

Chronizität – Was ist wirklich möglich?

WOLFRAM FISCHER

Zusammenfassung: Ausgehend von der Zunahme chronischer Erkrankungen wird eine semantische und handlungspraktische Verschiebung des Krankheitsbegriffs vom Episodischen zum Andauernden konstatiert. Patienten, Angehörige und die Akteure des Gesundheitssystems stehen vor der Aufgabe, die Integration der Erkrankung als Normalität im konkreten biographischen Lebensprozess zu unterstützen. Der Verfasser sieht dabei die Notwendigkeit die Merkmale leiblicher und biographischer Strukturierung zu erkennen und den individuellen Orientierungshorizont offen zu halten. So kann das wirklich Mögliche, nämlich eine salutogene Lebensweise, schon jetzt beginnen.

Schlüsselwörter: Salutogenese, Chronische Erkrankung, Leib als Ausdrucksfeld, biographische Strukturierung, Orientierung am Möglichen

Motto: »Je planmäßiger Menschen vorgehen, desto wirksamer trifft sie der Zufall.« Friedrich Dürrenmatt

Betrachtet man die Aktiv-Passiv-Verteilung angesichts steigender chronischer Erkrankungen, erscheint auf den ersten Blick alles klar. Die erkrankten Menschen sind ganz die Leidtragenden und brauchen vielfältige Arten von Unterstützung. Die Gesunden, ganz vorn dabei die professionellen Akteure des Gesundheitswesens, sind die Unterstützer, sie haben das Heft in der Hand,

intervenieren handelnd und sprechend zum Wohle der Kranken. Auf dieser Seite liegen anscheinend die Ressourcen. Es gibt gute Gründe, das in alltäglicher Wahrnehmung erst einmal so schlicht zu sehen. Aber diese Sicht ist auch schief, sie verhindert durch falsche Zuschreibungen im schlimmsten Fall sogar das, was angezielt ist, nämlich Hilfe, Verbesserung des Lebens mit Krankheit oder gar Heilung.

Im vorliegenden Beitrag soll diese wirkmächtige Alltagsvorstellung problematisiert, teilweise sogar umgedreht werden. Der salutogenetische Diskurs, um den es im vorliegenden Kontext geht, stellt ja genau das Ringen um einen veränderten Blick in den Mittelpunkt, einen Blick der neue Optionen für das Handeln und für das Erleben frei legt. Ein Handeln, das Freiheiten verschafft, ein Erleben, das Leiden und Glück einschließt. Es geht um die Entdeckung und schließlich Förderung des Gesunden und Gesundmachenden im Kranken, es geht um das Verstehen und Entlasten des Helfens. Es geht um eine Neuausrichtung auf etwas, was wir schon sehen können aber noch nicht haben, es geht um eine salutogene Orientierung.

Der Einfachheit halber werde ich eine Reihe von Thesen aufstellen, deren Tragfähigkeit und praktischen Konsequenzen ich jeweils andiskutieren will.

1. These: Chronische Krankheit unterminiert die dichotome Unterscheidung gesund/krank in besonderer Weise. Leben mit chronischer Krankheit weist auf Gesundes und Gesundmachendes im Kranken und auf Krankes und Krankmachendes im scheinbar Gesunden hin. In einem anderen Bild gesprochen, gesund und krank sind nicht zwei radikal verschiedene Seinszustände, sondern treten immer zusammen auf und mischen sich in unterschiedlichen Graden.

Duale Begriffspaare – wie krank-gesund, gut-böse, hart-weich, vorne-hinten etc. – ordnen die komplexe Wirklichkeit semantisch auf handhabbare und dabei vereinfachende Weise durch die Einführung einer Unterscheidung, einer Grenzziehung. Während auf die bezeichnete Seite ein Akzent gesetzt wird, eine Vorderseite benannt wird (markedspace, Spencer Brown), entsteht gleichzeitig die Rückseite, die unbezeichnete und somit per Definition diffusere Seite der Sache (unmarkedspace) (vgl. Simon 2006). Die in der Geschichte der Medizin bezeichnete Seite ist die Krankheit; sie ist das Bestimmte und prinzipiell einfacher Bestimmbare, das sich durch eine Differenz vom diffusen, wenig bestimmten Hintergrund der Gesundheit auszeichnet. Das entspricht übrigens auch der Alltagswahrnehmung. Es ist mein Schmerz, der mich auf den Körper aufmerksam macht, erst wenn mein Leib den Dienst versagt, wird er mir thematisch. Gesundheit, verfügbare und funktionierende Leiblichkeit werden stillschweigend als normal vorausgesetzt. So gesehen ist Krankheit der bestimmbar Ausnahmefall, das Vorübergehende, Gesundheit ist das Normale und Unbestimmte. Krankheit ist die prägnante Figur die sich vor dem großflächigen Hintergrund abzeichnet. Diese Semantik ist stimmig für Akuterkrankungen, für Infektionskrankheiten, für Krankheitsverläufe mit einigermaßen klaren zeitlichen Konturen. Es gibt einen Anfang, einen Verlauf, schließlich ein Ende, und damit eine remissio ad integrum, also die Wiederaufnahme der vorgängigen autonomen Lebenspraxis, die eine in ihrer Umwelt adaptierte funktionierende Leiblichkeit einschließt.

Offenbar hat sich entlang dieser Semantik eine gesellschaftliche Praxis der Krankenbehandlung entwickeln können, die sowohl Patienten wie den Akteuren der Medizin ein weitgehend verlässliches Orientierungsmodell bot, solange Akuterkrankungen die Regel waren. Diese Voraussetzung hat sich allerdings seit einigen Jahrzehnten deutlich verändert. In entwickelten Gesellschaften werden die Menschen nicht nur durchschnittlich immer älter, sondern sie sterben zu knapp 80 % an chronischen Erkrankungen, gut die Hälfte an Herz- Kreislauferkrankungen, knapp ein Drittel an malignen Neoplasmen. Betrachtet man die Krankheitslast zu einem bestimmten Zeitpunkt, also die Prävalenz von Krankheiten gruppiert, ergeben sich für den gesamten europäischen Raum mit einer Gesamtbevölkerung von ca. 880 Millionen Menschen folgende Gewichte: 71 Millionen leiden an neuropsychiatrischen Störungen (8%), 27 Millionen an Herz- Kreislauferkrankungen (3%), 40 Millionen an Atemwegserkrankungen (4,5%), 46 Millionen an entzündlichen Störungen (rheumatoide Arthritis und

Osteoarthritis) (5,2%), 45 Millionen leiden an Diabetes (5,1%), Tendenzen jeweils steigend (WHO 2010, S.77). Das sind einfach gerechnet schon über 20% der Gesamtbevölkerung, die nur an einer dieser chronischen Krankheiten leidet.

›Chronisch bleibt...‹

Mitte der 1970er Jahre konnte mein Lehrer und Mentor, der amerikanische Medizinsoziologe Anselm Strauss noch Aufsehen erregen mit der These:

»Chronic illness is here to stay« (Strauss 1975, vii). Heute weiß das jeder, der im Gesundheitswesen arbeitet oder etwas von Gesundheitspolitik versteht: Chronische Krankheit, die Krankheit die bleibt, ist das Normale. Ist dann Gesundheit die ungewisse Abfolge episodischer Zwischenspiele relativen Wohlbefindens? Chronische Krankheit und die Folgen sind die Hauptherausforderung sowohl für Patienten wie Leistungserbringer und damit auch für die medizinische Versorgung der Gegenwartsgesellschaften.

Damit entfällt einerseits die Geschäftsgrundlage für die so eingängige dichotome Semantik von gesund oder krank, und auch die gesellschaftlichen Praxen der Krankenbehandlung müssen sich umstellen von »akut« auf »chronisch«. Ich glaube, dass diese Umstellung schon voll im Gange ist, auch wenn sie der weltweiten epidemischen Entwicklung hinterherhinkt. Auch wenn die Medizin, wie sie gegenwärtig an den Universitäten gelehrt wird, noch stark am Akutmodell orientiert ist, also hinter der Wirklichkeit chronischer Erkrankungen zurückbleibt, müssen sich die Betroffenen, also Patienten, Angehörige, behandelnde Ärzte und die Vielzahl der Gesundheitsberufe wie auch die Versorgungsmaßnahmen auf diese veränderte Situation einstellen. Die Gewichte zwischen kurativer und palliativer Medizin verschieben sich zugunsten Letzterer, alternative Heilmethoden finden Interesse, ganzheitliche Körpertechniken, Arbeit am Leib zwischen Therapie und Gesundheitsförderung, werden zum Teil wiederentdeckt oder neu gefunden. Sich wahrnehmen und sich bewegen, atmen, sich versenken, meditieren, Entschleunigungsverfahren, alle Sinne stimulieren, um sich und die eigene Umwelt wahrzunehmen, sich einzuschwingen, wo man ist, dabei zu finden, wer man ist, das sind nur ein paar solcher Techniken, die jenseits schulmedizinischer Krankenbehandlung im Feld der Versorgung chronisch Kranker bereits erprobt werden.

Akut oder chronisch – gesund oder krank – was ist das ›Normale‹?

Die allgemeine und nachhaltig aufgeworfene Frage, die in solchen Verfahren schon erste Antworten finden will, lautet:

Wenn das Kranke nicht weggeht und das Gesunde das Besondere wird, wie kann man sich dann verhalten, wie helfen und unterstützen, wie zufrieden oder gar glücklich leben? Wie müssen die Versorgungssysteme verändert werden, dass sie der neuen Situation gerecht werden?

2. Die Aufgaben, die die chronischen Erkrankungen aufwerfen, weisen sowohl bei Patienten wie auch bei ihrer ›Mitwelt‹ (denen, die sich therapeutisch und pflegend um sie kümmern) auf Ressourcen hin und setzen Ressourcen frei, die in einem allgemeinen Sinne salutogen sind.

Ich setze zunächst noch einmal bei den Besonderheiten der chronischen Krankheiten im Vergleich zu Akutkrankheiten ein.

Anselm Strauss nennt hier jenseits von Krankheitsspezifika, also geltend für alle chronischen Krankheiten, ganz gleich ob terminal oder nicht, folgende Aufgaben, die immer angegangen werden müssen (Strauss 1975, 7f):

- Die Verhinderung bzw. das Hinausschieben medizinischer Krisen und ihre Bewältigung, wenn sie dann auftreten;
- Die Kontrolle der Symptome;
- Die Ausführung des verordneten therapeutischen Regimes und das Management von Problemen, die das Regime mit sich bringt;
- Das Problem sozialer Isolation, die mit der Erkrankung droht oder einhergeht;
- Immer erneute Adaptationen, wenn sich der Krankheitsverlauf verschlimmert oder auch Phasen der Remission eintreten;
- Die andauernde Normalisierung des beruflichen und sozialen Lebens;
- Probleme der Finanzierung der Therapie, Pflege und des Lebensunterhalts bei Ausfall von Erwerbsmöglichkeiten (und zu knappen Ressourcen durch Kranken- und Pflegeversicherung).

Nahezu alle die genannten Themenfelder erfordern eine hohe Aktivierung der Patienten, der Angehörigen, des Gesundheitspersonals (Medizin, Pflege) und der gesellschaftlichen bzw. staatlichen Vorkehrungen, etwa für den Ersatz von Einkommen bei Berufsunfähigkeit der Patienten und vor allem für die Remuneration von beruflichen Leistungen im Gesundheitswesen.

Im Unterschied zu Akutkrankheiten, bei denen den Patienten auch ein weitgehender Rückzug aus den alltäglichen Zusammenhängen zugestanden wird, fordert das Leben mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten den Patienten und seine Angehörigen zu besonderer Aktivität auf. Aus dem Patienten wird in einem fortdauernden lebendigen Prozess ein Akteur, der mit sich selbst und seinen Angehörigen im Zusammenspiel mit dem medizinischen Personal sein Leben gestaltet.

Anders als bei der Akuterkrankung geht es nicht einfach um eine Reparatur seines Körpers, den der Patient nach der Krankheit gesund zurückbekommt, sondern es geht um eine ständige Neuausrichtung seiner Leiblichkeit in Kalibrierung mit den eigenen körperlichen Möglichkeiten, mit den Wunschvorstellungen, mit den Erwartungen und Möglichkeiten seiner Angehörigen und last but not least auch in Abstimmung mit seinen professionellen Helfern. Gelingt diese Balance, lässt sich von einer relativen Gesundheit reden, ist Salutogenese wirksam.

Dabei gewinnen der Patient und seine Angehörigen ein Leben, das unter neuen Bedingungen nicht als ausgesetzt oder un-

terbrochen, sondern als bereichernd und glücklich, ja als gesund erlebt werden kann. In diesen Herausforderungen entwickelt sich also ein gesundes Leben im Angesicht der Krankheit, ein Leben, das sich Orientierungen setzt und Erfüllungen findet.

Wohl gemerkt, ich spreche nicht davon, die Erkrankung zum Verschwinden zu bringen – auch wenn dies vorkommen mag. Es geht um eine chronische Erkrankung, die bleibt. Es handelt sich also um eine ›Trajekt‹, eine Flugbahn, die immer ein Ende hat. Doch wie der ganze Prozess unter dieser realistischen Grundannahme gestaltet und moduliert wird, und wie lange er dauert, das macht große Unterschiede aus und rechtfertigt die Erwartung auf mehr Lebensqualität. Leben mit chronischer Krankheit ist also wirklich Leben in Vollsinn und nicht einfach Coping mit einer Mängelsituation. Es handelt sich trotz allem und wider den diagnostischen Augenschein um eine autonome Lebenspraxis, die ihre Grenzen realistisch wahrnimmt und stets neu bestimmt, neue Wege findet, indem sie ihre Ressourcen aktiviert, neu aufbaut und nachhaltig nutzt. Das geschieht nach Kräften von selbst, und das geschieht durch Unterstützung solcher Art, die es den Betroffenen ermöglicht, Spielräume und Freiheiten bei gravierenden Einschränkungen zu erlangen. Mit den Betroffenen meine ich nicht zuletzt die Angehörigen, die eine große Last übernehmen und nicht selten selber über ihre Kräfte leben und ohne professionelle Hilfe auskommen müssen. Auch an dieser Stelle ist dringender Handlungsbedarf.

Rolle der Gesundheitsberufe

Damit ist die Rolle der Medizin, der Pflege und der so genannten paramedizinischen oder komplementär-medizinischen Gesundheitsberufe umrissen:

Intervenieren in informiertem Konsens, nicht bevormunden, einspringen und ersetzen, wo nötig, so viel Eigenverantwortung und Aktivitäten bei Patienten zulassen und fördern wie möglich; vor allem aber den Patienten und Angehörigen im Gespräch und durch Edukation helfen, in der neuen oftmals dauerhaft prekären Balance ihre eigene Orientierung zu finden und danach zu leben.

Ich bin mir nicht sicher, ob die verschiedenen Gesundheitsberufe selber ihre Rolle so sehen würden. Wenn ja, wäre noch die Frage offen, ob sie jeweils für diese Aufgaben gut gerüstet sind. Hier ist sicherlich noch ein hohes Maß an innovativer Ausbildung und Curriculums-Entwicklung mit neuen Schwerpunkten notwendig. Mittel- und langfristig ist die Entstehung neuer Gesundheitsberufe wahrscheinlich. In jedem Fall ist eine verstärkte und bessere Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen, die insgesamt den Arbeitsbogen (»arcofwork«-Strauss) am chronisch Kranken ausmachen, untereinander und mit den Angehörigen notwendig. Unser Symposium versammelt bereits eine große Gruppe verschiedener sich salutogenetisch verstehender Heilberufe und ist somit eine erste Manifestierung dieser Forderung.

Leib und Seele

Ich will jedoch im Moment nicht weiter über die Gesundheitsbedürfnisse nachdenken, sondern zunächst noch den Zusammenhang von Leib und Leben vertiefen und erneut auf die Rolle der Krankheit in diesem Prozess zurückkommen.

3. Der spezifische leibliche Ausdruck eines Menschen ist für Gesundheit wie für Krankheit die Gestalt, in der sich aktuell die Verortung eines Menschen im Kreuzungsbereich von Natur und Kultur manifestiert. Der Leib als Umschlagstelle von Natur und Kultur (Husserl) ist Moment eines fortwährenden biographischen Prozesses in einem doppelten Zeithorizont von Vergangenheitem und Zukünftigem. Ich nenne diesen Prozess biographische Strukturierung.

Das leibliche Selbst baut sich auf im Zusammenleben mit anderen konkreten Menschen (vgl. Fischer 2003). Von Geburt an entwickelt sich unser Körper in spezifischen Interaktionen, abhängig von ihnen und wird uns zu eigen. Wir erwerben in diesem niemals abreißen Prozess eine je spezifische leiblich-soziale Identität und zugleich eine durch und durch kulturell und normativ geprägte und mit anderen geteilte Welt, in der wir uns verständigen, in der wir wirken und in der wir Erwartungen hegen und die Erwartungen anderer erfüllen. Es handelt sich um einen fortgesetzten Strukturierungsprozess, der uns jeweils die Orientierungen und Kompetenzen bereitstellt, die wir brauchen. Wir erwerben eine konkrete Leiblichkeit mit Fähigkeiten und Grenzen, eine soziale Identität, wir gehören in die Gesellschaft, an der wir partizipieren. Es gibt aber auch immer und zu allen Lebenszeiten Distanzen, Überraschungen, Fremdheiten und damit die fortgesetzte Aufgabe, die eigene Leiblichkeit zu integrieren, mit sich selbst auf eine Linie zu kommen, mit der Welt, die verfügbar ist, in einem solchen Wirkzusammenhang zu bleiben, der eine Balance von Erwartung und Erfüllung oder von Geben und Nehmen ermöglicht. Dabei entwickelt sich das Individuum fortgesetzt, und es wirkt kreativ in den Sozialraum hinein, in dem es interagiert.

So ist mein Leib zwar ein Anker in der Welt (hier und jetzt) aber er ist deshalb auch Ausdruck meines bisherigen Erlebens und meiner Hoffnungen. Plessner nennt den Leib das Ausdrucksfeld meiner Selbst und meiner Welt (vgl. Plessner 1982).

Hinsichtlich seiner Verfügbarkeit ist damit der Leib ambig: Einerseits steht mir mein Leib zur Verfügung. Ich weiß aus Erfahrung, dass ich etwas Bestimmtes tun kann, und dass ich es auch morgen wiederholen kann. Radfahren, schwimmen, zur Arbeit gehen, Klavier spielen, einen Berg in den Alpen besteigen. Ich kann mich darauf verlassen, bestimmte Dinge, die ich schon einmal so erlebt habe, wieder ähnlich zu erleben. Ich freue mich an der Zärtlichkeit, die ich durch meine Partnerin erfahre, ich kenne den Schmerz von Trennungen, ich weiß, wie ich mich im Konflikt mit Vorgesetzten, Kollegen oder Untergebenen fühle und verhalte, habe die Grenzen meiner Toleranz dem Verhalten meiner Kinder gegenüber erfahren. Kurz: Ich kann mich in meinem Leib

und meiner Welt zuhause fühlen. Aber ich mache auch die gegenläufige Erfahrung, täglich: Ich verfüge nicht schlicht über meinen Körper. Ich werde müde, wenn ich es nicht will; mir fällt nichts ein, wenn ich es brauche oder kreativ sein soll; ich habe keine Energie, und bekomme manches nicht auf die Reihe; ich kann den Gedanken an etwas Belastendes nicht abschütteln; ich kann mein Gewicht schlecht steuern; was ich gestern schaffte und genießen konnte, gelingt mir heute nicht. Und schließlich: Ich werde krank und weiß zunächst gar nicht, woran ich jetzt bin, was auf mich zukommt und was von dem mir bisher Selbstverständlichen womöglich Vergangenheit sein wird.

Diese Ferne des eigenen Leibes als widerständiger Körper ist also keine Ausnahmesituation, sie ist nicht auf Fehler, Fehlleistungen und auch nicht auf Krankheit beschränkt, sondern sie ist genauso wie die Nähe des Leibes in unterschiedlichen Gradierungen Alltagserfahrung. Die leibliche Verankerung ist nicht wählbar, ich bin immer »embodied«, ich komme nicht raus aus meiner Haut, mein Körper ist mir stets nah wie fern; bekannt aber stets auch fremd.

Das Selbst, Kooperation und das System

Wir tendieren womöglich dazu, dies alles zu übersehen und pflegen lieber das Selbstbild autonomer Steuerung. Man kann aber auch den interessanteren Gedanken stark machen, dass die Heterosomatik (vgl. Waldenfels 2000) gerade die Voraussetzung ist für das Wahrnehmen und orientierte Handeln, das wir der Vorderseite unserer Existenz zurechnen. Schon der erste Atemzug, den wir nach der Geburt tun, ist nicht individuelle Leistung, und die Medizin weiß viel über nicht durch das Selbst gesteuerte Organsysteme, die allererst ein Ich oder Selbst möglich machen. Für die verhaltenswissenschaftlich sensible Körperbetrachtung ist aber noch interessanter, dass die Heterosomatik im Blick auf die anderen konkreten Mitmenschen notwendig ist, damit wir individuell unsere funktionierende Leiblichkeit als responsive Leiblichkeit entwickeln können und in Kooperation zusammenleben, Aufgaben lösen und eine gemeinsame Welt schaffen können.

Im Umkehrschluss gilt dann auch, dass bei Störungen der Leiblichkeit nicht nur Ursachen und Interventionsansätze im Körper des Kranken zu suchen sind, sondern auch Störungen der Zwischenleiblichkeit, sprich Störungen der Interaktionen im Nahfeld der Person in Betracht gezogen werden müssen (vgl. Fischer 2012). Für die Pädiatrie und vor allem die Kinder- und Jugendlichen-Psychosomatik und -Psychiatrie ist das mittlerweile, auch eine anerkannte Erweiterung der ehemals überwiegend patienten-zentrierten Betrachtung. Therapeutische Interventionen sind also erfolgreicher, wenn sie sich auch auf das Familiensystem erstrecken. Das gilt in besonderer Weise auch für die Familie als Interaktionsfeld eines chronisch Kranken.

Das Zusammenspiel von Heterosomatik und gesellschaftlichen Möglichkeiten führt in dieser Sichtweise zur Ausbildung ei-

nes leiblichen Selbst, das mit anderen zusammen eine autonome Lebenspraxis verwirklichen kann.

Orientierung und Ordnung – Mögliches und Zukünftiges

Doch wo kommt der Motor für die Aktivität her, wie erfolgt eine Orientierung in der Vielzahl von Possibilitäten, wieso herrscht Ordnung und kein Chaos? Oder auch: falls die Ordnung und Richtung verloren geht, wie ist sie wieder herstellbar?

Die Antwort, die ich andeute, liegt im dem, was ich biographische Strukturierung nenne (vgl. Fischer 2010). Sie hat eine überraschende Wendung und lässt sich wieder enger an die Frage des Umgangs mit chronischer Krankheit anschließen.

4. Ohne Orientierung am Möglichen gibt es nichts Wirkliches. Menschliches Handeln und Erleben braucht eine Zielursache. Sie verdankt sich dem biographischen Prozess, der einen offenen Horizont trägt.

Aristoteles hat es in seiner Nikomachische Ethik so gesehen: Etwas, was jetzt geschieht, ist immer schon voller Möglichkeiten, die schon jetzt wirksam sind, auch wenn sie noch ausstehen. So gesehen wird das Mögliche zum Wirklichen. Eine Handlung etwa kann ohne das Ziel, auf das hin sie gerichtet ist, weder geleistet noch von außen beobachtend verstanden werden. Die »Zielursache« gehört zur Handlung, und so wird das, was einmal wirklich wird, aus dem Möglichen geschöpft. So versteht er auch das Geheimnis des Lebendigen, es bewegt sich selbst im Horizont seiner möglichen Zukunft oder möglicher Zukünfte, deren Realisierung jetzt beginnt oder schon begonnen hat.

Viktor von Weizsäcker hat in den frühen 1950ern am Ende seines ärztlichen Schaffens einen ähnlichen Gedanken noch schärfer formuliert. Im Blick auf die Rolle der Biographik in seiner allgemeinen Krankheitslehre provozierte er mit der »Impossibilitätsthese«: Verwirklicht wird das Unmögliche. Er leitet diese These aus der prinzipiell vorausgreifenden, also an der Zukunft – und nicht an der Vergangenheit – ausgerichteten biographischen Orientierung ab. Die Biographie hat eine proleptische Struktur (Weizsäcker 2005, 285f.). Das soll heißen, wir richten uns nach vorne aus, wir haben einen Sinn- und Bedeutungshorizont, der uns in eine Richtung bewegt. Weizsäcker hat dies in verschiedene praktische Richtungen seiner ärztlichen Tätigkeit ausbuchstabiert. Wie das Leben überhaupt biographisch nach vorne orientiert ist, ordnet er auch die Krankheit dem »nicht gelebten Leben« zu. Er interpretiert somatische und psychosomatische Leiden in Bezug auf das, was in einem Leben nicht stattgefunden hat. Umgekehrt sieht er die ärztliche Aufgabe auch darin, dem Kranken zu helfen, dies zu verstehen und ihm damit eine für ihn originär stimmige Orientierung zu geben, und ihm damit zu helfen. » ... weil das Wesen der Krankheit ein biographisches ist, darum kann auch die Erkenntnis der Krankheit immer nur eine biographische sein« (Weizsäcker 2005, 289).

Der Philosoph Henri Bergson hat am Anfang des 20sten Jahrhunderts diesen Zusammenhang des Wirklichen und Möglichen bestritten und genau umgedreht. Seiner Meinung nach verdankt sich das Wirkliche nicht dem Möglichen, sondern es ist genau umgekehrt. Das Wirkliche geht dem Möglichen zeitlich und logisch voraus. Nur vom Wirklichen her lässt sich Mögliches denken. Dementsprechend hat er eine nicht lineare nicht gerichtete Zeitvorstellung entwickelt, die *Durée*. Die Dauer, ist eine Zeitvorstellung, die sich an konkreten Bewegungen und Entwicklungen und Erlebnisinhalten orientiert und nicht an einer abstrakten kontinuierlichen Messskala.

Zyklische Prozesse

Mir erscheint zwischen Weizsäckers Vorstellung und der Bergsons dann kein Widerspruch zu bestehen, wenn wir sie in ein Kreismodell bringen, wie es z.B. in Weizsäckers Gestaltkreis vorliegt. Ebenso wenig wie sich im Gestaltkreis von »Wahrnehmen und Bewegen« eine Kausalität des einen auf das andere feststellen lässt sondern nur eine zyklische Bezogenheit, in der je nachdem, wo ich im Prozess einsteige bzw. meine Beobachtung beginne, ist einmal die Möglichkeit die Voraussetzung für die Wirklichkeit und ein andermal die Wirklichkeit die Voraussetzung für die Möglichkeit.

Diese zyklische Bezogenheit entspricht auch anderen systemischen Modellen und findet sich auch im Pragmatismus (Peirce, James, Dewey, Mead) mit seiner Bezogenheit von Handeln und Wissen, die in ihrer Prozesshaftigkeit Kreativität des Handelns und Fortschreiten des Wissens aufeinander gründen.

Biographische Analysen anhand von erzählten Lebensgeschichten ergeben eine ähnliche Figur: Menschen verstehen Ihre heterogenen Erlebnisse im Horizont von Erwartungen und Deutungen, die sie aufgrund aktueller Situiertheit brauchen. So gesehen wird von der Zukunft her nicht nur das aktuelle Handeln bestimmt, sondern auch die Vergangenheit interpretierbar. Wenn dies allgemein fürs Leben gilt, gilt es auch für das Leben mit Krankheit.

Konkreter, wie sich jeder Mensch unabhängig von seinem Gesundheitszustand, in diesem Rahmen Vergangenheit-Zukunft orientiert und eben aus der Erwartung seine Handlungen konturiert und Ereignisse als sinnbezogenes Erleben erfasst, ebenso geht es dem kranken Menschen. Er versucht sich in einem offenen Horizont zunächst des Noch-Möglichen, dann des Neu-Möglichen und des bislang so nicht Gesehenen aktuell zu orientieren. Diese Orientierung in einem offenen Horizont ist ein nie aufgehörender Prozess. Deshalb kann der Horizont zwar die Richtung bestimmen, aber er kann nie erreicht werden. Was auch immer erreicht wird in einem solchen Lebensprozess, der Orientierungshorizont bleibt weiter offen. Dieses nenne ich das wirklich Mögliche und nach meiner Ansicht macht es den Kern des Lebensprozesses aus, der nichts anderes ist als salutogen.

Für den Patienten und seine Angehörigen hat sich mit der Diagnose einer chronischen Erkrankung zunächst das alltägliche Zusammenleben dramatisch verändert, der bisherige Horizont hat sich geschlossen. Die Hauptaufgabe besteht darin, sich einen neuen Horizont des Möglichen zu erarbeiten, ein Leben mit der Krankheit zu ermöglichen. Die Angehörigen und vor allem die involvierten Gesundheitsberufe haben hier mehr Spielräume, die Erarbeitung eines solchen Horizontes zu unterstützen, als der Patient selber. Sie können zunächst besser Wege aufzeigen, Hoffnung nähren und Lebensmut zusprechen. Erfasst der Patient diese ersten Angebote kann es zu einem Prozess der aktiven Wiederaneignung des eigenen Lebens kommen. Diese stetige Gewinnung eines solchen offenen Horizontes ist Salutogenese als sich selbst steuernder Prozess. ■

Prof. Dr. phil. Wolfram Fischer,



geb. 1946. Studium der evang. Theologie, Soziologie, Philosophie und Publizistik. Promotion (Münster 1975) und Habilitation in Soziologie (Bielefeld 1982). 1980–82 Mitglied der medizinisch-soziologischen Forschungsgruppe von Anselm Strauss an der University of California in San Francisco. Professuren für Medizinische Soziologie am Zentrum für Psychosomatische Medizin (Gießen) und der Humanmedizinischen Fakultät der Universität Mainz (1986–99). Gastprofessor an der Ben-Gurion Universität, Beer-Sheva bei Aaron Antonovsky (1989) und Stipendiat am Institute for Advanced Studies der Hebrew University, Jerusalem (2001–02) in der Forschungsgruppe Narrative Studies. Professur für Allgemeine Soziologie der TU-Berlin (1994–99). Seit 1999 Lehrstuhl für Sozialwissenschaftliche Grundlegung von Fallanalysen am Institut für Sozialwesen der Universität Kassel. Seit drei Jahrzehnten Internationale Netzwerkarbeit und Tagungsorganisationen im Bereich der Biographieforschung (International Sociological Association; European Sociological Association)

Arbeitsschwerpunkte: Medizinische Soziologie, Chronische Krankheit, Professionsforschung, Biographie- und Interaktionsforschung, Narrationsstudien, qualitative Methoden, Wissenssoziologie.

Ausgewählte Publikationen:

- Fischer, Wolfram (2006). Über die allmähliche Verfertigung des Selbst beim Sprechen von sich. Begrenzung und Entgrenzung der Erinnerung im autobiographischen Dialog. In: Strauss, Bernhard; Geyer, Michael (Hrsg.): Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 307–336.
- Fischer, Wolfram (2007). Fallrekonstruktion und Intervention. In: Giebeler, Cornelia; Fischer, Wolfram; Goblirsch, Martina; Riemann, Gerhard (Hrsg.): Fallverstehen und Fallstudien. Opladen: Barbara Budrich, S. 23–34.
- Fischer, Wolfram (2010). Die Praxis des Wissens der Praxis. In: Busse, Stephan; Ehmer, Susanne (Hrsg.): Wissen wir was wir tun? Theorie und Praxis in der Supervision und in der Sozialen Arbeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 14–35.
- Fischer, Wolfram (2011). Biographical Reconstruction As Applied Knowledge or Professional Competence? In: Herzberg, Heidrun; Kammler, Eva (Hrsg.): Biographie und Gesellschaft. Überlegungen zu einer Theorie des modernen Selbst. Frankfurt: Campus, S. 245–261.
- Fischer, Wolfram (2012). Biographie, Leib und chronische Krankheit. In: Nittel, Dieter; Seltrecht, Astrid (Hrsg.): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin, Heidelberg: Springer.

Literatur

- Fischer, Wolfram (2003). Körper und Zwischenleiblichkeit als Quelle und Produkt von Sozialität. In: ZBBS (H.1): 9–31.
- Fischer, Wolfram (2010). Biographische Strukturierung in der Lebenswelt gesellschaftlicher Moderne. In: Hauptert, Bernard; Schilling, Sigrid; Maurer, Susanne (Hrsg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit. Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern: Peter Lang, S. 13–34.
- Fischer, Wolfram (2012). Biographie, Leib und chronische Krankheit. In: Nittel, Dieter; Seltrecht, Astrid (Hrsg.): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin, Heidelberg: Springer, im Druck.
- Plessner, Helmuth (1982). Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens (1941). In: Ders.: Ausdruck und Menschliche Natur. GS VII. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 201–387.
- Simon, Fritz B. (2006). Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- WHO (2010). Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. Kopenhagen.
- Strauss, Anselm L. (1975). Chronic illness and the quality of life. Saint Louis: Mosby.
- Waldenfels, Bernhard (2000). Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Weizsäcker, Viktor von (2005). Pathosophie, GS 10. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.