



Johannes Riedel, »In der Ruhel liegt die Kraft«

## Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit

### Zuteilung – Förderung – Aktivierung

Alban Knecht u. Franz-Christian Schubert (Hrsg.)

Von *Ressourcen* ist im öffentlichen Diskurs mittlerweile viel die Rede. Da gilt es, mit knappen Ressourcen umzugehen, Ressourcen zur besseren Bewältigung von als krisenhaft erlebten Situationen besser auszuschöpfen oder auch einer defizitorientierten Sichtweise eine ressourcenorientierte Perspektive entgegenzusetzen. Man ahnt schon: der Begriff wird in unterschiedlichen Bedeutungen



verwandt, für die Alban Knecht und Franz-Christian Schubert mit dem von ihnen herausgegebenen Aufsatzband eine Interpretationsmatrix anbieten. Unter Bezug auf die Leitkonzepte Salutogenese (Aaron Antonovsky), Habitusformation (Pierre Bourdieu) und capability building (Amartya Sen) haben die beiden Herausgeber die Beiträge von 32 Autoren aus den verschiedensten Fachbereichen wie Bildungswissenschaft, Medizin, Psychologie, Raumplanung, Soziale Arbeit, Sozialpolitik, Sozialpsychiatrie, Soziologie, Sportwissenschaft, Theologie sowie Volkswirtschaftslehre zusammengetragen und plädieren für ein transdisziplinäres Verständnis, das in Theorie und Praxis gleichermaßen wirksam wird.

In einem ersten Block wird der Frage nachgegangen, was eigentlich unter Ressourcen zu verstehen ist und wie man diesen gewahr werden kann. So wird die in der Sozialpolitik klassisch vorherrschende Akzentuierung materieller Aspekte ergänzt um Bildung, Gesundheit, soziale Netzwerke, Zeit sowie Bewältigungspotentiale – Dimensionen also, die in der Psychosozialen Arbeit im Vordergrund stehen. Ressourcen können je aktuell gegeben, aber auch lebensgeschichtlich erworben (und verbraucht) werden, wobei das Verfügen über Ressourcen den Gewinn bzw. Verlust weiterer Ressourcen im Sinne spiralförmiger Verschränkungen fördern bzw. behindern kann. Immer wieder wird im Buch daher die Frage aufgeworfen, wie eine Gewinnspiralen gefördert bzw. Verlustspiralen entgegengewirkt werden kann.

Eine Reihe von Beiträgen befasst sich mit der Frage, wie die Ressourcen gesellschaftlich verteilt sind und welche Entwicklungstrends bestehen. Unter Bezug auf Bourdieu werden ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital und soziales Kapital unterschieden und darauf aufmerksam gemacht, dass diese »Kapitalformen« einerseits ineinander transformierbar sind – z.B. fördern materielle Investitionen in (Aus-)Bildung die Ausgestaltung von kulturellem Kapital – und andererseits auch zur Akkumulation tendieren. So fungiert Bildung formal als Vermittlungsinstanz zwischen materiellen Ressourcen und Zukunftschancen und ver-

festigt faktisch, aufgrund unterschiedlich verteilter Kompetenzen der Nutzung des Bildungssystems und der dort handelnden Akteure, zugleich bestehende soziale Ungleichheiten. Alban Knecht zeigt auf, dass dies umso stärker der Fall ist, je größer die sozialen Unterschiede in einer gegebenen Gesellschaft sind und dass sich wohlfahrtsstaatlich vermittelter Ausgleich – wie z.B. in den skandinavischen Ländern – auch auf der Ebene des sozialen Engagements und der Gesundheit auswirken. Soziale Ungleichheit ist also intersektional. Anja Gottsburgsen und Michaela Sixt fassen zusammen: »Während sich im Bildungssystem die gleichzeitige Zugehörigkeit zu den sozialen Gruppen, also die sozialen Merkmale »Junge – niedrige soziale Herkunft – Migrationshintergrund« als extrem nachteilig für den Bildungserwerb erweisen, ist es im Erwerbssystem das gleichzeitige Auftreten der sozialen Merkmale »Frau (Elternschaft) – niedrige soziale Herkunft – Migrationshintergrund.«. (112)

Weiterhin wird in vielen Beiträgen die Frage thematisiert, wie sich mit dem Ziel der Schaffung gleicher Gesundheitschancen eine bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen fördern lässt. Zum einen gilt es, den jeweils Betroffenen überhaupt erst einmal die Wahrnehmung von potentiellen Ressourcen zu ermöglichen. Dies meint Befähigung auf informationeller, kognitiver und handlungspraktischer Ebene zugleich und ist u.a. eine Aufgabe professioneller Beratung. Rolf Glemser und Silke Birgitta Gahleitner unterstreichen zum anderen, dass das Hauptgewicht sozialer Arbeit in diesen Situationen auf der Aufnahme einer stützenden Beziehung gelegt werden müsse, die den Betroffenen eine Alternativverfahren ermöglichen könnte (288). Bodo Klemenz bezeichnet in ähnlichem Sinne »erfahrene Bindung« als *Metaressource*, die in unterschiedlichsten Zusammenhängen die Ausbildung von neuen Ressourcen bzw. die Nutzung bereits vorhandener ermöglichen kann.

Mehrere Beiträge stellen Hilfsmittel für die strukturierte Exploration und Darstellung von Ressourcen zur Verfügung. Beispiele dafür sind die Übersichtsgraphik von Risiken und Ressourcen (Dieter Röh), das Soziale Atom (Rolf Glemser und Silke Birgitta Gahleitner), die Ressourcenkarte (Jillian Werner und Frank Nestmann) und die Ereignisbiographische Darstellung (Matthias Drilling). Alle AutorInnen geben zugleich zu bedenken, dass erst im Einzelfall entscheidbar ist, was als Ressource und was als Risiko anzusehen ist, und dass sich die Bewertungen auch im Laufe der Biographie und in Abhängigkeit von den jeweils Bedeutung gebenden Kontexten ändern können. Am Beispiel verschiedener Situationen aus der Arbeitsförderung bzw. Arbeitsvermittlung wird veranschaulicht, dass gerade Menschen mit Migrationshintergrund über kulturelle Kapitalien verfügen können, die sich in ihrer jetzigen Umwelt nicht »verwerten« lassen und dass sie bei ihren Zukunftsplanungen für sich und ihre Kinder kulturelle Kontexte in Rechnung stellen, die in den Ausbildungssituationen so nicht gegeben sind.

Wenn der Beziehungsbildung in der Sozialen Arbeit eine so entscheidende Bedeutung zukommt, dann muss sich dies m.E.

auch in der Frage nach dem Anteil des Professionellen bei der Fallkonstruktion niederschlagen. Dieser Selbsterfahrungsaspekt – die Frage danach also, was die Professionellen dazu befähigt, sich befähigend zu verhalten – kommt in den meisten Texten leider zu kurz. Eine Ausnahme bilden zwei hochinteressante Beiträge über Veränderungsprozesse in der Arbeitsvermittlung. Gert-Holger Klevenow zeichnet prägnant nach, dass die Einschätzung von ›Beschäftigungsfähigkeit‹ auf Wertmustern gründet, deren Ausprägung kulturell variiert und die tätigkeits- und kontextbezogen auch unterschiedlich angemessen sind. Mit einem Gedankenexperiment verdeutlicht Klevenow, dass der Berater selbst sich von seinen biographisch gewachsenen Werthaltungen leiten lässt und damit ggf. auch dysfunktionale Interaktionsmodi begünstigt. Um im Einzelfall angemessen handeln zu können, müsse sich der Berater daher nicht nur empathisch auf sein Gegenüber einlassen und kreativ sein, sondern auch über profunde Kenntnisse psychologischer, soziologischer und im Feld der Arbeitsvermittlung auch ökonomischer Gesetzmäßigkeiten verfügen (371). Einen erfolgversprechenden Ansatz für die Kombination von Befähigung von Beratern und deren Klientel beschreiben Katrin Horns, Mechthild Heinmüller und Heribert Limm. »Das Projekt arbeit & gesundheit ist ein setting-orientiertes, innovatives Präventionsprojekt, das sich die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Gesundheitskompetenztrainings für langzeitarbeitslose Menschen zum Ziel gesetzt hat. Die Förderung von Ressourcen als Ansatzpunkt zur arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung ist der rote Faden, der sich sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene des Projekts durchzieht.« (358) Das Modellprojekt setzt bei den Arbeitsberatern an, denen eine Ausbildung zum Gesundheitscoach ermöglicht wurde und die projektbegleitend mit kontinuierlichen Supervisionssitzungen unterstützt wurden. Die so qualifizierten Arbeitsberater boten ihrerseits Langzeitarbeitslosen die Teilnahme an themenbezogenen Gesundheitsgesprächen an, die einzeln sowie in Gruppen stattfanden und durch weitere gesundheitsbezogene soziale Aktivitäten unterstützt werden konnten. Vorliegende Evaluationsergebnisse weisen auf durchschlagende Erfolge hin.

Der vorliegende Sammelband sensibilisiert zugleich für die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Wertmaßstäbe für sozial anerkannte Ressourcen zur Verfügung stellen und deren Verteilung begünstigen, und für den Eigenwert der je individuellen Ausbildung von Ressourcen, der im professionellen Rahmen je fallspezifisch Rechnung zu tragen ist. Das sorgfältig konzipierte Buch zeigt Veränderungsbedarf und Veränderungsmöglichkeiten auf – ein Buch also, das nachdenklich stimmt und Mut macht. Ich möchte es nachdrücklich empfehlen.

Ottomar Bahrs

Kohlhammer Verlag,  
Stuttgart 2012  
ISBN-Nr.: 978-3-17-021810-9  
380 Seiten, 36,- €

## Handbuch Partizipation und Gesundheit

Rolf Rosenbrock, Susanne Hartung (Hrsg.)

Dieses lesenswerte Handbuch, etwa zeitgleich mit dem altersbedingten Ausscheiden Rolf Rosenbrocks aus dem Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und der Auflösung des dort etablierten Arbeitsbereiches Public Health entstanden, kann als Verdichtung der Ergebnisse des Arbeitsbereichs begriffen werden. Ausgangspunkt ist die These, dass sich die Qualität des Gesundheitswesens daran bemisst, inwieweit es den Gesellschaftsmitgliedern gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht. Denn es sei deutlich geworden, »dass alle psychosozialen Ressourcen, die heute als wesentlich für die Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit v.a. chronisch-degenerativer Erkrankungen angesehen werden und im Begriff der Gesundheitsförderung zusammengefasst sind, (nicht) ohne Entscheidungsteilhabe gedacht werden oder funktionieren können, sei es als Voraussetzung, als Bestandteil oder Ergebnis dieser Ressourcen.« (S. 24) Schweden hat dieser Erkenntnis schon 2003 Rechnung getragen und soziale Teilhabe zum prioritären nationalen Gesundheitsziel erklärt. Damit diese gelingt, müssen strukturelle Voraussetzungen gegeben und auch tatsächlich genutzt werden (können). Letzteres erfordert Motivationen (z.B. den Wunsch nach Eigenverantwortlichkeit) und Kompetenzen (z.B. soziale, emotionale und kognitive Fähigkeiten zur Nutzung von Informationen, zur Artikulation von Wünschen bzw. Ängsten sowie zur Durchsetzung von Interessen), die ihrerseits nicht einfach vorausgesetzt werden können. Die Autoren warnen daher davor, dass die Proklamation von Teilhabe ideologisch missbraucht werden kann, wenn Beteiligung lediglich formal und ohne Einfluss bleibt. Partizipation ist kein Verfahren, sondern Ausdruck und Ergebnis gesellschaftlicher Auseinandersetzungen mit dem Ziel des Abbaus sozialer Ungleichheit und ihrer gesundheitlichen Folgen. Dementsprechend verstehen die Autoren Partizipation als »individuelle oder auch kollektive Teilhabe an Entscheidungen, die die eigene Lebensgestaltung und die eigene soziale, ökonomische und politische Situation und damit immer auch die eigene Gesundheit betreffen.« (9)

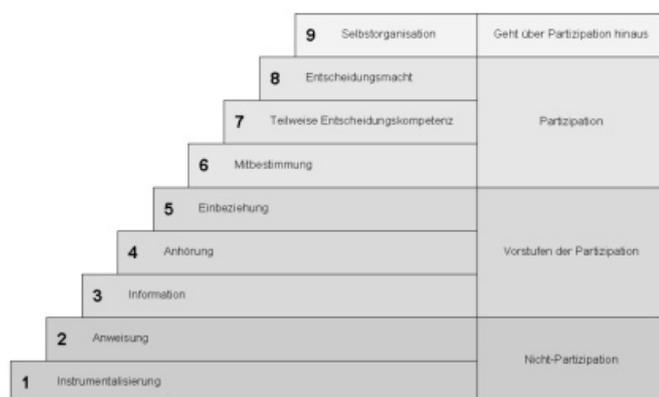


Das von insgesamt 52 Autoren – viele von ihnen sind/waren dem WZB eng verbunden – gestaltete Buch ist in vier Abschnitte gegliedert. Anfänglich wird der Zusammenhang von Partizipation und Gesundheit theoretisch fundiert, es folgen Umsetzungserfahrungen aus dem Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie der kurativen Versorgung. Abschließend wird ein Ausblick gewagt, der durch die Stichworte Handlungsbezug, Selbstreflexivität und Partizipativität in Gesundheitsforschung

<sup>1</sup> Das offensichtlich fehlende Wort wurde von mir nach Rücksprache mit Rolf Rosenbrock ergänzt, OB.

und -praxis (Michael Wright) sowie Bürgerorientierung des Gesundheitswesens (Ilona Kickbusch) charakterisiert werden kann.

In demokratiethoretischer Perspektive wird herausgearbeitet, dass ohne Partizipation das Menschenrecht auf Würde nicht zu realisieren und Gesundheit nicht zu haben ist (Oskar Negt). Was Partizipation konkret bedeuten kann, muss den milieutypischen Bedarfen entsprechend variieren (Michael Vester). In der Konsequenz kann sich ergeben, dass gerade sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen allererst dabei unterstützt werden müssen, vorhandene Chancen zu nutzen, was in Art und Ausmaß wiederum zwischen Professionellen und Betroffenen auszuhandeln ist (Michael Wright). Insofern ist Partizipation als Prozess zu verstehen, in dem ständig auch darum gerungen wird, welcher Grad an Beteiligung adäquat und zumutbar ist. Maximale Teilhabe ist keineswegs immer als Optimum anzusehen. Anja Dieterich und Daphne Hahn warnen ebenso wie Bettina Schmidt vor einem gleichmachenden Partizipationsdogma, das überfordernd wirken und ideologisch missbraucht werden kann. Zur Veranschaulichung eignet sich das von Michael Wright und seiner Arbeitsgruppe im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung gesundheitsfördernder Projekte entwickelte Modell der Stufenleiter der Partizipation:



Quelle: Wright, MT; Block, M; von Unger, H (2010) Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/in. In: Wright, MT (2010) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans-Huber: 75–92.

Obgleich viel dafür spricht, dass Partizipation einen wesentlichen Beitrag zur Bildung und Erhaltung der je individuellen Gesundheit leistet, sehen viele Autoren (Toni Faltermaier u. Petra Wihofszky, Susanne Hartung, Peter Franzkowiak u. Hans Günther Homfeldt) zugleich großen Bedarf an empirischer Wirkungsforschung. Wie die partizipationsfördernden Maßnahmen selbst (Anja Dieterich u. Daphne Hahn) müssen auch deren Evaluationen den spezifisch ungleichen Beteiligungschancen Rechnung tragen, wenn sie nicht die realen Wirkungen verkennen (in der Regel: systematisch unterschätzen) wollen (Michael Haas).

Die einzelnen Beiträge können an dieser Stelle nicht detailliert skizziert werden.<sup>2</sup> Hervorgehoben sei, dass Partizipation in

der Gesundheitsförderung am Beispiel verschiedener Projekte in den Settings Betrieb, Gemeinde, Schule und soziale Gruppen dargestellt wird. Der Settingbezug liegt nahe, da die lebensweltliche Verankerung eine höhere Chance zur Erreichung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bietet. Die verschiedenen Projekte zeigen, dass das, was Partizipation meinen kann, den lokalen Gegebenheiten und Möglichkeiten der Beteiligten entsprechend differiert und unterschiedliche Stufen der Partizipation erreicht werden. Dies gilt analog für den Bereich der kurativen Medizin. Weil die Einrichtungen der kurativen Versorgung Settings eigener Art sind, muss der Lebensweltbezug hier in den konkreten Interaktionen überhaupt erst hergestellt werden und ist stark beziehungsabhängig. Vor diesem Hintergrund kommt den Unabhängigen Beratungsstellen (Marie-Luise Dierks und Doris Schaeffer) und der organisierten Selbsthilfe (Alf Trojan, Stefan Nickel und Christopher Kofahl) besondere Bedeutung zu. In den weiteren Beiträgen ist erkennbar, dass ein Mehr an Partizipation auch unter medizinischen und ökonomischen Aspekten sinnvoll (z.B. David Klemperer) und möglich wäre (z.B. Thomas Bock mit Bezug auf Psychiatrie sowie Katharina Heimerl, Andreas Heller, Klaus Wegleitner und Claudia Wenzel mit Bezug auf Palliative Care). Deutlich werden aber auch die großen institutionellen und individuellen Widerstände, die aus den überlieferten – zunächst Sicherheit verbürgenden – sozialen Rollen und aus Machtbeziehungen resultieren (Jörg Dirmeier und Martin Härter sowie Isabel Gareus und Heinz-Harald Abholz).

Das umfangreiche Buch fasst disziplinübergreifend Erkenntnisse aus unterschiedlichen Bereichen der Sozial- und Gesundheitswissenschaften zusammen. Die Beiträge sind unabhängig voneinander zu lesen, nehmen aufeinander Bezug, ergänzen sich wechselseitig und geben insgesamt wichtige Denkanstöße. Partizipation ist offenbar eine notwendige Bedingung für Gesundheit, mag die jeweilige Form auch kontextabhängig variieren. Damit ist auch klar: Das Handbuch ist in Theorie und Praxis weiterzuschreiben – und bei Umsetzung und Weiterentwicklung ist die Kreativität des Lesers gefragt!

Ottomar Bahrs

Verlag Hans Huber (Bern, Göttingen, Toronto, Seattle) 2012. ISBN 978-3-456-85045-0. 451 Seiten, 49,95 EUR.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu ausführlicher: Wettstein F (2012): Rezension vom 01.08.2012; in: socialnet Rezensionen, ISSN 2190–9245, <http://socialnet.de/rezensionen/13147.php>, Datum des Zugriffs 06-08-2013

## Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?

**Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive**  
Dieter Nittel, Astrid Seltrecht (Hrsg.)

›Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand?‹ thematisiert, vor welche Aufgaben sich Betroffene mit dem Einbruch (sowie im Verlauf) einer chronischen Krankheit gestellt sehen und ob und wie unter diesen Ausnahmebedingungen Lernen möglich ist. Zwei häufige und lebensbedrohliche Krankheiten, Brustkrebs und Herzinfarkt, stehen im Zentrum der insgesamt



45 Beiträge der 54 Autorinnen und Autoren, die die Herausgeber Prof. Dieter Nittel und Dr. Astrid Seltrecht für die Mitarbeit an dem insgesamt fast 600 Seiten umfassenden Buch gewinnen konnten. Weil es um Bildungsprozesse im Angesicht chronischer Erkrankungen geht, wundert es nicht, dass Bildungswissenschaftler und Mediziner besonders stark repräsentiert sind, aber auch Soziologen, Psychologen, Public-Health-Experten, Pflegewissenschaftler und Theologen kommen zu Wort. Dies entspricht der Annahme der Herausgeber, dass viele Disziplinen zur Generierung von Wissen und Handlungskompetenzen in Bezug auf chronische Erkrankungen beitragen können und eine interdisziplinäre Sicht angezeigt ist.

Das Buch soll Wissen bzgl. des Umgangs mit biographischen Krisen zur Verfügung stellen. Darüber hinaus verstehen die Herausgeber ihren Ansatz als Entwurf für eine erweiterte Grundlegung der Bildungswissenschaften selbst. Derzeit werde Bildung zu einseitig als aktiv gestalteter und institutionell verorteter Vorgang verstanden. Die zentrale These der Herausgeber lautet, dass ›in modernen Gesellschaften das menschliche Lernen in einem viel stärkeren Maße als gemeinhin angenommen unter den Erfahrungsbedingungen eines Erleidensprozesses (›trajectory‹) stattfindet (...) und sich nachhaltiges Lernen häufig unter den Bedingungen von mehr oder weniger dramatischen Krisen und schmerzhaften Erfahrungen diesseits und jenseits der Alltagspraxis, inner- und außerhalb der Institutionen vollzieht.‹ (8) Käte Meyer-Drawe führt dazu in ihren lesenswerten bildungsphilosophischen Reflexionen aus, dass Lernen im Sinne der *Erfahrung einer Erfahrung* erlitten wird. »Bei der Initiierung von Lernen und Erkennen handelt es sich (...) um eine eigentümlich aktive Passivität, die Realisierung einer Möglichkeit, welche sich als solche erst in der Verwirklichung zeigt.« (72)

Das Buch ist in vier Abschnitte gegliedert. Im ersten wird der Stand des Wissens über Herzinfarkt und Brustkrebs und deren organisierte Versorgung aus Sicht verschiedener Disziplinen beleuchtet. Im zweiten Abschnitt steht die Patientenperspektive im Vordergrund, der dritte Abschnitt widmet sich der Sicht der Professionellen, und im abschließenden vierten Teil wird die Arzt-Pa-

tienten-Interaktion beleuchtet. Biographische Interviews, die im Rahmen einer DFG-Studie erhoben und den Autoren zur Auswertung zur Verfügung gestellt wurden, dienen als Hintergrund, der von einigen Autoren mit eigenem Datenmaterial angereichert wurde. Die daraus resultierenden Fallstudien zeichnen Lernprozesse aus Sicht von Professionellen und Betroffenen nach, so dass sowohl die Seite der Vermittlung wie auch die der Aneignung und deren – ggf. fehlende – Korrespondenz deutlich werden.

Über die Gesamtheit der Texte hinweg wird erkennbar, dass mit Manifestation und Verlauf einer chronischen und lebensbedrohlichen Krankheit Lernaufforderungen gegeben sind, auf die die Betroffenen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen, des gegebenen Unterstützungssystems und der Eigendynamik der Erkrankung selbst unterschiedlich reagieren. Welches Lernen und welche Geschwindigkeit dabei als ›angemessen‹ anzusehen ist, hängt auch vom Betrachter und den jeweiligen Kontexten ab. Insgesamt lassen sich, Nittel zufolge, bei zusammenfassender Betrachtung unterschiedliche Lerndimensionen (›was wird gelernt?‹), Lernmodi (Neulernen, Umlernen, Verlernen, Nichtlernen) sowie Lernkontexte (institutionelle und außerinstitutionelle) unterscheiden, die auch in anderen Bildungszusammenhängen von Interesse sein können. Hervorzuheben ist, dass auch das Festhalten an Alltagsroutinen und Deutungsmustern trotz veränderter Umstände, das als Lernverweigerung oder Nichtlernen imponiert, als Form des Lernens begriffen werden und zur Aufrechterhaltung biographischer Kontinuität sinnvoll sein kann.

In welcher Form sich Lernen als Prozess organisiert, hängt nach Nittel wesentlich von den bedeutungsgebenden Kontexten ab. »Für die institutionalisierten Ablauf- und Erwartungsmuster des Lebensablaufs ist das *verwaltete Lernen* (Hervorhebung OB) und für die Verlaufskurve des Erleidens ist das *leidgeprüfte Lernen* konstitutiv. Während für biographische Handlungsschemata das *zielgerichtete Lernen* einschlägig ist, zeichnet sich bei tief greifenden Wandlungsprozessen der Selbstidentität (einschließlich des Umbaus der Identitätsformation) die Dominanz von Phänomenen des *schöpferischen Lernens* ab. (168f). Dem Interviewmaterial zufolge scheint das Hauptaugenmerk auf verwaltetem Lernen gelegen zu haben – Ausdruck eines hohen Drucks zur Fortführung von Normalbiographien – und komplementär das leidgeprüfte Lernen in Reaktion auf die sich auch geltend machende Krankheitsverlaufskurve eine Rolle zu spielen. Implizit schwingt in Nittels Darstellung durch, dass unsere gegenwärtige Form der Vergesellschaftung, die im Umgang mit Krankheit so wenig Raum für Veränderung lässt, insgesamt pathogen wirkt.

Veränderung braucht Zeit, und Lernen in Ausnahmesituationen braucht nicht selten auch ein Gegenüber, mit dem sich der Betroffene auseinandersetzen und dem er sich ggf. an-vertrauen kann. Eine solche Person kann im Ausnahmefall auch die Interviewerin sein. Dies lässt Astrid Seltrecht in ihrer beeindruckenden Schilderung eines Gesprächs mit einem Patienten nacherleben, der seinen eigenen Tod konkret vor Augen hat. So wird deutlich: Lernprozesse sind bis zum letzten Atemzug möglich. Dass dies

nicht nur in der Forschung, sondern auch in der Versorgung eher die Ausnahme ist und viele Patienten Gesprächs- und Unterstützungsbedarf haben, wird in verschiedenen Texten spürbar. Dafür gibt es sicher strukturelle Gründe. Werner Vogd äußert Skepsis, inwiefern die mit fortschreitender Arbeitsteilung zunehmende Aufspaltung von Verantwortlichkeit überhaupt noch Raum lässt für solche Verständigungssituationen, die er am ehesten beim Hausarzt oder beim langzeitbetreuenden Gebietsarzt vermutet. Wenn es allerdings zur Begegnung kommt, so vermag Ulrich Oevermann zu zeigen, können auch unerwartete Lernprozesse gelingen, Patienten ihre non-compliance aufgeben, die sich zuvor zu Recht als identitätssichernder Eigensinn geltend gemacht hat, und ihre Patientenrolle in das Selbstkonzept integrieren (›innerer Patient‹). Interessanterweise, so Markus Herrmann und Bianca Lehmann, hat diese zweiphasige Sozialisierung ihre Entsprechung in einer doppelten Professionalisierung der Ärzte, die nach der Aneignung des medizinischen Wissens in einem zweiten Schritt lernen müssen, wie sie dieses in der Begegnung persönlich authentisch – d.h. als ganze Menschen angesichts ganzer Menschen – umsetzen können. Herrmann und Lehmann fordern zu Recht, dass die dafür erforderlichen Kompetenzen bereits im Medizinstudium selbst erworben werden müssten. Ein Beispiel dafür, wie (potentielle) Patienten und (angehende) Ärzte miteinander ins Gespräch kommen können, sind die Lernstationen im Rahmen der Patientenuniversität, für die die Initiatorin Marie-Luise Dierks in ihrem Text nachdrücklich und überzeugend wirbt.

Das Buch wiegt schwer<sup>1</sup> und belastet sicher auch den Geldbeutel. Besonders lohnend ist es für diejenigen, die in Forschung und Lehre tätig sind und die sich (und andere) für Verstehensprozesse interessieren wollen. Dass die Mehrzahl der analysierten Materialien für Forschung und Lehre zur Verfügung gestellt werden können ([www.biographie-krankheit-lernen.de](http://www.biographie-krankheit-lernen.de)), stellt sicher eine gute Grundlage zur Förderung des hermeneutischen Fallverständnisses dar und kann transdisziplinäre Kommunikation unterstützen. Wünschenswert wäre es, wenn die daraus hervorgehenden Fallanalysen ihrerseits vergleichend untersucht würden. Von besonderem Interesse wären dabei Lesarten, die systematisch unterschiedlich sind und dennoch parallel aufrechterhalten werden können. Was sich als Fall darstellt, würde dann nicht nur durch dessen im Material erscheinende Eigenlogik, sondern auch durch den jeweiligen professionellen Blick darauf konstituiert und die Frage nach dem Selbstverständnis der Disziplinen aufwerfen. Davon könnten alle profitieren.

*Ottomar Bahrs*

Springer-Verlag (Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, Wien) 2013.

ISBN 978-3-642-28200-3

581 Seiten, 99,95 €.

<sup>1</sup> Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf alle Textbeiträge einzugehen. Eine detaillierte Darstellung findet sich bei Hans Günther Homfeldt. Rezension vom 23.04.2013. In: socialnet Rezensionen, ISSN 2190-9245, <http://www.socialnet.de/rezensionen/14833.php>, Datum des Zugriffs 11.08.2013.

### Impressum

DER MENSCH – Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin  
Herausgegeben von dem Dachverband Salutogenese  
(ehemals APAM e.V. Akademie für Patientenzentrierte Medizin).  
Der Dachverband Salutogenese ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband  
Niedersachsen e.V.

### Verantwortliche Herausgeber:

Theodor D. Petzold (V.i.S.d.P.), Zentrum für Salutogenese,  
Am Mühlenteich 1  
37581 Bad Gandersheim  
Tel. 05382-9554730  
E-Mail: [info@salutogenese-zentrum.de](mailto:info@salutogenese-zentrum.de)  
Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs  
Waldweg 37 a, 37085 Göttingen  
Tel. 0551-398195  
E-Mail: [obahrs@gwdg.de](mailto:obahrs@gwdg.de)

**Verlag:** Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim,  
E-Mail: [verlag@gesunde-entwicklung.de](mailto:verlag@gesunde-entwicklung.de)

**Layout:** Stefanie Klemp, Dresden

**Druck:** Pessel Digitaldruck, 73630 Remshalden

**Auflage:** 500 sowie als E-Journal abrufbar unter  
[www.salutogenese-dachverband.de](http://www.salutogenese-dachverband.de)

**Erscheinungsweise:** 2x pro Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des Autors / der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Herausgeber/Redaktion.

ISSN 1862-5266

Einzelpreis: **7 €**

Jahresabo: **15 €** (incl. Versand)