

Wie denken Studierende über Gesundheit und Krankheit? Bausteine für eine Professionalisierung in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern

Wissen und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitspädagogik sind für alle in sozialen Berufen tätigen Akteure, so auch für Lehrerinnen und Lehrer, zunehmend wichtig. In erster Linie werden darunter Inhalte zu spezifischen Themenfeldern (Ernährung, Bewegung, Süchte, Entspannung usw.) verstanden, die es in didaktisch-methodischen Arrangements möglichst „kompetent“ zu vermitteln gilt. Weniger in den Blick geraten in diesem Zusammenhang andere Fragen: Was verstehen die vermittelnden Personen unter „Gesundheit“ und „Krankheit“? Wie stark sind deren eigene Verständnisse biographisch und kulturell geprägt? Verhindern die vorhandenen (Vor-)Verständnisse einen professionellen Umgang mit Fragen der Gesundheit und Krankheit?

Ziel der – in einen größeren Projektzusammenhang (Gesamtlaufzeit: 2008-2017) eingebetteten – Überlegungen ist es, Bildungsprozesse bei Studierenden, aber auch bei bereits in sozialen Handlungsfeldern tätigen Personen anzuregen, um einen professionelleren Umgang mit Fragen der Gesundheit und Krankheit zu ermöglichen. Entscheidend ist dabei *nicht* der Blick auf die spezifischen Adressatinnen und Adressaten (Kinder, Jugendliche, Erwachsene), sondern auf die eigene Person und deren Bildungsmöglichkeiten. Der Blick auf die eigene (gesundheits-/krankheitsbezogene) Biographie gehört dazu.

Den theoretischen Hintergrund der folgenden Ausführungen bildet ein Strukturmodell von Professionalisierung, das an (biographischer) Reflexivität als Voraussetzung für professionelles Handeln ausgerichtet ist (vgl. z.B. Dewe/Radtke 1991, Combe/Kolbe 2004) sowie das in den letzten Jahren für die Gesundheitsforschung weiter entwickelte erziehungswissenschaftliche Konzept der Mythenforschung (vgl. Böhme 2000, Stroß 2009; grundlegend: Oevermann 1995).

I. Was sind gesundheitsbezogene Mythen?

Bezogen auf das Themenfeld „Gesundheit – Krankheit“ konnten in der gesundheitsbezogenen Literatur bislang vier Mythen herausgearbeitet werden (vgl. Stroß 2005): der von der Vorstellung einer ‚Herstellbarkeit‘ von Gesundheit sowie der Wirksamkeit gesundheitsbezogenen Handelns begleitete *Kausalitätsmythos*, der mit dem Glauben an eine – durch die Fortschritte in Medizin, Naturwissenschaften und Technik – zunehmende Effektivität gesundheitsbezogenen Handelns einhergehende *Fortschrittsmythos*, der von der Vorstellung, Krankheiten bzw. die Tatsache des Krankseins von Menschen wenn nicht gänzlich abschaffen, so doch wirksam vermindern zu können, getragene *Überwindungsmythos*, sowie der mit dem Glauben an Krankheit als Ausdruck individueller bzw. kollektiver Bestrafung (in traditioneller Lesart als ‚Strafe Gottes‘) einhergehende *Schuldmythos*.

Problematisiert werden muss in diesem Zusammenhang:



Hygieia, die Göttin der Gesundheit (eigenes Archiv)

- ein Gesundheitsverständnis, das Gesundheit durch die richtige Medikation, durch Technik und Techniken als herstellbar, als ‚machbar‘ betrachtet,
- der Wunsch, zu immer ‚mehr Gesundheit‘ zu gelangen, trotz des Wissens, dass der wissenschaftliche bzw. der technische Fortschritt permanent neue Risiken produziert,
- die Folgen eines Gesundheitsdiskurses, der in seiner massiven Ausrichtung auf das Gesundheitsideal Krankheiten tendenziell verdrängt und die Tatsache des ‚Krankseins‘ von Menschen als einen anthropologischen Tatbestand aus dem Blick verliert,
- ein auf individualisierende Diagnosen und individuelle Defizite bezogenes Verständnis, das Krankheit auf eigenes ‚Versagen‘ zurückführt.

Was folgt daraus für die Professionalisierung der handelnden Akteure?

Wenn nun solche und andere Mythen auch in den Köpfen professionell Agierender existieren, stellt sich die Frage nach der Erforschung dieser Mythen und, damit zusammenhängend, nach deren Veränderbarkeit. Thetisch wird davon ausgegangen, dass (a) Mythen existieren und als solche empirisch rekonstruierbar sind, und diese (b) mit der reflexiven Durchdringung von Inhalten korrespondieren, d.h. in einem noch näher zu bestimmenden Korrelationszusammenhang stehen. Über die Art und vor allem die Variabilität des Zusammenhangs von Reflexivität und Mythenbildung wissen wir bislang nicht viel. Wichtig dürfte vorerst das Postulat Jeanette Böhmes (2000, z.B. S. 225) sein. Danach geht es nicht darum, die Mythen aufzulösen, sondern diese reflexiv zugänglich zu machen. Eine solche reflexive Durchdringung zu leisten, wäre wiederum (Vermittlungs-)Aufgabe der Dozentinnen und Dozenten in der hochschulischen (Aus-)Bildung.

II. Heißt Gesundsein = „Fit und stark“ sein?

Untersucht wurden im Rahmen des Teilprojekts „Professionalisierung durch Reflexion und Mythenarbeit“ (ProReMy¹) in den Jahren 2011-2013 die Gesundheits- und Krankheitsverständnisse von insgesamt 72 Studierenden aus verschiedenen gesundheitsbezogenen Studiengängen an drei Hochschulstandorten (Fachhochschule Kärnten, Pädagogische Hochschule Karlsruhe, Universität Bielefeld). Sämtliche Studierenden wurden gebeten, in Form einer Tagebuchaufzeichnung ihre persönliche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit zu schildern, dazu gehörten biographische Aspekte, durch wichtige Bezugspersonen vermittelte Gesundheits-/Krankheitsverständnisse, eigene oder in der Umgebung erfahrene Krankheiten. Die Datenauswertung erfolgte triangulativ, um unterschiedliche Perspektiven auf das Datenmaterial zu ermöglichen. Im Zentrum der Analyse stand ein adaptiertes Verfahren aus der objektiven Hermeneutik (U. Oevermann).

Was sind die (vorläufigen) Ergebnisse?²

1. Die Texte der Studierenden sind überwiegend an einem – aus professionsbezogener Sicht – präreflexiven Gesundheits- und Krankheitsverständnis orientiert, d.h. die eigenen Überlegungen werden nicht gebunden an alternative Denk- und Handlungsmodelle (im Sinne der Öffnung von Denk- und Handlungsspielräumen). Eigene Erkrankungen wie auch Krankheitsverläufe innerhalb der (Herkunfts-)Familie werden mehr oder weniger narrativ geschildert und deren Auswirkungen auf das heutige Verständnis von Krankheit und Gesundheit alternativlos benannt. Ein Teil der Schilderungen ist zudem erkennbar an Normvorstellungen wie ‚Wir sind eine durchschnittlich gesunde Familie‘, ‚Man darf / man sollte dies oder jenes nicht tun‘ und Allgemeinplätzen orientiert wie z.B. ‚Alles im Leben hat eine positive und eine negative Seite‘, ‚Natürlich habe ich Angst vor Krankheiten ... aber wer hat das nicht?‘.

2. Anhand auffälliger Textstellen lassen sich (in Anlehnung an U. Oevermann) mythische Vorstellungen und damit eine Struktur der einzelnen Fallbeispiele herausarbeiten. Diese lassen sich, weitergehend, in Kategorien einteilen („Typenbildung“), zu denen vor allem der ‚Kampf gegen das Böse‘, die Annahme der eigenen (Un-)Verwundbarkeit, das Verstricktsein in Opfergeschichten und die Schicksalhaftigkeit von Krankheiten gehören. Erkrankungen werden auf ein ‚intensiv geführtes Leben‘ zurückgeführt, es wird davon ausgegangen, dass ‚Gott einem nicht mehr auferlegt als man tragen kann‘, dass ‚Krankheit einen persönlich wachsen lässt‘; es wird vom Gefühl der eigenen ‚Unkaputtbarkeit‘ bis zum ‚Tiefschlag‘ durch die eigene Krebserkrankung gesprochen; weiterhin dient die tapfere Oma als Vorbild für das eigene Gesundheitsverständnis oder es wird auf die ‚gesundheitsförderliche‘ Ideologie in der (Herkunfts-)Familie verwiesen, Krankheit und Schmerz zu leugnen: ‚Ein Indianer kennt keinen Schmerz‘.

¹ An der Datenerhebung und -auswertung als Projektmitarbeiterinnen beteiligt waren Sandra Hornung, Ute Neuburg, Sophia Rieder und Kathrin Schmucker unter der Projektleitung von Annette M. Stroh (seit 2008 Professorin für Allgemeine Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Gesundheitsbildung an der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe; 2000-2008 Professorin für Allgemeine Pädagogik an der Universität Vechta).

² Für die folgenden Ausführungen ist zunächst auf 57 Auswertungen an zwei Standorten (PH Karlsruhe, FH Kärnten) zurückgegriffen worden (Stand: Juli 2013).

Was heißt das zugleich?

3. Sofern die Überlegungen nicht erkennbar an einen flexiblen Umgang mit verschiedenen Gesundheits- und Krankheitsverständnissen gebunden sind, verbleiben auch die in diesem Zusammenhang genannten mythischen Vorstellungen in einem vorinstitutionellen – und das heißt in einem den in den Modulhandbüchern genannten *personalen Kompetenzerwerb* (insbes. Kritik-/Reflexionsfähigkeit) *nicht widerspiegelnden* – Raum. Damit scheint ‚der Mensch‘ vom Professionalisierungsprozess während des Studiums (noch) nicht tangiert zu sein; er bleibt außen vor, in seiner ‚naiven‘ Selbstinterpretation quasi geschützt vor dem professionalen Zugriff, der allererst die konstruierten biographischen Geschichten selbst als mythisch, als Teil des Mythos ‚entlarven‘ könnte. Und:

4. Sofern unterschiedliche Denk- und Handlungsoptionen durchgespielt werden (‚früher habe ich das so und so gesehen, heute sehe ich es anders‘; ‚mittlerweile lasse ich mich in meinem Handeln davon nicht mehr beeinflussen‘ usw.), wechselt lediglich der jeweils dominante Mythos (vorher beispielsweise das Gefühl der „Unkaputtbarkeit“, nach dem „Tiefschlag“ dann der ‚Kampf gegen Krankheiten‘ usw.), ohne dass jedoch – mythenkritisch gesehen – die Geschichten selbst als Geschichten gesehen und dementsprechend in ihrer (relativen) Kontingenz rekonstruiert werden. Ein solcher – *unreflektiert bleibender* – *Wechsel in der Sichtweise* lässt sich in einem Teil der Schilderungen auch als systematisches (d.h. nicht qua biographischer Veränderung geschildertes) Anliegen nachweisen, so z.B. in der Unterscheidung von ‚kleinen Krankheiten‘ (wie z.B. Schnupfen) als bloßen ‚Störungen im Alltag‘ und ‚großen Krankheiten‘, denen dann ein ‚höherer Sinn‘ unterstellt wird.

Was ist außerdem wichtig?

5. Die genannten Krankheitsverständnisse bewegen sich bei immerhin rund der Hälfte aller Studierenden auf einer überwiegend passiven, ‚erleidenden‘ Ebene, d.h. Krankheit ‚widerfährt‘, ‚man kann nicht viel gegen sie ausrichten‘ (‚Krankheiten kommen und gehen‘, ‚Krankheit überfällt einen‘, heißt es beispielsweise), während bei der anderen Hälfte in überwiegendem Maße vom ‚Kampf gegen Krankheit‘ – durch Präventionsmaßnahmen u.a. – gesprochen wird. ‚Was ist gut am Kranksein?‘ heißt es zum Beispiel, „NICHTS [in Großbuchstaben, A.S.]“, ... Krankheit gehört bekämpft, ‚Krankheiten sind etwas Schlechtes und Böses‘ oder: ‚Ich will meinen Körper fit und leistungsstark‘.³ Das heißt, auch in den hier genannten Fällen verbleibt die Sichtweise in einem präreflexiven, vorinstitutionellen Bereich und es spiegeln sich im Studium zu erwerbende Kompetenzen, die gerade das Hinterfragen von (scheinbaren) Selbstverständlichkeiten zum Ziel haben, nicht wider. Ähnliches gilt für die fehlende Reflexion der eigenen biographischen Erzählung. Erscheint die *eigene Gesundheits-/Krankheitsgeschichte* als ‚zwangsläufig‘, als nur *so und nicht anders erzählbar*, spiegeln sich reflexive Kompetenzen (als Anspruch des Studiums) insoweit nicht wider.



Antiker Wagenlenker in Anlehnung an Platon (eigenes Archiv)

3 Die hier vorgenommenen (Zwischen-)Auswertungen sind als vorläufig zu betrachten, zimal sich eine eindeutige Zuordnung zu passiven (erleidenden) und aktiven (kämpferischen) Vorstellungen nur in wenigen Texten vornehmen ließ. Die meisten Texte sind beiden Kategorien zuzuordnen, so dass verschiedene Gewichtungskriterien zur Geltung gebracht werden können.

III. Was folgt daraus für den professionellen Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“?

(1) Ein – prozessual gesehen in Ansätzen bereits während des Studiums erwerbbares – professionelles Gesundheits- und Krankheitsverständnis zeigt sich nicht im dogmatischen, sondern im verlässigsten Umgang mit Fragen der Gesundheit und Krankheit. Dazu gehören auch Fragen danach, warum welches Gesundheitsziel angestrebt wird, warum der Umgang mit dieser oder jener Krankheit so angstbesetzt ist, warum Kranksein als Zustand abgelehnt wird.

(2) Um diesen und weiteren Fragen in einer – ebenfalls kontingenten, weil qua Begründung allererst zu legitimierenden – gesellschafts- bzw. kulturtheoretischen Einbettung auf ‚die Spur‘ zu kommen, bedarf es der grundlagentheoretischen und anwendungsorientierten Forschung („Forschungsarbeit“). Das heißt, es muss zunächst ein begriffs- und theoriebezogenes Inventar (hier: zur Professionalität, zum Mythos usw.) erstellt werden, um auf dieser Basis die Möglichkeit der Professionalisierung in gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern im Sinne der hier zugrunde gelegten Definition zu analysieren.

(3) Für Professionalisierungsprozesse während des Studiums gilt, dass die Studieninhalte an die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie, an die Reflexion eigener Gesundheits- und Krankheitsverständnisse rückgebunden werden müssen (vgl. Stroß 2006, 2012). Dabei sollte der flexible Umgang mit etwaigen starren Denk- und Handlungsmustern geübt werden („Eigenarbeit“). Erst auf diese Weise dürfte

(4) den späterhin in der Praxis Tätigen ein situations- bzw. falladäquater Umgang mit der jeweiligen Klientel, mit Fragen von Gesundheit und Krankheit möglich sein – dies nicht als Ziel, wohl aber als Voraussetzung für professionelles Handeln, das sich der eigenen Arbeit gegenüber permanent reflexiv und evaluativ zu verhalten in der Lage ist. Dieses wiederum scheint angesichts der Tatsache besonders wichtig, dass gesundheitsbezogene Arbeit in sozialen Feldern bislang hauptsächlich projektförmig organisiert und nicht durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen charakterisiert ist, wie dies in anderen Feldern (z.B. der außerschulischen Jugendarbeit, der Weiterbildung, der Hochschulen) längst der Fall ist (vgl. 13. Kinder- und Jugendbericht 2009, S. 246, Qualitätsentwicklung 2001).

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse bilden damit den Anfang einer Reihe weiterer Untersuchungen in Richtung einer ‚reflexiven Gesundheitspädagogik‘. So werden in einem nächsten Zugang in der gesundheitspädagogischen/-bezogenen Praxis tätige Akteure auf ihre Denk- und Handlungsstrategien (anhand von Arbeitsberichten, Protokollen, Portfolios) hin zu untersuchen sein. Auch sind Grad und Veränderbarkeit der (Selbst-)Reflexivität von Studierenden wie auch von in der Praxis Tätigen näher zu untersuchen und sind diese in einen Zusammenhang zu bringen mit vorhandenen bzw. sich ändernden mythischen Vorstellungen. Letztere wiederum lassen sich möglicherweise auf einer – für die Weiterentwicklung des Professionalitätsverständnisses fruchtbaren – Skala von Macht- und Ohnmachtorientierung des Denkens abbilden. Auf der Basis dieser Ergebnisse werden in den kommenden Jahren Modulbausteine für die Aus- und Weiterbildung an Hochschulen zu entwickeln sein.

Literatur

13. Kinder- und Jugendbericht: „Mehr Chancen für gesundes Aufwachen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“, hg. v. Deutschem Jugendinstitut, München 2009.
- Böhme, J.: Schulmythen und ihre imaginäre Verbürgung durch oppositionelle Schüler. Ein Beitrag zur Etablierung erziehungswissenschaftlicher Mythosforschung, Bad Heilbrunn/Obb. 2000.
- Combe, A. / Kolbe, F.-U.: Lehrberufsfessionalität: Wissen, Können, Handeln. In: Helsen, W. / Böhme, J. (Hg.): Handbuch der Schulforschung, Wiesbaden 2004, S. 833-852.
- Dewe, B. / Radtke, F.O.: Was wissen Pädagogen über ihr Können? Professionstheoretische Überlegungen zum Theorie-Praxis-Problem in der Pädagogik. In: Oelkers, J. / Tenorth, H.-E. (Hg.): Pädagogisches Wissen. 27. Beiheft der Zeitschrift für Pädagogik, Weinheim/Basel 1991, S. 143-162.
- Oevermann, U.: Ein Modell der Struktur von Religiosität. Zugleich ein Strukturmodell von Lebenspraxis und von sozialer Zeit. In: Wohlrab-Sähr, M. (Hg.): Biographie und Religion. Zwischen Ritual und Selbstsuche, Frankfurt am Main/New York 1995, S. 27-102.
- Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im internationalen Wettbewerb. Vorläufige Empfehlungen und Expertenbericht. Bonn 2001.
- Stroß A.M.: „Gesundheit als Obsession? Über den Umgang mit ‚Kranksein‘ in der Geschichte der Gesundheitserziehung. In: Aktion Jugendschutz. Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg (Hrsg.): Hauptsache gesund ...? Körperliches, psychisches und soziales Befinden von Kindern und Jugendlichen, Stuttgart 2005, S. 33-47.
- Stroß, A.M.: Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung. Plädoyer für einen Perspektivenwechsel. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 2006, Heft 2, S. 3-6.
- Stroß, A.M.: Reflexive Gesundheitspädagogik. Interdisziplinäre Zugänge – erziehungswissenschaftliche Perspektiven, Berlin 2009.
- Stroß, A.M.: Gesundheitserziehung und -bildung als Handlungsfelder einer reflexiven Gesundheitspädagogik. Geschichte, Gegenwart und Perspektiven. In: Bittingmeyer, U. u.a. (Hg.): Handbuch Erziehungs- und Bildungssoziologie, Wiesbaden 2012, S. 741-762.