

# Lehrmeister Krankheit: Was lehrt uns der Ausnahmefall für den Normalfall des Lernens?<sup>1</sup>

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 Brustkrebskrankung 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 Krebskrankung 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 Brustkrebskrankung dominant ist. Der Wunsch oder die Notwendigkeit nach Veränderung der Lebenssituation war vor Bekanntwerden der Brustkrebskrankung 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 Brustkrebskrankung 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 Krebskrankung 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 Brustkrebskrankung 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 Differenzenerfahrung 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 Differenzenerfahrungen, 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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](http://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