

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 natürli

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