Vermittlung und Beratung*. Hamburg: VSA Verlag
- Holleczek, Bernd/Arndt, Volker/Stegmaier, Christa/Brenner, Hermann (2011): Trends in breast cancer survival in Germany from 1976 2008. a period analysis by age and stage. In: *Cancer Epidemiology*, 35, Heft 5, S. 399 406
- Illeris, Knud (2010): *Lernen verstehen. Bedingungen erfolgreichen Lernens*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Kade, Jochen/Seitter, Wolfgang (2007): Wissensgesellschaft Umgang mit Wissen Universalisierung des Pädagogischen. Theoretischer Begründungszusammenhang und projektbezogener Aufriss. In: Kade, Jochen/Seitter, Wolfgang (Hg.), *Umgang mit Wissen. Recherchen zur Empirie des Pädagogischen*. Band 1: Pädagogisches Wissen. Opladen & Farmington Hills: Budrich, S. 15 42
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2000): *Arbeitsdokumente der Kommissionsdienststellen. Memorandum über das Lebenslange Lernen*. Brüssel
- Mann, Thomas (1954): *Der Zauberberg*. Frankfurt/Main: Fischer
- Meyer Drawe, Käte (2008): *Diskurse des Lernens*. Paderborn: Fink
- Nittel, Dieter (2010): Lernphänomene im Kontext lebensbedrohlicher Erkrankungen im Alter. Mechanismen der Erzeugung von biographischer Irrelevanz bei Brustkrebspatienten. In: Hof, Christiane/Ludwig, Joachim/Schäffer, Burkhard (Hg.), *Erwachsenenbildung im demographischen und sozialen Wandel. Dokumentation der Jahrestagung der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 24. bis 26. September 2009*. Hohengehren: Schneider, S. 94 104
- Nittel, Dieter (2011): Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens. In: *Der pädagogische Blick*, 19, Heft 2, S. 80 91
- Nittel, Dieter (2012): Grounded Theory. In: Schäffer, Burkhard/Dörner, Olaf (Hg.), *Handbuch Qualitative Erwachsenen- und Weiterbildungsforschung*. Opladen: Budrich (im Druck)
- Schütze, Fritz (1981): Prozeßstrukturen des Lebenslaufes. In: Matthes, Joachim/Pfeifenberger, Arno/Stosberg, Manfred (Hg.), *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive*. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung, S. 67 156
- Seltrecht, Astrid (2006): *Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs*. Opladen & Farmington Hills: Budrich
- Seltrecht, Astrid (2010): Lernprozesse im Spannungsverhältnis von kalendarischem, biologischem, sozialem und subjektivem Alter. In: Hof, Christiane/Ludwig, Joachim/Schäffer, Burkhard (Hg.), *Erwachsenenbildung im demographischen und sozialen Wandel. Dokumentation der Jahrestagung der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 24. bis 26. September 2009*. Hohengehren: Schneider, S. 82 93
- Seltrecht, Astrid (2009): Handeln Ärzte pädagogisch? In: *BIOS Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen*, 22, Heft 1, S. 57 74
- Seltrecht, Astrid (2011): „Sie sind nicht hier zum Sterben“. Wie Ärzte auf Ängste von Krebspatientinnen reagieren. In: *Dr. med. Mabuse Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 36, Heft 4, S. 34 36

- Seltrecht, Astrid (2012): Informelles Lernen. In: Schäffer, Burkhard/Dörner, Olaf (Hg.), Handbuch Qualitative Erwachsenen und Weiterbildungsforschung. Opladen: Budrich, (im Druck)
- Strauss, Anselm L./Fagerhaugh, Shizuko/Suczek, Barbara/Wiener, Carolyn (1985): The Social Organization of Medical Work. Chicago: The University of Chicago Press
- Welzer, Harald (2002): Das kommunikative Gedächtnis. Eine Theorie der Erinnerung. München: Beck

Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter wirkungsanalytischen Gesichtspunkten

Sylvana Dietel

Zusammenfassung

In dem Artikel wird die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Gesundheitsbildung verantwortungs- und anforderungsbezogen nachgezeichnet. Wirkungsanalytische Betrachtungen geben hierüber Aufschluss. Abschließend wird unter der programmatischen Forderung „Von evaluativen Zufriedenheitsabfragen zu qualitativen Wirkungsanalysen“ eine forschungsinduzierte Anregung für die Praxis vorgestellt.

1. Interesse an Gesundheit – gesellschaftlich und individuell

Blickt man in die Geschichte des 18., 19. und 20. Jahrhunderts zurück, gab es immer wieder ein politisch aufflackerndes Interesse an Gesundheit und Gesunderhaltung der Bevölkerung als Garant des Staatskörpers, das mit gesellschaftlichen, moralisierend einordnenden Fragen und Arbeitsfähigkeit verbunden war. Es veränderten sich über die Zeit jedoch die Vorstellungen, was Gesundheit sei ebenso wie die Ansprüche an deren Herstellung bzw. Verantwortungszuschreibung. Argumentationen für letzteres unterlagen stets machtbezogenen Auslegungen (vgl. Göckenjan 1987). In der heutigen Verschiebung der Krankheitsbilder vermehrt hin zu chronischen bzw. stressbezogenen Erkrankungen spiegeln sich die aktuellen Dimensionen, die arbeitsmarktpolitisch und volkswirtschaftlich relevant sind. „Unzufriedenheit am Arbeitsplatz macht Millionen Menschen rückenkrank, was die Wirtschaft teuer zu stehen kommt: Auf 50 Milliarden Euro jährlich werden die Kosten geschätzt.“ (Elger/Gitschier 2011, S. 56) Es liegt eine größere Stress- und Burnout-Literatur vor (vgl. Erhart/Meyer 1997), die bestimmte Berufsfelder besonders fokussiert. Auch auf den bisher weniger beachteten Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit ist hier besonders zu verweisen (Hollederer/Brand 2006), da Arbeitslosigkeit in zahlreichen Berufsbiographien eine einschneidende und gesundheitlich beeinträchtigende Rolle spielt. Die Verantwortung für Gesundheit erfuhr in der historischen Entwicklung eine Verschiebung hin zu einem individuellen Gestaltungserfordernis, das sich

aus dem Bedeutungsverlust der Arbeitskraft für den Staat speiste und sich in einer zunehmenden Verantwortungsteilrücknahme zeigt. So rückt Gesundheit als von den Teilnehmer/innen freiwillig aufgesuchter Angebotsbereich der Volkshochschule als größter Erwachsenenbildungsinstitution für unterschiedlich Betroffene und Interessierte seit den 70er Jahren und verstärkt den 90er Jahren in den individuellen Fokus neben Angeboten von Selbsthilfegruppen oder freien Trägern (Venth 2001, Hess 2002, Hoh/Barz 2011). Angebote werden von den Teilnehmer/innen primär oder sekundärpräventiv, d. h. prophylaktisch bzw. zur Verhinderung des beispielsweise bereits beobachteten Risikoverhaltens genutzt, um Gesundheit und Krankheitsentwicklung selbstbestimmt mitgestalten zu können. Gesundheit ist somit durch Krankheit bedroht, aber auch ein Zustand, der aktiv gestaltet werden muss/kann. Die VHS reagiert gleichzeitig auf den Bedarf mit ihrer Angebotsentwicklung.

Es kann eine anforderungsbezogen sich darstellende wesentliche nicht monetäre Ressourcenabhängigkeit von Fitness, Wohlbefinden und emotionaler Stabilität diagnostiziert werden, die Gesundheit auch als zentralen Bezugspunkt für Employability ausweist (Dietel, 2012). Ressourcen meinen hier nicht ausschließlich Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten im Rückgriff auf genutzte Foki des Human Resource Managements, sondern eine grundlegende bzw. verbindende „Aktiva“. Ressourcen verbrauchen sich. Kompetenzen sind ressourcenabhängig. Beispielhaft sei auf emotionale Stabilität verwiesen, die sich in Dienstleistungsberufen als eine überfachliche Kompetenz eigentlich ebenso als fachliche Kompetenz ausweist (Dietel 2012). Dieser Bezug zur Employability kann auch vereinzelt anhand der regional und zielgruppenspezifisch ausdifferenzierten Angebotsbereiche an Volkshochschulen festgestellt werden, hat sich jedoch noch nicht ins allgemeine Bewusstsein eingepreßt. Neben Kursen zur „Gesunden Ernährung“ oder zu „Asiatischen Gesundheitstraditionen“ treten zunehmend jetzt auch Angebote „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ hinzu. Letztere umfassen u. a. Stressbewältigung und Entspannung, Rückengesundheit sowie Ernährung und Suchtprävention. Der Zusammenhang von Bewegung und körperlicher Aktivität mit geistiger Produktivität ist in gesundheitspsychologischen und medizinischen Studien nachgewiesen ebenso wie die positiven Wirkungen im Hinblick auf körperliche Gesundheit wie z. B. den Blutdruck etc. (Kaluza 2003). Es zeigt sich jedoch ein gerade geschlechtsspezifisch sich ausdifferenzierendes Aktivitäts- und Partizipationsverhalten, das sich in Volkshochschulbesuchen (vermehrt Frauen) oder im Breiten und Freizeitsport (vermehrt Männer) zeigt.

2. Spezifik des Gesundheitsbildungsangebots an Volkshochschulen

Das besondere der Angebote der VHS zeigt sich im Gegensatz zu Einzelaktivitäten wie Jogging, Radfahren oder Kursen in Fitnessstudios in einer besonderen Atmosphäre, die vom Bildungskonzept der Gesundheitsbildung (statt Erziehung) geprägt ist und gruppenbezogene, interaktive Lernformen sowie notwendiges Wissen in unterschiedlichen Dimensionen integriert. Interaktive leistungs- und wettkampffreie Lernmöglichkeiten sind für bestimmte gerade stressfreie Bildungsprozesse notwendig. Sie sind vertrauensbasiert und entwicklungsfördernd. Der Fokus liegt neben ei

nem Auspowern auf der Entwicklung von Wahrnehmungsfähigkeit, Selbstreflexion und der Kompetenz des individuellen Ressourcenaufbaus auch für die Folgezeit. Die semesterweisen Kursangebote stärken eine Entwicklung, die Zeit benötigt, aufgrund von Kontinuität. Hiervon gegensätzlich wären vereinzelte Teilnahmen an Kursangeboten in Fitnessstudios zu betrachten, die lose erscheinen und für einige Teilnehmer/innen an atmosphärischer und vertrauensbasierter Tiefe mangeln. Das Bildungserlebnis in den Gesundheitsbildungskursen an den VHS wird vielfach ermöglicht:

- durch den Erwerb von Wissen,
- durch Aneignung von Fertigkeiten und Techniken (z. B. Stressabbau, Ausgleich)
- Selbsterkenntnis und Wiederbelebung von Empfindungsfähigkeit,
- kognitive und körperlich leibliche Reflexion,
- Orientierung und Handlungskompetenz durch Ressourcenstärkung,
- Grenzerfahrung bzw. Neuerfahrung (vgl. Dietel 2012).

Das Angebot an der VHS reagiert somit auf eine vielfältige und starke Nachfrage. Letztere ist eng verwoben mit gesellschaftlichen Entwicklungen und Zeitgeist. „Erwachsenenbildung gewinnt immer dann an Bedeutung, wenn der Wandel der Lebensverhältnisse und das Aufkommen neuer Auslegungen dieser Verhältnisse Menschen in ihren eingewöhnten Vorstellungen und in ihren Deutungen der Lebensanforderungen verunsicherten.“ (Tietgens 1987, S. 7) Verunsicherung aufgrund diskontinuierlicher Erwerbsbiographien, wegen einer zunehmend schwieriger werdenden finanziellen und erwerbsbezogenen Planbarkeit und daraus resultierender Unsicherheit, dem natürlichen Wunsch nach Gestaltungsfähigkeit und Handlungsspielräumen (die oft beschränkt werden) können zu gesundheitsbezogenem Risikoverhalten als Kompensation, zu diffusem Unwohlsein oder zu Ängsten führen. Gesundheitsbildung kann stabilisieren, subjektive Aufklärung und Entscheidungsunterstützung bieten.

Der Programmbereich Gesundheit an den VHS erreicht des Weiteren Zielgruppen, die – und das zeigen Barz/Tippelt (2007) in ihrer Milieustudie auf – Gesundheit als integralen Bestandteil ihrer Gestaltungsaufgaben ansehen und hiermit gleichzeitig den Mehrwert der Partizipation neben beispielsweise körperlicher Funktionsfähigkeit weiter in Form von Wohlbefinden, Auspowern, Glücksgefühlen sucht. Das Gefühl von gesundheitsbezogener Gestaltungsfähigkeit, von – nach Antonovsky (1987) „Widerstandsressourcen“ kann sich als positive Erfahrung auf andere Felder übertragen und wichtige Kompetenzbereiche in Familie und Beruf freilegen bzw. sichern stellen. Entsprechend positive Lernerfahrungen sind emotional körperlich gespeichert und präsent (Gieseke/Dietel 2011).

3. Von evaluativen Zufriedenheitsabfragen zu qualitativen Wirkungsanalysen

Die Bedeutung qualitativer Wirkungsanalysen der Teilnahme an Gesundheitsbildung besaß bisher ein geringeres Gewicht als quantitative Kursevaluationen zur Zufriedenheit bzw. Kursbeurteilung. Daten der statistischen Teilnehmer/innen Struktur geben jedoch keinen Aufschluss über Wirkungen der Partizipation. Erfolg wird und wurde

vordergründig über Teilnahmezahlen/quoten und nicht über Arten des Wissens und Reflexionserwerbs gemessen. Der Qualitätsdiskurs in der Gesundheitsbildung der 90er Jahre bezog sich auf die Kursleiter/innenfortbildung, auf die gesamte Einrichtung sowie am Rande auf Wirksamkeitsnachweise von konkreten Übungsverfahren (Blättner 1998). Letztere wurden aufgrund der Schwierigkeit der Erfassung individueller gesundheitsbezogener Wirkungen stiefkindlich behandelt. Dies lag den Argumentationen der 90er Jahre zufolge darin, dass es unterschiedliche Gesundheitsvorstellungen gäbe, die sich einer Vereinheitlichung entzögen. Die Bedeutungshöfe erstrecken sich von Gesundheit als Grundlage von Aktivität und Freiheit bis zur Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (vgl. auch Hoh/Barz 2011).

Angebote der Gesundheitsbildung sind problem- und gestaltungsorientiert ausgerichtet und unterliegen keiner vereinheitlichungsfähigen Endprodukten bzw. Outputs. Zwar lassen sich Ergebnisse in körperlicher Stabilität oder Kenntnis von Techniken ausmachen, aber „[d]ie Frage nach dem Lernerfolg ist nicht nur die nach Daten, sondern auch die nach Deutungen.“ (Tietgens 1993, S. 220) Wirkungsanalysen bedürfen einer Längsschnittperspektive.

In der pädagogischen Forschung sind die Begriffe Effekte und Wirkungen oft nicht trennscharf und eindeutig definiert (vgl. Käßplinger 2011). In einer abgeschlossenen Promotion zur Analyse von Wirkungen der Gesundheitsbildung werden diese dort inhaltlich thematisch gefüllt und unterschieden (Dietel 2012). In der Weiterbildungspraxis kann sich der Einsatz von leitfadenorientierten Gruppendiskussionen am Ende von Kursen als ein Instrument der reflexiven Erhöhung der teilnehmerbezogenen Wirkungen lohnen. Beispielhaft wurden von Dietel (2012) biographisch narrative Interviews gekoppelt an nachgängige Gruppendiskussionen komparativ verschränkt. Diese (Forschungs-)Methodik kann neben einer subjektiven Reflexivitätserweiterung der Wirkungsbreite, die über die Kursankündigung hinausgehen kann, gleichzeitig als Instrument der Qualitätsentwicklung in den Kursen selbst eine praktische Anwendung finden. Ein Einsatz einer Gruppendiskussion könnte in den letzten Kurstagen eines Semesters durch die Kursleiter/innen erfolgen. Exemplarisch sei auf den differenziert erstellten Leitfaden bei Dietel (2012) verwiesen, der aufgrund der in der Forschungsarbeit diagnostizierten und theoriegeleiteten Wirkmöglichkeiten stimulierende Fragen integriert, die eine Wirkungsbreite zur Diskussion geben und ein Ressourcenbewusstsein, entsprechendes Bildungsbewusstsein und Entwicklungsbewusstsein der Teilnehmer/innen schärfen. Gleichzeitig spiegelt sich die Breite der Verwendungskontexte und des Zugewinns an Kenntnissen, Fertigkeiten, Fähigkeiten und Lernerfahrungen, die für die Dozent/innen Rückschlüsse auf ihre Arbeit, Lehrplanung und

Konzeption erlauben. Eine Anwendung in der Praxis wird empfohlen. Konkret geplant sind bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft im Fortbildungsprogramm für Mitarbeiter/innen der Berliner Erwachsenenbildung im Bereich „Evaluation“ spezifische Fortbildungen für u. a. Volkshochschuldozent/innen problem- und gestaltungsorientierter Erwachsenenbildungsangebote. Auf die weiteren praxisbezogenen Empfehlungen betreffend den Ausbau der Verbindungen betrieblicher Gesundheitsförderung mit gesundheitsbezogener sowie kultureller Weiterbildung am Beispiel emotionaler Stabilität/Vielfalt wird in der Arbeit von Dietel

(2012) verwiesen. Ein entsprechend entwickeltes verbindendes Seminarangebot „Gefühles Wissen als emotionale Ressource“ wird dort ebenfalls vorgestellt. Projektüberlegungen zur forschungsbegleiteten Anwendung sind in Planung.

4. Fazit

Perspektiverweiterungen in Bezug auf Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit in Richtung Wohlbefinden, emotionale Stabilität, Ressourcenaufbau werden zunehmend volkswirtschaftlich wichtig. Die VHS reagiert mit ihrem breiten Angebot bereits seit langem seismographisch auf diese Entwicklungen. Untersuchungen von Wirkungen der Partizipation an gesundheitsbezogenen, auch kreativen Weiterbildungsangeboten befinden sich erst am Anfang und sind im Hinblick auf moderne Anforderungen an das Individuum wie Entscheidungsfähigkeit, Offenheit, Flexibilität und Kreativität zu spezifizieren.

Literatur

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. 1. Aufl., San Francisco
- Barz, H./Tippel, R. (2007): *Weiterbildung und soziale Milieu in Deutschland*. Praxishandbuch Milieumarketing. 2. Aufl., Bielefeld
- Blättner, B. (1998): *Gesundheit lässt sich nicht lehren*. Bad Heilbrunn
- Dietel, S. (2012): *Gefühles Wissen als emotional körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung*. Zugl. Dissertation an der Humboldt Universität Berlin. (erscheint Febr. 2012, VS Verlag, Wiesbaden)
- Elger, K./Gitschier, L. (2011): GAU für den Sozialstaat. In: *Der Spiegel Wissen*, 4/2011, S. 56-59
- Erhart, F./Meyer, U. (1997): *Burnout – eine moderne Karriere*. In: Zech, R. (Hrsg.). *Pädagogische Antworten auf gesellschaftliche Modernisierungsanforderungen*. Opladen, S. 114-139
- Gieseke, W./Dietel, S. (2011): *Über die Unlust über Emotionen beim Lernen nachzudenken*. In: Faulstich, P./Bayer, M. (Hrsg.): *Lernlust. Hunger nach Wissen, lustvolle Weiterbildung*. Hamburg. (im Druck)
- Gökenjan, G. (1987): *Gesundheit, Ärzte, Staat – Ein Überblick*. In: Venth, A. (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem*. Bad Heilbrunn, S. 19-29
- Hess, S. (2002): *Entkörperungen – Suchbewegungen zur (Wieder)Aneignung von Körperlichkeit. Eine biografische Analyse*. Opladen
- Hoh, R./Barz, H. (Hrsg.) (2011): *Weiterbildung und Gesundheit*. In: Tippel, R./von Hippel, A.: *Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung*. 5. Aufl., Wiesbaden, S. 729-746
- Holleder, A./Brand, H. (Hrsg.) (2006): *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern u. a.
- Kalyza, G. (2003): *Stress*. In: Jerusalem, M./Weber, H. (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen u. a., S. 339-362
- Käpplinger, B. (2011): *Kriterienraster für eine vergleichende Effekte- und Nutzenforschung in der beruflichen Weiterbildung für Betriebe und Beschäftigte*. Dortmund. [www.effekteprojekt.de/EffekteArbeitsbericht%20No %201.pdf](http://www.effekteprojekt.de/EffekteArbeitsbericht%20No%201.pdf) [Abrufdatum: 13.11.2011]
- Tietgens, H. (1987): *Vorwort*. In: Venth, A. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem*. Bad Heilbrunn, S. 7-9
- Tietgens, H. (1993): *Was sind Maßstäbe für Bildungswirkung?* In: *Grundlagen der Weiterbildung*. Jg. 4, Nr. 4, S. 219-220
- Venth, A. (2001): *Gesundheitsbildung für Frauen*. In: Gieseke, W. (Hrsg.): *Handbuch zur Frauenbildung*, S. 513-519

Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter statistischen Gesichtspunkten

Bernd Käpplinger

Zusammenfassung

Nach kurzen einführenden Anmerkungen zur historischen und gesellschaftlichen Bedeutung der Gesundheitsbildung wird in dem Artikel die quantitative Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen anhand von Statistiken und Programmanalysen nachgezeichnet. Insgesamt ist die Gesundheitsbildung von einem deutlichen Wachstum gekennzeichnet.

1. Gesundheitsbildung: Vom „unbeachteten Schattendasein“ ins Rampenlicht

Die gesellschaftlichen und individuellen Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit sind historisch großen Veränderungen ausgesetzt und aufs engste mit politischen Prozessen verwoben (vgl. Foucault 2001, Hoh/Barz 2010). Allein schon deswegen sollte man vorsichtig damit sein, individuelle Bildungsbewegungen im Bereich Gesundheitsbildung als reine Privatinteressen einzustufen. In der Erwachsenenbildung/Weiterbildung hat sich die Bedeutung der Gesundheitsbildung in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. So weist Venth (2001, S. 513) darauf hin, dass dieser Programmbereich lange Zeit „statistisch nicht in Erscheinung trat“ und mit historischem Blick erst seit relativ kurzem präsent ist. Körber u. a. (1995, S. 155) kamen zu vor gar zu der Schlussfolgerung, „dass sich die Entwicklung der Gesundheitsbildung besonders eignet, um Veränderungen in der Struktur der gesamten Weiterbildung zu kennzeichnen“, was die Autoren letztlich damit begründen, dass dieser Bereich gemeinsam mit dem EDV Bereich zu den „folgenreichsten Innovationen“ der achtziger Jahre zähle und „von vornherein marktorientiert geplant“ worden sei (ebenda, S. 156). Bewertungen, die sicherlich zur Diskussion reizen und weiter geprüft werden müssten. Die Gesundheitsbildung sieht sich immer wieder Kritiken ausgesetzt. Ganz aktuell zum Beispiel, wenn der Bund der Steuerzahler (2011) medienwirksam fordert, dass Yoga und Bauchtanz Kurse aus dem Kursangebot von Volkshochschulen „aus sortiert“ werden müssten, da sie dem gesetzlichen Bildungsauftrag nicht entsprechen

würden. Auffällig ist dabei, dass die Kritik an Gesundheits- und Frauenbildung oftmals implizit mit relativ uninformierten und speziell frauendiskriminierenden Haltungen verbunden ist (vgl. ebenda). Gesundheitsbildung selbst und der Blick auf die Gesundheitsbildung legen Strukturen des Geschlechterverhältnisses offen (vgl. Gieseke/Opelt 2003, S. 312). Insgesamt weist der quantitative Bedeutungszuwachs der Gesundheitsbildung auf ein interessantes Forschungsfeld hin, was allerdings bislang nicht zu umfangreichen Aktivitäten der Weiterbildungsforschung geführt hat.

2. Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen unter statistischen Gesichtspunkten

2.1 Gesamtüberblick zu statistischen Daten für die Gesundheitsbildung

Wer sich mit der Gesundheitsbildung unter statistischen Gesichtspunkten befasst, kann sich auf eine Reihe von Datenquellen und Studien stützen. Allerdings sollten verschiedene Datenquellen nur mit genauem Blick auf die Erfassungsmethodik verglichen werden, da der Gesundheitsbereich unterschiedlich erhoben wird. So konnte man in der Vergangenheit dem Berichtssystem Weiterbildung (BSW) entnehmen, dass 2003 von der Teilnahmequote von 26 Prozent an der allgemeinen Weiterbildung 4 Prozent auf den Bereich „Fragen der Gesundheit und der gesundheitsgerechten Lebensführung“ sowie 2 Prozent auf „Kenntnisse für die Ausübung von Sportarten“ entfielen (BMBF 2005, S. 17). Lediglich „Sprachkenntnisse“ (6 Prozent) und „Computer/EDV/Internet“ (5 Prozent) verzeichneten größere Teilnehmezahlen (ebenda). Gemäß dem Adult Education Survey (AES), entfielen dann 2010 16 Prozent aller Kurse in der beruflichen und nicht beruflichen Weiterbildung auf den Themenbereich „Gesundheit und Sport“ (Bilger/von Rosenblatt 2011, S. 15), was diesen wiederum zum drittgrößten Bereich nach den doch recht großen Sammelkategorien „Wirtschaft, Arbeit, Recht“ (31 Prozent) sowie „Natur, Technik, Computer“ (26 Prozent) macht. Wenngleich die Zahlen zur Gesundheitsbildung von AES und BSW aufgrund konzeptioneller Unterschiede in der Erhebung nur schwer vergleichbar sind¹ und der AES zu einer Untererfassung der allgemeinen Weiterbildung bzw. im AES Duktus der „nicht berufsbezogenen Weiterbildung“ führen dürfte (vgl. Seiverth 2008), so bestätigt sich doch die große Bedeutung der Gesundheitsbildung für die Weiterbildung insgesamt.

Neben diesen statistischen Bevölkerungsbefragungen ist es wichtig, die Entwicklung des Programmangebotes immer wieder anhand von vertiefenden Regional- und Institutionalstudien nachzuzeichnen, die Längsschnitt- und Querschnittanalysen umfassen. Bevölkerungsbefragungen liefern einige wichtige Grundinformationen über die Weiterbildungsteilnahme, aber insgesamt sind die Informationen, die BSW und AES zur Gesundheitsbildung parat halten, doch recht oberflächlich und wenig detailreich; insbesondere mit Blick auf Inhalte und Themen der Kurse. Multivariate Analysen der BSW- und AES-Daten zu den Teilnahmemustern im Bereich Gesundheitsbildung fehlen jedoch und könnten wichtige nähere Aufschlüsse zur sozialen Lage von TeilnehmerInnen bieten.

Programmanalysen liefern dahingegen wesentlich detailliertere Informationen zur Programm- und Trägerstruktur, die bei Bevölkerungsbefragungen eher unterbelichtet sind (vgl. Gieseke 2011). So zeigen Körber u. a. (1995, S. 156 ff.), Gieseke/Opelt (2003, S. 309 ff.) sowie Schrader (2010, S. 290 f.) auf, wie sich die Gesundheitsbildung untergliedert und wie sie sich auf verschiedene Anbietertypen verteilt. Demnach war zum Beispiel in Bremen die Volkshochschule mit 30 Prozent des Gesamtangebotes der größte Anbieter von Gesundheitsbildung mit weitem Abstand vor der Angestelltenkammer (Körber u. a. 1995, S. 160). Der Dresdner Studie kann man für 1997 entnehmen, dass „Entspannung/Mediation“ mit 68 Prozent der größte Teilbereich vor „Erkrankungen/Heilmethoden“ mit 20 Prozent ist (Gieseke/Opelt 2003, S. 310), was den Schluss nahelegt, dass in der Gesundheitsbildung präventive vor kurativen Funktionen Vorrang haben. Insofern sollten Statistiken (Befragungen und Trägerdaten) sowie Programmanalysen komplementär analysiert werden.

Im Folgenden wird sich allein auf die Volkshochschul Statistik des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) gestützt, da diese statistische Quelle die mittlere längste und kontinuierlichste Zeitreihe anbietet und der Fokus auf der Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen liegen soll.

2.2 Gesundheitsbildung an Volkshochschulen – Entwicklung im Längsschnitt²

Die Entwicklung und der Stellenwert der Gesundheitsbildung im Vergleich zu anderen Programmbereichen an Volkshochschulen kann man vor allem anhand von drei Indikatoren einschätzen. Die Tabelle 9 der VHS Statistik (s. z. B. Huntemann/Weiß 2009, S. 29 ff.) bietet an:

- Absolute Zahl und Anteil der *Kurse* (in Prozent aller Kurse)
- Absolute Zahl und Anteil der *Unterrichtsstunden* (in Prozent aller Unterrichtsstunden)
- Absolute Zahl und Anteil der *Belegungen* (in Prozent aller Belegungen)

Vergleicht man die Entwicklung dieser drei Indikatoren zwischen 1991 (erster gesamtdeutscher Datensatz) und 2010 (aktuellste Zahlen) dann kann man folgende Entwicklungen nachzeichnen:

Tabelle: Prozentuale Anteile der Kurse, Belegungen und Unterrichtsstunden in der Gesundheitsbildung gegenüber dem Gesamtangebot an deutschen Volkshochschulen (Quelle: VHS-Statistik 1991 und 2010)

Kurse in Prozent aller Kurse			Belegungen in Prozent aller Belegungen			Unterrichtsstunden in Prozent aller Ust.		
1991	2010	Änderung 2010 zu 1991	1991	2010	Änderung 2010 zu 1991	1991	2010	Änderung 2010 zu 1991
21 %	32 %	+52 %	24 %	34 %	+42 %	13 %	19 %	+46 %

Die Entwicklung zeigt ein deutliches Wachstum der Gesundheitsbildung im Vergleich zu anderen VHS Programmbereichen auf. Dies gilt für alle drei Indikatoren.

Bezogen auf die angebotenen Kurse war 2010 der Gesundheitsbereich mit 32 Prozent knapp der größte Bereich vor den Sprachen (30 Prozent). Ähnliches gilt für die Belegungen. Dort ist der Gesundheitsbereich bereits seit 1994 zumeist der größte Programmbereich. Lediglich bei den Unterrichtsstunden liegt der Sprachenbereich mit einem Anteil von 41 Prozent deutlich vor dem zweitgrößten Bereich Gesundheit mit 19 Prozent. 1991 waren außerdem die Bereiche „Kultur Gestalten“ sowie „Arbeit Beruf“ je nach Indikator auch größer als der Gesundheitsbereich. Da das gesamte Programmangebot der Volkshochschulen sowohl für die Kurse, Belegungen als auch Unterrichtsstunden zwischen 1991 und 2010 ein Wachstum von 5 bis 28 Prozent je nach Indikator zu verzeichnen hat, ist der Gesundheitsbereich sowohl relativ im Vergleich zu den anderen Programmbereichen als auch in absoluten Zahlen deutlich bedeutsamer geworden. So verzeichneten 2010 rund 182.500 Gesundheitskurse knapp 2,2 Mio. Belegungen (VHS Statistik 2010). Leider bietet die VHS Statistik keine direkten Informationen darüber, welche Einnahmen die Volkshochschulen im Gesundheitsbereich generieren können.

Insgesamt ist der Gesundheitsbereich zu einem der bedeutendsten – wenn nicht sogar dem quantitativ bedeutsamsten – Programmbereich der Volkshochschulen in den letzten 20 Jahren geworden. Diese Entwicklung hat komplexe Hintergründe und individuelle Bildungsbedürfnisse zeigen sich in der Verwobenheit mit gesellschaftlichen Entwicklungen (vgl. Dietel 2012). Gieseke/Heuer (1995) verweisen auf ein geschlechtsrollenspezifisches Unwohlsein bei Frauen, die an berufliche Beschränkungen geraten oder körperbezogene Abwertungen erleben. Diese Erfahrungen wirken sich in diffusum Unwohlsein und somatisch über Umwege aus. Auch besteht ein zunehmendes Interesse an östlichen Entspannungstechniken aufgrund des „Zeitgeistes Stress“. Die Vereinseitigung von Bewegungsformen in Alltag und Beruf führt dazu, dass Körperlichkeit von alltäglichen in institutionalisierte Lernsettings auswandert, was aber nicht die überwiegende Teilnahme von Frauen an der Gesundheitsbildung erklärt.

2.3 Gesundheitsbildung an Volkshochschulen – Stand im Querschnitt

Die Analyse der VHS Statistik im Querschnitt zeigt wie bereits erwähnt auf, dass die Gesundheitskurse mehrheitlich von Frauen (84,6 Prozent, Huntemann/Weiß 2010, S. 36) besucht werden und ihr dortiger Anteil noch einmal deutlich über ihrem Gesamtanteil an Volkshochschulen von 74,8 Prozent liegt. Zweitens ist zu beobachten, dass die Bedeutung des Gesundheitsbereichs stark regional schwankt (vgl. ebenda, S. 29 ff.). So hat Gesundheitsbildung in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg bei allen drei Indikatoren die geringste, während sie in den süddeutschen Flächenländern Baden Württemberg, Bayern, Rheinland Pfalz sowie Thüringen gemeinsam mit Schleswig Holstein eine sehr große Bedeutung hat. Es entfallen beispielsweise nur 14,7 Prozent aller Belegungen in Hamburg auf den Gesundheitsbereich, während es in Bayern sehr hohe 41,4 Prozent sind. Bezogen auf die regionale Bedeutung der Gesundheitsbildung kann man anhand der deskriptiven Daten vor allem einen Stadt Land Unterschied betonen, der wahrscheinlich u. a. in dem gegenüber Volkshoch

schulen größeren alternativen Weiterbildungsangebot in Großstädten begründet ist, während in den Flächenländern Volkshochschulen eine zentrale Bedeutung in der Grundversorgung haben. Nur kurz sei darauf hingewiesen, dass auf der Ebene von Bundesländern eher eine Nord Süd Differenz (mit Ausnahme von Schleswig Holstein) und weniger eine Ost West Differenz zu beobachten ist, d. h. an süddeutschen Volkshochschulen tendenziell mehr Gesundheitskurse als im Norden angeboten werden. Eine provokante Interpretation und Forschungshypothese wäre, dass gerade in katholisch konservativ geprägten Regionen, Frauen besonders vielfältigen beruflichen und körperlichen Abwertungen ausgesetzt sind, sodass Gesundheitsbildung hier auf eine besonders große Nachfrage stößt. Innerhalb des Gesundheitsbereich (vgl. ebenda, S. 31) ist der Teilbereich „Gymnastik/Bewegung/Körpererfahrung“ mit knapp 50 Prozent am deutlich größten. „Autogenes Training/Yoga/Entspannung“ folgt mit rund einem Viertel aller Belegungen vor Kursen zu „Ernährung“, die von jeder zehnten Person belegt werden. Auftrags /Vertragsmaßnahmen (vgl. ebenda, S. 33) haben viertens im Gesundheitsbereich gegenüber anderen Programmbereichen eine eher geringe Bedeutung. 94,9 Prozent aller Kurse sind offene Kurse im Gesundheitsbereich (ebenda, S. 57). Hier weist zum Beispiel der eigentlich kleinere Programmbereich „Arbeit Beruf“ zum Beispiel fast zehnmals mehr Belegungen als die Gesundheit auf. Dies dürfte ein Anhaltspunkt dafür sein, dass Gesundheitskurse an Volkshochschulen sich primär auf die Bildungsbewegungen der Subjekte stützen und nicht durch Auftragsvergaben/Kooperationen z. B. mit den Krankenkassen in ihrer großen und wachsenden Bedeutung erklärt werden können. Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wird nicht verordnet, sondern aufgesucht.

3. Fazit

Die statistisch leicht nachweisbare wachsende Bedeutung der Gesundheitsbildung sollte Anlass sein, die Bemühungen der Forschungen und der Praxis für diesen in der öffentlichen Wahrnehmung eher unterrepräsentierten und auch oft eher kritisch gesehenen Weiterbildungsbereich zu intensivieren. In dem Artikel wurde skizziert, dass dieses Wachstum gesellschaftliche Hintergründe hat und sich in individuellen Lernwegen niederschlägt. Über die Wirkungen der Gesundheitsbildung weiß man bislang allerdings auch noch viel zu wenig, wenngleich es hier interessante, aktuelle Forschungsbefunde gibt (Diétel 2012).

Anmerkungen

- 1 Es gilt: „Der Übergang vom BSW zum AES bleibt dennoch ein konzeptioneller Bruch“ (von Rosenblatt 2007, S. 30).
- 2 An dieser Stelle möchte ich Hella Huntemann vom DIE herzlich danken für die Zusammenstellung von Zeitreihen.

Literatur

- Bilger, F./von Rosenblatt, B. (2011): Weiterbildungsverhalten in Deutschland AES 2010 Trendbericht. Bonn/Berlin
- BMBF (2005): Berichtssystem Weiterbildung IX. Bonn/Berlin 2005
- Bund der Steuerzahler Nordrhein Westfalen: Volkshochschulen zu teuer? Pressemitteilung vom 15.09.2011, [www.steuerzahler.nrw.de/Volkshochschulen zu teuer/38215c46235i1p137/index.html](http://www.steuerzahler.nrw.de/Volkshochschulen_zu_teuer/38215c46235i1p137/index.html) [Abrufdatum: 29.12.2011]
- Dietel, S. (2012): Gefühls Wissen als emotional körperbezogene Ressource. Eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung. Zugl. Dissertation an der Humboldt Universität Berlin. Wiesbaden. Im Erscheinen
- Foucault, M. (2001): Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/Main
- Gieseke, W./Heuer, U. (1995): Weiterbildung für Frauen. Expertise BE 3. In: Strukturkommission Weiterbildung des Senats der Freien Hansestadt Bremen (Hrsg.): Untersuchungen zur bremischen Weiterbildung Expertisen. Bremen, S. 79 126
- Gieseke, W./Opelt, K. (2003): Erwachsenenbildung in politischen Umbrüchen Das Programm der Volkshochschule Dresden 1945 1997. Opladen
- Gieseke, W. (2011): Programme und Programmforschung als spezifisches Steuerungswissen für Weiterbildungsorganisationen? In: Hessische Blätter für Volksbildung, H. 4, S. 314 322
- Hoh, R./Barz, H. (2009): Weiterbildung und Gesundheit. In: Tippelt, R./von Hippel, Aiga (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung, Weiterbildung. 3. Aufl., Wiesbaden, S. 729 746.
- Huntemann, H./Weiß, C. (2010): Volkshochschul Statistik 2009. Bonn: www.die.bonn.de/doks/huntemann1001.pdf [Abrufdatum: 13.11.2011]
- Körper, K. u. a. (1995): Das Weiterbildungsangebot im Lande Bremen Strukturen und Entwicklungen in einer städtischen Region. Bremen
- von Rosenblatt, B. (2007): Unterscheidung von beruflicher und allgemeiner Weiterbildung in empirischen Erhebungen zur Weiterbildungsteilnahme. In: REPORT, H. 4, S. 21 31
- Schrader, J. (2011): Struktur und Wandel der Weiterbildung. Bielefeld
- Seiverth, A. (2008): Die Auflösung der Allgemeinen Erwachsenenbildung im Zeichen europäischer Bildungs- und Machtpolitik. In: Gnahn, D./Kuwan, H./Seidel, S. (Hrsg.): Weiterbildungsverhalten in Deutschland Berichtskonzepte auf dem Prüfstand, Bielefeld, S. 89 96
- Venth, A. (2001): Gesundheitsbildung für Frauen. In: Gieseke, W. (Hrsg.): Handbuch zur Frauenbildung, S. 513 519

Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege Bestandsaufnahme der aktuell wesentlichen Rahmenbedingungen und Perspektiven

Falk Arians

Zusammenfassung

Moderne professionelle Altenpflege ist auf das gelingende Lebenslange Lernen der Pflegekräfte angewiesen. Der Beitrag zeigt in kritischer Weise die rechtlichen Hintergründe dieser Bildungsangebote auf und thematisiert die schwierige Arbeitssituation der Pflegekräfte. Zentrales Element ist die Bezugnahme auf die Lerntheorie von Klaus Holzkamp und seine Vorstellungen expansiver Lernprozesse. Diese Lerntheorie dient als Folie, auf der Aspekte der subjektiven Sinnhaftigkeit von Bildungsbemühungen in der Altenpflege diskutiert werden. In den Beitrag fließen Beispiele aus einer noch laufenden Hamburger Studie zu Lerngründen und Lernwiderständen älterer Altenpflegekräfte ein.

Der Beitrag soll auf einen nötigen Perspektivwechsel bei der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften hinweisen und damit zusammenhängend Desiderata für die erziehungswissenschaftliche Forschung benennen. Darüber hinaus sollen die Rolle und Umsetzung der gesetzgeberischen Vorgaben in diesem Bereich problematisiert werden.

1. Aspekte des Wandels in der Altenpflege und die Bedeutung der Bildung

Die Altenpflege in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Bedingt durch den demografischen Wandel verändern sich die Anforderungen und Aufgaben. Zur Verdeutlichung werden einige der wesentlichen Aspekte kurz skizziert:

Viele Menschen erreichen ein zunehmend höheres Lebensalter. Zwar tritt nicht für alle der Pflegefall ein, die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit steigt aber mit zunehmendem Alter. Mit dem wachsenden Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Einflussfaktoren wie verbesserte Prophylaxemöglichkeiten, ehrenamtliche Hilfen oder Hilfen durch persönliche Netzwerke mögen den Pflegebedarf zwar leicht abschwächen, den Anstieg verhindern werden sie nicht. Der Bedarf an professioneller Altenpflege wird aller Voraussicht nach weiter wachsen (vgl. Freiling 2011: 9 10, fbb 2010: 5).

Mit dem zunehmenden Alter der Menschen nehmen gleichzeitig die alterstypischen Mehrfacherkrankungen zu. So mag ein hochaltriger Mensch beispielsweise gleichzeitig unter Gelenkverschleiß, Diabetes und hohem Blutdruck leiden. Die Anforderungen an die Pflegekräfte in Bezug auf den Umgang mit solchen komplexen Krankheitsbildern nehmen qualitativ zu (vgl. fbb 2010: 10). Aber nicht nur die Krankheitsbilder werden komplexer, es ist auch eine rasch anwachsende Wissensvermehrung in der Pflegewissenschaft und ihren Bezugswissenschaften zu verzeichnen. Das hat Folgen für die praktische Pflege: Die in der Ausbildung vermittelten grundlegenden beruflichen Kenntnisse verlieren in kürzerer Zeit an Bedeutung bzw. werden modifiziert. Wer professionelle Altenpflege gemäß dem neuesten Stand der Wissenschaft betreiben will, muss seine Kenntnisse regelmäßig aktualisieren. Zudem verändern sich die Anforderungen an die Pflege durch neue Zielgruppen (z. B. Migranten) mit veränderten Bedürfnissen und durch den Ausbau der Kooperation mit anderen Professionen wie Ärzten, Physiotherapeuten etc. (vgl. fbb 2010: 10 13).

Um die steigenden Anforderungen zu bewältigen und zudem die Aktualität der Kompetenzen des Pflegepersonals zu gewährleisten, ist die Altenpflege auf ein passgenaues, flexibles und teilnehmerorientiertes Fort- und Weiterbildungssystem angewiesen, aber auch auf Pflegekräfte, die motiviert und in der Lage dazu sind, eigenverantwortlich und selbsttätig zu lernen. Fraglich ist, inwieweit diese Ziele aktuell schon erreicht werden. Die Rahmenbedingungen, unter denen Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege stattfinden, sind in diesem Zusammenhang von Bedeutung.

2. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen von Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege

Die Altenpflege wurde in der Vergangenheit von Skandalen erschüttert, durch die unhaltbare Zustände und schlechte Pflegequalität aufgedeckt wurden (vgl. Breitscheidel 2006). Der Gesetzgeber hat in der Folge zum Schutze der Pflegebedürftigen strengere gesetzliche Regelungen eingeführt. Zur Sicherung einer guten Pflegequalität wurden Vorschriften im Bereich der institutionellen Qualitätssicherung ausgebaut. In § 112 Absatz 1 *Pflegeversicherungsgesetz* (SGB XI) heißt es: „Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, (...), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich“. An anderer Stelle werden die Heime in die Pflicht genommen: Das *Heimgesetz* verpflichtet die stationären Pflegeeinrichtungen, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen (§ 3 Absatz 1 Heimgesetz). Die Überprüfung der Einhaltung dieser Richtlinien obliegen im Wesentlichen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung (§ 114 Abs. 1 SGB XI). Seit 2011 wird die Überprüfung jährlich bei jeder Pflegeeinrichtung durchgeführt.

Diese Regelungen verpflichten die Einrichtungsträger unter Androhung von Sanktionen, die ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu pflegen, die Qualität der Pflegeleistungen stetig zu überprüfen und auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. Hierbei sollte eines

jedoch nicht außer Acht gelassen werden: Im Zentrum der Pflegearbeit, also der Dienstleistung am und für den Menschen, steht die Pflegekraft. Ihr Wissen und Können sind mitentscheidend dafür, ob die tatsächliche Pflege vor Ort aktuellsten Erkenntnissen entspricht, ob die Standards in der Realität auch umgesetzt werden. Die Einrichtungen müssen über regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Altenpflegekräfte gewährleisten, dass diese stets über die neuesten Entwicklungen bzw. Veränderungen in der Pflege aufgeklärt sind.

Indirekt ergeht mit den Qualitätssicherungsvorschriften schon eine Fort- und Weiterbildungsverpflichtung für die Pflegekräfte; in Hamburg beispielsweise wird diese Verpflichtung mit der *Pflegefachkräfte-Berufsordnung* (erlassen am 29.09.2009) noch weiter konkretisiert und zudem subjektiviert. § 6 Absätze 1 und 2 (Kompetenz erhaltung und Qualitätssicherung) regeln: „Pflegefachkräfte sind verpflichtet, eigenverantwortlich Maßnahmen zur beruflichen Kompetenzerhaltung zu ergreifen. Geeignete Maßnahmen sind neben dem Studium der Fachliteratur insbesondere pflegefachliche Fortbildungen, die dem Erhalt der fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Aktualisierung des Wissensstandes und der pflegerischen Technologie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Verfahren dienen. (...)“

Absatz 2 schreibt vor: „Pflegefachkräfte haben in dem Umfang von kompetenz erhaltenden Maßnahmen Gebrauch zu machen, wie dies zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse erforderlich ist. Der Umfang von mindestens zwanzig Fortbildungspunkten aus kompetenz erhaltenden Maßnahmen (...) ist jährlich von jeder Pflegefachkraft verbindlich zu erbringen. Gegenüber der für das Gesundheitswesen zuständigen Behörde (...) müssen auf Anforderung in geeigneter Form entsprechende kompetenz erhaltende Maßnahmen nachgewiesen werden können“. § 10 der Hamburger Pflegefachkräfte Berufsordnung zeigt die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Berufspflichten für die Pflegekräfte auf; im schlimmsten Falle kann eine Aberkennung der Berufsbezeichnung veranlasst werden. Auch in anderen Bundesländern gibt es ähnliche Bestimmungen; so hat z. B. das Saarland in der *Berufsordnung für Pflegekräfte im Saarland* (erlassen am 28.11.2007) ähnliche Auflagen erteilt, hier wird bei Nichteinhaltung der Berufspflichten eine Geldstrafe von bis zu 5000 Euro verhängt.

Wie setzen Pflegekräfte und Einrichtungen diese gesetzlichen Vorgaben um? Bei spielerisch aus einer laufenden Hamburger Untersuchung zu Lerngründen und Lernwiderständen älterer Altenpflegekräfte zeigen Tendenzen auf: So ist erkennbar, dass die gesetzlichen Vorgaben eine vordergründige Anpassung der bildungs-,verpflichteten“ Pflegekräfte auslösen können. Die Erfüllung der Vorgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als Kontroll- und Sanktionsinstanz werden zum vorrangigen Orientierungspunkt. Diese Fokussierung lässt sich auf zwei Hierarchieebenen finden, bei den examinierten AltenpflegerInnen und noch verstärkt bei den höhergestellten Wohnbereichsleitungen. Der individuelle Bildungsbedarf für die konkrete Pflegearbeit vor Ort bzw. eigene Fragestellungen spielen bei der Auswahl von Bildungsveranstaltungen in vielen Fällen eine untergeordnete Rolle, stattdessen erfolgt – besonders bei belasteten Altenpflegern – tendenziell eine Orientierung an der formellen Erfüllung der Bildungsverpflichtung. Zudem orientieren sich viele Pflegekräfte bei der

Veranstaltungsauswahl nach dem vorgegebenen Inhalt der Programme der Fort- und Weiterbildungsanbieter, die sich wiederum an den gesetzlichen Vorgaben orientieren. Bildung wird so tendenziell „konsumiert“ und einseitig ausgerichtet. Diese Beispiele mögen den dominanten Charakter der Vorgaben verdeutlichen und dokumentieren deren Einfluss auf die Orientierung der Pflegekräfte. Die gesetzlichen Regelungen sollen dem Ziel der Verbesserung und Standardisierung der Pflegequalität dienen; die tatsächliche Umsetzung der Fort- und Weiterbildungsinhalte liegt aber bei den Pflegekräften. Deren Beanspruchungs- und Belastungssituation bei der täglichen Pflegearbeit bildet eine weitere wichtige Rahmenbedingung.

3. Die Arbeitssituation der Altenpflegekräfte

Die Altenpflege in Deutschland ist ein Beruf, der vielfältige Beanspruchungen physischer und psychischer Art aufweist. Diese Beanspruchungen und die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung lassen den Beruf für die durch den demografischen Wandel bereits sinkende Zahl der Schulabsolventen wenig attraktiv erscheinen. Folge ist ein wachsender Anteil von älteren Altenpflegekräften, die den Beanspruchungen bis zum Renteneintritt standhalten müssen. Die Älteren werden auch als Quereinsteiger aus anderen Berufen in die Pflege weiter an Bedeutung gewinnen. Die älteren Pflegekräfte mit ihren unterschiedlichen grundlegenden beruflichen Bildungsorientierungen werden zu einer Gruppe mit zunehmender Bedeutung für die Fort- und Weiterbildung in der Pflege.

Worin bestehen nun die hauptsächlichen Beanspruchungen in der Altenpflege? In physischer Hinsicht ist das schwere Heben und Tragen beim Transfer der Pflegebedürftigen zu nennen. Trotz technischer Hilfen und dem Angebot von Seminaren zu rücken schonendem Arbeiten bleiben Rückenbeschwerden die häufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit im Altenpflegebereich und damit ein deutlicher Hinweis auf eine Belastung (vgl. BGW 2007: 28-32). Die Ergebnisse der NEXT Studie (Nurses Early Exit Study) unterstreichen dies: Die physischen Arbeitsanforderungen sind im stationären Altenpflegebereich besonders hoch (vgl. Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a. 2005: 16). Zudem besteht die Gefahr von Infektionen und Allergien gegen Arbeitsmittel und Hilfsstoffe (Latexhandschuhe, Desinfektionsmittel etc.).

Psychische Belastungen entstehen als Folge von zunehmender Arbeitsverdichtung durch Personalabbau und -ausfälle, ständigem Zeitdruck und der damit verbundenen unzureichenden Hinwendungsmöglichkeit zu den Klienten. Wieder zeigen sich die Mitarbeiter in stationären Altenpflegeeinrichtungen am meisten belastet; im Vergleich zu anderen europäischen Staaten erreicht Deutschland in der Erhebung sogar die höchsten Werte (vgl. Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a. 2005: 14-15). Auch hier ein verdeutlichendes Beispiel aus der oben angeführten laufenden Hamburger Studie: Der Sinn der Altenpflege liegt für die Pflegekräfte besonders in der Hinwendung zum Pflegebedürftigen. Dieser Sinn kann durch institutionelle Zwänge wie Zeit- und Leistungsdruck und die Fokussierung auf die „Soll“-Erfüllung der MDK-Vorgaben im Kern angegriffen werden, was Auswirkungen auf die Auffassung der Sinnhaftigkeit von Lernbemühungen haben kann.

Auch der schwierige Umgang mit Leid und Sterben tritt besonders im Altenpflegebereich gehäuft auf. Zudem kommt es häufiger zu Konfrontationen mit schwierigen Klienten und ihren Angehörigen, auch Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten sind keine Seltenheit (vgl. Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a. 2005: 18 19, 24 25). Diese emotionalen Belastungen erhöhen das Risiko für die Pflegekräfte, „auszubrennen“. Als unangenehm empfunden werden zudem der zunehmende Bürokratie- und Dokumentationsaufwand als pflegefremde Tätigkeit und die häufigen Kontrollen (vgl. Heusel 2011: 121)

Die durchschnittliche Zahl der Krankheitstage in der Altenpflege lag im Jahr 2007 mit 17,4 Tagen deutlich über dem Durchschnitt anderer Berufsgruppen im gleichen Zeitraum und nahm damit sogar den *Spitzenplatz in der Statistik ein* (vgl. Goesmann; Nölle 2009). Eine hohe Fluktuation, Gedanken an einen Berufsausstieg bzw. ein tatsächlicher Ausstieg aus dem Altenpflegeberuf sind weitere Folgen der Überforderung. Laut der NEXT Studie denken 25 Prozent der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen und 28 Prozent der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten daran, den Arbeitsplatz zu wechseln, fast jede Fünfte denkt häufig an einen Berufsausstieg (Simon, Tackenberg, Hasselhorn u. a. 2005: 52 53).

Burnout und Depressionen unter Altenpflegekräften häufen sich und sorgen für weitere Berufsaussteiger. Dadurch geht Potenzial verloren und es entstehen immer häufiger Personalengpässe, die für eine weiter steigende Belastung bei den verbleibenden Pflegekräften sorgen, ein Teufelskreis.

Altenpflege ist in mancher Hinsicht ein besonderer Beruf: Trotz der hohen physischen und psychischen Belastungen ist die Tätigkeit vergleichsweise gering bezahlt und zudem in der Gesellschaft wenig wertgeschätzt. Paradox ist zudem, dass dem Berufsbild ein Makel anhaftet, obwohl die alternde Gesellschaft in zunehmendem Maße auf die Pflege angewiesen ist.

4. Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege aus subjekttheoretischer Sicht

Die hochbeanspruchten Altenpflegekräfte werden verpflichtet, ihr Wissen und ihr Können stetig weiterzuentwickeln. Es entsteht der Eindruck, dass dem Fort- und Weiterbildungsbetrieb in der Altenpflege implizit die Auffassung zu Grunde liegt, dass das, was vermittelt wird, auch gleichsam automatisch gelernt und in der Praxis umgesetzt wird. Und zwar unabhängig von Faktoren wie Belastung und persönlichen Interessen. Diese minderkomplexe Sichtweise führt dazu, dass die wesentlichste Perspektive übersehen wird: Die der lernenden Altenpflegekräfte. Wie steht es um ihre Wünsche und Interessen? Sehen sie einen Sinn in den von ihnen erwarteten Lernanstrengungen? Die subjektive Sicht der Betroffenen, also der Adressaten der Vermittlungsbemühungen, ist von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg der Fort- und Weiterbildung.

Klaus Holzkamp als Vertreter der kritischen Psychologie benennt in seiner subjekttheoretischen Lerntheorie als zentralen Begriff des Lernens die subjektive Bedeutsamkeit: Ein Gegenstand wird dann zum Lerngegenstand, wenn der Lernende ihn aktiv dazu macht (vgl. Holzkamp 1995: 25 f.). Lernen ist demnach begründetes

und somit subjektiv sinnvolles Handeln. Dieses Handeln ist wahlfrei und unverfügbar (vgl. Holzkamp 1995: 26). Holzkamp versteht den Menschen als „Intentionalitätszentrum“, mit jeweils unterschiedlichem Habitus (Situiertheit), biografischen Erfahrungen und Interessen. Jemand handelt mit seinen Absichten, die sich aus seinen subjektiven Erfahrungen und Interessen ergeben, bewusst in Bezug auf die eigene Person und die umgebende Gesellschaft (vgl. Holzkamp 1995: 21). Der Mensch entscheidet mit seinem freien Willen auf Basis von Interesse bzw. zur Lösung eines akuten Problems, ob es Sinn macht, Lernanstrengungen auf sich zu nehmen (vgl. Holzkamp 1995: 183 ff.). „Verordnetes“ Lernen bzw. Zwang führen eher zu defensiven Lernbemühungen (z. B. Vortäuschen von Lernen, Auswendiglernen zur Vermeidung von Unannehmlichkeiten).

Expansives Lernen dagegen zeichnet sich dadurch aus, dass der Lernende einen Sinn darin sieht, im konkreten Fall zu lernen, der Lerngegenstand also für seinen Lebenszusammenhang eine Bedeutung aufweist und er sich durch die Lernbemühungen Vorteile verspricht. Hier spielen die Situiertheit und Situativität wichtige Rollen: Es kommt darauf an, welche Auffassungen und Orientierungen ein Mensch hat, wenn es um Lernen und Bildung geht. Der Mensch sammelt seine Erfahrungen und interpretiert die ihn umgebende Welt anhand dieser Erfahrungen immer wieder neu. Daher kann die Frage nach der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit von Lernen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben auch unterschiedlich ausfallen. Es können gute Gründe, Hemmnisse und sogar Schranken vorhanden sein, die expansives Lernen im konkreten Falle für den Lernenden nicht sinnvoll erscheinen lassen. Hier gibt es den Begriff des Lernwiderstandes; Peter Faulstich schreibt zur Entstehung solcher Widerstände: „Auf Seiten der Person bestehen also, (...), Gründe, zu lernen oder nicht zu lernen. Die Gründe sind mit biographischen Erfahrungen, Erwartungen, situierten Einbindungen und Interessen verbunden. Diese sind entstanden aufgrund von Hemmnissen, ausgehend von den sozialen Milieus, in denen sich die Individuen entwickelt haben (...) und sie sind bezogen auf Schranken, die durch den Kontext der Institutionen des Lehrens und Lernen entstehen (...). Lernwiderstände sind als Entscheidung von Menschen gegen eine Lernsituation aufzufassen. Diese Entscheidung basiert auf berechtigten Gründen. Hemmnisse und Schranken werden aber erst wirksam durch ihre Erfahrung, Deutung und Bewertung durch die mit Gründen handelnden Personen.“ (Faulstich 2006: 19).

Bezieht man nun diese theoretischen Überlegungen auf die Bedingungen in der Altenpflege (Zeitmangel, Überforderung durch Arbeitsverdichtung, Qualitätsdruck, steigender Dokumentationsaufwand etc.), so kann die Frage gestellt werden, in welchem Maße die Lernanstrengungen in Fort- und Weiterbildung für die Pflegekräfte von individueller Bedeutung sind (oder sein können). Bedenkt man zudem, dass der Gesetzgeber als auch die Arbeitgeber von den Pflegekräften trotz der hohen Beanspruchungen höchste Pflegequalität einfordern, nimmt die Vermutung weiter Gestalt an. Zudem entsteht immer mehr der Eindruck, dass sich die praktische Altenpflege von der Hinwendung zum Pflegebedürftigen mit breiten psychosozialen Hilfeanteilen hin zu einer technokratisch standardisierten Pflege mit knappen Ressourcen entwickelt (vgl. Heuser 2011: 121). Twenhöfel spricht von einer Medizinalisierung der Al

tenpflege, einer Verengung des Blickwinkels auf medizinisch pflegerische Aspekte (vgl. Twenhöfel 2011: 12 ff.). Dies kann mit dem Berufsideal und Selbstbild der Pflegekräfte kollidieren, die den Sinn ihrer Arbeit in Frage gestellt sehen. Bedenkt man diese Rahmenbedingungen, so erscheint es fraglich, inwiefern bestimmte Inhalte für die Pflegekräfte Sinn machen und welche Fort- und Weiterbildungen für sie überhaupt von subjektivem Nutzen sind. Die bereits erwähnte laufende Hamburger Untersuchung zeigt auch hier Tendenzen auf: Das Lebenslange Lernen wird zwar vor dergründig betont positiv bewertet, die Umsetzbarkeit der Bildungsinhalte dagegen birgt Probleme. Besonders der Verwertbarkeit der Inhalte in der Praxis wird große Bedeutung beigemessen.

Die Verpflichtung zum Lebenslangen Lernen in der Pflege ist bei den Pflegekräften angekommen; demgegenüber steht aber die prinzipielle Unverfügbarkeit des Lernens, ein Widerspruch.

5. Perspektiven für die erziehungswissenschaftliche Forschung und die Politik

Wie aufgezeigt werden konnte, nehmen Altenpflegekräfte unter schwierigen Bedingungen an beruflicher Fort- und Weiterbildung teil. Funktional gesehen sollen Fort- und Weiterbildung vorrangig als Garanten für die Weiterentwicklung und Aktualisierung der praktischen Altenpflege nach den Richtlinien des Gesetzgebers dienen und damit Pflegequalität auf höchstem Niveau ermöglichen. Ebenso soll den Pflegekräften das Wissen und Können für eine ergonomische und schonende Berufsausübung vermittelt werden. Für die Pflegekräfte selbst stellt die gesetzlich festgeschriebene subjektiviert Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung durchaus auch einen Schutz dar, da sie dadurch gegenüber dem Arbeitgeber einen quantifizierten Bildungsanspruch erwerben.

Es bleibt allerdings fraglich, aus welchen *subjektiven Gründen* die Pflegekräfte diese Bildungsmaßnahmen nutzen. Aus dieser Perspektive erscheint es unter Berücksichtigung der vorgenannten Rahmenbedingungen zumindest fraglich, inwieweit vorrangig defensiv zur Erfüllung der Vorgaben gelernt wird oder aber eher expansiv also aus eigenem Antrieb gelernt wird. Die Androhung von Geldstrafen bis hin zur Aberkennung der Berufsbezeichnung bei Nichteinhaltung der Fort- und Weiterbildungsverpflichtung erscheinen wenig geeignet, um Altenpflegekräfte bei der Entwicklung expansiver Lernbemühungen zu unterstützen. Lebenslanges Lernen in der beruflichen Bildung besteht meist zu einem Teil aus Pflicht – deren Notwendigkeit und Nutzen allerdings durchaus vermittelt werden kann. Defensives Lernen kann im Verlauf einer Bildungsveranstaltung zu expansivem Lernen werden, sei es durch das Wecken von Interesse, durch Verdeutlichung des praktischen Nutzens oder durch Beratungsangebote. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass das Lebenslange Lernen in Gestalt von Fort- und Weiterbildung den Altenpflegekräften als Chance und Angebot zur Entwicklung erscheint und nicht vorrangig als zu absolvierender Zwang.

Die Beanspruchungs- und Belastungssituation in der Altenpflege, die Erkrankungsquoten und der frühe Berufsausstieg vieler Altenpflegekräfte lassen aber weitere begründete Zweifel zu, in welchem Maße hier vorrangig expansiv gelernt werden

kann. Wäre es nicht denkbar, dass Fort- und Weiterbildung im konkreten Fall eher als zusätzliche Last aufgefasst wird, als Irritation von Sicherheit gebender Handlungs-routine, als Gängelung und Störung der eigenen Arbeitsweise? Wie können (pflege-)wissenschaftliche Erkenntnisse gezielter ausgewählt, aufbereitet und in Bildungsmaßnahmen vermittelt werden, um in der Praxis hilfreich zu sein und das Interesse der Pflegekräfte zu wecken? In welchem Maße können die Pflegekräfte selbst selektieren, welche Bildungsinhalte für ihre eigene Arbeitssituation sinnvoll sind? Inwiefern sind die Bildungsinhalte auf die Arbeitssituation übertragbar, inwiefern können die Altenpflegekräfte eigenständige Transferleistungen erbringen? Mit welchem Erfahrungshintergrund sehen die Pflegekräfte Fort- und Weiterbildung, welche Bedeutung messen sie dem bei? In welchem Maße sind die Altenpflegekräfte willens und in der Lage, ihre Bildungsteilnahme selbsttätig und eigenverantwortlich zu gestalten, welche Unterstützungsformen wären hier eventuell angebracht? Welche Form der Unterstützung seitens der KollegInnen oder Vorgesetzten gibt es nach einer Fort- und Weiterbildungsteilnahme, wie werden Unsicherheiten bei der Umsetzung empfunden und bearbeitet?

Dies sind einige drängende Fragen, die durch erziehungswissenschaftliche Forschungsbemühungen beantwortet werden könnten und sollten. In der Vergangenheit hat sich die Erziehungswissenschaft allerdings (bedingt durch die Lehramtsstudiengänge) vorrangig mit der Erforschung und Verbesserung der *Ausbildungsgänge* in der Altenpflege beschäftigt, während den Besonderheiten und Anschlussmöglichkeiten des Fort- und Weiterbildungsgeschehens in der Pflege erst seit einiger Zeit mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Ohne Zweifel bildet eine optimale Ausbildung das Fundament für die professionelle Tätigkeit in der Altenpflege. Aber bereits heute und in Zukunft noch verstärkt kann die Ausbildung nur noch die Grundlage sein, die mit Hilfe des lebenslangen Lernens stetig auf- und umgebaut werden muss. Das Wissen und Können jeder Altenpflegekraft stehen unter fortwährender Anpassungsnotwendigkeit, was im Besonderen Flexibilität und Eigenständigkeit in Bezug auf das eigene Lernverhalten verlangt. Aus diesem Grund ist es für die Erziehungswissenschaft notwendig, ihren Fokus gezielt und verstärkt auf die Optimierung der Fort- und Weiterbildung von Altenpflegekräften zu richten. Es gilt, die Bildungs„stationen“ der schulischen und betrieblichen Ausbildung der Altenpflege mit der beruflichen Fort- und Weiterbildung zu verbinden und so ein kontinuierliches lebenslanges Lernen über den beruflichen Lebenslauf hinweg zu ermöglichen.

Praxisorientierte Modellprojekte der jüngeren Zeit zielen auf eine Optimierung der Personalentwicklung und empfehlen differenzierte Angebote und pädagogische Konzepte, die auf Selbstständigkeit und Reflektion der Pflegekräfte hinwirken sollen. Die wachsende Gruppe der älteren Altenpflegekräfte erhält dabei zunehmende Aufmerksamkeit (z. B. BiG Projekt „TOP – Teamorientierte Personalentwicklung“, fbb Forschungsprojekt „Älter werden in der Pflege“).

Davon abgesehen werden auch Stimmen laut, die einen grundlegenden strukturellen Wandel in der Altenpflege fordern, so wie bessere Bezahlung, mehr Personalsatz und allgemein verbesserte Arbeitsbedingungen (vgl. Verdi/AWO 2011).

Beide Herangehensweisen erscheinen notwendig, sollten jedoch noch um einen Schritt ergänzt werden. Bessere Arbeitsbedingungen, mehr Personaleinsatz für humane Pflege und höhere Vergütungen mögen die Attraktivität des Berufes erhöhen. Innovative Modellversuche erzeugen neue Denkanstöße. Um aber verstehen zu können, aus welchen Gründen Altenpflegekräfte für ihren Beruf lernen (oder eben auch nicht), sind zunächst grundlegende Erkenntnisse darüber vonnöten, wie Bildung in dieser Berufsgruppe aufgefasst wird, welchen subjektiven Sinn sie dem Lernen in der Altenpflege zuschreibt, wie sie mit den schwierigen Bedingungen umgeht und welche verschiedenen Typen von Bildungsteilnehmern es bei Altenpflegekräften gibt. Diese Erkenntnisse können dann als Grundlage für die innovative Konzeption und Erprobung von Bildungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen dienen, die passgenauer sind.

Literatur

- BGW (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW Pflegereport 2007, Hamburg.
- Breitscheidel, M. (2006): Abgezockt und totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen (10. Aufl.). Econ, Berlin
- Faulstich, Peter (2006): Lernen und Widerstände. In: Faulstich, Peter; Bayer, Mechthild (Hrsg.): Lernwiderstände – Anlässe für Vermittlung und Beratung. VSA Verlag, Hamburg
- fbf (2010): Leitfaden für die Bildungspraxis, Band 39. Demografiefeste Personalpolitik in der Altenpflege. Bertelsmann Verlag, Bielefeld
- Freiling, T. (2011): Demografische Entwicklungstrends und Auswirkungen auf die Pflegewirtschaft. In: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel – Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. fbb Band 59, Bertelsmann Verlag, Bielefeld
- Heusel, Christof (2011): Demografischer Wandel in der Pflege – Gestaltungsansätze für die Praxis. In: Loebe, Herbert; Severing, Eckart (Hrsg.): Zukunftsfähig im demografischen Wandel – Herausforderungen für die Pflegewirtschaft. fbb Band 59, Bertelsmann Verlag, Bielefeld
- Goesmann, Ch.; Nölle, K. (2009): Berufe im Schatten. Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik. Dortmund
- Heimgesetz, Online Ressource. www.gesetze-im-internet.de (Aufruf am 21.10.2011).
- Holzkamp, Klaus (1995): Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung, Studienausgabe, Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York
- SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), Online Ressource. www.gesetze-im-internet.de (Aufruf am 21.10.2011)
- Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H. u. a. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT Studie in Deutschland. Universität Wuppertal
- Twenhöfel, Ralf (2011): Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe? Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
- Verdi/AWO: Memorandum – Perspektiven für die Pflege älterer Menschen in Deutschland. Online Ressource. www.verdi.de (Aufruf am 21.10.2011)

Zwischen Routine und Todesangst

Pädagogikstudierende entwickeln ein E-Learningangebot für Medizinstudierende

Christian Hoppe

Zusammenfassung

Der folgende Beitrag stellt anhand des Projektseminars „Zwischen Routine und Todesangst“ die Ergebnisse der studentischen Produktion eines E-Learningangebots für Medizinstudierende und Ärzte zum Thema Brustkrebskrankung vor. Hierbei werden insbesondere der Entstehungsprozess unter den Herausforderungen des Rollenwechsels von Studierenden zu Lehrenden, die Inhalte des E-Learningangebots sowie mögliche Einsatzszenarien in den Blick genommen.

1. Einleitung: Der Wechsel von Lernenden zu Lehrenden

E Learning hat sich mittlerweile als probate Methode der Vermittlung und Aneignung von Studieninhalten an deutschen Hochschulen etabliert. Studierende bewegen sich und kommunizieren in diesem Kontext immer selbstverständlicher in virtuellen Lernräumen, nutzen eLectures zur Vor- und Nachbereitung von Lehrveranstaltungen und eignen sich selbstgesteuert relevantes Wissen mit Hilfe von webbasierten Lernmodulen an. Selten jedoch wechseln sie von der Seite der Nutzer solcher Angebote auf die Seite der Produzierenden. Dabei kann gerade für angehende Pädagoginnen und Pädagogen der anwendungsorientierte Erwerb mediendidaktischer Kompetenz für ihr späteres professionelles Handeln von hoher Bedeutung sein – sei es z. B. im Rahmen von Lehrtätigkeiten, Personalentwicklungsplanungen oder Lernmedienkonzeption. Hierfür ist eine gezielte Analyse und Reflexion der Möglichkeiten neuer Medien in Bezug auf ihre didaktische, methodische und pädagogische Bedeutung in Lehr- und Lernprozessen von Nöten. An diesem Punkt setzt das im Sommersemester 2011 durchgeführte Projektseminar „Zwischen Routine und Todesangst. Eine E Learning gestützte Aus- und Fortbildungseinheit für Ärzte über die biographische Verarbeitung von Brustkrebs“¹⁴ (Durchführung: Nittel/Seltrecht/Hoppe) an. Studie

rende der Erziehungswissenschaften an der Goethe Universität Frankfurt am Main wurden vor die Herausforderung gestellt, für ein reales Bildungsanliegen Lösungsmöglichkeiten in Form webbasierter E Learningkursen zu entwickeln und somit in die Rolle von „Lehrenden“ zu treten. Inhaltlich steht hierbei die Beschäftigung mit der Erkrankung Brustkrebs aus der Perspektive betroffener Patientinnen im Mittelpunkt. Ziel ist es, durch biographieanalytische Forschung gewonnene Erkenntnisse², eine erziehungswissenschaftliche Verstehensperspektive auf die wechselseitige Beziehung von professioneller Ärztesicht und subjektiver Betroffenensicht transparent zu machen. Die Fähigkeit zur Einnahme dieser Perspektive kann für Medizinstudierende und Ärzte einen wichtigen Beitrag zu ihrem professionellen Handeln in Form von Beratung und Unterstützung Betroffener darstellen. Die Entscheidung zur Darstellung und Vermittlung der erwähnten Inhalte mittels E Learning fiel insbesondere aufgrund der zahlreichen Gestaltungsmöglichkeiten, die durch die inhärenten Eigenschaften derartiger Medien umgesetzt werden können. Im Fall des zu entwickelnden E Learningangebots sind es vor allem die authentischen Einblicke in die Sichtweisen Betroffener und somit direkten Anknüpfungspunkte für die medizinische Praxis, die mittels Audio und Videoeinsatz in Form von Fallbeispielen sehr differenziert und realitätsnah umgesetzt werden können. Weitere Gründe liegen in einem stetig wachsenden Bekanntheits- und Nutzungsgrad von E Learning und der damit verbundenen Akzeptanz dieses Mediums innerhalb des Medizinstudiums und der ärztlichen Fortbildung (s. Henning 2009), sowie der flexiblen Einsatzmöglichkeiten als lehrveranstaltungsergänzende oder losgelöste Lernmedien.

2. Learning by Designing: Entwicklung des E-Learningangebots

Entstanden sind drei E Learningkurse, die inhaltlich jeweils einen bestimmten Ausschnitt der Gesamthematik fokussieren:

- Lagerung einer Brustkrebserkrankung im Lebensablauf
- Verhältnis von Brustkrebserkrankung und Lernprozessen
- Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientinnenperspektive

Neben der Erarbeitung und Auseinandersetzung mit den zu vermittelnden Inhalten, standen die Konzeptentwicklung und mediendidaktische Aufbereitung im Zentrum der studentischen Arbeitsprozesse. Um eine wissenschaftlich und didaktisch fundierte Herangehensweise sicherzustellen, wurden die Studierenden zu Beginn des Projektseminars sowohl in die zu vermittelnden Inhalte als auch in zentrale mediendidaktische Ansätze eingeführt. Die eigentliche Produktion der Kurse wurde dabei in drei zentrale Phasen gegliedert (s. Mair 2005): Zu Beginn stand in den jeweiligen studentischen Arbeitsgruppen die Entwicklung eines Grobkonzepts, welches die zentralen Inhaltselemente und Lehrziele beinhaltet, gefolgt von einer Präzisierung der Inhalte und der didaktisch-methodischen sowie medialen Ausgestaltung in Form eines Feinkonzepts und schlussendlich einer Gesamtdarstellung in einem Drehbuch als Grundlage für die anschließende Programmierung. Die programmtechnische Umsetzung erfolgte durch die zentrale E Learning Einrichtung *studiumdigitale* der Goethe

Universität mithilfe des Autorentools LernBar³. Alle Kurse sind in mehrere Hauptkapitel und kleinere Lerneinheiten gegliedert, die entweder linear durchlaufen oder gezielt ausgewählt werden können. Begleitend wurden Übungsaufgaben als Abschluss einzelner Lerneinheiten eingebaut, die zum einen zur Überprüfung und zum anderen zur Reflexion und Übertragung des Gelernten auf eigene Handlungsstrategien dienen. Als mediale Träger der Inhalte fungieren Texte, Grafiken und Fotos, sowie Audioaufnahmen und Animationen. Im Folgenden werden die Inhalte und deren mediale Ausgestaltung der drei entwickelten E Learningkurse überblicksartig dargestellt.

2.1 Lagerung einer Brustkrebserkrankung im Lebensablauf

Obwohl die drei E Learningkurse durchaus unabhängig voneinander nutzbar sind, liefert der Kurs „Lagerung einer Brustkrebserkrankung im Lebensablauf“ den Einstieg in die theoretischen Grundlagen der Forschungsergebnisse. Ziel dieses Kurses ist es, mit Hilfe einer Betrachtung der Auswirkungen der Brustkrebsdiagnose auf die Prozessstrukturen des Lebensablaufs und einer anschließenden Thematisierung biographischer Wandlungsprozesse, die mit einer solchen Krankheit einhergehen können, Einblicke in die Sichtweisen von Patientinnen mit Brustkrebs zu eröffnen (vgl. Seltrecht 2006, S.123 ff.). Zu Beginn des Kurses wird über die Fragestellung, welche unterschiedlichen Bedeutungen eine Brustkrebserkrankung für betroffene Patientinnen haben kann, versucht, die individuelle Erlebens- und Erleidenswelt dieser darzustellen. Hierfür werden die Prozessstrukturen des Lebensablaufs und deren Relevanz für die individuelle Bedeutungskonstruktion einer Brustkrebserkrankung erläutert. Das zweite Kapitel befasst sich explizit mit den Auswirkungen der Brustkrebsdiagnose auf ebendiese Prozessstrukturen. In den Blick genommen werden zum einen mögliche Wechselwirkungen zwischen dem medizinischen Behandlungsablauf und den subjektiven Erleidensprozessen und zum anderen Implikationen der Erkrankung für den Lebensablauf nach der medizinischen Behandlung. Im abschließenden dritten Kapitel wird die Frage thematisiert, inwiefern eine Brustkrebserkrankung das Selbst und Weltbild der Betroffenen verändern kann (vgl. Seltrecht 2006, S.129 ff.). Dargestellt werden drei Phänomene, die von keinen über partielle bis hin zu umfassenden biographischen Wandlungen reichen können. Die Inhalte aller drei Kapitel werden anhand nachvertonter Audiofallbeispiele, die im Rahmen der Veröffentlichung von Seltrecht (2006) in Form von autobiographisch narrativen Interviews erhoben wurden, in Kombination mit Erklärtext dargestellt.

2.2 Verhältnis von Brustkrebserkrankung und Lernprozessen

Der zweite E Learningkurs thematisiert das Verhältnis einer Brustkrebserkrankung und den Lernprozessen Betroffener, die vor, während oder nach dieser auftreten können (vgl. Seltrecht 2006, S.161 ff.). Im ersten Kapitel werden anhand biographischer Skizzierungen zweier Patientinnen Beeinflussungsmöglichkeiten von Lernprozessen, die zwischen Geburt und Brustkrebsdiagnose stattgefunden haben, auf den

Umgang mit dieser lebensbedrohlichen Erkrankung erläutert. Das zweite Kapitel legt den Fokus auf Lernprozesse und -phänomene während der medizinischen Krankheitsbehandlung. Es werden beispielhaft mögliche Aneignungsstrategien und Verhaltensänderungen von Patientinnen beschrieben und die Rolle von Ärzten als Wissensvermittler dargestellt. Im dritten Kapitel richtet sich der Blick auf Lernprozesse, die im Anschluss an die medizinische Behandlung, beispielsweise vor dem Hintergrund weiterhin bestehender Ängste, ablaufen können. Für die Vermittlung der Inhalte des Kurses wurden Animationen gewählt, die aus Kombinationen von Text, Schaubildern und Audioaufnahmen bestehen und eine Kontrastierung zweier Fallbeispiele ermöglichen. Anhand dieser lässt sich die individuelle Herangehensweise und Verarbeitung der Patientinnen herausarbeiten.

2.3 Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientinnenperspektive

Im dritten E Learningkurs wird die Arzt-Patienten-Interaktion als zentrales Element der Behandlung und angestrebten Genesung näher beleuchtet. Ziel des Kurses ist, Medizinstudierenden und Ärzten anhand von Fallbeispielen Einblicke in die möglichen psychischen Auswirkungen der Untersuchung, Diagnose, Behandlung und medizinischen Beratung aus Perspektive der Patientinnen zu eröffnen. Das erste Kapitel beschreibt einige Betroffene und deren individuelle Facetten, woraus sich bestimmte Typisierungen (z. B. mündig/emanzipiert, verweigernd, emotional etc.) entwickeln lassen, um im zweiten Kapitel bestimmte subjektive Einschätzungen über die Ärztin oder Arzt in Form von Rollenzuschreibungen (z. B. medizinisch rational, übertrieben emotional etc.) gegenüberzustellen. Diese Darstellungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und spiegeln nur einen kleinen Ausschnitt der Realität wieder. Das darauf folgende dritte Kapitel nimmt verschiedene Möglichkeiten der Passung zwischen individuellem Patientintyp und subjektiv zugeschriebener Arztrolle in den Blick, die als wichtige Basis eines funktionierenden Vertrauensverhältnisses vor, während und nach einer Behandlung entstehen können. Im abschließenden vierten Kapitel wird schließlich der Einfluss von Interaktionsrahmenbedingungen (z. B. räumlich, zeitlich etc.) auf die Passung thematisiert. Die Inhalte aller Kapitel werden medial durch Fotos und Audioaufnahmen unterstützt.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Das E Learningangebot kann über die Projekthomepage „Biographie – Krankheit – Lernen“ von allen Interessierten abgerufen werden⁴. Die Einsatzszenarien der Kurse sind vielfältig und reichen von der Einbindung als begleitendes Lernmaterial in entsprechenden medizinischen Lehrveranstaltungen bis hin zur individuellen Nutzung als extracurriculares Element im Studium bzw. als freiwilliges Lernangebot in der Ärztefortbildung. Entscheidendes Merkmal ist die Verknüpfung aus erziehungswissenschaftlicher Forschung generierten Theorien und Erkenntnissen mit der Möglichkeit zur Übertragung auf die medizinische Praxis. Mittelfristiges Ziel ist die praktische

Erprobung innerhalb der Zielgruppe Medizinstudierende und Ärzte, um so Anregungen und Schlüsse für eine sowohl inhaltliche als auch didaktisch methodische Überarbeitung zu gewinnen.

Anmerkungen

- 1 Das Projektseminar knüpft inhaltlich an das DFG Projekt „Lebenslanges Lernen im Kontext lebensbedrohlicher Erkrankungen. Die Anwendung der biographieanalytischen Perspektive auf Herzinfarkt und Brustkrebspatienten“ (Durchführung Nittel/Seltrecht) an.
- 2 Grundlage hierfür ist folgende Veröffentlichung: Seltrecht, Astrid (2006)
- 3 www.studiumdigitale.uni-frankfurt.de/et/LernBar/index.html
- 4 www.biographie-krankheit-lernen.de/03c-clearnkurse.html

Literatur

- Henning, J.: Neue Medien in der medizinischen Bildung. Uni Edition, Berlin 2009
- Mair, D.: E Learning – Das Drehbuch. Handbuch für Medienautoren und Projektleiter. Springer, Berlin 2005
- Seltrecht, A.: Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs. Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills 2006

Berichte

Förderung der beruflichen Weiterbildung wird drastisch gekürzt

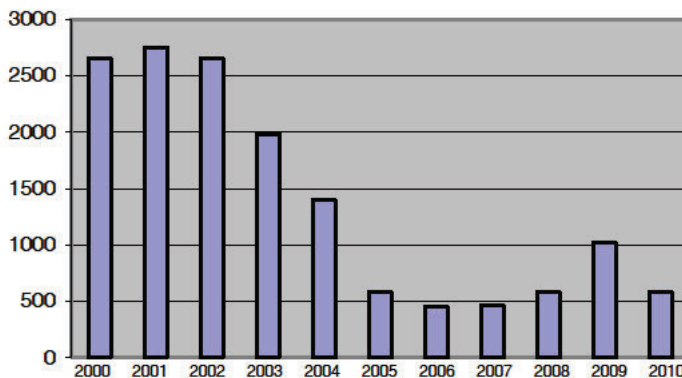
In der Bundestagsdebatte über den Haushalt 2012 erklärte Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen den Zusammenhang zwischen den geplanten Kürzungen und der Notwendigkeit, angesichts eines prognostizierten Fachkräftemangel in die Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) zu investieren, so: „Der nächste Schwerpunkt, der mir wichtig ist, ist Weiterbildung und Qualifizierung. 2005 haben wir bei 5 Millionen Arbeitslosen 2 Milliarden Euro in Weiterbildung investiert. Heute, bei weniger als 3 Millionen Arbeitslosen, haben wir die Mittel auf 3 Milliarden Euro gesteigert. Das heißt: Wir investieren ganz gezielt in Weiterbildung, weil das auch die Grundlage dafür ist, dass wir in der Zukunft ausreichend Fachkräfte haben.“

Bereits der Versuch, einen Zusammenhang zwischen den Ausgaben in

2005 und den heutigen Aufwendungen für die FbW herzustellen, ist unredlich. Im Zuge der Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik ab 2003 (sogenannte Hartz Reformen) wurde die berufliche Weiterbildung massiv beschnitten. 2005 war der Tiefpunkt erreicht, der durchschnittliche Teilnehmerbestand war von 330.000 im Jahr 2002 auf gut 114.000 in 2005 abgesenkt worden.

Die Mittel im Bereich der FbW waren von 2,7 Milliarden Euro in 2002 auf 483 Millionen Euro (im Bereich des neuen SGB III) in 2005 gekürzt worden, ein Rückgang um 2,2 Milliarden Euro oder 82 %. Danach stiegen die Gesamtausgaben (SGB III und SGB II) wieder leicht an. Die Werte aus den Jahren 2000-2002 wurden allerdings nicht annähernd erreicht.

Wenn Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen uns weismachen will, die Mittel für die FbW seien je Teilnehmer in den letzten Jahren deutlich gestiegen, so ist das eine Milchmädchenrechnung. Der Vergleich mit dem Jahr 2005, dem schlechtesten Jahr für die FbW, er möglicht ihre Erfolgsmeldung. Verglichen mit 2002 ist die Förderung hingegen drastisch gesunken, sowohl absolut wie auch je Teilnehmer/in.



Ausgaben der BA für FbW in Milliarden Euro, ab 2005 nur SGB III

Die Arbeitslosenzahlen in den Rechtskreisen SGB II und III haben sich zwischenzeitlich deutlich verschoben. So waren im Oktober 2011 nur noch 21,5 % aller Arbeitslosen im Bereich des SGB III registriert (778.500), im Bereich des SGB II waren es 1.958.426.

Wenn die Förderung je Arbeitslosen in beiden Rechtskreisen etwa gleich hoch ausgefallen wäre, hätten im SGB II etwa 4 mal mehr Teilnehmer in den Genuss einer FbW Maßnahme kommen müssen als im Bereich des SGB III. Doch die Realität sieht anders aus. Die Teilnehmerzahlen liegen im Bereich des SGB II seit Jahren unter denen des SGB III. Im Oktober 2011 gab es im SGB III mit 81.972 Teilnehmern etwas mehr Förderfälle als im SGB II (74.796).

Insgesamt ging die Förderung der beruflichen Weiterbildung im Bereich des SGB II in 2011 um 22,5 % zurück. Der Entwicklung war zwischen den Bundesländern sehr uneinheitlich. Während in Hamburg ein Minus von 51,9 Prozent registriert wurde, waren es in Sachsen Anhalt gerade einmal Minus 3,4 Prozent.

Erwerbslose im Bereich des SGB II sind gegenüber Erwerbslosen im Bereich des SGB III nicht nur generell benachteiligt, wenn es um die Chance geht, an einer beruflichen Weiterbildung teilnehmen zu können.

Was aber ist von dem Argument zu halten, die Förderung würde in Folge eines sinkenden Bedarfs an arbeitsmarktpolitischen Instrumenten reduziert? Dann müsste es einen direkten Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen im Bereich des SGB II und der Senkung der Mittel für die berufliche Weiterbildung geben.

Doch genau dieser Zusammenhang existiert nicht! Hamburg verzeichnet steigende Arbeitslosigkeit im Bereich des SGB II und kürzt gleichzeitig die Mittel für die berufliche Weiterbildung um fast

60 %. Ähnlich verhält es sich in Mecklenburg Vorpommern. Außer in Sachsen Anhalt übersteigen die Kürzungen der Fördermittel deutlich den Rückgang der im SGB II registrierten Arbeitslosen. 4 Bundesländer kürzen die Mittel bei gleichzeitig steigender Arbeitslosigkeit (Hamburg, Mecklenburg Vorpommern, Brandenburg und Schleswig Holstein). Insgesamt nimmt die Zahl der gemeldeten Arbeitslosen im Bereich des SGB II um 3,7 % zurück, die Förderung bei der beruflichen Weiterbildung jedoch um 22,5 %. Die Bundesregierung gibt nicht mehr Geld für Weiterbildung aus, wie uns von der Leyen weismachen will, sie gibt deutlich weniger aus! Und zwar absolut und je Arbeitslosen.

Während des Gesetzgebungsverfahrens zur Instrumentenreform haben mehrere Bundesländer einen Antrag in den Bundesrat eingebracht. In kurzen Worten wird klargestellt, welches Interesse hinter diesem Gesetz steht. Es geht um die Umsetzung einer unsozialen Kürzungspolitik der Bundesregierung.

„Das Gesetz bleibt damit insgesamt gesehen ein reines Spargesetz mit massiven Verschlechterungen vor allem für Langzeitarbeitslose. Auf die Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt gibt das Gesetz keine Antwort. Gerade vor dem Hintergrund der Fachkräftesicherung ist das Gesetz kontraproduktiv. Für Personen mit besonderen Vermittlungshemmnissen fehlt es an spezifischen Förderideen. Die Mittel für die Eingliederung von Arbeitslosen sind bereits in den letzten Jahren erheblich gekürzt worden, so dass gerade für diesen Personenkreis kaum noch Förderinstrumente zur Verfügung stehen. Dadurch sind die Rahmenbedingungen für eine kluge Verknüpfung von Arbeitsmarkt und Bildungspolitik nicht mehr gegeben. Ziel des Gesetzes bleibt die Umsetzung der unsozialen Kürzungen der Bundesregie

rung und nicht die Verbesserung der Eingliederungschancen für Menschen ohne Arbeit.“ (Bundesrat Drucksache 762/1/11)

Die jetzt vorliegenden Zahlen belegen deutlich diesen Vorwurf. Auf Kosten der schwächsten Teilnehmer am Arbeitsmarkt wird gekürzt. Die Förderung der beruflichen Weiterbildung geht gerade an denen vorbei, die sie besonders nötig haben. Es fehlt besonders an einer klugen Verknüpfung von Arbeitsmarkt und Bildungspolitik. Dem ist nichts hinzuzufügen.

Peter Schulz-Oberschelp

Quelle: www.netzwerk-weiterbildung.info

InfoWeb Weiterbildung baut Angebot deutlich aus

Das InfoWeb Weiterbildung (IWWB.de) hat das Netzwerk der Partnerdatenbanken seiner Metasuchmaschine, die täglich über eine Million Weiterbildungsangebote zur Recherche zur Verfügung stellt, im Jahr 2011 deutlich ausgebaut. Insgesamt fünf neue Partner sind hinzugekommen, deren Weiterbildungsdatenbanken nun auch über das IWWB recherchierbar sind. Bereits 2010 war das Netzwerk um vier neue Partnerdatenbanken erweitert worden.

Das IWWB ist Teil des umfassenden Informationsangebotes des Deutschen Bildungsservers, der im Deutschen Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF) koordiniert wird.

Das IWWB bietet einen zentralen Zugang zu Informationen über Weiterbildungsangebote, Beratungsstellen, Fördermöglichkeiten und weiteren Themenbereichen rund um Weiterbildungen. Bundesweit können Kurse von insgesamt 74 privaten und öffentlich-rechtlichen Weiterbildungsanbietern unter anderem nach Datum, Ort, Kursart und Thema recherchiert werden.

Partnerdatenbanken IWWB

Derzeit ist die Suchmaschine mit den folgenden 74 Weiterbildungsdatenbanken aktiv und „live“ vernetzt. Sie finden also alle Angebote, über die auch in diesen Datenbanken informiert wird. Neu dabei: Campus wissenschaftliche Weiterbildung Bayern (cwwb).

Privat (überregional)

- alleKurse.de
- Caritas Weiterbildungsportal
- eOculus Seminar Community
- EU BKF.DE Seminarfinder für Aus- und Weiterbildung der Berufskraftfahrer
- ingacademy.de (VDI nachrichten)
- kursfinder.de Berufliche Weiterbildung
- LVV Aus- und Weiterbildungsdatenbank für die neuen Bundesländer
- meine VHS.de
- Seminarbörse
- seminar:markt
- Seminarshop
- seminarSPIEGEL
- SemiGator
- seminus
- sophia24
- Verbände (überregional):
- Weiterbildungsdatenbank des Deutschen Speditions- und Logistikverbandes DSLV e. V.

Öffentlich gefördert (überregional)

Bildungsangebote speziell für MitarbeiterInnen im SGB II Rechtskreis:

- Bildungsmarkt SGB II Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Musik:
- Kursinformationssystem des Deutschen Musikinformationszentrums Weiterbildungsbank für E Learning:
- ELDOC (Datenbank des Bundesinstituts für Berufsbildung BIBB)

Weiterbildungsdatenbank für Fernunterricht:

- ZFU Datenbank der staatlichen Zentralstelle für den Fernunterricht
- Weiterbildungsangebote für an der Rehabilitation Beteiligte:

- REHADAT Seminare

Weiterbildung für WeiterbildnerInnen:

- QUALIDAT (Weiterbildungsangebote für Weiterbildner/innen)

Wissenschaftliche Weiterbildung:

- WissWB Portal Wissenschaftliche Weiterbildung in Deutschland (siehe auch WissWeit in Hessen und Bildungsportal Thüringen)

Datenbank für Lehrerfortbildung:

- Bildungsserver Hessen

Weiterbildung im Ausland:

- IBS Informations und Beratungsstelle InWEnt

Öffentlich gefördert (regional)

Bayern

- Campus wissenschaftliche Weiterbildung Bayern (cwwb)

Baden-Württemberg

- Weiterbildung in Baden Württemberg

Berlin und Brandenburg

- Suchportal Berlin Brandenburg mit
- Weiterbildungsdatenbank Berlin
- Weiterbildungsdatenbank Brandenburg

Bremen

- Bremen online

Hamburg

- IT Medien Hamburg
- Kursportal WISY Metropolregion Hamburg mit
- Hamburger Kursdatenbank WISY

Hessen

- Bildungsnetz Rhein Main
- Hessische Weiterbildungsdatenbank (Übersicht)

mit

- Bildungsnetz Hessen West
- Bildungsnetz Rhein Main (Teilinformationen)
- Bildungsportal Main Kinzig und Spessart
- Lernende Region Waldeck Frankenberg
- Qualifizierungsschecks in Hessen (Datenbank mit Kursen, für die Qualifizierungsschecks verwendet werden können)
- Qualitätsnetz Weiterbildung Starkenburg
- RWB Mittelhessen (Lahn/Dill)
- Weiterbildungsdatenbank Vogelsberg
- Weiterbildungsportal Landkreis Gießen
- Bildungsportal Main Kinzig und Spessart
- WissWeit das Hochschulportal für wissenschaftliche Weiterbildung in Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

- Bildungsnetz Mecklenburg Vorpommern

Niedersachsen

- Kursportal Metropolregion Hamburg Süd (Landkreise Harburg, Stade)
- Kursportal Lüchow Dannenberg
- Kursportal Landkreis Uelzen
- Lüneburgs Kursportal WISY
- Veranstaltungsdatenbank Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

- bildung.koeln.de (Weiterbildungsangebote in Köln)
- Bildungskompass Düsseldorf (Düsseldorf und Umgebung)
- Bildungsurlaub in Nordrhein Westfalen
- BOW Online, Bildungswerk der ostwestfälisch lippischen Wirtschaft BOW e.V.
- Kursdatenbank Emscher Lippe Weiter mit Bildung

- W.I.R. Weiterbildung im Revier e.V. Essen

Rheinland-Pfalz

- Weiterbildungsportal Rheinland Pfalz
- Bildungsatlas Mainz
- Deutsch Lernen in Ludwigshafen

Saarland

- Weiterbildungsdatenbank Saar

Sachsen

- Bildungsmarkt Sachsen

Schleswig-Holstein

- Kursportal Schleswig Holstein (Übersicht) mit
- Bildung SE.de (Kreis Bad Segeberg)
- Kieler Kursportal
- Kursportal Dithmarschen
- Kursportal Flensburg
- Kursportal Neumünster Mittelholstein
- Kursportal Nordfriesland
- Kursportal Rendsburg Eckernförde
- Kursportal Steinburg (Kreis Steinburg)
- Kursportal Stormarn, Herzogtum Lauenburg
- Lübecks Kursportal WISY
- Nordtrain Weiterbildung für Weiterbildungner/innen in Schleswig Holstein
- Weiterbildungsverbund Kreis Pinneberg
- Weiterbildungsverbund Ostholstein Plön

Thüringen

- Bildungsportal Thüringen
- Bildungsforum der Thüringer Hochschulen (wissenschaftliche Weiterbildung)

Weiterbildung zahlt sich aus

Eine vom Arbeitgeber finanzierte Fortbildung hat den größten positiven Einfluss auf das Einkommen. Männer profitieren stärker von ihrer Weiterbildung als

Frauen. Zu diesen Ergebnissen kommt eine vom Bayerischen Staatsinstitut für Hochschulforschung veröffentlichte Studie, die Einkommenseffekte von Weiterbildungen bei Hochschulabsolventen untersucht hat.

Die Teilnahme an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen kann das Einkommen positiv beeinflussen. Im Durchschnitt haben die Autoren einen Einkommenszuwachs von einem Prozent pro besuchtem Fachvortrag, Fortbildungskurs oder pro Teilnahme an Fachmessen, Workshops oder Kongressen ermittelt. Dieser Einkommenseffekt zeigt sich allerdings überwiegend auf den Gehaltszetteln der männlichen Arbeitnehmer.

Ein höheres Einkommen versprechen vor allem Maßnahmen, die Hochschulabsolventen mit allgemeinem anstatt mit spezifischem Wissen ausstatten. Dabei handelt es sich überwiegend um Fortbildungen, die auf Führungspositionen vorbereiten, wie die Vermittlung von Kenntnissen zu Personalmanagement oder Teambuilding. Ungewöhnlich ist die Erkenntnis, dass die Einkommenssteigerung besonders hoch ist, wenn der Arbeitgeber die Fortbildungskosten übernimmt. Nicht ausschließen können die Autoren die Vermutung, dass die Fortbildung in diesem Falle nicht die Ursache einer Einkommenssteigerung ist, sondern eine Art „Bonus“, für diejenigen darstellt, die innerhalb des Betriebs erfolgreich aufgestiegen sind. (az)

Quelle: AZ Karriere 3.1.2012

Öffentliche Bildungsausgaben im Jahr 2011 bei 106,2 Milliarden Euro

Bund, Länder und Gemeinden haben für das Jahr 2011 Bildungsausgaben in Höhe von 106,2 Milliarden Euro veranschlagt, 2,6 % mehr als im Haushaltsjahr 2010.

Dies teilt das Statistische Bundesamt (Destatis) im Bildungsfinanzbericht 2011 mit. Endgültige Angaben zu den öffentlichen Bildungsausgaben liegen bis zum Jahr 2008 vor: Damals betragen sie 93,7 Milliarden Euro. Davon stellte der Bund 5,1 Milliarden Euro, die Länder 68,2 Milliarden Euro und die Gemeinden 20,4 Milliarden Euro bereit.

Der Bildungsfinanzbericht 2011 wurde vom Statistischen Bundesamt (Destatis) im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Kultusministerkonferenz erstellt. Er berücksichtigt neben den erwähnten Ergebnissen der Finanzstatistik öffentlicher Haushalte auch das konzeptionell umfassendere Budget für Bildung, Forschung und Wissenschaft. Darin sind auch die von Unternehmen, privaten Haushalten, der Bundesagentur für Arbeit und dem Ausland finanzierten Bildungsausgaben sowie die Forschungsausgaben enthalten.

Für Bildung, Forschung und Wissenschaft gaben der öffentliche und der private Bereich im Jahr 2008 insgesamt 214,2 Milliarden Euro aus. In Relation zum Bruttoinlandsprodukt entsprach dies einem Anteil von etwa 8,6 %. Im Jahr 2009 betrug das Budget nach vorläufigen Berechnungen 224,0 Milliarden Euro beziehungsweise 9,3 % des Bruttoinlandsprodukts. Während 2009 die Wirtschaftsleistung krisenbedingt gegenüber dem Vorjahr deutlich zurückgegangen war, wurden begünstigt durch das Zukunftsinvestitionsgesetz und andere Sonderprogramme die Ausgaben für Bildung, Forschung und Wissenschaft um 4,6 % erhöht.

Von den Gesamtausgaben des Budgets für Bildung, Forschung und Wissenschaft entfielen im Jahr 2008 insgesamt 153,9 Milliarden Euro auf den Bildungsbereich (einschließlich der Ausgaben für Forschung und Entwicklung an Hochschulen in Höhe von 11,1 Milliarden Euro),

55,4 Milliarden Euro auf Forschung und Entwicklung in Unternehmen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen sowie 4,9 Milliarden Euro auf Museen, Bibliotheken, Fachinformationszentren und die außeruniversitäre Wissenschaftsinfrastruktur.

Der Bildungsfinanzbericht ermöglicht auch einen Vergleich der Bildungsausgaben Deutschlands mit anderen Staaten. Nach dem international vergleichbaren Teil des Bildungsbudgets entfielen in Deutschland im Jahr 2008 beispielsweise 119,1 Milliarden Euro auf die Ausgaben für Kindergärten, Schulen, Hochschulen und die Berufsbildung. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt entsprach dies einem Anteil von 4,8 %. Damit lag Deutschland wie bereits in der OECD Publikation „Education at a Glance“ berichtet wurde bei den Ausgaben für diese Bildungseinrichtungen deutlich unter dem OECD Durchschnitt von 5,9 %.

Öffentliche Ausgaben für das sonstige Bildungswesen

Das sonstige Bildungswesen umfasst die Förderung der Weiterbildung, die Volkshochschulen und andere Einrichtungen der Weiterbildung, die Einrichtungen der Lehreraus- und fortbildung sowie die Berufsakademien. Der Aufgabenbereich bezieht sich damit sieht man von den Berufsakademien ab auf nonformale Bildungsangebote. In den Angaben ist die Jugendarbeit (Kapitel 4.6) nicht enthalten.

Angesichts der demografischen Entwicklung und des Wandels zu einer Wissensgesellschaft kommt der Weiterbildung für die wirtschaftliche Entwicklung und der Beschäftigungssicherung der Individuen aber eine große Bedeutung zu. Weiterbildung bzw. lebenslanges Lernen haben in der politischen Diskussion da

her einen hohen Stellenwert. Dennoch wurden in den letzten Jahren nur wenige kostenintensive Initiativen gestartet, um die Beteiligung an Weiterbildung insbesondere aus sozial benachteiligten Schichten zu erhöhen.

Mit Ausnahme der Ausgaben für Berufsakademien, die Teil des formalen Bildungssystems sind, bleiben die Ausgaben dieses Bereichs im Rahmen der internationalen Bildungsberichterstattung unberücksichtigt. Diese werden aber in den Teil B des Bildungsbudgets integriert. Allerdings wird der größte Teil der Weiterbildungsausgaben der Gebietskörperschaften nicht im Bereich sonstiges Bildungswesen, sondern unter anderen Aufgabenbereichen der öffentlichen Haushalte nachgewiesen (z. B. Ausgaben für betriebliche Weiterbildung in den Verwaltungen und Einrichtungen der Gebietskörperschaften, Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit für Weiterbildung).

Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für das sonstige Bildungswesen im Überblick

Die Weiterbildung wird zu einem großen Teil privat finanziert. Im Zuge der Haushaltskonsolidierung wurden viele öffentlich finanzierte Angebote in der Weiterbildung reduziert. Teilweise wurden die Kosten auch auf die Teilnehmer/innen an Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. in der Lehrerfortbildung) abgewälzt. Neu ergriffene Maßnahmen (wie die Förderung des Weiterbildungssparens) schlagen sich nicht oder noch nicht in den Ausgaben dieses Aufgabenbereichs nieder. Bei der Beobachtung der Entwicklung der Ausgaben ist zu beachten, dass der Vergleich in der Zeitreihe durch die Revision der Haushaltssystematik eingeschränkt ist. So wurden und werden in einzelnen Ländern die Ausgaben für die Lehrerbildung im

Schulbereich nachgewiesen, während andere Länder wiederum die Vergütungen für Referendare des Schuldienstes nicht dem Schulbereich zuordnen, sondern den Ausgaben für die Lehrerbildung. Nach den Zuordnungsrichtlinien der Haushaltssystematik sind die Vergütungen der Referendare aber bei den einzelnen Schularten oder zumindest im Schulbereich nachzuweisen, nicht jedoch bei den Ausgaben für die Lehrerbildung und Fortbildung. Außerdem wird die Jugendbildung seit der Revision nicht mehr dem sonstigen Bildungswesen, sondern der Jugendarbeit zugeordnet.

Die öffentlichen Ausgaben für das sonstige Bildungswesen beliefen sich im Jahr 2008 auf 2,1 Mrd. Euro. Dies entspricht einer leichten Ausgabensteigerung gegenüber 2007 um 2,4 %. In Relation zu 1995 sind die Ausgaben um 43,4 % erhöht worden.

Nach vorläufigen Ergebnissen werden die öffentlichen Ausgaben für das sonstige Bildungswesen im Jahr 2009 ebenfalls 2,0 Mrd. Euro betragen. Für 2010 und 2011 wurden Ausgaben in Höhe von jeweils 1,8 Mrd. Euro veranschlagt (Tab. 4.5.1 1). Der Ausgabenrückgang hat in erster Linie buchungsrechtliche Gründe, weil mehrere Länder (Niedersachsen, Nordrhein Westfalen, Rheinland Pfalz, Saarland, Thüringen) erst jetzt die Vergütungen der Referendare im Einklang mit den haushaltsrechtlichen Regelungen im Schulbereich nachweisen.

Bildungsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Im Rahmen ihrer Arbeitsmarktpolitik fördert die Bundesagentur für Arbeit seit Jahrzehnten sowohl Maßnahmen der Erstausbildung als auch der Weiterbildung. Darüber hinaus unterstützt sie die

Teilnehmer/innen an Bildungsmaßnahmen mit Zuschüssen zu den Lebenshaltungskosten. Im Rahmen der Mitte des Jahrzehnts erfolgten Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik wurde auch die Sozialgesetzgebung revidiert. So werden ab 2005 bildungsbezogene Maßnahmen zum Teil durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (SGB II) und zum anderen durch die Bundesagentur für Arbeit (SGB III) finanziert.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die Bundesagentur für Arbeit gaben im Jahr 2008 für Bildungsmaßnahmen 6,8 Mrd. Euro aus. 1999 beliefen sich die Ausgaben noch auf 11,1 Mrd. Euro. Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der Bundesagentur für Arbeit stiegen deren Bildungsausgaben 2009 auf 7,9 Mrd. Euro. Im Jahr 2010 lagen die Bildungsausgaben mit 7,0 Mrd. Euro unter dem Niveau von 2009, aber höher als 2008.

Im Jahr 2010 gaben die Bundesagentur für Arbeit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales 4,3 Mrd. Euro für die Erstausbildung und 2,7 Mrd. Euro für die Weiterbildung aus. Davon stellten das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und die zugelassenen kommunalen Träger 0,7 Mrd. Euro für Maßnahmen der Erstausbildung bzw. 0,9 Mrd. Euro für die Weiterbildung zur Verfügung. Im Vergleich mit dem Jahr 2005 stiegen die überwiegend steuerfinanzierten Bildungsausgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der zugelassenen kommunalen Träger von 0,6 Mrd. Euro auf 1,5 Mrd. Euro, während die überwiegend durch Umlagen finanzierten Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit von 6,6 Mrd. Euro in 2005 auf 5,5 Mrd. Euro in 2010 reduziert wurden.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden www.destatis.de 1.12.2011

Einigung zum DQR

Vereinbarung von Vertreterinnen und Vertretern der Bundesregierung, der Kultusministerkonferenz, der Wirtschaftsministerkonferenz, der Sozialpartner und der Wirtschaftsorganisationen zum weiteren Vorgehen beim Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)

Berlin, den 31.1.12

Im Rahmen der Beratungen zum Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) fand auf Einladung des Präsidenten im Sekretariat der Kultusministerkonferenz in Berlin ein Abstimmungsgespräch zur Klärung noch offener Fragen bei der Zuordnung deutscher Qualifikationen zum DQR statt, an dem Spitzenvertreterinnen und -vertreter folgender Institutionen beteiligt waren: Bundesregierung (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie), Kultusministerkonferenz und Wirtschaftsministerkonferenz der Länder, Zentralverband des Deutschen Handwerks, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesinstitut für Berufsbildung. Sie haben sich auf eine gemeinsame Position zur Umsetzung des EQR auf einen Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) geeinigt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gesprächs unterstreichen die zentrale Bedeutung des EQR als gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für die verschiedenen nationalen Qualifikationssysteme, um Gleichwertigkeiten und Unterschiede von Qualifikationen transparenter zu machen, die Durchlässigkeit im Bildungssystem zu erhöhen und die Mobilität von Lernenden und Beschäftigten in Deutschland wie auch in Europa zu fördern. Als Übersetzungsinstrument für den EQR wurde dazu der

„Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR)“ erarbeitet, dem alle Beteiligten bereits zugestimmt haben.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Gesprächs sind sich darin einig, dass sich die berufliche und die allgemeine Bildung in Deutschland durch eine hohe Qualität und Gleichwertigkeit auszeichnen. Daher sind die Zuordnungen zum DQR als nationale Umsetzung des EQR in Übereinstimmung aller beteiligten Partner so vorzunehmen, dass eine angemessene Bewertung und damit eine Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa gewährleistet werden. Mit den verschiedenen Zuordnungen, die von den beteiligten Partnern bereits im Konsens getroffen worden sind, wie z.B. zu Niveau 6 (u.a. Bachelor, Fachschule, Fachwirt, Meister), wird dies unter Beweis gestellt.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, der Kultusministerkonferenz, der Wirtschaftsministerkonferenz, der Sozialpartner und der Wirtschaftsorganisationen werden den DQR Prozess zügig fortsetzen und vereinbaren zum weiteren Vorgehen folgende Punkte:

1. Für die berufliche Erstausbildung wird eine Zuordnung zunächst auf Niveau 3 (2 jährige Ausbildungen) und auf Niveau 4 (3 und 3 ½ jährige Ausbildungen) vorgenommen.

2. Von einer Zuordnung allgemein bildender Schulabschlüsse zum DQR wird vorerst abgesehen. Da die gegenseitige Anerkennung von Schulabschlüssen im europäischen und internationalen Rahmen durch völkerrechtliche Staatsverträge geregelt ist, entstehen damit für Schülerinnen und Schüler keinerlei Benachteiligungen.
3. Nach einem Zeitraum von fünf Jahren werden auf der Grundlage kompetenzorientierter Ausbildungsordnungen der beruflichen Erstausbildung und kompetenzorientierter Bildungsstandards für die allgemeinbildenden Schulabschlüsse unter Maßgabe der Gleichwertigkeit von allgemeiner und beruflicher Bildung alle Zuordnungen erneut beraten und gemeinsam entschieden. Dabei soll die weitere Entwicklung auf der europäischen Ebene mit berücksichtigt und auch eine Höherstufung geprüft werden.
4. Um den weiteren Arbeitsprozess des DQR mit dem Ziel einer zeitnahen Referenzierung an den EQR sicherzustellen, wird der Arbeitskreis DQR gebeten, die noch ausstehenden Zuordnungen vorzunehmen.

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, information@bmbf.bund.de

Nachrichten

Einflussfaktoren im Personalmanagement: Demografischer Wandel und Wertewandel

Die Aufgaben, die das Personalmanagement in den nächsten drei Jahren besonders stark prägen werden, sind die Erhaltung und Förderung des Mitarbeiter Engagements, die Bindung der strategisch wichtigen Mitarbeitergruppen an das Unternehmen, das Employer Branding und eine systematische Führungskräfteentwicklung.

Die beiden Megatrends, die sich in den kommenden drei Jahren am stärksten auf das Personalmanagement auswirken werden, sind der demografische Wandel und der Wertewandel. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Personalführung e. V. (DGFP). An der Online Befragung im Juli 2011 haben sich 140 Personalmanager beteiligt.

Die aktuelle Studie zeigt, welche Megatrends sich in naher Zukunft voraussichtlich besonders stark auf das Personalmanagement auswirken werden. So erwarten 82 Prozent der Befragten, dass sich der demografische Wandel in den nächsten drei Jahren stark auf das Personalmanagement in ihrem Unternehmen auswirken wird. 70 Prozent rechnen mit starken Auswirkungen des Wertewandels. Knapp die Hälfte prognostiziert, dass die Digitalisierung und Virtualisierung von Arbeit sowie die Globalisierung in nächster Zeit deutliche Konsequenzen für die Personalarbeit im eigenen Unternehmen haben werden. Dass die Verknappung der Energieressourcen das Personalmanagement in den nächsten drei Jahren maßgeblich prägen wird,

kann sich hingegen nur jeder dritte Befragungsteilnehmer vorstellen.

Hinsichtlich der Unternehmensgröße unterscheiden sich die Prognosen der Personalmanager nicht. Im Hinblick auf die Branche zeigen sich jedoch Unterschiede: Während der Wertewandel Personalmanager aus Dienstleistungsunternehmen in den nächsten drei Jahren stärker umtreiben wird als Personalmanager aus Produktionsunternehmen, werden sich letztere stärker mit der Auswirkung der Globalisierung beschäftigen als Personalmanager aus Dienstleistungsunternehmen.

Die wichtigsten Zukunftsaufgaben, die das Personalmanagement in mindestens 80 Prozent der untersuchten Unternehmen in den nächsten drei Jahren stark prägen werden, sind die Erhaltung und Förderung des Mitarbeiter Engagements, die Bindung der strategisch wichtigen Mitarbeitergruppen an das Unternehmen, das Employer Branding und eine systematische Führungskräfteentwicklung.

Vergleicht man die Befragungsergebnisse mit den Ergebnissen der letzten DGFP Trendstudie von 2009, haben die Themen Employer Branding, Work Life Balance, psychische Belastungen von Mitarbeitern, Gesundheitsmanagement, lebensereignisorientiertes Personalmanagement und Social Media deutlich an Bedeutung gewonnen.

Die aktuelle Studie zeigt auch, dass bislang wenige Unternehmen HR Trendmanagement betreiben. Nur in etwa jedem fünften Unternehmen beschäftigt sich der Personalbereich regelmäßig systematisch mit Megatrends. In einem Viertel der Unternehmen befasst sich der Personalbereich gar nicht systematisch mit Megatrends.

Quelle: Deutschen Gesellschaft für Personalführung e. V. (DGFP), 7.12.2011

Bologna: Hochschulabschlüsse nahezu vollständig auf Bachelor und Master umgestellt

In Deutschland ist die gestufte Studienstruktur mit Bachelor und Master weitgehend Normalität geworden: 85 Prozent aller Studiengänge an deutschen Hochschulen führen zu den Abschlüssen Bachelor oder Master. Dies geht aus einer aktuellen Statistik der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) zu Bachelor und Masterstudiengängen hervor. Die Zahlen basieren auf den Angaben der Hochschulen im HRK Hochschulkompass sowie Daten des Statistischen Bundesamtes.

Die deutschen Hochschulen bieten demnach mittlerweile über 13.000 Bachelor und Masterstudiengänge an. Die Zahl der neuen bzw. umgestellten Studiengänge ist um sieben Prozent gegenüber dem vorhergehenden Semester gestiegen. Lediglich 535 Studiengänge, die im Verantwortungsbereich der Hochschulen liegen, sind noch nicht umgestellt.

Zum Wintersemester 2010/2011 haben sich 78 Prozent der Studienanfängerinnen und Anfänger an deutschen Hochschulen in Bachelor oder Masterstudiengängen immatrikuliert. 60 Prozent aller Studierenden sind mittlerweile in diesen Studiengängen eingeschrieben, über 40 Prozent aller Absolventinnen und Absolventen im Prüfungsjahr 2010 machten einen Bachelor oder Master Abschluss.

Schleswig-Holstein fördert Weiterbildungsverbände mit 1,8 Millionen

Schleswig-Holstein investiert 1,8 Millionen Euro in die Fachkräfteentwicklung durch Weiterbildung. Wirtschaftsstaatssekretärin Dr. Tamara Zieschang überreichte die entsprechenden Zuwendungsbescheide an die Träger der regionalen Weiterbildungsverbände. Sie erklärte: „Weiterbildung wird immer wich-

tiger, gerade in Zeiten, in denen Fachkräfte knapp werden. Unser Ziel ist es deshalb, noch mehr Teilnehmer für Weiterbildungen zu mobilisieren. Dies kann nur mit mehr Transparenz, aktuellen Informationen über Weiterbildungsangebote und Förderprogramme und passgenauer Beratung auch für kleine Betriebe erreicht werden“.

Die Beteiligung von Älteren, Un- und Angelernten und Bürgern mit Migrationshintergrund an Weiterbildung ist höher als im Bundesgebiet. Mit rund 54 Prozent lag die Weiterbildungsbeteiligung der Beschäftigten in schleswig-holsteinischen Kleinunternehmen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 28 Prozent. Das ist ein Ergebnis der repräsentativen Erhebung zum Weiterbildungsverhalten „Adult Education Survey (AES)“. Die Studie bestätigt mit 95 Prozent die hohe Zufriedenheit der Weiterbildungsteilnehmer und weist für Schleswig-Holstein eine im Bundesvergleich höhere Chancengleichheit aus: Die Beteiligung von Älteren, Un- und Angelernten und Bürgern mit Migrationshintergrund an Weiterbildung ist höher als im Bundesgebiet. „Diese erfreulichen Ergebnisse bestärken uns, die Arbeit der Weiterbildungsverbände weiter zu unterstützen. Sie leisten in den Regionen einen wertvollen Beitrag, die beruflichen Qualifikationen und das Potenzial auch bei nachteiliger Personenkreise für den Arbeitsmarkt zu fördern.“

Die zwölf Weiterbildungsverbände bilden ein landesweites Netz von Servicestellen, die alle Fragen rund um die Weiterbildung beantworten und in denen über 500 Weiterbildungseinrichtungen zusammenarbeiten, um das Weiterbildungsangebot bedarfsgerecht weiter zu entwickeln.

Rund 1,3 Millionen Euro stammen aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) des Zu-

kunftsprogramms Wirtschaft und rund 500.000 Euro aus Landesmitteln.

Zu den Aufgaben der Verbände zählen die Kooperation und Koordination in der Weiterbildung, das heißt

- *Information und Beratung* für Bürgerinnen, Bürger und für kleine und mittelständische Unternehmen *zu allen Fragen der Weiterbildung*
- die *Integration möglichst vieler regionaler Weiterbildungseinrichtungen* im Verbund.

Zentraler Ansatz der Weiterbildungsverbände ist die Förderung eines intensiven Austauschs zwischen Beschäftigten und Strukturpolitik mit der Weiterbildung auf regionaler Ebene unter Einbeziehung der Experten vor Ort.

Die Förderung eines institutionenübergreifenden Konzeptes vor Ort ist im Kontext einer Stärkung der Weiterbildung als eigenständiger Branche und vierter Säule im Bildungssystem zu verstehen, mit dem Ziel, die Nachfrageorientierung zu unterstützen.

Ansprechpartner der Regionalen Weiterbildungsverbände in Schleswig Holstein:

- Kieler Forum Weiterbildung, Gerd Neuner, Tel. 0431 901 5218
- Dithmarscher Weiterbildungsverbund, André Mewes, Tel. 04852 838423
- Weiterbildungsverbund Flensburg, Jörg Strangfeld, Tel. 0461 6601383
- Verbund Weiterbildung in Lübeck, Sönke Möller, Tel. 0451 7065533
- Weiterbildungsverbund Neumünster Mittelholstein, Dirk Kessemeyer, Tel. 04321 929181
- Weiterbildungsverbund Nordfriesland, Andrea Müller, Tel. 04841 9046611
- Weiterbildungsverbund Ostholstein Plön, Kirstin Borgwardt, Tel. 04361 620710

- Weiterbildungsverbund Kreis Pinneberg, Susan Remé, Tel. 04101 808910
- Weiterbildungsverbund Rendsburg Eckernförde, Ute Landt, Tel. 04873 1873
- Weiterbildungsverbund Kreis Segeberg, Annerose Petersen, Tel. 040 53595908
- Steinburger Weiterbildungsverbund, Jürgen Hansen, Tel. 04821 4030284
- Weiterbildungsverbund Stormarn Herzogtum Lauenburg, Annemarie Argubi Siewers, Tel. 04153 5699050

Informationen zur Weiterbildung in Schleswig Holstein finden sich im Info Netz Weiterbildung.

Quelle: Wirtschaftsministerium Schleswig Holstein, www.weiterbildung.schleswig-holstein.de

Peer-Review-Verfahren Hessische Blätter für Volksbildung

Seit dem Jahrgang 2011 hat unsere Zeitschrift zusätzlich ein formalisiertes Peer Review Verfahren eingeführt. Über die intensiver Arbeit in der Redaktion, bei der alle Mitglieder alle Aufsätze lesen, soll eine Außensicht einbezogen werden. Dies ist nicht ohne zusätzlichen Aufwand möglich und verlängert außerdem den Vorlauf der Planung. Wir bedanken uns deshalb ausdrücklich bei allen die uns manchmal unter Zeitdruck im Jahr 2011 durch ihre Stellungnahmen unterstützt haben:

Heiner Barz
 Rainer Brödel
 Karin Büchter
 Anke Grotlüschen
 Anke Hanft
 Bernd Käßplinger
 Astrid Seitrecht
 Andrea Sievert Kölle

Ulrich Teichler
 Reinhard Völzke
 Gisela Wiesner

Beurteilung anhand vorgegebener Kriterien

Kriterium wird:

- 1 erfüllt
- 2 teilweise erfüllt, sollte nachgebessert werden
- 3 nicht erfüllt
- 0 nicht vorhanden

Inhalt	1	2	3	0
Wichtigkeit des Themas				
Erkenntnisinteresse bzw. Benennung einer interessanten Fragestellung				
Aufarbeitung des Forschungsstandes oder Anschließen an den Forschungsstand				
Ausdifferenzierung bzw. Entfaltung eines Themas				
Erweiterung des Wissensstandes				
Begründete Schlussfolgerung				

Argumentation	1	2	3	0
Definition verwendeter Begriffe				
Ausdifferenzierung bzw. Entfaltung eines Themas				
Darlegung der Methode bei empirischen Ergebnissen				
Klarheit der Argumentation				
Schlussfolgerung und Begründung des Erkenntnisstandes				

Formales	1	2	3	0
Sprachliche Form				
Beachtung der Autorenhinweise				

Mögliche Stellungnahme
 Annahme
 Überarbeitung
 Ablehnung

„Weiterbildung ist mehr als eine süße Versuchung“

Der hohe Stellenwert von Weiterbildung im Berufsleben wird durch viele Faktoren geprägt: Mehr Wettbewerb, zunehmende Internationalisierung, immer neue Produkte, Dienstleistungen und Technologien, die auf den Markt drängen, demographischer Wandel, Fachkräftemangel und Fachkräftebindung oder längere Lebensarbeitszeit sind nur einige Stichworte dabei. Aus diesem Grund ist Weiterbildung wie ein Apfel, der reich an Vitaminen ist und deshalb mehr als eine fruchtig süße Verführung darstellt. Der Apfel ist ein wesentliches Nahrungsmittel, um sich gesund und fit zu halten. Ebenso ist die Weiterbildung der Schlüssel an Vitaminen, um das Wissen gesund und fit zu erhalten.

Kein Luxus, sondern Notwendigkeit

Weiterbildung ist dabei jedoch nicht als intellektueller Luxus zu betrachten, sondern als Notwendigkeit: Denn Unternehmen wie auch Arbeitnehmer, und das nicht nur in den Führungsebenen, müssen ständig den neuen Herausforderungen gerecht werden und mit der Innovationskraft auf den unternehmerischen Märkten Schritt halten können. Weiterbildung ist also ein wichtiges Kapital. Sie vermittelt Fachwissen und Kompetenz und sichert damit die Beschäftigungsfähigkeit. Und sie bietet auch die Möglichkeit, die sogenannten und heute überall gefragten Soft Skills zu vertiefen. Denn nicht nur Wissen, sondern auch soziale Kompetenzen sind gefragt.

Es gibt viele Möglichkeiten Weiterbildung in Anspruch zu nehmen. Das

Spektrum reicht von der maßgeschneiderten betriebsinternen Weiterbildung über die Angebote von Bildungszentren, die auch berufliche Qualifikationen mit IHK Abschlüssen in ihren Programmen stehen haben, bis hin zu privaten Anbietern, deren Leistungsspektrum von Zeitmanagement bis hin zu Fremdsprachen reicht. Die meisten Angebote können damit punkten, dass sie berufsbegleitend stattfinden als ein oder mehrtätige Seminare und Workshops oder berufsbegleitend an den Abenden und Wochenenden. Das so erworbene Wissen kann direkt in den Berufsalltag integriert werden.

Ein Bereich gewinnt mittlerweile aus vielen Gesichtspunkten heraus eine besondere Bedeutung: die universitäre Weiterbildung. Zum einen: Auch für Hochschulabsolventen gilt, für das Berufsleben reicht ein abgeschlossenes Studium alleine nicht mehr aus. Wissenschaftliche Weiterbildung wird von Experten als unerlässlich angesehen, um die Beschäftigungsfähigkeit kontinuierlich zu erhalten.

Zum anderen: Auch für Unternehmen ist die universitäre Weiterbildung ein wichtiger Aspekt, um beispielsweise dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Die Vorteile: Die Qualifizierungsangebote zeichnen sich durch die fachgerechte methodisch didaktische Vermittlung aktuellster wissenschaftlicher Erkenntnisse aus. Denn durch die Anbindung an die Forschung wird das theoretische Wissen ständig aktualisiert. Die Studierenden bekommen eine Menge theoretische Werkzeuge an die Hand, mit denen sie im Berufsalltag methodisch arbeiten und Zusammenhänge einfacher beurteilen können. Dafür sorgen auch qualifizierte Dozenten, die in Wissenschaft und Praxis verankert sind. Auch hier ist das Themenspektrum breit angelegt angefangen bei Personal und Finanzmanagement über Marketing bis hin zu Logistik und Bildungsmanagement. Auch die universitäre Weiterbildung findet in der Regel berufsbegleitend statt.

Quelle: www.hna.de, 7.2.2012

Personalia

Zum Tode von Josef Olbrich

Am 6. März letzten Jahres verstarb Professor Dr. Josef Olbrich (1935–2011). Olbrich hatte an der Freien Universität Berlin einen Lehrstuhl für Erziehungswissenschaft unter besonderer Berücksichtigung der Erwachsenenpädagogik inne (1976–2003). Er war Schüler von Fritz Borinski, der Mitte der 1950er Jahre an der FU Berlin zu den Gründungsvätern des Instituts für Erziehungswissenschaft zählte und der dort gewissermaßen pionierhaft neben vielfältigen Initiativen zur wissenschaftlichen Weiterbildung auch die „Abteilung Erwachsenenbildung“ aufbaute. Olbrich selbst hatte zunächst Geschichte und Latein studiert und als Gymnasialpädagoge gearbeitet. Parallel zur Lehrertätigkeit nimmt dieser bei Borinski ein Studium der Erwachsenenbildung auf, beginnt eine Promotion und wird 1969 von Borinski zum Assistenten berufen. Wenn gleich sich Olbrich in den 1970er Jahre auch im Fach Erziehungswissenschaft habilitiert, zählt er noch zu einer ersten Generation von Lehrstuhlinhabern, die über einen beruflichen Umweg bzw. Quereinstieg auf eine Professur für Erwachsenenpädagogik gelangten.

In disziplinärer Hinsicht ist bedeutsam, dass Olbrich schon als wissenschaftlicher Assistent zu denjenigen gehörte, die das Profil des jungen Fachs Erwachsenenpädagogik seit Ende der 1960er Jahre maßgeblich beeinflusst haben. Zugleich hatte Olbrich zusammen mit Joachim Dikau und Gerd Doerry erheblichen Anteil daran, dass sich die FU Berlin in den zurückliegenden Jahrzehnten zu einem bedeutsamen Ort der deutschen Erwachsenenpädagogik ent-

wickeln konnte. In seinen historiografischen und systematischen Untersuchungen hat Olbrich sich mit unterschiedlichen Aspekten des lebenslangen Lernens in einer Lerngesellschaft beschäftigt. In seiner Dissertation über Eduard Weitsch (1972) macht er auf die Verflechtungen von Didaktik und Gesellschaftsdiagnose aufmerksam. Schon in den 1970er Jahren stellt er den Zusammenhang von Bildung und Gesellschaft systemtheoretisch dar – ein Ansatz, der sich erst zwei Jahrzehnte später als ein „Mainstream“ der Theoriediskussion in der Erwachsenenbildung durchzusetzen begann. Auf dem Höhepunkt der Bildungsreform publizierte Olbrich (zusammen mit Helmut Kein und Horst Siebert 1973) bildungs- und ordnungspolitische Beiträge zur Struktur des quartären Sektors. In einem wenig rezipierten, aber theoriestrategisch hochrelevanten Herausgeberband rekonstruierte er „Legitimationsprobleme in der Erwachsenenbildung“ (1980). Olbrichs Hauptinteresse galt aber der Geschichte der Erwachsenenbildung. So dürfte seine 2001 erschienene Geschichte der Erwachsenenbildung zu den Klassikern der erwachsenenpädagogischen Literatur gehören.

Olbrich war nicht nur in Forschung und Lehre, sondern auch in der Hochschulselbstverwaltung aktiv. Er fungierte langjährig als Mitglied im Akademischen Senat der FU Berlin. Außerdem hat er in den 1960er Jahren die Gründung des Arbeitskreis Universitäre Erwachsenenbildung (AUE) und der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) als ihr erster Vorsitzender maßgeblich beeinflusst. Nähere Hinweise zum Werk und Ansatz der Erwachsenenbildung bei Olbrich enthält eine von Horst Siebert und mir 2003 herausgegebene Festschrift „Ansichten zur Lerngesellschaft“.

Rainer Brödel

Ekkehard Nuissl als Direktor des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) verabschiedet

Der Erziehungswissenschaftler Professor Dr. Ekkehard Nuissl von Rein wurde am 5. Dezember 2011 als Wissenschaftlicher Direktor des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) verabschiedet. Bei einem Festakt im Collegium Leoninum in Bonn dankte u. a. die Weiterbildungsministerin aus Nordrhein Westfalen, Sylvia Löhrmann, Professor Nuissl von Rein für die Zusammenarbeit und betonte seine langjährigen Verdienste für die Weiterbildung in einer persönlichen Würdigung.

„Professor Nuissl von Rein hat sich durch sein vielfältiges Wirken in Deutschland, Europa und weit darüber hinaus höchstes Ansehen erworben. Als Wissenschaftler, Visionär und Ideengeber hat Professor Nuissl von Rein für Nordrhein Westfalen eine herausragende Bedeutung. Sein Beitrag zur Novellierung des Arbeitnehmerweiterbildungsgesetzes und seine zahlreichen Gutachter-tätigkeiten zur Wirksamkeit der Weiterbildung haben ihn zur wichtigsten Stimme der Weiterbildung gemacht. Seine Hinweise und Einschätzungen sind un-

verzichtbar für die Arbeit des Ministeriums“, so Löhrmann wörtlich. Ministerin Löhrmann erklärte vor diesem Hintergrund: „Ich würde mich sehr freuen, wenn uns Herr Professor Nuissl von Rein in diesem Prozess als Ideen und Ratgeber erhalten bleibt.“

Prof. Dr. Dr. h.c. Ekkehard Nuissl von Rein begann seine berufliche Laufbahn 1965 mit einem Volontariat. Nach dem Studium der Soziologie, Germanistik, Geschichte, Politologie und Pädagogik an den Universitäten Heidelberg und Bremen erfolgte 1974 die Promotion in Sozialwissenschaften. Er habilitierte sich 1987 in Erziehungswissenschaften an der Universität Hannover. Seit 1991 war Professor Nuissl von Rein Direktor des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung in Bonn. Und seit 2003 ist er Professor für Erwachsenenbildung an der Universität Duisburg Essen. Zahlreiche Lehraufträge und Ehrenämter sind Stationen seines beruflichen Werdegangs, zum Beispiel als Vizepräsident der Leibniz Gemeinschaft (1998 bis 2004). Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören die Weiterbildungspolitik und die internationale Erwachsenenbildung. Ekkehard Nuissl von Rein hat mehr als 650 Schriften veröffentlicht.

Rezensionen

Klaus Ahlheim/Horst Mathes (Hrsg.): Utopie denken – Realität verändern. Bildungsarbeit in den Gewerkschaften, Hannover: Offizin 2011, 155 S., 13,80 Euro

Die Bildungsarbeit der Gewerkschaften soll und kann dazu beitragen, Utopie nicht nur zu denken, sondern auch Realität zu verändern. Das ist die zentrale These des Sammelbandes, dessen fünf Beiträge aus der Bildungspraxis der IG Metall und Einzelbeitrag aus der Bildungswissenschaft sich allerdings bemerkenswert in ihren Auffassungen über das Verhältnis von Bildung und verändernder Praxis unterscheiden.

Harald Kolbe und Hartmut Meine („Gewerkschaftliche Bildungsarbeit neue Herausforderungen für die politische Bildung“) bestimmen gewerkschaftliche Bildung als „Analyseinstrument, als Ort der Aufklärung über die Zusammenhänge und als Zukunftswerkstatt für Gesellschaftsentwürfe, die über die bestehenden Strukturen hinausweisen“ (S. 81). Sie sehen bei den Teilnehmenden ein Bedürfnis nach „Überschreiten des Betriebs- und Alltagshorizonts“ (S. 85), das andere Autoren skeptischer einschätzen: So stellt Horst Mathes politische Apathie auch unter den Gewerkschaftsmitgliedern fest (S. 92f.) und Joachim Beerhorst „Ambivalenzen von Beharrung und Phantasieabwehr einerseits, von Veränderungswünschen und aufblitzenden Transendenzen andererseits“ (S. 62). Dennoch sieht Beerhorst in seinem Beitrag über „Utopie, Wirtschaftsdemokratie und gewerkschaftliche Bildung“ bei dieser einen erweiterten Auftrag als politisch emanzipatorische Bildung und

Gegenströmung zur Pragmatisierung, die im Gegebenen verhaftet bleibt (S. 62). Die „Möglichkeit anderer gesellschaftlicher Verhältnisse und Beziehungen“ müsse denkbar (S. 63) und „antizipierte Utopie“ erfahrbar werden (S. 64).

Während Ulrike Obermayr Bildung als Bedingung der Veränderung versteht (S. 117), sieht Mathes umgekehrt die Entwicklung von Perspektiven als Voraussetzung für politische Bildung (S. 93 f.). Er fordert von Gewerkschaften nicht nur einen politischen Kurswechsel, sondern dass sie ihren eigenen Kurs hin zu gesellschaftspolitischer Mobilisierung ändern müssten (S. 89 95). In fünf „Visionen“ skizziert Mathes ein „erweitertes Gewerkschafts- und Bildungsverständnis“ (S. 106 109). Unter dem Titel „Gewerkschaft muss gelernt werden“ Bildungsarbeit als Alltagsaufgabe“ erweitert Mathes nicht nur die Adressaten gewerkschaftlicher Bildung gegenüber einer Fokussierung auf Betriebsräte und Vertrauensleute, sondern wirft als Frage für die Bildungsarbeit auf, wie die Mitglieder als „Souverän“ ihrer Gewerkschaft auch deren „Subjekte“ werden (S. 95).

Klaus Dera, Werner Kraus und Ferdi Rrecaj machen „Selbstkritische Anmerkungen zur Praxis gewerkschaftlicher Bildungsarbeit“ bezogen auf das Lernziel Demokratie. Sie bemängeln, dass die Utopie der (Wirtschafts-) Demokratie in den Gewerkschaften aus dem Blick geraten sei (S. 135) und sich in ihren Strukturen und Seminaren mitunter bestehende betriebliche Herrschafts- und Unterdrückungsverhältnisse spiegeln (S. 132f.). Das Lernziel Demokratie erfordere nicht nur, demokratische Arbeitsbeziehungen zu erweitern (S. 137); mit dem Modellprojekt „Arbeitswelt und Demokratie“ legen sie einen Vorschlag vor, wie in Seminaren demokratische Lernformen als „selbstorganisiertes Lernen“ erlebbar werden (S. 139, 143 145).

Obermayr stellt den „Theorie Praxis Dialog“ zur Bildungsarbeit der IG Metall als bundesweiten systematischen Austausch zwischen gewerkschaftlicher und wissenschaftlicher Praxis (S. 112) vor. Ziel sei die theoretische und selbstkritische Reflexion der Bildungspraxis mit Hilfe von WissenschaftlerInnen, die umgekehrt von den PraktikerInnen lernen könnten (S. 111 116). Sie argumentiert gegen eine Absage an Theorie zugunsten einer auf Brauchbarkeit reduzierten Bildungspraxis (S. 115f.). Wie Mathes (S. 97) nennt sie als Herausforderung die Stärkung und Qualifizierung der ehrenamtlichen ReferentInnen als „Rückgrat, Netzwerk und Zukunft“ der IGM Bildungsarbeit (S. 119).

Klaus Ahlheim kritisiert in seinem Beitrag über „Politische Erwachsenenbildung in Zeiten des Marktradikalismus“, dass Politikdidaktiker mitmachten beim Abschied von sozialer Gerechtigkeit (S. 21 27), aber auch beim Verzicht auf Utopie und bei der Absage an eine aufklärende, gesellschaftskritische politische Bildung (S. 28). Der Gedanke einer Synthese beruflicher und politischer Bildung werde zuungunsten letzterer verdrängt (S. 14).

Die Forderung nach Stärkung oder zumindest Erhalt der Räume und Ressourcen für politische Bildung zieht sich als roter Faden durch das Buch, wobei sich der Appell der AutorInnen aus der IG Metall auch an die eigene Organisation richtet. Mathes regt ein Bildungsprogramm „mehr politische Bildung wagen“ an (S. 108f.), Kolbe und Meine fordern, dass die Betriebsrätebildung der Gewerkschaften in der zunehmenden Konkurrenz mit privaten Bildungsanbietern „interessenorientiert“ bleiben müsse (S. 67).

Die Beiträge schließen an neuere Diskussionen zur Subjektorientierung der gewerkschaftlichen Bildung an. Ahlheim warnt vor der Instrumentalisier-

keit der Subjektorientierung und betont, dass die Sache(n) nicht in Widerspruch zu den Interessen der Lernenden stehen (S. 36). Kolbe und Meine sehen Subjektorientierung positiv als Weiterentwicklung der Teilnehmerorientierung, die die Ermittlung kollektiver Interessen auch im Hinblick auf den Seminarprozess unterstützt (S. 73). Obermayr sieht das Subjekt stärker in den Mittelpunkt gewerkschaftlicher Bildungsarbeit gerückt, allerdings sei ein „ganzheitlicher Begriff von Bildung nur in Ansätzen auszumachen“ (S. 121).

Der Band bereichert aktuelle Debatten zur kritischen bzw. emanzipatorischen politischen Bildung. Zum vernachlässigten Forschungsfeld der gewerkschaftlichen Bildung steuern die AutorInnen aus der Bildungspraxis souveräne Reflexionen bei. Analysen der gegenwärtigen gesellschaftlichen Verhältnisse werden als Bedingungen und Gegenstandsbestimmungen gewerkschaftlicher Bildung diskutiert und exemplarisch mit Bildungskonzepten verknüpft. Dabei werden unterschiedliche Vorstellungen von Utopie, von kritisch emanzipatorischer Bildung und von notwendigen Diskussionen entfaltet. Die Praxisbeiträge sind auf die IG Metall beschränkt, was die Aussagen zur „Bildungsarbeit in den Gewerkschaften“ einerseits einschränkt, andererseits aber einen detaillierten Blick auf eine Gewerkschaft eröffnet. Die Spannung zwischen Beiträgen aus Wissenschaft und Praxis könnte produktiver gemacht werden. So dokumentiert das Verzeichnis der AutorInnen aus der Bildungspraxis, deren Expertise sich vor allem neben der etablierten Bildungswissenschaft entwickelt hat, dass die Marginalisierung der politischen Erwachsenenbildung an den Hochschulen nicht erst in der Praxis „ankommt“ (Ahlheim, S. 13). Der Sammelband ist sehr lesenswert für alle, die sich mit politischer und

gewerkschaftlicher Bildung befassen. Ihm wäre vor allem zu wünschen, in Bildungswissenschaft und praxis diskutiert zu werden.

Julika Bürgin

Justen, Nicole: Erwachsenenbildung in biografischer Perspektive. Lebensgeschichten – Bildungsmotive – Lernprozesse, Verlag Barbara Budrich: Opladen & Farmington Hill 2011, 450 S., 48,00 Euro

Die Erziehungswissenschaftlerin Nicole Justen verfolgt mit ihrem Buch das Anliegen, den bis dato überwiegend wissenschaftlich geprägten Diskurs zum ansteigenden Bedürfnis des Individuums nach Selbstthematisierungen durch die lebensweltliche Perspektive derjenigen zu ergänzen, denen man Gelegenheit geben will, sich selbst zu thematisieren. Zu diesem Vorhaben gehört es zunächst, Teilnehmende an biographieorientierten Volkshochschulkursen selbst durch Interviewauszüge zu Wort kommen zu lassen, um diese lebensgeschichtlichen Daten sodann einer sorgfältigen Narrationsanalyse zu unterziehen, die über Motive und Wirkungen institutionenbezogener Selbstthematisierungen hinaus Auskunft zur Frage nach dem Verhältnis von Lebensgeschichten, Bildungsmotiven und Lernprozessen geben soll. Damit stellt sich Nicole Justen der anspruchsvollen Aufgabe, sowohl grundlagentheoretisch motivierten als auch bildungspraktisch relevanten Fragen auf den Grund zu gehen.

Hierbei verhilft sie quasi nebenbei einer disziplinär höchst interessanten Frage bereits in ihrer Einleitung zum Durchbruch. Der Frage nämlich, nach der empirischen Relevanz des diskursiv unmittelbar einleuchtenden Rufs nach quantitativer Erweiterung institutioneller Bildungsangebote zur biographischen Selbstthematisierung in der Erwachse-

nenbildung. Wenn man sich wie Nicole Justen das getan hat – nicht nur die Mühe macht, das Angebotsprofil dieser ‚Volkshochschulkurs Sparte‘ zu analysieren (31 ff.), sondern zudem die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Selbstthematisierungsangebote in Augenschein nimmt, stößt man auf einen interessanten empirischen Befund: Justen zufolge stelle sich das Geschlechterverhältnis erwartungsgemäß als unausgeglichen dar, denn es partizipierten nur in der Ausnahme Männer an dem von ihr untersuchten, speziellen Typus ‚Schreibwerkstätten‘ (60 f.). Diese beinahe geschlechtshomogene Kurswirklichkeit korrespondiere zudem mit einer geringen Varianz ihrer altersbezogenen Inanspruchnahme. Zu Wort kommen bei Justen daher über 60 bis über 90 Jährige Frauen, die ausnahmslos in Nordrhein Westfalen leben und sich lokal auf zwei verschiedene Volkshochschulkursangebote verteilen. Vor dem Hintergrund der von Justen eingangs referierten Diskursive zum Lebenslangen Lernen, zum demographischen Wandel und hiermit verbundener Anforderungen an das Individuum, das sich schon lange nicht mehr „[...] auf sichere gesellschaftliche Strukturen und soziale Systeme [...] verlassen und das Leben anhand der Erwartung einer normalbiografischen Entwicklung“ (11) ausrichten könne, stellt sich die Frage, weshalb der den Jungen (beiderlei Geschlechts) zugeschlagene Bildungsbedarf indes bei den Alten (weiblichen Geschlechts) vollen Zuspruch findet. Eine frühe Antwort darauf ließe sich bei Lotte Radermacher finden, die 1932 in ihrer ‚Sozialpsychologie des Volkshochschülhörers‘ schreibt, dass „[...] es zwei Kurse [gibt, K. B.], die merkbar von den jüngsten gemieden und von den ältesten gesucht werden, das sind die Geschichte und die Rechts und Staatswissenschaften. Wir werden das dahin interpretieren

können, dass [...] die historischen Fächer, die übrigens an sich die größte intellektuelle Reife erfordern, vor allem von den alten gesucht werden, denen der Rückblick näher liegt“ (ebd., 471f.). Im Rückblick, der den Älteren näher liegt sowie in der intellektuellen Reife scheinen überzeugende Argumente zu liegen, die die geringe Altersstreuung in den autobiografischen Schreibwerkstätten erklären könnte. Hilfreich scheint hier zu dem die Unterscheidung von ‚Person‘ (früher Mitglied der Volkshochschule, heute würde man wohl ‚Adressat‘ sagen) und ‚Fall‘ (Kursteilnehmer) zu sein. Selbst wenn einiges dafür spricht, dass das zeitgenössische Individuum zunehmend an Gelegenheiten biografischer Selbstthematierungen interessiert sein könnte, ergibt sich daraus nicht zwingend die Partizipation an expliziten institutionellen Angeboten. Dies könnte Nitel (2011, 106) im Sinn gehabt haben, als er mutmaßte, dass allein dadurch schon viel gewonnen sei, eine biografiebezogene Sensibilität zu entwickeln, die am Rande formaler Bildungskontexte dazu ertüchtige, das Bedürfnis nach Selbstthematierung identifizieren zu können. Das, was bei Nicole Justen im Zentrum steht, den an biographieorientierten

Volkshochschulkursen Partizipierenden selbst eine Stimme zu geben, ist zugleich die große Stärke ihrer Publikation, die sich auf 346 der insgesamt 450 Seiten dokumentiert. Sie provoziert hier für den am Detail interessierten Leser, Praktiker oder Nachwuchswissenschaftler durch eine gelungene Kombination aus Falldarstellung und analyse eine biografietheoretische Sensibilisierung, wie sie von Blumer (1969, 147-151) mit Blick auf ‚sensitizing concepts‘ allgemeiner beschrieben wurde. Damit sind m. E. alle Voraussetzungen gegeben, um einen biografietheorie bezogenen Professionalisierungsprozess in der Erwachsenenbildung anzuregen. Darüber hinaus erweist sich das zwar etwas homogen geratene und also wenig gesättigte Sample als reichhaltiger Fundus, um die den Erwachsenen zugeschriebene Kategorie des „Fertig Seins“ (Kohli 1995, 129) empirisch auszudifferenzieren oder vielmehr diese endgültig ihrer Common Sense Perspektive zu überführen. Insoweit regt Justens Buch sowohl begriffsbildende Aktivitäten rund um die Definition ‚des Erwachsenen‘ als auch eine berufspraktische Professionalisierung an, was das Buch unbedingt empfehlenswert macht.

Kirstin Bromberg

Mitarbeiter/innen

Falk Arians, Dipl. Päd., Jg. 1979, Promovend und Stipendiat der Universität Hamburg Veröffentlichungen u. a.: Zur pädagogischen Förderung älterer Arbeitnehmer, München 2010.

Günther Böhme, Prof. Dr. Dr. h. c., Jg. 1923, Vorsitzender des 3. Lebensalters Goethe Universität Frankfurt/M. Veröffentlichungen u. a.: (zus. mit Brauerhoch/Dabo Cruz) Lust an der Bildung. Resultate eines gerontologischen Projekts zu Studienverläufen im dritten Lebensalter, Idstein 2010; Kultur und pädagogische Reform, Idstein 2008.

Sylvana Dietel, Dr. des., Jg. 1973, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abt. EB/WB Humboldt Universität zu Berlin Veröffentlichungen u. a.: Gefühles Wissen als emotional körperbezogene Ressource eine qualitative Wirkungsanalyse in der Gesundheitsbildung, Wiesbaden 2012 (im Erscheinen); (zus. mit Gieseke) Professionelles Selbstverständnis der Disziplin Erwachsenenbildung/Weiterbildung, in: Eggenmeyer/Schübler (Hg.): Akademische Professionalisierung in der Erwachsenenbildung. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde, 2012 (im Erscheinen).

Christian Hoppe, Dipl. Päd., Jg. 1978, Referent für Neue Medien an der Akademie für Bildungsforschung und Lehrerbildung Goethe Universität Frankfurt/M. Veröffentlichungen u. a.: Lernende Patienten und Ärzte im Web: Gesundheitspädagogische und medienpädagogische Betrachtungen, in: Der pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen, H. 2/2011, S. 91 102; Podcasts Mobile Lerninhalte im Audioformat, in: Promet. Meteorologische Fortbildung, 36. Jg., H. 1/2, S. 82 86.

Klaus Jork, Prof. em. Dr. med., Jg. 1937, Prof. em. Dr. med. FB Medizin Goethe Universität Frankfurt/M.; Vorsitzender Deutsch Indi-

sche Gesellschaft (DIG) Darmstadt Frankfurt, Vorsitzender Alumni FB Medizin Universität Frankfurt/M., Vorstandsmitglied Rat der Religionen Frankfurt Veröffentlichungen u. a.: Alternativen in der Medizin. Behandlungformen zwischen Wissenschaft und Empirie, Stuttgart 1993.

Bernd Käpplinger, Prof. Dr. (JP), Jg. 1972, Juniorprofessor für Lernen im Lebenslauf/ Betriebliche Weiterbildung Abt. EB/WB Humboldt Universität zu Berlin Veröffentlichungen u. a.: Methodische Innovationen durch neue Nutzungen und Kombinationen einer alten Methode Das Beispiel Programmanalyse, in: Report 34 (2011) 1, S. 36 44; Abschlüsse und Zertifikate in der Weiterbildung, Bielefeld 2007.

Dieter Nittel, Prof. Dr. phil. habil, Jg. 1954, Uni. Professor Erziehungswissenschaften Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung Goethe Universität Frankfurt/M. Veröffentlichungen u. a.: Die Aneignung von Krankheit: Bearbeitung lebensgeschichtlicher Krisen im Modus des Lernens, in: Der pädagogische Blick, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen, H. 2/2011, S. 80 90; Lernphänomene im Kontext lebensbedrohlicher Erkrankungen im Alter. Mechanismen der Erzeugung von biographischer Irrelevanz bei Brustkrebspatienten, in: Hof/Ludwig/Schäffer (Hg.): Erwachsenenbildung im demographischen und sozialen Wandel. Dokumentation der Jahrestagung der Sektion Erwachsenenbildung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft vom 24. bis 26. September 2009, Hohengehren 2010, S. 94 104.

Astrid Seltrecht, Dr. phil., Jg. 1971, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung Universität Frankfurt/M. Veröffentlichungen u. a.: Handeln Ärzte pädagogisch? In: BIOS Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen, H. 1/2009, S. 57 74; Von der Gesundheitsbildung zur Gesundheitspädagogik. (zus. mit Herzberg), in: Der pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen, H. 2/2011, S. 68 79.