

Dennis Wernstedt

Wer bewältigt was für wen?

Eine gouvernementale Analyse zur Bewältigung
von chronischer Erkrankung
beim Übergang ins Erwachsenenleben



Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag

Reihe Sozialwissenschaften

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag

Reihe Sozialwissenschaften
Band 80

Dennis Wernstedt

Wer bewältigt was für wen?

**Eine gouvernementale Analyse zur Bewältigung
von chronischer Erkrankung beim Übergang
ins Erwachsenenleben**

Tectum Verlag

Als Dissertation im Jahr 2015 an der Universität Bremen unter dem Originaltitel
„Chronisch krank beim Übergang ins Erwachsenenleben – Krankheitsbewältigung
junger Menschen mit Morbus Crohn“ angenommen.

Dennis Wernstedt

Wer bewältigt was für wen?

Eine gouvernementale Analyse zur Bewältigung von chronischer Erkrankung
beim Übergang ins Erwachsenenleben

Reihe: Sozialwissenschaften; Bd. 80

© Tectum Verlag – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017

ISBN: 978-3-8288-6837-3

ISSN: 1861-8049

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN 978-3-8288-3938-0
im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlaggestaltung: Tectum Verlag, unter Verwendung
des Bildes # 85033667 von Vjom, www.fotolia.de

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Danksagung

Diese Studie ist unter dem Einfluss zahlreicher Menschen und Institutionen gewachsen, die mir bei der Realisierung fördernd und unterstützend zur Seite standen und denen mein herzlicher Dank gilt.

Überhaupt möglich wurde diese Arbeit durch die Studienförderung der Hans-Böckler-Stiftung, die mein Promotionsvorhaben ideell sowie finanziell im Rahmen des Promotionskollegs „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen gefördert hat.

Ich danke ganz herzlich Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck als Betreuerin des Kollegs und meinen MitstreiterInnen Dr. Miriam Richter, Dr. Rosa Mazzola, Dr. Gerlinde Klimasch, Nicki Gobrecht, Tim Ellermann und Birte Luther. In diesem Promotionskolleg erhielt ich unzählige und unschätzbare Anregungen und gewinnbringende Kritiken innerhalb eines sehr solidarischen, interdisziplinär orientierten und unterstützenden Forschungsklimas.

Für die wertschätzende Betreuung, die Inspirationen, kritischen Anmerkungen, die Ermutigung und Unterstützung danke ich ganz besonders meinem Doktorvater Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch. Den Teilnehmenden der beiden Forschungswerkstätten, zum einen des IPP sowie der Abteilung 6 „Gesundheit und Gesellschaft“ am IPP unter der Leitung von Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, in der auch ich tätig war, verdanke ich durch die vielen produktiven Diskussionen die Schärfung meiner Fragestellung und die Erkenntnis, dass es manchmal richtig ist, einen eingeschlagenen Weg zu verlassen. Einen herzlichen Dank ebenso an meine Zweitgutachterin Prof. Dr. Veronika Müller für die inhaltliche Unterstützung im Promotionsprozess und an Prof. Dr. Verena Klusmann als Mitglied der Prüfungskommission

Dr. Mona Urban danke ich für die Begleitung in der Abschlussphase mit den vielen lebhaften Debatten zu zentralen Thesen und Ergebnissen dieser Arbeit.

Liebe Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, euch danke ich für euer Vertrauen, das ihr mir geschenkt und die Einsichten, die ihr mir gegeben habt.

Für die Hilfe bei der Fertigstellung dieser Publikation möchte ich mich sehr herzlich bei Maria Grohme-Eschweiler für das sorgfältige Lektorat bedanken.

Des Weiteren danke ich Werner Fiedler und Iris Henkel von der Hans-Böckler-Stiftung für ihren Support und die Ermöglichung meines Auslandspraktikums bei der Crohn's & Colitis Foundation of America sowie Kathleen Newbould, die mich bei meinem Aufenthalt in Seattle und beim Camp Oasis so toll unterstützt hat.

Und nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden und Freundinnen von ganzem Herzen bedanken, für das Ermuntern, das Aushalten, manchmal auch das einfach nur Ablenken, auf jeden Fall aber immer dafür, dass man weiß, wofür man das alles macht.

Bremen, im September 2017

Dennis Wernstedt

Inhalt

1. Einleitung: Wer bewältigt was für wen?	7
1.1. „Wer bewältigt was für wen?“ – Die Begründung der Fragestellung und Darstellung des Forschungsstandes	10
1.2. Theoretische Grundlagen	14
1.3. Methodologie, Aufbau und Vorgehen	15
2. Moderne Herrschaft und Foucaults Konzept der Gouvernementalität	19
2.1. Foucaults Ausgangspunkt und Fragestellung	19
2.2. Der historische Übergang zu moderner Herrschaft: Die Geburt der Gouvernementalität	20
2.3. Gouvernementalität als Analysemodell moderner Herrschaft	23
2.4. Regierung und regiertes Subjekt	24
2.5. Macht und Diskurs	26
2.6. „Herrschaftstechniken“ und „Technologien des Selbst“	28
2.6.1. Die Biomacht	30
2.6.2. Die Disziplinarmacht	33
2.6.3. Das „Unternehmerisches Selbst“	36
2.6.4. Kultur als Führungstechnik und die Kultur des Selbst	40
2.6.5. Das Empowerment	44
2.6.6. Versubjektivierung und Eigensinn	46
2.7. Resümee	50
3. Gesundheit und Krankheit	51
3.1. Die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit	52
3.2. Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld von Machtinteressen	55
3.3. Gesundheit als gesellschaftliche Funktion	57
3.4. Gesundheit als individuelles Risiko	60
3.5. Auf dem Weg zu einer positiven Bestimmung von Gesundheit?	62
3.6. Der Paradigmenwechsel der Salutogenese	65
3.7. Subjektive Theorien von Gesundheitsverständnis und -vorstellungen	67

3.8. Was ist also Gesundheit? – Eine kritische Standortbestimmung	70
3.9. Resümee	74
4. Lebensphase Jugend – Das Leben in und mit der Statuspassage	75
4.1. Konzepte von Sozialisation und Betrachtung von Jugend.....	76
4.2. Der Körper und seine Bedeutungen für die Identitätskonstruktion	83
4.3. Die Rolle von Familie und Peer-Groups.....	88
4.4. Perspektive auf das Erwachsenen- und Erwerbsleben.....	91
4.5. Gelingende oder misslingende Bewältigung?	92
5. Morbus Crohn – Die Betrachtung einer besonderen Bewältigungsaufgabe	99
5.1. Epidemiologie, Ätiologie und Risikofaktoren	99
5.2. Klinische Symptomatik und Verlaufsformen	102
5.3. Die Diagnostik.....	105
5.4. Der Therapeutische Ansätze	107
5.4.1. Die Konservative Therapie	107
5.4.2. Die Chirurgische Therapie	109
5.5. Psychische Aspekte des Morbus Crohn.....	110
5.6. Resümee	113
6. Bewältigungsforschung.....	117
6.1. Eine erste Annäherung an den Begriff Bewältigung	118
6.2. Piaget und das basale Konzept der Bewältigung.....	119
6.2.1. Die Adaption als Assimilation und Akkommodation	120
6.2.2. Die Äquilibration	123
6.2.3. Ein kurzer Exkurs in die Welt des Sozialen bei Piaget und eine erste Richtungsweisung.....	125
6.3. Corbin und Strauss.....	128
6.3.1. Bewältigung als Arbeit.....	130
6.3.2. Vom „gestörten Körper“ und dem Beschreiten der „diagnostischen Phase“	132
6.3.3. Das Konzept der Verlaufskurve	134
6.3.4. Die Biografische Körperkonzeptionen	138

6.3.5.	Bewältigungsaufgabe des kranken Menschen – „Das Leben wieder zu einem Ganzen zusammensetzen“	141
6.3.6.	Abschließende Betrachtung des Konzepts und eine kritische Nachfrage	144
6.4.	Antonovsky und die Salutogenese.....	146
6.4.1.	Generalisierte Widerstandsressourcen.....	149
6.4.2.	Das Kohärenzgefühl	150
6.4.3.	Die Verstehbarkeit	152
6.4.4.	Die Handhabbarkeit	154
6.4.5.	Die Bedeutsamkeit	155
6.4.6.	Das Verhältnis der drei Komponenten zueinander	157
6.4.7.	Abschließende Diskussion	161
6.5.	Das Psychotherapeutische Interventionsmodell bei Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen nach Sachse.....	165
6.5.1.	Über das psychologische Modell und das therapeutische Konzept.....	166
6.5.2.	Die „Funktionsvariablen“ der Handlungsregulation: Alienation, Unzufriedenheit, Lage-Orientierung, Außenorientierung und Selbstkonzept	167
6.5.3.	Merkmalsausprägungen der Funktionsvariablen bei Menschen mit CED	171
6.5.4.	Diskussion der Merkmalsausprägungen.....	173
6.5.5.	Das Therapeutische Konzept.....	176
6.5.5.1.	Die Kontaktaufnahme.....	177
6.5.5.2.	Die Bearbeitung der Bearbeitung	180
6.5.5.3.	Die inhaltliche Arbeit.....	180
6.5.6.	Abschließende Betrachtung des therapeutischen Ansatzes	182
7.	Ergebnisse: Wer bewältigt was für wen? Oder: Eine kritische Betrachtung von Bewältigungstheorien	185
7.1.	Bewältigungshandeln – Ein komplexes Phänomen	185
7.2.	Wer bewältigt denn nun was für wen?	189
7.2.1.	Die Frage nach dem „Wer“	189
7.2.2.	„Was“ gilt es zu bewältigen?	190

7.2.3. Für „wen“ bewältigt das Subjekt?	192
7.3. Die Gouvernamentalität und „Wer bewältigt was für wen?“	192
7.4. Ausblick - oder: Was folgt aus der Antwort auf die Frage „Wer bewältigt was für wen?“	196
Literaturverzeichnis	197

1. Einleitung: Wer bewältigt was für wen?

Als die Beschwerden dann wiederkamen und doller waren als beim ersten Mal, da war das schon ein Schock. Sport ging gar nicht mehr und der Sommerurlaub fiel dann auch gleich flach. Stattdessen ein Arztbesuch nach dem nächsten. ‚Wir müssen jetzt dies ausprobieren‘, aber das habe ich auch nicht gut vertragen, ‚lassen Sie das mal besser weg‘, aber gebracht hat es auch nicht wirklich was. Joa, ich müsse mich jetzt drauf einstellen, dass da ein paar Veränderungen auf mich zukommen. Da könne ich jetzt nicht erwarten, dass gleich wieder alles so ist wie vorher. Und da habe ich mich dann schon öfters gefragt: wozu machst du das eigentlich alles?¹

Diese Passage eines biografischen Interviews mit einem erkrankten Jugendlichen gibt den Anstoß den ursprünglichen Pfad des Promotionsvorhabens zu verlassen. Sie markierte den Wendepunkt in einem Forschungsprozess, der bei der Analyse biografischer Erzählungen der Lebensgeschichte von jungen Menschen mit der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung Morbus Crohn beginnt und schließlich bei einer kritischen Theoriediskussion zu gängigen Konzepten des Bewältigungshandelns landet.

Sich vom Text irritieren lassen, ist eine der methodischen Aufgaben bei der Analyse qualitativer Daten. Wie lange es dauert, bis diese Irritation eintritt, kann unmöglich vorausgesagt werden. Vielleicht lag es daran, dass die gestellte Frage am Ende des angeführten Zitats zu trivial erscheint und ihr deshalb auf den ersten Blick auch in dieser Analyse zunächst zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Ein jeder und eine jede stellt sie sich im Laufe des Lebens unzählige Male und verwirft sie gleich wieder, weil sie keine einfachen und eindeutigen Antworten mit sich bringt. Sie kann Ausdruck einer situativen Schwermütigkeit sein, „dass man liebsten alles hinschmeißen würde“, aber auch des Frustes, der Verzweiflung oder der Resignation.

Der zweite Blick, der sich erst einige Zeit später entwickelte, setzte im Grunde an dieser Kontingenz an und nahm die gestellte Frage nach dem „Wofür“ die interviewte Person „das mache“ in folgender Hinsicht ernst: Welche Lebensziele wurden im Verlauf der Erkrankung, in den unterschiedlichen Aktivitätsphasen des Morbus Crohn, der medizinischen Behandlung und den sich darauf einstellenden sozialen

1 Dies Zitat stammt aus einem der insgesamt acht biographischen, leitfadengestützten Interviews mit an Morbus Crohn erkrankten Jugendlichen.

Beziehungen in den Hintergrund gedrängt? Oder anders gefragt: Vor dem Hintergrund welcher Bedeutsamkeiten richten die Betroffenen ihren Blick auf die Anforderungen, die sich ihnen mit den Einschnitten durch die Krankheit stellen und um derentwillen sie diese Einschnitte bewältigen?

Um diese Fragen zu beantworten, führte der Weg im Sinne einer abduktiven Grundhaltung² zunächst wieder zurück in die wissenschaftliche Literatur zum Bewältigungshandeln. In der nun folgenden Sichtung verschiedener Bewältigungstheorien gewinnt die ungeheure Fülle an Bewältigungsanforderungen neue Konturen. Dazu zählen der körperliche Entwicklungsprozess, der schulische Werdegang, das Entstehen und Beenden von Freundschaften und von Lieben, das Erlernen gesellschaftlicher Normen und Gebote, die eigene Lebensplanung und nicht zuletzt das Hereinbrechen einer chronischen Erkrankung.

In der Literatur zur Bewältigung einer chronischen Erkrankung im Allgemeinen, und dem hier näher betrachteten Leben mit Morbus Crohn im Besonderen, finden sich viele Hinweise auf die hinzutretenden Bewältigungsanforderungen und deren Rückwirkung auf die Anforderungen der Statuspassage. Die schleichend oder plötzlich einsetzenden Symptome bemächtigen sich des Lebens der betroffenen Person in Form körperlicher Beschwerden und werden als leidvolle Erfahrungen erlebt. Sie führen häufig zu der Frage: „Was stimmt mit mir nicht?“ Die Unsicherheit, woher diese Symptome so plötzlich kommen, und die Angst vor dem, was mit einer/einem geschieht, können phasenweise als dominierende Gefühlszustände auftreten. Mit einer gestellten medizinischen Diagnose sind die Beschwerden dann zwar auf eine Ursache zurückgeführt, gleichzeitig beginnt jedoch ein schwieriger Prozess des Bewusstwerdens und Akzeptierens, ein Leben lang von der Krankheit begleitet zu werden,³ deren Symptome nicht vorhersehbar sind. Hierzu gehört die Ungewissheit, wie sich diese Krankheit auf die Zukunftsperspektiven auswirken wird,⁴ sowie auch die hohe Wahrscheinlichkeit, immer wieder auf umfassende medizinische Betreuung angewiesen zu sein.⁵ Michael Bury beschreibt ein solches Hereinbrechen der Diagnose einer chronischen Erkrankung als ein „*disruptives Ereignis*“, das auch die bisherigen Regeln in zwischenmenschlichen Beziehungen und familiäre Hilfestrukturen in Frage stellt.⁶

Insgesamt ergibt sich somit für die Betroffenen eine Problemlage aus physischen Beschwerden,⁷ emotionalen Belastungen sowie häufig auch aus ökonomischen und

2 Reichertz 2013.

3 Schaeffer/Moers 2009, S. 116.

4 Salewski 2004, S. 8.

5 Mit großer Wahrscheinlichkeit besteht trotz konservativer Therapien bei einer CED früher oder später die Notwendigkeit eines operativen Eingriffes zur Behandlung krankheitsbedingter Folgebeschwerden, wie Fistel- und Abszessbildung, Darmverengung oder gar Darmperforation. In Folge eines schweren Verlaufs kann es auch zu der Entfernung von Darmschnitten und des Legens eines künstlichen Darmausganges kommen.

6 Bury 2009, S. 77.

7 Bei einer Erstmanifestation in der untersuchten Lebensphase kann es zudem zu Wachstumsverzögerungen und eine Verzögerung der sexuellen Entwicklung kommen (Jantschek

sozialen Benachteiligungen. Und die einzelnen Aspekte können sich wechselseitig noch weiter verstärken. Von Morbus Crohn Betroffene haben beispielsweise höhere Fehlzeiten in der Schule und größere Probleme bei der Berufsausübung oder dem Arbeitsplatzwechsel.⁸ Somit ist mit dieser Krankheit auch die Angst vor möglicher sozialer Ausgrenzung und Isolation verbunden. Bedingt durch die Symptome werden Gefühle wie Scham oder Ekel beschrieben, die im Laufe des Lebens eine belastende und hinsichtlich der Bewältigung kontraproduktive Wirkung zeigen können. Begünstigt durch eine gesellschaftliche Tabuisierung solcher Beschwerden, kann es ebenso zu einer Antizipation von Scham- oder Ekelgefühlen kommen, also der Annahme, dass andere Menschen ihnen gegenüber eine distanzierte bis ablehnende Haltung einnehmen, wenn sie von der Erkrankung erfahren. Dies kann erhebliche negative Auswirkungen auf das soziale Leben als geschützter Raum oder Rückzugspunkt im Bewältigungsprozess bedeuten.

Vor dem Hintergrund dieses Forschungsstands wurde ein Zwischenresümee gezogen: Der Eintritt einer chronischen Erkrankung mag für die betroffene Person zu Ängsten und Sorgen führen, wie z.B. Angst vor körperlichem Schmerz oder einer Verschlimmerung der Symptome, Angst vor langen Krankenhausaufenthalten mit ungewissen Behandlungsprozeduren und ungewissem Ausgang und auch Angst vor sozialer Isolation und Diskriminierung. Doch lassen sich diese Emotionen wirklich als Folgen der Krankheit beschreiben, wie dies häufig in der Literatur zu finden ist? Wäre es nicht ebenso sinnvoll, den sozialen und biografischen Kontext stärker in die Bestimmung der Ursachen dieser Sorgen miteinzubeziehen, also nicht zuletzt auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in denen die Krankheit auftritt? Ausgehend von jenen Bewältigungstheorien, die soziale Folgen und die soziale Bedingtheit von Krankheit berücksichtigen, kann und muss geradezu von den gesellschaftlichen Strukturen gesprochen werden und damit davon, wer darin welche Anforderungen stellt.

Damit erschien plötzlich die zitierte Frage aus dem Interview noch viel weniger trivial. Wofür macht man das? Wofür bewältigt man was? Durch diese neue Betrachtung der Frage meines Interviewpartners, formiert sich im Hinterkopf das, was die Forschungsfrage dieser Arbeit werden sollte: „Wer bewältigt was für wen?“ Diese Frage taucht in der Literatur zur Bewältigungsforschung nicht auf, sondern wird höchstens implizit gestellt. Wie die folgenden Kapitel meiner Arbeit zeigen werden, ist bereits vieles zusammengetragen und ausführlich beschrieben worden, was es Anforderungen in der Statuspassage oder im Leben mit einer chronischen Erkrankung zu bewältigen gibt. Auch für wen das Subjekt dies tut, scheint leicht zu beantworten: in erster Linie schon mal für sich. Doch man kennt es aus der eigenen Erfahrung, dass dies meist nicht die ganze Wahrheit ist. Aber wer sind dann diese „anderen“ für

2003: 923f; Pittschieler 2006: 1124). Dies führt häufig zu psychosozialen Problemen wie Depressionen (Stange et al. 2009: 46f), zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung und einer erhöhten Medikamenteneinnahme (Jantschek 2008: 64f).

8 Feuerle et al. 1983, S. 973f; Jantschek 2003, S. 924.

die man etwas bewältigt und lassen diese sich von dem trennen, was jeweils zu bewältigen ist? Verstecken sich nicht vielleicht sogar hinter einer einzelnen Anforderung ganz unterschiedliche Akteure mit völlig disparaten, einander widersprechenden Zielsetzungen? Ließen diese sich aufdecken, wenn man diese Frage auf das breite Feld an Bewältigungsaufgaben richtet?

Im Zuge dieser Erkenntnis bewirkte die eingangs zitierte Passage auch ein Zweites: Ich machte mir die Frage zu eigen, das heißt, ich stellte sie mir abermals selbst: „Wozu machst du das eigentlich alles?“ Die Frage steht sicherlich am Beginn eines jeden Forschungsprozesses und sie drängt sich bis zur Fertigstellung bei vielen ForscherInnen oft ein Duzend weitere Male auf. Am Wendepunkt dieser Arbeit stand mit dieser neuen Forschungsfrage zunächst jedoch eine Krise. Die Sicherheit spendende Grundannahme, mit den existierenden Theorien zum Bewältigungshandeln den eigenen Blick schärfen zu können, geriet ins Wanken. Wenn in der Fachliteratur die Subjekte des Bewältigungshandelns nicht deutlich umrissen sind, verschiedenste Bewältigungsanforderungen, wie zum Beispiel physische, psychische oder gesellschaftliche, unterschiedslos als *Anforderungen* gefasst werden, die von einer unübersichtlichen Anzahl verschiedener Akteure formuliert werden, dann musste die Frage „*wer bewältigt was für wen?*“⁴ zunächst an diese Theorien gestellt werden.

1.1. „Wer bewältigt was für wen?“ – Die Begründung der Fragestellung und Darstellung des Forschungsstandes

Weil die Frage der Dreh- und Angelpunkt dieser Arbeit ist, beginnt die Analyse auch mit der Aufschlüsselung dieser selbst. Denn, und das ist eine der zentralen Vorannahmen, wird diese Frage nicht als die kritisch prüfende Brille bei der Beschäftigung mit Bewältigungshandeln, vielleicht sogar bei der Befassung mit Gesundheit überhaupt, gestellt, so besteht die Gefahr, einer funktionalistischen Betrachtungsweise (chronisch) Kranker unbewusst Vorschub zu leisten.

Das „*wer*“ und das „*was*“ mag mit der Fokussierung des Untersuchungsgegenstandes auf junge Menschen mit Morbus Crohn beim Übergang ins Erwachsenenleben scheinbar einfach zu beantworten sein. Es stellen sich Fragen nach Bewältigungsaufgaben Heranwachsender sowie nach den Problemen und Herausforderungen, mit denen junge Menschen in und mit der Statuspassage konfrontiert sind. Darüber hinaus sind die spezifischen physischen und psychischen Belastungen von Bedeutung, die ein Leben mit Morbus Crohn mit sich bringt und außerdem, wie die Erkrankung wiederum auf die Herausforderungen und Belastungen der Transitionsphase zurückwirkt.

Doch ganz so einfach ist die Antwort nicht, denn das Subjekt erfährt die unterschiedlichsten Attribuierungen, je nachdem, unter welchem Blickwinkel es betrachtet wird. Als *PatientIn* wird dem Subjekt Hilflosigkeit und Unterworfen-sein unter medizinische Handlungsrationaltäten und Versorgungsstrukturen attestiert. Als

Nutzer, wie es beispielsweise im Sondergutachten des Sachverständigenrates aufgenommen ist, ist das Subjekt TrägerIn von unterschiedlichen gesellschaftlichen Rollen. Es ist zugleich BürgerIn, VersicherteR und PatientIn, ebenso wie KonsumentIn und ProduzentIn von Gesundheit, wobei jeweils in den konkreten Lebenssituationen einzelne Rollen in den Vordergrund rücken, während andere in den Hintergrund treten. Jede dieser Rollen beleuchtet unterschiedliche Eigenschaften des Subjekts und untersucht diese im Hinblick auf die Bewältigung rollenassoziierter Aufgaben.⁹ Mit jeder Rolle werden auch Aspekte der jeweils zugewiesenen Handlungsmacht sowie bestehender Bedürfnisstrukturen relevant.¹⁰ So wird im Zusammenhang mit dem PatientInnen-Begriff sowohl die Mündigkeit der Person betont, als auch ihre besondere Vulnerabilität und Schutzbedürftigkeit. Ingrid Mühlhauser und Hardy Müller verstehen die PatientInnen als die relevanten Akteure bei der Bewertung von Behandlungsergebnissen und plädieren für deren stärkere Berücksichtigung bei der Festlegung von Behandlungszielen.¹¹ Aus einer gerechtigkeits-theoretischen Perspektive ließe sich mit der „*starken vagen Theorie*“ Martha Nussbaums argumentieren, dass nur mit einer ethisch-normativen Subjektkonstruktion auch die „Frage des guten Lebens“ beantwortet werden kann, da sie für eine stärkere Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Erkrankten diese auch in den Mittelpunkt des Denkens stellt.¹²

Im Gegensatz zu diesen gesundheitswissenschaftlichen Ansätzen betrachten die Gouvernementalitätsstudien das Subjekt wiederum nicht als eine feste Entität, sondern als etwas durch gesellschaftliche Diskurse erst Hervorgebrachtes.¹³ Somit ist die Frage nach dem Subjekt auch immer eine Frage seiner sozialen Gewordenheit. Das Subjekt konstituiert sich fortwährend selbst und wird beständig konstituiert.

Auch die Biografieforschung fragt nach den Sinnkonstruktionen und Erfahrungsaufschichtungen des Subjekts. Es geht um die Rekonstruktion subjektiver Deutungsmuster, die Herstellung seiner Identität durch das Individuum und die Berücksichtigung seiner Einzigartigkeit.¹⁴ In neueren Ansätzen, z.B. von Tina Spies oder Andreas Hanses, finden sich auch Überlegungen zur produktiven Kombination einer Diskurs-, bzw. Gouvernementalitätsanalyse mit der Methode der Biografieforschung. Hierin wird das biografische Wissen als Ausdruck diskursiver Prozesse verstanden, sodass sich gesellschaftliche Wissensordnungen aus biografischen Erzählungen rekonstruieren lassen.¹⁵

9 Für eine ausführliche Darstellung der an das Subjekt gestellten Aufgaben aus diesen Rollen siehe die Arbeit von Ewert 2013 und Schaeffer/Moers 2004, S. 15ff; Für eine kritische Auseinandersetzung mit dem Nutzerbegriff siehe etwa Friesacher 2010, S. 55-72.

10 Schaeffer/Moers 2004, S. 261-275.

11 Mühlhauser/Müller 2009, S. 38-45.

12 Nussbaum 2012, S. 47.

13 Spies 2009, Abs. 1ff.

14 Berger/Luckmann 1969, S. 73f.

15 Spies 2009, S. Abs. 3ff.; Hanses 2010, S. 251ff.

Die Frage ist nicht, welcher Betrachtungsweise sich im Rahmen dieser Studie angeschlossen werden soll, sondern es gilt gerade auf die mögliche Verschiedenartigkeit der Subjektkonstruktionen hinzuweisen, denn von ihrer jeweiligen Verwendung in einem Konzept von Bewältigung ergehen je eigene Anforderungen an das Subjekt.

Für die Anforderungen kann entsprechend die gleiche Problematik formuliert werden: Je nach Forschungsinteresse richtet sich der Blick auf einen im Leben des Subjekts relevanten Bereich. Ob dies eine bestimmte Lebensphase ist, wie die Jugend, oder aber ein bestimmtes soziokulturelles Setting, wie das Krankenhaus, ob sich besonders auf Interaktionen, wie z.B. Arzt-Patienten-Interaktion konzentriert wird oder aber auf die Analyse allgemeiner gesellschaftlicher Deutungsmuster von Gesundheit und Krankheit. Aus jedem dieser Forschungsfelder lässt sich eine Vielzahl verschiedenster Bewältigungsaufgaben ableiten, die sich dem Subjekt stellen. Seien diese die Übernahme von Verantwortung im Zuge des Erwachsenwerdens, die Integration einer chronischen Erkrankung in den Lebenslauf, die Befolgung medizinischer Therapiekonzepte oder die Entsprechung gesellschaftlicher Erwartungen an Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Statt die Frage nach dem „wer“ mit einer bestimmten Subjektperspektive oder einer vollständigen Auflistung theoretischer Ansätze zu beantworten, liefert diese Studie eine Gewichtung innerhalb der spezifischen Aufgaben im Kontext von Morbus Crohn. Zur Beantwortung der Frage gilt es, den Begriff der *Anforderung* zu dekonstruieren und zu zeigen, welcher verschiedenartigen Natur die unterschiedlichen Anforderungen an das Subjekt sind, statt vorauszusetzen, dass mit dem Oberbegriff der *Anforderung* schon eine theoretisch-stichhaltige Aussage getroffen wäre. Ohne einer späteren Vertiefung dieser hier nur skizzierten Bewältigungsaufgaben vorweggreifen zu wollen, kann festgehalten werden, dass allen gemein ist, dass sie Anforderungen an den von einer chronischen Krankheit betroffenen Heranwachsenden stellen – diese jedoch alle *qualitativ gänzlich verschieden* begriffen werden. Daher ist im Sinne der Erläuterung der Fragestellung ebenfalls zu dekonstruieren, was im jeweiligen Fall unter *bewältigen* verstanden wird und was diesen Prozess kennzeichnet. Dies schließt Aspekte verschiedener Umgangsweisen mit Ereignissen, wie dem Hereinbrechen einer chronischen Erkrankung, mit ein, führt aber ebenso zu der Frage: wie „funktioniert“ *Bewältigen* überhaupt?

Bei der Beschäftigung mit den Konzepten zum Bewältigungshandeln eröffnet sich ein breites Feld an Erklärungsansätzen und man tut vielen dieser Ansätze Unrecht, wenn man sich auf einige wenige konzentriert, auch wenn dies aus forschungsökonomischen Gründen hier unvermeidbar ist.¹⁶ Aus der psychologischen Stressforschung wären das Coping-Modell von Richard Lazarus und Susan Folkman¹⁷ oder der ressourcenorientierte Ansatz von Stevan Hobfoll als einflussreiche Arbeiten der

16 Für einen ausführlichen Überblick über Bewältigungskonzepte siehe: Schaeffer 2009, S. 15-51 sowie zur Vertiefung die nachfolgenden Artikel im selben Buch.

17 Lazarus/Folkman 1984.

Bewältigungsforschung zu nennen.¹⁸ Für die Bewältigung entwicklungsbedingter Anforderungen stellt der Entwicklungspsychologe Erikson ein lineares Modell auf, das acht Aufgaben formuliert, deren erfolgreiche Bearbeitung für das Erreichen der jeweils nächsten Stufe notwendig ist.¹⁹ Auch mit der Sozialisationsforschung wird das Spektrum an Bewältigungsfeldern noch einmal immens aufgefächert.²⁰

In der qualitativen Sozialforschung werden für die Fragestellung relevante Bewältigungsfelder wie *chronische Erkrankung allgemein*²¹ und *im Jugendalter im Besonderen*,²² der *Übergang ins Erwerbsleben*,²³ die *soziale Benachteiligung*²⁴ oder die Erfahrung *kritischer Lebensereignisse*²⁵ unabhängig voneinander untersucht und diverse Bewältigungsmuster identifiziert. Auch die Bewältigung komplexer Medikamentenregime²⁶ und der Anteil der familiären Beteiligung am Bewältigungshandeln werden in qualitativen Studien untersucht.²⁷

Im Hinblick auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung finden sich vor allem in englischsprachigen Veröffentlichungen duzende aktuelle Studien zur *Lebensqualität*,²⁸ *psychosozialen Einflussfaktoren*²⁹ und zum *Nutzen psychosozialer Beratung*.³⁰ Seit Kurzem gibt es im deutschsprachigen Raum auch eine ausführliche Darstellung biografischer Krankheitsbewältigung von Menschen mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa.³¹

Der Fragenteil „für wen“ fügt dem bisher Ausgeführten nicht einfach einen weiteren Aspekt hinzu, sondern thematisiert ein ganz eigenes Verhältnis: das Auseinanderfallen von Bewältigungserwartungen an das Subjekt und dessen Eigensetzungen. Mit dieser zentralen Ausgangshypothese knüpfe ich an den Gouvernamentalitätsansatz an und trage damit eine neue Fragestellung an die Bewältigungsforschung heran: Wie vermitteln sich äußere Anforderungen und Eigensetzungen im Subjekt? Dies wirft unweigerlich die Frage danach auf, was eigentlich „eigen“ bedeutet und was „von außen“ an das Subjekt herangetragen wird. Bettina Schmidt hat auf deren Ver-

18 Hobfoll 1988; Hobfoll/Buchwald 2004; Für eine Übersicht weiterer Ressourcenorientierter Coping-Strategien: Buchwald 2004; Für eine ausführliche Zusammenstellung gegenwärtiger Stress- und Coping-Konzepte siehe vor allem die Beiträge in Rice 2005.

19 Erikson 1956; Erikson 1968; Für eine Zusammenfassung: Abels/König 2010.

20 Abels/König 2010; Böhnisch/Lenz, Schröer 2009.

21 Schaeffer 2009; Corbin/Strauss 2004.

22 Salewski 2004; Seiffge-Krenke et al. 1996.

23 Oehme 2007; Walther/Walter/Pohl 2007.

24 Rahn 2005.

25 Filipp/Aymanns 2010.

26 Haslbeck 2008.

27 Wiehe 2006.

28 Van der Have et al. 2014; Wexner/Frattini 2010; Karwowski et al. 2009; Shapanski et al. 2005.

29 Mackner/Crandall 2005.

30 Grootenhuis et al. 2009.

31 Werwick 2012.

wobenheit bereits in ihren Ausführungen zur „*Konstruktion der Verantwortungssubjekte*“ hingewiesen. Schmidt beschreibt darin das Subjekt als Trägerin zugeschriebener Verantwortungen, das beständig mit der Frage von Schuld konfrontiert wird. Sie fragt in kritischer Absicht „*wer wem*“ gegenüber Verantwortung schuldig ist und ob die Zuweisung von Verantwortung legitim, gemäß nachzuvollziehender Regeln, geschehen ist.³² Hierbei konstatiert sie eine Asymmetrie zwischen hegemonialen Machtstrukturen auf der einen Seite und dem vereinzelt Subjekt auf der anderen. Die übertragene Verantwortung verwandelt sich darin in die Eigenverantwortlichkeit des Subjekts und deren Funktionalisierung für gesundheitspolitische Rationalisierungsmaßnahmen.³³ In der hier untersuchten Fragestellung sollen die Gedanken der Responsibilisierung aufgenommen, aber der Rahmen gleichzeitig weiter gesteckt werden. Darin zeichnet sich bereits eine unmittelbare Rückwirkung auf die Konstruktion eines Subjekts aus den an es gestellten Aufgaben ab, welche es weiter zu entwickeln gilt.

Wenn man sich fragt, was diese vermeintlich triviale Frage „soll“, formuliert man gleichzeitig das Ziel der Studie: Sie ist erstens die Frage nach dem Subjekt der Bewältigung und gleichzeitig die Frage nach der Konstruiertheit des Subjekts in der Theorie. Es ist *zweitens* die Frage nach den spezifischen Anforderungen, die an die Subjekte gestellt werden und die Frage, worin diese ihren Ursprung haben. *Drittens* ist es die Frage nach den verschiedenen Interessen, die jeweils versuchen, gegenüber dem Subjekt geltend zu machen, was nach ihrer Maßgabe „erfolgreiche Bewältigung“ heißt, sodass ebenso beantwortet werden muss, wie das Subjekt in diesen Interessen vorkommt.

1.2. Theoretische Grundlagen

Die Untersuchung der Verschränkung von Subjekt, gestellten Bewältigungsanforderungen, Möglichkeiten des Bewältigungshandelns sowie diskursiven Setzungen erfordert eine Heuristik, die folgende Bedingungen erfüllen muss: (1.) Sie muss das Selbstverständnis haben, ihre Konstruktion von Subjektivität und Subjekt offenzulegen, weil anderenfalls alle weiteren Auseinandersetzungen Gefahr laufen, implizite Grundannahmen in das Subjekt selbst hinein zu verlegen. (2.) Sie muss sich der sozialen Bedingtheit von Subjektivität ebenso bewusst sein, wie sie soziale Setzungen nicht als unabänderliche Gegebenheiten hinnehmen darf. Nur auf diese Weise lassen sich die Herkunft und Intention der an das Subjekt gestellten Bewältigungsanforderungen entschlüsseln, ohne die Wirkmächtigkeit des Subjekts zu negieren. (3.) Sie muss permanent die Frage an sich richten, wie das Subjekt in den betrachteten Aufgaben und Anforderungen vorkommt, da nur auf diese Weise hegemoniale Zuschreibungen ihrer vermeintlichen Unumstößlichkeit entkleidet werden können.

32 Schmidt 2008, S. 37f.

33 Schmidt 2008, S. 41ff.; Schuldzinski 2012, S. 213.

Foucault sowie jüngere Beiträge von Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Stefanie Graefe weisen darauf hin, dass in hegemonialen Gesundheitsdiskursen davon ausgegangen wird, dass der *Eigensinn* der Individuen mit den in der Gesellschaft geltenden Normen zusammenfallen würde, bzw. dies zumindest müsste. Die AutorInnen enttarnen diese Vorstellung als instrumentell-deterministisches Denken und als einen Versuch der Normierung der versubjektivierten Individuen. Die Durchsetzung gesellschaftlicher Normen bedarf permanenter Übersetzungsleistungen durch die Subjekte, bricht sich jedoch an deren Eigensinn und kann abgelenkt, neutralisiert oder blockiert werden. Die dabei entstehenden Friktionen zwischen *Eigensinn* und gesellschaftlichen Erwartungen sind ein eigenständiges Moment im Bewältigungshandeln, welches bislang unzureichend untersucht wurde.³⁴ Natürlich kann nicht jede Bewältigungsanforderung als ein Versuch der Normierung angesehen werden. In der kritischen Hinterfragung soll jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass bestimmte Bewältigungsanforderungen als genuiner *Eigensinn* der Individuen betrachtet werden. Somit kann auch die Bewältigungsforschung Gefahr laufen, gerade in dem Bemühen um die Bereitstellung von Hilfen für die betroffenen Menschen, gesellschaftlichen Imperativen unter der Hand das Wort zu reden.

Die Frage „*wer bewältigt was für wen?*“ versucht, auf diese Problematik aufmerksam zu machen und damit eine Leerstelle sowohl in der theoretischen Analyse wie dem Bemühen einer praktischen Hilfestellung für die betroffenen Menschen, zu schließen. Es darum, aufzuzeigen, welche Affirmation gesellschaftlicher Normierung sich in die theoretische wie praktische Auseinandersetzung mit dem Bewältigungshandeln einschleichen kann, ja durch welche hegemonialen Setzungen diese Auseinandersetzung gewissermaßen, um mit Habermas zu sprechen, „kolonisiert“³⁵ wurde.

1.3. Methodologie, Aufbau und Vorgehen

Mit den Gouvernamentalitätsstudien wird ein herrschaftskritischer Ansatz gewählt, dessen theoretische Leistung darin besteht, zu zeigen, wie hegemoniale Machtausübung mittels subtiler Zuschreibungen und Anrufungen funktioniert, bzw. – vom Standpunkt der Herrschaft – funktionieren soll. Die theoriegeleitete Analyse im Sinne der Gouvernamentalitätsstudien fragt demnach nicht, wie Subjekte „wirklich“ bewältigen sollten oder gar „richtig“ zu bewältigen hätten. Nach ihr gilt es, die Wirkungsweise der Machttechniken zur Führung der Subjekte herauszuarbeiten. Der Ansatz beschreibt den Imperativ der Verinnerlichung gesellschaftlicher Normvorstellungen, dem die Subjekte in den unterschiedlichsten Formen ausgesetzt sind, ebenso wie die Eigenständigkeit und Widerspenstigkeit, die in jedem Subjekt liegt. Subjekte können demnach nicht einfach als „Effekte“ machtvoller äußerer Umstände betrachtet werden, sondern sie verfügen ebenso über Eigensinn und Handlungsmacht.

34 Bröckling/Krasmann 2010, S. 7f.

35 Habermas 1995, S. 489ff.

Wenn die Gouvernementalitätsanalyse also die Führung der Menschen hervorhebt, so will damit nicht gesagt sein, dass die herrschaftlichen Techniken der Macht automatisch die Subjekte steuern. Die Führung ist in ihrem Ausgangspunkt immer eine versuchte, die im Sinne der Herrschaft gelingen kann, aber nicht muss. Damit richtet sich der analytische Blick auf die Herausbildung von Wissensbeständen, Problematisierungen und Rationalisierungsweisen, mit denen das Subjekt geführt werden soll, bzw. es sich selber führt. Vom analytisch-methodischen Ausgangspunkt der Gouvernementalitätsstudien ist der Blick auf die Bewältigungstheorien ein theoriegeleitetes und nicht ein streng deduktives Verfahren. Es geht um die Rekonstruktion der jeweiligen Wissensordnungen und Handlungsanleitungen, die sich in den verschiedenen Subjektbegriffen, Bewältigungsanforderungen und Gesundheits-/Krankheitsverständnissen verbergen. Dem kritischen Selbstverständnis dieses Ansatzes nach erfolgt die Theoriebildung keinesfalls um ihrer selbst willen, sondern sie zielt immer auf die Zurückdrängung herrschaftlicher Instrumentalisierungsansprüche durch die Dekonstruktion ihrer Wirkungsweisen.

Um die Darstellung der wesentlichen Aspekte dieser inzwischen ausdifferenzierten „Schule“ wird es in Kapitel 2 gehen. In einem ersten Schritt wird hier auf die ursprünglichen Überlegungen Michel Foucaults zurückgegriffen und sein Verständnis von Regierung als „*Führung der Führungen*“ sowie die Verschränkung von Macht und Diskurs dargestellt (2.1 - 2.5). Bei den über Foucault hinausweisenden Ansätzen beziehe ich mich auf die Analysen zu *Herrschaftstechniken* und den *Technologien des Selbst* (2.6). Hierfür werden eine Reihe jüngerer Arbeiten von AutorInnen wie Ulrich Bröckling, Thomas Lemke, Susanne Krasmann und Stefanie Graefe herangezogen. Die von ihnen beschriebenen Führungstechniken der *Biomacht*, *Disziplinarmacht*, der Anrufung des *unternehmerischen Selbst* sowie der *Kultur* und des *Empowerments* werden in einzelnen Unterkapiteln entwickelt. Diese ergeben ein umfassendes Bild der Techniken der Selbststeuerung und bilden damit das Kernstück dieses Kapitels. Anschließend werden diese Ausführungen mit der von Graefe aufgegriffenen Kategorie des *Eigensinns* in Verbindung gebracht, um damit die Grundlage für ein herrschaftskritisches und handlungsmächtiges Subjektverständnis zu legen.

Wenn Krankheitsbewältigung immer auch vor dem Hintergrund gesellschaftlich gültiger Deutungen von Gesundheit und Krankheit vollzogen wird, müssen die Konstruktionen von Krankheit einer kritischen Betrachtung unterzogen werden, da sie Bewältigungsmaßstäbe eigener Art formulieren. In Kapitel 3 werde ich mich daher mit funktionalistischen Betrachtungsweisen von Gesundheit (3.3) und den damit verknüpften Responsibilisierungstendenzen (3.4) eingehender befassen. Anschließend wird der Frage nachgegangen, inwiefern der Paradigmenwechsel zur Salutogenese diese Tendenzen bisher zu relativieren vermochte (3.6).

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf die Bewältigung einer chronischen Erkrankung vor dem Hintergrund des Übergangs von der Jugend zum Erwachsenen-

leben gerichtet. Es gilt daher die Aufgaben zu untersuchen, die sich den Heranwachsenden in dieser Lebensphase stellen (Kapitel 4). Hier ist zu klären, welche Rolle gegenwärtige oder zukünftige Relevanzbereiche spielen, wie die Familie oder Peer-Groups (4.3), aber auch die Perspektive des anstehenden Erwerbslebens (4.4). Zur Darstellung der breiten Aufgabenfelder wird sowohl auf Erkenntnisse der Sozialisationsforschung, der Jugendsoziologie, wie auch der Entwicklungspsychologie zurückgegriffen. Diese Ergebnisse werden abschließend daraufhin untersucht, welche Maßstäbe für erfolgreiche oder scheiternde Bewältigung in der Formulierung der Aufgaben enthalten sind (4.5).

In Kapitel 5 wird der Blick auf die chronisch-entzündliche Darmerkrankung Morbus Crohn gerichtet, um an ihr beispielhaft die spezifischen Bewältigungsanforderungen einer chronischen Erkrankung aufzuzeigen. Dies findet zunächst über eine Beschreibung der Klinik des Morbus Crohn (5.2), der diagnostischen Verfahren (5.3) sowie der therapeutischen Maßnahmen (5.4) statt, wobei besonders auf die belastenden Momente der krankheitsbedingten Beschwerden sowie auch der medizinischen Verfahren eingegangen wird. Am Ende jedes Hauptkapitels wird ein Resümee gezogen, in dem die für den Fortgang der Diskussion wichtigen Punkte festgehalten werden.

Vor der subjekt- und machtsensiblen Hintergrundfolie der theoretischen Grundlagen (Kapitel 2-5) soll in Kapitel 6 die eigentliche Analyse ausgewählter Bewältigungskonzepte durchgeführt werden.

Der erste Ansatz ist das basale Konzept der *Adaption* des Intelligenzforschers und Entwicklungspsychologen Jean Piaget (6.2). Er gilt als einer der ersten Forscher, der der Frage nachgegangen ist, wie ein mit Wille und Bewusstsein begabtes Subjekt sich in seiner Auseinandersetzung mit seiner Umwelt entwickelt und diese gleichzeitig verändert. Piaget hat mit seinen Beschreibungen der Entwicklung der Intelligenz am Beispiel des kindlichen Lernens den Grundstein einer Vielzahl späterer entwicklungspsychologischer und pädagogischer Ansätze gelegt. Die abstrakten Modi der *Assimilation* und der *Akkommodation*, in welchen sich nach Piaget die Aneignung von Welt vollzieht, sollen dargestellt und ihr subjektorientierter Kern für eine herrschaftskritische Heuristik von Bewältigungshandeln aufgezeigt werden.

Mit der Analyse der theoretischen Arbeiten von Corbin und Strauss soll ein weiterer zentraler Charakter des Bewältigungshandelns herausgearbeitet werden (6.3). Mit der Analyse ihres Verständnisses von Bewältigung als *Arbeit* lassen sich die verschiedenartigen Anforderungen im Kontinuum der Bewältigungsaufgaben systematisch erfassen und in der Unterschiedlichkeit ihrer Qualitäten voneinander abgrenzen. Hierbei wird ebenfalls auf das Konzept der *Verlaufskurve*, der dynamischen Relevanzen verschiedener Arbeiten sowie die Rolle von Biografie und Körper näher einzugehen sein.

Wer von Gesundheit redet, der kommt an Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese nicht vorbei. Nicht nur hat er mit diesem Ansatz einen Paradigmenwechsel des Gesundheits-/Krankheitsverständnisses eingeläutet, auch hat er damit weitreichende Implikationen für Bewältigungshandeln und Gesundheitsförderung formuliert. Im Mittelpunkt des Konzepts der Salutogenese, sowie in der hier erfolgenden Betrachtung, stehen dabei das grundlegende Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die allgemeine Ressourcenorientierung, die Kategorien der *generalisierten Widerstandsressourcen* und das *Kohärenzgefühl* (6.4).

In Kapitel 6.5 soll sich schließlich mit dem psychotherapeutischen Behandlungskonzept mit einem gezielten Fokus auf Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen beschäftigt werden. Der hier vorgestellte Ansatz ist keine Theorie im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr praktisch und handlungsleitend orientiert und richtet sich an angehende und bereits praktizierende Therapeutinnen und Therapeuten. Doch wie jedem praktischen Ansatz zum, in diesem Fall psychischen, Bewältigungshandeln liegen auch diesem bestimmte theoretische Annahmen zur Rolle des Subjekts und der zu bewältigenden Anforderungen zu Grunde. In der Auseinandersetzung mit diesem Konzept gilt es daher, sowohl diese Grundannahmen heraus zu kristallisieren, als auch die abgeleiteten praktischen Maßnahmen vor dem Hintergrund einer Subjektorientierung zu betrachten.

Bereits am Ende jedes dieser Untersuchungskapitel wird das dargestellte Konzept mit der Forschungsfrage „*wer bewältigt was für wen?*“ konfrontiert (6.2.3; 6.3.6; 6.4.7 und 6.5.9). Auf diese Weise sollen noch einmal die Ergebnisse hinsichtlich der Fragen der Subjektkonstruktion im jeweiligen Ansatz, des Verständnisses vom Bewältigungshandeln, den implizit und explizit formulierten Bewältigungsaufgaben sowie den beteiligten und eingemischten Akteuren systematisiert festgehalten werden.

Bei der abschließenden Ergebnisdiskussion wird in einer Gegenüberstellung der Konzepte entlang der Kategorien aus der Fragestellung Subjektkonstruktion (7.2.1), Verständnis von Bewältigungshandeln sowie darin formulierter Anforderungen (7.2.2) und den dahinterstehenden Interessen (7.2.3) gezeigt, wie wichtig diese Heuristik bei der Entwicklung einer herrschaftskritischen, subjektorientierten Theorie zum Bewältigungshandeln sein kann. Es ist zu diskutieren, inwiefern sich auch ethisch-normative Bewältigungskonzepte angreifbar machen für eine Instrumentalisierung und wie dies, wenn es schon nicht zu verhindern ist, wenigstens kenntlich gemacht werden kann.

2. Moderne Herrschaft und Foucaults Konzept der Gouvernementalität

Mit dem Konzept der Gouvernementalität hat Michel Foucault seit den ausgehenden siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts für viel Aufsehen in den verschiedensten Professionen der Geistes- und Sozialwissenschaften gesorgt. Von Theorien der Macht und machtkritischer Gesellschaftsanalysen über feministische Bewegungen, neomarxistische Theorieansätze bis hin zu der Analyse moderner Regierungstechniken und der Problemstellung des „guten Regierens“ finden sich Bezugnahmen auf seine Arbeiten. Diese Vielfalt der Anwendungen seiner Theorieansätze und Modelle in den unterschiedlichsten Fragestellungen – mit sich teilweise widersprechenden Ergebnissen –, ist auch auf Foucaults Interesse an einer umfassenden Erklärung gesellschaftlicher Prozesse und der Auseinandersetzung erkenntnistheoretischer Problemstellungen zurückzuführen.

Dabei sind Foucaults Theorien genauso anerkannt wie umstritten. Die Kritik an Foucault befasst sich mit seiner Sprunghaftigkeit in der Themenwahl, formuliert den Vorwurf der (allzu) abstrakten Auseinandersetzung, nennt ferner mangelnde Stringenz, fehlende methodologische Grundlagen, die Uneindeutigkeit seiner Begriffe bis zum häufigen Verwerfen seiner Theorien und ihrer Neuentwicklung.³⁶ In der Auseinandersetzung mit den zentralen Gedanken Foucaults zum Konzept der Gouvernementalität werde ich mich insbesondere auf Arbeiten von Bröckling, Lemke, Frankenberger und Opitez beziehen.

2.1. Foucaults Ausgangspunkt und Fragestellung

Foucault formuliert den Anspruch, moderne Machtverhältnisse zu analysieren und insbesondere den Zusammenhang von *Macht*, *Subjekt* und *Wissen* herauszuarbeiten.³⁷ Er geht der Frage nach, worin der Grund für ein „auf den Staat gerichtetes, gigantisches Verlangen“ und den „unverständlichen Willen“ zum Staat liegt, „den man eine große Liebe nennen könnte“.³⁸ Daraus resultieren für ihn eine Reihe weiterer Fragen: Auf

36 Für eine ausführliche Darstellung der Kritik an Foucault siehe: Lemke, Thomas 1997, S. 13-22; auch Frankenberger 2007, S. 156ff.

37 Frankenberger 2007, S. 161.

38 Foucault 1990, S. 17.

welche Weise wird Macht ausgeübt und zwischen den individuellen und kollektiven Akteure vermittelt? Wie wird Macht zu Herrschaft, also der dauerhaften Einrichtung eines einseitigen Machtverhältnisses? Und welche historischen und gesellschaftlichen Bedingungen haben zu den jeweiligen Macht- und Herrschaftsverhältnissen geführt?³⁹ In der Literatur zu Foucaults Arbeiten wird häufig darauf hingewiesen, und es ist diesen Fragestellungen ebenfalls zu entnehmen, dass Foucault einen Perspektivwechsel von den „Was-“ auf die „Wie-Fragen“ beabsichtigt.⁴⁰ Er fragt nicht *wer* herrscht und *was* die Absicht einer bestimmten „Technik“ ist, sondern *wie* diese Absicht durchgesetzt werden soll oder durchgesetzt worden ist und welches Wissen sie zur Grundlage hatte.⁴¹

Foucault untersucht die Techniken, derer sich moderne Regierungen bedienen, um die gesellschaftlichen Individuen zu einer Handlungsweise gemäß herrschaftlich definierter Ziele zu bewegen. Dabei versteht er die angewandten Techniken als *Vermittlungstechniken*, die gerade nicht auf unmittelbarem physischem Zwang beruhen, sondern die auf den Willen und die Subjektivität der Individuen einzuwirken versuchen. Die mitunter recht mechanistische Terminologie von Foucault, der auch vom „*Steuern*“ menschlichen Handelns spricht,⁴² ist nicht mit einem deterministischen Verständnis von Handlungen, Verhaltensweisen und Denkweisen seinerseits gleichzusetzen. Vielmehr kennzeichnet er damit einen allen Herrschaftsformen innewohnendes Ideal der Determinierbarkeit menschlichen Handelns durch Herrschaftspraktiken. Davon ausgehend versucht er aufzuzeigen, wie Denken und Handeln unmittelbar angesprochen werden, um sie disziplinarisch und damit herrschaftlich nutzbar zu machen.

2.2. Der historische Übergang zu moderner Herrschaft: Die Geburt der Gouvernamentalität

Mit den großen politischen und ökonomischen Revolutionen im 18. und 19. Jahrhundert und dem Übergang von feudalen Herrschaftsverhältnissen zur bürgerlichen Gesellschaft änderten sich sowohl die Machtkonstellationen im Staat als auch die Techniken seiner Herrschaft. Die bestimmenden Rechtsprinzipien zwischen Staatsmacht und Regierten waren nicht mehr das persönliche Besitzverhältnis oder eine ständische Zugehörigkeit, sondern das Prinzip des freien Bürgers mit – zunächst noch sehr eingeschränkten, später sich entwickelnden – Freiheits- und Abwehrrechten als Rechtsperson gegenüber dem Staat. Das aufkommende freie Unternehmertum er-

39 Vgl. Frankenberger 2007, 161.

40 Vgl. Opitz 2004, S. 54.

41 So sucht Foucault zum Beispiel nach „*der Gesamtheit der Regeln, die in einer Epoche die Grenzen und Formen der Sagbarkeit*“, also einem allgemeinen Strukturprinzip des Denkens. Vgl. Opitz 2004, S. 42f.

42 Foucault 2004, S. 261.

setzte die feudale Fronarbeit und Ständesysteme und es bildete sich eine stark anwachsende Schicht mittelloser Menschen, deren einzige Grundlage für ihre ökonomische Existenz die Lohnarbeit, also der Verkauf ihrer Arbeitskraft, war. Die bis dahin noch weitverbreiteten Formen der Subsistenz wurden nicht zuletzt häufig auch durch das Wirken des Staates aufgelöst, denn die Arbeitskraft musste zunächst einmal als Arbeitskraft konstituiert werden, bevor sie ausgebeutet werden kann: Lebenszeit muss in Arbeitszeit synthetisiert, die Individuen an den Ablauf des Produktionsprozesses fixiert und dem Zyklus der Produktion unterworfen werden; Gewohnheiten müssen ausgebildet, Raum und Zeit in feste Schemata eingefügt werden. Mit anderen Worten: die Akkumulation von Kapital setzt Produktionstechniken und Arbeitsformen voraus, die es erst ermöglichen, eine Vielzahl von Menschen ökonomisch profitabel einzusetzen.⁴³

Die neu gewonnene Freiheit hatte also für eine große Masse an Menschen etwas Doppeltes: Persönliche Abhängigkeitsverhältnisse zu den früheren Herrschern wurden abgelöst von unpersönlichen Formen der Machtausübung, unter denen es den Menschen formell gestattet wurde, eine Existenz mit eigenen Zielen und Mitteln zu gestalten. Gleichzeitig zwang viele von ihnen die materielle Mittellosigkeit in die private Abhängigkeit von kapitalistischen Produzenten.⁴⁴

Foucault versteht unter der sich in dieser Zeit herausbildenden *politischen Ökonomie* eine Art bestimmter „Wissensform“, mit der interessegeleitet gesellschaftliche Vorgänge analysiert werden. Das Ziel, das Staaten gemäß dieser „Wissensform“ verfolgen, beschreibt Foucault wie folgt:

Sie [die politische Ökonomie, D. W.] setzt sich die Bereicherung des Staates zum Ziel. Sie setzt sich das gleichzeitige, entsprechende und auf geeignete Weise abgestimmte Wachstum der Bevölkerung einerseits und ihres Erhalts andererseits zum Ziel.⁴⁵

Foucault deutet in seinen Vorlesungen zur Geburt der Biopolitik selbst bereits an, wie instrumentell Bevölkerung nach der Logik der *politischen Ökonomie* gedacht wird, nämlich als Wachstumsressource, und um deren Erhalt sich funktionalistisch bemüht wird. So wirkt dann auch die *politische Ökonomie* ihrerseits zurück auf das Herrschaftswissen und formuliert es zum Teil mit oder gar neu.

„Die politische Ökonomie denkt über Regierungspraktiken nach, und sie befragt diese Praktiken nicht auf ihr Recht, um festzustellen, ob sie legitim sind oder nicht.“⁴⁶ Nach Sven Opitz scheint der Liberalismus die für diese Ökonomie passende Regierungsform zu sein, da sich „die direkte Beherrschung der Subjekte als unproduktiv

43 Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 26.

44 Der Gesellschaftskritiker Marx bezeichnet dies als „*doppelte Freiheit*“ des Lohnarbeiters. Er ist frei „[...]in dem Doppelsinn, dass er als freie Person über seine Arbeitskraft als seine Ware verfügt, dass er andererseits andre Waren nicht zu verkaufen hat, los und ledig, frei ist von allen zur Verwirklichung seiner Arbeitskraft nötigen Sachen.“ Marx 1973, S. 183.

45 Foucault 2004, S. 261.

46 Foucault 2004, S. 261.

(erweist)“.⁴⁷ Mit der Transformation der Gesellschaftsform und der Entwicklung der bürgerlichen Freiheit entstand also eine Leerstelle hinsichtlich der Regierung der Subjekte nach den Maßgaben der politischen Ökonomie. Opitz bemerkt daher weiter:

Weil der Liberalismus nämlich eine spezifische Freiheit benötigt, muss er ihr eine spezifische Form geben – vor allem eine, die den Einzelnen zur Teilnahme am Markt befähigt. Die Individuen müssen dazu gebracht werden, ihre Freiheit diszipliniert auszuüben, damit die Sicherheit derjenigen ‚natürlichen‘ Prozesse gewährleistet ist, deren Energie es auszubeuten gilt.⁴⁸

Freiheit ist demnach zwar „die unerlässliche Voraussetzung für eine ‚ökonomische Regierung‘“⁴⁹, wie Lemke konstatiert, aber eben als funktionalistisches Prinzip und nicht als Wert schlechthin. Opitz macht deutlich, dass diese Form der Herrschaftsausübung keinesfalls in Widerspruch zur Freiheit steht, die in den bürgerlichen Revolutionen errungen wurde. Sie ist vielmehr die dazugehörende andere Seite der Medaille. „Die Freiheit ist aus dieser Sicht keine abstrakte Totalität und kein zu erreichender Zielzustand, sondern eine zu Regierungszwecken angefertigte Folie, auf der zugleich Einschränkungen eingetragen sind.“⁵⁰ Bestimmte Freiheiten werden nicht als Werte an sich geschützt, sondern sie werden wieder eingeschränkt oder abgeschafft, wenn sie für herrschaftliche Zwecke untauglich erscheinen.⁵¹ Lemke spricht deshalb auch von Freiheit als einem „Instrument von Regierungskunst“, dem „nicht mehr Nischen“ eingeräumt werden, weil es ein Instrument unter anderen ist.⁵² Besonders im Zeitalter der Hegemonie des Neoliberalismus ist nach Opitz ein Wandel des Gesellschaftsverständnisses in der „mentalité“ der Regierung zu verzeichnen. Die Gesellschaft existiere in diesem Denken nicht als eine „Quelle von Bedürfnissen“, wie es vielleicht als wünschenswertes Ideal gedacht werden kann, sondern höchst funktional als „Energiequelle“.⁵³ Foucault war der Ansicht, dass ein Großteil der Akzeptanz moderner Herrschaft darauf zurückgeht, dass sie von den Untertanen als der Garant ihrer Freiheit angesehen wurde, wodurch die Möglichkeit der Selbstverwirklichung ebenfalls geschützt wird. So fragt Foucault: „Würden sie denn die Macht akzeptieren, wenn sie darin nicht eine einfache Grenze für ihr Begehren sähen, die ihnen einen unversehrten (wenn auch eingeschränkten) Freiheitsraum lässt?“ Und er antwortet darauf gleich selbst: „Reine Schranke der Freiheit – das ist in unserer Gesellschaft die Form, in der sich

47 Opitz 2004, S. 57.

48 Opitz 2004, S. 58; Hervorhebung im Original.

49 Lemke 1997, S. 185.

50 Opitz 2004, S. 28.

51 Zu dem Problem des Liberalismus, dass für Freiheit auch Freiheit eingeschränkt werden muss, siehe auch Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 14.

52 Lemke 1997, S. 185.

53 Opitz 2004, S. 60.

die Macht akzeptabel macht.“⁵⁴ Damit bewegte sich die Freiheit von einer emanzipatorischen Hoffnung fort hin zu dem Diktum einer verantwortlich-disziplinierten Autonomie, die einen neuen Kontrollmodus jenseits der autoritären Repression sowie der wohlfahrtstaatlichen Integration etabliert.⁵⁵ Dies gilt es im Folgenden näher auszuführen und das Augenmerk auf Foucaults Begriff der *Regierung* zu richten wie auch auf das Verhältnis von Freiheit und Zwang.

2.3. Gouvernamentalität als Analysemodell moderner Herrschaft

Das auf Foucault zurückgehende Konzept der „Gouvernamentalität“ entspringt einer Zusammensetzung der Begriffe „gouverner“ („regieren“) und „mentalité“ („Denkweise“).⁵⁶ In seiner Synthese kennzeichnet der Begriff zunächst einmal ganz allgemein die „Art und Weise, mit der man das Verhalten der Menschen steuert“.⁵⁷ Darin drückt sich die Verschiebung der Fragestellung zum *Wie* des Regierens aus. Wie wird Herrschaftswissen vermittelt und wie konnte durchgesetztes Herrschaftswissen möglich werden? Es wird also auch die Frage gestellt, welche politische Rationalität einer bestimmten Denkweise des Regierens innewohnt und welche Änderungen und Anpassungen sich für sie im Laufe der geschichtlichen Entwicklung ergeben.⁵⁸ Die sich daraus entwickelnde Gouvernamentalitätsforschung will damit jedoch nicht nur den Gegenstand der Analyse benennen, sondern gleichzeitig die bestimmte Perspektive auf den Gegenstand, ebenso wie auf die Analyse selbst, vorgeben. Eingedenk der Annahme, dass Realität immer herrschaftlich (mit-)geformt ist, gilt es, sich den Bezugsrahmen des eigenen Denkens zu vergegenwärtigen. Mit der „Beobachterposition zweiter Ordnung“, also der Beobachtung der eigenen Beobachtung, wird eine wissenschaftliche Distanz zur eigenen Untersuchung eingenommen, indem Realität als Produkt gesellschaftlicher Konstruktion konzipiert wird, die von Machtstrukturen durchzogen ist.⁵⁹ Gerade in dieser Dekonstruktion von Macht und Wissen, die im eigenen Denken beginnt, zeichnet sich die Gouvernamentalitätsforschung als kritische Wissenschaft aus.

54 Foucault 1977, S. 107.

55 Opitz 2004, S. 61.

56 Vgl. Lemke 1997, S. 146.

57 Foucault 2004, S. 261.

58 Foucault 2000, S. 50.

59 Opitz 2004, S. 8.

2.4. Regierung und regiertes Subjekt

Der Begriff des Regierens hat in seinem Bedeutungsgehalt verschiedene Verwandlungen von der Antike bis zur Gegenwart durchlaufen. Mit den Worten von Guillaume de La Perrière drückt Foucault die lange Zeit geltende und unpolitische Bedeutung des Regierens aus als „*das richtige Verfügen über die Dinge derer man sich annimmt, um sie einem angemessenen Zweck zuzuführen*“.

Thomas Lemke rekonstruiert den Bezug des Begriffs „[...] *auf eine Anzahl höchst unterschiedlicher Phänomene [...] u.a.: sich selbst oder einen Gegenstand (räumlich) fortbewegen, das (materielle) Auskommen sichern, jemanden (moralisch) zu führen oder (medizinisch) etwas verordnen, schließlich ein (verbales, autoritatives, sexuelles etc.) Verhältnis zwischen Individuen.*“⁶⁰

Die Verengung des Begriffs auf seine *politische* Bedeutung, wie er heutzutage geläufig ist, schien sich erst vom 18. Jahrhundert an durchgesetzt zu haben. Regierung bezeichnet demnach „[...] *die Gesamtheit der Institutionen und Praktiken, mittels derer man Menschen lenkt, von der Verwaltung bis zur Erziehung.*“⁶¹ Opitz zufolge spannt Regierung ein Kontinuum auf, das von der „*moralischen Regierung seiner Selbst über die ökonomische Regierung einer Familie bis zu der Regierung eines Staates reicht*“.⁶² Die „*politische Führung*“ als „*Regierung der Anderen*“ stellt daher lediglich einen Sonderfall dar.⁶³ Der Status als „Sonderfall“ soll jedoch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass diese Sorte Regierung eine enorme Reichweite und Wirkmächtigkeit auszeichnet. Foucault selber attestiert der politischen Führung eine weitreichende Verantwortungsrolle gegenüber den mannigfachen Lebenslagen und sozialen Beziehungen der vergesellschafteten Individuen.

Das heißt, dass diese Dinge, über die die Regierung die Verantwortung übernehmen muss, die Menschen sind, aber die Menschen in ihren Beziehungen, ihren Verbindungen und ihren Verwicklungen mit jenen Dingen, den Reichtümern, [...] die Menschen in ihren Beziehungen zu jenen anderen Dingen wie den Sitten und Gebräuchen, den Handlungs- oder den Denkweisen [...].⁶⁴

Rolf Frankenberger fasst zusammen, was sich aus diesem Verständnis für das Leben der Menschen in einem derart verantwortungsbeladenen Staat ergeben kann: „*Somit*

60 Lemke 1997, S. 149. Siehe auch Opitz 2004, S. 16.

61 Foucault 1996, S. 118f.

62 Opitz 2004, S. 20f.

63 „*Die ‚politische Regierung‘ als Regierung des Staates ist eine Form von Regierung unter anderen.*“ Lemke 1997, S. 31.

64 Foucault 2000, S. 51. Foucault beschreibt in seiner Vorlesung zur Gouvernamentalität die Regierung eines Staates mit dem idealisierten Bild des Steuerns eines Schiffes durch unsichere Gewässer, wo der Kapitän die Verantwortung für das Leben und die Gesundheit seiner Besatzung trägt. Vgl. Foucault 2000, S. 51.

fallen jegliche Art der Tätigkeit und alle Bereiche menschlichen Seins in die ‚Regierungszuständigkeit‘ und werden damit politisch.“⁶⁵ Frankenberger weist völlig zu Recht darauf hin, wie allumfassend diese Auffassung von Regierungsverantwortung ist, ohne jedoch die Universalität des Regelungsanspruches weiter zu problematisieren. Wenn Verantwortungen so weitreichend an die politische Regierung übertragen oder von ihr angeeignet worden sind, dann muss die Frage gestellt werden, wie das Subjekt, dessen Denk-, Handlungs- und Lebensweisen zum Betreuungsobjekt politischer Regierung geworden sind, in dieser Sichtweise noch vorkommen kann.

Foucault versteht Subjekt in einem doppelten Sinn, welcher der zweifachen Verwendung des Begriffes im französischen und englischen Sprachraum nachkommt. Subjekt bezeichnet einerseits das *unterworfen*e Individuum, das unter der Herrschaft eines anderen Subjekts und damit in dessen Abhängigkeit steht; andererseits bezeichnet es das *handelnde* Individuum, das durch Bewusstsein und Selbsterkenntnis an seine eigene Identität gebunden ist.⁶⁶ Dieser Subjektbegriff, der in dem Dualismus von Unterworfenheit und Handlungsfähigkeit besteht, ist Ausgangspunkt zweier weiterer Fragestellungen in der Gouvernementalitätsforschung. *Erstens*, wie bezieht sich die politische Rationalität auf ihre Subjekte, oder anders: wie kann Macht wirksam werden, welcher Techniken bedient sie sich dabei und wie gestaltet sich dadurch das Verhältnis zu den Subjekten als einerseits Unterworfene und andererseits als Handelnde, bzw. Handlungsmächtige? Rolf Frankenberger fasst diesen Anspruch der Gouvernementalitätsforschung prägnant zusammen: „*Letztlich geht es dabei um die Frage, wie Individuen dazu gebracht werden können, selbst das zu wollen, was ein Herrschaftsverhältnis für seine Stabilisierung braucht.*“⁶⁷ Es geht also um die theoretische Dekonstruktion der Generierung von Einwilligung der Regierten in die Regierungspraktiken. *Zweitens*, inwiefern stecken in den Dynamiken der Subjektivierung immer auch Bedingungen für Widerstand gegen bestimmte Formen politischer Regierung? Dabei sind beide Fragen miteinander verschränkt, denn „*destabilisiert werden Herrschaftszustände dann, wenn sie nicht mehr durch die Technologien der Regierung gestützt werden.*“⁶⁸ Die Dekonstruktion hat also gleichzeitig das Potenzial, einen Angriffspunkt für möglichen Widerstand gegen Herrschaftstechniken zu bilden. Wenn die Herrschaftstechniken nicht mehr greifen, weil sie offengelegt wurden und sich Menschen daher nicht mehr auf sie einlassen, geht auch ihre stabilisierende Wirkung verloren und die jeweilige Ordnung steht zur Disposition und kann prinzipiell neu ausgehandelt werden.⁶⁹

Bevor nun der Frage nachgegangen werden soll, wie sich das den Regierungstechniken innewohnende Ideal der Lenkung der Individuen zum Zwecke der Herr-

65 Frankenberger 2007, S. 166.

66 Foucault 2005, S. 245.

67 Frankenberger 2007, S. 166.

68 Frankenberger 2007, S. 166.

69 Vgl. Frankenberger 2007, S. 166.

schaftssicherung zum *Eigensinn* der Individuen verhält und welche Widersprüchlichkeiten in diesem Wechselspiel stecken, sind zunächst die Herrschaftstechniken und die ihnen zu Grunde liegende Macht näher zu beleuchten.

2.5. Macht und Diskurs

Foucault versteht Macht zunächst ganz allgemein als „*Ensemble von Handlungen in Hinsicht auf mögliche Handlungen*“.⁷⁰ Im Sinne seines Forschungsinteresses spezifiziert er den Machtbegriff jedoch weiter, um ihn in seine bisherigen Überlegungen zum Regierungsbegriff mit einzubeziehen. Vor dem Hintergrund seines Verständnisses von *Regierung* als „*Führung*“, beschreibt er Macht als die „*Führung der Führungen*“.⁷¹ In dieser zunächst dialektisch erscheinenden Formel fasst Foucault *Macht* im Hinblick auf das „*Regieren des Selbst*“ als den Möglichkeitsspielraum des eigenen Handelns in jeweils gegebenen Verhältnissen. „*Führen*“ hat hierbei die Bedeutung des „*Sich-Verhaltens*“ oder „*Aufführens*“,⁷² während es in Bezug auf das „*Regieren der Anderen*“ die Potenz meint, ein Interesse gegen andere durchzusetzen. Das „*Sich-Verhalten*“ bezeichnet also in erster Linie das innere Verhältnis des Individuums zu sich und seiner Subjektivität, wohingegen das „*Regieren der Anderen*“ ein Willensverhältnis zwischen zwei oder mehreren Machtentitäten darstellt.⁷³ Es muss an dieser Stelle eingefügt werden, dass Foucault Macht explizit „*nicht mit Zwang, sondern in erster Linie mit produktiven und schöpferischen Potentialen gleichgesetzt*“.⁷⁴ Gleich was mit den „*produktiven und schöpferischen Potentialen*“ im Einzelnen gemeint sein kann, ist die Frage zu klären, wie sich das politisch oder gesellschaftlich Gewollte vermittelt, wenn Macht, anders als zu früheren Epochen, nicht mit unmittelbarem physischen Zwang wirkmächtig werden soll.

Als Führung der Selbstführungen zielt sie [die moderne politische Regierung, D. W.] darauf ab, die Wünsche, Wahlmöglichkeiten, Hoffnungen und Bedürfnisse von Individuen und Gruppen zu mobilisieren und zu formen. Wenn Moral als der Versuch verstanden werden kann, das Selbst auf seine eigenen Handlungen zu verpflichten, dann ist Regierung eine intensive moralische Aktivität.⁷⁵

Moderne Herrschaftstechniken richten sich also vornehmlich auf das Einwirken auf Handlungs- und Denkweisen der vergesellschafteten Individuen, deren Motive für die Interessen der Regierung angesprochen, mobilisiert und funktionalisiert werden sollen. Unmittelbarer Zwang ist dadurch zwar nicht per se verschwunden, tritt aber als entscheidende Triebkraft gegenüber herrschaftlich motivierter Willensbildung zurück.

70 Foucault 1999, S. 192.

71 Foucault 1999, S. 193.

72 Foucault 1999, 193.

73 Vgl. Opitz 2004, S. 27.

74 Frankenberger 2007, S. 157.

75 Opitz 2004, S. 29.

In den gesellschaftlichen Diskursen, die die soziale Wirklichkeit einer Gesellschaft einerseits bestimmen, indem Sagbares und Praktiken als Schemata entworfen werden,⁷⁶ andererseits aber diese Normen in einem Wechselspiel von den Subjekten mitgestaltet oder weitergeschrieben werden, drücken sich die gesellschaftlichen Machtverhältnisse aus.

Machtverhältnisse spiegeln sich somit in diesen Diskursen wider und wirken prägend auf dessen Richtung, Verlauf und Einflussentfaltung. Gleichzeitig sind sie aber durch die Teilnehmer veränderbar. „*Entscheidend ist, dass wer die Regeln der Diskursproduktion bestimmt, sich den Diskurs aneignet auch Macht über die Wissensproduktion und Wissensverfügung erlangt.*“⁷⁷ Diskurse sind in dieser Funktion also eher selten oder nur unter ganz besonderen Bedingungen eine Auseinandersetzung gleicher und verständigungsorientierter Gegenüber, wie sie in Jürgen Habermas' *Theorie des kommunikativen Handelns* idealtypisch entworfen werden.⁷⁸ Daher kommt Opitz zu dem eher ernüchternden Schluss bezüglich der Egalisierung von Machtstrukturen in oder durch Diskurse.

Autorität ist [...] der Preis, um den die gegeneinander wettstreitenden Diskurse kämpfen. An diesem Punkt greifen Macht und Wissen ineinander. Jede durch die Etablierung eines bestimmten Vokabulars erreichte vorübergehende Schließung ist nicht das Ergebnis der Übereinstimmung mit den objektiven Tatsachen, sondern der Ausdruck des Vermögens, Autorität im Verlauf einer Debatte für sich zu erlangen und zu plausibilisieren.⁷⁹

Autorität ermöglicht es also, die Gelegenheit zu haben oder zu bekommen, die eigene Sicht auf die objektiven Verhältnisse darzulegen und die eigenen Interessen zu plausibilisieren. Jede Sichtweise setzt darauf, dass ihr gemeinhin „Rationalität“ attestiert wird, also sich in ihr ein Einsatz adäquater Mittel zu einem akzeptierten (oder noch zu akzeptierenden) Zweck vollziehen würde. Dabei kann sich freilich auch falschen Wissens bedient werden, das zu Machtzwecken instrumentell in den Diskurs eingebracht wird und ebenfalls um Geltung wirbt. Das jeweilige Wissen, das mit seinem Wahrheitsanspruch um die Verallgemeinerung seiner Geltung ringt, bildet also so etwas wie den Transmissionsriemen, mit dem das eigene Interesse im Diskurs und vor allem bei den anderen Diskursteilnehmern durchgesetzt werden soll. Foucaults Verständnis von Subjektivierung beschreibt somit etwas Doppeltes und löst so gleichsam den theoretischen Widerspruch von Unterworfenheit und Handlungsfähigkeit auf, indem es beide Seiten synthetisiert: Das durchgesetzte Wissenssystem dringt auf seine Aneignung und Verinnerlichung bei den Subjekten, wobei es selbigen Handlungsmaxime formuliert und Möglichkeiten offeriert.

76 Landwehr 2004.

77 Frankenberger 2007, S. 168.

78 Vgl. Habermas 1995, S. 184.

79 Opitz 2004, S. 47.

Die Politikwissenschaftlerin Barbara Cruikshank argumentiert in ihren Arbeiten zu den frühen Bürgerrechtsbewegungen in den USA, dass Regierungen in ihrem praktischen Handeln darauf setzen, dass ihre Programme durch die registrierten Individuen eigenständig betrieben werden, wofür dann auch materielle Unterstützung bereitgestellt wird. Sie setzen also darauf, dass die unterworfenen Subjekte sich idealiter den Inhalt des politischen Willens zu ihrem *eigenen* Interesse machen. *„The liberal arts of government [...] are actionable only on the condition that citizens carry out the purposes of government.“*⁸⁰ Macht und die nach wie vor existenten Zwänge erscheinen aufgrund dieses eingetretenen Ergebnisses – man müsste treffender sagen: der erreichten *Zwischenstation* – in einem sich ständig fortentwickelnden diskursiven Gefüge, nicht mehr als äußere Zwänge, sondern erhalten über die Versubjektivierung den Charakter einer Ursprünglichkeit im freien Wollen der auf diese Weise Angesprochenen.⁸¹ Bis zu diesem Punkt wurde nur das Ideal der Regierungstechniken sowie ihr antizipiertes Resultat, nämlich die Übernahme durch die Subjekte dargestellt, noch nicht aber die Art und Weise ihrer Vermittlung und die im Subjekt liegenden Momente des Widerstandes.

2.6. „Herrschaftstechniken“ und „Technologien des Selbst“

Nach Ulrich Bröckling und Susanne Krasmann bezeichnen Technologien *„[...] einen Komplex von Verfahren, Instrumenten, Programmen, Kalkulationen, Maßnahmen und Apparaten, der es ermöglicht, Handlungsformen, Präferenzstrukturen und Entscheidungsprämissen von Akteuren im Hinblick auf bestimmte Ziele zu formen und zu steuern“*.⁸² Mit dem Begriff der Selbsttechnologie wird in der Gouvernamentalitätsforschung der Blick auf das angesprochene Wechselspiel von „Selbst- und Fremdkonstitution“ gerichtet.⁸³ In Abgrenzung zu Foucault plädieren Bröckling, Krasmann und Lemke noch einmal deutlich dafür, Unterwerfung und Handlungsfähigkeit nicht miteinander zu identifizieren, da das beschriebene dialektische Wechselspiel der Subjektivierung eine „Erweiterung und Verfeinerung der Untersuchung von Machtmechanismen“ erlaubt.⁸⁴ Subjektivierung ist Unterwerfung ohne die Auslöschung von Handlungsfähigkeit und ist gleichzeitig Handlungsfähigkeit, die sich nicht frei von gesellschaftlichen Imperativen konstituiert.

Das Dringen auf Verinnerlichung von äußeren, herrschaftlich gesetzten Zwängen ist kein Phänomen oder Alleinstellungsmerkmal bürgerlich-kapitalistischer Gesellschaften, sondern gehörte bereits zu den Regierungstechniken früherer Herrschaftsformen. Lemke sieht im *„christlichen Pastorat“*, das die westlichen Gesellschaften lange vor dem Aufkommen bürgerlicher Staaten im 18. und 19. Jahrhundert

80 Cruikshank 1999, S. 69.

81 Zur Idee der Anrufung vgl. Althusser 1977.

82 Bröckling/ Krasmann 2010, S. 27.

83 Vgl. Lemke/ Krasmann/ Bröckling 2000, S. 29.

84 Vgl. Lemke/ Krasmann/ Bröckling 2000, S. 29.

als Wertesystem durchzog, bereits den Kern der Herrschaft mittels Herrschaftswissen angelegt. So war das „Heil“ der Gemeinde

zwar einerseits eine individuelle Angelegenheit; es ist auf der anderen Seite jedoch nicht Gegenstand einer freien Wahl. Im Gegenteil ist es unmöglich, das Heil und den Weg zum Heil auszuschlagen. Die Autorität der Pastoralmacht besteht gerade darin, die Menschen gegebenenfalls zu zwingen, das zu tun, was notwendig ist, um das Heil zu erlangen.⁸⁵

So wird mit der christlichen Figur des Hirten auch ein „generalisierter Gehorsam“ eingeführt. „Aus einem Mittel zu einem Zweck wird ein Selbstzweck: Gehorsam ist nicht länger ein Instrument, um bestimmte Tugenden zu erlangen, sondern wird selbst zu einer Tugend [...].“⁸⁶ Diese „Fundamentaltugend“ wird damit zur absoluten Voraussetzung, um andere Tugenden, und somit das Heil, überhaupt erlangen zu können.⁸⁷ Der Gehorsam bzw. die Einforderung desselben entzieht sich einer berechnenden Stellung zu ihm. Nicht in etwas anderem liegt der Lohn der Gehorsamkeit, das man dadurch erhält, dass man gehorcht, sondern im Gehorchen selber hat der oder die somit Tugendhafte ihre Erfüllung zu suchen.

Dass die Übernahme der Gehorsamkeit keine Selbstverständlichkeit ist, die zum tugendhaften Leben aufgerufenen Individuen also durchaus regelmäßig davon abweichen, beweist eigentlich schon das Instrument, das zur regelmäßigen Überprüfung des Verhaltens eingerichtet wurde. In der *Beichte* mussten die Menschen gegenüber sich selbst, aber vor allem gegenüber den weltlichen Vertretern des christlichen Pastorats Rechenschaft über ihre Handlungen ablegen und sich in der Form der Selbstanzeige schuldig bekennen, Besserung geloben und sich so wieder reinwaschen. Mit dieser Regierungsform erhielt die geistliche Führung einerseits also durchaus Wissen über die Regierten, bedeutender ist jedoch ein anderer Aspekt: Die so aufgezwungene „Selbstprüfung und Gewissenskontrolle dienen hier nicht einem Zuwachs an Autonomie, sondern der Verankerung der Abhängigkeit vom anderen“.⁸⁸ Als unterworfenen und gleichzeitig selbständige Subjekte verfügen sie über vermitteltes *Regierungswissen*, das sie auf sich selbst anwenden sollen. Darin kann und soll das Subjekt seine erfolgreiche, wenn auch niemals abgeschlossene Betätigung suchen, es zu einem Lebenszweck erklären und zum diesseitigen Sinnobjekt machen. Eine moderne, „säkularisierte“ Fassung⁸⁹ dieser „*pastoralen Machttechniken*“ der Versubjektivierung von vormals äußeren Zwängen soll nach der Beschreibung zweier moderner *politischer* Machttechniken erfolgen, die nach Foucault, die die Moderne prägen. Hierbei handelt es sich um die sich komplementär ergänzenden Prinzipien der *Biomacht* und der *Disziplinarmacht*. Während die *Biomacht* auf die „*Regulierung der Bevölkerung*“ abzielt, soll

⁸⁵ Lemke 1997, S. 154f.

⁸⁶ Vgl. Lemke 1997, S. 155.

⁸⁷ Vgl. Lemke 1997, 155.

⁸⁸ Lemke 1997, 155.

⁸⁹ Vgl. Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 11.

die *Disziplinarmacht* eine „*Disziplinierung des Individualkörpers*“ bewirken.⁹⁰ Es soll gezeigt werden, wie diese beiden Prinzipien sich gerade aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit ergänzen und durch ihr Ineinandergreifen die Regierung moderner Gesellschaften gewissermaßen „perfektionieren“.

Anschließend werden drei Techniken vorgestellt, mit denen *Biomacht* und *Disziplinarmacht* in der Moderne vermittelt werden.

2.6.1. Die Biomacht

Die Geburtsstunde der *Biomacht* und ihren Grund verortet Foucault im Aufkommen bürgerlicher Gesellschaften. Das Anliegen, Biomacht auszuüben, kann nach Opitz verstanden werden als die „*Regulation der globalen und der ihr eigenen Gesamtprozesse des Lebens*“.⁹¹ Die „*Gesamtheit der Lebensäußerungen einer Bevölkerung*“⁹² wurde im vorangegangenen Abschnitt bereits in den Aufgabenbereich der *politischen Regierung* gehoben. Den Extrempunkt dieser Machtform markiert das „*Recht über Leben und Tod*“⁹³ der Untertanen, was im Gegensatz zu absolutistischer Herrschaft in der Moderne über eine produktive Verwaltung des Lebens der Individuen geschieht. Während im Feudalismus die Benutzung der Individuen für Herrschaftszwecke lediglich als „*Abschöpfung*“ stattfand, folgt moderne Herrschaft dem Prinzip der „*Wertschöpfung*“.⁹⁴ „*Das Lebende gilt es nun in einem Bereich von Wert und Nutzen zu organisieren, und es ist diese Verantwortung für das Leben, die der Macht Zugang zum individuellen Körper verschafft.*“⁹⁵ Die *Biomacht* nimmt die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen und deren Kennziffern wie Geburten- und Sterberaten, Lebensdauer und Krankheitsursachen im Besonderen in Augenschein und reflektiert dabei auf die jeweilig herrschenden politökonomischen Verhältnisse.⁹⁶ Es ist somit die makropolitische Begutachtung der Gesundheitsmerkmale der Bevölkerung hinsichtlich des staatlichen Zwecks, den nationalen Reichtum zu mehren. Krankheiten werden aus Sicht der *Biomacht* als „*permanente Faktoren des Entzugs von Kräften, der Verminderung von*

⁹⁰ Vgl. Lemke 1997, S. 34.

⁹¹ Opitz 2004, S. 36f.

⁹² Lemke 1997, S. 136.

⁹³ Lemke 1997, S. 136. Lemke formuliert es sogar so, dass „*im Gegensatz zur Souveränitätsmacht [eines feudalen Souveräns, D. W.], die sterben macht und leben lässt, lässt die neue Macht sterben und macht leben.*“ (ebd.).

⁹⁴ Lemke 1997, S. 135. Dazu Foucault: „*Man erkennt folglich, daß die Beziehung der Macht zum Subjekt oder, besser, zum Individuum nicht einfach jene Form der Unterwerfung sein muß, die es der Macht erlaubt, vom Untertan irgendwelche Güter einzuziehen, Reichtümer, vielleicht auch seinen Körper und sein Blut, sondern daß die Macht über die Individuen in deren Eigenschaft als eine Art biologische Größe ausgeübt werden muß, die zu berücksichtigen ist, wenn man eben diese Bevölkerung als Produktionsmaschine benutzen will, um Reichtümer, Güter und andere Individuen zu produzieren.*“ Foucault 1999, S. 184.

⁹⁵ Opitz 2004, S. 36.

⁹⁶ Vgl. Opitz 2004, S. 37.

*Arbeitszeit und daher als ökonomische Kosten*⁹⁷ behandelt. Die Gesundheit der Bevölkerung wird nach Maßgabe ihrer Funktion als „*Wachstumsressource*“ bewertet. Diese Betrachtungsweise der Bevölkerung in ihrer statistischen Erfassung setzte ein gewisses wissenschaftliches und empirisches Wissen voraus, das seit der Einrichtung bürgerlicher Wissenschaft laufend weiterentwickelt und neu ausgerichtet wurde. Hier wird schon ein unmittelbarer Bezug der *Biomacht* auf die funktionale Betrachtungsweise der Gesundheit deutlich, wie sie im Folgenden noch weiter auszuführen sein wird. Aber nicht nur die Gesundheit fällt in den Fokus der *Biomacht*. In dem Interesse der Biopolitik wird deutlich, dass dieser Gesichtspunkt auf weitere Lebensbereiche und der in ihnen enthaltenen Härten ausgedehnt wird. Diese Entwicklungstendenz wird in jüngster Zeit gerade auch im Verständnis der *politischen Führung* fortgeschrieben.

Im Rahmen der neoliberalen Gouvernamentalität signalisieren Selbstbestimmung, Verantwortung und Wahlfreiheit nicht die Grenze des Regierungshandelns, sondern sind selbst ein Instrument und Vehikel, um das Verhältnis der Subjekte zu sich selbst und zu anderen zu verändern.⁹⁸

Eine Einschwörung auf diese Werte scheint sogar von politischer Seite forciert zu werden, wenn dadurch im Hinblick auf die erfolgreiche Bewältigung der internationalen Standortkonkurrenz der Sozialstaat entlastet werden kann. Dies setzt allerdings Individuen voraus, die sich bei gewissen Maßstäben wie „Flexibilität“, „Mobilität“ oder „Opferbereitschaft“ als „*umsichtig*“, „*rational*“ und „*verantwortlich*“ erweisen. „*Warum sollte es nötig sein, individuelle Freiheiten und Gestaltungsspielräume einzuschränken, wenn sich politische Ziele wesentlich ‚ökonomischer‘ mittels individueller ‚Selbstverwirklichung‘ realisieren lassen?*“⁹⁹ Die Antwort auf diese rhetorische Frage ist in ihr bereits enthalten: „nötig“ wird es nur, wenn die Umsetzung politischer Ziel nicht mehr oder nicht mehr ausschließlich über gewährte Freiheiten erfolgen soll, weil die Regierung eine andere Einschätzung hinsichtlich der Frage, was „ökonomischer“ ist, getroffen hat.

Die Propagierung von Verhaltensnormen dringt auf Aneignung; die Subjekte sollen sich das Anstreben der Norm zum Interesse, sogar zu ihrem Zweck machen.¹⁰⁰ Es wird deutlich, dass hier ein abstraktes Prinzip beschrieben wird, das noch weiter ausgeführt werden muss, will man nicht nur die *politische Regierung* der Individuen erfassen, sondern auch deren Eigenleistungen.

Die neoliberale Strategie besteht darin, die Verantwortung für gesellschaftliche Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Armut, etc. und das (Über-)Leben in Gesellschaft in den Zuständigkeitsbereich von kollektiven und individuellen Subjekten (Individuen,

97 Opitz 2004, S. 37.

98 Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 30.

99 Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 30; vgl. auch Burchell 2005.

100 Link 2013.

Familien, Vereine, etc.) zu übertragen und zu einem Problem der Selbstvorsorge zu transformieren.¹⁰¹

Damit ist der *politischen Regierung* einerseits ein *Werkzeug* im planerischen Umgang mit den gesellschaftlichen Ressourcen gegeben, wenn das Erbringen von sozialen Leistungen vermehrt den Individuen aufgetragen wird. Andererseits ist damit aber auch eine *Deutungsweise* gesellschaftlicher Arbeits-, Lebens- und auch Herrschaftsverhältnisse in die Welt gekommen, die ein vollkommen neues Licht auf eben diese Verhältnisse wirft: Mit der Betrachtung immer weiterer Phänomene unter dem Blickwinkel des Risikos findet eine Gleichsetzung völlig disparater Vorgänge statt, die sich nur noch in ihrer Größenordnung oder Quantität unterscheiden. Ihre gemeinsame Qualität besteht in ihrer Eigenschaft als Risiko, mit denen die Individuen einen berechnenden Umgang im Sinne der ihnen auferlegten Eigenverantwortung einnehmen sollen. „Berechnend“ ist hier wohlgemerkt nicht so gemeint, dass sich dagegen entschieden werden könnte. Vielmehr sollen die Individuen selber kalkulieren, welche Risiken sie wie minimieren können und welche sie sich, wenn überhaupt, noch leisten mögen. In der Übertragung der Leistung zur Abwendung von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Armut vom Staat an die risikosensibilisierten Bürger und Bürgerinnen, auf dass sie diese Leistungen eigenverantwortlich erbringen, tritt der Werkzeugcharakter offen zutage.

Die neoliberale Regierung entlässt die Menschen aus staatlichen Sicherungssystemen und gewährt ihnen im Geiste des Risikomanagements Hilfe zur Selbsthilfe beim Umgang mit den beispielhaft genannten Widrigkeiten.¹⁰² Gleichzeitig erfahren alle diese existenziellen Lebenslagen eine Umdeutung: Wenn das Risiko einer Erkrankung nicht einfach eines ist, das auch auf Grundlage krankmachender gesellschaftlicher Faktoren wie ungesunder Lebensmittel oder Arbeitsbedingungen existiert, sondern zum Resultat des eigenen Handelns in diesen gesellschaftlichen Umständen definiert wird, dann wird der Grund in das Subjekt hineinverlegt.¹⁰³ Die angesprochenen Risiken lassen sich vermeiden oder zumindest auf ein Minimalmaß reduzieren, wenn nur das richtige Risikobewusstsein bei den Individuen vorliegt und sie ihr Handeln entsprechend ausrichten. All die Unwägbarkeiten, mit denen die Menschen tagtäglich konfrontiert sind, erhalten so den Schein naturwüchsiger Sachzwänge, die Anpassung und Bewältigung selbstverständlich machen. Dadurch wird die *Vorsorge* gewissermaßen zur „*Kardinaltugend*“ erhoben – gleich der Gehorsamkeit im christlichen Pastorat – und die Versicherungsrationalität wird auch zu einer moralischen Technik gemacht.¹⁰⁴ Wenn nur alle Vorsorge unternommen wird, auf alle Risiken geachtet und minimierend eingewirkt wird, dann – so dieses moderne Heilsversprechen – habe man den gewünschten Ausgang in der eigenen Hand.

101 Lemke 2000a, S. 38.

102 O'Malley 2005.

103 Greco 1993.

104 Vgl. Lemke 2000a, S. 38.

2.6.2. Die Disziplinarmacht

„Die ‚Aufklärung‘, welche die Freiheit entdeckt hat, hat auch die Disziplin erfunden.“¹⁰⁵
In dieser pointierten Darstellung hält Foucault die scheinbare Selbstverständlichkeit bürgerlich-libertärer Gesellschaften fest, dass in ihr Freiheit und Zwang zusammengehen und ein unauflösliches Gegensatzpaar bilden. Foucault versteht unter Disziplin zunächst den

Machtmechanismus, durch den es uns gelingt, im sozialen Körper auch die winzigsten Elemente zu kontrollieren, durch die es uns gelingt, auch die sozialen Atome selbst zu erreichen, das heißt die Individuen: Individualisierungstechniken der Macht. Wie jemanden überwachen, sein Verhalten kontrollieren, sein Betragen, seine Anlagen, wie seine Leistung steigern, seine Fähigkeiten vielfältigen, ihn dorthin stellen, wo er nützlicher ist. Das ist, meiner Meinung nach, die Disziplin.¹⁰⁶

Foucault bestimmt die Disziplin sehr allgemein als eine Technik, mit der sich die Menschen interessegeleitet wechselseitig kontrollieren und so einen Teil ihres Miteinanders organisieren. Das Allgemeinsubjekt (im Sinne des Handelnden) „Wir“ vermischt dabei die Akteure praktizierter Disziplinierung, wie sie noch im vorangegangenen Punkt der *Biomacht* und des *christlichen Pastorats* angesprochen waren.

Foucault bestimmt Disziplin hier als jedem Subjekt gleichermaßen zugängliches und nützliches Mittel zur Kontrolle anderer. Es soll nicht bestritten werden, dass sich auch Privatpersonen untereinander disziplinieren können und dies auch teilweise müssen. Sie disziplinieren sich auch selbst, wenn es ihnen darum geht, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, für das Aufwand betrieben werden muss und Muße allein nicht hinreicht. In diesem Sinne könnte es durchaus als „*Technik des Selbst*“ verstanden werden. In dem Zitat wird jedoch nicht herausgestellt, dass ein Kontrollbedürfnis nur da auftauchen kann, wo sich zwei Willen gegensätzlich gegenüberstehen, sodass der eine Wille versucht den anderen zu seinen Gunsten zu beugen. Im vorangegangenen Abschnitt zur *Biomacht* wurde noch einmal deutlich, dass in einer kapitalistischen Gesellschaft insbesondere durch die umfassende Inanspruchnahme der Bevölkerung als Wachstumsressource ein solcher Gegensatz (zwischen Regierten und politischer Regierung) besteht. Da der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit die Versubjektivierung gesellschaftlicher Imperative ist, halte ich es für den Fortgang meiner Argumentation für zielführend, den Begriff *Disziplinarmacht* durch *normative Disziplinierung* zu ersetzen, um auf diese Weise kenntlich zu machen, dass es sich hierbei um verschiedene Formen von Disziplinierung handelt. *Disziplin* kommt hier nicht als universelle Eigenschaft von Sozietät in Betracht, sondern als Modus der Vermittlung gesellschaftlicher Imperative, von denen die Betrachtung der Bevölkerung als nationale Wachstumsressource nur eine unter vielen ist, wenn auch eine maßgebliche. In der die meisten Lebenslagen durchziehenden Forderung nach Nor-

105 Foucault 1994, S. 285.

106 Foucault 1999, S. 182.

mentsprechung haben die unterworfenen Subjekte auf breiter Front von ihren Privatinteressen zu abstrahieren und ihre Bedürfnisse an diesen Imperativen zu relativieren.

Dies funktioniert nicht ohne ein gewisses Maß an Zwang. Diese Abstraktion von den Privatinteressen praktiziert die politische Führung, indem sie die Bevölkerung ihrem Interesse unterwirft und die Regierten dem prüfenden Blick der Biomacht unterzieht. Anders als die Feudalherrschaft gründet sich die bürgerliche Herrschaft nicht in erster Linie auf den unmittelbaren Zwang, sondern auf ein Willensverhältnis mit ihren Untertanen. Da die Widersprüche, die sich zwischen Privatinteressen und den Interessen der politischen Herrschaft ergeben, auch mit der Einwilligung der Unterworfenen in die Herrschaft nicht aus der Welt sind, muss dieses Verhältnis beständig erneuert werden. Die Disziplinarmacht der Regierung kann daher so verstanden werden, dass sie auf Betreuung dieses Willensverhältnis zwischen politischer Herrschaft und unterworfenen Individuen abzielt und versucht, es produktiv zu machen. Denn *„das ist ja gerade die Eleganz der Disziplin, daß sie auf ein so kostspieliges und gewaltsames Verhältnis verzichtet, und dabei mindestens ebenso beachtliche Nützlichkeitseffekte erzielt“*.¹⁰⁷ Die staatliche Disziplinierung bleibt deshalb nicht auf die Institutionen des Strafvollzugs beschränkt, wie es Foucault beispielhaft am Gefängnis versucht hat herauszuarbeiten.¹⁰⁸ Sie reicht in all die Lebensbereiche hinein, die dem Blick der Biomacht unterworfen sind. Die *Disziplinierung* ist also ebenso umfangreich, wie Angelegenheiten des gesellschaftlichen Lebens vielfältig sind, die in den Bereich staatlicher Verantwortung fallen. Wie wird die Disziplin nun vermittelt? Einerseits durch unmittelbaren Zwang, wie dies im Strafvollzug und anderen *„totalen Institutionen“*¹⁰⁹ nach wie vor der Fall ist.¹¹⁰ Andererseits stellt dies wie besprochen nicht das alleinige oder bestimmende Moment moderner Herrschaftsabsicherung dar. Opitz schreibt in diesem Zusammenhang insbesondere dem in Diskursen hergestellten und durch sie verbreitete Macht/Wissen eine bedeutende Rolle zu. Disziplinierung vollzieht sich hier über die Propagierung von Normen. Wenn also disziplinarische Prinzipien in zahlreiche, aber bestimmte Lebensbereiche hineinreichen sollen, so zielt dies auf die Generierung einer Normvorstellung ab, die die Subjekte gewillt sein sollen zu übernehmen.¹¹¹ Disziplin unterstellt dabei eine Norm des Verhaltens, die sich über das gesamte Sein erstreckt.

Nun könnte der Einwand erhoben werden, dass *„niemand der Norm jemals vollständig gerecht“*¹¹² werde, oder gar werden kann, somit das Einfordern einer Norm

107 Foucault 1994, S. 176.

108 Das Gefängnis ist für Foucault ein Ort, an dem Disziplinartechniken in beispielhafter Form für die gesamte Gesellschaft studiert werden können. Vgl. Opitz 2004, S. 32.

109 Goffman 1973, S. 11.

110 Bereits die Präsenz strafrechtlicher Verfolgung aller durch den Staat festgelegten Vergehen und die dadurch angedrohte Ruinierung der eigenen bürgerlichen Existenz bei Missachtung der Gesetze, üben disziplinierende Wirkung bei den Regierten aus.

111 Vgl. Opitz 2004, S. 51f.

112 Opitz 2004, S. 52.

ein unsinniges Unterfangen darstelle. Hierauf sei geantwortet, dass in der – vielleicht auch nur vermeintlichen – Unerreichbarkeit gerade eine gewisse Produktivkraft steckt. Die besteht darin, dass sie die Individuen kontinuierlich dazu anhält, jene Normen zu erfüllen und deren Einhaltung und Entsprechung mit den eigenen Wertvorstellungen selbständig zu prüfen. Die *Disziplinartechnologie* unterscheidet sich also von der *Biomacht* hinsichtlich der zum Einsatz gebrachten Mittel. Statt globaler Regulierung und Kontrolle geht es hier vielmehr um die Tugenden und Verhaltensweisen, die in Imperativen einfordert werden.

Wie bei der Technik der Pastormacht haben die „subtilen Maßnahmen von scheinbarer Unschuld“¹¹³ eine Zwangslage als Grundlage. Wer es in der modernen Welt an „Initiative, Anpassungsfähigkeit, Dynamik, Mobilität und Flexibilität“ fehlen lässt, zeigt objektiv seine oder ihre Unfähigkeit, ein freies und rationales Subjekt zu sein.¹¹⁴ So folgt die moderne Gesellschaft nicht mehr dem Imperativ des „Seelenheils“, aber auf ähnlichem Wege anderen abstrakten Gütern wie „Gesundheit, Wohlfahrt, Sicherheit und ‚Versicherung‘ (Schutz gegen Unfälle)“.¹¹⁵ Das Ziel der Disziplinarmaßnahmen lässt sich abschließend mit Foucault zusammenfassen als die „Schaffung eines Verhältnisses, das in einem einzigen Mechanismus den Körper umso gefügiger macht, je nützlicher er ist, und umgekehrt“.¹¹⁶ Die politische Regierung bedient sich vom Standpunkt der Biomacht der „disziplinartechnologischen Sicherheitsdispositive“, um ihre Zwecke in der Bevölkerung durchzusetzen.¹¹⁷ Es kann also gesagt werden, dass gerade, weil Disziplin für die Menschen im Kapitalismus eine – wenn auch aufgenötigte – „Technik des Selbst“ im Sinne eines mehr oder weniger geeigneten Mittels des praktischen Zurechtkommens darstellt, sich ihrer auch seitens der Herrschaft instrumentell bedient wird. Die Diskurse, in denen dieses Macht-Wissen seitens der politischen Regierung fortwährend propagiert wird, sollen gerade durch ihre fortwährende Propagierung ihre „normalisierende Funktion“ disziplinarischer Prinzipien entfalten. Oder um es vom gewünschten Ergebnis her mit den Worten von Bröckling und Krasmann auszudrücken: „Was die Individuen wollen und was sie sollen, soll tendenziell zusammenfallen. Das aktive, selbstbestimmte Subjekt ist vom sozialisierten Gesellschaftsmitglied schwerlich zu unterscheiden.“¹¹⁸

113 Foucault 1994, S. 178.

114 Lemke/Krasmann/Bröckling 2000, S. 38. Die neoliberale Strategie zielt Lemke zufolge auf die „Konstruktion verantwortlicher Subjekte, deren moralische Qualität sich darüber bestimmt, dass sie die Kosten und Nutzen eines bestimmten Handelns in Abgrenzung zu möglichen Handlungsalternativen rational kalkulieren.“ Lemke 2000a, S. 38. Daraus kann durchaus der Schluss gezogen werden, dass, wer auf diese Weise „bestätigt“, dass er oder sie dieser freien und nach herrschenden Maßstäben „rationalen“ Lebensführung nicht fähig ist, ihrer auch nicht würdig ist und sich über mehr Führung nicht beschweren darf. Wie sehr dies der Sichtweise politischer Regierung entspricht, soll im fünften und sechsten Kapitel noch explizit ausgeführt werden.

115 Frankenberger 2007, S. 178.

116 Foucault 1994, S. 176.

117 Vgl. Foucault 2000a, S. 64f; Opitz 2004, S. 38.

118 Bröckling/Krasmann 2010, S. 31.

2.6.3. Das „Unternehmerisches Selbst“

Als eine Verlaufsform moderner Disziplinierung bestimmt Opitz die „*Gouvernementalität des postfordistischen Unternehmens*“. Er beschreibt an diesem Beispiel, wie Disziplinierung als Anpassungsleistung gerade in heutigen Unternehmen von den Arbeitenden erbracht werden muss. Es wird sich von Unternehmensseite auf das freie und engagierte Einbringen der Arbeiter für das Voranbringen des Betriebes konzentriert, wobei offener Zwang regelrecht kontraproduktiv ist. Vielmehr wird die Kontrolle darüber hergestellt, indem man dem Angestellten das Gefühl zu vermittelt, dass er „selbst für das Unternehmen verantwortlich wäre. Das Ziel der Führung ist es, Hierarchie im Arbeitsvollzug bedeutungslos erscheinen zu lassen.“¹¹⁹ Mit diesem „simulierten Unternehmertum“ geht ein „Imperativ der individuellen Verantwortlichkeiten“ einher, der gleichzeitig bedeutet, dass die Verantwortung für ein „Des-Investment“¹²⁰ vom Einzelnen selbst zu tragen ist. Damit ist gemeint, dass sich jemand, bei dem sich trotz seiner Bemühungen im Betrieb, Arbeitsplatzverschlechterung oder gar Arbeitsplatzverlust eingestellt haben, neben der materiellen Schlechterstellung auch die Schuld für den individuellen Misserfolg anrechnen soll. Die Figur des „unternehmerischen Selbst“ ist aber keine, die nur auf die Arbeitswelt begrenzt ist, weil das einzelne Subjekt „auch in allen anderen Lebensbereichen ein unternehmerisches Verhältnis zu seiner gesamten Existenz etablieren soll“.¹²¹

Erst in dieser Verallgemeinerung über alle Lebensbereich hinweg entfaltet der Begriff seinen ganzen Bedeutungsgehalt, da sich das Selbst nicht nur auf seine ökonomische Funktion reduzieren lässt. Der Betrachtung dieser „Kolonisation“ der Individuen durch die Anrufung als Entrepreneur, als Manager seiner Selbst widmet Ulrich Bröckling seine Habilitationsschrift und untersucht in ihr die Energien, die auf diese Weise freigesetzt und über welche Verfahren sie erreicht werden sollen.

Das unternehmerische Selbst hat weder Namen noch Anschrift. Ein Exemplar dieser Spezies wird man weder in den Büros von Start-up-Firmen noch sonst irgendwo finden. Ebenso wenig handelt es sich bei ihm um das, was in der empirischen Sozialforschung Modalpersönlichkeit genannt wird, das statistische Konstrukt eines Otto-Normal-Subjekts, das die in einer Gesellschaft am häufigsten vorkommenden Persönlichkeitsmerkmal in sich vereint. Es ist auch nicht der allerneueste Sozialisationstyp, der sich etwa aus Interviewstudien oder psychoanalytischen Fallstudien destillieren ließe; weder eine Charaktermaske im Sinne marxistischer Ideologiekritik, noch ein Rollenskript im Sinne der interaktionistischen Soziologie. Das unternehmerische Selbst bezeichnet überhaupt keine empirisch beobachtbare Entität, sondern die Weise, in der Individuen adressiert werden, und zugleich die Richtung, in der sie verändert werden und sich verändern sollen.¹²²

119 Opitz 2004, S. 120; Hervorhebung im Original.

120 Opitz 2004, S. 122f.

121 Opitz 2004, S. 12.

122 Bröckling 2007, S. 46.

Insofern kann man die vorangegangenen Ausführungen von Opitz als ein Beispiel dafür begreifen, wie ein gesellschaftlich gültiges Prinzip in einem gesellschaftlichen Teilbereich Anwendung findet. *„Der Einzelne agiert in der Form eines Unternehmers seiner Selbst in allen Lebenslagen, der sein eigenes Humankapital möglichst gewinnbringend verwalten muss.“*¹²³ Aus der Perspektive des Humankapitals ist eine ökonomische Betrachtung seiner Selbst niemals abgeschlossen. Kapital muss beständig bewahrt und geschützt, eingesetzt und vermehrt werden, eine absolute Obergrenze gibt es nicht. Bröckling bezeichnet daher das *unternehmerische Selbst* als eine „*Realfiktion*“ und als ein „*höchst wirkmächtiges Als-ob, das einen Prozess kontinuierlicher Modifikation und Selbstmodifikation in Gang setzt und in Gang hält*“. ¹²⁴ Es ist damit nie Endpunkt einer realen Entwicklung eines Menschen, der sich beständig in diesem Sinne selbst modifiziert. Es ist beständige Aufgabe, mithin ein Dauerprogramm, dem sich die Individuen zu verschreiben haben. *Real* ist dieser Imperativ in seiner Wirkmächtigkeit, der die Individuen ausgesetzt sind, denn er geht dabei um nicht weniger als die Verhandlung der Anschlussfähigkeit ihrer Anliegen überhaupt. Bei Nicht-Erfüllung droht damit soziale Exklusion, sodass die Angst, „*aus der gesellschaftlichen Ordnung herauszufallen*“, als bleibendes und sogar treibendes Moment immer mitenthalten ist.¹²⁵ Die *Fiktion* dieses Imperativs liegt in seinem mittransportierten Bedeutungsgehalt, nämlich im eigenen Tun alle Mittel und Voraussetzungen für die Erfüllung der von außen gesetzten Maßstäbe zu verfügen oder zumindest prinzipiell verfügen zu können. Es ist das Versprechen der eigenen Wirkmächtigkeit, getrennt von den bestimmten normativen Forderungen, die an die Subjekte gestellt werden.¹²⁶ Man könnte argumentieren, dass wenn Angst dabei aber ein maßgebliches Movens ist, sich dieser Schein dann lüften müsste, denn sie widerspricht in gewisser Weise der Behauptung hinsichtlich der eigenen Wirkmächtigkeit in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe. Angst tritt dann und dort auf, wenn die Teilhabe beständig zur Disposition gestellt ist, und zwar von Vorgängen außerhalb des eigenen Tuns. Doch man würde einen starken Aspekt der Wirkmächtigkeit der Anrufung in dieser Betrachtungsweise verpassen. Die Anrufung hat das Scheitern längst mit einbezogen, lässt sich davon also nicht „blamieren“. Wenn nämlich in der Konstruktion des *unternehmerischen Selbst* die Gleichung von gelingender Selbstmodifikation und Teilhabe gilt, dann gilt in ihr immer auch die Umkehrformel, dass das Scheitern in einem Zu-wenig-Wollen, Zu-wenig-Bemühen, Zu-wenig-Tun etc. liegt.

Daher ist die Forderung nach Opferbereitschaft notwendige Begleitstimme im Kanon der Selbstmodifikation und Selbstoptimierung, sowohl bei bereits erreichten

123 Opitz 2004, S. 59. So stehen Arbeit und Freizeit in einem unmittelbaren Ergänzungsverhältnis. *„Die Arbeit muss ebenso ‚frei‘ gestaltbar sein wie die Freizeit, ‚ökonomisch‘ eingesetzt werden soll. ‚Selbstbestimmung‘ ist eine zentrale ökonomische Ressource und ein Produktionsfaktor.“* Vgl. Lemke 2000a, S. 40.

124 Bröckling 2007, S. 46.

125 Bröckling 2007, S. 47.

126 Vgl. Rose 2005.

Erfolgen an gesellschaftlicher Teilhabe, erst recht aber im Falle sich einstellender Misserfolge. Nie dürfen Schwierigkeiten und Mühsal Hinderungsgründe darstellen. Weil dies jedoch beständig dazugehört, fordert die Anrufung zur Opferbereitschaft eine Umstellung hinsichtlich des Denkens „*in Resultaten anstatt in Aufwänden und Anstrengungen*“, weil dies eine der „*wichtigsten Voraussetzungen der Effektivität der Leistungserstellung*“¹²⁷ ist, wie die beiden Wirtschaftswissenschaftler Martin Piffner und Peter Stadelmann in ihrer Arbeit zur Erörterung dieser als „Managementproblem“ konstruierten Anrufung aus der Sicht der instrumentellen Benutzung bekennd zugeben. Die beiden Autoren zeigen, dass sich die Opferbereitschaft der Arbeitenden in modernen Betrieben auf den Verzicht von Teilen des Arbeitslohns oder der Verkürzung der Freizeit durch Mehrarbeit bezieht. Einhergehend stellt sich auch die Form der Entlohnung um, die sich tendenziell weniger in ihrer harten Geldform äußert, sondern vielmehr in einer „*immateriellen Belohnung*“ besteht.¹²⁸ Die Einwilligung in diese Form der „Entlohnung“ ist ein stabilisierendes Moment dieses Verhältnisses und macht es zu einer Produktivkraft für das Unternehmen. Im Tausch gegen Lohnkosten wird den Arbeitenden so Teilhabe suggeriert bzw. in beschnittener materieller Form überhaupt nur weiterhin ermöglicht. Was hier am Beispiel einer ökonomischen Rolle ausgeführt wurde, kann mit Bröckling aber auch für die Lebensführung generell beschrieben werden.

In der Figur des unternehmerischen Selbst verdichten sich sowohl normatives Menschenbild wie eine Vielzahl gegenwärtiger Selbst- und Sozialtechnologien, deren gemeinsamen Fluchtpunkt die Ausrichtung der gesamten Lebensführung am Verhaltensmodell der Entrepreneurship bildet.¹²⁹

Auch in der Welt außerhalb der ökonomischen Sphäre des Unternehmens gibt es materielle und immaterielle Entlohnungsformen der gesellschaftlichen Teilhabe. Beide Formen können sich auch hier wechselseitig durchdringen und ergänzen wie auch einander ersetzen.

Den Menschen im modernen Kapitalismus wird ein berechnender Umgang mit den eingerichteten (Sach-)Zwängen und Normen also einerseits unmittelbar abverlangt. Um ihren Interessen und Zielen nachgehen zu können, sollen sie sich „unternehmerisch“ zurechtmachen, nicht nur, um ein Einkommen zu erzielen, sondern auch, um weitergehende Formen der Teilhabe wie Anerkennung, Bildung und persönliche Entfaltung zu verwirklichen. Andererseits wird an sie appelliert, diese *praktische* Stellung zu der sie umgebenen Lebenswelt *als Lebensform* zu übernehmen. „*Der Unternehmer wird so zum Leitbild zeitgenössischer Subjektivität.*“¹³⁰ Dieser Appell, der

127 Piffner/Stadelmann 1995, S. 302.

128 Als Indikator für die Einwilligung in diese Form der Entlohnung durch die Arbeitenden verweist Opitz auf das zu beobachtende Phänomen des „*under reporting*“, bei dem Angestellte „ihrem“ Unternehmen nicht die ganze Arbeitszeit in Rechnung stellen, die sie real erbracht haben. Vgl. Opitz 2004, S. 126.

129 Bröckling 2007, S. 47.

130 Bröckling 2004b, S. 271.

sich dem vorzufindenden Wunsch der Menschen bedient, Herr ihrer Lage zu sein und autonome Entscheidungen treffen zu können, gibt diesem nur eine bestimmte Richtung: Sie können und dürfen sich nur im Rahmen des herrschenden Narrativs als Subjekte betätigen und Selbstverwirklichung anstreben. Es ist ersichtlich, dass dies nicht nur zu Enttäuschungen seitens der Angerufenen führt, die das Ideal der Verwirklichung des persönlichen Erfolges (nicht nur in ökonomischer Hinsicht) auf Grundlage ihres Tuns beständig als leeres Versprechen erfahren. Sighard Neckel fasst diese Konsequenz für die Individuen in seinem Beitrag im „*Glossar der Gegenwart*“ zum Schlagwort „*Erfolg*“ treffend zusammen, wenn er schreibt: „*In der Semantik des Erfolgs konstituiert sich das Subjekt als Souverän [...]. Freilich wird damit auch das Problem in die Welt gebracht, gesellschaftliche Kontingenzen und das Unverfügbare am eigenen Schicksal in das rationale Schema zielverwirklichenden Handelns hineinzwängen zu müssen.*“¹³¹ Opitz gelangt daher zu dem Schluss, dass eine solche verinnerlichte Kultur des Selbst „*das unternehmerisch handelnde Individuum als Naturgegebenheit (präsentiert): der Mensch an sich kann sein Schicksal autonom gestalten und der Wille zur Leistung in Konkurrenzsituationen wurzelt ebenso in ihm wie das Vermögen zur rationalen Wahl.*“¹³² Konkurrenz wird demnach zum notwendigen und adäquaten Ausdruck der Menschennatur erklärt. Dadurch verklärt man das Bewähren oder Scheitern in der Konkurrenz und die Erfüllung geforderter Werte zu einem Resultat jeweiliger Natureigenschaften.¹³³

Es sei an dieser Stelle auch angedeutet, wenn auch noch nicht ausgeführt, dass dies eine „Arbeit eigener Art“ darstellt, der Normativität nachzueilen, an sich zu versuchen, die Bedingungen des Erfolgs herzustellen, diese mehr oder weniger planmäßig oder „geschickt“ einzusetzen, ihre Enttäuschung zu erfahren und diesen Prozess wieder in das Selbst- wie auch in das Wertebild zu integrieren.

131 Neckel 2004, S. 63.

132 Opitz 2004, S. 176.

133 Neckel 2004, S. 68.

2.6.4. Kultur als Führungstechnik und die Kultur des Selbst

Der Gedanke, Kultur als Führungstechnik zu untersuchen, ist Sven Opitz' Arbeit zur Gouvernamentalität des postfordistischen Unternehmens entlehnt. In seiner Analyse wird der Begriff der Kultur vorwiegend in zweierlei Hinsicht gebraucht: Einerseits soll damit die Inszenierung von Waren zu „*Spektakeln*“ beschrieben werden, bei der den Waren immaterielle Gebrauchseigenschaften zugeschrieben werden, um so Kunden auf das in Szene gesetzte Produkt zu ziehen. Andererseits geht es ihm um die Eigenschaften von Kultur als bestimmte *Unternehmenskultur*, um mit ihr die Arbeitskräfte ideell an das Unternehmen zu binden und ihr Engagement zu mobilisieren.¹³⁴ Sowohl als Produzent, wie auch als Konsument ist das moderne Subjekt „*Konsument von Illusionen*“ innerhalb einer „*Ordnung des sinnlichen Scheins*“.¹³⁵ Es sind Konsumenten verklärter Wirklichkeiten, sei es in dem Sinnbild der „Familie“, als das sich Unternehmen gerne präsentieren und dafür eine entsprechende *corporate identity* entwerfen, oder in modernen Produkten, die sich als Ausdruck der Freiheit oder einer besonderen Individualität verkaufen. Auch wenn Opitz' Ausführungen auf betriebliche Führungstechniken zunächst begrenzt sind, sind sie im höchsten Maße anschlussfähig für kritische Analysen gegenwärtig geforderter Identitätswürfe, die weitere Lebensbereiche einbeziehen.

Ich möchte nun versuchen, mit dem Begriff der Kultur *Tendenzen der Vertiefung* von Subjekteigenschaften nach Maßgabe geltender Normierungsmaßstäbe zu verdeutlichen. „Vertiefen“ ist an dieser Stelle wörtlich zu nehmen, denn es geht mir um die Betrachtung der Verinnerlichung von Techniken zur Selbstführung, wie sie schon in der Anrufung des *unternehmerischen Selbst* aufgezeigt wurden, und gleichzeitig auch ihrer Erweiterung auf (im Prinzip) alle Bereiche des menschlichen Lebens. Zwar ist auch die Vereinnahmung lebensweltlicher Bereiche im Vorangegangen schon thematisiert worden, doch findet in der *Führungstechnik der Kultur* eine Umkehrung von Adressat und Adressierender statt, was es im Folgenden zu zeigen gilt.

Schon mit der angesprochenen Rolle des Konsumenten weist Opitz auf den Wirkungskreis der Kultur über ihre Bedeutung im Unternehmenskontext hin, indem den angebotenen Produkten eine bestimmte Sinnstiftung mitgegeben wird, welche sich an ein vorliegendes Bedürfnis richtet oder dieses auch erst schafft. „*Der Einzelne muss sich in seiner Unverwechselbarkeit mit Hilfe ästhetischer Lebensstiloptionen, die hauptsächlich konsumistisch umgesetzt werden, inszenieren.*“¹³⁶

Wie und womit sich inszeniert werden kann, ist dabei nicht immer klar vorgegeben, auch wenn es kaum ein in der Werbeindustrie angebotenes Produkt ohne deutlich gezeichnete Rollen der verkörperten selbstvergessenen Ausgelassenheit, des sorglosen Familienglücks oder des erfolgsgarantierenden Draufgängertums mehr zu geben scheint. Bereits in der oberflächlichen Betrachtung des Phänomens moderner Marketinganrufung wird eine vom Unternehmen intendierte Verallgemeinerung des

134 Vgl. Opitz 2004, S. 175.

135 Opitz 2004, S. 170.

136 Opitz 2004, S. 99.

„Spektakels“ durch seine Ausdehnung auf die Individuen als Ganzes bereits ersichtlich. Doch diese Inszenierung findet nicht bloß als eine Art inneren Happenings statt, bei dem das Individuum im stillen Genuss mit sich selbst ruht. Diese Inszenierung drängt nach draußen vor ein Publikum und braucht dafür eine Bühne. Neckel sieht in der Zunahme solcher Selbstdarstellungen einerseits ein Bestreben der Menschen nach Erfolg in seiner materiellen wie immateriellen Form. Andererseits, und dies ist die noch bedeutendere Seite, nach der gelingenden Darstellung der eigenen Erfolgstüchtigkeit. Nicht die Darstellung eines erzielten, von allen geachteten Ergebnisses ist das treibende Moment, sondern die Hervorhebung der Person, die dieses zu erreichen imstande war.¹³⁷ Dabei kann die Geltung eines Menschen *als Erfolgsmenschen* nicht nur das eigene Selbstbild bestätigen, sondern bereits unmittelbar einträgliche Wirkungen haben. Diese Darstellung ist also ohne ihre gesellschaftliche Einbettung gar nicht zu denken.

Sport, Bildungswesen, Wirtschaft und berufliche Karriere sind die klassischen Arenen der Erfolgskonkurrenz, denen sich die persönliche Lebensführung in dem Maße hinzugesellt, wie sich auch Körper- und Persönlichkeitsbilder, Beziehungsformen und Kulturstile zu Schauplätzen von Wettbewerben machen.¹³⁸

In der gleichen zweideutigen Metapher des Körpers als Austragungsort des sportlichen Wettstreites wie auch des Kampfes auf Leben und Tod kennzeichnet die Politikwissenschaftlerin Eva Kreisky die Tendenzen der gesellschaftlichen Entwicklung. *„Der ‚neue Kapitalismus‘ hat auch den Körper zu einer Arena sozialer und ökonomischer Kämpfe erkoren.“*¹³⁹ Danach ist es vor allem *„der schöne, schlanke oder ideale Körper als symbolisches Kapital, das beruflichen und privaten Erfolg und damit soziale Anerkennung zu garantieren (oder eben auch vorzuenthalten) vermag.“*¹⁴⁰ Die Ausdehnung auf das Private als einem weiteren Feld der Konkurrenz erfasst nicht einfach zusätzliche lebensweltliche Bereiche, sondern mithin das Intimste des Menschen: den Körper.¹⁴¹ Der eigene Körper fungiert hier als Mittel der Selbstinszenierung zum Zwecke der Anerkennungssuche und muss entsprechend gesellschaftlich gültiger Maßstäbe, wie bestimmter Schönheitsideale, durchgesetzter sogenannter „Idealfiguren“, sich wechselnder modischer Trends oder aber auch als Insignie disziplinierter Akkuratesses zu rechtgemacht werden. Dabei ist Anerkennung nicht bloß im Bereich des Immateriellen zu verorten, sondern kann auch materielle und existenzielle Ausschließungsfolgen bedeuten. Dies gilt von der Sphäre der Ökonomie und der Politik bis hin zu lebensweltlichen Bereichen, sodass die Konkurrenz um soziale An-

137 Neckel 2004, S. 68.

138 Neckel, S. 65.

139 Kreisky 2008, S. 148.

140 Kreisky 2008, S. 148.

141 Womit nicht gesagt sein soll, dass Anerkennung nicht auch materielle Vorteile ermöglichen kann.

erkennung sich ebenfalls zu einem allseitigen Sachzwang entwickelt, der zu den ökonomischen hinzutritt, wie sie im Kapitel zur Gouvernamentalität besprochen wurden.

Die *Autonomie* über den eigenen Körper praktiziert sich nach Kreisky dann in einer *Emanzipation* von allem, was als *Mangel* gilt. Dieser neue Kampf wird hauptsächlich über die Sphäre des Konsums geführt und der Körper mit einer zweiten Hülle versehen, die gesamtgesellschaftlich oder auch nur milieubezogen, Gültigkeit besitzt. Der Sozialwissenschaftler Aldo Legnaro folgert daraus für die sich so praktizierende Individualität: „*Freiheit heißt dann nicht, sich die Performanz des eigenen Selbst beliebig aussuchen zu können, sondern gemäß den Regeln der Darstellung das optimale Selbst zu generieren.*“¹⁴² Die positiven, gefragten oder geforderten Eigenschaften sollen von den Individuen *verkörpert* werden. Der Körper als Artefakt wird so zur Projektionsfläche der inneren Einstellung. Das Innere, mithin das Intimste einer Person, soll sich an ihrem Äußeren ausdrücken und dadurch ihre Eigenschaften darstellen. Es soll dabei nicht nur die eigene Andersartigkeit, also die selbstverständlichste Eigenschaft eines Individuums als Individuum, dargestellt, sondern auch bzw. vor allem die eigene *Güte* in der Andersartigkeit hervorgehoben werden. „*Leistung allein und für sich genügt keinesfalls (gelegentlich spielt sie sogar überhaupt keine Rolle), sie muss auch darstellbar gemacht und dargestellt werden.*“¹⁴³

Doch in der Konkurrenz um die Darstellung der eigenen Besonderheit, die die Erfolgsfähigkeit einschließt, gefährdet der Modus der Darstellung gleichzeitig das, was er leisten soll. So attestiert Neckel diesem Streben eine gewisse Widersprüchlichkeit, denn „[...] *wenn alle in ihrer Besonderheit auffallen wollen, fällt niemand besonders mehr auf, weil sich im individuellen Erfolgsstreben dann nur die Ähnlichkeit mit anderen zeigt.*“¹⁴⁴ Das Streben schließt also sein Scheitern mit ein. Doch auch hier erlaubt der Imperativ die Deutung, das Scheitern als Folge einer Unterlassung zu sehen, was die Notwendigkeit des Scheiterns tilgt.

Das Neue, was mit der *Kultur als Führungstechnik* herausgearbeitet werden sollte, ist nicht die Übertragung von Tugenden des ökonomischen Handelns nach der Ausprägung des disziplinierten Unternehmers seiner Selbst auf die verschiedenen Lebenswelten eines Menschen, die es mit dem unternehmerischen Selbst gemein hat. Auch nicht, dass jeder Konkurrenzserfolg oder Konkurrenzmisserfolg in seiner gesellschaftlichen Deutung ein Wertungsurteil über die dem Subjekt innewohnende Wesensart sein kann. Das Neue ist, dass das Angebot, das diese Sphäre der Konkurrenz den Subjekten mit Drang zur Darstellung ihrer Individualität macht, in dem Schein liegt, selber die Maßstab setzenden und über Erfolg und Misserfolg verfügenden Subjekte zu sein, wie in der Figur des Souveräns. Der Schein suggeriert ihnen also, was sie einerseits sind, doch niemals in dem Maße sein können, wie es der Schein ihnen suggeriert: Sie setzen einerseits die Maßstäbe mit und sind doch gleich immer auch

142 Legnaro 2004, S. 205.

143 Legnaro 2004, S. 207.

144 Neckel 2004, S. 68.

den Maßstäben der anderen unterworfen. Sie sind zugleich angerufenes Subjekt und Subjekt der Anrufung.¹⁴⁵ Ihr gesellschaftliches Tun tritt ihnen als gesellschaftlicher Sachzwang gegenüber.

Wenn eingangs also von Vertiefung gesprochen wurde, so sollte damit die Kondensierung der Normen in das Wesen eines Individuums angedeutet werden, nämlich die *Werdung* des Menschen als Verkörperung gesellschaftlich geltender Gütekriterien, und zwar als dessen eigener Antrieb, aus einem eigenen Weiß-wofür und nicht einer äußerlich gestellten Anforderung an ihn. In seiner Individualität und seinem Reich der freien Entfaltung kann das Subjekt Arenen betreten und verlassen, neue aufbauen oder alte abreißen, seine Prioritäten verschieben oder sie wechselweise ersetzen. Nicht alle Arenen lassen dies mit sich machen – will man von ihnen mal als Wesenheiten sprechen – und nicht alle Arenen stehen jedem Individuum offen. Im Prinzip kann aber jedes Subjekt diese Stellung zu diesen Arenen einnehmen.

Unabhängig davon, was nun diese einzelnen Arenen sind und welche Erfolgskriterien des Handelns oder Gütesiegel bestimmter Wesensart in ihnen gesellschaftliche Gültigkeit erlangt haben, kann mit Judith Butler gesprochen werden, dass es sich um soziale Konstruktionen handelt, deren Produktionsprozesse verschleiert sind. Folgt man Butler, so kann die Frage nach der Herstellung von Identität und ihrer Repräsentation von einer strukturierenden Matrix beantwortet werden. Hierbei ist der Körper jedoch keinesfalls nur Schauplatz kultureller Einschreibungen,¹⁴⁶ stattdessen erhalten die Konstruktionen ihre Stabilität, objektive Glaubwürdigkeit und allgemeinen verbindlichen Charakter gerade durch das ständige Zitieren. Verallgemeinert man, was Butler für Geschlechtsidentitäten entfaltet hat, so materialisieren sich soziale Konstruktionen dabei durch ausgeschlossene Identifizierungen und Vereinheitlichungen, die als naturgegeben erscheinen.¹⁴⁷ Die Gewaltförmigkeit der Identitätsbildung, auf die Butler in Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Identität hingewiesen hat, könnte insofern ebenso für das Negativbild der Krankheit wirkmächtig sein. Entsprechend wäre Gesundheit, und damit Funktionsfähigkeit, die zwangsweise zitierte Norm, die niemals erreicht werden kann, durch deren Zitierung man jedoch beweist, dass man lebensfähig ist.¹⁴⁸

145 Siehe hierzu ausführlich Bröckling 2007, S. 27ff.

146 Butler 1991, S. 190ff.

147 Butler 1995, S. 293-322.

148 Butler 1995, S. 305.

2.6.5. Das Empowerment

Während also in der *Kultur* gerade Gleichzeitigkeit von Objektrolle und Subjektrolle im Individuum hervorgehoben werden sollte, liegt dem gängigen Verständnis des Empowerment-Begriffs eine gewisse Eindimensionalität oder einfache Wirkungsrichtung zu Grunde. Als eine Technik bezieht sich der Empowerment-Ansatz als durchaus systemimmanente Bewältigungsstrategie auf ein Enttäuschungsproblem in der Gesellschaft; diese Strategie hat jedoch einen recht wechselhaften Verlauf genommen. Die amerikanische Politikwissenschaftlerin Barbara Cruikshank stellt in ihrem Buch „*The will to empower*“ dar, welche sich widersprechenden Verwandlungen ein vormaliges von linken Gruppierungen und Bürgerrechtsbewegungen in den USA verwendeter Begriff bis zu seiner völligen Umdeutung als Werbeformel für ein Regierungsprogramm nahm. „*Empowerment*“ war zunächst eine Forderung, die Protestbewegungen angesichts erlebter Machtasymmetrie des Regierungshandelns auf der einen Seite und eigener Handlungsoptionen in den eingerichteten gesellschaftlichen Strukturen auf der anderen erhoben haben. Die eigene Machtposition müsse gestärkt und das Ungleichgewicht, wenn schon nicht aufgehoben, so doch korrigiert werden. Cruikshank zeichnet nach, wie es der Administration unter Bill Clinton gelang, dieses Schlagwort knapp zwei Jahrzehnte später schließlich zu adaptieren und in ihr Regierungsprogramm einzubauen. So kündigte sie unter diesem Schlagwort eine Strategie zur Bekämpfung von Armut an, in der die Menschen in den unteren sozialen Schichten ihre Wohnsituation mehr oder weniger selbst verwalten sollten.¹⁴⁹ Den Vorteil, den man sich auf Regierungsseite von dieser Strategie versprach, war das Nutzbarmachen noch nicht ausgeschöpfter oder gefährdeter Potenziale in dieser Bevölkerungsgruppe. Zwar blieb das Objekt des „Empowerments“ nach dieser Wendung noch das gleiche, denn es waren weiterhin Menschen in prekären Lebenslagen, denen mehr Handlungsmöglichkeiten gegeben werden sollten, doch beinhaltete die politische Strategie auch gleichzeitig die Verkehrung dieses Ausgangspunktes.

Anstatt, wie seinerzeit von unzufriedenen Bürgern und BürgerrechtsaktivistInnen gefordert, die eigene Selbstbehauptungsfähigkeit auch gegen staatliches Handeln zu stärken, sollten sie nunmehr für die Interessen der Staatsmacht zur Stiftung sozialen Friedens motiviert werden. Bei dem Versuch dieser Indienstnahme wurden und werden die Regierten in ihren Interessen als das motivierende Moment angesprochen.

Technologies of citizenship are the means by which government works through rather than against the subjectivities of citizens. The logic of empowerment targets the capacities of the ‘powerless’, measures and seeks to maximize their action, motivations, interests, and economic and political involvements.¹⁵⁰

149 Cruikshank 1999, S. 68.

150 Cruikshank 1999, S. 69.

Bröckling macht darauf aufmerksam, dass das Empowerment, das von der Regierung betrieben wird, nicht mit einer tatsächlichen Stärkung der ökonomischen oder sozialen Funktion zu verwechseln ist. Wenn die Regierten sich ohnmächtig fühlen, so soll ihnen das Gefühl gegeben werden, dass sie mächtig seien, also aktiv an den gesellschaftlichen Verhältnissen mitgestaltende Subjekte. *„Die zu Grunde liegende Rechnung ist simpel: Je mächtiger diese [die Regierten, D. W.] sich fühlen, desto weniger Probleme werden sie haben und machen.“*¹⁵¹ Daraus folgt für das Verhältnis zwischen Regierenden und Regierten: *„An die Stelle eines Antagonismus von Mächtigen und Ohnmächtigen tritt ein synergetisches Modell, das Versöhnung wie Ausgleich verheißt.“*¹⁵² In dem Wie, mit dem die Subjekte motiviert werden, steckt Bröckling zufolge noch eine weitere ideologische Leistung. Der Zweck, für den mobilisiert wird, erscheint dabei immer als einer, der dem Interesse der Menschen *naturwüchsig* entspringt. *„Was vermeintlich die Natur des Menschen ausmacht, ist das, wozu die Menschen gemacht werden und sich selbst machen sollen.“*¹⁵³ Bei dieser Technik wird vor allem auf die freiwillige Zustimmung abgezielt. Deshalb ist es nach dieser Logik (als *einer* Strategie) weniger zweckmäßig, im Sinne einer autoritären Führung aufzutreten. Die Interventionen der Regierung setzen dann *„auf die Kraft des Positiven: Um die Stärken zu stärken, ist ein schlechtes Gewissen ebenso hinderlich wie eine unendliche Analyse der vorhandenen Schwächen.“*¹⁵⁴ Damit beinhaltet das Empowerment die Forderung an die regierten Subjekte, von ihrer Abhängigkeit oder auch ihrer Schädigung, die sie erfahren, zu abstrahieren und sie sogar umgekehrt zum Argument für noch größere Anstrengungen ihrerseits zu machen. *„Eine intrinsische Gesundheitsmotivation gleicht einem unsichtbaren Disziplinierungsinstrument, mit dem soziale Kontrolle ausgeübt werden kann für einen gesellschaftskonformen sozialverträglichen und marktförmigen Lebensstil.“*¹⁵⁵ Als Herrschaftstechnik rundet das Empowerment somit bisher genannte Maßnahmen der Führung wie der Selbstführung ab, indem es den Maßnahmen den positiven und motivierenden Anstrich gibt, dass in ihnen das Subjekt auch Subjekt bleibt, als würde es ausschließlich um dieses gehen.

Als Hilfe zur Selbsthilfe erfährt das Konzept des Empowerment allgemeine Anerkennung, auf die schlagende Überzeugungskraft der Umkehrung der Frage bauend: Wer will schon sagen, dass er oder sie sich nicht alleine helfen können will und die Unterstützung zur Herstellung dieses Potenzials ausschlagen würde? Würde sich so jemand im allgemeinen Ringen um soziale Anerkennung und konkurrenzmäßigem Leistungsdenken überhaupt einen Gefallen tun? Nur das Wofür da gefordert und

151 Bröckling 2004a, S. 57.

152 Bröckling 2004a, S. 57. Dies gilt natürlich auch für den Antagonismus zwischen Unternehmens- und Mitarbeiterinteressen. Vgl. Bröckling 2004a, S. 61.

153 Bröckling 2004a, S. 59.

154 Bröckling 2004a, S. 59.

155 Schmidt 2007, S. 97.

gefördert, mobilisiert und motiviert – kurz: empowert – werden soll, ist selten Teil dieses Narrativs.¹⁵⁶

2.6.6. Versubjektivierung und Eigensinn

Einerseits war in den vorangegangenen Punkten immer vom „stummen Zwang der gesellschaftlichen Verhältnisse“ – um ein altes Marx-Zitat etwas entfremdet zu verwenden – die Rede, dem die Subjekte unterworfen sind und der hinter ihren Rücken wirkt. Auf der anderen Seite betont die Gouvernamentalitätsforschung gerade die Handlungsfähigkeit bei allen existierenden Zwängen und dringt auf die Subjektivität der Individuen und ihren Möglichkeiten zu Widerstand.

In einem neueren Beitrag zur Gouvernamentalitätsforschung gelingt es Stefanie Graefe, diese scheinbare Widersprüchlichkeit, die dieser Forschungsrichtung nachgesagt und nicht als deren Aufdeckung eines dialektischen Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft anerkannt wird, treffend auf den Punkt zu bringen.

Die Rede von dem Subjekt und der Macht [...] ist somit doppelt irreführend: Sie unterstellt Singularitäten und eine prinzipielle Differenz zwischen Subjekt und Macht. Stattdessen wäre der Begriff Subjektivität dem des Subjekts vorzuziehen, denn er transportiert weniger die Idee eines einzelnen Akteurs, als vielmehr die eines zwar verkörperten, aber nur unscharf begrenzten Feldes. Subjektivität umfasst die inter- und transindividuelle Dimension subjektiver Handlungsmächtigkeit – bedingt und bedingend, konstituiert und konstituierend zugleich.¹⁵⁷

Graefe wirft die Frage auf, von welchem Subjekt in der Gouvernamentalitätsforschung eigentlich die Rede ist, wenn man die verschiedenen Verwendungen dieses Begriffs in den Werken Foucaults in Rechnung stellt. Graefe kritisiert die Kurzfassung bzw. das zu kurz gefasste Verständnis von Subjekt als Effekt von Machtstrukturen, das aus dieser Unklarheit erwachsen ist. Das Problem bei einer zu starken Betonung äußerer Wirkungsverhältnisse liegt darin, dass sie einen gewissen Determinismus nahelegen bzw. sich von ihm ungenügend distanzieren wird. Gleichwohl ergreift sie nicht Partei für die entgegengesetzte Lesart des Subjekts „[...]im Sinne eines souveränen Akteurs, der autonom und selbsttransparent sein Leben gestaltet [...]“, die sie als eine „*bewusstseinsphilosophische Fiktion*“ bezeichnet.¹⁵⁸ Dieses Verständnis von Subjekt verbaut damit den Blick auf ein Verständnis von Eigensinn. Wenn Subjekt nur als ein mechanistisches Resultat ihm vorausgesetzter Machtstrukturen verstanden wird, ist nicht zu erklären, wieso Menschen von Normen abweichen. „*Darüber hinaus transportiert die Metapher vom Subjekt als Effekt einige vereinfachende Annahmen über die komplexen Prozesse der Subjektivierung: Ein Effekt ist per*

156 Für eine ausführliche Kritik an staatlicher Gesundheitsförderung und vor allem Gesundheitsförderung und der Nachzeichnung gegenwärtiger gouvernementaler Argumentationslinien siehe Schmidt 2010, S. 23ff.

157 Graefe 2013, S. 308.

158 Graefe 2010, S. 289.

*definitionem passiv und reaktiv.*¹⁵⁹ Außerdem birgt diese Metapher die Unklarheit, ob mit *Effekt* lediglich etwas *Scheinbares* gemeint sei, wie der Begriff in einer anderen alltagsgebräuchlichen Verwendung implizieren könnte. Sie wendet sich also explizit gegen die beiden Extremvorstellungen, das Subjekt weder als durch äußere Verhältnisse determiniertes, noch als frei von gesellschaftlichen Bedingungen schwebendes Wesen zu begreifen.

Man kann sagen, dass es sich bei dieser Fortschreibung des Ansatzes um das Herauswachsen aus den Kinderschuhen handelt, was keinen Vorwurf an vorangegangene Autoren und Autorinnen darstellen soll. Gerade der Nachweis diskursiver Machtstrukturen und subversiver Führungstechniken musste sich gegen deren Normalisierung, Bagatellisierung oder schlichte Leugnung in den politischen Programmen, wie auch in großen Teilen in den Geistes- und Sozialwissenschaften überhaupt erst durchsetzen. Dabei waren die Nachweise von Gängelungen durch Programme und die Verwendung von subtilen Anrufungen oder geschickt platzierten Bildern nie im Verständnis der reinen Kalkulierbarkeit des Handelns und Denkens erfolgt. Der Nachweis der Macht brachte so eher ungewollt den scheinbaren Nachweis der Ohnmacht der Subjekte mit sich, auch wenn die Gouvernementalitätsforschung diesem Missverständnis bisweilen Vorschub geleistet hat.¹⁶⁰ Mittlerweile ist das Konzept des *Eigensinns* immer noch keine Selbstverständlichkeit.

Der Rekurs auf Eigensinn scheint notwendig, um die Tatsache der Nicht-Identität konkreter Individuen mit gesellschaftlichen Strukturen und Normen zu benennen und zu bearbeiten. Somit artikuliert er ein zwar neues, aber offenbar nach wie vor beunruhigendes Problem, nämlich die Frage, wie sich die irreduzible Individualität der zugleich subjektivierten und sozialisierten Einzelnen denken lässt.¹⁶¹

Der fortwährende und offenbar notwendige Rekurs richtet sich gegen eine nach wie vor herrschende gegenteilige Behauptung. Diese Gegenannahme existiert dabei gar nicht mal so sehr in wissenschaftlichen Diskursen, sondern vielmehr im Ideal des Führens und Regierens im Sinne von Durchgreifen, wie ich anhand der Empowermentansätze zu explizieren versuchte.

¹⁵⁹ Graefe 2010, S. 293.

¹⁶⁰ „Während sich nämlich bei jenen Ansätzen, die auf diese oder jene Weise auf ein ontologisches Primat der Macht rekurrieren, die Voraussetzung gegenüber dem Werden im Zweifelsfall immer als mächtiger erweist, am Ende sogar noch ihre eigene Suspension oder Umschrift verfügt, beharrt die Rede vom Eigensinn darauf, dass die Dinge tatsächlich auch anders werden können – und dass unsere Entscheidungen diesbezüglich weder irrelevant noch in ihren Wirkungen exakt kalkulierbar sind.“ Graefe 2010, S. 309. Bröckling machte dagegen schon 2007 deutlich, dass das Subjekt nicht macht-deterministisch gedacht werden könne, denn „wäre das menschliche Verhalten vollständig determiniert, brauchte es keine Machtintervention; ließe es sich nicht beeinflussen, könnte es keine geben.“ Bröckling 2007, S. 20.

¹⁶¹ Graefe 2010, S. 289.

Eigensinn ist dabei nicht mit der Handlungsfähigkeit gleichzusetzen, wie sie im Gouvernementalitätsansatz vorkommt und den theoretischen Gegenpol zur Determinierbarkeit bildet. Handlungsfähigkeit bleibt in Machtstrukturen erhalten und wird durch sie sogar erst hervorgebracht. Graefe fasst die Unterschiedlichkeit in drei- oder vier Aspekten zusammen:

Der Eigensinn ist eher praktisches, konkretes Handeln, die Handlungsfähigkeit eher abstrakte Voraussetzung dieses Handelns. Der Eigensinn ist keine universale Eigenschaft des Subjekts, sondern situativ gebunden, ist also bedingt, nicht Bedingung. Zudem ist er zwar nicht zwingend anti-, wohl aber non-normativ: widerspenstig eben.¹⁶²

Diese Unterscheidung eröffnet den Blick auf ein differenzierteres Verständnis von Subjektivierungsprozessen. *Handlungsfähigkeit* als die Voraussetzung dafür, überhaupt handeln zu können, sagt noch nichts darüber aus, wie dann gehandelt werden kann und wird. Dem *Eigensinn* schreibt Graefe demgegenüber einen die Macht unterlaufenden Impetus zu. Als praktisches Handeln „[...]wendet er sich vom ‚fremden Sinn‘ [...] zwar ab, aber nicht unmittelbar gegen diesen; er protestiert nicht“.¹⁶³ „Demgegenüber kann ich handlungsfähig auch und gerade dort sein, wo ich die von der Macht präskribierte Richtung einhalte [...]“.¹⁶⁴ Dabei opponiert *Eigensinn* also nicht unbedingt offen, sondern tut einfach nur nicht das, was das Gegenüber von ihm will. *Eigensinn* beschreibt also nicht per se ein unmittelbares, entgegengesetztes Agieren und ist daher nicht mit dem Konzept von Widerstand gleichzusetzen, wie es bei Foucault oder Bröckling vorkommt.

Die Widerspenstigkeit des Selbst besteht also schon darin, dass es in seiner konkreten Praxis die herrschenden „[...] Regeln, Normen, Konventionen oder Gesetze vorübergehend oder nachhaltig unterläuft“.¹⁶⁵ Ohne Ansehung der jeweiligen Regeln und Normen, die da unterlaufen werden auf der einen Seite und den Beweggründen, für die sie unterlaufen werden auf der anderen Seite, könne jedoch gar keine positive oder negative Wertung vorgenommen werden und daher warnt Graefe weiter vor einer falschen Verlängerung der Bedeutung. „Ebenso wie der Eigensinn nicht an sich moralisch gut ist, ist auch die performative Macht der Vielen nicht an sich emanzipatorisch.“¹⁶⁶ Es kommt also immer auf die konkreten Praktiken der Individuen und deren Ziele an, ob sich in ihnen „kritische(n) Handlungsfähigkeit“¹⁶⁷ äußert oder Apologien anti-emanzipatorischer Machtstrukturen, wobei Graefe klar für eine Deutung des Eigensinns im Sinne des Ersteren plädiert.

Dass Herrschaftspraktiken Auswirkungen und Einfluss auf die Subjekte entfalten, soll also keinesfalls bestritten werden. Vielmehr gilt es, dieses Verständnis auf die

162 Graefe 2010, S. 291.

163 Graefe 2010, S. 290.

164 Graefe 2010, S. 290.

165 Graefe 2010, S. 292.

166 Graefe 2010, S. 293.

167 Graefe 2010, S. 292.

Subjekte zu erweitern. So beschreibt Bröckling das Subjekt als „[...] zugleich Wirkung und Voraussetzung, Schauplatz, Adressat und Urheber von Machtinterventionen“.¹⁶⁸ Und weiter: „Eine Entität, die sich performativ erzeugt, deren Performanzen jedoch eingebunden sind in Ordnungen des Wissens, in Kräftespiele und Herrschaftsverhältnisse.“¹⁶⁹ Sie dringen gerade auf die Akzeptanz und darauf aufbauend auf die Adaption von Herrschaftsprogrammen durch die Subjekte. In der Aufforderung zum selbstständigen (und selbstgesetzten) Handeln unter herrschaftlich gesetzten Bedingungen muss sich das Subjekt fragen, wie es handeln kann. Graefe hebt daher den besonderen Modus von Herrschaftspraktiken hervor, indem sie sich auf die Subjekte beziehen.

Gouvernementale beanspruchen demnach weniger wahr, als vielmehr praktikabel zu sein. Insofern sie nach Umsetzung verlangen, erscheinen die Subjekte hier [...] als zugleich strategische und prekäre Stützpunkte der Macht. Strategisch insofern, als die Subjektivierungsmacht konstitutiv auf die Subjekte, die sie adressiert, angewiesen ist. Prekär, insofern die Macht zwar vorstrukturieren und vorgeben, nicht aber determinieren kann, wie Programme konkret umgesetzt werden.¹⁷⁰

Graefe verpasst hier, einen im Zitat genannten Aspekt stark zu machen und auszubauen, weil sie das Genannte unter dem Aspekt der Angewiesenheit der Macht auf die Subjekte sowie der zwar beabsichtigten, aber nie zu erreichenden Determinierbarkeit der Subjekte durch die Macht bespricht.

Wenn man die Konstruktion von *Praktikabilität* von Programmen als den Aufruf zu ihrer Adaption und Umsetzung durch die Subjekte versteht und *Wissen* als die Beanspruchung von Plausibilität des Programms, dann kann man im besprochenen Modus der Gouvernementale durchaus auch ein Ergänzungsverhältnis von „wahr“ und „praktikabel“ entdecken. „Wahr“ im Sinne von „gut“, „richtig“ heißt auch immer „zu billigen“ oder gar „zu übernehmen“. „Praktikabel“ heißt, etwas ist überhaupt handhabbar, es bedeutet, dass dem Subjekt dadurch Kontingenzräume eröffnet werden, Anschlussfähigkeit der eigenen Ziele geboten oder dieses zumindest suggeriert wird. So könnte man sagen, dass in der Betonung der Praktikabilität von dem Anspruch der Wahrheit längst ausgegangen wird, diese als Resultat eines gelaufenen Prozesses der Wahrheitsprüfung bereits unterstellt ist und höchstens nachträglich noch von den Subjekten vollzogen werden kann bzw. werden soll. Die Betonung der Praktikabilität ist ein nicht unerhebliches Moment in den noch zu behandelnden Bewältigungstheorien wie auch in der Ratgeberliteratur zum Morbus Crohn.

168 Bröckling 2007, S. 21.

169 Bröckling 2007, S. 21.

170 Graefe 2010, S. 296.

2.7. Resümee

Bis hierher wurden nur allgemeine Funktionsprinzipien von Macht/Wissen und Regierungstechniken dargelegt, welche abstrakten Inhalte sie transportieren, welche Wirkungen sie im Subjekt intendieren, wie im Prozess der Subjektivierung Subjekt und Macht/Wissen einander bedingen und woran sie sich brechen. Noch nicht näher beleuchtet sind die Inhalte geltender gesellschaftlicher Imperative, wie sie – mit besonderem Blick auf die Zielgruppe chronisch kranker Heranwachsender – einen Bewältigungshorizont aufspannen und welche Leistungen seitens der Subjekte erforderlich sind, um sich in ihnen „erfolgreich“ zu bewegen.

Man hat also gesehen, dass sich die Unterscheidung von Fremd und Eigen, von äußeren und inneren Maßstäben des Verhaltens, von Fremd- und Eigensteuerung nicht in einer sich wechselseitig ausschließenden Dichotomie zu begreifen ist. Allenfalls als analytische Kategorien sind sie zu verstehen, um das dialektische Wechselspiel des eigenen Referenzsystems mit in der Umwelt vorgefundenen Referenzsystemen zu verdeutlichen.

3. Gesundheit und Krankheit

Mit der Betrachtung der gesellschaftlichen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit wird ein fast unübersichtliches Feld beschränkt und doch zugleich der Forschungsfokus weiter eingegrenzt. Auch wenn Gesundheit das Thema vieler gesundheitspolitischer und sozialwissenschaftlicher Diskurse der Gegenwart ist, entzieht sich der Begriff einer klaren Definition. Gesundheit wird so trivial besprochen wie akademisch analysiert, sie wird individuell umsorgt und institutionell betreut, sie scheint beständig angegriffen und zugleich geschützt zu werden, sie ist Inhalt politischer Auseinandersetzungen und Feld einander widerstreitender Interessen. Gesundheit ist ein Universalbegriff und omnipräsent. Vielleicht liegt es genau daran, dass er so schwer zu fassen ist. Dennoch wird mit ihr jeden Tag praktisch umgegangen und theoretisch mit ihr gerungen. Wie will man das Thema Gesundheit begrenzen? Die Deutungsweisen scheinen so vielseitig zu sein, wie es soziale Akteure gibt. In den Wissenschaften finden sich Modelle und Definitionen vom medizinischen System, von der Soziologie, Psychologie, aber auch immer mehr eine Berücksichtigung subjektiver Theorien und Vorstellungen von Gesundheit bei den „Laien“. In der Gesundheitspolitik wird Gesundheit häufig unter dem Gesichtspunkt eines Kostenfaktors betrachtet, wohingegen der Markt für Gesundheitsprodukte, der ein weitreichendes Angebot an Lifestyle-Produkten und gesundheitsförderlichen Nahrungsmitteln bereithält, den Aspekt eines Dorados zahlungskräftiger Nachfrage im Blick hat. Diese bei weitem nicht abgeschlossene Aufzählung macht deutlich, dass die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit zwar als wichtige Hintergrundfolie des Bewältigungshandelns beleuchtet werden muss, aber gleichzeitig nicht in allen Details vertieft werden kann.

Im vorangegangenen Abschnitt wurde mit Butler und anderen gezeigt, dass alle diese auf der Makro- und Meso-Ebene existierenden Deutungen in die Selbstkonstruktionen der Subjekte bewusst oder auch unbewusst eingehen und dort ihre Wirkung entfalten, da die Subjekte in ihrer Selbstsorge um die Erhaltung ihrer Gesundheit bemüht sind. Ohne etwas aus dem nun folgenden Kapitel vorwegnehmen zu wollen, muss betont werden, dass Gesundheit eine Aufgabe ist, die sich nicht immer realisieren lässt. Bei einer Krankheitsbewältigung handelt es sich um ein ebenso komplexes Phänomen, welche mehr zum Inhalt hat, als die Überwindung der durch das Subjekt festgestellten einschränkenden und für störend befundenen Symptome: Mit

Gesundheit und Krankheit sind soziale Attributionen verbunden wie auch gesellschaftliche Erwartungshaltungen. Dies ist ein wechselseitiges Verhältnis, bei dem sowohl von der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe Erwartungen und Forderungen an das Subjekt, wie auch umgekehrt vom Individuum an seine soziale Umwelt gestellt werden. Zudem stellt das Individuum dabei beständig auch Erwartungen an sich, wobei die gesellschaftlichen Deutungen mit einfließen. Es stellt sich daher die Frage nach der Subjektivität von Gesundheit und Krankheit.

Die vorangegangenen Ausführungen zu den Prinzipien der Gouvernamentalität haben den Blick dafür geschärft, auf welche Elemente in diesem komplexen Thema Gesundheit im Folgenden geachtet wird und welche Wirkungsebenen näher zu betrachten sind. Wenn also mit den Ausführungen zur gesellschaftlichen Konstruktion von Gesundheit und Krankheit die Frage gestellt wird, was es heißt, gesund zu sein oder sein zu sollen, an einer Krankheit zu leiden und sie überwinden zu müssen, dann muss dies über die Ebenen gesellschaftlicher Deutung von Gesundheit, deren „Kolonisation“ durch definitionsmächtige Interessen sowie die Berücksichtigung biographischer Prozesse erfolgen.

Gesundheit stellt nur eine von vielen Bewältigungsaufgaben in der Zeit des Übergangs vom Jugendalter ins Erwachsenenleben dar. Da die einzelnen Bewältigungsaufgaben miteinander verwoben sind, muss sich kursorisch auch anderen gewidmet werden, ohne eine vertiefte Auseinandersetzung mit sämtlichen Aufgaben in diesem Rahmen leisten zu können. Die forschungsleitenden Fragen sind daher folgendermaßen zu begrenzen: Was bedeutet das „Erwachsen-Werden“? Vor welche Aufgaben wird das heranwachsende Subjekt gestellt und mit welchen Erwartungen an sich und seine Zukunft wird es konfrontiert? Ich möchte mich in dieser Untersuchung vor allem auf Ergebnisse aus der Transitionsforschung, der Jugendsoziologie sowie die Kulturwissenschaften beziehen und diese vor allem unter dem Gesichtspunkt der Bewältigungsaufgaben und dabei entstehender Problemlagen zusammenstellend betrachten. Nachdem so die Umrisse des Bewältigungshintergrundes an Konturen gewinnen, soll am Beispiel der medizinischen Beschreibung des Morbus Crohn gezeigt werden, wie all die herausgearbeiteten Facetten von Bewältigungsaufgaben durch diese besondere chronische Erkrankung ihre Modifikation erfahren können. Auch hier wird es nur um die Darstellung von Möglichkeitsräumen der Betroffenheit gehen können und es kann nicht der Anspruch erhoben werden, jeden Einzelfall in dieses Schema zu pressen.

3.1. Die Konstruktion von Gesundheit und Krankheit

Es existiert in der Gesellschaft eine Vielfalt von Konstruktionen von Gesundheit und Krankheit mit dominanten, nicht dominanten und weniger dominanten Deutungsweisen. In der modernen westlichen Welt hat vor allem die Medizin mit ihrem pragmatisch-instrumentellen Blick im hiesigen Gesundheitsverständnis ihren prägenden Einfluss hinterlassen.

In medizinischen Deutungen wird sich dem Thema Gesundheit vor allem über eine Fokussierung auf Krankheit genähert.

Die Medizin konzentriert sich dabei auf den Körper des Menschen, der als biologischer Organismus verstanden wird. Im Mittelpunkt des medizinischen Interesses steht der Wirkungszusammenhang pathogener Prozesse im Organismus. Krankheit wird auf ein innerkörperliches Geschehen reduziert und als Störung der normalen Funktionen der Organe und Organsysteme im Körper verstanden. Der kranke Mensch ist dabei nur die Instanz eines pathogenen Prozesses: Er ist der (passive) Träger einer Krankheit und wird in der Folge zum Objekt einer Behandlung.¹⁷¹

Die Gründe dafür, dass sich das medizinische Konzept hegemonialisieren konnte, verortet Faltermeier unter anderem in der allgemeinen Geltung dieser Profession als „objektive Instanz“ und „wissenschaftlich neutrale Disziplin“, die wirklich wahres Wissen hervorbringt.¹⁷² Der Philosoph Hans-Georg Gadamer ergänzt diese Argumentation, indem er auf die Evidenz von Erkrankung hinweist, die es der Medizin gewissermaßen erleichtert hat, ihre tradierte Sichtweise durchzusetzen. „*Die Krankheit ist es, was sich aufdrängt, als das Störende, das Gefährliche, mit dem es fertigzuwerden gilt.*“¹⁷³

Die biomedizinische Forschung hat mit dem Aufspüren der meist „monokausalen“ Gründe für viele Krankheiten, hauptsächlich Infektionskrankheiten, zu einer Heilbarkeit geführt und eine allgemeine Lebenszeitverlängerung möglich gemacht. Jedoch hat dieses dichotome Konzept von Krankheit und Gesundheit spätestens seit den 1970er-Jahren auch umfangreiche Kritik erfahren. Mit der relativen und absoluten Zunahme chronisch-degenerativer Krankheiten und der Abnahme von Infektionskrankheiten bildete sich in der medizinischen Wissenschaft die Forschung nach *Risikofaktoren* heraus, um diese neuen Krankheitsbilder zu erklären. Weil für diese sogenannten „Zivilisationskrankheiten“ wie Bluthochdruck, Diabetes oder Übergewicht keine eindeutigen „Erreger“ im mikrobiologischen Sinne zu bestimmen waren, sondern diese neuen Beschwerden in einer Vielzahl von Ursachen begründet liegen können, versuchte man die unterschiedlichen Ursachen in einem Modell mit neuen Variablen zu bestimmen.¹⁷⁴ Faltermeier betont hier die sich durchsetzende Erkenntnis, dass das medizinische Modell die Wirkmächtigkeit kultureller, sozialer und psychologischer Prozesse auf das Krankheitsgeschehen lange vernachlässigt habe, sich aber nun nicht weiter auf die Bestimmung von Abweichungen in biochemischen Kennziffern beschränken könne.¹⁷⁵ Über die Öffnung für neue Einflussfaktoren und die Erweiterung des Modells sollte dann nicht nur eine gezieltere Behandlung und Prävention möglich werden, sondern sich allgemein eine stärkere gesellschaftliche Berücksichtigung von Gesundheitsinteressen durchsetzen können. Fortan ging die

171 Faltermeier 1994, S. 21.

172 Faltermeier 1994, S. 22.

173 Gadamer 1993, S. 135.

174 Vgl. Franke 2008, S. 123f.

175 Vgl. Faltermeier 1994, S. 22ff.

Medizin von einem „*multifaktoriellen Krankheitsgeschehen*“¹⁷⁶ aus und wies den unterschiedlich bedingenden Merkmalen vom biologischen Geschlecht, der genetischen Disposition bis hin zum Alter, den Lebensweltbedingungen wie Wohnsituation und Art der Erwerbsarbeit, aber auch persönlichen Verhaltensweisen wie Vorlieben im Konsum Wahrscheinlichkeiten zu, mit denen sie als Einflussgrößen festgeschrieben wurden. Damit nimmt die Medizin einen interessierten Blick für prinzipiell alle Lebensbereiche der Individuen ein und weist ihnen in diesem Modell verschiedene Risikopotenziale für mögliche spätere Krankheitsfolgen zu.

So kann festgehalten werden, dass über eine Erweiterung der Einflussfaktoren zwar eine bestehende Monokausalität zurückgewiesen, aber das Problem der Setzungen und Normierungen in all diesen Faktoren weitestgehend bestehen gelassen wurde. Im *Risikofaktorenmodell* tradiert sich auf diese Weise der medizinische Blick, der aber nur sehr bedingt zu einer Schärfung des Begriffs der Gesundheit beiträgt. Was ist es nun, was nie so recht besteht, weil irgendwelche Kennziffern abweichen? Oder moderner gefragt: Was ist es, was da zunehmend den verschiedensten Risiken ausgesetzt ist?

Der Philosoph Günter Fröhlich merkt an, dass die Medizin zwar Krankheit positiv bestimme, nicht aber den Begriff der Gesundheit. Letzterer bilde in dieser klassischen Sicht lediglich das Residuum einer Summe von Krankheiten, die über Symptome und Grenzwerte festgelegt wurden.¹⁷⁷ In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird vielfach darauf hingewiesen, dass die Annahme, Gesundheit als die schlichte „*Abwesenheit von Krankheit*“ zu begreifen, nicht mehr zeitgemäß sei, obwohl es in dieser Form im Alltagsverständnis der Menschen häufig geäußert wird.¹⁷⁸ Gerhard Schaefer hat in einem Aufsatz treffend darauf aufmerksam gemacht, dass es sich bei dieser Negativbestimmung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit um einen logischen Zirkel handelt, der somit keine Erklärungskraft besitze, außer dass man weiß, was als „krank“ und was als „gesund“ *definiert* wird.¹⁷⁹ Da diese Definitionen letztlich willkürlich sind, sich meist auf medizinisch-naturwissenschaftliches Wissen im Sinne gesellschaftlicher Durchschnittswerte gegründet, muss der Frage nachgegangen werden, welches Interesse gesellschaftlichen Gesundheitsdefinitionen zugrunde liegt. Daher wird die gesellschaftliche Geltung hegemonialer Gesundheitsdefinitionen und ihre Implikationen im Folgenden zu betrachten sein. An ihnen lassen sich die *Funktionen von Gesundheit* herausarbeiten, um mit ihnen anschließend eine subjektsensible und Subjektivierungsprozesse berücksichtigende Annäherung an Gesundheit vornehmen zu können.

176 Franke 2008, S. 125ff.

177 Fröhlich 2008, S. 26.

178 Vgl. Fröhlich 2008, S. 25; Schaefer, Gerhard 1992, S. 50.

179 „Wenn man diese [Summe aller Krankheitsarten, D. W.] dann alle ausschließt, müsste logischerweise [gemäß der Logik dieser Definition, D. W.] Gesundheit herauskommen. Es ist aber einleuchtend, dass das so nicht geht. Eine Negativdefinition, die selbst auf einer Negation aufbaut, führt zur Tautologie.“ Schaefer, Gerhard 1992, S. 52. Siehe hierzu auch: Fröhlich 2008, S. 26.

3.2. Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld von Machtinteressen

Gesundheit gilt als ein hohes, wenn nicht als das höchste Gut, und zwar nicht nur im Volksmund, sondern auch in Politik und Wissenschaft. Alexa Franke hält die Frage nach dem Wert von Gesundheit sogar für unausweichlich, wenn man sich mit einer Definition von Gesundheit beschäftigt. Weil gesundheitliche Fragen immer auch ethische Fragen seien, müsse sich darauf verständig werden, *welcher* Wert „der Gesundheit“ zugesprochen wird.¹⁸⁰ Dass Gesundheit ein Wert ist oder einen Wert hat, wird von Franke vorausgesetzt. Sie referiert hier keine Einstellung der Bürgerinnen und Bürger zum Thema Gesundheit, die in einer empirischen Erhebung ermittelt worden wäre, sondern es wird zunächst als unumstößliches Faktum behauptet. Ein Blick in vergangene Tage der Menschheitsgeschichte zeigt, dass dies keinesfalls selbstverständlich ist. So verweist zum Beispiel Franke selbst darauf, dass es neben der Vorstellung von Gesundheit als Wert schon im Altertum Ärzte gab, die viele der alltäglichen körperlichen Beschwerden der Kategorie „*ne-utrum*“ zuordneten und somit der strikten Unterteilung in gesund und krank wenig Bedeutung zumaßen. Kleinere Beschwerden gehörten schlicht zum Leben dazu.¹⁸¹ Der Mediziner Helmut Milz bezeichnet Gesundheit einerseits als „*theoretisches Konstrukt von Normen und Abweichungen*“. „*Zum anderen ist sie ein praktisches, am eigenen Leibe erlebtes Phänomen.*“¹⁸² Milz deutet damit an, dass die eigene Gesundheit für den einzelnen durchaus nur als Mittel verstanden wird, das je nach Interesse und Bedürfnis mal mehr, mal weniger geeignet ist, sich mal mehr, mal weniger angenehm oder unangenehm bemerkbar macht.¹⁸³ Gesundheit verstanden als eben dieses Phänomen, das sich durchaus auch als *Schweigen der Organe* „äußert“, dränge nach Franke gar nicht zu einer intensiven definitorischen Auseinandersetzung. Eine solche Notwendigkeit komme erst mit einem gesellschaftlichen Interesse an Gesundheit auf.¹⁸⁴ Zu diesem Befund kommt auch die Sozialwissenschaftlerin Bettina Schmidt. „*Spätestens seit den Anfängen der territorialen Staatsbildung galt Gesundheit sowohl als privates Glück für den Einzelnen, doch sollte individuelle Gesundheit auch Nutzen stiften für die Gesamtgesellschaft.*“¹⁸⁵ Schmidt spricht hier von einer Parallelität, gar Kongruenz gesellschaftlicher Normsetzung und persönlicher Gesundheitsvorstellung. Das Aufkommen neuer, oder auch die Bewahrung alter Vorstellungen, ist nach Schmidt eine Reflexion auf die herrschenden „*historischen, soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen*“. ¹⁸⁶ Als Hauptakteur führt Schmidt hier den Staat an, der mit der Propagierung

180 Vgl. Franke 2008, S. 43.

181 Vgl. Franke 2008, S. 25.

182 Milz 2004, S. 88.

183 Milz 2004, S. 88.

184 Franke sieht die Notwendigkeit einer strikten Trennung von gesund und krank erst mit den ersten Sozialgesetzgebungen in der westlichen Welt gegeben. Für Deutschland hält sie hier besonders die Bismarck'schen Sozialgesetze für ausschlaggebend. Vgl. Franke 2008, S. 26f.

185 Schmidt 2008, S. 131.

186 Schmidt 2008, S. 131.

von Körperidealen und Gesundheitstugenden das Gesundheitsbild maßgeblich bestimmte und noch bestimmt. Durch eine strikte Trennung von „krank“ und „gesund“ kraft politischer Definition setzt sich Gesundheit *als Wert schlechthin* im Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger durch, auch wenn nicht zwangsläufig als reflektierter Vorgang. Franke spricht bei diesem Auseinanderfallen von gesellschaftlicher Normvorstellung und persönlicher Ausrichtung von Gesundheit als „*relativem Wert*“ und meint damit, dass Menschen eine Schädigung ihrer Gesundheit, oder zumindest eine potenzielle Gefährdung, durchaus bewusst in Kauf nehmen und somit die Bedeutung dieses Werts relativieren.¹⁸⁷ So verlangen Sportler und Sportlerinnen ihren Körpern Höchstleistungen ab und strapazieren sie bisweilen übermäßig, im Urlaub riskieren Menschen, sich mit einer „exotischen“ Krankheit anzustecken und Raucher schädigen bei dem Genuss einer Zigarette potenziell ihre Atemwege und erhöhen damit ihr Risiko für Lungenkrebs oder kardio-vaskuläre Erkrankungen. Aber auch in der Erwerbsphäre müssen die Menschen diesen vermeintlichen Wert häufig relativieren, wenn sie in ihrem Beruf Schädigungen ausgesetzt sind, von denen sie wissen oder zumindest eine Ahnung haben. Hier ist es die Nötigung zum dringend benötigten Gelderwerb, der sie vor die (eingeschränkte) Wahl stellt, entweder ihre Gesundheit zu schützen und Tätigkeiten zu verweigern und damit den Beruf zu riskieren oder aber ob sie die Schädigung in Kauf nehmen.¹⁸⁸

Wenn also gesagt werden kann, dass Gesundheit ein gesellschaftliches Interesse genießt und in dieser Gesellschaft auch als Wert und „hohes Gut“ angesehen wird, wirft das weitere Fragen auf: Wenn es tatsächlich zutrifft, dass Gesundheit als ein allgemeingültiges Interesse in der Gesellschaft unterstellt werden kann, dann müsste geklärt werden, ob auch alle gesellschaftlichen Akteure das *gleiche* Interesse an Gesundheit teilen. Denn sollte dies nicht der Fall sein, bliebe zu hinterfragen, wie in dem Gesundheitsinteresse des einen Akteurs das Gesundheitsinteresse des jeweils anderen vorkommt. Bettina Schmidt führte in dieser Frage bereits die Kategorie des Nutzens ein. Ernst Bloch spitzt dies kritisch zu: „*Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter den Griechen war sie Genußfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit.*“¹⁸⁹ Bloch macht hier deutlich, dass die Menschen im Kapitalismus ihre Gesundheit auch noch aus einem anderen Gesichtspunkt betrachten müssen, nämlich als Bedingung für ihre Erwerbsfähigkeit. Davon, dass die Menschen eine Erwerbsquelle haben und davon, wie viel Geld sie aus ihr beziehen, hängt schließlich ab, in welchem Umfang sie ihre Bedürfnisse befriedigen können. Aus diesem Grund müssen sie für ihr Wohlbefinden einen weiteren Gesichtspunkt bei der Beurteilung ihrer Gesundheit hinzuziehen. Mit der Industrialisierung in den kapitalistischen

187 Vgl. Franke 2008, 44f.

188 Dass sich gerade auch in der modernen Berufswelt Gesundheit und Geld als zwei austauschbare Güter gegenüberstehen, zeigt sich schon in der Zulagenordnung zum Beispiel für Schichtarbeit oder Arbeit mit Gefahrstoffen.

189 Bloch 1985, S. 540.

Staaten wurde Gesundheit als Arbeitsfähigkeit zur „*alleinigen Existenzgrundlage lohnabhängiger Schichten*“.¹⁹⁰ Weil viele Menschen auf den Verkauf ihrer Arbeitskraft angewiesen sind, müssen sie sich um den Erhalt derselben bemühen, ohne dabei eine Erfolgsgarantie auf einen Arbeitsplatz in der Hand zu haben. Um für sich einen materiellen Nutzen aus der Arbeitskraft zu ziehen, muss zunächst derjenige einen Nutzen an ihr haben, der sie für ein Entgelt einkauft. Dies gibt einen ersten Hinweis darauf, dass es bei dem Nutzen aus der Gesundheit durchaus unterschiedliche Subjekte ihrer Wertschätzung gibt. Dieser Nutzen soll, bei all seinen historischen Wechselfällen, zumindest in seinen Grundzügen dargestellt werden.

3.3. Gesundheit als gesellschaftliche Funktion

Ob sich ein körperliches Phänomen als Krankheit darstellt, hängt sehr von der Auswirkung dieses Phänomens auf eine bestimmte Funktion und die hegemonialen Interessen an diesen Funktionen ab. So kann sich eine körperliche Störung zum Beispiel in Form einer Allergie bei der einen Person als Einschränkung in Beruf oder Freizeit bemerkbar machen, während eine andere den Kontakt mit bestimmten Stoffen durchaus vermeiden kann, sodass Symptome erst gar nicht auftreten oder der Körper gar nicht darauf reagiert.¹⁹¹ Gesundheit kann hier als ein Verhältnis verstanden werden, das in der Tauglichkeit einer körperlichen Eigenschaft für eine bestimmte Tätigkeit besteht. In dieser Fassung ist der Begriff Gesundheit insofern abstrakt, als nicht benannt wird, worin eine Tauglichkeit besteht und diese daher erst einmal alles einschließen kann. So kann man sich zum Beispiel fragen, ob eine verschlissene Bandscheibe noch lange eine schwere Hebetätigkeit erlaubt oder ob eine Magenverstimmung das Genießen eines guten Essens zulässt. Es ist die reine Beurteilung der vorgefundenen Physis, basierend auf dem Wissen über sie, und einer Tätigkeit, die mit ihr ausgeführt oder auch erlebt werden soll. Das Subjekt ist zunächst einmal der auf sich reflektierende Mensch, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme ärztlichen Sachverstandes.

Es wurde im vorangegangenen Kapitel bereits herausgearbeitet, dass es noch andere Subjekte gibt, die Gesundheit interessiert, nämlich unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsfähigkeit begutachten und dass es hierfür festgelegter Definitionen bedarf. „*Der zentrale Prüfstein für die Leistungsfähigkeit in unserer Gesellschaft ist jedoch nach wie vor die Arbeitsfähigkeit.*“¹⁹² Welchen Maßstab eine fortschrittliche kapitalistische

190 Labisch 1998, S. 551.

191 Vgl. Franke 2008, S. 22.

192 Franke 2008, S. 35. Franke sieht die viel gelobten sozialpolitischen Errungenschaften mit der einsetzenden Industrialisierung eindeutig weniger als Dienst an den Arbeitern, sondern vielmehr als Interesse am Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit, also der funktionalen Benutzung der Arbeitskraft, der ihren Verschleiß einschließt. Diesen Leistungsgedanken sieht sie auch noch im heutigen Kranken- und Rentenversicherungswesen.

Nation an Gesundheit anlegt, spricht beispielsweise die Gesundheitswissenschaftlerin Ilona Kickbusch offen aus.

Zudem ist eine ‚gesunde‘ Bevölkerung gesamtwirtschaftlich gesehen von zentraler Bedeutung, ob es um Aspekte von Fehlzeiten, Ausgabenstruktur von öffentlichen Haushalten oder Versicherungssystemen geht. Staaten, die eine gut ausgebildete und ‚gesunde‘ Bevölkerung haben, haben im globalen wirtschaftlichen Wettkampf zwischen Nationalökonomien eine bessere Chance zu bestehen.¹⁹³

Wie selbstverständlich die Subsumtion der Gesundheit unter die Leistungsfähigkeit scheint, ist diesem Beitrag aus dem volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Blickwinkel zu entnehmen. Die ehemalige Bundesministerin für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Renate Künast konstatiert in ihrem Buch *„Die Dickmacher“*: *„Der Staat will gesunde Bürger, die leistungsfähig sind und keine unplanmäßigen Kosten verursachen.“*¹⁹⁴ Im renommierten Wirtschaftslexikon von Artur Woll findet man unter dem Stichwort *„Arbeitskapital“*, welches im selbigen Buch gleichbedeutend ist mit *„Humankapital“* und *„Arbeitsvermögen“*, folgende Definition: *Arbeitskapital ist der „Wert aller den Produktionsprozess und damit zur Erzielung von Einkommen einsetzbaren menschlichen Fähigkeiten eines Individuums, Personengruppe od. der Erwerbspersonen einer Volkswirtschaft. Arbeitskapital ist sowohl angeboren wie auch durch Investitionen in Form von Ausgaben für Schul- und Berufsausbildung und Gesundheitsvorsorge zu gewinnen.“*¹⁹⁵ Aus der Perspektive des *„Arbeitskapitals“* werden die Menschen mit ihrer Individualität pur auf ihre Bezugsmöglichkeiten von Einkommen reduziert. Wie wenig individuelle Eigenschaften oder auch nur das subjektive Interesse Berücksichtigung finden, wenn Menschen auf die sozioökonomische Hierarchie in der Gesellschaft verteilt werden, lässt sich im Gesundheitsverständnis von Talcott Parsons ablesen. Er definiert Gesundheit als den *„Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist.“*¹⁹⁶ Parsons hat einen weiter gefassten Begriff von Leistungsfähigkeit als Franke und zudem einen sehr anti-kritischen. Er bezieht nicht nur die Arbeitsfähigkeit ein, sondern auch Rollenerwartungen an die Menschen in ihrer jeweiligen gesellschaftlichen Funktion. In seinem Verständnis gibt die gesellschaftliche Rolle, auf die man verpflichtet wurde, den Maßstab vor, nach dem man seine Gesundheit ausrichten soll. Gemäß dieser Auffassung ist eine Person *„[...] in*

193 Kickbusch 2006, S. 65; siehe auch Schmidt 2008, S. 47. Das „Zudem“, mit dem das Zitat beginnt, ist im entnommenen Zusammenhang nicht etwa als Hinweis auf einen zusätzlichen Nutzen zu verstehen, der sich aus der Befriedigung des Gesundheitsinteresses der Bevölkerung für den Staat ergibt. Kickbusch argumentiert, dass der Staat seinem Konkurrenzinteresse am besten damit dient, wenn er für eine besondere Berücksichtigung und Expansion des Gesundheitssektors sorgt. Kickbusch unterstellt eine Zwangsläufigkeit, dass dies auch den Menschen dieser Nation unbedingt zugutekomme.

194 Künast 2004, S. 38.

195 Woll 2000, S. 37.

196 Parsons 1967, S. 71; Hervorhebung im Original.

dem Maße gesund, in dem sie ihre Aufgaben als Hausfrau, Verkäuferin, Bergarbeiter, Fahrstuhlführerin, Vater erfüllt“.¹⁹⁷ Hier wird in allen Beiträgen konsequent von der individuellen Befähigung einer Person abstrahiert, indem sie in eine Gruppe mit anderen sortiert und damit ein Durchschnitt gebildet wird, der dann als Bezugsgröße für alle gilt.¹⁹⁸ „Im Sinne einer funktionalen Norm ist Gesundheit die Übereinstimmung mit dem Leistungsstandard der Bezugsgruppe, und Krankheit definiert sich entsprechend über die Unfähigkeit, den Normwert zu erfüllen.“¹⁹⁹ Die Festlegung eines solchen Leistungsstandards bezieht sich zwar auf medizinisches Wissen, macht sich aber letztlich nicht davon abhängig. Da Grenzwerte festgelegt werden müssen, kann eine Unterscheidung in „gesund“ und „krank“ nicht aus dem untersuchten Merkmal an sich hervortreten und sich damit quasi als naturgegeben im gesellschaftlichen Verständnis implementieren. Stattdessen streiten und konkurrieren bei der Festlegung verschiedene politische Interessen, weil sie aus einem medizinischen Phänomen unterschiedliche Schlüsse ziehen. Dabei ist das zugrundeliegende medizinische Wissen das Material der Abwägung von politökonomischen Interessen, denn es geht dabei um eine Zuteilungsfrage von Gesundheitsleistungen. Bäcker et al. verweisen in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung des Urteils des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1972. Krankheit ist dort als der „[...] regelwidrige körperliche und geistige Zustand zu verstehen, der entweder lediglich die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder zugleich – in Ausnahmefällen auch allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“.²⁰⁰ Demnach werden in der politischen Praxis Leistungsansprüche, resultierend aus der Festlegung von Symptomen und Gesundheitsbeschwerden zu anerkannten Krankheiten, bereits im Vorfeld antizipiert und so zu einem Faktor im politischen Entscheidungsprozess.

In der Marktwirtschaft werden Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen nur gegen Geld verrichtet, die Organisation von Gesundheit ist also immer eine Finanzierungsfrage. Die Ansprüche an die Resultate des Gesundheitssystems sind in der verschärften Staatenkonkurrenz nicht gerade bescheidener geworden. Bei der Herbeiführung tun sich aber seit jeher Probleme auf, sei es, weil „die Leistungen explodieren“, oder aber die Umlagefinanzierung durch die Gesamtheit der arbeitenden Menschen nicht mehr so viel abwirft – oder beides. Von diesem Punkt ist es nicht mehr weit, vielleicht sogar nur konsequent, Gesundheit zur Pflicht zu machen, wenn von der Seite der politischen Regierung auf *diesen* Nutzen aus der Gesundheit nicht verzichtet werden will.²⁰¹ Bereits im Jahr 1993 bezeichnete dies Monica Greco als „duty to be well“.²⁰²

197 Franke 2008, S. 36.

198 „Durchschnitt“ unterstellt bereits, dass es Menschen mit unterschiedlicher Fähigkeit sein müssen, weil sich nur aus ihnen ein Durchschnitt bilden lässt.

199 Franke 2008, S. 36. Dieses Gesundheitsverständnis hat nach Franke großen Niederschlag in der deutschen Sozialgesetzgebung gefunden.

200 Bundessozialgericht, 20.10.1972, BSGE 35, 10, 12.

201 Vgl. Schmidt 2008, S. 42.

202 Greco 1993, S. 361.

3.4. Gesundheit als individuelles Risiko

Dieses Gesundheitsverständnis, dass jede Lebenssituation prinzipiell Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, schließt eine positive Wendung ein, nämlich die, dass jede Entscheidung zur Gesundheitsentscheidung wird bzw. gemacht werden kann. Aus dieser Optik, in der die Welt als eine mehr oder weniger gefährliche Ansammlung von Risikofaktoren erscheint, zieht Ilona Kickbusch den Schluss, dass verantwortungsbewusste Entscheidungen der Menschen hinsichtlich ihrer Gesundheit gefragt sind. Unter dem Motto „*Gesundheit ist machbar*“, bzw. „*jede Entscheidung, die wir treffen, [ist – Einfügung D.W.] zugleich immer eine Gesundheitsentscheidung*“, plädiert sie für eine Stellung der Bürgerinnen und Bürger als freie Entscheidungsträger und Hauptakteure ihrer Gesundheit.²⁰³ Bei allen Pflichten, die Kickbusch Politik und Wirtschaft als deren Beitrag zum Gesundheitsauftrag zuteilt, übersieht sie doch, wie wenig Bürgerinnen und Bürger über die Bedingungen ihrer Entscheidung mitbestimmen können. Zwar gibt es die medizinischen Versorgungseinrichtungen, hochwertige Behandlungsmethoden und Medikamente, aber deshalb ist über deren Verfügbarkeit noch lange nicht entschieden. Sinkende Löhne – ohnehin nicht am Bedarf der Empfängerseite bemessen – quittiert der Staat mit einer Begrenzung des Leistungskatalogs.

Das Erfordernis, Bedürfnisse beständig hierarchisieren zu müssen, zeugt von der chronischen Knappheit benötigter Mittel. Einen Mangel hatte diese Gesundheits-sicht daher von Anfang an. Sie vertritt eine individualisierte Gesundheit, und sie unterstellt immer, dass die betreffenden Personen ausreichende Möglichkeiten haben, ihre Lebensverhältnisse überhaupt nach den genannten Gesundheitsgesichtspunkten zu organisieren.²⁰⁴ Zur Fürsprecherin dieser Art Responsibilisierung zur individuellen Gesundheit und vor allem der darin enthaltenen Individualisierung entstehender Kosten und Schäden macht sich Kickbusch, auch wenn sie rein rhetorisch, dafür im scharfen Ton, die Frage stellt: „[...] darf da jeder Raubbau mit seinem Körper treiben und dann das gemeinsam finanzierte Gesundheitswesen für die Folgen in Anspruch nehmen?“²⁰⁵ Gesundheit bleibt also als verpflichtende Norm erhalten, auch wenn Krankheiten als alltägliche Phänomene einbezogen werden. Dies mag zwar als ein Widerspruch zum ursprünglich formulierten Anliegen der Nicht- Ausgrenzung erscheinen,

203 Vgl. Kickbusch 2006, S. 43 und S. 67.

204 Göckenjan 1992, S. 44. „*Die gegenwärtige Flexibilität von Arbeit ist mitnichten eine in freier Disposition der auf Erwerbsarbeit Angewiesenen liegende, vielmehr eine durch suggerierte Sach-zwänge des neuen Kapitalismus oktroyierte, die nach Verbilligung der Arbeitskosten wie nach Verschlenkung personeller Apparate strebt. Der neue Kapitalismus beansprucht flexible Menschen, die sich unentwegt auf neue Arbeitsaufgaben einzustellen vermögen und sich unablässig bereit zeigen, Arbeitsplätze, Arbeitszeiten, Arbeits- wie Lebensformen und Wohnorte zu wechseln. Selbst die Körper haben ihre Wandlungsfähigkeit weiter zu steigern. Zynisch heißt es dann: Starren, leistungs-unwilligen, unflexiblen Menschen ist nicht zu helfen. Ihr Gebrauchswert scheint nun mal vernutzt, entsprechend ihrer tendenziellen Unbrauchbarkeit werden sie turnusmäßig aussortiert [...]*.“ Kreisky 2008, S. 152.

205 Kickbusch 2006, S. 55.

löst sich aber darin auf, dass die Bewältigung dieser Krankheiten bei den vorherrschenden Interessen in dieser Gesellschaft als noch selbstverständlicher gilt. So kommt es nach Schmidt im 21. Jahrhundert, und das auch in den wohlhabenden Ländern, zu einer neuen Blüte einer gesellschaftlichen Sortierung in „würdige“ und „unwürdige“ Menschen, in diesem Fall am Maßstab der Krankheit.

Unterstützung soll nicht mehr solidarisch hergestellt werden, sondern barmherzig gewährt, wenn ein Mindestmaß an Sich-Würdig-Erweisen erbracht wird. [...] Wenn bestehende Rechte nicht hinreichend durch die Erfüllung von Pflichten gewürdigt werden, sind Sanktionen zu akzeptieren.²⁰⁶

Wenn die zur Pflicht gemachte Gesundheit nicht zustande kommt, dann haben diejenigen mit zusätzlichen Härten zu rechnen, die mit ihrer angeschlagenen Gesundheit zurechtkommen und mit ihren knappen Mitteln ohnehin haushalten müssen.

Matthias Leanza verweist darauf, dass im gegenwärtigen Präventionsdiskurs die Gefahren einer Erkrankung immer häufiger auf riskante Entscheidungen zurückgeführt werden.²⁰⁷ Thomas Lemke argumentiert, dass die Berücksichtigung der Gesundheit in modernen Gesellschaften eben nicht ohne Gegenleistung zu haben ist, sodass sie Imperative nicht nur einschließt, sondern deren Erfüllung bereits zur Voraussetzung macht. *„Das Recht auf Gesundheit realisiert sich als Pflicht zur Information, und verantwortlich handeln nur diejenigen, die aus dem Informationsangebot die richtigen, d.h. risikominimierenden und vorausschauenden Schlüsse ziehen.“*²⁰⁸

Das Recht auf Gesundheit ist hier keine Sache oder Leistung, die von den Individuen eingefordert werden kann, sondern das, was mit dem Recht versprochen wird, ist von den Individuen in Eigenleistung zu erbringen. Dieses neue Verständnis vertritt somit einen recht zynischen Standpunkt, da es die Ursachen einer gesundheitlichen Schädigung in die Entscheidungen der Menschen hineinverlegt. Denn

Gesundheit erscheint als vollkommen abhängig vom persönlichen Verhalten; wer sich nicht gesundheitsbewußt verhält, das heißt wer nichts für seine körperliche Fitness, gesunde Ernährung tut, eine der fast zum Stigma erhobenen Risikoverhaltensweisen zeigt und nicht regelmäßig zum medizinischen Check-up geht, der ist selber schuld, wenn er krank wird.²⁰⁹

Nach Schmidt haben diese Tendenzen nicht nur die besprochenen Folgen für die Individuen, sondern sie führen sogar zu einer Verschärfung der Trennung gesellschaftlicher Statusgruppen. *„Gesundheit wird zum Markenzeichen der leistungsorientierten Gesellschaftselite und wirkt als mächtiges Distinktionsinstrument zur Unterscheidung von Masse und Klasse.“*²¹⁰

206 Schmidt 2008, S. 46; siehe auch Franzkowiak 1992, S. 255.

207 Leanza 2010, S. 252.

208 Lemke 2000b, S. 252.

209 Faltermeier 1994, S. 72. Siehe auch Schmidt 2008, S. 39.

210 Schmidt 2010, S. 30.

Gesundheit wird nicht mehr wie noch im Mittelalter und unter Einfluss kirchlicher Deutungshoheit als göttliche Fügung oder Strafe Gottes angesehen. Gesundheit und Krankheit haben durch die Aufklärung gleichzeitig ihre Säkularisierung erfahren und wurden dem Individuum mehr und mehr überantwortet.²¹¹ Dass deshalb aber jede Schicksalhaftigkeit von den Konstrukten Gesundheit und Krankheit gewichen ist, kann nicht festgestellt werden. Das Schicksal wird verlegt: Es ist nicht mehr jenseitig, aber dennoch der eigenen Handhabbarkeit hinreichend entzogen. Mit ungleich ausgestatteten Mitteln geraten die Individuen auf den Feldern von Gesundheit und Bildung in ein neues Konkurrenzgefüge und müssen sich dessen Gesetzmäßigkeiten und Sachzwängen stellen. Ihre Subjektivität darf sich auf eine neue Arena verlegen und sich in ihr bewähren, immerhin winkt nicht weniger als die Verbesserung des eigenen Status – oder eben seine Degradierung, je nachdem von welcher Seite man es betrachtet.

3.5. Auf dem Weg zu einer positiven Bestimmung von Gesundheit?

Nach den recht pessimistischen Darstellungen hegemonial überformter Gesundheits- und Krankheitskonstruktionen stellt sich natürlich die Frage, warum Gesundheit nicht positiv zu denken sein soll.²¹² Einen der ersten und normativsten – und wohl auch am häufigsten zitierten – Beiträge zu einer positiven Bestimmung des Begriffes Gesundheit leistete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer 1946 verabschiedeten Gründungssatzung. Sie definiert Gesundheit als den

Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Fernseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte des Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.²¹³

Die WHO formuliert damit eine humanistische Definition von Gesundheit, in der sie nicht nur in der Vermeidung und Bekämpfung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ernsthafter Erkrankungen eine Aufgabe für die Staatengemeinschaft sieht, sondern sogar das Wohlbefinden aller Menschen einfordert. Zwar ist mit der Deklaration von Gesundheit als Menschenrecht noch lange kein staatliches oder supranationales Subjekt auf eine konkrete und zwingende Umsetzung verpflichtet, so macht dieses Verständnis aber doch deutlich, dass zu einem guten und erfüllten Leben mehr gehört als nur die Abwesenheit von Krankheit.

211 Für eine ausführliche Darstellung des Wandels gesellschaftlicher Gesundheitsvorstellungen siehe Faltermeier 1994, S. 68ff.

212 Freilich sollte hier keiner Unausweichlichkeit das Wort geredet werden, wohl aber auf vereinnehmende Tendenzen hingewiesen werden. Andreas Hanses konstatiert, „[...] dass die Forderung nach der Einführung des Subjekts in die Medizin für das professionelle Feld der biomedizinischen Medizin eine große Provokation“ darstellte (vgl. Hanses 2011, S. 337).

213 Weltgesundheitsorganisation 1946, Präambel der Verfassung vom 22. Juli 1946.

Wie dieses Ziel zu erreichen sei, formulierte die WHO 40 Jahre später in der Ottawa-Charta.

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel.²¹⁴

Gesundheit wird hier explizit als Mittel der eigenen Interessenbetätigung und Bedürfnisbefriedigung formuliert und nicht als Lebenszweck selbst. Gesundheit als Voraussetzung für Wohlbefinden, aber auch als dessen Mittel, ist deshalb nicht etwas Selbstzweckhaftes. Indem der „Zustand des Wohlbefindens“ nicht näher definiert wird, bleibt dieses Verständnis für die vielfältigen Bedürfnisse im und unter den Menschen offen und schließt Veränderungen und Entwicklungsprozesse mit ein.

Es wird deutlich hervorgehoben, dass die Menschen keine passiven Adressaten von Gesundheitspolitik sind, sondern aktive Mitgestalter an den Bedingungen und Voraussetzungen ihrer Gesundheit und damit letztlich auch ihres Wohlbefindens sein sollen.

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.²¹⁵

In der Abstraktheit des Begriffes „Wohlbefinden“, in dem hier jedes Interesse prinzipielle Berücksichtigung erfährt, liegt gerade der normative Gehalt dieses Verständnisses.

Genau daran entzündet sich jedoch auch Kritik. Die WHO würde mit dieser Definition einer haltlosen Utopie aufsitzen und Verhältnisse einfordern, die sich an der harten Wirklichkeit ohnehin blamierten, ist zwar ein sehr bekennder, doch noch harmloser Vorwurf.²¹⁶ Der renommierte Mediziner Hans Schaefer wittert in der „utopischen“ Konsequenz dieses Gedankens den Müßiggang, dessen Schädlichkeit er meint nachweisen zu können.

In der Tatenlosigkeit degenerieren Leib und Geist. Wer sich also Anstrengungen zu entziehen sucht, der entzieht sich selbst damit die Garantie, der Mechanismen habhaft zu sein, mit denen Existenz zu sichern ist. [...] Wohlbefinden entartet dann in einer

214 Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 84.

215 Weltgesundheitsorganisation 1986, S. 90.

216 Hierzu z.B. Hensen/Hensen 2008, S. 32f.

zweiten Entwicklungsphase zur Hemmungslosigkeit des Genießens, d. h. zu Überernährung, Konsum von Genussgiften, insbesondere von Zigaretten und Alkohol, und damit zu einer direkten Gesundheitsgefahr.²¹⁷

Wohlbefinden führt zu Tatenlosigkeit. Aber nur einerseits, denn andererseits schlägt sie gleich darauf auch noch in das genaue Gegenteil um, nämlich in Hemmungslosigkeit.

Schaefer polemisiert hier mit einer gezielten Übertreibung, indem er den Menschen sowohl als trägen Faulenzer wie als maßlosen Nimmersatt vorstellig macht. Was den Übergang vom einen Zustand in den anderen logisch begründen soll, bleibt er indes schuldig. Nach Schaefer ist der Mensch seiner Überlebensfähigkeit beraubt und letztlich schlägt sogar jenes Agieren in Krankheit selbst um. Den Menschen bescheinigt Schaefer mithin die Notwendigkeit der Kontrolle, damit seiner „eigentlichen“ Natur nicht zum Ausbruch verholfen wird. *„Gesundheit ist in jedem Fall das Resultat von persönlicher Askese. [...] Wohlergehen ist für die meisten Menschen aber Befriedigung ihrer Genussucht.“*²¹⁸ Askese ist der wahre Weg zur Gesundheit und Wohlbefinden aller Laster Anfang. Im Sinne der WHO-Formulierung meinte Wohlbefinden noch einen gewissen Zustand der Saturiertheit, die nicht mit Stillstand oder Finalität gleichzusetzen ist. Es kennzeichnete damit einen Prozess zur möglichst umfangreichen Befriedigung von Interessen und Bedürfnissen und der Schaffung entsprechender Bedingungen. Wie könnte man sich dies nicht als einen aktiven Prozess vorstellen? Im Sinne eines Kritikers wie Hans Schaefer wird Wohlbefinden dagegen mit Entbehrung identifiziert oder zumindest in einen logischen Wirkungszusammenhang gestellt. Alexa Franke kritisiert Hans Schaefer daher sehr treffend, wenn sie schreibt:

Wohlbefinden als Kriterium weckt offensichtlich Ängste, dass diejenigen, denen es wohl geht, das Leben als bloßes Belustigungsunternehmen verstehen, nichts mehr leisten und sich ausschließlich darauf konzentrieren, ihren persönlichen Spaß zu haben.²¹⁹

Schaefers Kritik an der WHO-Definition enthält implizit den Schluss, dass sich die WHO im Grunde an ihrem eigenen wohlmeinenden Vorsatz versündigt, da sie eine Deutung von Gesundheit vertritt, die viel eher zu Krankheit führt. Man möchte diese Kritik in der Gestalt ihrer Vertreter fragen, was an der Verfügung über Zeit zum Genuss falsch oder sogar schädlich sein soll, und warum die artgerechte Haltung unbedingt die der Entbehrung sei. Doch wenn man auf die gesellschaftliche Realität schaut, so kann man Schaefer wohl Entwarnung geben, denn dort geht es alles andere zu als wie im Schlaffenland.

Bezeichnend ist, dass weder hinsichtlich des Inhalts von Gesundheit noch bei der Betrachtung der Wege zur Gesundheit eine Definition über die Krankheit gegeben

217 Schaefer, Hans 1980, S. 86.

218 Schaefer, Hans 1980, S. 91.

219 Franke 2008, S. 32f.

wird. Im Gegenteil wird das Gesundheitsverständnis repräsentativ im Namen der Staategemeinschaft von einer genauen Bestimmung enthoben, indem ihr eine eigene Wertigkeit zugesprochen wird. Ohne auf die Zwiespältigkeit dieser supranationalen Formulierung und des instrumentellen Umgangs mit Gesundheit auf nationalstaatlicher Ebene näher eingehen zu wollen, erscheint es verständlich, dass sich ein Wandel im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs nur sukzessive durchsetzen konnte.

3.6. Der Paradigmenwechsel der Salutogenese

Während sich bis in die 1970er-Jahre das Gesundheits- und Krankheitsverständnis in Politik und Wissenschaft vom *Pathogenese-Ansatz* geprägt war, der sich mit der Frage „was macht uns krank?“ charakterisieren lässt, setzte sich langsam das bis heute gültige Modell der *Salutogenese* in den Gesundheitsdiskursen durch. Der Begriff *Salutogenese* geht auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück und bezeichnet einen Ansatz, der sich – als Gegenbegriff zur Pathogenese – von der Frage „was macht und hält uns gesund?“ leiten lässt.²²⁰ Das salutogenetische Modell geht dabei von zwei Grundannahmen aus: 1.) Krankheiten werden als eine zum menschlichen Leben gehörende Normalität begriffen, und 2.) Gesundheit und Krankheit spannen die Pole eines Kontinuums auf.²²¹ Insofern rekurriert dieser Ansatz auf das Gesundheits- / Krankheitsverständnis der Ärzte des Altertums, mit dem feinen Unterschied, dass es *Krankheiten* sind, die zum Alltag der Menschen dazu gehören und nicht nur kleinere Beschwerden. Der Vorzug dieses neuen Ansatzes wird dahingehend diskutiert, dass mit diesem keine strikte Abgrenzung von „gesund“ und „krank“ vorgenommen wird, wodurch sich die Gefahr einer Stigmatisierung von Menschen oder Menschengruppen und deren gesellschaftliche Diskriminierung reduziert, wie sie in der Geschichte oft praktiziert worden ist.²²² Menschen sollten nun nicht mehr schlicht als „krank“ bezeichnet werden, sondern es sollte auf die Möglichkeiten der Gesundwerdung und Gundhaltung hingewiesen werden.

Als Kehrseite dieses Ansatzes lässt sich aber ins Feld führen, dass die Krankheitsursachen, von denen sich die Fragestellung nun entfernt hat, nach wie vor vorhanden sind. Die Frage „was macht uns krank?“ könnte immerhin als Ausgangspunkt verstanden werden, all die gesundheitsschädlichen Zustände und ihre Ursachen aufzuspüren und zu beseitigen, denen die Menschen in ihrem Lebens- und Arbeitsalltag ausgesetzt sind. Stress, einseitige Belastungen, fremdbestimmte Arbeitsleistung sowie Giftstoffe im und durch den Waren- und Arbeitskräfteverkehr, um nur einige Gefährquellen zu nennen. Die Frage „was macht und hält uns gesund?“ unterstellt in gewisser Weise das Vorhandensein all dieser schädlichen Umstände und lenkt den

220 Vgl. Antonovsky 1997, S. 30.

221 Vgl. Antonovsky 1997, S. 29; Franke 2008, S 158.

222 Vgl. Kickbusch 2006, S. 33.

Fokus auf einen akzeptierenden Umgang *mit* ihnen.²²³ Innerhalb des Modells der Salutogenese ist insbesondere die Idee der „Heterostase“ hervorzuheben, in der Antonovsky die maßgebliche Bedeutung von bestimmten „Ressourcen“ für die Verhinderung von Krankheiten betont. Das Individuum ist nach dieser Idee mit verschiedenen individuellen und gesellschaftlichen Widerstandsressourcen ausgestattet und kann diese weiterentwickeln. Zu diesen Widerstandsressourcen zählt er alle Faktoren, die einen positiven Umgang mit sogenannten „Stressoren“ oder „Herausforderungen“ ermöglichen (*soziale*: Infrastruktur, Wissen, gesellschaftliche Netze; *individuelle*: Problemlösungsfähigkeiten, Konstitution, Geld).²²⁴ Das Heterostase-Modell beschreibt Gesundheit als ein ständiges Sich-Bewähren an (potenziell schädlichen) Umwelteinflüssen. In der radikalen Abkehr von der Pathogenese kann dieser Ansatz daher auch Gefahr laufen, sich einen kritischen Blick auf gesellschaftliche Quellen von Gesundheitsgefährdungen zu verstellen, wenn nämlich Schädigungen abstrakt als Bewährungsproben gefasst und damit umgedeutet werden. Tatsächlich hat Antonovsky solch eine absolute Abkehr nie befürwortet, sondern sogar auf die Berechtigung des Pathogenese-Ansatzes und seinen Nutzen explizit hingewiesen.

Der Wechsel in der erkenntnisleitenden Fragestellung der Gesundheitswissenschaften, wie sie auch von Kickbusch vertreten wird, kommt auch in der offiziellen WHO-Definition zum Ausdruck. Mit der Ottawa-Charta hat eine Akzentverschiebung stattgefunden, indem Gesundheit über ein Mehr an gesamtgesellschaftlichem Engagement und individueller Gesundheitsverantwortung erreicht werden soll. Wo vormals ein Appell an die Subjekte der Rechtssetzung ergangen war, um einen Zustand des vollständigen Wohlempfindens herbeizuführen, sind es nun vor allem die Privatpersonen mit ihren persönlichen Entscheidungen. Schmidt sieht diesen Paradigmenwechsel äußert kritisch. Die Chance auf Gesundheit als Zustand vollständigen Wohlbefindens ist zur Pflicht nach totaler Funktionsfähigkeit geworden. Reibungslose Normangepasstheit wird zur Grundvoraussetzung für gelingendes Leben. Krankheit ist zur selbstverschuldeten Auffälligkeit geworden, die es zu bekämpfen gilt.²²⁵ Es wird deutlich, dass auch in dieser Sichtweise ein großes Moment der Ausgrenzung und Stigmatisierung Einzug erhält. Wenn Gesundheit als Normalität absolut gesetzt wird, dann wird Abweichung zum Risiko. Die Kuration richtet sich an die Kranken oder Normabweicher, und die Prävention greift auf die Gesunden als potenziell künftige Normabweicher zu. Alle Menschen geraten in den Fokus der normanpassenden Optimierung.²²⁶ In der Unterwerfung unter die geltenden Maßstäbe der Funktionsfähigkeit werden Entscheidungen der Individuen nicht nur auch

223 Vgl. Antonovsky 1997, S. 26f. Dieser Widerspruch fällt Antonovsky selbst auf und er hofft daher, dass dieser Ansatz von jenen, „die dieses System beherrschen“ nicht zynisch gegen die Kranken gewendet und zum Zwecke der „sozialen Kontrolle“ gebraucht wird. Antonovsky 1997, S. 28.

224 Vgl. Antonovsky 1997, S. 35f; Vgl. Franke 2008, S. 161.

225 Schmidt 2008, S. 137.

226 Schmidt 2008, S. 137.

zu Gesundheitsentscheidungen gemacht, sondern darüber gerade zum Gegenstand der Beurteilung in Schuldfragen.

Auch die am subjektiven Einzelwohl ausgerichteten Definitionen der Weltgesundheitsorganisationen sind offenbar nicht davor gefeit, dass sich konkurrierende hegemoniale Diskurse ihrer bemächtigen, dass sie überformt und inkorporiert werden und sich ein instrumentelles Gesundheitsinteresse in ihr kleidet. Hanses betont daher, dass die Individuen mittlerweile zwar „[...] in das Zentrum der Analyse gerückt sind, in der Vermessung der Personen und ihrer Lebenspraxen aber sofort ihrer eigenen Definitionshoheit beraubt worden sind“.²²⁷

Hanes will nicht sagen, dass die Individuen keine Definitionshoheit oder Möglichkeiten zur definitorischen Umdeutung mehr haben, sondern vielmehr zum Ausdruck bringen, wie sie immer noch häufig in medizinischen und biopolitischen Diskursen vorkommen, nämlich als Objekte von Vermessungspraxen. Dass diese instrumentelle Betrachtungsweise am Eigensinn und den Eigensetzungen vorbeigeht, kann man wohl zu Recht als anthropologisches Glück auffassen, gestattet dieses Stück Unbeherrschbarkeit, welches in der Subjektivität eines jeden Menschen verborgen liegt, diesen doch ihrerseits, gegenläufige Praxen zu vollziehen und sich zu widersetzen.

3.7. Subjektive Theorien von Gesundheitsverständnis und -vorstellungen

Die soziale Dimension der individuellen Gesundheit ist unstrittig. „Gesundheit kann zwar zunächst als Zustand des Individuums verstanden werden; dieser ist aber immer schon sozial mitproduziert und kein rein natürliches Phänomen.“²²⁸ Doch so wenig sich das Gesellschaftliche vom Begriff der Gesundheit abspalten lässt, so wenig auch das Individuelle an ihr. Der Einzug des Subjekts in die Theorien von Gesundheit ist nicht mehr nur eine Forderung im Rahmen gesundheitswissenschaftlicher Diskurse, sondern er ist bereits vollzogene – wenn auch nicht unkritische – Praxis. Es sollte gezeigt werden, dass es darauf ankommt, wie das Subjekt einbezogen wird. „Gesundheit wird zwar anhand lebensweltnaher Dimensionen bestimmt, eine systematische Einbeziehung und Bezugnahme auf eine Subjektdimension bleibt aber weitgehend außen vor.“²²⁹

Aus der Sicht der Gouvernamentalitätsforschung ließe sich sogar zuspitzen, dass der Einbezug des Subjekts weniger im Sinne einer emanzipatorischen Partizipation stattfindet, sondern vielmehr zum Zwecke seiner verbesserten Vermessung? Wie lässt sich also Gesundheit vom Standpunkt des Subjekts denken? Und wie lässt sich in diesem Zusammenhang das erkenntnistheoretische Problem beantworten, dass jeder

227 Hanses 2011, S. 336.

228 Faltermeier 1994, S. 9.

229 Hanses 2011, S. 336.

individuelle Begriff von Gesundheit immer auch auf einer sozialen Konstruktion von Wirklichkeit beruht?²³⁰

Für Faltermeier liegt dieser Zusammenhang in der Aneignung des Gesundheitsbegriffes und damit assoziierter Lebensformen durch die Subjekte. *„Der Begriff von Gesundheit stellt eine soziale Konstruktion von Wirklichkeit dar; er wird vom Individuum subjektiv angeeignet und entsprechend seiner Lebenssituation und -erfahrungen transformiert.“*²³¹ Faltermeier macht deutlich, dass es sich dabei keinesfalls um eine Übernahme im mechanistischen Sinne handelt. Mit der Übernahme findet sogleich Transformation statt. Der Vergleich der sozialen Normen von Gesundheit mit dem eigenen Referenzsystem beinhaltet also einen offenen Ausgang. Es ist nicht festgelegt, ob die Normen einfach adaptiert, modifiziert oder gar zurückgewiesen werden. Präskriptive Normen bilden somit zwar einerseits wirkmächtige Deutungsgefüge, indem sie Grenzen des Sagbaren festlegen. Gleichzeitig sind sie aber auch zunächst nur das „äußere Material“, das durch Individuen in ihrem Auseinandersetzungsprozess mit der Gesundheit angeeignet werden muss. *„Individuelle Vorstellungen darüber, was Gesundheit sein kann, und gesellschaftliche Erfordernisse darüber, was gesund sein soll, laufen dabei parallel.“*²³² Faltermeier betont, dass sich diese Normen vor allem auch an der Relativität des Werts der Gesundheit im Eigensinn der Menschen brechen müssen. *„Gesundheit stellt für Menschen nur ausnahmsweise ein Ziel im Leben dar, vielmehr liegt ihre Bedeutung darin, daß sie die Voraussetzung für Lebensaktivitäten ist, auch dafür, sich im Leben zu verwirklichen.“*²³³

Nicht leere Eigenschaft oder Wert schlechthin stellt Gesundheit dar, sondern Voraussetzung und Mittel der Bedürfnisbefriedigung. Als dieses Mittel kann Gesundheit dann durchaus auch in einem qualitativen-quantitativen Verhältnis betrachtet werden: Welche Möglichkeiten eröffnet mir eine bestimmte Gesundheit?

Gesundheit heißt also, ein bestimmtes Potential zu haben, Ressourcen zu besitzen und mobilisieren zu können, um handeln zu können. In diesem Sinne meint Gesundheit Handlungsfähigkeit, die aber nicht nur Leistungsfähigkeit umfaßt sondern auch Erlebnisfähigkeit.²³⁴

Man sieht, dass sich hier gar nicht so sehr ein konträres Verständnis von Gesundheit im Vergleich zur funktionalen Betrachtungsweise vom Standpunkt der Biopolitik und des Empowerments aus vorliegt. Auch dort war von der Mobilisierung der Ressourcen die Rede und von der Erweiterung der Handlungsfähigkeit.

Der entscheidende Unterschied liegt hier in der Frage, wofür ist jemand handlungsfähig? Auf was soll sich seine Befähigung richten? Ist das Individuum das Subjekt dieser Setzung oder ist es Objekt in einer fremden Setzung? Letzteres ist vom

230 Faltermeier 1994, S. 55.

231 Faltermeier 1994, S. 68.

232 Schmidt 2008, S. 131.

233 Faltermeier 1994, S. 57.

234 Faltermeier 1994, S. 57.

Standpunkt der Biopolitik aus der Fall, also der Bemächtigung der Subjektivität durch die hegemonialen Diskurse, wie im Kapitel zur Gouvernamentalität gezeigt wurde. Das Individuum erscheint hier als vereinnahmtes Objekt.

Der gesunde und gebildete ‚Bürger‘ ist informiert darüber, wie Gesundheit und Bildung herzustellen sind, welche Praxen der Disziplinierung erforderlich sind, welche Ressourcen genutzt werden müssen und mit welchem Zuwachs sozialen Kapitals zu rechnen ist. Diese Praxen der Bearbeitung eines Selbst konstituieren das Gefühl, ein besonderes differentes Subjekt zu sein. Dass der durch die Übernahme der Selbstbearbeitung vermeintliche Gewinn an individueller Konturierung allerdings eine Übernahme von Disziplinierungspraxen beinhaltet, bleibt den sozialen Akteuren dabei nur zu oft verborgen bzw. darf auch nicht wahrgenommen werden.²³⁵

Was Hanses hier ausführt, ist weniger eine Empirie als vielmehr die Kennzeichnung eines gesundheits- und bildungspolitischen Ideals und wie der Mensch in ihm vorkommt. Kann deshalb aber gesagt werden, dass diese Setzungen und Argumentationsfiguren nicht auch im Subjekt vorkommen? Ganz so einfach, wie im Gedanken einer mechanistischen Übernahme ausgedrückt, ist es nicht – es sei denn, man würde alle Ausführungen zum *Eigensinn* wieder über Bord werfen. Anschließend an die Ausführungen zum *Eigensinn* folgere ich hingegen, dass man vielmehr annehmen kann, dass es der *Eigensinn* mit dieser Sorte Setzungen zu tun bekommt oder bekommen wird und von ihm eine Übernahme verlangt wird. Dies kann sich in abgeschwächter Form oder nicht unbedingt als Zwang, sondern viel häufiger als Angebot verpackt, abspielen. *„Mit der Wertschätzung von Gesundheit wird geworben, über gesundes Leben werden Ratschläge gegeben, zu ihrer Steigerung werden Mittel angepriesen, am Umgang mit Gesundheit werden soziale Differenzierungen vorgenommen.“*²³⁶

Vor diesem Hintergrund stellt die Erkrankung eine Störung dar. Nicht nur in der subjektiven Selbstwahrnehmung, dass mit ihr einiges zumindest temporär verunmöglicht wird, sondern auch ausgehend vom angepriesenen Ideal der absoluten Leistungsfähigkeit. *„Erkrankung ruft zur Selbstdeutung und zu Sinnfragen auf. Deutungen, Sinnstiftungen und Bewältigungsformen der erkrankten Person sind nun entscheidend geprägt durch die lebensweltlichen Erfahrungen und Sinnhorizonte.“*²³⁷ Eine Erkrankung muss in vielerlei Hinsicht verarbeitet werden. Neben die physischen Aspekte treten Deutungskämpfe einander widerstreitender Sinnkonstruktionen, die als direkte Forderung, als lockendes, ermutigendes, tröstendes oder Ehrgeiz förderndes, in jedem Fall aber *latentes* Angebot an die „abweichenden“ Individuen gestellt werden. Entsprechung und Abweichung machen sich hier jedoch nicht nur an biomedizinischen Kennziffern fest, sondern haben sich als dichotomisierendes Distinktionschema auch auf andere Bereiche des Lebens ausgedehnt. Faltermeier spricht daher

235 Hanses 2011, S. 340.

236 Faltermeier 1994, S. 68.

237 Koppelin/Müller 2010, S. 80.

davon, dass die Inszenierung des Körpers zunehmend zu einer Strategie der sozialen Differenzierung geworden ist.

Bei diesem Wandel gewinnt man jedoch gelegentlich den Eindruck, daß sich die Beschäftigung mit Gesundheit fast zu einem neuen Kult entwickelt hat und daß der Körper in hohem Maße zu einem Mittel der Stilisierung des Selbst wird.²³⁸

Normalität, wie auch immer diese zu einem gegebenen Zeitpunkt definiert sein mag, wird in diesem Streben sogar schnell schon wieder zu einem Abgrenzungsmerkmal nach unten. Damit erhält eine Differenzierung der Individuen nach der Entsprechungs-/Abweichungslogik gemessen an gesellschaftlichen „Normalzuständen“ eine eigendynamische Fortschreibung, Weiterentwicklung und Kontingenz durch die Subjekte, ohne dass ihnen dies eine Autorität unmittelbar abverlangen würde. Wenn Frauke Koppelin und Rainer Müller schreiben, dass *„Jugend und Schönheit, Wohlbefinden und Unversehrtheit [...] Leitmotive von Körperbildern, Körperkulturen und Leiblichkeitsverständnissen (sind)“*²³⁹, dann kann diese Setzung allgemeiner Maßstäbe nur deshalb wirken, weil sie durch die Individuen selbst verinnerlicht sein muss, andernfalls könnte ihnen diese Setzung gar nicht als allgemeine Norm gegenüberreten.

Und dennoch lässt sich subjektive Gesundheit nicht so einfach überformen. „Wenn man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, so eben deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann.“²⁴⁰ Subjektive Gesundheit bleibt immer auch ein Verhältnis zu sich selbst und daher renitent gegenüber äußeren Setzungen. Auch wenn Gadamer darin eine Unverträglichkeit ausmacht, von subjektiver Gesundheit auf der einen und den ihr aufgepressten Normwerten auf der anderen Seite, so muss man sagen, dass dies soziale Wirklichkeit darstellt.²⁴¹ Es ist eben komplizierter und man kann subjektive Gesundheit nicht zu einer der beiden Seiten von Eigensetzung und Fremdbestimmung auflösen.

3.8. Was ist also Gesundheit? – Eine kritische Standortbestimmung

Zunächst sei noch einmal an den normativen Ausgangspunkt einer positiven Bestimmung von Gesundheit erinnert, nämlich an die Definition von Gesundheit als subjektives Wohlbefinden. Auch wenn diese Definition sehr anspruchsvoll ist und ihr bisweilen Utopismus vorgeworfen wird, hat sie sich mit Sicherheit nicht zuletzt deshalb so lange in den verschiedenen Diskursen gehalten, weil sich in ihr ein menschliches Urbedürfnis nach Sicherheit und Wohlergehen ausdrückt. Auch wenn dieses

238 Faltermeier 1994, S. 69.

239 Koppelin/Müller 2010, S. 78.

240 Gadamer 1993, S. 138f.

241 *„Die Gesundheit lässt sich Standardwerte, die man auf Grund von Durchschnittserfahrungen an den Einzelfall heranträgt, als etwas Ungemäßes nicht aufzwingen.“* Gadamer 1993, S. 138.

nicht verwirklicht ist und vielleicht auch nicht immer erreicht werden kann, so kennzeichnet diese Forderung nicht nur einen Endzustand, sondern will gerade für das Streben danach werben und mobilisieren. Dieses Gesundheitsideal bildet damit einen wichtigen Fluchtpunkt im menschlichen Streben, nach dem sich Handeln ausrichtet. Was es dafür braucht, zu diesem Wohlbefinden zu gelangen, bzw. das eigene Wohlbefinden im zeitlichen Verlauf beständig zu praktizieren, zu erhalten und auch zu erhöhen, ist so vielfältig wie es Individuen gibt. Und ebenso verhält es sich mit dem, wie das Wohlbefinden durch die Individuen hergestellt wird. Als Bedürfnis-Wesen richten die Individuen vielleicht nicht jede Minute ihres Lebens darauf aus – sicher aber einen maßgeblichen Umfang ihrer Lebenszeit und ihrer Anstrengungen. Als *soziale* Wesen vollziehen sie dieses Streben gemeinsam miteinander, in Abhängigkeit voneinander und, wie anhand der Darstellung der Konkurrenz um Anerkennungserfolge gezeigt wurde, bisweilen auch gegeneinander.

Als ein für dieses Streben entscheidendes Bedingungsgefüge sollen auch die Sphären der Erwerbsarbeit und der marktwirtschaftlichen Konkurrenz nicht unerwähnt bleiben, da von den Erfolgen in diesen Sphären weitreichende materielle und sogar ganz existenzielle Fragen von Ausschluss und Teilhabe abhängen und hier mitunter Weichen gestellt werden, die sich nur schwer und manchmal gar nicht rückgängig machen lassen. Die Erwerbsarbeit soll dabei nach Möglichkeit die gewünschten Früchte für ein angenehmes Leben einbringen und dabei genug Zeit lassen, diese auch genießen zu können.

Festzuhalten ist, dass Menschen immer für bestimmte Bedürfnisse leben und arbeiten, von denen sie sich ein gewisses Wohlbefinden versprechen. Ihre Gesundheit kommt in dieser Betätigung ihrer Subjektivität, im Streben nach *Genuss*, als *Mittel* des Selben vor. Tatsächlich macht die „Leibvergessenheit“ im Augenblick des Genusses das Genießen erst so richtig möglich. Das Bewusstsein wendet sich ab von den möglichen Auswirkungen, den der bestimmte Genuss auf die Gesundheit haben könnte und konzentriert sich auf den Genuss selber. Egal ob der Genuss im Adrenalinrausch während einer Skiabfahrt besteht, im Verzehr eines guten Essens oder auch dem Konsum einer Zigarette, der Blick auf die Gesundheit ist der vom Standpunkt der *Ermöglichung* von Genuss. Insofern kann auch allen Menschen ein Interesse an ihrer Gesundheit zugesprochen werden, aber eben nicht als Abstraktum ohne Inhalt, sondern immer reflektiert auf ein Bedürfnis, *für das* die Gesundheit vorhanden und intakt sein muss. So wissen die meisten Menschen, die zum Beispiel ein grippaler Infekt erlitten hat, auch anzugeben, für welche Tätigkeiten und Interessen sie sich eine schnelle Genesung wünschen. In dem konkreten Bedürfnis hat das Interesse an der eigenen Gesundheit und ihrer Pflege auch ihr *Maß*. Gesundheit taucht hier als die „*langweilige Angelegenheit*“²⁴² auf, die, wenn sie geschädigt ist, manche der gesetzten Ziele und gewünschten Genüsse verwehrt. Salopp könnte man es so ausdrücken, dass die Gelenke für das Wandern noch heil, die Atemwege für den Freizeitsport noch

242 Franke 2008, S. 43.

frei sein müssen, und auch das beste Essen nicht schmeckt, wenn man „sich nicht fühlt“.

In *dieser* Selbstverständlichkeit müsste Gesundheit keineswegs zur Pflicht gemacht werden, sie entspringt ja gerade dem Eigeninteresse der Menschen, ihren materiellen wie auch ideellen Bedürfnissen nachzugehen und auch in Zukunft nachgehen zu können. Natürlich kann durch risikoreiche oder gesundheitsschädliche Genüsse zukünftiges Genießen gefährdet werden, doch liegt dies im Entscheidungshorizont des Subjekts, ob es zukünftigen Genuss gegen gegenwärtigen eintauscht.

Wie ich in den vorausgegangenen Aushandlungen gezeigt habe, sind die Subjekte in den herrschenden Diskursen jedoch nicht ganz so allein gelassen. Es wird in seinen Kalkulationen und seiner Willens- wie Bedürfnisbildung betreut, beraten, beworben und bisweilen gelenkt, genötigt, bevormundet. Heute auf Genuss zu verzichten, um in der Zukunft erneut auf ihn verzichten zu können, macht nur schwerlich Sinn, zieht sich aber als resistente Botschaft durch viele gesundheitspolitische Publikationen und Gesundheitsratgeber. Da ist also vom Standpunkt des Genusses nicht jede Entscheidung leicht, aber so manche Entscheidung wird vom Standpunkt des Genießendürfens noch reichlich erschwert, wie der Risikodiskurs gezeigt hat.²⁴³

Man sieht also, dass Gesundheit nur dann zur Pflicht gemacht werden muss, wenn aus ihr Leistungen verlangt werden, deren Nutznießer nicht die Adressaten dieser Pflicht sind, da dies einen unmittelbaren Widerspruch darstellen würde.²⁴⁴ Mit der Forderung nach Leistungsfähigkeit wird bewusst nicht genannt, um welche Leistung es sich dabei genau handelt, für die man gesundheitlich befähigt sein soll. Vielmehr wird wie selbstverständlich sogar davon ausgegangen, dass sich die an die Menschen gestellte Anforderungen im Zeitalter der Globalisierung ohnehin ständig ändern, wobei sie eher zu- als abnehmen. Um dieser Forderung in ihrem ganzen Gehalt nachzukommen, müssen die Menschen auch von ihrer konkreten Vorstellung einer *bestimmten* Gesundheit abstrahieren, die ihnen gewissermaßen reichen könnte. „Jeder ist gehalten, in sein individuelles Humankapital zu investieren, ob aber die individuellen Investitionsentscheidungen sich als rentabel erweisen, weiß man erst hinterher.“²⁴⁵ Die Menschen sollen sich zu ihrer Gesundheit nicht in der Weise stellen, in der sie abwägen, „wie viel“ Gesundheit ihrem Interesse nach genug ist und ihre Gesundheit also auch schon mal vernachlässigen. Sie sollen *generell* leistungsfähig sein, sich dabei fortwährend an Maßstäben messen lassen, die sie selber gar nicht überschauen, geschweige denn vollständig mitbestimmen können. Vor dem Hintergrund einer dermaßen unsicheren Ausgangslage ihrer gesundheitlichen Bewährung,

243 Für eine kritische Nachzeichnung funktioneller Betrachtungsweisen von Gesundheit und Krankheit siehe auch Bittlingmayer 2016.

244 Alfons Labisch vertritt die Auffassung, dass die Pflicht zur Gesundheit unmittelbar zur bürgerlichen Gesellschaft gehört. „Seit der Französischen Revolution gab es zwar ein ‚Recht auf Gesundheit‘, aber es gab notwendigerweise auch eine ‚Pflicht zur Gesundheit‘ – beides gehörte und gehört unauflöslich zusammen.“ Labisch 1998, S. 509.

245 Schmidt-Semisch 2004, 223.

deren einzige Gewissheit ist, dass sie fortwährend zu bewältigen sein wird, ist eine einmal erreichte Gesundheit nie genug.

Gesundheit wird somit zum Dauerprogramm; nicht weil ein Alterungsprozess auch Beschwerden mit sich bringt, sondern weil sich die zu erbringenden Leistungen nicht an der jeweiligen Leistungsfähigkeit des Individuums ausrichtet. Es verhält sich umgekehrt: Das Individuum muss den sich ständig wechselnden und wachsenden Leistungsanforderungen hinterhereilen. *„Gesundheit ist hier weit mehr als ein Mittel, um ein ordentliches bürgerliches Leben zu führen, es steht für das Programm der Bewältigung des Lebens überhaupt.“*²⁴⁶ Dass sich die Menschen, die dabei zu Schaden kommen, das in den meisten Fällen nicht selber ausgesucht haben, mag auf der Hand liegen. Es stellt sich also die Frage, wie es dazu kommt, dass es wie selbstverständlich erscheint, sich den Anforderungen anzupassen, anstatt den Ursachen einer Gesundheitsschädigung auf den Grund zu gehen und sie zu beseitigen?

Machen soll sie [die Gesundheit, D.W.] der Einzelne, in Eigenverantwortung ist Sorge zu tragen für die körperliche und geistige Fitness. Gesundheit wird zum Lebenserfolg, denn der gesunde Mensch beweist, dass er das gegenwärtig gültige ökonomisierte Gesellschaftsprinzip der eigenverantwortlichen Leistungsfähigkeit inkorporiert hat. In der Leistungsgesellschaft ist Gesundheit zu einem zentralen, wenn nicht zu dem zentralen und einzig statthaften Mittel zur Erreichung persönlicher Lust geworden.²⁴⁷

Schmidt macht deutlich, dass zur Durchsetzung der allgemeinen Zielsetzung mit dem Inhalt „Gesundhaltung“ ein großes Maß an Zwang im Spiel war. Dieser Zwang besteht zum einen in einer negativen Abhängigkeit der Menschen: Die Verfolgung des Programms der individuellen Gesundhaltung ist zwar keine Garantie für den Lebenserfolg im Ökonomischen wie im Sozialen, aber darauf zu verzichten sollten sich die Menschen lieber nicht erlauben, denn auf diese Weise würden sie ihren Bedürfnissen und Absichten mit Sicherheit schaden. Zum anderen gibt es aber auch einen weit offeneren Zwang, den man zum Beispiel den Kürzungen von Gesundheitsleistungen unmittelbar ansehen kann.

Die Menschen haben sich um ihre Gesundheit zunehmend selbst zu kümmern – so der moderne gesundheitserzieherische Imperativ –, auch indem sie die Kosten von Krankheit vermehrt im zynischen Bild des „Selbstverursachers“ zu tragen haben. Doch mit ökonomischem Zwang alleine soll dieses Gesundheitsverständnis nicht herbeidiktiert werden, vielmehr hat sich im gesellschaftlichen Diskurs ein Gesundheitsverständnis durchgesetzt, das nach Übernahme durch die Subjekte verlangt, indem es sie als aktive Mitgestalter der Gesundheit anruft und ihnen entsprechende Leitbilder liefert. Dies schafft Zwang zwar nicht unbedingt ab, macht ihn aber unter Umständen weniger (offensichtlich) nötig.

246 Göckenjan 1992, S. 43.

247 Schmidt 2008, S. 135.

3.9. Resümee

Es hat sich somit gezeigt, dass sich in der modernen Gesellschaft ein Gesundheitsbegriff durchgesetzt hat, mit dem Gesundheit nicht nur als eine Voraussetzung für eine bestimmte Zweckverfolgung und Bedürfnisbefriedigung angesehen wird, sondern eine bestimmte Leistung gefordert ist. Es gibt in der modernen Gesellschaft also beides: Neben der Wertschätzung von Gesundheit als „höchstes Gut“ besteht die Ansicht, dass Gesundheit eigentlich eine „*langweilige Angelegenheit*“²⁴⁸ sei, solange sie eben den eigenen Zwecken und Zielen nicht im Wege steht. Gesundheit wird durch die Subjekte aktiv mitgestaltet und zwar in einem doppelten Sinne: Die Individuen bleiben in ihrer Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich herrschenden Normen die Subjekte der Einschreibung, indem sie selber transformierend tätig werden und sich kein wie auch immer gearteter Zwang einfach in sie einschreibt. Gleichzeitig sind sie die Subjekte der Verallgemeinerung der Normen, insofern sie als ihre Repräsentanten agieren, sich und andere messen und Entsprechungs-/Abweichungslogiken praktizieren. Und wiederum gleichzeitig beraubt sie ihr eigenes Tun immer auch ein Stückweit dieser Subjekthaftigkeit, indem es ihnen durch die anderen zurückgespiegelt und als Forderung an sie zurückgereicht wird.

248 Franke 2008, S. 43.

4. Lebensphase Jugend – Das Leben in und mit der Statuspassage

Mit dem Begriff von Jugend werden eine Vielzahl von Eigenschaften, Attributen und Bilder assoziiert. Sie gilt als eine Zeit der Selbstfindung und Selbstwerdung, als eine Zeit des Ausprobierens, des übenden Spiels mit wahrgenommenen Rollenbildern, als Möglichkeitsraum der eigenen Entfaltung, als eine Sturm- und Drangzeit, vielleicht sogar als „die schönste Zeit des Lebens“ und nicht zuletzt als eine Phase prägender körperlicher und psychischer Entwicklung. *Jugend* als Begriff ist hochgradig kontingent und lässt sich kaum in einem Satz adäquat zusammenfassen. So machte der Soziologe Karl Lenz bereits Mitte der 1980er-Jahre darauf aufmerksam, dass man Jugend nicht als eine „*biologisch vorgegebene Konstante*“ verstehen könne, die „*in allen Kulturen und über die historische Zeit hinweg in derselben Ausprägung anzutreffen ist*“.²⁴⁹ Jugend ist es etwas Kulturelles, historisch Gewachsenes und kein Vorgang, der sich am Körper eines Menschen durch die Umstellung hormoneller Prozesse Raum und Zeit unabhängig vollzieht. Wenn Pierre Bourdieu in dem Buch „Soziologische Fragen“ ein Kapitel mit dem Titel „*Jugend ist nur ein Wort*“²⁵⁰ überschreibt, so weist er auf Jugend als soziales Konstrukt hin und dies durchaus in provokativer Absicht. Wenn man bedenkt, dass zur Zeit der Veröffentlichung des Buches das Verständnis längst nicht durchgesetzt war, dass Begriffe letztlich immer Resultat gesellschaftlicher Zuschreibung sind, muss die Formulierung „nur ein Wort“ für einige Leser und Leserinnen wie die Behauptung von Beliebigkeit und Folgenlosigkeit geklungen haben. Doch keineswegs sollte behauptet werden, dass der *Jugend* wenig Bedeutung beizumessen sei, sondern genau das Gegenteil versucht er hier zum Ausdruck zu bringen. *Jugend* mag zwar keine festgeschriebenen, quasi naturgegebenen Eigenschaften haben, sodass die Zuschreibungen durchaus – zumindest im Prinzip – beliebig sein können, gleichwohl gelten die jeweils hegemonialen Zuschreibungen.²⁵¹

249 Lenz 1986, S. 16.

250 Bourdieu 1993, S. 136.

251 Siehe hierzu auch Regine Gildemeister und Günther Robert: „*Jugend und Alter stellen ebenso wie die Geschlechterkonstruktionen eine gesellschaftliche Realität dar, die in die Vorstellungswelten, in die sozialen Praktiken der Individuen und in die gesellschaftlichen Institutionen eingeschrieben ist.*“ Gildemeister/Robert 2008, S. 109.

Ich werde versuchen, mich im Folgenden dem Begriff *Jugend* Schritt für Schritt zu nähern, um dabei der Komplexität dieses Phänomens angemessen Rechnung zu tragen und zugleich diese Komplexität für das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit behutsam zu reduzieren. Es soll dargestellt werden, was *Jugend* als soziales Konstrukt auszeichnet, welche Zuschreibungen an sie geknüpft werden und wie die Subjektivität der Heranwachsenden in den einzelnen Ansätzen Berücksichtigung findet.

4.1. Konzepte von Sozialisation und Betrachtung von Jugend

Eine in der Literatur zur Jugendsoziologie häufig zitierte Definition von *Jugend* stammt aus der Feder des Soziologen Friedrich Tenbruck aus den 1960er-Jahren. Er verstand Jugend vor allem unter dem Gesichtspunkt der Erfüllung gesellschaftlicher Funktionen. „*Jugend ist wesentlich ein Durchgangsstadium, ein Übergang, eine Vorbereitung auf die erwachsenen Rollen, eine Einführung in die Kultur.*“²⁵² Der Zweck des Durchlaufens dieses Stadiums liegt in der Vorbereitung für Rollen, in die das heranwachsende Subjekt erst noch *hineinwachsen* muss. Diese existieren getrennt und außerhalb von ihm. Vom Erkenntnisstand der gouvernementalen Analysen aus betrachtet, kann man diese Bestimmung von *Jugend* durchaus als eine treffende Beschreibung aktueller Analysen interpretieren.

Was zu Zeiten Tenbrucks noch keinen Gegenstand der Kritik eines sozialwissenschaftlichen Diskurses darstellte, ist heute ein sehr kontrovers diskutiertes Thema. So wird die Selbstverständlichkeit der Erfüllung von Rollen, unabhängig davon, ob es sich dabei um Heranwachsende handelt oder nicht, hinterfragt und nicht einfach als eine soziale Gegebenheit hingenommen. Was Tenbruck hier mit „*Einführung in die Kultur*“ als ein recht harmlos anmutendes Ritual schildert, stellt sich bei näherer Betrachtung, insbesondere aus der Perspektive der Jugendlichen, als eine Konfrontation ihres Lebensweltbezugs mit neuen an sie gestellten Ansprüchen heraus. Auch wenn hier der von Tenbruck verwendete Begriff „Einführung“ selbst einen passiven Prozess betont, stellt er das soziale Ereignis dennoch nicht ganz in seiner Asymmetrie dar, folgt man der Soziologie Katharina Liebsch. Sie symbolisiert den Akt wesentlich schärfer, wenn sie von der gesellschaftlichen Zuschreibung als „*eine Art Platzanweiser*“ spricht. Weiter führt sie aus: „*Ein grundlegendes inhaltliches Merkmal des Platzes, den man zugewiesen bekommt, wenn man als jugendlich bezeichnet wird, ist der des Übergangstatus': halb Kind, halb Erwachsener, nicht mehr Kind, noch nicht Erwachsener.*“²⁵³ Es scheint insofern, als sei mit *Jugend* genauso eine Nicht-Kategorie beschrieben wie mit dem Begriff der Gesundheit: Die *Jugend* ist weder Kindheit noch Erwachsenenleben, wie Gesundheit lange Zeit als Nicht-Krankheit beschrieben wurde. *Jugend* ist nicht etwas, was man ist, sondern beschreibt vielmehr einen Zustand des Noch-nicht-Seins. Damit ist *Jugend* keine leere Hülle, sondern eine Zuschreibung, die Maß nimmt am erwarteten Soll abgeschlossener Entwicklungen.

252 Tenbruck 1965, S. 18.

253 Liebsch 2012a, S. 12.

Der Sozialhistoriker Philip Jost Janssen konkretisiert das Phänomen der Jugend als gesellschaftliches Konstrukt, wenn er sie folgendermaßen beschreibt:

Sie [die Lebensspanne zwischen Kindheit und Erwachsenenstatus, D.W.] ist also in ihrer Form und Dauer ein Konstrukt der Erwachsenenwelt, oder besser gesagt: ein Konstrukt v.a. der Institutionen Familie, Schule, Kirche und der Autoritäten in Arbeitswelt und Staat, wobei Jugend nicht nur als eine wenige Jahre umfassende Phase intensiver Sozialisation, sondern auch als Phase angestrebter Disziplinierung und Disziplinierungsversuche gesehen werden muss.²⁵⁴

Janssen spannt hier verschiedene Ebenen des Begriffes auf. Es sind bei ihm vor allem die Institutionen, die als die Subjekte der Setzungen auftauchen. Zwar haben auch die Jugendlichen in den angeführten Institutionen Freiheiten und eigene Gestaltungsspielräume, doch kann man eine erhebliche Asymmetrie von Handlungs- und Deutungsmacht in und durch die Institutionen nur schwerlich leugnen.²⁵⁵ Die Institutionen zeigen im Prozess der Sozialisation Wirkmächtigkeit, da mit ihnen entscheidende, gesellschaftlich als normal geltende Lebensverläufe gesetzt werden.

Diesem Hinweis auf die in dieser Zeit stattfindenden Disziplinierungsprozesse folgend, muss eine wissenschaftliche Betrachtung nicht nur auf die Normen, sondern vor allem auch die Prozesse ihrer Aneignung Bezug nehmen, da sie neben Friktionen immer auch die Möglichkeit des Scheiterns einschließen. Janssen identifiziert beispielsweise innerhalb der Jugendsoziologie zwei Grundkonzeptionen von Jugend. Neben dem oben explizierten Verständnis von Jugend als Transitionsphase, lässt sich Jugend auch als eine gesellschaftlich gewährte „*Auszeit*“ verstehen. Janssen folgend, wird die Transition verstanden als „*kurzer Übergang im linearen Verlauf vom Kind zum Erwachsenen*“, womit das Moratorium stärker die Autonomieaspekte betonen soll.²⁵⁶

Von beiden Konzepten kann geschlossen werden, dass von institutionalisierter Jugend die Rede ist, denn die Freiräume beziehen sich gerade auf gesetzte Schranken und formulierte Erwartungen, die nur noch nicht oder nicht voll und ganz zur Anwendung kommen, sondern vorerst als mehr oder weniger zukünftige Handlungsmaßgaben im Hintergrund verweilen. Es handelt sich also einerseits *nur* um einen Aufschub, dieser wird aber andererseits heranwachsenden Subjekten auf vielen Feldern sozialer Interaktion Freiräume zugestanden: Von der rechtlichen Strafmündigkeit, über das Aneignen und Experimentieren mit politischen Standpunkten, Fragen des „guten Geschmacks“ z.B. bei Kleidung oder Umgangsformen bis hin zum Zugehörigkeitsverständnis, noch mal Kind sein zu dürfen.

Wie der Volksmund zu sagen weiß, ist „aufgeschoben nicht aufgehoben“ und wie lange diese Freiräume zugestanden werden, also ab wann diese Phase definitiv

254 Janssen 2010, S. 30.

255 Es geht mir an dieser Stelle nicht um eine Kritik an diesen Institutionen oder einzelnen Praktiken.

256 Janssen 2010, S. 30.

aufhört, lässt sich nicht eindeutig ableiten. Diese Setzungen sind nach Janssen immer historisch und kulturell bedingt, und allgemeine Unter- und Obergrenzen lassen sich nur schwer definieren, wobei für die Obergrenzen der Jugend wesentlich klarer definierte gesellschaftliche Grenzziehungen existieren. Als ein bedeutsames Datum nennt Janssen hier die Volljährigkeit, da mit ihr ein rechtlicher Status formuliert wird, der eindeutige Rechte (z.B. politische Partizipation und Geschäftsfähigkeit) und Pflichten (z.B. Militärdienst oder Mündigkeit im Zivil- und Strafrecht) mit sich bringt. Weiter führt Janssen aus:

Dann gibt es eine festgelegte ‚Berufsreife‘, prädisponiert durch die historisch wandelbare obligatorische Schulpflicht, die sich in Schüben verlängerte und Jugendalter ausdifferenzierte bzw. für Teile der Jugend wirtschaftliche Selbständigkeit hinauszögerte.²⁵⁷

Für einen Teil der Heranwachsenden wird der Schutzraum, der mit der Jugend verliehen wird, verlängert, wenn er an die Schule und das mehrgliedrige Schulsystem gebunden ist. Für einige beginnt so der „Ernst des Lebens“ früher als für andere, unabhängig davon, ob sich diese bereit dafür fühlen.

Als die „*traditionellste Abschlusszäsur der Jugend überhaupt*“ bezeichnet Janssen die *Eheschließung*.²⁵⁸ Diese rückt zwar in den modernen westlichen Gesellschaften im Alter der Eheschließenden immer weiter nach hinten, wofür es unterschiedliche – nicht zuletzt ökonomische – Gründe gibt, doch bleibt auch sie als definitives Datum bestehen. Ein ausdifferenziertes Ehe- und Scheidungsrecht steht für die vielfältigen wechselseitigen Verpflichtungen, die die PartnerInnen gegenüber einander haben.

Alle hier genannten „Abschlussgrenzen“ müssen zeitlich nicht zusammenfallen. Zwischen ihnen können, vor allem, wenn man die Eheschließung einbezieht, viele Jahre liegen, sodass sich aus den verschiedenen Daten vielmehr eine Grauzone formiert. Andre „Abschlussgrenzen“ können einander wiederum bedingen, wie zum Beispiel der Einstieg in die Berufs- oder Studienwelt, die den Auszug aus dem Elternhaus notwendig machen kann, womit der Grad der Autonomie zunimmt, aber auch ein Stück alter Sicherheit hinter sich gelassen wird. Als weitere Abschlussriten zählen auch die Konfirmation bzw. Firmung, der Schulabschluss oder die Erlangung von Erwachsenenrechten im Bereich des Konsums, ohne dass jedes für sich schon eine abgeschlossene Phase repräsentiert.²⁵⁹

Das Ziehen einer klaren Untergrenze des gesellschaftlichen Konstrukts *Jugend* beschreibt Janssen als weitaus schwieriger, obgleich sie an einem scheinbar objektiven, weil biologischem Kriterium festgemacht wird. Zwar hat man „*mit der Pubertät die biologische Geschlechtsreife erlangt*“, jedoch ohne dass man „*von der Gesellschaft die*

257 Janssen 2010, S. 31.

258 Janssen 2010, S. 31.

259 Vgl. Janssen 2010, S. 35.

soziale Reife vollständig zugeteilt bekommen hat“.²⁶⁰ „Verleihung von gesellschaftlich relevanten Rechten und Pflichten“ findet vielmehr als langjähriger, sukzessiver Prozess statt. Dass dies ein Konstrukt der Moderne ist, führt Janssen am Beispiel vor- bzw. frühindustrieller Gesellschaften aus.²⁶¹

Bisher wurde Jugend aus dem Blickwinkel gesellschaftlicher Institutionen, Funktionen und Normen betrachtet, die zweifelsohne vorherrschen, aber nicht den gesamten Gegenstand erfassen, wenn von Jugend die Rede ist. Es fehlte in dieser Darstellung das Subjekt, das selber als deutendes Wesen, als Akteur oder Akteurin, in diesem Prozess vorkommt. Adoleszente Möglichkeitsräume sind immer durch einen intersubjektiven und institutionellen Rahmen wie auch durch die Individualität der in die Erwachsenenwelt eintretenden Menschen bestimmt. Die möglichen Wege sind dabei stets von jedem Individuum auszuhandeln. Das Individuum kommt zudem nicht umhin, sich mit seiner Subjektivität auf die sowohl biologischen Veränderungen, die in seinem Körper stattfinden, als auch auf die Zuschreibungen, die an seinem Körper wie an seiner Person festgemacht werden, zu beziehen. Dieser Sichtweise wendet sich Janssen selber zu, wenn er festhält, dass „Adoleszenz‘ [...] nicht die körperlichen Entwicklungsschübe meint, sondern die (längere) Phase der psychischen Verarbeitung desselben und das, was man mit Charlotte Bühler lange Zeit als ‚sehndes Suchen‘ begriffen hat.“²⁶² Nicht nur biologische und soziale Vorgänge bestimmen diesen Prozess, sondern auch psychische und biografische. Liebsch hebt hervor, dass dies auch die Vielzahl von „Erwartungen, Aktivitäten und Erlebnisformen“ einbeziehen muss.²⁶³

Körperliche und soziale Entwicklung verlaufen dabei nicht parallel. Sukzessive

nimmt die Bedeutung von Erfahrungen und Einflüssen zu, die Jugendliche in eigenen Lebenswelten machen. Sie prägen und bestimmen das, was man ‚soziales Alter‘ nennt, also eine Alterseinteilung, die nicht auf der Grundlage von körperlicher Entwicklung beruht, sondern soziale Denk- und Verhaltensweisen zur Basis hat.²⁶⁴

Leisering et al. sehen die individuellen Aushandlungsprozesse mit gesellschaftlichen Normalvorstellungen durch institutionalisierte Steuerungsprozesse beeinflusst:

Eingriffe wie Gewährung und Verweigerung von Leistungen können die Vorstellungen durchsetzen, auf denen sie beruhen. Solche Aushandlungsprozesse verbergen gegenüber den Individuen die Tatsache, dass sie zumindest in einem bestimmten Ausmaß ‚verwaltet‘ werden.²⁶⁵

260 Janssen 2010, S. 33.

261 Janssen 2010, S. 34.

262 Janssen 2010, S. 33.

263 Liebsch 2012a, S. 12.

264 Liebsch 2012a, S. 16.

265 Leisering/Müller/Schumann 2001, S. 14. Sie negieren hiermit jedoch nicht die Tatsache, dass der Beitrag des Subjekts an den Aushandlungsprozessen nach wie vor in hohem Maße von Bedeutung ist.

Wenn man also die subjektiven Aneignungsformen von Heranwachsenden vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Normalitätserwartungen betrachten will, so muss man dabei berücksichtigen, dass institutionelle Zwänge im sozialen Handeln der Jugendlichen der Möglichkeit nach bereits verinnerlicht sind.

Liebsch macht drei teilweise miteinander verschränkte Perspektiven aus, mit denen sich dem Begriff der Jugend genähert werden kann: der Jugend als *Lebensphase*, als *Lebenslage* und als *Lebensstil*.²⁶⁶ *Jugend als Lebensphase* beschreibt ein bestimmtes „biografisches Kontinuum“ mit seinen spezifischen Lebensläufen und deren Einbettung in ihren jeweiligen historischen und kulturellen Hintergrund. Bei *Jugend als Lebenslage* zielt die Betrachtung auf die spezifischen Lebenssituationen in ihren jeweiligen sozialen Kontexten und deren institutionellen Rahmungen ab. Hierbei sind rechtliche Zuweisungen wie Strafmündigkeit und ökonomische Abhängigkeit wichtige Merkmale. Eine bedeutende Akzentverschiebung in der Betrachtung von Jugend als Phase und Lage ergab sich nach Liebsch mit der politischen Umdeutung Anfang der 2000er-Jahre. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung ersetzte damals den Begriff „benachteiligte Jugendliche“ durch die Bezeichnung „Jugendliche mit besonderem Förderbedarf“.

Ziel der Bemühungen sind nun nicht länger die Abhilfe und die Kompensation wirtschaftlicher Ungleichheiten und sozialstruktureller Probleme, sondern ausgewählte Jugendliche selbst. Soziale Unterschiede erscheinen als Merkmale betroffener Jugendlicher und damit werden soziale Probleme individualisiert.²⁶⁷

Dies hatte nach Liebsch neben seiner Deutungsmacht auch weitreichende Veränderungen in der bundesdeutschen Förderstruktur zur Folge.

Neben den klassenstrukturellen Graduierungen und den oben angeführten Responsibilisierungstendenzen machen sich im Bewältigungshintergrund auch geschlechtsspezifische Unterschiede bemerkbar. So sind Mädchen immer noch stärkeren elterlichen Kontrollen ausgesetzt. Diese beziehen sich vorrangig auf Hilfen bei der Hausarbeit, das Schließen von „Jungenbekanntschaften“ oder das Ausgehen, während es sich beim Sich-Kleiden, Zigarettenkonsum oder Taschengeld um eher geschlechtsunspezifische Aushandlungsprozesse handelt.²⁶⁸ So kommt es nach Liebsch immer noch zur Reproduktion einer wertenden und stigmatisierenden Dichotomie vermeintlicher Wesenseigenschaften von „Mann“ und „Frau“.

Natur und Kultur, emotional und rational, Privatheit und Öffentlichkeit, weich und hart, assoziativ und logisch. Diverse Zuschreibungen, die typisch Weibliches und typisch Männliches bezeichnen, wirken latent oder offensichtlich als Geschlechterstereotype und werden in mehrdeutigen Situationen aktiviert, um als Verstärker bestehender Plausibilitäten zu wirken. Durch anhaltende Wiederholungen erhalten die

266 Vgl. Liebsch 2012a, S. 13ff.

267 Liebsch 2012b, S. 60.

268 Liebsch 2012b, S. 60f.

geschlechtstypisierten Polaritäten ihre Geltung und sprechen schließlich für sich selbst.²⁶⁹

Auch diesen geschlechtsspezifischen Zuschreibungsmustern sind Jugendliche ausgesetzt, sie bilden einen Teil des Bewältigungshorizonts dieser Statuspassage, sodass die Aufforderung zur Ausbildung einer bestimmten Geschlechtsrolle die institutionellen Anforderungen ergänzt.²⁷⁰

Die Betrachtung der *Jugend als Lebensstil* rückt die konkreten Personen mit ihren Verhaltensweisen, inneren Einstellungen und persönlichen Vorlieben in den Mittelpunkt. Es handelt sich hierbei um einen ständigen Aushandlungs- und Wechselwirkungsprozess des Individuums mit seiner sozial geprägten Umwelt. Das Subjekt ist in ständiger Konstituierung begriffen, es wird nicht determiniert, wohl aber beeinflusst, es entwirft sich als Teil seiner sozialen Umwelt. Diese Identitätsentwicklung muss sich beständig erneuern, aktualisieren und dabei immer nach außen als solche erkennbar symbolisch darstellen.

Der Prozess der Benennung und symbolischen Markierung kann als eine Art vorübergehender Selbst-Entwurf verstanden werden, der sich nur erhält, wenn er ständig wiederholt und erneuert wird. Dafür ist es erforderlich, dass kontinuierlich auf Normen, Regeln und Zwänge zurückgegriffen wird.²⁷¹

Liebsch betont hier das Subjekt als bedeutsamen Akteur. Mit der Einführung des Subjekts werden Zwänge nicht negiert, sie bilden sogar Ansätze für das werdende Subjekt, jedoch ohne sie zu affirmieren.

Als eherne Notwendigkeiten der Sozialisation abstrahieren *Subjekte* häufig gerade von den subjektiven Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen. Hiervon ausgehend kritisiert Liebsch an vielen Sozialisationstheorien, dass sie das Passend-machen von subjektivem Eigensinn und institutioneller Anforderung ignorieren.

Die dabei im Mittelpunkt der inhaltlichen Beschreibung stehenden Aspekte der Kontrolle durch eine rationale Vernunft sowie dem Vermögen zur expressiven Selbstartikulation, die sich aus einer Vorstellung der inneren Tiefe speist, bilden die Basis für die Vorstellung einer Spannung zwischen einer kontrollierten, gefühlsgestützten Eigenmaßstäblichkeit einerseits und einer Ausrichtung an ‚äußeren‘ Ideen andererseits. Die Annahme, dass beide in einem Prozess der Sozialisation zusammengebracht und in der Idee von Identität in eine (vorübergehende) Beruhigung geführt werden müssen, ist der normative Maßstab einer jeden Sozialisationstheorie.²⁷²

Im Gegensatz zur Betrachtung der Jugend als *Phase* und *Lage* steht bei der Betrachtung der *Jugend als Lebensstil* der oder die Jugendliche als sozialer Akteur im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Diese Betrachtungsweise fragt nach den Arten der

269 Liebsch 2012b, S. 70.

270 Für herkunftstypisierende Zuschreibungen siehe ausführlicher Liebsch 2012b, S. 72ff.

271 Liebsch 2012a, S. 23f.

272 Liebsch 2012a, S. 23.

Hervorbringung von Jugendlichkeit durch diese Akteure, nach ihren Handlungsmotiven, Darstellungsweisen und Erfahrungswelten.

Liebsch verdeutlicht am Beispiel der Interaktion Jugendlicher untereinander, wie sie in der Form der Spaßhaftigkeit einen Umgang gestalten, der sich im Wissen um gängige Erwartungen an einen sozialen Umgang explizit von diesen abgrenzt.

Jugendliche tragen nicht nur das Erzählen von Geschichten, Klatsch und Beschimpfungen in der scherzhaften Modalität aus, sondern praktizieren außerdem untereinander Umgangsformen, bei denen übliche Höflichkeiten ausgeblendet werden.²⁷³

Dieses Moratorium ist freilich nicht ohne Schranken. Wo immer eine Gewährung oder Duldung vorliegt, gibt es im Hintergrund lauernde Bedingungen der Gewähr: *„Abweichungen davon sowie der Umgang mit Grenzen und Risiken, wie z.B. Alkoholexzesse oder das Äußern extremer politischer Ansichten, werden toleriert, solange sie die ‚Entwicklungsaufgaben‘ nicht vollständig torpedieren.“*²⁷⁴

Aus der Sicht von Sozialisationstheorien wird diese Phase als ein Moratorium beschrieben, eine Möglichkeit des Aufschubs sowohl von ernsthafteren Formen des Umgangs, wie auch von der Auseinandersetzung mit ernsthafteren Themen, weil sie diese Darstellungsformen vom Standpunkt der späteren Funktionen als lernendes Spiel und die Jugendlichen als Übergangsakteure begreifen. Der Aspekt, der hier stark gemacht werden soll, ist jedoch der der Subjektivität und ihrer Ausdruckweisen, deren Herstellung von Sinn und eben dem immer wieder anfallenden Ringen nach Sinnhaftigkeit und ihrer Krisen. *„Dementsprechend wird Jugend nicht als Phase der Hervorbringung zukünftiger Gesellschaftsmitglieder, sondern als gegenwärtig wirksame soziale Strukturkategorie und diskursives Konstrukt begriffen.“*²⁷⁵

Dieser Blickwinkel kann damit als eine „Gegenrichtung“ zum Mainstream der Sozialisationstheorien und den in ihnen oft enthaltenen versteckten Imperativen an einer bestimmten Entwicklungsrichtung gesehen werden. Liebsch argumentiert, dass die Deutung von Jugend als krisenhafte Phase oder Phase der Verunsicherung ebenfalls die Vorstellung einer Planbarkeit von Lebenslauf und Biografie im Allgemeinen zugrunde liegt.²⁷⁶

Vom Standpunkt des betroffenen Subjekts erscheint dann die Jugend als ein Nicht-bereit-Sein für von außen an einen oder an eine herangetragene Entwicklungsaufgabe, die es zu bewältigen gilt. Diese liegen im

Erwerb schulischer und beruflicher Qualifikationen, Wissen von der Welt und ihren Menschen, Aufbau und Pflege sozialer Kontakte, Ausdifferenzierung intersubjektiver

273 Liebsch 2012a, S. 26.

274 Liebsch 2012c, S. 209.

275 Liebsch 2012a, S. 25.

276 Liebsch 2012c, S. 209.

und sexueller Erfahrungen sowie die Entwicklung eines individuellen Profils spezifischer Fähigkeiten.²⁷⁷

Die hier skizzierten Aufgaben mögen zwar für die Jugendlichen in einem Rahmen der kulturellen Vertrautheit liegen, sodass sie ihnen nicht gänzlich unbekannt oder verborgen sind. Dennoch ist den Jugendlichen eine klare Benennung oder Erfassung der Maßstäbe ihres Gemessen-Werdens kaum möglich, geschweige denn, dass sie in der Lage sind, diese selbst zu setzen. Sie haben daher zwar vielleicht eine Ahnung von den Maßstäben und werden ihre Bewährung im sozialen Spiel miteinander erproben, wobei sie Erwartungslagen in einem geschützten Raum weiter sondieren können. Ob sie damit aber in der „wirklichen Welt“, wie die Zeit nach dem gewährten Aufschub häufig auch im alltäglichen Sprachgebrauch in fast drohendem Ton angekündigt wird, Erfolg haben, ist keinesfalls gewährleistet.²⁷⁸

In diesem kontingenten und unsicheren Gefüge konstituieren Jugendliche ihre Identität, die jedoch wesentlich umfangreichere Bedingungsfaktoren und Darstellungsformen hat als sich mit den institutionellen Rahmungen und beworbenen Erfolgswegen erfassen lässt.

4.2. Der Körper und seine Bedeutungen für die Identitätskonstruktion

Die Jugendphase ist verbunden mit einschneidenden körperlichen Veränderungen und damit einhergehenden Leiberfahrungen. Nach Marga Günther wird der Körper mit dem Einsetzen der Geschlechtsreife zum „zentralen Ort physischer und psychischer Wandlungsprozesse“.²⁷⁹ Schubweises und teilweise rasantes Längenwachstum, Veränderungen der Figur, hormonelle Veränderungen, Entwicklung der äußeren und inneren Geschlechtsmerkmale, die ersten Regelblutungen oder Samenergüsse, Ausprägung der Schambehaarung und einsetzender Stimmbruch stellen prägende körperliche Veränderungen dar, die keinesfalls auf der rein physiologischen Ebene verbleiben. Nach der Jugendsoziologin Vera King erschüttern diese Veränderungen die „gewohnte Selbstverständlichkeit des leiblich-körperlichen Seins“.²⁸⁰ Das bisherige psychische Selbstverständnis vom eigenen Körper findet plötzlich einen „anderen“ Körper vor, in dem biologische Prozesse ohne eigenes Zutun passieren und deren Verlauf und Ausgang ungewiss sind. Eine neue „Aufdringlichkeit des Körpers“²⁸¹ bemächtigt sich der Jugendlichen und verlangt ihnen eine Verarbeitung ab. Mit der Veränderung des Körpers entwickelt und verändert sich somit auch die individuelle Sicht auf ihn.

277 Liebsch 2012c, S. 209.

278 Natürlich soll nicht gesagt sein, dass das Simulieren gesellschaftlicher Bewährungsproben nicht auch in der Gruppe zu Exklusionsdynamiken und der Reproduktion von Rollenzuschreibungen führen kann.

279 Günther 2012, S. 115.

280 King 2011, S. 83.

281 Günther 2012, S. 124.

Karin Flaake legt dar, dass insbesondere die erste Regelblutung ein einschneidendes Ereignis darstellt, da es die Heranwachsende nicht über einen längeren Zeitraum auf den gerade vollzogenen Prozess des Verlassens der Kindheit vorbereitet.²⁸² Flaake weist ebenfalls darauf hin, dass das in etwa äquivalente Ereignis des Samenergusses im Gegensatz zur Regelblutung kaum familienöffentlich gemacht wird.²⁸³ Diese beiden Beispiele von jeweils sehr geschlechtsspezifischen Irritationen kündigen bereits die Notwendigkeit der Betrachtung der sozialen Kontexte an, in denen diese biologischen Veränderungen eingebettet sind. Dies wird Günther zu Folge jedoch in der Jugendsoziologie immer noch vernachlässigt.

„Der Schwerpunkt der meisten Studien liegt auf dem Umgang mit dem Körper und lässt die Art und Weise unberücksichtigt, wie Jugendliche im Zuge der Adoleszenz ihren Körper erleben und sich mit ihm befassen.“²⁸⁴ Der Körper ist in dieser Hinsicht häufig noch eine „Leerstelle“, ²⁸⁵ weil die Leiblichkeit, das subjektive Erleben des Körpers, vernachlässigt wird. So gibt es zum Beispiel kaum Studien zu Verletzlichkeiten und Schwächen bei Jungen in der besprochenen Lebensphase, was Flaake auf die herrschende gesellschaftliche Attribution von Stärke und Dominanz zurückführt:²⁸⁶ „Der in der Pubertät sich entwickelnde männliche Körper scheint [...] kein Ort von Problemen zu sein.“²⁸⁷

Die biologischen Veränderungsprozesse, die mit dem Körper geschehen, müssen vom betroffenen Subjekt psychisch verarbeitet werden. Dies findet nach Rolf Göppel zunächst als subjektives Wahrnehmen und Beurteilen statt. Doch in diesen Prozess ist das Gesellschaftliche bereits eingeschrieben, da die Wahrnehmung durch sozial geprägte Normalitätserwartungen als Vergleich und Bewerten gemessen an den Normen stattfindet.²⁸⁸

Nach Robert Gugutzer ist jede Bewertung des eigenen Körpers als zum Beispiel sportlich, dick, schlaksig oder alt immer mit einer Bewertung seiner selbst verbunden.²⁸⁹ Dabei findet das Subjekt gesellschaftliche Deutungen von bestimmten körperlichen Merkmalen als soziale Attribute vor. Gleichzeitig verzeichnet Gugutzer eine zunehmende sprachliche Tabuisierung des Körpers im Zuge des Zivilisationsprozesses, wodurch sich die Grenzen des Sagbaren wie auch des Darstellbaren verschieben.²⁹⁰ Nach Dagmar Hoffmann steht der Körper eines Individuums so „*immer im Austausch mit den an ihn gestellten gesellschaftlichen und kulturellen Erwartungen*“.²⁹¹

282 Flaake 2012, S. 137f.

283 Flaake 2012, S. 140.

284 Günther 2012, S. 116.

285 Günther 2012, S. 115.

286 Günther 2012, S. 125. Vgl. auch Flaake 2012, S. 139.

287 Flaake 2012, S. 140.

288 Göppel 2011, S. 26.

289 Gugutzer 2005, S. 329.

290 Gugutzer 2004, S. 11.

291 Hoffmann 2011, S. 192.

Dabei bleiben die herrschenden Idealattribute des Körpers hochgradig geschlechter-spezifisch. Während das männliche Schönheitsideal vorwiegend in der Verkörperung von Stärke durch Körpergröße, Sportlichkeit und muskulöser Statur besteht, ist das weibliche Schönheitsideal die Anrufung an Schlankheit, Grazilität und Geschmeidigkeit.²⁹²

Nach Hoffmann steht der Körper aber noch für sehr viel mehr, als dass er beispielsweise als gesund, schön oder leistungsfähig registriert wird. Sie argumentiert, dass dem Körper auch die Symbolkraft innerer Einstellung und Werthaltungen zugesprochen wird. *„Körper werden mit soziokulturellen Zugehörigkeiten, Kompetenzen und Prestige assoziiert. Sie lassen erkennen, ob sich jemand um sich selbst bemüht, diszipliniert und zielsrebig oder nachlässig ist.“*²⁹³ Gugutzer weist in diesem Zusammenhang der medialen Aufbereitung des Körpers eine maßgebliche Verantwortung für die *„gesellschaftliche Infiltration von Körperbildern“*²⁹⁴ zu. Durch die Idealvorstellungen von Schönheit werden entsprechend äußere Merkmale persönlicher Leistungsfähigkeit sowie Darstellungsformen zur Erlangung gesellschaftlicher Anerkennung propagiert und damit zur sozialen, verbindlichen Realität gemacht. Wenn sich gesellschaftliche Normalitätserwartungen an den Körper stellen, die zur Grundlage der eigenen Selbstwahrnehmung und Bewertung werden, sie gleichsam dem Maßstab erfolgreicher Inszenierung auf der Bühne „Körper“ abgeben, dann wird die Arbeit am Körper mithin zur *„individuellen Gestaltungsaufgabe“*.²⁹⁵

Auch hier stellt sich die Frage nach der Subjektseite der Betrachtung erneut. Die Bedeutung des Körpers für das jugendliche Subjekt beschreiben Yvonne Niekrenz und Matthias Witte als *„ihr wichtigstes Mittel zur Selbstinszenierung, ist ihnen doch zumeist der Zugriff auf andere Symbole oder Bühnen des Selbstaushdrucks noch nicht möglich“*.²⁹⁶ Der Rückgriff auf den Körper als Mittel und Medium der Inszenierung ist hiernach also Folge des noch nicht (vollständig) zugewiesenen Status', bereits „erwachsen“ zu sein. Das heranwachsende Subjekt ist damit zunächst auf die ihm gewährten Mittel und „Arenen“ verwiesen. Die Möglichkeit, eigene Präsentationen über das Internet und soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter und Youtube zu verbreiten sowie die mediale Aufmerksamkeit, die den Teeny-Stars gegenüber erbracht wird, mögen das ein Stück weit relativiert, keineswegs aber aufgehoben haben.²⁹⁷ Jung-sein heißt eben immer noch, nicht als vollwertiges Mitglied der sozialen Gemeinschaft zu gelten. Und dennoch ist man aktives, die Gesellschaft reproduzierendes und zugleich transformierendes Element. Für Günther erfasst vor allem das Konzept der Performanz die Veränderungspotenziale im menschlichen Handeln, weil sie

292 Göppel 2011, S. 35.

293 Hoffmann 2011, S. 195.

294 Gugutzer 2005, S. 329.

295 Göppel 2011, S. 31.

296 Niekrenz/Witte 2011, S. 9.

297 Ausführlich zum Thema Jugendkulturen im audiovisuellen Medium Internet siehe den Aufsatz von Birgit Richard 2015, S. 269ff.

Handeln wie Sozialität überhaupt als leibliche Erfahrung begreift, was ihrer Auffassung nach in Ansätzen des Habitus oder der Selbsttechnologien vernachlässigt wird.²⁹⁸ Damit wird der Körper unmittelbar als „*Instrument zur Herstellung von Gemeinschaft*“ gesehen, wobei weniger auf eine Fokussierung der individuellen Unterschiede abgehoben wird, als vielmehr auf die besondere Aneignung von Gesellschaftlichkeit als kollektivem Akt.²⁹⁹ Was sich dort jeweils angeeignet wird, ist nicht „*bloße Wiederholung*“ des Gesellschaftlichen, es ist immer der „*Nachvollzug von Gesten, Posen, Bewegungen inklusive ihrer symbolischen Kodierung, die dem Vorbild nie exakt entsprechen, sondern in der jeweiligen Aneignung eine gewisse Variation erfahren.*“³⁰⁰ Daneben wird dem Körper in der sich zugleich individualisierenden und pluralisierenden Gesellschaft aus individualisierungstheoretischer Sicht noch eine weitere, gewissermaßen komplementäre Rolle zugewiesen: „*Der Körper wird als die letzte verlässliche Instanz angesehen, mittels dessen man sich in der Welt verorten kann.*“³⁰¹

Das, womit das Subjekt untrennbar verbunden ist, ist somit nicht nur Mittel der Aneignung von Gesellschaftlichkeit und Darstellungsfläche, sondern bleibender wichtiger Bezugspunkt aller subjektiven Auseinandersetzungen. Niekrenz und Witte beschreiben den Körper daher auch als „*Zufluchtsort der Selbstvergewisserung des Subjekts*“.³⁰² In dieser Verdoppelung sind Körper „*Identitätsmedien*“³⁰³ bzw. für das einzelne Subjekt auch „*fundamentales Medium der Identitätssicherung*“.³⁰⁴ Bezugnehmend auf das Habituskonzept von Bourdieu fungiert der Körper Günther zufolge als „*Speicher des praktischen Weltwissens*“.³⁰⁵ Auf diese Weise reduziert sich im Habitus alltagsweltliche Realität, wodurch es den Individuen möglich wird, auch komplexe soziale Situationen nicht immer wieder aufs Neue analysieren zu müssen, um Handlungsfähigkeit zu erlangen. Die mechanistische Vorstellung eines Speichermediums stößt jedoch dort an seine Grenzen, wo es gilt, Veränderungen im Habitus erklären zu wollen.

Auch hier wird also deutlich, wie wichtig es ist, sich Klarheit über die Wirkungsweisen von Einschreibungen zu verschaffen und wie Subjektivität, diskursive Strukturen und das Subjekt in ihnen vorkommen. Dabei verweist die Kategorie der Leiblichkeit gerade auf die sinnlichen Erfahrungen wie Scham, Erregung, Stolz oder Trauer und Angst, die das Subjekt bei jeder Auseinandersetzung erlebt. Mit ihrem Körper als Einheit von leiblicher Erfahrung und Wahrnehmung, als Bühne der Selbstinszenierung nach außen und Mittel zur Hervorbringung von Sozialität probieren sich Jugendliche an den für sie schon geltenden oder sie im Erwachsenenalter

298 Vgl. Günther 2012, S. 122f.

299 Günther 2012, S. 122.

300 Günther 2012, S. 121.

301 Günther 2012, S. 116.

302 Niekrenz/Witte 2011, S. 9.

303 Niekrenz/Witte 2011, S. 7.

304 Gugutzer 2005, S. 328f.

305 Siehe hierzu auch Günther 2012, S. 118f.

erwartenden Normen. Es sind erste unsichere Versuche, sich als zunehmend autonomisierendes Subjekt in einer Welt voller Erwartungen zurechtzufinden und eine eigene Identität zu entwickeln. King beschreibt diesen widersprüchlichen Prozess als „ausgeprägte Spannung zwischen Sein und Schein, zwischen Wissen und Nichtwissen, Allmachtsfantasie und Entwertung, zwischen homosexuellen und heterosexuellen Identifizierungen, zwischen Verschmelzungswünschen und narzisstischem Rückzug, unersättlicher Gier und strenger Askese, die unvermittelt alternieren und dissoziiert werden können.“³⁰⁶ Hier offenbart sich bereits eine erste, aber unverkennbare Differenz zur Betrachtung des Erwachsenwerdens vom Standpunkt gesellschaftlicher Funktionen. Zwar wird auch dort von nicht-geradlinigen Verläufen oder Reibungen und Anpassungsproblemen gesprochen, doch immer in der Form der Abweichung, wie dies zum Beispiel bei Heiner Meulemann vorkommt.³⁰⁷ Richtigerweise muss aber gerade die Normalität von Reibung, möglicher Überforderung, die Angst vorm Scheitern oder die Verarbeitung zugeschriebener Abweichung betont werden.

Die Varianten des Hin- und Herschwankens sind daher als adoleszenztypische Bewältigungsformen zu verstehen, als spielerische, mitunter jedoch auch unproduktiv fixierte Versuche, die dem adoleszenten Ich mitunter als überwältigend erscheinenden adoleszenten Veränderungen zu bemeistern.³⁰⁸

Was gemessen an gesellschaftlichen Erwartungen eines reibungsarmen Durchlaufens der Jugendphase als Abweichung oder zumindest Umweg deklariert wird, ist hier im Folgenden Gegenstand der Betrachtung. Zu fragen ist: Welche Sinnzuschreibungen erhalten die einzelnen und oft widersprüchlichen Verläufe im Prozess des Heranwachsens durch die Jugendlichen selbst? Diese Fragen sind von Bedeutung, da funktionalistische Betrachtungsweisen gegenüber den leiblichen Erfahrungen der Subjekte blind sind.

306 King 2011, S. 85.

307 Meulemann 2001, S. 15ff.

308 King 2011, S. 85.

4.3. Die Rolle von Familie und Peer-Groups

Die Bedeutung von Familie hat sich in der Bundesrepublik in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. Die Gründung einer Familie findet zunehmend in späteren Lebensjahren statt, setzt nicht unbedingt eine Eheschließung voraus und erlaubt eine zunehmende Vielfalt von Modellen. Auch wenn die Familie von Rechts wegen nach wie vor einen Erziehungsauftrag zugeschrieben bekommt, erfüllt sie nach Meinung des Sozialwissenschaftlers Klaus Hurrelmann „*nur noch eingeschränkt eine erzieherische und sozialisatorische Funktion*“.³⁰⁹ Dies liegt an der gestiegenen Bedeutung außerfamiliärer „*Bildungs-, Erziehungs-, Konsum- und Freizeiteinrichtungen*“, an denen sich Jugendliche ausrichten, bzw. die ihnen eigenständig bestimmte Erziehungsinhalte vermitteln wollen.³¹⁰ Dies hat auch Auswirkungen auf das Beziehungsgeflecht zwischen Eltern und Heranwachsenden. Nach Manfred Hofer haben sich die Erziehungsmaßnahmen in Deutschland seit der Gründung der Bundesrepublik stetig liberalisiert. Dadurch begünstigt haben sich auch die Aushandlungsprozesse zwischen Eltern und Heranwachsenden gewandelt. „*Jugendliche reagieren weniger mit Gehorsam, Anpassung oder Widerstand, sondern versuchen, ihre Eltern zu überzeugen und einen Kompromiss zu finden.*“³¹¹

Die Familie stellt für das heranwachsende Subjekt in der Phase der Kindheit den zentralen Bezugsrahmen seiner psychosozialen Entwicklung dar. Daneben nimmt die Schule die Rolle als zweite bedeutsame Institution der Sozialisation ein. Freunde und Freundinnen sind in dieser Zeit vorrangig Spielgefährten und Mitakteure im fantasievollen Gestalten von Spielwelten. Die gesellschaftlichen Rollen, auf die sich auch im kindlichen Spiel bezogen wird, werden dabei häufig von der eigenen Vorstellung und Fantasie überformt und die Erfüllung bestimmter gesellschaftlicher Aufgaben ist eher der Aufhänger für eine Geschichte als beabsichtigter Zweck. Zwar werden auch auf diese Weise gesellschaftliche Rollenbilder reproduziert, doch findet dies im Bewusstsein des Kindes als Spiel statt, das rein seiner Belustigung dient. Anderenfalls können Spiele schnell „doof“ oder „langweilig“ werden. Die Familie ist dem Kind Ressource und ermöglicht ihm durch seine Versorgung, sich diesem freien Spiel neben Schule und anderen Verpflichtungen hingeben zu können. Es ist (heute und in den meisten Familien in Europa) nicht in die direkte Reproduktionsarbeit in der Familie eingebunden. Auch in der Bewältigung von Schule, dem Nachgehen von mehr und mehr selbstentdeckten Interessen oder auch Problemen mit anderen Kindern kann die Familie eine Unterstützung sein.

Die Jugend- und Familienforscherin Jutta Ecarius verweist in diesem Zusammenhang auf die ungleiche Bedeutung von Müttern und Vätern in der Rolle als RatgeberIn von Weltsicht. So sind es vor allem die Mütter, die auch in Situationen, wo sich nach Ansicht der Jugendlichen die Eltern nicht in der Rolle der Ratgebenden

309 Hurrelmann 2004, S. 9.

310 Hurrelmann 2004, S. 9.

311 Hofer 2006, S. 10.

bewähren konnten, immer noch von persönlichen Dingen erfahren, die die jugendliche Person beschäftigen.³¹² Geschwister haben meistens einen förderlichen Einfluss, auch wenn es in dieser Konstellation spezifische Konflikte geben kann.

Problematisch wird es für Jugendliche, wenn ihnen die familiären Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, sei es, weil die Ressourcen schon der Familie nicht zur Verfügung stehen oder weil sie ihnen durch die Eltern vorenthalten werden.³¹³ Hierbei spielt der sozio-ökonomische Status der Eltern eine große Rolle. Über ihn sind nicht nur Einkommen, welches den Jugendlichen anteilig als Taschengeld zur Verfügung gestellt wird, sondern auch außerschulische Bildung und erfahrene soziale Anerkennung zu einem großen Anteil vorgegeben.

Diese Ablösung von der eigenen Familie wird als eine wichtige Entwicklungsaufgabe formuliert, mit der Eigenständigkeit im Denken und Handeln bezogen auf die soziale Umwelt assoziiert sind. Gleichzeitig ist die Ablösung ein im Subjekt stattfindender, sukzessiv verlaufender Prozess. *„Jugendlich-Sein heißt Sexuell-Werden, und Sexuell-Werden bedeutet schließlich, die kindlichen Liebesbindungen an die Eltern aufzugeben und umzugestalten, Lust und sexuelle Erregung in eine neue Selbstbeziehung und in intime sexuelle Beziehungen außerhalb der Familie fließen zu lassen.“*³¹⁴ Was Inge Schubert hier als natürlichen Entwicklungsprozess beschreibt, der sich mit der Selbsterfahrung und den sich entwickelnden Interessen mit der sexuellen Reifung ergibt, wird begleitet von gegensätzlichen Erwartungen an das Subjekt. Wie viel Nähe zur Familie ist noch gewollt, wie viel Nähe ist nach sozialer Deutung noch zulässig? Was sind die Erwartungen der Eltern in dieser Frage? Wird versucht, eine Abhängigkeitsstruktur fortzuschreiben oder ein Mehr an Eigenständigkeit gefordert? Wie werden sich die Eltern auf die sich gerade entwickelnden Interessen beziehen? Für alle diese Fragen haben Jugendliche keine Antworten, zumindest nicht zu dem Zeitpunkt, wo sie sich ihnen konkret stellen. Mit sexueller Aufklärung und der familiären Thematisierung von Autonomie und „Erwachsenwerden“ kann zwar ein „Grundvertrauen“ als eine Art „Gewissheit“ zu Haltungen in der Frage erreicht werden, doch bleiben Unsicherheiten in den konkreten Situationen bestehen. Solcherlei Aushandlungsprozesse, die nicht nur auf die Sexualität bezogen sein müssen, führen nach Judith Gerber und Elke Wild (2006) zu Reziprozität im Sozialisationshandeln. Auf diese Weise übernehmen Eltern auch Denk- und Handlungsweisen der Jugendlichen, wodurch sich die Annahme der Wirkmächtigkeit jugendlicher Akteure im Sozialisationsprozess auch in einem Setting möglicher Machtasymmetrie zeigen lässt.³¹⁵

Einen unbestreitbaren Anteil an der Sozialisation und Identitätsentwicklung haben die Peers. Nach Schubert lassen sich vier Bedeutungsvarianten von Peers ausmachen: als *„informelle Cliques“*, als *„Freundschaften mit spezifischen Bindungserfahrungen“*, als *„semiformelle oder formalisierte Jugendgruppen im Rahmen von Institutionen“*

312 Ecarius 2015, S. 99f.

313 Ecarius 2015, S. 101.

314 Schubert 2012, S. 164.

315 Gerber/Wild 2006, S. 29ff.

und als „*Gemeinschaft einer Jugendgeneration mit gleichen Vorlieben und Interessen*“.³¹⁶ Der oder die Heranwachsende knüpft unterschiedlich intensive persönliche Beziehungen, die von der Ebene loser Gemeinschaften mit sehr allgemeinen geteilten Werten bis hin zu engen Vertrauten reichen kann. In allen vier Varianten herrschen unterschiedliche Dynamiken, die selbst wieder eigene Forschungsfelder der Jugendsoziologie darstellen. Daher sollen hier nur einige allgemeine Gesichtspunkte kurz dargestellt werden. Eine Dynamik ist die Symmetrie in den sozialen Konstellationen, sie ermöglicht „*selbstkonstituierende Möglichkeitsräume und Handlungsspielräume*“, in denen sich die heranwachsenden Subjekte mit einem größeren Maß an Autonomie selbst entfalten können.³¹⁷ Darin stellen diese Beziehungen Ressourcen und Unterstützungsstrukturen für die Einzelnen dar. Die Jugendlichen können dabei selbst entscheiden, was und wie viel sie zu dieser Beziehung beitragen. Aufgebaute Gruppenidentifizierungen bleiben so flexibel und durch die Mitglieder in stärkerem Maße veränderbar, als dies beispielsweise im Setting der Institution Schule möglich ist.

Peer-Gruppen stellen unter günstigen Bedingungen einen Übergangs- und Aushandlungsraum dar, in dem heranwachsende Jungen und Mädchen Gleiche finden, mit denen sie sich wechselseitig austauschen, sich in Differenz und Übereinstimmung erproben können.³¹⁸

Gleichwohl darf nicht vergessen werden, dass es auch in diesen Konstellationen zu Ungleichheitsbewegungen innerhalb von Gruppen kommen kann.

Schubert schreibt den sozialen Beziehungen in der Jugendphase eine meist nur zeitlich begrenzte Wichtigkeit und eine abnehmende emotionale Bindung zu.

Sie [die Peer-Gruppen, D.W.] verlieren zunehmend an Bedeutung, wenn Partnerbeziehungen anstehen und sich Interessen und Selbstvorstellungen wandeln, so dass andere, weitere Aktivitäten und Partnerinnen und Partner gesucht werden.³¹⁹

Dieses empirische Phänomen soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch in der Jugend geknüpfte Beziehungen geben kann, die länger Bestand haben und als solche auch nachhaltiger noch als Ressource wirksam sein können.

Worin Unterstützung durch Peers wie auch gegenläufige Dynamiken im Einzelnen bestehen können, sei hier nur rudimentär angerissen, da es im Interesse der Arbeit an dieser Stelle vorrangig darum gehen soll, einen Möglichkeitsraum in der jugendlichen Entwicklung zu skizzieren. Eine zu detaillierte Nachzeichnung bestimmter Beziehungsgeflechte oder Unterstützungsstrukturen erscheint daher unangebracht, würde es doch bei der weiteren Untersuchung eine Fokussierung bestimmter sozialer Konstellationen nahelegen.

316 Schubert 2012, S. 167.

317 Schubert 2012, S. 154.

318 Schubert 2012, S. 157.

319 Schubert 2012, S. 157

4.4. Perspektive auf das Erwachsenen- und Erwerbsleben

Die Sozialpsychologin Renate Höfer identifiziert neben der „*Ablösung von der Herkunftsfamilie*“, dem „*Aufbau bzw. Erhalt sozialer Beziehungen*“ in der „*Entwicklung einer Erwerbsperspektive*“ eine der maßgeblichen Entwicklungsaufgaben, die an die Heranwachsenden gestellt wird.³²⁰ Mit dem Wandel der modernen Arbeitswelt haben sich klassische Berufsbiografien aufgelöst. Das Abschließen der Schule, das Absolvieren einer Lehre und der Übergang in ein geregeltes Beschäftigungsverhältnis mit ausreichender Planungssicherheit zur Existenzgründung gehören in dieser Stringenz und relativen Vorhersagbarkeit immer mehr der Vergangenheit an. Heute sind Jugendliche schon häufig während der Schulzeit mit der Frage ihrer zukünftigen Berufsperspektive überfordert. Liebsch spricht von einem „*Überangebot an Informationen*“, das die Jugendlichen wie auch deren Eltern oft mehr verwirrt, als dass es ihnen tatsächlich dabei hilft, eine differenzierte Wahl zu treffen. Immerhin sind viele zukünftige Fragen, mithin auch Zukunftsperspektiven überhaupt, damit verbunden.

In einer Untersuchung zu den Übergängen in die Erwerbsarbeit von sozial benachteiligten Jugendlichen verdeutlicht Peter Rahn die weitreichenden Konsequenzen, die sich aus einer erfolgreichen oder scheiternden Bewährung ergeben können:

Über den Beruf vermitteln sich Erwerbs-, Zutritt- und Karrierechancen, der Grad der Freiheit und Selbstbestimmung sowie Art, Höhe und Sicherheit von Macht, Einkommen und Besitz. Der Beruf hat auch Einfluss auf das Entstehen von Bekanntschaften, Freundschaften, Beziehungen und Partnerschaften, also auf die soziale Verortung. Darüber hinaus eröffnen sich über ihn die Bildungs-, Berufs- und Lebenschancen der Kinder.³²¹

Die Sozial-, Bildungs- und Arbeitsmarktstruktur in der Bundesrepublik ist derart festgeschrieben, dass die Auswirkungen auch auf nächste Generationen „vererbt“ werden können. Die ökonomische Bedeutung der „richtigen“ Entscheidung mit ihren Folgen für die materiellen Existenzgrundlagen (wie Geld zum Lebensunterhalt, Zeit für private Ziele und Kraft, diese auch verfolgen zu können) und die Garantie des Eintritts des Versprochenen oder Erhofften fallen dabei zunehmend auseinander: „*Berufsorientierungsprozesse werden damit deutlich komplexer, da sich mit der Vergrößerung der Ansprüche die Anforderungen wie auch die Möglichkeiten des Scheiterns vergrößern.*“³²²

320 Höfer 2000, S. 55. Siehe auch Oevermann 2004, S. 171f.

321 Rahn 2005, S. 58f. Näheres zur nach wie bestehenden Schlechterstellung von Frauen sowie von Menschen mit Migrationsbiografie siehe Rahn 2005, S. 43ff.

322 Liebsch 2012c, S. 218.

Ohne rückblickend vergangene Formen schulischer Ausbildung und beruflicher Entwicklung idealisieren zu wollen, kann für die Gegenwart dennoch gefolgert werden, dass die „neue Unübersichtlichkeit“³²³ zu einer verstärkten Verunsicherung beitragen kann.

4.5. Gelingende oder misslingende Bewältigung?

Es war in der Einleitung zu dieser Arbeit schon angemerkt, dass die Frage nach gelingender oder misslingender Bewältigung immer einen Maßstab unterstellt, der der Beurteilung zugrunde liegt. Dieser Maßstab geht seinerseits immer auf einen bestimmten Akteur, ob Individuum oder Institution, zurück und markiert ein bestimmtes Interesse an der Bewältigung. Zum Abschluss dieses Kapitels zu den Entwicklungsaufgaben soll die Frage eine erste Antwort erhalten, die sich gut mit dem Begriff der *Krise* formulieren lässt. *Krise* deutet einen vorübergehenden, in seiner zeitlichen Länge und Intensität nicht näher bestimmten Zustand an, bei dem das Subjekt mit einem Ereignis konfrontiert wird, dem er oder sie sich nur unter Aufwand stellen kann. Dieses zieht mitunter nicht zu überschauende Folgen nach sich, welche eine zusätzliche lähmende Wirkung haben können. Das Subjekt durchlebt die *Krise als sinnliche Erfahrung*, was sich vom Standpunkt gesellschaftlicher Funktionen unter der Abstraktion „Abweichung“ interpretieren lässt. Systemtheoretisch gesprochen könnte man sagen, Subjekt und Gesellschaft funktionieren jeweils als *geschlossene Systeme*, sind damit selbstreferenziell ganz bei sich, aber doch aneinanderges koppelt.³²⁴ So muss das Individuum mit seiner Subjektivität doch immer auch bei dem es umgebenen System sein, will es die Krise nach seinen Eigenmaßstäblichkeiten im Hinblick auf die eigenen Interessen bewältigen.

Anders als eine Krise der Subjekte interpretieren AutorInnen von Bewältigungskonzepten jedoch diese Phase wie bspw. von Hurrelmann, wenn er sagt:

Die Formen der Lebensführung, aber auch die Entwicklungsprobleme und gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Lebensphase Jugend lassen sich zu einem erheblichen Teil auf die misslingende Auseinandersetzung Jugendlicher mit den Entwicklungsaufgaben ihres Alltags zurückführen.³²⁵

Ähnlich deutet es der Sozialwissenschaftler Peter Rahn:

Von gelungener Lebensbewältigung kann – unabhängig von der Anwendung normabweichender oder normkonformer Strategien – dann gesprochen werden, wenn soziale Integration wiederhergestellt ist, oder [...] gesellschaftliche Teilhabe mit oder ohne berufliche Integration erreicht ist, also vor allem subjektiv mehr Lebenszufriedenheit herrscht.³²⁶

323 Habermas 1985, vor allem S. 141ff.

324 Luhmann 1998, S. 92ff.

325 Hurrelmann 2004, S. 10.

326 Rahn 2005, S. 97.

Aus Rahns Überlegung lässt sich zweierlei ableiten: Erstens verkennt er, wie stark gerade die Integration in das Erwerbsleben die gesellschaftliche Deutung von gelungener und misslungener Bewältigung beeinflusst. Zweitens wird Lebensbewältigung nicht unter dem Diktum betrachtet, dass sie das ist, was der oder die Einzelne daraus macht. Vielmehr plädiert er für eine Deutung der Lebensbewältigung als rein subjektiven Akt und nicht einen der gesellschaftlichen Zuschreibung, obwohl er gerade in der Befolgung von Normen den Maßstab des Erfolgreichen sieht, solange das Subjekt „zufrieden“ ist.

Insgesamt macht Rahn vier Dimensionen gelingender Lebensbewältigung aus. Auf der emotionalen Beziehungsebene ist es die „Geborgenheit“, die ein Wohlbefinden in bestimmten sozialen Gruppen, aber auch mit einzelnen Menschen meint.³²⁷ Als Beispiele führt er hier die Schule, die Familie und Freundeskreise an. Auf der Verantwortungsebene ist es die „Selbstzuständigkeit“, die durch eine Selbstwirksamkeitserwartung bedingt ist und die das Scheitern dem eigenen Handeln zuschreibt. Als gelingende Anpassung formuliert Rahn hier, das Setzen eines „realistischen Ersatzzieles“.³²⁸ Auf der Handlungsebene ist es die „Produktivität“, womit er sowohl das Tun selbst als auch das Ziel, auf das das Tun gerichtet ist, meint. Diese „Produktivität“ ist nach Rahn eine Folge der Erfahrung von „Selbstzuständigkeit“ und lässt sich daher auch als Konzept zur Förderung des Selbstwerts in pädagogischen Maßnahmen nutzen. Als vierte Erfahrungsebene nennt Rahn den „Sinn“, wobei für ihn „Arbeit das zentrale Medium der Sinnstiftung“ darstellt.³²⁹ Bei aller Berücksichtigung, die das Subjekt in Rahns Ansatz erfährt, sei angemerkt, dass dieser kognitive und emotionale Befund schnell auf Sand gebaut sein kann. Denn bei bestehender Abweichung des Subjekts von geltenden Normen wird die gesellschaftliche Wirklichkeit das exkludierte Subjekt einholen und die subjektive Beurteilung der Lage herausfordern. Entsprechend handelt es sich um eine verkürzte Sicht, wenn man Lebensbewältigung und die Maßstäbe für Erfolg und Misserfolg einzig im Subjekt verortet.

Dem Soziologen Ulrich Oevermann zufolge resultiert aus der Krisenhaftigkeit des Sozialisationsprozesses die Bedingung der Möglichkeit zur Schaffung von Neuem: „Der Sozialisationsprozess verläuft in sich krisenhaft, er ist ein Krisenverlauf *par excellence* und er muss es sein, damit sich aus ihm eine autonome Lebenspraxis der Chance nach entwickeln kann.“³³⁰ Dabei versteht Oevermann Krise weder als Überforderung, noch als Misslingen im Sinne eines endgültigen Scheiterns. Vielmehr geht er davon aus, dass Jugendliche an sie gestellte Anforderungen zu bewältigen haben, die sie herausfordern und gleichwohl die Möglichkeit des Scheiterns beinhalten. Das Subjekt befindet sich daher beständig in „Wegscheiden-Situationen“, in denen es eigenständige und potenziell folgenreiche Entscheidungen treffen muss. Die jeweilige Entscheidungssituation „drängt sich nicht von außen dem Subjekt auf, sondern wird ebenfalls

327 Rahn 2005, S. 102f.

328 Rahn 2005, S. 106.

329 Rahn 2005, S. 109.

330 Oevermann 2004, S. 163.

durch dessen Antizipation von möglichen Zukünften erzeugt.“³³¹ Dies resultiert daraus, dass das Subjekt als soziales Wesen mit eigenen Zielen handelt. Durch sein eigenwilliges Tun im Möglichkeitsraum, mit den anzustrebenden Zielen und den zu wählenden Mitteln und Wegen sowie den Ausgangsbedingungen seines Tuns bringt es sich selber in diese Situation. Diese Interpretation negiert nicht die bisherige Ausführung zum imperativen Charakter sozialer Konstruktionen, erklärt aber das Individuum zum alleinigen Verantwortlichen und interpretiert damit seine Entscheidungen statt im Gefüge institutioneller Vorgaben als Produkt des Motivvorrats des eigenen Antriebs. Seine Entscheidungskrise ist daher auch keine auf die Sozialisation begrenzte, sondern gilt für das soziale Leben generell. Dabei nimmt die institutionelle Rahmung in Form gesellschaftlicher Normen nicht die Rolle ein, konkrete Plätze genau zuzuteilen, sondern sie wirkt eher als stummer Zwang, sich entscheiden zu müssen. Dieser stellt das Subjekt vor eine Situation, in der es sich „nicht nicht entscheiden kann“.³³²

Als einen weiteren Krisentypen macht Oevermann die „Krise durch Muße“ aus, die man mehr oder weniger bewusst, im Prinzip aber vermeidbar, als Subjekt selbst herbeiführt: „Die Krise durch Muße wird dadurch herbeigeführt, dass eine Wahrnehmung der äußeren oder inneren Realität um ihrer selbst willen durchgeführt werden kann [...]“.³³³ Hierbei wird auf Fragen des körperlichen Genusses oder der Verfolgung verschiedener Interessen referiert, die sich nur insofern ausschließen, als dass sie nicht gleichzeitig zur Erfüllung gebracht werden können.

Nach Johann Behrens und Wolfgang Voges erwächst die Forderung nach „konsistenten Biographien“ aus Anforderungen, die dem Subjekt durch bestimmte *Gatekeeping-Instanzen* abverlangt werden, und nicht aus einem Anspruch heraus, den die Jugendlichen selbst an sich stellen.“³³⁴ Dies resultiert aus „formalen Zugangsregeln“, die als institutionalisierte Normunterstellungen existieren, die ihren Sanktionscharakter darüber entfalten, dass sie mit möglichem Ausschluss drohen. Eine Abweichung von Normerwartungen, welche sich als verinnerlichte Gesetzmäßigkeiten einer „richtigen“ Entwicklung realisieren, kann ebenso zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen.³³⁵ Behrens und Voges behaupten nicht, dass diese institutionalisierten Zuteilungsregime alternativlos in dem Sinne sind, dass sich ihnen entweder unterworfen oder sich ihnen entzogen wird. „Man kann sie [die formalen Zugangsregeln, D. W.] für unsinnig halten, und es trotzdem klug finden, sich nach ihnen zu richten.“³³⁶ Dem folgend könnte man also von praktischer Affirmation bei gleichzeitiger theoretischer Distanzierung sprechen. Im praktischen Tun werden die Zugangsregeln dahingehend affirmiert, dass die Regeln befolgt oder zumindest Abweichungen minimiert werden. Die theoretische Distanzierung besteht in der

331 Oevermann 2004, S. 165f.

332 Oevermann 2004, S. 166.

333 Oevermann 2004, S. 167.

334 Behrens/Voges 1996, S. 27.

335 Behrens/Voges 1996, S. 27.

336 Behrens/Voges 1996, S. 27.

Beibehaltung einer kritischen Stellung zu der Regel, der sich dort unterworfen wird: Die Unterwerfung erscheint dem Subjekt dann auch als solche und gewährt ihm daher beständig eine theoretische Alternative des praktischen Tuns: die Nicht-Unterwerfung. Ob die Nicht-Unterwerfung irgendwann umgesetzt wird, bleibt dem Subjekt überlassen, aber es steht ihm als theoretische Möglichkeit frei, sobald die Konsequenzen auf diesem Weg als hinnehmbar erscheinen. Weiter muss dem Subjekt seine Unterwerfung aber gar nicht unbedingt als eine solche erscheinen. „Denn je mehr individuelle Handlungsstrategien durch kollektive, individuell verinnerlichte Normen bestimmt wären, umso weniger fielen Handlungen und Struktur auseinander.“³³⁷ Behrens und Voges sprechen bei dieser Form von Affirmation von „einer Art prästabilisierter Harmonie zwischen subjektiven Deutungsmustern und Strukturen“.³³⁸ Behrens und Voges sind jedoch selbst mit diesem Schluss nicht zufrieden, da er ihrer Meinung nach den kritisch-sozialwissenschaftlichen Fokus zu wenig auf die Zugangsvoraussetzungen institutioneller Regelungen richtet. Sie verwerfen ihre eigene Schlussfolgerung, weil sie die Möglichkeit der Verinnerlichung als Gegensatz zum Zwang institutioneller Regelungen verstehen, anstatt die Verinnerlichung durch die Subjekte gewissermaßen als komplementäre Seite zum institutionellen Zwang zu sehen. Indem sie die Verinnerlichung für so total halten, als wäre sie unwiderruflich, unreflektierbar oder unanzweifelbar verschenken sie somit eine Erklärungsmöglichkeit für die Stabilität institutionalisierter Deutungsmuster.

Nach Oevermann stellt die Adoleszenzkrise eine Sonderform der Entscheidungskrise dar: „In ihr geht es darum, beständig Entscheidungen selbstverantwortlich treffen zu müssen, ohne dass eine feststehende Begründung oder Rechtfertigung, auf die man sich berufen könnte, schon zur Verfügung steht.“³³⁹ An diesen permanenten Krisentypen wird man in der Jugendphase herangeführt, an seine fortwährende Bewältigung muss man sich gewöhnen. Doch nicht nur daran gewöhnen. Die Bewältigung von Entscheidungskrisen will eingeübt sein, da mit jeder Entscheidung unterschiedliche, und auch unterschiedlich folgenreiche Konsequenzen verbunden sind. Das heißt ferner, dass es nicht nur um die Bewältigung der Entscheidungssituation geht, sondern dass diese Krise ebenso die Bewältigung des Scheiterns an den eigenen wie an fremden Maßstäben einschließt. So nimmt es nicht Wunder, dass Oevermann als anzustrebendes Resultat der Bewältigung von Adoleszenzkrisen letztlich ein Grundvertrauen sieht, dessen Erwerb gewissermaßen die Bewältigungsaufgabe darstellt.³⁴⁰ Das Grundvertrauen lässt sich dadurch charakterisieren, dass man die feste subjektive Einschätzung über die eigene Zukunft hat, dass „es“ am Ende schon gut gehen oder enden werde. Damit ist eine gewisse Beständigkeit des Scheiterns bereits als natürlich unterstellt; woran gearbeitet werden muss, ist die persönliche Fähigkeit damit umzugehen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als mit der Beschreibung

337 Behrens/Voges 1996, S. 28.

338 Behrens/Voges 1996, S. 28.

339 Oevermann 2004, S. 171.

340 Vgl. Oevermann 2004, S. 171.

der institutionellen Anforderungen, den normierenden gesellschaftlichen Setzungen und der Überforderung des heranwachsenden Subjekts schon die entscheidenden Hinweise gegeben wurden.

Die Vinnerlichung äußerer Erwartungen und ihre Übersetzung in die eigenen Handlungsmaßstäbe wurde als das Vehikel der Erfüllung dieser Maßstäbe beschrieben, womit das Subjekt versucht, es exkludierende Dynamiken zu vermeiden und eigene Interessen umzusetzen. Soweit wurde die Verschränkung von gesellschaftlich wirksamen Setzungen mit der Subjektivität des Individuums beschrieben. Mit dem Grundvertrauen kommt eine weitere Erklärung hinzu, denn es liefert eine Antwort auf die Frage der Beibehaltung eigener Maßstäbe sowie der Akzeptanz (bestimmter) gesellschaftlicher Maßstäbe gerade in krisenhaften und von Scheitern bedrohten Entscheidungssituationen. Das Grundvertrauen wird damit gewissermaßen zur *conditio sine qua non* des Erfolges eigener Interessen überhaupt, weil es das Subjekt zum „Weitermachen“ befähigt und ermutigt.

Das Subjekt erhält sich damit seine Eigenmaßstäblichkeit, auch und gerade wenn es gesellschaftlich damit scheitert. Grundvertrauen ist damit weder eine kritische noch eine affirmative Kategorie, sondern beschreibt vielmehr eine notwendige Bedingung. Allerdings bleibt kritisch zu hinterfragen, wodurch dieses Vertrauen angegriffen wird und warum sein Erhalt dem Subjekt so viel abverlangt.

5. Morbus Crohn – Die Betrachtung einer besonderen Bewältigungsaufgabe

Im vorangegangenen Kapitel standen allgemeine Bewältigungsaufgaben sowie deren subjektive Bedeutung für die Individuen im Mittelpunkt der Auseinandersetzung. Mit der Betrachtung einer einschneidenden chronischen Erkrankung soll nun der Fokus enger auf die spezifischen hinzutretenden Aspekte eines solchen Lebensereignisses während der Jugendphase gerichtet werden. Hierzu ist es notwendig, einige medizinische Grundlagen der Erkrankung darzustellen und die verschiedenen diagnostischen wie therapeutischen Ansätze zu beschreiben, mit denen die Betroffenen konfrontiert sind, um anschließend deren Bedeutung für den Bewältigungsprozess herausarbeiten zu können. Es wird zu untersuchen sein, wie sich die vielfältigen Beschwerden und Verlaufsformen der Erkrankung auf die Lebenswelten der betroffenen Jugendlichen auswirken können und mit welchen biografischen Herausforderungen sie konfrontiert werden.

Morbus Crohn zählt mit der Colitis ulcerosa zu den zwei Krankheiten, die unter der Bezeichnung „chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ (CED) zusammengefasst sind. Bei Morbus Crohn handelt es sich um eine chronische Schleimhautentzündung des Gastrointestinaltraktes, die sich über die gesamte Länge vom Mundraum bis zum After erstrecken kann und einen schubweisen Krankheitsverlauf aufweist. Damit assoziierte Hauptsymptome sind Durchfall, Fieber, abdominale Schmerzen, Blutbeimengungen im Stuhl, Müdigkeit und Anämie.

Seit den vergangenen zehn Jahren finden wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Thema Morbus Crohn, oder auch CED im Allgemeinen, vor allem im Bereich der medizinischen Forschung statt. Die Forschungen beziehen sich auf die Felder der Diagnostik, der operativen und pharmakologischen Therapiemöglichkeiten sowie der Grundlagenforschung zu den Ursachen der Krankheit.

5.1. Epidemiologie, Ätiologie und Risikofaktoren

Die Angaben zur absoluten Zahl der Fälle von CED schwanken für Deutschland von ca. 200.000³⁴¹ bis ca. 320.000 Menschen³⁴². Jörg Hoffmann et al. geben für den

341 Behrens et al. 2006, S. 16.

342 Deutsche Colitis ulcerosa/Morbus Crohn Vereinigung (DCCV) 2009; Timmer 2009, S. 10.

Morbus Crohn eine Prävalenz von 200 auf 100.000 Einwohner an³⁴³, was für Deutschland rund 160.000 Fälle ergibt.³⁴⁴ Dabei ist insgesamt eine steigende Inzidenz in den westlichen Industrieländern über die letzten Jahrzehnte zu verzeichnen.³⁴⁵ Auffallend hierbei ist, dass es sowohl in Europa als auch in Amerika eine „Nord-Süd-Gefälle“ bei der Zahl der Neuerkrankungen gibt, mit einer höheren Rate in den nördlichen Ländern und einer geringeren in den südlichen. Eine europäische Kooperationsstudie in den 1980er-Jahren mit 20 teilnehmenden Erhebungszentren ergab, dass die geografische Lage dabei weniger entscheidend war als das jeweilige Bruttoinlandsprodukt der Länder. Aus diesen Ergebnissen wurden Rückschlüsse auf mögliche Krankheitsursachen in den Lebensverhältnissen der Menschen gesucht.³⁴⁶ Bestätigt wird diese Annahme einer Mitursächlichkeit von Umweltbedingungen durch Untersuchung ländlicher und städtischer Regionen in einem Land, wodurch genetische Variablen ausgeschlossen werden sollten.³⁴⁷ Migrationsstudien hingegen konnten zeigen, dass MigrantInnen, die aus Ländern mit niedriger Inzidenz in Länder mit höherer Inzidenz zogen, dort zunächst ein geringeres Risiko einer Erkrankung behielten. Die Tatsache, dass sich dies mit der Zeit an das jeweilige höhere Niveau anpasst, kann somit als weiterer Hinweis für eine Gen-Umwelt-Theorie sprechen. Als ein weiterer, wenn auch nicht ausschließlicher Grund für eine Zunahme der Inzidenz muss auch in den sich kontinuierlich verbesserten diagnostischen Verfahren, der Ausbildung des medizinischen Personals sowie der Anbindung an medizinische Infrastruktur verortet werden.³⁴⁸

Auch wenn in der medizinischen Forschung noch immer Unklarheit hinsichtlich der Ätiologie des Morbus Crohn besteht, so gilt als Grund eine Kombination von genetischen Dispositionen und begünstigenden Umweltfaktoren mittlerweile als erwiesen.³⁴⁹

So konnte in einer deutschen Zwillingsstudie nachgewiesen werden, dass bei ein-eiigen Zwillingen für den zweiten Zwillings die Erkrankungswahrscheinlichkeit um mehr als 50% zunimmt, wenn das erste Kind bereits daran erkrankt ist. Wären es ausschließlich genetische Faktoren, die die Erkrankung herbeiführen würden, so müsste sich die Wahrscheinlichkeit auf 100% erhöhen. Umgekehrt erscheint der Wert von 50% zu hoch, um ausschließlich über Umweltfaktoren erklärt werden zu können.³⁵⁰

343 Hoffmann et al. 2008, S. 1924.

344 Eigene Berechnung der absoluten Zahl nach den Angaben für die Einwohnerzahl des Statistischen Bundesamtes: <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html?nsc=true&https=1> (zuletzt eingesehen am 27.01.2015).

345 Stange et al. 2009, S. 14.

346 Timmer 2009, S. 8.

347 Stange et al. 2009, S. 14.

348 Stange et al. 2009, S. 14.

349 Stange et al. 2009, S. 14; Keller 2006, S. 174f; Böcker et al 2007, S. 16.

350 Spehlmann et al. 2008.

Zu möglichen Umweltfaktoren, die ein Auftreten der Krankheit verursachen oder dieses zumindest begünstigen, gibt es zahlreiche Überlegungen. So wurde angenommen, dass eine überdurchschnittlich gute sanitäre Versorgung eventuell zu einer Sensibilisierung des Immunsystems führen könnte, welches daraufhin inadäquat reagiere. Ebenfalls stand frühes Abstillen im Verdacht, einen Risikofaktor darzustellen, während frühkindliche Infektionen als protektiver Faktor galten. Ebenso wurde untersucht, ob vielleicht Erreger wie zum Beispiel das Masernvirus oder kälteaffine Bakterien im Kühlgut moderner Nahrungsmittel zu einer nachhaltigen Störung der Immunabwehr beitragen könnten. Auch Ernährungsgewohnheiten wie z.B. die vermehrte Aufnahme einfacher Kohlenhydrate wurden diskutiert.³⁵¹ Für alle bisherigen Annahmen finden sich keine starken empirischen Zusammenhänge bzw. liegen sogar widersprüchliche Ergebnisse vor.³⁵² Der einzige, als gesichert geltende empirische Zusammenhang besteht derzeit in der negativen Wirkung des Tabakrauchens. In mehreren Studien wurde belegt, dass Rauchen sowohl das Erkrankungsrisiko, als auch die Schubwahrscheinlichkeit signifikant erhöht. Auch bei ehemaligen Rauchern und Raucherinnen konnte noch ein *Dosiswirkungseffekt* nachgewiesen werden, wonach die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Personen in Abhängigkeit zu ihrem vormaligen Konsum stand.³⁵³

Morbus Crohn kann im Prinzip in jedem Alter auftreten. Stange et al. geben jedoch eine erheblich erhöhte Inzidenzrate für das zweite und dritte Lebensjahrzehnt an.³⁵⁴ Dabei tritt die Erstmanifestation nach Stange et al. bei 25-30%, bzw. nach Behrens bei 14-33% aller an Morbus Crohn Erkrankten vor dem 20. Lebensjahr ein.³⁵⁵ Damit fällt der Zeitpunkt der ersten Symptome für eine erhebliche Gruppe in eine sehr sensible Lebensphase: die Jugend.

Die bislang gültige Kategorisierung des Morbus Crohn als eine Autoimmunerkrankung wird mittlerweile teilweise hinterfragt. Während eine Autoimmunerkrankung impliziert, dass eine überschießende Immunantwort auf Reize im Körper zu der Entzündungsreaktion führt, deuten neuere Forschungsergebnisse darauf hin, dass es sich beim Morbus Crohn um eine regional auftretende Störung der Darmbarrierefunktion handelt.³⁵⁶ Demnach ist nicht ein Zuviel an Immunabwehr für die Entzündungsreaktion verantwortlich, sondern im Grunde ein Zuwenig, da ein Teil der angeborenen Barrierschichten in der Darmschleimhaut aus noch ungeklärten Gründen Schwachstellen aufweist, sodass Darmbakterien in den Körper eindringen können. Demnach richte sich nach Jan Wehkamp, einem Vertreter dieser Theorie, *„die Entzündungsreaktion nicht primär gegen den eigenen Körper, sondern gegen ‚normale‘*

351 Buhrisch 2013, S. 208.

352 Für eine Aufstellung und Zusammenfassung von Studien zu dieser Thematik siehe Timmer 2009, S. 15f.

353 Timmer 2009, S. 16.

354 Stange et al. 2009, S. 15.

355 Stange et al. 2009, S. 46 und Behrens et al. 2006, S. 17.

356 Wehkamp et al. 2006: 1962f.

Darmbakterien“, die natürlicherweise vom Immunsystem als „fremd“ eingestuft werden.³⁵⁷ Worauf diese Funktionsstörung zurückzuführen ist, wie das Wechselspiel zwischen biologischem Körper und äußeren Einflüssen gestört wird, ist Gegenstand der medizinischen Forschung und liefert die Hoffnung auf neue Therapiemöglichkeiten.

5.2. Klinische Symptomatik und Verlaufsformen

Prinzipiell kann der Verdauungstrakt auf seiner gesamten Länge betroffen sein, doch sind die Befallsmuster von Person zu Person verschieden. Die am häufigsten betroffenen Abschnitte sind der untere Dünndarm (Ileum) und der Dickdarm (Kolon). Bei 40-55% der Erkrankten sind sowohl Ileum als auch Kolon betroffen. Ein ausschließlicher Befall des terminalen Ileums (letzter Abschnitt des Dünndarms) liegt in 25-40% der Fälle vor, ein ausschließlicher Kolonbefall in 15-35% der Fälle. Eine Beteiligung des oberen Verdauungstraktes (Speiseröhre und Magen) ist dagegen weitaus seltener (1-3%). Bei 85% der Morbus-Crohn-PatientInnen liegt ein diskontinuierlicher Befall vor, sodass sich gesunde und entzündete Schleimhautabschnitte in kurzen Abständen abwechseln.³⁵⁸ Die Befallsmuster können sich im Verlauf der Krankheit verändern und sowohl ausdehnen, wie auch abnehmen. Nach Max Reinshagen bleiben die Befallsmuster jedoch bei ca. 80% der Fälle konstant.

Die Leitsymptome sind gekennzeichnet durch die unmittelbaren Entzündungsbeschwerden wie anhaltender Durchfall, Fieber und abdominalen Schmerzen, von denen alle Menschen mit Morbus Crohn im Verlauf ihrer Erkrankung betroffen sind. Der Bauchschmerz wird häufig im rechten Unterbauch lokalisiert (bei Befall des terminalen Ileums und des aufsteigenden Dickdarms) kann aber auch als diffus wahrgenommen werden.³⁵⁹ Drei weiche Stuhlgänge pro Tag werden dabei von PatientInnen durchaus als normal angesehen, während es im akuten Schub deutlich mehr sein können.³⁶⁰ Die Durchfälle können begleitet sein von Blut- und Schleimbeimengungen.

Die Entzündungsaktivität kann zu Veränderungen in der Darmwand und damit zu weiteren Komplikationen führen. So wird durch die Entzündung der Darmschleimhaut das Entstehen von schmerzhaften Abszessen („Eiterabkapselung“) und Fisteln („Eitergänge“) begünstigt. Die Fisteln können vom entzündeten Darmabschnitt Verbindungen zu umliegenden Organen (z.B. der Blase) oder anderen Darmabschnitten herstellen (enteroenterale Fisteln), an die Oberfläche treten (häufig in der Perianalregion) oder subkutan zwischen Darm und Bauchdecke verlaufen.³⁶¹

357 Wehkamp 2011, in: <http://www.kompetenznetz-ced.de/pressemitteilungen-76/items/schwache-in-der-abwehr.html> (zuletzt eingesehen am 03.01.2015).

358 Reinshagen 2009, S. 69.

359 Böcker et al. 2007, S. 26.

360 Reinshagen 2009, S. 68.

361 Stange et al 2009, S. 41.

Hierbei kann es zu kotiger Sekretion kommen, die für die Betroffenen sehr unangenehm sein kann.

Während der Entzündung kann es zu Verschwellungen der betroffenen Darmabschnitte kommen, die den Darmdurchmesser vermindern. Diese Stenosierung kann ihrerseits schmerzhafte Stuhlprobleme und auch Verstopfungen begünstigen. Nach dem Abheilen akut entzündeter Abschnitte können narbige Strukturen zurückbleiben, die das Darmvolumen dauerhaft verringern und nicht mehr medikamentös behandelt werden können.³⁶² In selteneren Fällen kann es durch eine schwere Entzündung zu einer Perforation der Darmwand kommen, bei der Darmbakterien in die freie Bauchhöhle eindringen. In der Folge kommt es zu einer schweren und auch bedrohlichen Sepsis, die einer unverzüglichen Behandlung bedarf.

Nach Reinshagen besteht gegenüber der Normalbevölkerung ferner ein um den Faktor 200 erhöhtes Risiko, ein Dünndarmkarzinom auszubilden, wobei dies immer noch zu den sehr seltenen Folgeerscheinungen zählt.³⁶³ Mit einem Morbus Crohn kann eine Reihe weiterer, nicht den Magen-Darm-Trakt betreffender, krankheitsbedingter Symptome (*extraintestinale Manifestationen*) auftreten.³⁶⁴ Als die am häufigsten auftretenden Manifestationen werden in der medizinischen Literatur die Beteiligung der Gelenke in Form von Gelenkschmerz (*Arthralgien*) oder Gelenkentzündungen (*Arthritis*) sowie die Beteiligung der Haut genannt (*Erythema nodosum*).³⁶⁵ Rolf Behrens et al. beschreiben, dass die Gelenksbeschwerden den intestinalen Beschwerden auch vorausgehen können, was eine Rückführung der Symptome auf eine CED erheblich erschwere.³⁶⁶ Die Entzündung der Haut tritt meist an den Unterschenkeln der betroffenen Person in Form rötlich-bläulicher Flecken auf und kann sehr schmerzhaft sein.³⁶⁷ Morbus Crohn-PatientInnen weisen zudem eine erhöhte Inzidenz von Gallen- und Nierensteinen auf, was auf eine Störung des Gallensäure-Kreislaufs, bedingt durch die mangelnde Absorptionsfähigkeit des Dünndarms, zurückzuführen ist.³⁶⁸ Als weitere mögliche Komplikationen werden Entzündungen der Augen sowie der Bauchspeicheldrüse und das Ausbilden einer Osteoporose genannt, welche sowohl auf die initiale Grunderkrankung zurückgeführt werden, wie auch Folgen einer medikamentösen Behandlung sein können. Eduard Stange et al. beschreiben, dass ein Gewichtsverlust von 10-20% vom Ausbilden der Symptomatik bis zur Diagnosestellung üblich ist.³⁶⁹ Die Entzündungstätigkeit kann des Weiteren zu einer verminderten Aufnahme wichtiger Nährstoffen, Vitamine und Spurenelementen führen, was insbesondere bei länger anhaltenden Schüben zu weiteren Folgebeschwerden führen kann.

362 Stange et al. 2009, S. 42.

363 Reinshagen 2009, S. 75. Siehe auch Klump 2009, S. 107.

364 Ausführlich hierzu siehe Duchmann 2009, S. 94ff.

365 Hart/Siew 2011, S. 231.

366 Behrens et al. 2006, S. 26f.

367 Andus 2006, S. 45.

368 Stange et al. 2009, S. 95.

369 Stange et al. 2009, S. 41.

Die Symptome im Kindes- und Jugendalter sind zwar die gleichen wie im Erwachsenenalter, doch können sie sich gerade in der Phase der körperlichen und sexuellen Entwicklung nachhaltig auswirken. So kann es zu einer Beeinträchtigung des Längenwachstums sowie einer Verzögerung der sexuellen Reifung kommen, welche sich in der Folge länger anhaltender Entzündungsaktivität und damit einhergehenden Mangelzuständen ergibt.³⁷⁰ Allgemeine Mangelzustände als Folge eingeschränkter Absorptionsfähigkeit des Darmes kommen jedoch eher bei ausgeprägtem Dünndarmbefall vor. Der Gewichtsverlust während einer aktiven Krankheitsperiode ist dagegen meist bedingt durch allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit und Völlegefühl, was häufig insgesamt zu einer reduzierten Nahrungsaufnahme führt.³⁷¹

Die Häufigkeit und Intensität der jeweiligen Beschwerden hängt sowohl vom individuellen Befallsmuster, der Schwere der vorliegenden Entzündung sowie von möglicherweise auftretenden Komplikationen ab. Sie können akut auftreten oder auf einem gleichbleibenden Niveau für einen längeren Zeitraum fortbestehen. Dabei sind Durchfall und Bauchschmerzen die häufigsten Symptome, die nicht an einen akuten Schub gebunden sind.

Für die Bestimmung der Krankheitsaktivität kann der Crohn's Disease Activity Index (CDAI) verwendet werden. Bestimmungsparameter sind dabei unter anderem die Anzahl der Stühle über eine Woche, die empfundene Stärke der Bauchschmerzen, das eigene Befinden und das Auftreten von Komplikationen.³⁷² Bei 40-50% der Menschen mit Morbus Crohn weist die Krankheit eine rezidivierende Verlaufsform auf, die ein gutes Ansprechen auf eine Steroidtherapie während des akuten Schubs kennzeichnet. Steroidrefraktäre bzw. steroidabhängige Verlaufsformen, bei denen die Personen nicht auf Kortisonbehandlung ansprechen (28-35%) bzw. sich nur eine Besserung der Symptome bei einer Dauergabe einstellt (16-20%), sind seltener, im Fall des Auftretens jedoch sehr ausgeprägt.³⁷³ Die Bestimmung des Verlaufs kann eine wichtige Rolle bei der späteren Einleitung therapeutischer Maßnahmen darstellen.³⁷⁴

³⁷⁰ Stange et al. 2009, S. 46.

³⁷¹ Stange et al. 2009, S. 41.

³⁷² Für eine Abbildung des Ermittlungsbogens siehe Reinshagen 2009, S. 71.

³⁷³ Reinshagen 2009, S. 70.

³⁷⁴ Melle et al. 2011, S. 39.

5.3. Die Diagnostik

Die ersten Symptome einer CED sind in der Regel sehr unspezifisch. Bauchschmerzen, Durchfälle, Fieber und Gewichtsverlust können mit einer Vielzahl somatischer und psychosomatischer Erkrankungen assoziiert sein. Sie werden daher sowohl vom Patienten/von der Patientin, als auch von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen häufig auf andere Ursachen zurückgeführt wie z.B. Stress, einen grippalen Infekt oder eine Lebensmittelunverträglichkeit.³⁷⁵ Schmerzen im rechten Unterbauch können ebenfalls als eine Blinddarmentzündung fehlgedeutet werden.³⁷⁶ Da durch den schubweisen Verlauf die Symptome über längere Phasen auch wieder ganz abklingen, können mitunter lange Zeiträume zwischen dem ersten Auftreten von Beschwerden und der eigentlichen Diagnosestellung liegen.³⁷⁷ Stange et al. sprechen von einer Latenzzeit von mehreren Monaten³⁷⁸

Für die Diagnose eines Morbus Crohn müssen daher zunächst eine Reihe anderer möglicher Ursachen für die Beschwerden, wie z.B. Infektionskrankheiten, ausgeschlossen werden.³⁷⁹ Mit der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und dem Kompetenznetzwerk Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen gibt es mittlerweile für Deutschland eine allgemeine Richtlinie zur Diagnose und Behandlung von Morbus Crohn. Diese enthält eine Reihenfolge diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die einen im doppelten Sinne sparsamen Einsatz von Mitteln ermöglichen soll. Dabei ist nicht nur an ökonomische Aspekte gedacht, sondern auch daran, körperliche Eingriffe bei den PatientInnen so gering wie möglich zu halten. Eine ausführliche Anamnese zur Erfassung von Vorerkrankungen, Unverträglichkeiten oder möglichen anderen Risikofaktoren und nicht-invasive Diagnoseverfahren (Stuhlproben) sollten das erste Mittel der Wahl sein. Ärztliche Untersuchungen können Aufschluss über das Vorliegen von extraintestinalen Manifestationen geben, die im Zusammenhang mit einem Morbus Crohn stehen. Als ein Bestandteil davon gilt auch die digital-rektale Untersuchung, die bei jedem Patienten und jeder Patientin erfolgen muss.³⁸⁰

Mittels Stuhl- und Blutuntersuchungen können verschiedene Entzündungsmarker (C-reaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit) Hinweise auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung liefern und gleichzeitig verschiedene Infektionskrankheiten ausgeschlossen werden. Die Labordiagnostik kann zudem auch die Bestimmung von Mangelzuständen leisten. Eine Unterscheidung des Morbus Crohn von seiner „Schwesterkrankheit“ *Colitis ulcerosa* anhand von Blutwerten ist jedoch nicht eindeutig möglich, sodass bildgebende Verfahren eingesetzt werden müssen.

375 Jantschek 2008, S. 924.

376 Dietrich/Caspary 2006, S. 24.

377 Dietrich/Caspary 2006, S. 24.

378 Stange et al. 2009, S. 53.

379 Baumgart/Sandborn 2012, S. 1594f.

380 Hoffmann et al. 2008, S. 1925.

Mit der Endoskopie können sowohl der Dickdarm inklusive eines kleinen Abschnitts des terminalen Ileums (Koloskopie, bzw. Ileokoloskopie) sowie Speiseröhre und Magen (Gastroskopie) untersucht und Entzündungsareale ausgemacht werden. Während einer Endoskopie ist es möglich, auch Gewebeproben für eine spätere histologische Untersuchung zu entnehmen. Die Endoskopie wird darüber hinaus für Verlaufs-/Aktivitätskontrollen, vor Therapieentscheidungen und zur Tumervorsorge verwendet. Die Endoskopiebefunde decken sich dabei aber nicht notwendig mit den klinischen Befunden, weil sich beide Parameter unabhängig voneinander und mitunter rasch entwickeln können, was bei der Diagnosestellung und der Wahl der Verfahren zu berücksichtigen ist.³⁸¹ Aus diesen Gründen ist die Endoskopie eine der häufigsten Untersuchungsmethoden im Leben eines Menschen mit Morbus Crohn und zumeist die am unangenehmsten empfundene. Verantwortlich hierfür ist zum einen die erforderliche *Darmreinigung* mit kombinierter Diät. Hierbei sind zum Teil Trinkmengen von bis zu 5 Litern einer reinigenden und darmlaxierenden Lösung am Vortag nötig, die am Morgen des Untersuchungstages um salinische Abführmittel ergänzt werden. Zum anderen bedarf es der *Sedierung* bzw. einer Vollnarkose, da vielfach Erfahrungen mit schmerzhaften Untersuchungen trotz Sedierung gemacht werden. Zumeist tragen zudem die Sedierungen kreislaufwirksame Folgen.

Der diagnostische Nachteil, der mit den klassischen endoskopischen Verfahren darin besteht, weite Strecken des Dünndarms nicht einsehen zu können, wird mit der noch recht neuen Methode der Kapselendoskopie zu schließen versucht. Hierbei wird eine tablettengroße Kapsel geschluckt, die auf ihrem Weg durch den Verdauungstrakt Bilder von der Darmwand aufnimmt. Zudem bieten bildgebende Verfahren wie die Computertomographie (CT) und die Magnetresonanztomographie (MRT) einen breiten diagnostischen Nutzen. Sie dienen sowohl der Lokalisation von Entzündungsarealen als auch der Bestimmung der Krankheitsausdehnung und von Komplikationen. Mit der Schnittbildtechnik lassen sich entzündliche Veränderungen in der Darmschleimhaut sowie Fisteln und Abszesse darstellen.³⁸² Im Unterschied zur Endoskopie (mit Ausnahme der Kapselendoskopie) erlauben diese Verfahren zudem die Darstellung des gesamten Dünndarms. Aufgrund der hohen Strahlenbelastung bei der Computertomographie sollte insbesondere bei jungen PatientInnen und häufigen Folgeuntersuchungen aus medizinischer Perspektive ein MRT durchgeführt werden.³⁸³ Von begrenztem Nutzen ist auch noch der Ultraschall, mit dem Verdickungen der Darmwand und auch Stenosen dargestellt werden können. Da durch Luft im Darm die Bildgebung beeinträchtigt ist und sich die freien Dünndarmschlingen überlagern können, ist sie eher für bestimmte Verlaufskontrollen geeignet.

381 Raible/Graebler 2009, S. 141f.

382 Herfarth 2009, S. 160.

383 Melle et al. 2011, S. 39, sowie Baumgart/Sandborn 2012, S. 1595.

5.4. Der Therapeutische Ansätze

In der Therapie des Morbus Crohn geht es vorrangig um die Remissionsinduktion und den anschließenden Remissionserhalt. Letzteres wird von Hoffmann als schwieriger beurteilt.³⁸⁴ Alle Aspekte einer Behandlung sollten ferner in eine Familienplanung miteinfließen.³⁸⁵ Nach Behrens et al. sollte insbesondere bei jugendlichen PatientInnen noch eine „*altersentsprechende Entwicklung*“, die „*Akzeptanz der Krankheit*“ und die „*Vermeidung von Übertherapie*“ hinzukommen.³⁸⁶

Damit werden also auch explizit psychosoziale Therapieziele formuliert. In der medizinischen Therapie sind zwei grundsätzliche Formen voneinander zu unterscheiden, die im Folgenden kurz ausgeführt werden sollen.

5.4.1. Die Konservative Therapie

Für Remissionsinduktion werden im akuten Schub am häufigsten entzündungshemmende oder immunmodulatorische Medikamente gegeben, die zu einem Abklingen der Entzündung bzw. der Unterbrechung einer Entzündungskaskade führen sollen. Damit erfolgt die Therapie noch nach der klassischen Beschreibung des Morbus Crohn als Autoimmunerkrankung, da trotz Hinweisen auf Ursachen in einer Barrièrestörung bisher noch keine kausalen Therapieansätze gefunden werden konnten.³⁸⁷ Zur Gruppe der immunmodulierenden Medikamente gehören systemisch wirksame wie auch örtlich begrenzt wirksame (topische) Glukokortikoide, Immunsuppressiva wie Azathioprin und bedingt auch Aminosalizylate.³⁸⁸ Die beabsichtigte Wirkung ist dabei das Hemmen von unter anderem proinflammatorischen Botenstoffen und das Senken der Anzahl und Aktivität von Lymphozyten (weiße Blutkörperchen).

Die Supprimierung des Immunsystems kann bei allen Präparaten zu einer Erhöhung des Infektionsrisikos führen. Zu den häufigsten Nebenwirkungen von Kortison-Präparaten zählen zudem Akne, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen sowie das Cushing-Syndrom („Mondgesicht“). Bei einer Langzeitanwendung systemisch wirkender Steroide, die nur in bestimmten Fällen durchgeführt werden sollte, steigt zudem das Risiko der Ausbildung einer Osteoporose oder auch eines Diabetes Mellitus.³⁸⁹ Besteht ein steroidrefraktärer Verlauf oder eine Steroidabhängigkeit, muss auf andere Präparate wie Immunsuppressiva zurückgegriffen werden. Diese haben meist einen erheblich späteren Wirkungseintritt und können eine Reihe assoziierter Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen oder Verstopfung auslösen. Dies kann zu einer erheblichen Verunsicherung und Belastungen für die Betroffenen führen.

384 Hoffmann 2009, S. 180.

385 Hoffmann 2009, S. 180.

386 Behrens et al. 2006, S. 62.

387 Stange et al. 2009, S. 110.

388 Ausführlich hierzu siehe Stichtenoth 2009, S. 183ff.

389 Van Assche et al. 2009, S. 36 sowie Hart/Siew 2011, S. 234.

Eine relativ neue Substanzgruppe sind die sogenannten Biologika (z.B. *Infliximab* oder *Adalimumab*), die ebenfalls eine immunmodulierende Wirkung aufweisen, indem sie körpereigene Signalwege stimulieren oder eben blockieren.³⁹⁰ Daher sind auch hier bestimmte Vorerkrankungen wie Tuberkulose oder HIV dringend auszuschließen.³⁹¹ Die Applikation erfolgt entweder intravenös (*Infliximab*) in einer entsprechenden medizinischen Einrichtung oder subkutan (*Adalimumab*), weshalb die Applikation auch im häuslichen Umfeld stattfinden kann. Sie können sowohl in der akuten Schubbehandlung als auch zum Remissionserhalt eingesetzt werden und erzielen neben auftretenden Unverträglichkeiten insgesamt sehr positive Ergebnisse.³⁹² Studien zu Langzeitfolgen liegen indes noch nicht vor.

Nach Hoffmann wird in der Medizin derzeit diskutiert, ob bei der medikamentösen Therapie eher nach dem „Step-up“- oder nach dem „Step-down“-Prinzip vorgegangen werden sollte, bzw. ob dies immer im Einzelfall entschieden werden müsse.³⁹³ Ist bisher immer nach dem Step-up-Prinzip vorgegangen worden, bei dem zunächst mit einer Kortisonvergabe begonnen wurde, bis deren Wirksamkeit nachließ, gibt es neuere Ansätze, in denen der umgekehrte Weg versucht wird. Unter anderem wird argumentiert, dass mit der frühzeitigen Verabreichung von Biologika durchaus auch längerfristig auf eine Kortisontherapie verzichtet werden könne.³⁹⁴ Leider wird diese Frage in der Versorgungslandschaft nicht allein nach medizinischen Erkenntnissen geführt, sondern es spielen wegen der relativ hohen Kosten der Biologikapräparate auch ökonomische Gesichtspunkte eine wichtige Rolle.³⁹⁵ Für die PatientInnen sind diese Mittel daher nicht überall zu beziehen, sodass sie bislang auf Spezialkliniken verwiesen sind, was eine erhebliche Zugangsbarriere darstellen kann.

Keine Therapie im eigentlichen Sinne stellt die Ernährungstherapie dar. Da der Einfluss von Nahrungsmitteln und Zusatzstoffen noch nicht ausreichend geklärt ist, konnte bisher keine definierte Diät bestimmt werden, die CED- PatientInnen generell empfohlen werden kann.³⁹⁶ Hinzu kommt eine höchst individuelle Verträglichkeit von Nahrungsmitteln, wobei individuelle Präferenzen noch gar nicht berücksichtigt sind. So haben Ballaststoffe zwar eine stuhleindickende Wirkung, was aber gerade bei Stenosen kontraindiziert sein kann. Zudem kann die blähende Wirkung als zusätzlich unangenehm empfunden werden. Mathias Plauth hält daher fest: „Für Patienten mit CED gibt es keine in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich belegte Ernäh-

390 Preiß/Siegmund 2009, S. 212.

391 Preiß/Siegmund 2009, S. 215f.

392 Preiß/Siegmund 2009, S. 213 und S. 215.

393 Hoffmann 2009, S. 181.

394 Nikolaus/ Schreiber 2013, S. 206.

395 Van Assche et al. 2009, S. 30.

396 Andreas Raedler auf der von ihm eingerichteten Online-Plattform *CED-Hospital* mit PatientInnen-Forum: <http://www.ced-hospital.de/mccu/therapien/diaeten.htm> (zuletzt eingesehen am 04.01.2015).

rungsweise, die nicht auch durch die Grundregeln einer gesunden Ernährung für die Bevölkerung vorgegeben sind.“³⁹⁷ Andreas Raedler empfiehlt daher eine „individuelle Ausschluss-Diät“, bei der jeder Patient und jede Patientin selbst herausfinden muss, was ihm oder ihr gut bekommt.³⁹⁸ Dies kann zu Belastungen und Enttäuschungen führen, wenn geliebte Ernährungsgewohnheiten aufgrund zunehmender Unverträglichkeit umgestellt werden müssen oder sich die Suche nach verträglichen Nahrungsmitteln auch in Schubzeiten in einem nervenaufreibenden „trial-and-error“-Verfahren verläuft.

Als Ziel der Ernährungstherapie wird daher die allgemeine Verbesserung des Ernährungszustandes angestrebt, vor allem, wenn Mangelzustände vorliegen wie zum Beispiel eine zu geringe Energiezufuhr aufgrund eines akuten Entzündungsschubes. Hierbei kann auch eine enterale Ernährung mit hochkalorischen Lösungen angezeigt sein, welche zusätzlich eine entlastende Wirkung auf den Darm haben. Diese kann auch über einen längeren Zeitraum im häuslichen Umfeld als Nahrungsersatz oder ergänzend zur gewohnten Ernährung eingenommen werden.

5.4.2. Die Chirurgische Therapie

Trotz bisher erzielter Erfolge in der medikamentösen Therapie ergibt sich für Morbus Crohn-PatientInnen im Laufe ihres Lebens mit großer Wahrscheinlichkeit die Notwendigkeit, sich einer Operation unterziehen zu müssen. Behrens et al geben für einen Krankheitsverlauf von 10-20 Jahren immerhin eine Wahrscheinlichkeit von 50-80% an. Bei pädiatrischen Morbus-Crohn-PatientInnen liegt diese immerhin bei 25-46%, wobei eine frühe Steroidabhängigkeit als zusätzlicher Risikofaktor gilt.³⁹⁹ Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa besteht beim Morbus Crohn immer die Möglichkeit eines postoperativen Rezidivs.⁴⁰⁰ Generell ist zu überlegen, ob alle anderen Therapieansätze ausgeschöpft und keine Besserung im Sinne einer Remissionsinduktion erbracht werden können, da es das Ziel sein muss, sowohl möglichst viel Darm zu erhalten, als auch belastende Eingriffe für die Betroffenen zu vermeiden. Stange et al. raten jedoch davon ab, einen chirurgischen Eingriff als „Mittel der letzten Wahl“ anzusehen.⁴⁰¹ Stattdessen ist eine gute Abstimmung zwischen Chirurgie und Gastroenterologie aus medizinischer Sicht wichtig, aber auch im Sinne einer patientensensiblen Aufklärung und Entscheidungsfindung.

Häufiger Anlass eines operativen Eingriffs ist die Resektion eines stark betroffenen Darmabschnitts. Auch hier gilt es, möglichst viel vom gesunden Darm zu erhalten. Diese Maßnahme führt jedoch nicht zu einer Heilung, sondern hat lediglich

397 Plauth 2009, S. 262.

398 Andreas Raedler auf der von ihm eingerichteten Online-Plattform *CED-Hospital* mit PatientInnen-Forum: <http://www.ced-hospital.de/mccu/therapien/diaeten.htm> (zuletzt eingesehen am 04.01.2015).

399 Behrens et al. 2006, S. 100.

400 Behrens et al. 2006, S. 100.

401 Stange et al. 2009, S. 135.

palliativen Charakter, da es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Rezidiven beim Befall benachbarter Schleimhautabschnitte kommt.⁴⁰² Unter Umständen kann es angezeigt sein, dass zur Entlastung des Verdauungstraktes ein vorübergehender, in Fällen auch dauerhafter künstlicher Darmausgang (*Enterostoma/ Anus praeter*) gelegt wird.⁴⁰³ Ein weiterer Grund für Eingriffe kann die Behandlung auftretender Komplikationen wie Stenosen oder Fisteln sein. Stenosen können, sofern nur kürzere Darmabschnitte (bis 10 cm) betroffen sind, mit einem Längsschnitt geöffnet und quer vernäht werden, wodurch der Darm erhalten bleibt.⁴⁰⁴ Bei operativen Eingriffen bei entzündetem Gewebe besteht generell ein erhöhtes Risiko postoperativer Fistelbildung, wodurch Folgeeingriffe nötig werden. Inwiefern dies durch medizinisches Handeln zu reduzieren oder zu vermeiden ist, ist Gegenstand der wissenschaftlichen Diskussion.⁴⁰⁵

Alle Eingriffe sind ihrerseits mit einem längeren Vorlauf belastender präoperativer Maßnahmen verbunden wie der Durchführung von Untersuchungen (Koloskopie/MRT) und Diäten. Insgesamt ergibt sich so ein erstes, wenn auch aus medizinischer Sicht längst nicht abschließend behandeltes Belastungsspektrum für die betroffene Person. Diesem soll nun in einem nachfolgenden Punkt noch einmal gesondert Beachtung geschenkt werden.

5.5. Psychische Aspekte des Morbus Crohn

Die Psychosomatik des Morbus Crohn wurde in zahlreichen quantitativen sozialwissenschaftlichen Erhebungen mit Blick auf die Wechselwirkungen zwischen Psyche, psychosozialem Umfeld und der Krankheitsaktivität untersucht.⁴⁰⁶ Psychische Belastungen sind entgegen früherer Auffassungen vielmehr eine Folge der Erkrankung als deren Ursache. So gilt nach Günter Jantschek ein Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen chronischen Stressbelastungen und der Krankheitsaktivität des Morbus Crohn als nachgewiesen.⁴⁰⁷ Welche Wirkung Stress auf Krankheitsentwicklung und -verlauf zeigen, ist nicht abschließend geklärt.⁴⁰⁸ Eine früh ansetzende sensible Aufklärung und eine integrierte psychosomatische Betreuung werden daher allgemein als von großer Bedeutung eingeschätzt,⁴⁰⁹ während „reine Schulungsprogramme“ als nicht hinreichend für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung einzustufen

402 Stange et al. 2009, S. 135.

403 Stange et al. 2009, S. 138.

404 Bader/Roblick/Bruch 2009, S. 299f.

405 Krieglstein/Rijcken 2009, S. 310.

406 Friebe 1992; Federsmidt 1993; Jantschek 1993; Küchenhoff 1993.

407 Jantschek 2008, S. 65.

408 Moser 2006, S. 221.

409 Moser 2006, S. 221ff.

fen sind.⁴¹⁰ Umgekehrt wirkt sich die Erkrankung erheblich auf die psychische Verfassung aus und führt häufig zu Ängsten bezüglich der eigenen Gesundheit.⁴¹¹ An einer Betrachtung, die auf einer ganzheitlichen Berücksichtigung des Bewältigungshintergrundes aufbaut, fehlt es bislang in der Literatur zu Morbus Crohn weitestgehend, auch wenn Teilaspekte, z.B. zu den Auswirkungen auf die Familie,⁴¹² vorliegen.

Hier soll es nun darum gehen, einige der genannten Symptome und diagnostischen wie therapeutischen Verfahren auf ihre möglichen alltagsweltlichen Auswirkungen zu beziehen. Die Internistin Gabriele Moser listet in einem Einführungsbuch in das Thema CED, das von Experten, Expertinnen und Betroffenen für interessierte Menschen verfasst wurde, die wesentlichen Ängste auf. Sie nennt dabei die Angst vor einem neuen Krankheitsschub, vor sozialer Isolation, vor dem Verlust der Attraktivität für den Sexualpartner/die Sexualpartnerin, vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, vor psychisch und physisch belastenden Untersuchungen und Operationen sowie die Angst vor Medikamentennebenwirkungen.⁴¹³ Diese Ängste erwachsen aus den körperlichen Symptomen, starken Schmerzen, Unwohlsein, häufigen Stuhlgängen und belastenden medikamentösen oder operativen Eingriffen. Sie stellen zusammen eine starke körperliche Beeinträchtigung dar.

Behrens et al. führen eine um wesentliche Punkte erweiterte Liste unter Einbezug möglicher schwerer Belastungsfolgen an:

Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen wie Abgeschlagenheit, Schmerzen, Kontrollverlust über körperliche Funktionen, oft verbunden mit Schamgefühl, Abhängigkeit von medizinischen Prozeduren, Ärzten und Nebenwirkungen von Medikamenten können zum einen traumatisierend erlebt und bei fehlender Verarbeitung dieser Erfahrung zu akuten Belastungsreaktionen und posttraumatischen Belastungsstörungen führen mit der Folge von Wiederholung des Traumas, Hyperarousalsymptomen, sozialem Rückzug, verbunden mit der Unfähigkeit, sich eine Zukunftsperspektive vorzustellen und aktiv Ressourcen zu entwickeln.⁴¹⁴

Die AutorInnen betonen daher die Bedeutung eines sensiblen Umgangs des medizinischen Fach- und Betreuungspersonals mit den Betroffenen, insbesondere im Hinblick auf Kinder und Jugendliche. Hier können Ängste und Traumata eine nachhaltige Wirkung auf die Entwicklung der Individuen haben. Ausgehend von der Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im subjektiven Erleben der eigenen Betreuungssituation wird die Annahme gestützt, dass auch mit der professionellen Versorgung eine wichtige Weichenstellung für die folgende Krankheitsbewältigung stattfindet. Daher kann auch ein psychotherapeutisches Begleitangebot von zusätzlichem

410 Jantschek 2008, S. 69.

411 Federschmidt 1993, S. 126.

412 Siehe hierzu Jantschek 1993.

413 Moser 2006, S. 220f.

414 Behrens et al. 2006, S. 38.

Nutzen sein, wenn es die jeweilige Lebenssituation der Person berücksichtigt.⁴¹⁵ Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt es zu Ängsten vor Verlust der Attraktivität, der Fertilität und der Umsetzbarkeit des Kinderwunsches.⁴¹⁶ Auch wenn die Sorgen, bis auf kleinere Einschränkungen, medizinisch gesehen überzogen sind, werden sie doch von den Betroffenen als für sie bedeutsame Fragen intensiv erlebt.

Umstellungen bei der Ernährung, das Integrieren häufiger Arztbesuche in den Alltag, ein genaueres Sondieren der sozialen Umwelt nach Möglichkeiten, im Bedarfsfall schnell eine Toilette aufsuchen zu können, die eingeschränkte Planbarkeit von sozialen Aktivitäten konfrontieren das betroffene Subjekt mit einem großen Organisationsaufwand.⁴¹⁷

Ferner sind es Belastungen, die nicht an konkrete Situationen oder körperlicher Empfindungen gebunden sein müssen. Dies betrifft die Scham nahestehenden wie fremden Menschen gegenüber, die Antizipation von Ekel bei der anderen Person, ein vermutetes oder tatsächlich entgegengespiegeltes „Versagen“ an gesellschaftlich gestellten Leistungsanforderungen in Sachen Verlässlichkeit, Belastbarkeit, Sauberkeit, Attraktivität und Körperbild, körperlicher Aktivität und eines „positiven Wesens“.

In der Literatur wird jedoch betont, dass vermieden werden sollte, eine Benachteiligtenrolle zu entwerfen und einen von negativen Erfahrungen geprägten Lebensweg zu prognostizieren. Behrens et al. heben stattdessen die Möglichkeit hervor, im Prozess der Auseinandersetzung mit der Krankheit zu wachsen und für spätere Lebensabschnitte wichtige Eigenschaften an sich zu entwickeln oder zu entdecken.⁴¹⁸ Dennoch bleiben die genannten Momente Belastungen, wie etliche Studien zeigen, die sich erheblich auf die Lebensqualität auswirken können.⁴¹⁹

Demgegenüber stehen natürlich auch Maßnahmen, die sich positiv auf das Wohlbefinden, wie auch das Selbstwertgefühl und die Selbstwahrnehmung auswir-

415 Grootenhuis et al. 2009, S. 430ff.

416 Tatsächlich wird bei Morbus Crohn eine leicht verminderte Fertilität festgestellt, was sich jedoch meist auf akute Schubzeiten bezieht, in denen das Lustempfinden ohnehin beeinträchtigt ist. Frauen mit Morbus Crohn haben ein leicht erhöhtes Risiko eines spontanen Schwangerschaftsabbruches, was jedoch nicht zu einem generellen Abraten einer Schwangerschaft führen sollte. Stange et al. 2009, S. 46.

417 In diesem Zusammenhang sei explizit auf eine der wenigen qualitativen Studien im Zusammenhang mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung hingewiesen. In einer Interviewerhebung in der Klinik für Gastroenterologie am Universitätsspital Zürich wurden zwischen 2008 und 2009 neun Personen, die sich in einer Remissionsphase befanden, nach dem Erleben der Erkrankung befragt. Verwendet wurde hierfür eine offene Interviewmethode mit einem teilstandardisierten Fragebogen. Die Auswertung ergab, dass der Morbus Crohn bei allen InterviewpartnerInnen einen zentralen Platz im Leben einnimmt. Dabei waren vor allem das „Symptommanagement“ und das „Funktionieren im Alltag“ dominante Themen. Rettke et al. 2013, S. 109-113.

418 Behrens et al. 2006, S. 36.

419 Karwowsky/Keljo/Szigethy 2009, S. 1755ff.; Sarlo/Barreto/Moriera 2008, S. 629ff.

ken. Als herausragendes Beispiel kann hier das US-amerikanische *Camp Oasis*-Programm der *Crohn's & Colitis Foundation of America* (CCFA) genannt werden, das jedes Jahr hunderten Kindern und Jugendlichen im Alter von 7-18 Jahren ermöglicht, für eine Woche bei hervorragender medizinischer und sanitärer Versorgung einem großen Angebot von Freizeitaktivitäten nachzugehen. Derzeit (Stand Januar 2015) findet es an zwölf verschiedenen, über die USA verteilten Standorten statt und wird über ehrenamtliches Engagement, eine Teilnahmegebühr und Spendengelder getragen, was auch Kindern aus Familien mit geringem Einkommen eine Teilnahme erlaubt.⁴²⁰ Bei der Bewältigung alltäglicher Organisationsarbeit, mit besonderem Blick auf die komplexen Medikamentenregime, konnte der Anteil des sozialen Umfeldes am Therapieerfolg in einer qualitativen Studie nachgewiesen werden.⁴²¹

Auch wenn die Fülle von krankheitsassoziierten Belastungen wie auch mögliche Unterstützungen in dieser Studie aus forschungsökonomischen Motiven nur in den Grundzügen wiedergeben wird, zeigt sich hier, was für ein weitreichendes Spektrum die Belastungen umfassen. Im Folgenden wird hier bewusst die Bezeichnung „*krankheitsassoziiert*“ und nicht etwa „*krankheitsbedingt*“ verwendet, da die Studie auf eine trennscharfe Benennung von Belastungsursachen abzielt. Im Sinne der Fragestellung der Arbeit „*wer bewältigt was für wen?*“ erlaubt eine solche Differenzierung eine erste sozialkritische Dekonstruktion der Belastungsmomente, die nicht pauschal unter der Klammer „krankheitsbedingte Belastungsfolgen“ einer Erkrankung wie dem Morbus Crohn zugeschrieben werden sollen. Es stellt sich vielmehr die Frage nach der biologischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingtheit der besprochenen Momente.

5.6. Resümee

Vor dem in diesem Kapitel dargestellten Problemhintergrund ergibt sich ein weitreichendes Spektrum an Bewältigungsaufgaben, die zu denen der Transitionsphase Jugend hinzutreten. Alle hier geschilderten Belastungen sind mit der Erkrankung Morbus Crohn assoziiert. Aber – und so soll der kritisch hinterfragende Fortgang dieser Arbeit bestimmt sein – sind diese Belastungen auch wirklich eine Folge der Erkrankung? Oder spiegeln sich in ihnen nicht auch, oder vielleicht sogar vielmehr, die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen diese Erkrankung bewältigt werden muss? Man sieht also, dass *sinnliches Erleben* eine viel zu allgemeine Kategorie bei der Bestimmung der Ursachen von Belastungen darstellt. Alles, was Gegenstand der subjektiven Auseinandersetzung ist, wird vom Subjekt auf die ein oder andere, und immer auf die *eigene* Weise erlebt. Aber kann deshalb gesagt werden, die Belastung komme aus dem Subjekt, weil es sie empfindet?

420 <http://www.ccfa.org/get-involved/camp-oasis> (zuletzt eingesehen am 15.01.2015).

421 Haslbeck 2008, S. 48ff; vgl. auch Shepanski et al 2005 zur nachhaltigen, förderlichen Wirkung der Teilnahme.

Bei der Besprechung des Morbus Crohn sollte auf die Deutung der Belastungsfaktoren nicht schon unter dem Blickwinkel der Fragestellung der Bedingtheit nachgegangen werden. Denn es gilt einen möglichst klaren Blick für die Momente dieser chronischen Erkrankung zu behalten, wie die davon betroffenen Menschen damit konfrontiert werden. Im Sinne der Logik dieser Arbeit erscheint mir diese Herangehensweise aber auch noch aus einem anderen Grund gerechtfertigt: denn in der unmittelbaren Konfrontation mit den einschneidenden Erfahrungen, die die Symptome, die Diagnose und die Therapie dieser Erkrankung mit sich bringen sowie deren psychische wie praktische Verarbeitung, ist die Frage der genauen Lokalisation des Ursprungs zweitrangig. Was also durchaus als unübersichtliche und unvorhersehbare Gemengelage erscheinen mag, soll nun dekonstruiert werden, was völlig zu Recht keinem betroffenen Menschen in einer solchen Situation abverlangt werden kann. Körperlicher Schmerz, Angst vor dem nächsten Schub und Scham bei Kontrollverlust von Körperfunktionen sind unterschiedliche sinnliche Erfahrungen, die von verschiedenen Menschen ganz individuell erlebt werden. Aber nicht nur im individuellen Erleben werden die einzelnen Belastungsmomente verschiedentlich erfahren, sondern auch in ihrer Genese, was auf den ersten Blick trivial erscheinen mag: Während Schmerz das unmittelbar unangenehme körperliche Empfinden darstellt, ist die Angst vor dem nächsten Schub die Folge einer kognitiven Leistung, nämlich die Antizipation dieses Empfindens. Sie kann aber auch auf eine mögliche Einschränkung bei sozialen Aktivitäten bezogen sein. Hier rekurren sie auf eigene psychische und seelische Zustände, wo Interessen sich nicht umsetzen lassen und Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Dies wird als unangenehm empfunden und soll daher vermieden werden, wobei die Vermeidung aber fraglich ist und sich so Zustände der Unsicherheit bis hin zur Angst einstellen. Scham ist wiederum die sichere und verinnerlichte Annahme einer ausgrenzenden oder abwertenden Reaktion eines nahestehenden oder fremden Gegenübers. Es setzt also hochgradig empathische Leistungen voraus, genauso wie einen geteilten Maßstab, an dem sowohl das Gegenüber als auch die betroffene Person zu scheitern drohen. Wenn es als völlig normal gelten würde, dass Menschen ihre Ausschneidungen nicht permanent beherrschen müssten, so würde man sich nicht schämen müssen, wenn dies nicht gelingt. Scham kann somit wiederum selbst zu einem Gegenstand der Angst werden, z.B. wenn man „beschämende“ Situationen fürchtet. Nun sollen jedoch nicht alle Belastungen unter die drei Kategorien Schmerz, Angst und Scham gebeugt werden. Vielmehr gilt es bei aller Verschränkung und stattfindender Wechselwirkungen auf die Möglichkeit einer analytischen Trennung hinzuweisen. Wenn es einfach ist, Schmerz als eine direkte Folge der Erkrankung zu begründen, so dürften bei der Erklärung von Scham als direkte Krankheitsfolge wesentlich mehr Schritte nötig werden und diese käme nicht umhin, gesellschaftliche Normen- und Erwartungsstrukturen einzubeziehen.

Mit dieser ersten analytischen Schärfung der Betrachtung von Belastungsmomenten soll sich nun vier zentralen Bewältigungstheorien zugewandt und deren Be-

wältigungsgegenstände dargestellt und kritisch diskutiert werden. Dabei wird zu fragen sein, welche Aufgaben sich aus der Sicht der Bewältigungstheorien dem Individuum stellen und wie bzw. inwiefern die bis hierher formulierten Anforderungen und Belastungen in den Theorien vorkommen.

6. Bewältigungsforschung

Die Bewältigungsforschung ist ein eigenes breitgefächertes Forschungsfeld, das sich über die Grenzen verschiedener Professionen erstreckt.⁴²² Im Folgenden wird sich die Analyse auf vier spezifische Konzepte fokussieren: *Erstens* auf den abstrakten Begriff von Bewältigung bei Piaget, *zweitens* auf das Verständnis von Bewältigung als „Arbeit“ entlang von „Verlaufskurven“ nach Corbin und Strauss, drittens auf den die Gesundheitswissenschaften prägenden Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky und schließlich *viertens* dem Psychotherapiekonzept für Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen nach Sachse.

Bei der Auswahl der ersten drei Konzepte gab es mehrere Gesichtspunkte. Da wäre zum einen ihre Relevanz in den Gesundheitswissenschaften, auch wenn dieses Fach seinerseits noch sehr jung ist. Des Weiteren handelt es sich bei den Konzepten um wegbereitende Theorien, die noch heute zu den Grundlagen der Bewältigungsforschung gehören und ebenso Bezugspunkt von aktuellen handlungsorientierten Bewältigungsansätzen sind. Außerdem, und dies nicht zuletzt, ist in diesen drei Theorien der Kern eines subjektorientierten und darin herrschaftskritischen Ansatzes enthalten, auch wenn er in den Theorien nicht immer offen zutage tritt, von den Autoren und Autorinnen in dieser Hinsicht nicht so beabsichtigt war oder er ihnen in der allgemeinen Rezeption (teilweise) zu Unrecht abgesprochen wird. Diesen Ansatz gilt es herauszuarbeiten und dabei von deterministischen Konnotationen abzugrenzen, die sich auf die Wesenheit des Individuums oder die subjektiven Aneignungsprozesse zu beziehen scheinen. Bei der vierten Theorie handelt es sich schließlich um eine aktuelle handlungsorientierte Bewältigungstheorie mit dem Fokus auf Morbus Crohn. Diese wird im Hinblick auf ihren theoretischen Gehalt, bzw. die Umsetzung ihrer theoretischen Bezüge, zu analysieren sein.

422 Einen Überblick geben Brüderl 1988; Reschke/Schumacher 1994; Pfeffer 2008: 25ff; Schaefer/Haslbeck 2016.

6.1. Eine erste Annäherung an den Begriff *Bewältigung*

Im *Etymologischen Wörterbuch der deutschen Sprache* (2011) wird das Verb „*bewältigen*“ um eine Präfixableitung aus dem Mittelhochdeutschen Wörtern „*waltec*“ bzw. „*weltec*“ gebildet und bezieht sich auf das Verb „*walten*“. In der Ausführung heißt es: „*Die Bedeutung ist zunächst, in seine Gewalt bringen, eine Sache beherrschen; dann, mit etwas fertig werden*.“⁴²³ Im *Handwörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* aus dem Jahre 1984 heißt es ähnlich: „*etw. Schwieriges meist mit großer Anstrengung erfolgreich zu Ende bringen, damit zurechtkommen*“.⁴²⁴ In neueren Auflagen des *Bedeutungswörterbuches* des Dudenverlages heißt es hingegen nur noch „*(mit etwas Schwierigem) fertigwerden*“.⁴²⁵

In der begrifflichen Ähnlichkeit schwingen dennoch unterschiedliche Bedeutungen mit. Wenn man den Definitionen folgt, hat sich offenbar der Bedeutungsgehalt geändert, wenn auch erst in den vergangenen 30 Jahren. Eine Sache bewältigen hieß, sich einer Sache anzunehmen, sie zu meistern oder sich anzueignen, sie dem eigenen Handeln zu unterwerfen und gemäß eines bestimmten Erfolgsmaßstabes im Sinne eines Prozesses zu Ende zu bringen. Im Verb „*walten*“ drückt sich die unmittelbare Handlungsmacht aus, deren Bedeutungsgehalt im Derivat „*bewältigen*“ zwar nicht mehr so deutlich aufscheint, aber dennoch in abgeschwächter Form auf es übergegangen zu sein scheint. In allen Fällen wird ein endlicher Prozess beschrieben, der nach einer Handlungsreihe von unbestimmter Dauer zu einem Abschluss kommt. Dies drückt sich sogar noch prägnanter in der passiveren Deutung von „*bewältigen*“ als ein „*mit-etwas-fertig-Werden*“ aus. Die Betonung des Überkommens einer „*schwierigen Situation*“ unter „*(meist) großer Anstrengung*“ kennzeichnet zum einen eine Entfernung von der Konnotation, die noch in „*walten*“ steckte: Die Handlungsmacht erfährt in widerständigen Umständen eine Relativierung. Mühe und Aufwand scheinen hier durch, auch wenn sie in der Vergangenheitsform betrachtet werden, denn sie wurden mit dem Prozess hinter sich gebracht. Gleichzeitig steckt in der Beendigung aber weiterhin der Erfolg der Handlung(en). Während sich das Verb „*bewältigen*“ also in der Präsens-Form darstellt, erscheinen die zu bewältigenden Hindernisse bereits als zurückliegende Ereignisse aus einer in der Zukunft der Handlung liegenden Perspektive. Dies macht den Begriff zu einem linguistisch sehr interessanten Fall. Für diese Untersuchung reicht es jedoch festzuhalten, dass im Begriff der *Bewältigung* zwar die Handlungsmacht relativiert sein mag, die Bedeutung des Erfolges aber unbenommen ist. *Bewältigen* heißt erfolgreich überwinden – eine passive und passivierende Konstruktion ruft zur aktiven Bewährung auf.

423 Seebold 2011, S. 118.

424 Kempcke et al. 1984, S. 178.

425 Dudenverlag 2010, S. 217.

6.2. Piaget und das basale Konzept der Bewältigung

Jean Piagets Wirken und seine umfangreichen Werke haben einen großen Einfluss auf eine Vielzahl von Professionen und Denkrichtungen ausgeübt. In einer Festschrift des Ernst Klett Verlages anlässlich des 80. Geburtstages von Piaget wird dessen prägendes Wirken auf die Theorieentwicklung in der Psychologie, der Entwicklungspsychologie, der Pädagogik oder auch der Biologie gewürdigt.⁴²⁶ Oevermann hebt in seinem Beitrag in besagter Schrift die Verdienste hinsichtlich der Entwicklung von Sozialisierungstheorien sowie zur Theoriebildung in der Soziologie überhaupt hervor.⁴²⁷

In Piagets Ausführungen zur Ausbildung von Intelligenz war er bemüht, Entwicklungsprozesse in mathematischen Figuren auszudrücken.⁴²⁸ Seine Hauptkategorien zur Beschreibung von kognitiven Prozessen und der materiellen wie kognitiven Aneignung von Welt sind der Biologie entliehen wie zum Beispiel die *Adaption*, was ihm nach Thomas Seiler häufig die Kritik einbrachte, seine Theorien hätten „*mechanistische Konnotationen*“.⁴²⁹ In der folgenden Untersuchung der Beschäftigung mit Piagets Gedankenfiguren, Kategorien und Theorien soll es nicht um die Entwicklungsstadien der kindlichen Intelligenz gehen, wie er sie beispielsweise in *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde* aufgeschlüsselt hat.⁴³⁰ In diesem Werk versucht er, am Phänomen der kognitiven Entwicklung von Säuglingen und Kindern zu exemplifizieren, wie die Wirkungsweisen von Kognition im Allgemeinen zu entschlüsseln sind. Sein Ziel war es, über das Lernen des Kindes und das Durchlaufen verschiedener Entwicklungsstadien ein Modell des Wissens und seiner Aneignung zu entwerfen.⁴³¹ *Adaption* als eine Bewegungsform des Subjekts, das sich auf seine Umwelt bezieht, mit ihr wechselwirkt, an ihr lernt und sich entwickelt.

Piaget war, so zeigt diese Perspektive, in einem Großteil seines wissenschaftlichen Arbeitens vielmehr Intelligenzforscher als Kinderpsychologe, wobei er häufig zuerst mit Letzterem in Zusammenhang gebracht wird. Im Anschluss an seine Arbeiten zur allgemeinen Entwicklungsforschung soll es hier um die abstrakten Prinzipien des Wechselwirkens des Subjekts mit seiner Umwelt gehen. Bei den Ausführungen zu Piagets theoretischen Ansätzen kann noch von keiner Neuschreibung einer Bewältigungstheorie zu (chronischen) Krankheiten gesprochen werden. Hierfür wird die Betrachtung weiterer Theorien notwendig sein, die sowohl die Strukturen der Umwelt wie auch die des Subjekts weiter ausdifferenzieren. Ich verstehe Piagets Theorie daher eher als ein basales Konzept der Bewältigung – nicht mehr, aber auch nicht weniger –

426 Siehe auch Scharlau 2007, S. 7ff.; Steiner 1976, S. 52ff. und 56ff.

427 Oevermann 1976, S. 36. Hervorhebung im Original.

428 Z.B. Piaget 1976.

429 Seiler 1994, S. 91.

430 Piaget 1975a.

431 Glasersfeld 1994, S. 16f.

und so wird im Verlauf der Diskussion der noch folgenden Ansätze auf sie zurückzukommen sein.

6.2.1. Die Adaption als Assimilation und Akkommodation

Nach Piaget gibt es zwei Grundformen, in denen sich jede Wechselwirkung des Subjekts mit seiner Umwelt vollzieht: „Als erstes die Assimilation oder der Einbezug eines äußeren Elements (Gegenstand, Ereignis usw.) in ein sensomotorisches oder begriffliches Schema des Subjekts.“⁴³² Veranschaulicht wird der Prozess der Assimilation häufig an Beispielen aus der Biologie, indem ein Organismus sich äußere Materie einverleibt, diese verstoffwechselt, neue Stoffe damit synthetisiert und darüber seine Reproduktion oder sein Wachstum bewerkstelligt. Am Akt der Nahrungsaufnahme ausgedrückt heißt das, dass die Nahrung durch Kauen zerkleinert und damit für die Aufnahme und Verarbeitung durch das Verdauungssystem umgewandelt wird. Der Gegenstand, in diesem Beispiel stofflich-materiell, wird gemäß der eigenen Strukturiertheit „zurechtgemacht“, das Äußere also an das Innere angepasst. Da das Stoffliche im Fortgang keine tragende Rolle spielt und dieser Prozess auch für komplexere Dynamiken wie der kognitiven Verarbeitung von Sinneindrücken, aber auch sozial-kultureller Setzungen gilt, kann man es am Beispiel der Assimilation eines Begriffs verdeutlichen: Das Subjekt nimmt Sinnkonstruktionen seiner Umwelt wahr, deutet sie nach seinem eigenen Referenzsystem und fügt diesem anschlussfähige Teile zu, während es andere verwirft.

Es deutet sich hier bereits ein Wachstums- oder Lernprozess an, doch zunächst nur seiner Potenz nach. Es muss vorher noch die zweite notwendige Seite betrachtet werden:

Der zweite zentrale Prozeß ist die Akkommodation, das heißt, die Notwendigkeit für die Assimilation, die Besonderheiten der zu assimilierenden Elemente zu berücksichtigen.⁴³³

Der Assimilation ist also durch das Außen eine Bedingung formuliert. Sie kann sich nicht rücksichtslos gegen die äußeren Umstände durchsetzen, sondern muss diese in Betracht ziehen und sich ihnen anpassen. Das Anpassen ist durchaus als ein relatives zu verstehen und nicht mit Selbstaufgabe gleichzusetzen. Die Auseinandersetzung mit der Umwelt bedeutet für das assimilierende Subjekt bzw. dessen Handlungsschema, *„sich entsprechend ihren [der Umwelt, D. W.] Besonderheiten zu verändern, ohne deshalb seine Kontinuität [...] oder sein früheres Assimilationsvermögen zu verlieren“*.⁴³⁴

432 Piaget 1976, S. 13.

433 Piaget 1976, S. 14.

434 Piaget 1976, S. 15.

Wenngleich Piaget konstatiert, dass es eine „*Grundtendenz des Lebens zu Assimilation*“⁴³⁵ gibt, kommt diese ohne die zweite Seite der Akkommodation nicht aus. Also ist zu fragen, in welchem Verhältnis beide zueinander stehen. Nach Piaget ergibt sich eine eindeutige Vor- und Nachgelagertheit, denn er argumentiert: „*Die Akkommodation ist natürlich immer der Assimilation untergeordnet (denn sie ist immer die Akkommodation eines Assimilationsschemas)*.“⁴³⁶ Was sich akkommodieren muss, ist ein bestimmtes Handlungsschema, nach welchem assimiliert wird, welches also als Vorausgehendes unterstellt ist. Beides vollzieht sich jedoch nicht in einer linearen Abfolge, sondern in einer Kreisform und verläuft damit in Zyklen. Dennoch handelt es sich bei Assimilation und Akkommodation um zwei entgegengesetzte, logisch voneinander getrennte, Bewegungsformen von Anpassung, einmal von der Umwelt an das Subjekt und dabei auch umgekehrt die Anpassung des Subjekts an die Umwelt, ohne dass das eine in dem anderen aufgehen würde. Gerade darin steckt die Möglichkeit für Veränderung,

aber man sagt nicht deren Natur voraus, denn je nach Akkommodation an äußere Gegenstände oder an andere Schemata [...] können diese Veränderungen exogen oder endogen sein und sehr unterschiedliche Anteile an Transformationen enthalten.⁴³⁷

Der Prozess, den Piaget beschreibt und welchem besagte „mechanistische Konnotationen“ zugeschrieben werden, ist alles andere als eine mechanisch-berechenbare Abfolge von Operationen. Mit jedem vollzogenen Zyklus aus Assimilation und Akkommodation verändern sich sowohl Subjekt als auch Umwelt zu je unterschiedlichen und niemals genau feststellbaren Anteilen. Die Assimilation wird also zur Akkommodation genötigt durch die Widerständigkeit der Umwelt, die das Subjekt als die Bedingungen seiner Handlung vorfindet. „*Die Assimilation ist konservativ und möchte die Umwelt dem Organismus so unterordnen, wie sie ist, während die Akkommodation Quelle von Veränderungen ist und den Organismus den sukzessiven Zwängen der Umwelt beugt*.“⁴³⁸ An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Piaget die Zwänge wertfrei betrachtet.

Aufgrund der Sensibilisierung durch gouvernementale Theorien, der Dekonstruktion von Machtzusammenhängen und der sozialen Formierung des Subjekts nach gesellschaftlichen Normen verfällt man leicht in den Reflex, Piaget in eine herrschaftsapologetische Strömung einzusortieren. Zwang meint hier lediglich, dass ein Referenzsystem in seinem Handlungsschema an eine Grenze stößt und es sich deshalb fragen muss, welche Bedingungen oder Handlungsoptionen es unberücksichtigt gelassen hat. Mit der Charakterisierung, „Quelle von Veränderung“ zu sein, sollen Zwänge daher auch nicht – vermittelt einer Assoziation mit einer „Bewegung hin

435 Piaget 1975b, S. 78.

436 Piaget 1976, S. 14.

437 Piaget 1976, S. 15.

438 Piaget 1975a, S. 339.

zum Guten oder Besseren“ –herrschaftliche Strukturen und Limitierungen schönfärben. Zwänge sind hier zu verstehen als „Störungen“, die das Referenzsystem herausfordern, es aus dem Gleichgewicht bringen. Bevor es um die Bedeutungen von Gleichgewicht und Ungleichgewicht in diesem Prozess und deren Resultate geht, sollen zunächst die Störungen näher bestimmt werden. Die erste Klasse von Störungen sind die bereits besprochenen Widerstände der Objekte selbst.⁴³⁹ „Die zweite Klasse von Störungen, die Ungleichgewichte auslösen, besteht im Gegenteil aus Lücken, die Bedürfnisse unbefriedigt lassen und sich in der ungenügenden Förderung eines Schemas äußern.“⁴⁴⁰ Während sie im ersten Fall also eine Anpassung des Handlungsschemas provoziert hat, welche schließlich zum Erfolg führte, hinterlässt die *Störung als Lücke* zunächst erst einmal eine gewisse Ratlosigkeit. Natürlich muss nicht jede Lücke, von denen es bei jedem Individuum unzählige gibt, ein Ungleichgewicht erzeugen, denn es hängt davon ab, ob das Interesse des Subjekts auf den Gegenstand gerichtet ist, welcher dort fehlt:

Die Lücke wird [...] eine Störung, wenn es sich um einen nicht vorhandenen Gegenstand oder die Bedingungen einer Situation handelt, die notwendig wären, um eine Aktion durchzuführen, oder um das Fehlen einer Erkenntnis, die unentbehrlich wäre, um ein Problem zu lösen.⁴⁴¹

Lücken stellen zwar das Handlungsschema infrage, aber ohne zwingend die Anpassung herauszufordern. Piaget geht nicht davon aus, dass jede Störung eine Regulierung zur Folge hat und auch nicht, dass jede Regulierung zu einer Kompensation führt. Der Grund dafür liegt in einer zweiten Widerständigkeit:

Nun, wenn auch die Assimilation der Realität an die Schemata des Subjektes eine fortgesetzte Akkommodation an diese impliziert, so widersetzt sich die Assimilation jedoch nicht weniger stark jeder neuen Akkommodation, d. h. jeder Differenzierung der Schemata in Funktion von bislang nicht angetroffenen Umweltbedingungen.⁴⁴²

Nur weil es Widerstände erfährt, muss sich die Assimilation diesen nicht beugen. Störungen sind also mehr Anlass als Grund.

Wenn die Assimilation sich doch beugt und verändert, gibt sie sich nicht auf, lässt sich nicht aufgehen in den äußeren Anforderungen, sondern bleibt als solche erhalten. Es wird lediglich eine weitere Runde eingeläutet.

Wenn [...] die Akkommodation den Sieg davonträgt, d.h. wenn das Schema sich differenziert, dann ist der Anfang für neue Assimilation gemacht. Jede Eroberung der Akkommodation wird also zum Material für Assimilationen, die sich jedoch unaufhörlich wieder neuen Akkommodationen widersetzen.⁴⁴³

439 Piaget 1976, S. 26.

440 Piaget 1976, S. 26.

441 Piaget 1976, S. 26.

442 Piaget 1975a, S. 340.

443 Piaget 1975a, S. 340.

In dieser dialektischen Wechselwirkung vollziehen sich nach Piaget die Handlungen des Subjekts, welche er darin als wirkmächtige und mit einem eigenen Referenzsystem ausgestattete Entitäten konstruiert. Damit vollzieht das Subjekt seine Entwicklung in einer Art Spirale, wobei die jeweils erreichte Stufe der Ausgangspunkt für die weitere Auseinandersetzung ist. Wichtig ist hierbei, Stufe nicht als ein Stadium im entwicklungspsychologischen Sinne zu verstehen, sondern als das Ergebnis eines erfolgten Aushandlungsprozesses von Assimilation und Akkommodation.

6.2.2. Die Äquilibration

Als Ergebnis dieser Aushandlungsprozesse stellt das Subjekt also immer wieder Gleichgewichtszustände her. Diesen Prozess bezeichnet Piaget als Äquilibration und nennt diesen sogar den „*Grundfaktor der kognitiven Entwicklung*“.⁴⁴⁴

Nun muss herausgestellt werden, was diesen Prozess kennzeichnet und wie das Gleichgewicht verstanden wird.

Aufgrund der von Anfang an vorhandenen grundlegenden Interaktion zwischen dem Subjekt und den Objekten gibt es zunächst eine Äquilibration zwischen der Assimilation der Gegenstände an Aktionsschemata und der Akkommodation dieser Aktions-schemata an die Gegenstände.⁴⁴⁵

Das Gleichgewicht schließt sozusagen den Prozess der Assimilation und der Akkommodation jeweils ab, sodass nach Beendigung des einen der jeweils andere von neuem beginnen kann. Es markiert damit auch den Erfolg des Prozesses, der zum einen in der Anpassung der Gegenstände an die Aktionsschemata besteht und zum anderen in der Anpassung der Aktionsschemata an äußere Bedingungen, die einen abermaligen Assimilations-/Akkommodationszyklus erlauben.

Piaget grenzt den Äquilibrationsvorgang dabei explizit von einer statischen Vorstellung ab.

Darunter [unter dem Äquilibrationsvorgang, D. W.] verstehen wir nicht die Anwendung ein und derselben und ein für allemal gegebenen allgemeinen Gleichgewichtsstrukturen auf alle Situationen [...]. Wir meinen damit vielmehr einen Prozeß [...], der von bestimmten erreichten Gleichgewichtszuständen über eine Vielfalt von Unausgewogenheiten und Wiedereinstellungen des Gleichgewichts zu anderen, qualitativ verschiedenen Gleichgewichtszuständen führt.⁴⁴⁶

Gleichgewicht gibt es nur als Prozess, als flüchtiges Zwischenprodukt und Ausgangspunkt zur Bewältigung weiterer Ungleichgewichte. In dem Herstellen eines Gleichgewichtszustandes erhält sich das Subjekt seine Handlungsfähigkeit. Es wird daher nur in einzelnen Fällen der identische Ausgangszustand wiederhergestellt, denn das

⁴⁴⁴ Piaget 1976, S. 24.

⁴⁴⁵ Piaget 1976, S. 16.

⁴⁴⁶ Piaget 1976, S. 11.

Handlungsschema hat sich gewandelt, nämlich dann, wenn es sich durch Störungen den neuen Umweltbedingungen angepasst hat.

Man trifft somit nicht den Kern der Sache, wenn man die Äquilibration als bloßen Marsch in Richtung Gleichgewicht auffassen würde, denn sie ist immer auch eine auf ein besseres Gleichgewicht hin ausgerichtete Strukturierung.⁴⁴⁷

Gleichgewichte werden demnach hergestellt, um zukünftig bessere Gleichgewichte, also eine gelingende Adaption, herzustellen. In dieser Abstraktheit erhält Gleichgewicht noch etwas Selbstzweckhaftes, da kein Punkt der Saturiertheit angegeben ist, für den ein bestimmtes Gleichgewicht lediglich ein geeignetes Mittel darstellt. Hier geht es Piaget aber darum, aufzuzeigen, dass Handlungsfähigkeit erhalten gleichbedeutend damit ist, dass Aktionsschemata erweitert werden.

In einer Auseinandersetzung mit Noam Chomsky und der Kritik an dessen Dualismus hinsichtlich der Betrachtung von sozialer Formung, weist Piaget die Vorstellung von entweder angeborenen Eigenschaften oder kulturellen Erwerbungen, die das Handeln bestimmen sollen, zurück, indem er eine dritte Alternative einbringt, die Vorgänge der Selbstregulierung und des Ausgleichs.

[Diese] Vorgänge führen wie die Vererbung zu notwendigen, in gewisser Hinsicht sogar noch zu notwendigeren Ergebnissen, denn die Vererbung variiert in ihren Inhalten viel mehr, als die allgemeinen Organisationsgesetze die Selbstregelung jedes Verhaltens zum Ausdruck bringen. Und vor allem erstreckt sich die Vererbung auf Inhalte, die so, wie sie sind, übertragen oder nicht übertragen werden, während eine Selbstregulierung eine Richtung vorschreibt, die mit einer Konstruktion vereinbar ist; die Konstruktion ist zwingend, weil ihr ein Plan zugrunde liegt.⁴⁴⁸

Was auf den ersten Blick wie eine Debatte um die besser oder schlechter gelingende Determination menschlichen Handelns in gewissermaßen mendelschem Vokabular erscheint, ist das genaue Gegenteil. Piaget bestärkt hier das Konzept der Selbstkonstruktion durch das Subjekt, das sich selbst reguliert und dabei einen inneren Plan besitzt, dem das eigene Handeln zugrunde liegt.

Während sich eine Eigenschaft vererbt oder nicht vererbt, was im Grunde eher einer situationsbedingten Zufälligkeit entspringt, ist hier das Resultat eines bewusst vollzogenen Aktes. Einzig die Planhaftigkeit eines jeden Handelns könnte bezweifelt werden. Hierzu bemerkt Seiler:

Die Äquilibrationstheorie Piagets steht also keineswegs im Widerspruch zur Konstruktion durch die Strukturen, wohl aber zu einem Verständnis von Konstruktion, nach dem sie von einer zentralen Instanz im Subjekt perfekt geplant und diesem Plan entsprechend ausgeführt wird.⁴⁴⁹

447 Piaget 1976, S. 37.

448 Piaget 1973, S. 86.

449 Seiler 1994, S. 91.

Mit *Strukturen* sind hier wieder die Assimilationsformen des Subjekts gemeint, die es auf seine Umwelt anwendet. Seiler sieht hierin jedoch wiederum einen Beweis für die soziale Präskription des Subjekts. Auch hier wird in einem Entweder-oder-Schema gedacht: Wenn nicht planbar, dann sozial determiniert. Seiler bestreitet hier im Grunde Piagets Aussage, dass nicht die Strukturen das Subjekt konstruieren, sondern sich die Akkommodation des Subjekts an die Strukturen als dessen eigener Akt vollzieht.

Was Piaget mit seinem Konzept der Adaption, also des Wirkungszusammenhangs von Assimilation, Akkommodation und Äquilibration, beschreibt, ist eine von belebter Materie im Allgemeinen wie des Menschen im Besonderen. Im Grunde handelt es sich dabei um eine abstrakte Beschreibung einer Bewegungsform, um basale Aneignung in Form formaler Austauschakte eines biologischen, kognitiven Systems mit seiner Umwelt. Es handelt sich aber nicht um Austausch in dem Sinne, dass sich einfach ein Inhalt von innen nach außen (oder umgekehrt) überträgt, sondern es geschieht im Modus der Verarbeitung nach der jeweils eigenen Referenzstruktur. Es ist aktive Aneignung, Brechung oder Transformation des vormals „Fremden“ am „Eigenen“. Man kann kritisieren, dass bei der Behandlung komplexer sozialer Prozesse gerade der nähere Inhalt, also das, was transformiert, wer es transformiert und nach welchen Sinnstrukturen dies geschieht, das Interessante ist. Piaget ist diese Leerstelle selber aufgefallen, indem er sie als Fragestellung der (Entwicklungs-)Psychologie formuliert. Der Einbeziehung der gesellschaftlichen Dimension in diese Theorie soll dennoch im Folgenden kurz nachgegangen werden.

6.2.3. Ein kurzer Exkurs in die Welt des Sozialen bei Piaget und eine erste Richtungsweisung

Ebenso wie sich die physische Umwelt nicht auf einmal und in ihrer Gesamtheit der sich entwickelnden Intelligenz aufdrängt, sondern man vielmehr die erfahrungsbedingten Aneignungen und vor allem die den verschiedenen Stufen entsprechenden, voneinander äußerst verschiedenen Arten der Assimilation und der Akkommodation, die diese Aneignungen bestimmen, Schritt für Schritt verfolgen kann, ebenso ruft auch das gesellschaftliche Milieu Wechselwirkungen zwischen dem in der Entwicklung begriffenem Individuum und seiner Umwelt hervor, die aber voneinander äußerst verschieden sind und deren Aufeinanderfolge bestimmten Gesetzen unterworfen ist.⁴⁵⁰

Als die Aufgabe der Psychologie versteht es Piaget nun, diese Aufeinanderfolgen zu entschlüsseln und zu explizieren. Wie sehr die heutige Psychologie oder die Entwicklungspsychologie dem nachkommen, bleibt an anderer Stelle auszuführen.⁴⁵¹ Wichtig ist hier die Feststellung Piagets, dass die verschiedenen Aneignungsschritte, die das Subjekt selbstreflexiv und selbstorganisierend durchläuft, als logisch trennbare

450 Piaget 1972, S. 177.

451 Einen Überblick bieten u.a. Buggle 2001, Rothgang 2009.

und ihrer endogenen oder exogenen Herkunft nach bestimmbare Momente zu begreifen. Dieser Gedanke lässt sich an der Sprache veranschaulichen.

Die Sprache übermittelt dem Individuum ein fertiges System von Begriffen, Klassifikationen und Beziehungen, kurz ein unerschöpfliches Begriffspotenzial, das in jedem Individuum nach dem jahrhundertealten Vorbild, das schon die vorhergehende Generation geformt hat, neu konstruiert wird.⁴⁵²

Die Sprache liegt dem Subjekt als eine Ordnung von Zeichen, Bildern und Zuschreibungen vor und es muss sich mit diesen vertraut machen und sich dieser bedienen lernen. Das Subjekt greift also Sinngehalte auf und fügt sie dem eigenen Referenzsystem hinzu.

Gleichzeitig kann das Subjekt diese Zeichen aber auch umdeuten und den neuen Sinngehalt der Umwelt zurückspiegeln.

Die Akkommodation unter sozialem Gesichtspunkt ist also nichts anderes als die Imitation, und die Gesamtheit der Operationen erlauben dem Individuum, sich den Vorbildern und den Imperativen der Gruppe zu unterstellen. Was die Assimilation betrifft, so besteht sie wie früher aus der Einbeziehung der Realität in die Aktivität und in die Perspektiven des Ich.⁴⁵³

Piaget kennzeichnet hiermit den Übergang von der sensomotorischen Phase des Kindes in die Anfänge der bewussten kognitiven Erschließung der Welt.

Als das innere Abbild der Wirklichkeit, das das Subjekt mit den Zeichen seiner Umwelt entwirft, führt Piaget den Begriff der „*Phänokopie*“ ein. „Kopie“ meint damit kein exaktes Ebenbild einer wie auch immer gearteten objektiven Wirklichkeit, sondern das Abbild, das das Subjekt von der Umwelt kreiert, indem es die Umwelt logisch, also als gedanklichen Prozess, assimiliert, bei sich einschreibt. *„Als ‚Phänokopie im weiten Sinne‘ bezeichnen wir im Folgenden die Ersetzung einer exogenen Bildung [...] durch eine endogene Bildung, die auf die Aktivitäten des Subjekts zurückzuführen ist.“*⁴⁵⁴ Dabei folgt das Subjekt eigenen logischen (und bei Piaget auch „mathematischen“) Prozessen, die als assimilierender Rahmen dienen und sich nicht umgekehrt aus dem Gegenstand in die subjektive Vernunft einschreiben.

Diese Strukturen [„die inneren logisch-mathematischen Aktivitäten“, D. W.] kommen zu den Eigenschaften des Gegenstandes hinzu, indem sie diesen als assimilierender Rahmen dienen, ohne aus ihnen abgeleitet worden zu sein.⁴⁵⁵

Diese Prozesse bezeichnet Piaget als „endogen“, während „exogene“ eher Prozesse „physischer Erfahrungen“ darstellen.⁴⁵⁶

452 Piaget 1972, S. 172.

453 Piaget 1975a, S. 348.

454 Piaget 1975b, S. 79.

455 Piaget 1975b, S. 79.

456 Piaget 1975b, S. 80.

Wie mit den Sprachzeichen verhält es sich auch mit anderen Sinnstrukturen der Gesellschaft. Das Subjekt verinnerlicht bzw. assimiliert die Regeln der sozialen Gruppe und akkommodiert sich an sie gleichermaßen. Die Widerständigkeiten des Subjekts und der Umwelt in Form der sozialen Gruppe mit ihren Regeln bleibt erhalten. Das verunmöglicht die Vermittlung beider Seiten nicht, macht sie aber auch nicht selbstverständlich. Gruppe und Subjekt können in einem Antagonismus zueinander stehen. An dieser Frage, dem Beziehungsverhältnis von Subjekt und Gruppe sowie zwischen verschiedenen Subjekten wird noch einmal Piagets Ideal eines humanistischen Bezugs der Subjekte aufeinander deutlich. Zunächst bestimmt er in seiner positivistisch-nüchternen Art das Ideal der Kooperation der oben beschriebenen Subjekte:

Genauer gesagt ist jede im Denken des Individuums verinnerlichte Gruppierung ein System von Operationen; und die Zusammenarbeit bildet das System der zusammen ausgeführten Operationen, d. h. im eigentlichen Sinn: der Ko-operation.⁴⁵⁷

Dabei darf Gruppierung kein Selbstzweck sein und darin als über der Zusammenarbeit oder dem individuellen Denken stehendem Ziel gesetzt sein. „*Gruppierungsgesetze*“, im Sinne der Kooperation begriffen,

stellen einfach jene besondere Gleichgewichtsform dar, die dann erreicht wird, wenn einerseits die Gesellschaft keinen entstellenden Zwang mehr auf das Individuum ausübt – und andererseits, wenn das freie Spiel des Denkens des einzelnen weder das der andern noch die Dinge entstellt, sondern die Reziprozität der verschiedenen Tätigkeiten achtet.⁴⁵⁸

Piaget entwirft aus seiner Theorie der Entwicklung der Intelligenz also einen normativen Anspruch, indem er auf die verfremdenden Dynamiken hinweist, die auf das „freie Spiel des Denkens“ einwirken.⁴⁵⁹ Ich möchte daher Piagets Ausführungen in ihrer Abstraktheit vorerst bestehen lassen und sie nicht auf daran anknüpfende Entwicklungstheorien aus der Psychologie beziehen, wie sie zum Beispiel in Modellen z.B. von Erikson⁴⁶⁰ aufgegriffen und erweitert werden.

Wenn man also die Frage „wer bewältigt was für wen“ auf dieses Konzept anwendet, so müsste die Antwort lauten: Das Subjekt bewältigt seine Umwelteinflüsse, denen es ausgesetzt ist und die ihm als Bedingung seines Handelns erscheinen, für sich. Dies ist eine sehr abstrakte Bestimmung, denn sie vernachlässigt noch die genauen Inhalte der äußeren Einflüsse, die produktiv und störend wirken, wie auch die subjektiven Sinnsetzungen und Motivationen. Oder um es mit Seiler zu sagen: „*Insgesamt darf man sagen, daß Piaget weniger an den Inhalten als den allgemeinen Gesetzen*

457 Piaget 1972, S. 186.

458 Piaget 1972, S. 187.

459 Siehe auch Edelstein 1976, S. 17.

460 Das von Erikson in den 1950ern aufgestellte 8-stufige Modell der Entwicklung ist noch heute Bezugspunkt vieler Entwicklungstheorien. Siehe hierzu Erikson 1968, insbesondere S. 241ff; Erikson 1973 (1956).

und Prozessen interessiert ist.“⁴⁶¹ Man kann es Piaget nicht vorwerfen, sich darum nicht bemüht zu haben, hatte er sich doch ein gänzlich anderes Forschungsziel gesetzt. Es wird im Fortgang zu sehen sein, wie die anderen Bewältigungstheorien sich konkreteren Inhalten zuwenden. Einige dieser konkreten Inhalte sind bereits in den Ausführungen zur Sozialisation vorbereitend herausgearbeitet worden.

6.3. Corbin und Strauss

In der nun folgenden theoretischen Auseinandersetzung mit einer der vielbeachteten Arbeiten zum Bewältigungshandeln möchte ich die Inhalte von Bewältigung konkretisieren. Juliet Corbin und Anselm Strauss haben mit ihrer Studie nicht nur einen Grundstein für eine subjektorientierte Gesundheitstheorie gelegt, sondern zugleich mit ihrem methodischen Vorgehen einen noch jungen sozialwissenschaftlichen Forschungsansatz befördert. In ihrer Untersuchung, die sie schon in den 1980ern durchführten, interviewten sie 60 Paare aus fast allen sozioökonomischen Schichten. Hierbei befand sich zunächst der gesunde Partner/die gesunde Partnerin im Fokus des Interesses, für den/die sie in der medizinisch-therapeutischen Versorgungslandschaft bis dahin wenig Unterstützungsangebote verzeichneten.⁴⁶² Der gesunde Partner bzw. die gesunde Partnerin, so die These von Corbin und Strauss, sind in einem großen Maße vom Eintritt einer chronischen Krankheit und deren Folgen mitbetroffen, was bis zu diesem Zeitpunkt weitgehend unberücksichtigt blieb. In ihrer Studie, deren Ergebnisse im Buch *Weiterleben lernen* festgehalten sind, mussten sie jedoch feststellen, dass es auch hinsichtlich des Bewältigungshandeln der kranken Person bisher noch wenig ausgearbeitete und gewürdigte Aspekte gibt, sodass sie ihre ursprüngliche Fragestellung erweitern mussten.

In ihrer Arbeit gingen sie schließlich der Frage nach, welche Bedeutung eine chronische Erkrankung für die unmittelbar betroffene Person und deren Familie hat und ferner, welche „*menschlichen Kosten*“ den Betroffenen und ihren PartnerInnen durch die fortwährenden Neuausrichtungen in den verschiedenen Verlaufsformen der Krankheit auferlegt werden und wie sie diese bewältigen.

Nach Corbin und Strauss sind politische Planungen, die sich dem Umgang mit chronischer Erkrankung widmen, häufig ineffektiv, da sie von den Lebenswelten der Betroffenen und deren Bedürfnisse weit entfernt sind. Für sie ist vor allem die Familie der vorrangige Austragungsort von Bewältigungshandeln.⁴⁶³ Es ging ihnen um ein besseres Verständnis von den Vorgängen in Familien im Zusammenhang mit dem plötzlichen Hereinbrechen einer chronischen Erkrankung und deren Bewältigung. Hiervon versprachen sie sich wirksamere Hilfen und die Schaffung von Unterstützungsstrukturen, in denen die Individuen mit ihren Bedürfnissen, subjektiven Deutungen und Lebenslagen stärkere Berücksichtigung finden. Damit bewegen sie sich

461 Seiler 1994, S. 68.

462 Corbin/Strauss 2004, S. 23.

463 Corbin/Strauss 2004, S. 11.

bewusst auf einem gesundheitspolitischen Feld mit einem deutlich normativen Anspruch.

Sowohl bei der Festlegung des Auswahlverfahrens, der Erhebungsmethode als auch des Auswertungsansatzes griffen sie auf die von Anselm Strauss mitbegründeten methodischen Ansätze der qualitativen Sozialforschung zurück. Mit ihrem *Theoretical Sampling* versuchten sie, ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Erkrankungen abzubilden und dabei eine starke ethnische, sozioökonomische wie altersbezogene Heterogenität herzustellen. Die Interviews fanden vorwiegend im häuslichen Umfeld der teilnehmenden Paare statt und wurden nach einer narrativen Interviewmethode mit offenen, erzählgenerierenden Fragen geführt. Bei der Auswertung nach der *Grounded Theory* ging es in einem kontrastierenden Verfahren um die Herausarbeitung von maximalen und minimalen Unterschieden zwischen den verschiedenen Betroffenen, um einerseits eine möglichst allgemeine Aussagekraft für Bewältigungshandeln herzustellen, dabei andererseits aber Einzelfälle und mögliche individuelle Verlaufsformen nachzeichnen zu können. Alle in dem Buch dargestellten Ergebnisse beruhen auf der qualitativen Auswertung des Interviewmaterials, dort festgestellten Mustern wie auch auf möglichen individuellen Pfaden des Bewältigungshandelns und Fallbeispielen.

Ich möchte mich vor allem auf die theoretischen Ausführungen im ersten Teil des Buches beziehen, in denen Corbin und Strauss einerseits ihr theoretisches Vorwissen darlegen und dieses zugleich am untersuchten Material zu reflektieren und weiterzuentwickeln suchen. Oft sind die von Corbin und Strauss dargestellten Ergebnisse sehr uneindeutig, aber das erscheint nur als Mangel, wenn man von ihnen eine handfeste Prognose des Bewältigungsverlaufes und der jeweiligen Handlungen verlangen würde. Sie zeichnen eher kontingente Möglichkeitsräume, in denen sich das Bewältigungshandeln abspielt, dabei aber immer bestimmten Bedingungen unterworfen bzw. ausgesetzt ist. Dies ist kein Mangel, sondern eröffnet den Blick für Handlungspfade, beschrittene Verzweigungen und durchlaufene Krisen, wie auch die Möglichkeiten, Handlungsfähigkeit beständig zu erhalten und neu herzustellen. Ihre Untersuchung ist so vielschichtig und die Ergebnisse für so unterschiedliche Fragestellungen bedeutsam, dass sie hier nicht in ihrer Gänze gewürdigt werden können. Ich werde mich daher auf die im theoretischen Teil formulierten Hauptkategorien und Konzepte beziehen, ihren Klärungsgehalt für meine Fragestellung herausarbeiten, während ich das Setting, in dem Corbin und Strauss ihre Untersuchungen durchführen, an den entsprechenden Stellen nur kurz skizzieren kann. Es wird mir dabei vor allem um das zentrale Konzept der *Verlaufskurve* und den Begriff der *Bewältigungsarbeit* gehen, den Corbin und Strauss selbst als das „*eigentlich Anliegen*“ formulieren.⁴⁶⁴ Hierbei werden ihre weiteren Überlegungen zur Frage, wie die verschiedenen Arbeiten ausgeführt werden, einfließen. Während bei Piaget also abstrakte Modi von Bewältigung überhaupt Thema waren, soll es hier nun im weiteren Verlauf um eine tiefergehende Betrachtung der konkreten Tätigkeiten und Aufgaben

464 Corbin/Strauss 2004, S. 18.

bei der Bewältigung einer chronischen Erkrankung gehen. Bei der Auseinandersetzung mit den beiden SoziologInnen werde ich mich eng an der Struktur des Buches ausrichten, da mir dies am besten geeignet erscheint, den Argumentationsgang der Autorin und des Autors nachzuzeichnen.

6.3.1. Bewältigung als Arbeit

Der Begriff *Arbeit* erscheint auf den ersten Blick trivial, denn Arbeit ist etwas so Alltägliches, dass die Feststellung, etwas sei Arbeit, kaum für Aufhebens sorgen wird. Arbeit kann alles sein und alles kann Arbeit sein, jeder und jede tut sie. Im Zusammenhang mit Bewältigungshandeln enthält der Begriff der Arbeit jedoch eine Reihe theoretischer Implikationen und vor allem eine analytische Schärfe, die herausgearbeitet werden soll. Dabei wird sich die Trivialität zum Teil bestätigen, zum Teil aber auch aufgehoben zugunsten einer klareren, inhaltlichen Bestimmung.

„Die Bewältigung einer Krankheit oder Behinderung und die Anpassung an die damit verbundenen körperlichen Anzeichen verlangen von allen Beteiligten ein beträchtliches Maß an Arbeit.“⁴⁶⁵ Ähnlich wie die Auffassung von Arbeit in der Berufssoziologie, von der Corbin und Strauss ihren Begriff explizit entlehnt haben, untersuchen sie nach diesem Schema, für welche (krankheitsbedingten) Situationen welche Art von Arbeit nötig wird und welche Aufgaben in ihnen formuliert werden. Es geht Corbin und Strauss darum, diese Aufgaben ausdifferenzieren, um zu sehen, wie sie sich nach Art, Umfang, Aufwand (sowohl zeitlich, körperlich, emotional, materiell) und Schwierigkeit unterscheiden.⁴⁶⁶ Die Wahl des Arbeitsbegriffs folgte aber nicht nur aus analytischen Überlegungen, sondern sollte auch als deutliches Zeichen gegen eine vorherrschende Deutung von anerkannten Arbeiten verstanden werden. Für gewöhnlich machen Betroffene zunächst einmal nur die Erfahrung von Arbeit in einem fest strukturierten Setting mit nicht nachvollziehbaren Arbeitsabläufen. Als Arbeit gilt in diesem Zusammenhang oft nur, was geschäftsmäßig von Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden verrichtet wird. Die betroffene Person wird darin zu einer passiven Empfängerin der „Arbeit des Klinikpersonals“.⁴⁶⁷ Hierunter sind alle Tätigkeiten zusammengefasst, die sich um die Diagnose und Behandlung der Erkrankung drehen, ebenso wie die Pflege und Versorgung der PatientInnen, die Hygiene und die psychische Betreuung. Corbin und Strauss kritisierten den Umstand, dass Arbeit hinlänglich immer nur als eine Auszeichnungsform bestimmter Tätigkeiten verwendet wird, wenn diese nämlich durch gesellschaftlich anerkannte Berufsgruppen und Professionen durchgeführt wurden. Sie verstehen sich damit gleichfalls als Fürsprecher einer großen Gruppe Erkrankter und ihrer nahen, in Bewältigungsprozesse involvierten Bezugspersonen, die ihrerseits die notwendigen Tätigkeiten als Arbeit beschrieben haben. Diese Charakterisierung der Tätigkeiten durch die Betroffenen

465 Corbin/Strauss 2004, S. 24.

466 Corbin/Strauss 2004, S. 25.

467 Corbin/Strauss 2004, S. 18.

selbst war eines der wichtigen Ergebnisse ihrer Studie. Im Verlauf dieses Kapitels möchte ich noch einen weiteren Gesichtspunkt hinzufügen, warum ich der Auffassung bin, dass der Begriff der Arbeit im Zusammenhang mit Bewältigungshandeln seine Berechtigung hat. Zuvor muss sich aber noch der Definition von Arbeit gewidmet werden, wie sie von Corbin und Strauss mit besonderem Blick auf die bewältigenden Individuen formuliert wurde:

Wir definieren Arbeit hier als eine Gruppe von Aufgaben, die von einem Individuum bzw. einem Paar allein oder gemeinsam mit anderen durchgeführt werden und das Ziel verfolgen, einen Handlungsplan zu realisieren, mit dem ein oder mehrere Aspekte der Krankheit und des Lebens der Kranken und ihrer Partner bewältigt werden sollen.⁴⁶⁸

Mit dieser Definition erheben sie die Bewältigungsarbeit in den Stand anerkannter Arbeiten und machen zugleich die Komplexität dieser Aufgabe deutlich, wenn sie die vielfältigen, lebensweltbezogenen Kontexte der Individuen einbeziehen. Diese erfordern Arbeiten eigener Art, so zum Beispiel die *Arbeit des täglichen Lebens*, zu denen Corbin und Strauss die Erziehung der Kinder, das Führen des Haushalts, die Partnerarbeit und auch die *biografische Arbeit* zählen.⁴⁶⁹ Die *biografische Arbeit* erstreckt sich nach Corbin und Strauss über drei Felder mit je eigenen Aufgaben. Die erste Aufgabe besteht darin, die Krankheit zu einem Teil der eigenen Biografie zu machen. Damit verknüpft beschreiben sie die zweite Aufgabe als ein Fertigwerden mit der Krankheit an sich und mit „den dadurch bedingten Einschränkungen und möglicherweise mit dem bevorstehenden Tod“.⁴⁷⁰ Als drittes müssen in der *biografischen Arbeit* neue Selbstkonzeptionen entworfen werden, in denen die Krankheit und durch sie bedingte Veränderungen als biografischer Teil enthalten und berücksichtigt sind.

Die besondere Betonung der biografischen Arbeit soll nicht den Anteil anderer Arbeiten an den täglichen lebensweltlichen Bewältigungsaufgaben schmälern. Die *Erwerbsarbeit* muss sich um ein Einkommen bemühen, in der *Paararbeit* wird eine wichtige soziale Beziehung gefestigt und entwickelt, durch *Informationsarbeit* kann bestehenden Problemen anders begegnet werden und nicht zuletzt müssen in der *Organisationsarbeit* die verschiedenen Teilarbeiten und Ressourcen in der individuellen und sozialen Reproduktion in Einklang bzw. auch Reihenfolge gebracht werden.⁴⁷¹ Diese Arbeiten sind nicht zu vernachlässigen, da sie wichtige Bedingungen für den Bewältigungshintergrund herstellen.

Corbin und Strauss wollen hier die biografische Arbeit hervorheben, weil diese zum einen in der bisherigen Beschäftigung mit Bewältigungshandeln wenig Berücksichtigung gefunden hat. Zum anderen aber auch, um auf die besondere persönliche Bedeutung dieser Arbeit im Leben eines Menschen hinzuweisen, ohne die Krank-

468 Corbin/Strauss 2004, S. 25.

469 Corbin/Strauss 2004, S. 18.

470 Corbin/Strauss 2004, S. 27.

471 Corbin/Strauss 2004, S. 27.

heitsbewältigung nicht zu verstehen ist. Auf eine detailliertere Bestimmung, um welche Arbeiten es sich nach Corbin und Strauss handelt, wird später vertiefend eingegangen.

6.3.2. Vom „gestörten Körper“ und dem Beschreiten der „diagnostischen Phase“

Bevor einzelne Arbeiten in ihren Eigenschaften betrachtet werden können, ist es wichtig, die verschiedenen Phasen, die sich mit dem Eintritt und dem Verlauf einer chronischen Krankheit ergeben, nachzugehen. Corbin und Strauss konstatieren als die erste Veränderung, die Menschen mit einer chronischen Krankheit bemerken, eine Veränderung ihres Körpers und seiner Funktionen.

Es ist normal, dass man geht, arbeitet, spielt, die Aktivitäten des alltäglichen Lebens ausführt, berührt und berührt wird – und das alles, ohne sich übermäßige Gedanken darüber zu machen, welche Rolle der Körper bei der Durchführung diese Handlungen spielt, oder darüber, welches Bild der Körper einem selbst und anderen präsentiert.⁴⁷²

Bei den normalen Tätigkeiten des Alltags tritt der Körper als bewusst wahrgenommener in den Hintergrund. Erst bei seiner Überanstrengung oder dem Eintritt von Anzeichen des Alterns tritt er zunehmend, aber zunächst noch sehr temporär, in den Vordergrund. Er beginnt sich aufzudrängen im Vergleich zu einem erinnerten „Vorher“. Das hier geäußerte Verständnis von Körper gleicht in dieser Hinsicht der zuvor besprochenen „Verborgenheit der Gesundheit“. *„Wenn aber der Körper aufgrund einer chronischen Krankheit oder bleibenden Schädigung versagt, können Leistungsfähigkeit und Aussehen für immer verändert sein.“*⁴⁷³ Das Ausmaß der wahrgenommenen Veränderung ist dabei gebunden an den Schweregrad der Symptome, der Art und Weise, wie sie gewohnte oder gewünschte Tätigkeiten einschränken und dem Maß, wie sie sich als beherrschbar oder reversibel darstellen lassen. Sie werden augenscheinlich an erlebten Verminderungen der Leistungsfähigkeit, einem veränderten Äußeren oder eingeschränkten Tätigkeiten. Auch prospektiv mögliche Ereignisse können antizipiert werden, wie die eines schweren Verlaufs oder gar des Todes. Von diesem Kontrast zu einem rekonstruierten früheren Zustand sind auch die Partner und Partnerinnen betroffen.

Mit den ersten Anzeichen einer chronischen Erkrankung beginnt nach Corbin und Strauss der lange und mühsame Prozess der *„diagnostischen Suche“*.⁴⁷⁴ Diese unterteilt sich nach Corbin und Strauss in drei Phasen: In der *„prädiagnostischen Phase“* beginnt das Subjekt, sich mit den möglichen Ursachen der eingetretenen Veränderungen und Beschwerden auseinanderzusetzen. Diese ist nicht unbedingt ein konti-

472 Corbin/Strauss 2004, S. 23.

473 Corbin/Strauss 2004, S. 24.

474 Corbin/Strauss 2004, S. 39.

nuierlicher Prozess, da sich Phasen der geistigen und emotionalen Auseinandersetzungen mit den auftretenden Veränderungen und Phasen der „Normalität“ abwechseln können. Die Phase ist gekennzeichnet durch eine große Ungewissheit, die die Betroffenen und ihre Angehörigen durchleben. Diese kann aus der Schwere der Symptome resultieren, die mit starken körperlichen Schmerzen verbunden sind und den Betroffenen die eigene Verwundbarkeit und auch Endlichkeit klarwerden lässt. Das zukünftige Leben ist in seinem geplanten Verlauf grundsätzlich infrage gestellt. Aber auch weniger starke Beschwerden stellen Einschnitte dar, selbst wenn diese sich erst schleichend bemerkbar machen. Die ersten Anzeichen werden von der betroffenen Person selbst gedeutet, mit verschiedenen möglichen Ursachen in Zusammenhang gebracht, deren etwaige Folgen versucht zu antizipieren, manche Theorien werden in Form erster Behandlungen umgesetzt, andere werden wiederum verworfen. Gegebenenfalls werden hierfür nahestehende Personen ins Vertrauen und zu Rate gezogen. Es werden Wege des Umgangs oder der Therapie der Symptome beschritten, die sich später als Umwege herausstellen und die Subjekte wieder ratlos zurücklassen.

Das Auftreten der ersten Beschwerden markiert den Beginn dieser Phase, während die Überführung in eine medizinische Diagnose den Übergang in die zweite Phase beschreibt: die *Mitteilung der Diagnose*. Die diagnostische Suche kommt an ihr Ende, die Symptome erhalten einen Namen und der Mensch eine Kategorie.⁴⁷⁵ Dieser Übergang ist nicht fließend und durch die Mitteilung keinesfalls sofort abgeschlossen. Häufig bedeutet die Zeit der Durchführung der verschiedenen diagnostischen Verfahren zur näheren Eingrenzung und Bestimmung der Krankheit für die Betroffenen eine Phase des *diagnostischen Schwebezustandes*. Diese Phase kann sich über längere Zeiträume erstrecken und vor allem bei sehr uneindeutigen Symptomen Konsultationen verschiedener fachärztlicher Praxen notwendig machen. Diesen Zustand erlebt die betroffene Person als eine Unterbrechung ihrer biografischen Arbeit, während sie sich „zahlreichen, gefährlichen, demütigenden, schmerzhaften oder beschwerlichen, aber notwendigen Test und Untersuchungen unterziehen muss.“⁴⁷⁶

Die Schwere des Erlebens des Schwebezustandes hängt nach Corbin und Strauss nicht nur von der Schwere der Symptome, sondern auch von den subjektiven Wahrnehmungen, Vermutungen und Theorien der Betroffenen ab, mit denen sie sich in diesem Zusammenhang beschäftigen. Sie beinhalten „*Gedanken an den Tod, Vorstellungen von Behinderung und Funktionsbeeinträchtigung, Beschwerden aufgrund von Symptomen und Nebenwirkungen von Untersuchungen, auch mit Panik.*“⁴⁷⁷ Je nachdem, wie die biografische Arbeit unterbrochen und nicht fortgeführt werden kann,

475 Bei letzterem handelt es sich um eine eigene Deutung vor dem Hintergrund krankenhäuslicher Versorgungspraxis.

476 Corbin/Strauss 2004, S. 43f.

477 Corbin/Strauss 2004, S. 44.

finden verschiedene Formen von Bewältigungshandeln statt, um mit diesem Umstand umzugehen.⁴⁷⁸ Hierbei kann es sich um das Einholen weiterer Diagnosen handeln, aber auch um kompensatorische Handlungen der Zerstreuung.

Das Erleben der *Mitteilung der Diagnose* schildern Corbin und Strauss sehr eindrücklich:

Die Reaktionen auf die Mitteilung der Diagnose reichen von Schock und Zweifel [...] bis zur Erleichterung darüber, dass endlich eine Diagnose vorliegt. Die Zeit scheint stillzustehen, während der Kranke oder das Paar versucht, die ihm mitgeteilten Informationen zu verarbeiten. Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart scheinen in dem überwältigenden Augenblick der Mitteilung zu verschmelzen. Während manche Menschen die Diagnose und ihre Tragweite sofort begreifen, brauchen andere Zeit dafür, das alles zu verdauen.⁴⁷⁹

Mit der Diagnose sind die Symptome auf eine medizinische Ursache zurückgeführt worden und die betroffene Person erhält Gewissheit darüber, welche therapeutischen Maßnahmen sich nun anschließen. So sieht zumindest der Idealfall aus. Doch häufig können noch keine eindeutigen Therapien abgeleitet werden, sondern es müssen erst in einer Reihe von Folgeuntersuchungen zusätzliche Informationen eingeholt werden. Auf diese Weise kann diese dritte Phase, die *post-diagnostische Phase*, auch von einem sich bis in diese Phase ausdehnenden Schwebestand geprägt sein. Er kann ferner auch fortauern, wenn es weiterhin ungelöste Fragen zur Erkrankung, ihrer Behandlung sowie den lebensweltlichen Folgen bestehen. Dennoch halten Corbin und Strauss an dieser Phase fest, dass es in ihr zu einer zunehmenden Auseinandersetzung mit der Erkrankung kommt. Es werden eigenständig zusätzliche Informationen eingeholt, Therapiepläne befolgt oder modifiziert und Lebensziele angepasst. Es ist also einzusehen, dass die Bewältigungsarbeit bereits weit vor der dritten Phase beginnt, sich dort aber zunächst als mehr oder weniger unbewusste Reaktion auf Störungen bemerkbar macht. Dies ändert sich, je mehr die Krankheit in den Vordergrund tritt und den Verlauf des Lebens beeinflusst.

6.3.3. Das Konzept der Verlaufskurve

Klassischerweise werden Verlaufskurven einer chronischen Erkrankung im Sinne von *Krankheitsverlaufskurven* des medizinischen Systems gedeutet. Diese beginnt mit dem Auftreten der ersten Symptome, die sowohl schleichend oder aber fulminant sein können. Aktive Phasen können über einen langen Zeitraum andauern oder sich mit Zeiten der Beschwerdefreiheit abwechseln. Abhängig von den diagnostischen Ergebnissen werden von Ärzten und Ärztinnen Vorstellungen über einen wahrscheinlichen Verlauf entwickelt, an den sich therapeutische Verfahren anpassen. Ersteres bezeich-

478 Corbin/Strauss 2004, S. 44.

479 Corbin/Strauss 2004, S. 45.

nen Corbin und Strauss als *Verlaufskurvenentwurf*, auf den sich ein daran anschließender *Verlaufskurvenplan* bezieht.⁴⁸⁰ Der Entwurf ist also bedingt durch die durch diagnostische Verfahren verfügbar gemachten Information über die Symptome und das Ausmaß der Erkrankung. Sowohl der *Verlaufskurvenentwurf* als auch der daraus abgeleitete Plan folgen im Wesentlichen medizinischen Kenntnissen und standardisierten Verfahren, müssen sich dabei aber immer auch den herrschenden Bedingungen, unter die eine medizinische Versorgung gestellt ist, beugen.⁴⁸¹ Im Gegensatz zum medizinisch geprägten Begriff *Krankheitsverlauf* verstehen Corbin und Strauss unter der *Verlaufskurve* zunächst einfach die „*Gesamtorganisation der Arbeit*“, die im gesamten Fortgang der Bewältigung geleistet werden muss.⁴⁸² Diese schließen weit mehr Faktoren ein, als vom medizinischen System berücksichtigt werden.

Dadurch, dass chronische Erkrankungen meist mit sehr unsicheren Prognosen und daraus resultieren Unwägbarkeit verbunden sind, formulieren sie die stärkere Einbeziehung psychischer und lebensweltlicher Aspekte der Erkrankten als eine Aufgabe für Ärzte und Ärztinnen. Gleichzeitig heben sie die Notwendigkeit des Zugangs zu medizinischer Infrastruktur und Versorgungsleistung hervor, wodurch auch eine politische Handlungsebene angesprochen ist. Und nicht zuletzt die Betroffenen selbst kommen hinsichtlich des Therapieerfolges in Betracht, denn „*(d)ie effektivsten Therapiepläne scheitern, wenn die Kranken sie nicht so ausführen, wie sie verordnet sind.*“⁴⁸³ Es fließen sowohl persönliche Überzeugungen des Arztes oder der Ärztin, die Persönlichkeit der Patientin/des Patienten und auch gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen in die Entwürfe und Pläne ein. Infolgedessen kündigen sich Friktionen an, denn „*(z)u den Eigenschaften eines Verlaufskurvenentwurfs gehört die, dass die Vorstellungen der jeweiligen Parteien sich von ihrer Charakteristik her unterscheiden können.*“⁴⁸⁴ Die Verlaufskurvenentwürfe der Betroffenen und ihrer PartnerInnen sind keine einfachen Wenn-dann-Beziehungen im Sinne eines: Wenn Diagnose A, dann Medikament B oder auch C, um sicher zu sein, muss aber erst noch das Ergebnis aus Verfahren D abgewartet werden. Ohne behaupten zu wollen, dass medizinische Entscheidungen leicht oder einfach gefällt werden, weisen doch Verlaufskurvenentwürfe, die vor einem biografischen Hintergrund erstellt werden, eine ungleich größere Kontingenz auf. Was bestimmt also den Kontingenzraum und was kann zu Friktionen führen?

Die Vorstellungen können [...] eindeutig bzw. uneindeutig und präzise bzw. unpräzise sein. Die Vorstellungen können als umkehrbar bzw. irreversibel gesehen werden, und sie können Projektionen der Verbesserung oder des Verfalls beinhalten und sich z.B. auf Ausmaß, Schnelligkeit und Schweregrad beziehen. In der Vorstellung können auch

480 Corbin/Strauss 2004, S. 51.

481 Corbin/Strauss 2004, S. 51.

482 Corbin/Strauss 2004, S. 49.

483 Corbin/Strauss 2004, S. 53.

484 Corbin/Strauss 2004, S. 54.

Erwartungen im Hinblick auf Veränderungen – zum Besseren oder Schlechteren – eingehen; darüber hinaus können diese Veränderungen und damit verbundenen Komplikationen als vermeidbar oder nicht vermeidbar gesehen werden.⁴⁸⁵

Corbin und Strauss spannen hier ein breites Feld der gedanklichen und emotionalen Bewertung von Zukunftsmöglichkeiten sowie von Aushandlungsanforderung mit dem Partner oder der Partnerin auf, das alle möglichen Zwischenformen zulässt. Aber es ist nicht nur ein Feld zwischen diesen beiden Personen, denn das Bewältigungsgefüge ist ungleich komplexer und schließt, wie schon angeführt, die Ebenen gesellschaftlicher Wertvorstellungen und medizinischer Handlungsrationaltäten ein. In dieser Aushandlung sind weder Entwürfe noch Pläne je statisch.⁴⁸⁶ Sie können in Situationen und Phasen ausgeblendet werden, bestimmen also das Handeln nicht immer unmittelbar, auch wenn sie durchaus bewusste Entwürfe der betroffenen Person sind. Dennoch können sie im Hintergrund wirken und Bedürfnislagen verändern, wofür Corbin und Strauss das Beispiel einer erwogenen oder geplanten Frühverrentung eines Ehepartners anführen. Hier haben sich Lebenspläne geändert, die Erwerbsarbeit, die nach einem eigenen Plan verfolgt wurde, wird ins Verhältnis zu den neuen Aufgaben gesetzt und an den zu erledigenden Notwendigkeiten der chronischen Erkrankung der Partnerin relativiert.

Außerdem richten sich Verlaufskurvenentwürfe auch nach den zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen.

Zu diesen Ressourcen gehören die Motivation zum Leben, die physische und emotionale Kraft zu kämpfen, die Familie und Freunde, die finanzielle Sicherheit und das Wissen, wie man die modernste und kompetenteste Versorgung bekommt.⁴⁸⁷

Ressourcen sind damit nicht nur ein breites, sondern zugleich bedeutsames Feld, denn, so Corbin und Strauss: „*Je größer die Ressourcen, umso unwahrscheinlicher ist es, dass ein Mensch aufgibt.*“⁴⁸⁸ Einem ressourcenorientierten Ansatz soll sich noch ausführlicher mit der Betrachtung des Modells der Salutogenese von Antonovsky zugewandt werden. Hier sei der Hinweis aufgegriffen, weil der Ressourcengesichtspunkt zwar im Leben der Betroffenen wichtig ist, aber nicht immer in den Handlungslogiken des medizinischen Systems vorkommt. Dies evoziert sowohl Konflikte zwischen den Akteuren aber auch im Subjekt und kann somit Handlungsdynamiken stark und häufig negativ beeinflussen.

Corbin und Strauss haben im Rahmen ihrer Untersuchung an verschiedenen Krankheitstypen verschiedene Verlaufskurven nachgezeichnet, erheben jedoch keinen Anspruch auf Repräsentativität für ein bestimmtes Krankheitsbild. Mit diesen wollen sie weder allgemeine Aussagen zu möglichen Verläufen machen, noch Prognosen über eine Entwicklung des Bewältigungshandelns anstellen. Viel wichtiger war

485 Corbin/Strauss 2004, S. 54f.

486 Corbin/Strauss 2004, S. 56.

487 Corbin/Strauss 2004, S. 56.

488 Corbin/Strauss 2004, S. 56.

Ihnen, die Phasen im Hinblick auf die in ihnen notwendigen Arbeitstypen zu untersuchen, wie sie oben besprochen wurden.

In der *akuten Phase* geht es in der krankheitsbezogenen Arbeit vorrangig darum, die drastische Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder sogar den Tod zu verhindern und eine mentale, physiologische und seelische Stabilisierung herzustellen. „*Biografische Arten von Arbeit werden vielleicht in der Schwebelage gelassen, bis die akute Episode vorbei ist, auch wenn zu diesem Zeitpunkt die Frage entstehen kann, wie sich das Leben durch die Krankheit verändern wird.*“⁴⁸⁹ Die Phase der Normalisierung steht im Zeichen der allmählichen körperlichen und mentalen Erholung. Die Bewältigung

richtet sich darauf, körperliches Wohlbefinden zu erlangen und die Funktionsfähigkeit, die als Folge der Krankheit vielleicht verloren gegangen war, ganz oder partiell zurückzugewinnen, und auch darauf, mit der Krankheit und einer zurückbleibenden Behinderung fertig zu werden.⁴⁹⁰

Die biografische Arbeit wird wiederaufgenommen, aber nach Corbin und Strauss begleitet von phasentypischen Fragen wie: „*Werde ich wie früher sein? Wie weit werde ich Normalität erreichen?*“⁴⁹¹ In der stabilen Phase gibt es keine oder kaum Veränderungen im Krankheitsverlauf und „*(d)ie Bewältigung zielt darauf ab, diese Stabilität zu erhalten, und abgesehen von kleineren Komplikationen ist sie gewöhnlich Routinesache*“.⁴⁹² Typischen Fragen für diese Phase sind nach Corbin und Strauss: „*Wie lange wird diese Phase anhalten? Wie kann ich sie erhalten? Woran werde ich merken, wann sich etwas ändert?*“⁴⁹³ In der instabilen Phase erleben die kranke Person und nahestehende Menschen, dass bisherige Bewältigungsstrategien keine oder nicht mehr genug Wirkung zeigen, um mit den krankheitsbedingten Veränderungen fertig zu werden, weshalb alternative Handlungsstrategien entworfen bzw. gefunden werden müssen. Hier beschäftigen sich die Menschen mit den Fragen: „*Wird man je herausfinden, warum dies so ist oder wie man die Krankheit kontrollieren kann? Was bedeutet das für mein Leben?*“⁴⁹⁴ Als weitere Phase führen Corbin und Strauss auch noch die *absteigende Phase* ein, die in den Ausführungen eng mit einer Bewegung hin zum Tod oder stetig voranschreitenden Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht wird.⁴⁹⁵

Die biografischen Konsequenzen können eine Auswirkung sowohl auf die Verlaufskurvenarbeit als auch den Verlauf der Krankheit selbst haben. Daher ist es für ein angemessenes Verständnis von komplexen Bewältigungsprozessen wichtig zu erfahren, „*wie sich chronische Krankheit und Krankheitsbewältigung und biografische*

489 Corbin/Strauss 2004, S. 62.

490 Corbin/Strauss 2004, S. 62f.

491 Corbin/Strauss 2004, S. 63.

492 Corbin/Strauss 2004, S. 63.

493 Corbin/Strauss 2004, S. 63.

494 Corbin/Strauss 2004, S. 63.

495 Da mir dies im Zusammenhang mit Morbus Crohn als unangemessen erscheint, werde ich auf diese Phase in der weiteren Darstellung nicht näher eingehen.

Phänomene wechselseitig beeinflussen“.⁴⁹⁶ Es ist nun also zu klären, wie die verschiedenen Phasen und Arbeiten miteinander agieren. Hierfür greifen Corbin und Strauss auf den Begriff der Anpassung zurück, jedoch nicht als formalen Akt, sondern als Vermittlung konkreter Inhalte:

Anpassung bezieht sich nicht nur auf den alltäglichen Kampf der Bewältigung der Krankheit und ihrer Symptome in Bezug auf jegliche mentale oder körperliche Einschränkungen, die eintreten; sie bezieht sich auf Handlungen, mit denen ein Gefühl von Kontrolle und Balance im Leben erreicht und dem Leben trotz Krankheit und den damit verbundenen Veränderungen Kontinuität und Sinn gegeben werden soll.⁴⁹⁷

Anpassung muss daher auch als biografischer Akt begriffen werden, denn nur so kann sie nach Corbin und Strauss erfolgreich sein.⁴⁹⁸

Der gestörte Körper verändert die Wahrnehmung des Selbst und führt zu Sinnfragen wie zu Fragen auf der Handlungsebene: Welche Tätigkeiten können wie gewohnt weitergeführt werden, welche nur mit Einschränkungen und welche sind fortan unmöglich. Nur durch die Vermittlung der Ebenen *Körper*, *Selbstkonzeptionen* und *biografische Zeit* ist es dem Subjekt möglich, seine „*Initiative zum Handeln, (und) einen gewissen Grad an Kontrolle über ein Leben zu erhalten und wiederzugewinnen, in dem es durch chronische Krankheit einen Bruch gegeben hat*“.⁴⁹⁹ Auf diese Weise bleibt das betroffene Subjekt in der Lage, seinem weiteren Leben eine konkrete Gestalt und einen Sinn zu geben. Dieser Wechselwirkung der drei Ebenen haben Corbin und Strauss den Begriff *biografische Körperkonzeptionen* (BKK) gegeben, welcher im Folgenden untersucht werden soll.

6.3.4. Die Biografische Körperkonzeptionen

Corbin und Strauss verstehen den Körper als das „*Medium, durch das Selbstkonzeptionen gebildet werden*“.⁵⁰⁰ Mit seinem Körper tritt das Subjekt nach außen, interagiert mit der Umwelt, indem es sie beeinflusst und sich durch sie beeinflussen lässt. In der biografischen Zeit entwickeln und verändern die Subjekte ihre Handlungskonzepte, die sie an den sich fortwährend verändernden Gegebenheiten wie den eigenen Wünschen, Vorstellungen und Körperbezügen ausrichten. Mit der Entwicklung des Körpers in der biografischen Zeit und den durch ihn erlebten Erfahrungen und Deutungen von äußeren Ereignissen entwickelt sich das individuelle Selbst, das seine Handlungen seinen Erfahrungen und Deutungen gemäß ausrichtet. Die Handlungen sind daher durch die Selbstkonzeptionen bestimmt und können nicht als außerhalb der biografischen Zeit stehende Muster gedeutet werden.

496 Corbin/Strauss 2004, S. 66.

497 Corbin/Strauss 2004, S. 67.

498 Corbin/Strauss 2004, S. 67.

499 Corbin/Strauss 2004, S. 68.

500 Corbin/Strauss 2004, S. 71.

Der Körper dient auch der Aneignung und Weitergabe von Wissen und ist Mittel der Kommunikation. Er ist damit ein Instrument der Interaktion des Subjekts mit seiner sozialen Außenwelt, mit der es sich über „*signifikante Symbole*“ verständigt und kann auch selbst zu einem signifikanten Symbol gemacht werden. Er wird zu einem Symbol, mit dem das Subjekt sich seinem Gegenüber ausdrücken will, ebenso zu einem Symbolträger derjenigen Symbole, die andere ihm von außen zuschreiben. Dies können von beiden Seiten positive und negative Attributionen sein. Der Körper kann also als Ausdruck von Leistungsfähigkeit durch das Subjekt stilisiert werden oder aber auch diese von anderen aberkannt bekommen, wenn der Körper äußere Merkmale einer als einschränkend geltenden Krankheit aufweist. In der Verobjektivierung des Körpers spielt das Subjekt, dessen Körper als Symbol persönlicher Eigenschaften fungiert, nur eine der beiden Rollen auf dem Feld der Zuschreibungen. Ebenso verhält es sich bei der Formulierung von Aufgaben, die dem Körper gestellt werden. Auf der Subjektseite ist dies die Funktionstüchtigkeit hinsichtlich der Bewältigung der eigenen oder familiären Reproduktion, die Verfolgung von Interessen, die Befriedigung von Bedürfnissen, die Interaktion mit der Außenwelt sowie die nach außen gerichtete Präsentation des eigenen Selbst für sich und andere. Gleichzeitig gibt es gesellschaftliche Aufgaben, wobei die Herkunft der Aufgabenstellung bei Corbin und Strauss zwar gelegentlich benannt, aber kaum weiter ausgeführt wird. Diese sind ihrem Inhalt nach nicht gänzlich verschieden von denen, die sich das Subjekt im Sinne seines eigenen Nutzens selbst setzt, sodass man sie vielmehr *Auflagen* bei der Erfüllung der Aufgaben nennen könnte. Der Körper wird somit für andere „*zu einem sozialen, sexuellen, bewunderten, stigmatisierten Objekt*“, dem sich das Subjekt nicht entziehen kann.⁵⁰¹

Alles dies prägt nach Corbin und Strauss das, was sie Selbstkonzeption nennen. Selbstkonzeption meint nicht nur „Selbstwertgefühl (wie man über sich denkt), sondern viel mehr die Sichtweisen, die man von sich in Bezug auf die Gesamtheit seiner Identität hat – wer man ist.“⁵⁰² Alle damit im Zusammenhang stehenden Handlungen und Bilder des Selbst führen Corbin und Strauss im Begriff der Performanz zusammen. Die Routine von Handlungen wird durch das Hereintreten einer chronischen Krankheit temporär oder nachhaltig gestört. „Darüber hinaus verweist der Begriff Performanz auf die Handlungskapazität und zugleich auf das In-Erscheinung-Treten.“⁵⁰³ In Erscheinung treten hierbei sowohl die Handlungen bezüglich ihrer Bewertung durch das Selbst und andere sowie auch das körperliche Selbst als Träger von Zuschreibungen. Das macht Performanz zu einem mehrdimensionalen Vorgang, der immer zugleich für sich und für andere, vor anderen, mit anderen und durch andere gestaltet wird. Mit der Performanz stellen sich also immer die Fragen: „Welche Bedingungen bringen diese Dimensionen oder Kombination von Dimensionen hervor; welche Interaktionsaktiken sind involviert; und welche Konsequenzen hat

501 Corbin/Strauss 2004, S. 71.

502 Corbin/Strauss 2004, S. 72.

503 Corbin/Strauss 2004, S. 74.

das für alle beteiligten Personen?⁵⁰⁴ Die Kategorien erfolgreicher und scheiternder Performanz beziehen sich daher ebenso auf die Bewertungen des Subjekts wie auf die Bewertungen durch andere und beide können sowohl identitätsfördernde als auch zerstörende Wirkungen haben.

Im Rahmen einer gescheiterten Performanz kann das Scheitern der Performanz wahrgenommen werden als Scheitern für sich selbst, für andere, vor anderen, durch andere oder mit anderen sowie als Scheitern des Erscheinungsbildes der Performanz oder des Ausführenden.⁵⁰⁵

Scheitern wird hier zunächst begriffen als das Resultat eines evaluativen Aktes. Die vielfältigen Maßstäbe des Scheiterns, die dabei in Frage kommen, werden von Corbin und Strauss nur beispielhaft angedeutet. Sie erstrecken sich aber im Prinzip über all jene, die in den Kapiteln zur gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit und den Bewältigungsaufgaben der Jugend ausgeführt wurden. Die Autorin und der Autor erheben nicht den Anspruch einer vollständigen Auflistung, die auch angesichts der Verschiedenartigkeit der Individualitäten in eine unendliche Aufzählung münden würde. Corbin und Strauss halten fest, dass zum Scheitern gegenüber anderen diese anderen gar nicht als unmittelbares Gegenüber notwendig sind, weil „*wir die Einstellungen anderer zu uns selbst in uns tragen und diese Einstellungen durch reflexives Handeln ins Bewusstsein heben und dadurch eine negative Beurteilung des eigenen Selbst herbeiführen können*“.⁵⁰⁶ Die zur Schau gestellte oder auch nur vermutete bzw. befürchtete Beurteilung anderer wird über den Akt der Antizipation zu einem Vorgang im Subjekt und durch das Subjekt. Das Subjekt vollzieht die Beurteilung an sich nach und betrachtet sich durch die Augen von Erwartungshaltungen anderer. Es muss die eingenommene Sichtweise nicht teilen, um die in der Sichtweise latent enthaltenen Erwartungshaltungen an sich anzulegen. In dieser Außenperspektive auf das eigene Selbst kann das Subjekt aber auch von ihm geteilte Maßstäbe und Ideale, z.B. von Schönheit, Leistungsfähigkeit oder Spontanität, vorfinden. Hier wird das Scheitern an den Maßstäben anderer auch zu einem Versagen vor einem/einer selbst, sodass zu einer widerfahrenen Ausgrenzung auch noch Schuld- oder Schamgefühle hinzutreten können.

Werden die Erwartungen an eine gelingende Performanz vom Subjekt nicht geteilt, stellt sich die Frage des Umgangs mit ihnen. Hier reicht die Bandbreite von Übernahme der Maßstäbe bis hin zu einer totalen Verweigerung oder Opposition. Hängt vom Bewähren an diesen Maßstäben viel ab, so wird die Person vielleicht Wege suchen, sich zu akkommodieren. Man sieht also, dass man Bewältigungshandeln zwar durchaus logisch in Handlung für einen/eine selbst und Handlungen für andere trennen kann und dass dies auch sinnvoll ist, da nur so die genauen Anforderungen formuliert werden können, die je nach Maßstabgeber unterschiedlich gesetzt

504 Corbin/Strauss 2004, S. 74f.

505 Corbin/Strauss 2004, S. 76. Hervorhebungen im Original.

506 Corbin/Strauss 2004, S. 76.

werden. Der Prozess droht aber im Subjekt zu verschwimmen, weil er stets nur als reziproke Wechselwirkung von Subjekt und Umwelt vollzogen werden kann.

Corbin und Strauss verwiesen auf die Unausweichlichkeit einer Außenseite des Bewältigungshandelns, weil Bewältigung immer in einen sozialen Kontext eingebettet und auf sozial-materielle Bedingungen angewiesen ist. Zugleich ist Bewältigungshandeln immer auch darauf gerichtet, subjektiven Sinn (wieder-) zu erlangen. Demnach stellen sich für das Subjekt die Aufgaben, die eigene Biografie im Kontext der Erkrankung wieder zusammenzusetzen und diese Arbeit in den Alltag zu integrieren. Dieser Aspekt soll sich in den beiden nun folgenden Unterpunkten behandelt werden.

6.3.5. Bewältigungsaufgabe des kranken Menschen – „Das Leben wieder zu einem Ganzen zusammensetzen“

Corbin und Strauss beschreiben die Dimensionen Körper, Selbst und biografische Zeit als eine „Kette“, die durch die Erfahrung einer chronischen Erkrankung zerrissen wurde und nun aufs Neue zusammengesetzt werden muss, um positive Veränderungen herbeizuführen. Für die biografische Arbeit zur Bewältigung dieser Zusammenführung machen Corbin und Strauss vier Dimensionen aus, die sich teilweise überschneiden können und teilweise miteinander in Wechselwirkung stehen. Die kranke Person muss ihre Krankheitsverlaufskurve in ihre Biografie integrieren (*Kontextualisierung*), sie muss Verständnis und Akzeptanz der biografischen Konsequenzen aus gescheiterter und potenziell scheiternder Performanz entwickeln (*Bewältigung*), ihre Identität im Sinne einer Ganzheit wiederherstellen (*Wiederherstellung der Identität*) und ihre Biografie neu entwerfen (*Neuentwurf der Biografie*). Nach Corbin und Strauss bedeutet die Integration der Krankheit in die Biografie, sie zu einem Teil des Entwurfs des eigenen Selbst werden zu lassen, ohne in ihr aufzugehen, und die mit der Krankheit assoziierten Arbeiten als eigene Arbeiten zu begreifen.⁵⁰⁷ Meist wird diese Form der biografischen Arbeit nötig, wenn die kranke Person anfängt zu realisieren, wie sich die Einschränkungen durch die Krankheiten auf das Leben auswirken können. Dies kann, muss aber nicht mit den ersten Symptomen zusammenfallen. Im Verlauf einer chronischen Erkrankung ist dieser Prozess und die damit verbundene Arbeit selten abgeschlossen und muss häufig von vorne aufgenommen werden. *Kontextualisieren* heißt dabei auch Experimentieren und einen unsicheren Weg des Probierens, der Rückschlüsse und neuerlicher Versuche beinhaltet, zu beschreiten.⁵⁰⁸ *Kontextualisieren* ist keine Frage des Entweder-Oders, des Akzeptierens oder Nicht-Akzeptierens, sondern erlaubt vielfältige Zwischenstufen und erfordert nur, dass die Krankheit „in ausreichendem Maße zu einem Teil seines Selbst wird, damit er das Nötige tun kann, um sein physisches und biografisches Überleben zu sichern“.⁵⁰⁹

507 Corbin/Strauss 2004, S. 91.

508 Corbin/Strauss 2004, S. 92f.

509 Corbin/Strauss 2004, S. 94.

Bewältigen verstehen Corbin und Strauss daher auch als die „*Bewegung hin zum Verstehen und Akzeptieren*“ der Krankheit und ihrer Auswirkung auf die Biografie.⁵¹⁰ Verstehen ist nicht der kognitive Prozess des logischen Nachvollzugs einer Entstehungsgeschichte der Krankheit, der Begründung von Symptomen und der Wirkung von Therapieansätzen (auch wenn dies helfen kann), sondern kann auch Sinnfragen beinhalten. Eine besondere Bedeutung im Prozess des Verstehens und der Akzeptanz sprechen Corbin und Strauss der Hoffnung zu. „*Sobald er die Zukunft annimmt, setzt das Akzeptieren ein [...]. Ohne Hoffnung besteht kein Anreiz, loszulassen und zu einem gewissen Maß an Akzeptanz zu finden.*“⁵¹¹

Nach dem Identitätsschock durch das Hereinbrechen der Krankheit muss die erschütterte Identität repariert oder gegebenenfalls neu zusammengesetzt werden. Hierbei können starke Identitätskonstruktionen dem Subjekt helfen, ein Gefühl der Kontinuität des eigenen Selbst zu erhalten und weiter zu fördern. In der Bewältigung der Störungen und Konfrontationen stellt sich das Subjekt die Frage, was es in der Vergangenheit war, was es in der Gegenwart ist und was es in der Zukunft mit der Erkrankung sein wird oder sein kann.⁵¹² Für einen Entwurf einer neuen Identität mit der Erkrankung muss sich die betroffene Person wieder mit ihrem Körper vertraut machen und die ihr offenstehenden Möglichkeitsräume müssen sondiert und bisherige Wertvorstellungen überdacht werden.⁵¹³

Auch hierbei tritt das Individuum immer in ein Außenverhältnis, denn „Perfor- manz und Identität (lassen sich) nicht nur aus sich selbst heraus bestätigen; in diesem Prozess ist zwangsläufig die Bestätigung durch andere Menschen notwendig.“⁵¹⁴ Am Beispiel eines ehemaligen Mannequins, dem infolge einer Krebserkrankung ein Bein amputiert wurde, zeigen Corbin und Strauss, wie die Frau durch die Wiederherstellung ihres „normalen“ Lebens nach der Erkrankung wieder soziale Wertschätzung erfährt, aus der Erkrankung Stärke ziehen und ein zunehmend von Autonomie geprägtes Leben aufbauen kann. Anhand dieses Beispiels führen die AutorInnen aus, dass für den Neuentwurf der Biografie die betroffene Person begreifen muss, welche Bedeutung die Krankheit für ihre Biografie hat.⁵¹⁵ Sie muss also mit dieser Kenntnis eine Richtung finden und einen Plan für die zukünftige Biografie entwerfen können. Für die Verfolgung des Plans muss die Person ferner eine gewisse Kontrolle über ihre Verlaufskurve besitzen, also über eine Handlungsfähigkeit bezüglich der für sie relevanten biografischen Themen verfügen und dabei die Vermittlung von krankheits-bezogener Arbeit, biografischer Arbeit und Arbeit des Alltagslebens einbeziehen.

Weil mit dem Alltagsleben auch viele Beziehungsstrukturen verbunden sind, die einen großen reziproken Einfluss ausüben, heben Corbin und Strauss noch einmal

510 Corbin/Strauss 2004, S. 95.

511 Corbin/Strauss 2004, S. 96.

512 Corbin/Strauss 2004, S. 99.

513 Corbin/Strauss 2004, S. 100.

514 Corbin/Strauss 2004, S. 102.

515 Corbin/Strauss 2004, S. 105.

bedeutende Arbeiten und Probleme auf diesem Feld hervor. Reziprok bezieht sich hier sowohl auf die Beziehung zwischen Menschen wie auf die „Interaktion zwischen dem Krankheitsstatus und der Biografie des Kranken“, da sich ein bedeutender Anteil der Bewältigungszeit im Alltagsleben der betroffenen Person ereignet.⁵¹⁶ Hier stellt sich die Arbeit als Vermittlung anders dar: „Es muss ein relatives Gleichgewicht von Krankheit, Biografie und Alltagsleben hergestellt werden, was Kraft und sonstige Ressourcen (Zeit, Energie, Geld) betrifft.“⁵¹⁷ Tritt eine Krise auf einer dieser Ebenen ein, so kann das bedeuten, dass z.B. nur Kraft für die Bewältigung einer oder zwei dieser Aufgaben bleibt, für die dritte hingegen nichts oder zu wenig. In diesem Fall kann es auch zu einem *Wettstreit um Ressourcen* für die drei Arbeitsfelder kommen.⁵¹⁸ Ein erreichtes Gleichgewicht ist dabei in seinem zeitlichen Verlauf nie stabil, denn eintretende Veränderungen zum Beispiel im Krankheitsgeschehen können ein neues Austarieren notwendig machen. Ferner finden auch sukzessive oder auch ad-hoc-Verlagerungen statt, die zu einem Ungleichgewicht führen können, wenn Menschen ihre Prioritäten ändern, was sich nicht als planbarer und immer bewusster Prozess vollzieht. Als Folge krankheitsbedingter Einschränkungen kann es zu einer *einseitigen Arbeitsbelastung* eines Partnerteils kommen, wenn z.B. Tätigkeiten in der Haushaltsführung, Kinderbetreuung miterledigt werden müssen oder auch, wenn Verdienstoffälle durch mehr Erwerbsarbeit kompensiert werden müssen. Die betroffenen Personen sind damit konfrontiert, dass Aufgabenverteilungen und Pläne unterbrochen, angepasst oder gänzlich neugestaltet werden müssen (*Störung des Arbeitsflusses*). Routinen brechen zusammen und erweisen sich nicht mehr als effektive Art und Weise der Bearbeitung der drei biografischen Arbeitsfelder, wodurch Planungsunsicherheit, mühevoller Aushandlungs- und Eingewöhnungsprozesse folgen können. Alte Kompetenzen sind unter Umständen nutzlos geworden, andere werden erforderlich, können aber nicht immer voll überblickt werden. Corbin und Strauss konstatieren, dass motivationale Anreize zur Arbeit, wie es sie zum Beispiel in der Erwerbssphäre gibt, wegfallen. Geld, Ansehen und Zufriedenheit stellen keine Entlohnung im Privaten dar. Sie sehen die Motivation voranging anders gelagert, nämlich beruhend auf „*verlaufskurvenbezogenen und biografischen Plänen, auf Hoffnungen und Verpflichtungen*“.⁵¹⁹ Mit Verpflichtung meinen die Autorin und der Autor vorrangig die Verpflichtung des Partners/der Partnerin der kranken Person gegenüber, nachdem die Liebe bereits verfliegen ist. Das Fehlen einer Entlohnung bei einem langanhaltenden Ungleichgewicht in der Beziehung und einseitigen Aufgabenverteilung mit einhergehender Mehr- und Überbelastung beschreiben Corbin und Strauss als *bedingte Motivation*. Sie halten dies für einen möglichen Auslöser, dass die Liebe zwischen den beiden Menschen schwindet. Der *Dominoeffekt* schließlich verweist sowohl auf mögliche Wechselwirkungen zwischen den Faktoren der Arbeit, da sich auch die Arbeiten

516 Corbin/Strauss 2004, S. 115f.

517 Corbin/Strauss 2004, S. 119.

518 Corbin/Strauss 2004, S. 129.

519 Corbin/Strauss 2004, S. 135.

im Alltagsleben einander bedingen, als auch auf die Fragilität des Gleichgewichts und damit auf eine mögliche Abwärtsspirale in eine Krise.

Krankheitsbewältigung, verstanden als Arbeitsprozess, erfordert also die Abwicklung mehrerer Teilprozesse: die Ressourcenplanung, den Erhalt fließender Grenzen in der Arbeitsteilung, die Organisation der Gesamtarbeit und die wechselseitige Unterstützung. Bei der Organisation der Gesamtarbeit geht es um die Bestimmung einzelner Aufgabenbündel auf den drei Feldern, die Vermittlung zwischen den drei Feldern sowie das Ressourcenmanagement. Die wechselseitige Unterstützung hilft sowohl bei der Pflege der Beziehungsstrukturen zwischen den beteiligten Personen, als auch bei der Vermeidung negativer Dominoeffekte.

6.3.6. Abschließende Betrachtung des Konzepts und eine kritische Nachfrage

Bedeutsam an der Bewältigungstheorie von Corbin und Strauss erscheint mir zweierlei: Zum einen läuten Corbin und Strauss einen Paradigmenwechsel in der Bewältigungsforschung ein, indem sie postulieren, dass Bewältigung immer Arbeit sei. Dies ist keine Trivialität, auch wenn dies aus heutiger Perspektive so erscheinen mag, weil sich dieses Verständnis in den Gesundheitswissenschaften durchgesetzt hat. Sie kennzeichnen Bewältigung als einen im Ideal planerisch vollzogenen Akt, was im Begriff der Arbeit implizit ausgedrückt ist. Arbeit betont aber auch die Seite der Mühe, des Aufreibens und auch des Überstrapazierens der eigenen Kräfte. Es beschreibt einen Akt, den das Subjekt nicht immer umsetzen, der auch misslingen kann. Arbeit wird hier nicht als Selbstzweck verstanden, sondern ist im Gegenteil Mittel zum Zweck. Von Corbin und Strauss wird sie so entworfen, dass sich das Subjekt durch die Bewältigungsarbeit Anforderungen wie Störungen (für sich und andere) stellen kann. Zugleich kann man Arbeit als eine Schranke verstehen: Mit der Arbeit soll etwas erreicht werden, dies ist aber noch nicht erreicht, solange der Prozess der Arbeit fort-dauert. In der Zeit der Arbeit können die Früchte der Arbeit nur sehr eingeschränkt genossen werden, wenngleich sie während des Prozesses antizipiert und Motivationsmomente ausgelöst werden. Auch kann durch die Arbeit das eigene Selbstbild während des Prozesses bestätigt werden, doch nimmt dies der Arbeit nicht die Mühe, sondern macht sie allenfalls vergessen.

Ferner differenzieren sie mit dem Konzept der Verlaufskurve die Stadien chronischer Erkrankungen aus und bringen mit dieser die nötigen Arbeiten und deren Relevanz für die Betroffenen in Verbindung. Mit der Systematisierung und der Betonung biografischer sowie alltags- und körperbezogener Aspekte entwerfen sie ein Bewältigungskonzept, das die lebensweltliche Komplexität der Individuen angemessen berücksichtigt.

Es bleibt nun die Frage zu beantworten, was Corbin und Strauss unter „erfolgreicher Bewältigung“ verstehen, wozu es bisher nur indirekte Hinweise gab. Für das Verhältnis der verschiedenen Akteure im Gesundungsprozess halten sie fest:

Eine erfolgreiche Bewältigung einer Verlaufskurve beruht darauf, dass die von den professionellen Helfern sowie von den Kranken und ihren Partnern entwickelten Verlaufskurvenentwürfe und -pläne miteinander kombiniert werden.⁵²⁰

An die Professionellen gerichtet bedeutet diese Definition des Erfolges die Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung der Laienkonstruktionen von Verlaufskurven. An beide Seiten ergeht der Appell der Offenheit und Ehrlichkeit in Bezug auf ihre Motive, Handlungsabsichten und daraus zu bestimmende Maßnahmen. Hierbei muss man jedoch Folgendes berücksichtigen: Es treffen jeweils gänzlich verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen aufeinander, die nicht nur aus unterschiedlichen Referenzsystemen heraus handeln und argumentieren, sondern auch bisweilen gegensätzliche Absichten verfolgen. Corbin und Strauss zeichnen entsprechend nur das Ideal eines kooperativen Zusammenschlusses der verschiedenen Verlaufskurvenkonstruktionen. Doch ist dies ein Ideal, von dem man vor dem Hintergrund gouvernementaler Strukturen so ohne weiteres ausgehen kann?

Mit dem Konzept der *Normalisierung* beschreiben sie eine angestrebte körperliche, geistige und emotionale Erholung, also die Überwindung krankheitsbedingter Einschränkungen. Damit sind jedoch sogleich Aspekte des sozialen und biografischen Selbst verbunden. Soziale Aktivitäten können an diesem Punkt wieder aufgenommen und Beziehungen gepflegt, alltagsrelevante Aufgaben und auch Probleme in einer ähnlichen Weise wie vor der Erkrankung bearbeitet werden. Außerdem befindet sich das biografische Selbst in einem Verhältnis innerer und gesellschaftlicher Wertvorstellungen, in denen es sich konstituiert. Wenn man also allein die *Normalisierung* betrachtet und die Probleme und Aufgaben, die aus einer instabilen Verlaufskurve resultieren, für einen Moment unberücksichtigt lässt, ist festzustellen, dass eine Fülle unterschiedlicher Maßstäbe zu bewältigen ist. Seine als „normal“ bestimmten Körperfunktionen wiederherzustellen, kann bedeuten, seinen Freizeitinteressen wieder im gewohnten Maße nachgehen zu können. Es kann aber auch heißen, sich in den Augen gesellschaftlicher Körper- und Leistungsvorstellungen als „normal“ im Sinne einer positiven Wertung zu präsentieren. Ein und derselbe Vorgang, z.B. der Gesundung, kann somit für unterschiedliche Bewältigungsabsichten vollzogen werden.

So sehr Corbin und Strauss auch die Komplexität der Arbeitsvorgänge darstellen und systematisieren, um die verschiedenen Handlungsebenen des Subjekts in seiner Bewältigung darzustellen, so sehr erscheint das Subjekt als Schmelztiegel unterschiedlichster Bewältigungsabsichten. Wenn wir auch die Bewältigungstheorie von Corbin und Strauss nun mit der Frage konfrontieren, *wer was für wen bewältigt*, so muss geantwortet werden: Es geht um die Wiederherstellung der eigenen Identität, das Subjekt bewältigt für sich selbst.

Der Unterschied zu Piaget wird schlagartig evident: Die starke Berücksichtigung der wichtigen Personen im Leben eines Menschen, der von einer Krankheit betroffen

520 Corbin/Strauss 2004, S. 65.

ist, führt zu einer Erweiterung des „*wer*“. Auch die PartnerInnen sind aktive in der Bewältigung der Krankheit, selbst wenn sie nicht unmittelbar am eigenen Körper von ihr betroffen sind. Im Unterschied zu Piaget erfährt auch das „*was*“ eine nähere Bestimmung und verbleibt nicht auf der abstrakte Ebene von vagen Umwelteinflüssen. Genau hier bleiben Corbin und Strauss bei aller analytischen Klarheit aber auch undeutlich. Indem es ihnen nur um die Aufstellung eines Möglichkeitsraums biografie-relevanter Bewältigungsfelder und -aufgaben des Subjekts geht, verpassen sie es, auf den unterschiedlichen Impetus einzelner Faktoren näher einzugehen. Diese Faktoren lassen sich bestimmen als die Bewältigung eines Symptoms für das eigene, unmittelbar körperliche Wohlempfinden, ebenso wie der Wille, einer allgemein gültigen Vorstellung des Gesundseins zu entsprechen. Beides können nur von den Subjekten selbst gestellte Aufgaben sein, die sich zwar analog vollziehen, ohne jedoch identisch zu sein.

So angebracht also die allgemeine Kategorie der *Arbeit* in Bezug auf seine Wertfreiheit als abstrakter Oberbegriff für zu überwindende krankheitsassoziierte Zustände ist, so sehr verschwimmen in ihm doch die näheren Inhalte und die einflussnehmenden Rahmenbedingungen. Ebenso verhält es sich mit dem biografischen Subjekt. Es bewältigt die Aufgaben und macht sie darin immer ein Stückweit zu den seinen. So ist die Konstitution des Selbst zwar untrennbar mit der Bewältigung der verschiedenen Aufgaben verbunden, doch tut es all dies nicht nur für sich und nahestehende Personen. Diese weiteren Subjekte und Rahmenbedingungen von Bewältigungsaufgaben und Maßstäben des „Erfolgreichen“ werden unkenntlich gemacht, wenn *Bewältigung* rein von der Seite der biografischen Identitätskonstruktion aus betrachtet wird.

6.4. Antonovsky und die Salutogenese

Aaron Antonovskys Salutogeneseansatz kann, ohne zu übertreiben, sicher als einer der einflussreichsten Theorieentwürfe des ausgehenden 20. Jahrhunderts in den Gesundheitswissenschaften angesehen werden. Man kann sogar sagen, dass er einen Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Gesundheit(-sförderung) überhaupt eingeläutet hat.

Ausgehend von der Überlegung, dass es im gesellschaftlichen Leben eine Vielzahl von Krankheitsfaktoren gibt, denen manche Gesellschaftsmitglieder mehr, manche weniger, aber im Prinzip alle ausgesetzt sind, stellt sich Antonovsky die Frage nach der Möglichkeit von Gesundheit. Zugespitzt widmet er sich also der Frage: Was macht oder hält einen Menschen angesichts der Fülle an Krankheitsursachen gesund?

Given the ubiquity of pathogens – microbiological, chemical, physical, psychological, social, and cultural – it seems to me self-evident that everyone should succumb to this bombardment and constantly be dying.⁵²¹

521 Antonovsky 1985, S. 13.

Für Antonovsky geht es darum, die Menschen, die an einer bestimmten Krankheit leiden, besser zu verstehen, weil ihm dies als ein gradliniger Weg zur Gesundung des Menschen erscheint. Antonovsky versteht diese Fragestellung explizit als Kritik und Abkehr von einem Denken, das den Blick nur auf die Krankheit und deren Entstehungsgründe richtet. Seiner Auffassung nach ist es eine zu überwindende Vorstellung, Krankheit und Gesundheit immer nur als ein Verhältnis von festen, gesetzten Normen und davon festgestellter Abweichungen zu begreifen. So entfalte sich ein Dualismus, demzufolge gilt: Wenn krank, dann nicht gesund – und umgekehrt. In dieser Perspektive detektiert Antonovsky auch einen latenten Imperativ zur Gesundheit, da die Entsprechung der Norm und die Beseitigung der Abweichung die Maßgabe des medizinischen Behandlungswegs ausmachen. *„Der Risikofaktor, der Stressor, hat die Vorstellungskraft erobert“*, dieser soll nach der gängigen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit minimiert werden.⁵²²

Mit einem simplen Hinweis löst sich Antonovsky von der dichotomen Sichtweise und weist Gesundheit und Krankheit die Rolle von Polen in einem Kontinuum zu. *„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“*⁵²³ Mit seiner Vorstellung von Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum wendet sich Antonovsky gegen die Vorstellung einer dichotomen Trennung von Gesundheit und Krankheit als zwei strikt getrennte Seiten. So lange wir leben, herrschen beide Zustände in unserem Körper in unterschiedlichen Anteilen und bei jedem Individuum mit unterschiedlichen Ausprägungen. Nach Antonovsky ist die dichotome Sichtweise in doppelter Weise einschränkend: Zum einen verstellt die Frage nach dem „medizinischen Fall“ den Blick für die Erfahrungs- und Sichtweisen der betroffenen Person. Dies mag allenfalls in Notfallsituationen angebracht sein, wenn schnelles Handeln über Leben und Tod oder schwerwiegende Folgen entscheidet. Der Mensch wird in dieser Sichtweise auf ein medizinisches Handlungsproblem reduziert oder stellt vielleicht gar einen interessanten *Fall* dar. Gesundungsprozesse werden hier ausschließlich in der medizinischen Handlungsrationalität verortet und nicht in den Eigenwirksamkeiten des Individuums. Zum anderen entwickelt sich der Pathogenetiker nach Antonovsky zu einem Spezialisten für nur ein Krankheitsbild, anstatt zu einem umfassenderen Verständnis von *Ent-Gesundung* zu gelangen.

Im Gegensatz hierzu wird man durch die salutogenetische Orientierung veranlaßt, über die Faktoren nachzudenken, die zu einer Bewegung in Richtung auf das gesunde Ende des Kontinuums beitragen.⁵²⁴

Der Salutogenetiker fragt somit auch auf eine andere Art und Weise nach dem „abweichenden Fall“. Er fragt danach, warum jemand gesund wurde, obwohl auch diese Person den omnipräsenten Stressoren ausgesetzt war. Antonovsky zufolge wendet

522 Antonovsky 1997, S. 19.

523 Antonovsky 1997, S. 23.

524 Antonovsky 1997, S. 25.

sich diese Sichtweise einer dem Organismus überhaupt zukommenden Eigenschaft zu, die er in der Bewegung zur *Heterostase* verortet. Es sei nicht von einem ständigen Streben nach Gleichgewichtszuständen durch Selbstregulierung auszugehen, wie er es der pathogenetischen Sichtweise zuschreibt. Er weist explizit die Vorstellung zurück, dass es so etwas wie ein generelles Gleichgewicht zwischen inneren Selbstregulierungsprozessen und inneren wie äußeren Störfaktoren gebe. Vielmehr müsse von der Grundannahme ausgegangen werden, dass es nicht gelegentliche Störfälle sind, die sich ereignen und das Gleichgewicht durcheinanderbringen, sondern diese den Regelfall darstellen.⁵²⁵ Es sind nach Antonovsky damit weder körperliche Automatismen, die Zustände von Ungleichgewicht bewältigen, noch strebt das Subjekt einen Zustand des Gleichgewichts an. Es suche vielmehr Lösungswege zum Umgang mit dem (ständigen) Ungleichgewicht. Das Subjekt müsse daher in seiner Ganzheitlichkeit betrachtet werden, seinen individuellen Bewältigungsstrategien, seinen Motivationen, den eigenen Deutungen und Sinnzuschreibungen.

So sehr Antonovsky auch holistischere Ansätze von Gesundheit mit einem stärkeren Fokus auf Prävention und Gesundheitsbewegung sowie das Aufkommen von immer mehr Gesundheitsbewegungen begrüßt, so deutlich weist er auch darauf hin, dass viele von ihnen dennoch nach wie vor an einer pathogenetischen Orientierung ausgerichtet sind. *„Im großen und ganzen ist die gesundheitsorientierte Sicht genau wie die traditionelle krankheitsorientierte Denkrichtung der Schulmedizin auf der Annahme einer fundamentalen Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen begründet.“*⁵²⁶ Antonovsky kritisiert an der Prävention, die vermeintlich dem salutogenetischen Paradigma folgt, dass sie zwar nicht fragt, „was löste aus?“, aber doch fragt, „was wird auslösen?“⁵²⁷ Eine solche Prävention wäre damit, wenn man so will, eine in die Zukunft gerichtete Pathogenese. Schließlich sei noch hervorgehoben, dass Antonovsky nicht dafür plädiert, die Pathogenese völlig aufzugeben. Beide Orientierungen, die pathogenetische und die salutogenetische, sollten stärker als komplementäre und sich ergänzende Ansätze betrachtet werden.⁵²⁸

Als eine erste Antwort auf die Frage nach den Bedingungsfaktoren für Gesundheit formuliert Antonovsky das Konzept der *Generalisierten Widerstandressourcen* (*Generalized Resistance Resources*, oder kurz: *GRR*)⁵²⁹ sowie daran anschließend das Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“, oder kurz: *SOC*) denen ich mich im Folgenden zuwenden werde.

525 Antonovsky 1997, S. 22.

526 Antonovsky 1997, S. 22f.

527 Antonovsky 1997, S. 30.

528 Antonovsky 1997, S. 30.

529 „Not until I had developed a salutogenic orientation – at first about ‘deviants’ such as concentration camp survivors, poor people, or members of minorities who do stay at a fairly high level of health ease and then, in view of the ubiquity of stressors, about everybody – did I become aware of the full significance of generalized resistance resources (GRRs).“ Antonovsky 1985, S. 99.

6.4.1. Generalisierte Widerstandsressourcen

Als Generalisierte Widerstandsressourcen versteht Antonovsky „potentielle Ressourcen [...], die die Person mit einem starken SOC mobilisieren und dann bei der Suche nach einer Lösung für das instrumentelle Problem anwenden kann.“⁵³⁰ Unter Generalisierten Widerstandsressourcen versteht Antonovsky ferner ein Set an Faktoren, die ein breites Spektrum interner wie externer Ressourcen umfassen, worunter er „Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam ist“, zählt.⁵³¹ Anstelle einer abschließenden Auflistung möglicher Ressourcen zur Bewältigung bestimmter Stressoren liefert Antonovsky eine Funktionsbestimmung, die sich auf die Bewältigung von Stressoren im Allgemeinen richtet. Es ist anzumerken, dass Stressoren dabei nicht per se als etwas Negatives zu betrachten sind. Antonovsky versteht darunter zunächst einmal einen neutralen äußeren oder inneren Reiz, den das kognitive, physiologische oder emotionale System zu einer Reaktion herausfordert. Dieser kann sowohl positiv als auch negativ sein, was zum einen an der Beschaffenheit des Stressors liegt und zum anderen aber auch mitbedingt wird durch die Bewertung dieses Reizes durch das Subjekt.⁵³² Als „wichtigste Auswirkung von Stressoren“ definierte Antonovsky die Eigenschaft, dass sie einen „Spannungszustand erzeugen“,⁵³³ also eine Anforderung der internen oder externen Umwelt, für die keine automatische und bereits verfügbare Möglichkeit zur Adaption vorliegt.⁵³⁴ Bezogen auf die Ressourcen fährt er fort: „Das allen generalisierten Widerstandsressourcen Gemeinsame – so mein Ansatz – ist, daß sie es leichter machen, den zahllosen Stressoren, von denen wir fortwährend bombardiert werden, einen Sinn zu geben.“⁵³⁵ Mit der Bestimmung der Aufgabe bzw. Funktion von Widerstandsressourcen ergeht also eine Definition des Zwecks von Bewältigungshandeln. Diesen verortet Antonovsky in der Zuschreibung von Sinn.

Natürlich wendet sich Antonovsky bei der Betrachtung von Prozessen zur Gesundheit auch jenen Stressoren zu, die sich beeinträchtigend auf das Bewältigungshandeln auswirken. Er bestimmt solche Ereignisse als Stressoren, die die Bewältigungsfähigkeit des Individuums überlasten und diese dadurch nachhaltig beeinträchtigen können. Er fasst sie in diesem Sinne auch als *Generalisierte Widerstandsdefizite*, also Stresssituationen, die dadurch entstehen, dass Widerstandsressourcen fehlen. Eine solche Erklärung könnte als zirkulär interpretiert werden, da sie nicht begründet, warum aus dem Fehlen einer Ressource eine belastende Situation

530 Antonovsky 1997, S. 19. Hervorhebung im Original.

531 Antonovsky 1997, S. 16.

532 Antonovsky 1997, S. 29.

533 Antonovsky 1997, S. 43.

534 *„A stressor, however, can be defined as a demand made by the internal or external environment of an organism that upsets its homeostasis, restoration of which depends on a nonautomatic and not readily available energy-expanding action.“* Antonovsky 1985, S. 72.

535 Antonovsky 1997, S. 16.

folgen sollte. Denn das würde immerhin im Umkehrschluss bedeuten, dass dieser Grund nicht im betreffenden Stressor zumindest mitbegründet liegt.

Antonovsky wendet in diesem Gedanken die Beschreibung als ein Kontinuum auch auf den Bereich von Stressoren an, die sich auf einer Achse von förderlich bis hin zu einschränkend bewegen können, verlegt hierbei ihre Wirkung aber schwerpunktmäßig in die Bewältigungsfähigkeit des Subjekts und auf seine Ressourcen.⁵³⁶ Hatte Antonovsky noch in seiner Abgrenzung zum pathogenetischen Blick die Vorstellung einer Bewegung zur Homöostase zurückgewiesen, scheint er diese bei der Betrachtung von Ressourcen und Stressoren jedoch zu vertreten, denn Gesundheit wird hierüber bestimmt als die Passung von Ressourcen und einströmenden Stressoren.

Auf diesen Punkt wird in der abschließenden Diskussion dieses Ansatzes vertieft eingegangen werden. Vorerst gilt es, Antonovskys Ausführungen zum Konzept der Salutogenese zu folgen und sich Antonovskys weiterführender Frage zu widmen, was die Individuen befähigt, sich diese *Generalisierten Widerstandsressourcen* anzueignen und sie zur Bewältigung der Stressoren zu nutzen.

6.4.2. Das Kohärenzgefühl

Antonovskys Überlegungen brachten ihn zu der Annahme einer spezifischen Eigenschaft im Menschen, die ihn befähigt, sich wechselhaften und häufig widrigen Umständen und Einflüssen erfolgreich zu stellen, die er im „Sense of Coherence“ (SOC) ausmachte. In der ersten Definition, wie er sie noch in *Health, Stress and Coping* (1985) formulierte, war der

Sense of Coherence“ bestimmt als „eine globale Orientierung, die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.“⁵³⁷

Die Eigenschaft ist eine Art Grundvertrauen, welches das Subjekt an die prinzipielle Bewältigbarkeit innerer wie äußerer Vorgänge glauben lässt, nicht im Sinne eines festen Schemas zur Deutung von Welt, sondern eines flexiblen und anpassungsfähigen Bezugsrahmens auf die Ereignisse. Alexa Franke (1997) weist im Vorwort des Buches *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit* auf die verschiedenen Übersetzungen des „Sense of Coherence“ in der deutschsprachigen Fachliteratur rund um Antonovskys Theorie hin. „Sense“ lässt sich auf mehrere Weisen übersetzen.

⁵³⁶ Antonovsky 1997, S. 44.

⁵³⁷ Antonovsky 1997, S. 16. Siehe auch im Original Antonovsky 1985, S. 123: „*The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.*“

Dieser zentrale Begriff in Antonovskys Salutogenesekonzept wird im Deutschen sowohl als „Kohärenzsinn“, „Kohärenzerleben“ und „Kohärenzgefühl“ verstanden. Franke entscheidet sich in ihrer Übersetzung für letzteren Begriff, da für sie der von Antonovsky gemeinte Sinn sich nicht mit einer Bezugnahme auf eine reine Wahrnehmungs- oder Empfindungsebene fassen lässt. Mit dem Wort „Gefühl“ verbindet sie weiterreichende Bedeutungsgehalte als nur die Benennung eines emotionalen Zustandes.

wenn man sich nicht ausschließlich auf den emotionalen Aspekt dieses Wortes bezieht, sondern es mehr in dem Sinne gebraucht, in dem wir alle ab und an das Gefühl haben, daß am Nachmittag die Sonne scheint, irgendetwas nicht ganz richtig ist oder sich die Dinge schon entwickeln, wie man das aus früheren guten Erfahrungen kennt.⁵³⁸

Die Betrachtung dieser Definition zeigt, dass das Wort Gefühl in diesem Verständnis sehr komplexe Prozesse beschreibt. Gefühl ist nicht einfach eine Reaktion auf einen körperlichen Reiz wie bei einem unwillkürlichen Reflex. Es sind auch nicht nur Gefühlszustände, die sich als Resultat einer geistig-emotionalen Evaluation von Ereignissen, die die eigenen Interessen und Bedürfnisschemata betreffen – wie Freude, Glück, Liebe oder Trauer – darstellen. Das Vertrauen, das Franke hier anspricht, bezieht sich zwar auf gemachte, also vergangene Erfahrungen, richtet sich aber prinzipiell auf eine noch geschehende Zukunft, der auf diese Weise ein Stück Gewissheit zugeschrieben wird.

Antonovsky bedauert selbst, dass Interpretationen häufig das *Kohärenzgefühl* noch immer als „*Kohäsionsgefühl*“ oder „*Kontrollgefühl*“ verstehen.⁵³⁹ Eine Abgrenzung zu dieser Deutung kristallisiert sich in der weiteren theoretischen Überlegung von Antonovsky heraus. Antonovsky ist sich sicher, dass das *Kohärenzgefühl* „eine *Hauptdeterminante sowohl dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, daß man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt.*“⁵⁴⁰ Antonovsky hat diese These nie mit empirischen Untersuchungen bestätigt oder widerlegt. Inzwischen gibt es jedoch zahlreiche quantitative und qualitative Studien, in denen das Konzept des *Kohärenzgefühls* zu unterschiedlichen Krankheiten und Bewältigungsformen angewandt wird.⁵⁴¹

Antonovsky versteht das *Kohärenzgefühl* daher als „*dispositionelle Orientierung*“⁵⁴² und explizit nicht als eine Persönlichkeitseigenschaft. Zwar kann es sich dabei auch um eine adäquate Zustandsbeschreibung bei einem Individuum handeln, dass es also von der Bewältigbarkeit zukünftiger Ereignisse „weiß“. Es ist aber nicht auf diese Zustandszuschreibung zu reduzieren. Es ist vielmehr ein flexibles Resultat von Hand-

538 Franke 1997, S. 12.

539 Antonovsky 1997, S. 17.

540 Antonovsky 1997, S. 33.

541 Schuh/Hippler/Schubert 2011; Wyder/Kolip/Abel 2010; Pusswald et al. 2009; Höfer 2000;

542 Antonovsky 1997, S. 19.

lungs- und Deutungsweisen und kein spezifisches Charakteristikum einer bestimmten Sorte Subjekt oder Bewältigungsweise, wie es die starre Kategorie Persönlichkeitseigenschaft impliziert. Als eine globale Orientierung hilft es dem Subjekt dabei, zukünftige und unvorhergesehene Ereignisse zu bewältigen und die nötigen Ressourcen zu mobilisieren.

Noch nicht ganz geklärt ist bis hierhin der Zusammenhang mit den *Generalisierten Widerstandsressourcen*, über die Antonovsky auf das *Kohärenzgefühl* geschlossen hat. In der anfangs zitierten Argumentation ermöglichte das *Kohärenzgefühl* die Aktivierung von Ressourcen, nun scheint es sich aber genau andersherum zu verhalten. „Dadurch, daß sie [die Generalisierten Widerstandsressourcen, D.W.] *einen fortlaufend mit solchen sinnhaften Erfahrungen versorgen, schaffen sie mit der Zeit ein starkes Kohärenzgefühl.*“⁵⁴³ Hiermit scheinen beide Elemente zirkulär miteinander begründet zu werden. Sie unterstellen sich wechselseitig als bereits vorhandene Bedingungen und bringen sich doch auch wechselseitig hervor. Um das Kohärenzgefühl und auch den Zusammenhang mit den Generalisierten Widerstandsressourcen verstehen zu können, müssen die drei zentralen Bildungselemente untersucht werden, die Antonovsky hierfür formuliert: die *Verstehbarkeit*, die *Handhabbarkeit* und die *Bedeutsamkeit*.

6.4.3. Die Verstehbarkeit

Die Verstehbarkeit

bezieht sich auf das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich.⁵⁴⁴

Verstehbarkeit ist damit keine Zuschreibung an äußere oder innere Zustände, auf die sich das Subjekt gedanklich eingelassen und diese nachvollzogen hat. Verstehbarkeit liegt nicht dann vor, wenn eine Sache gut und gründlich erklärt dargestellt wird, sondern meint einen Zustand im Subjekt. Diesem Verständnis folgend, wäre ein Satz wie „gesundheitspolitische Entscheidungen weisen kein/oder ein hohes Maß an Verstehbarkeit auf“ verkehrt, da dieser sich auf eine objektivierende Beschreibung der Eigenschaft eines politischen Vorganges bezieht. *Verstehbarkeit* im Sinne Antonovsky meint demgegenüber eine subjektiv wahrgenommene Gewissheit, dass alle inneren und äußeren Vorgänge im Prinzip erklärbar und insofern „*kognitiv sinnhaft*“ sind.

Daher kann *Verstehbarkeit* auch keine Kategorie sein, die sich empirisch in der Form nachweisen lassen könnte, dass eine bestimmte Anzahl an Menschen bezüglich der Nachvollziehbarkeit bestimmter Ereignisse oder Entscheidungen Aussagen machen. *Verstehbarkeit* fragt nach einer Evaluation des Subjektes, nach seiner generellen

543 Antonovsky 1997, S. 16.

544 Antonovsky 1997, S. 34.

Beurteilung der Prozesse, die in ihm und außerhalb von ihm stattfinden, ob diese sich (nach seinem Empfinden) als *prinzipiell verstehbar* darstellen. Somit kann *Verstehbarkeit* auch nicht am Einzelfall validiert oder falsifiziert werden, da sie sich auf eine Beurteilung unabhängig von einem bestimmten Einzelfall bezieht.

Antonovsky räumt ein, dass er das *Kohärenzgefühl* in *Health, Stress and Coping* noch sehr kognitiv konzipiert hatte. Wenn man Verstehbarkeit aber von der Seite des „Gefühls“ her interpretiert, so wie es auch Franke betont, so wird deutlich, dass es sich dabei ebenfalls nicht um einen Summenstrich unter die Akte der kognitiven Auseinandersetzung mit Vorgängen in der Welt handelt, die insgesamt als theoretisch erklärbar oder nicht-erklärbar betrachtet werden. Das *Kohärenzgefühl* ist eher im Sinne einer gefühlten Gewissheit der kognitiven Erschließbarkeit von Vorgängen zu verstehen, die für das Subjekt von Bedeutung sind oder auch in einer noch nicht absehbaren Zukunft von Bedeutung sein können. Dies charakterisiert Antonovsky wie folgt:

Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, daß Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder daß sie zumindest, sollen sie überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.⁵⁴⁵

Die Verstehbarkeit ist etwas historisch-biografisch Gewordenes, das sich auf mögliche Ereignisse in der Zukunft richtet. Unter Stimuli wird hier alles verstanden, was auf das Individuum an biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Reizen einwirken oder als Ereignis über den Menschen hereinbrechen kann. Über die Bewertung dieser Reize bzw. Ereignisse ist damit noch keine Auskunft gegeben, auch wenn das Individuum ein hohes Maß an Verstehbarkeit aufweist. „*Tod, Krieg und Versagen können eintreten, aber solch eine Person kann sie sich erklären.*“⁵⁴⁶

Als Extrempunkt einer geringen Ausprägung von *Verstehbarkeit* markiert Antonovsky das Selbstverständnis des „Pechvogels“, der sich stets als passives Objekt äußerer Umstände konstruiert, wohingegen das gegenüberliegende Extrem alles im Leben als eine Herausforderung begreift.⁵⁴⁷

545 Antonovsky 1997, S. 34.

546 Antonovsky 1997, S. 34.

547 Antonovsky 1997, S. 35.

6.4.4. Die Handhabbarkeit

Als zweite Komponente bestimmt Antonovsky die Handhabbarkeit, welche er definiert als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, daß man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, ausgehen.“⁵⁴⁸

Ebenso wie die Verstehbarkeit bezeichnet die Handhabbarkeit keinen bestimmten Vorgang, dessen sich das Individuum annimmt und ihn meistert. Es geht nicht darum, ob eine bestimmte Situation oder eine bestimmte Aufgabe handhabbar ist, weil die Person über eine gewisse Erfahrung, Übung oder Fähigkeit verfügt, sondern auch hier meint es ein in die Zukunft gerichtetes Gefühl des Vertrauens, die nötigen Ressourcen zu besitzen oder sich diese aneignen zu können, die es für das zum gegebenen Zeitpunkt relevant werdende Ereignis bedarf, um dieses erfolgreich zu bewältigen. Diese Ressourcen können sowohl materielle Güter wie medizinische Geräte, gesundes Essen oder allgemein Geld sein, aber auch immaterielle Güter, die Teilhabe an einer weltlichen oder glaubensbezogenen Gemeinschaft oder die Zugewandtheit bestimmter Personen.

„Zur Verfügung“ stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierten anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut.⁵⁴⁹

Die Verfügbarkeit und Ressourcen knüpft Antonovsky damit an das breite Feld von Möglichkeiten, denen das Subjekt sein festes Vertrauen aussprechen kann, für die Bereitstellung der erforderlichen Güter da zu sein. Dabei spielt es für das Vertrauen keine Rolle, ob in einer konkreten Situation, vom Partner, von der Partnerin, vom Krankenhauspersonal oder den VertreterInnen kirchlicher, politischer und weltanschaulicher Institutionen die entsprechenden Ressourcen bereitgestellt wird. Wenn die Person darüber nicht das Vertrauen verliert, dass es sich bei den Vertrauensträgern um die „*legitimierten Anderen*“ handelt, muss sich das Vertrauen nicht erschüttern lassen, auch wenn es sich in der konkreten Situation nicht einlöst, sondern enttäuscht wird.

Wenn dieses Vertrauen jedoch besteht, bzw. die Ressourcen im praktisch kontrollierten Einflussbereich des Subjekts liegen, kann dies zu einer nachhaltigen Stärkung des Subjekts führen, was ihm beim Überwinden zukünftiger Ereignisse oder Schicksalsschläge hilft.

Wer ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen. Bedauerliche

⁵⁴⁸ Antonovsky 1997, S. 35.

⁵⁴⁹ Antonovsky 1997, S. 35.

Dinge geschehen nun einmal im Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern.⁵⁵⁰

Das Subjekt mit einem hohen Ausmaß an *Handhabbarkeit* weiß sich schicksalshaften Ereignissen ausgesetzt und gleichzeitig diesen gewachsen. Es besitzt ein Gefühl der Gewissheit, es vielleicht mal mehr mal weniger, teilweise vermittelt über Andere, aber im Prinzip *es in sich* zu haben, relevante Lebensereignisse erfolgreich meistern zu können. Es liegt an ihm, ob und wie es sich diesen Ereignissen stellt und wie es aus ihnen hervorgeht. Das heißt nicht, dass sich das Subjekt in einer Kontrollposition befindet, stattdessen nimmt es sich als MitgestalterIn der Vorgänge wahr. Wenn Antonovsky also den Extrempunkt geringer *Verstehbarkeit* mit dem „Pechvogel“ vergleicht, so müsste man diese Überzeugung mit der Formel, seines eigenen Glückes Schmied zu sein, charakterisieren.

6.4.5. Die Bedeutsamkeit

In der dritten Komponente, der *Bedeutsamkeit*, repräsentiert sich nach Antonovsky das „*motivationale Element*“ dieses Konzepts.⁵⁵¹ Antonovsky wollte mit ihr ursprünglich das Subjekt als Erfahrungsbildner stärker hervorheben, als ihm die beiden erstgenannten Komponenten noch als sehr kognitiv bzw. sehr praktisch handlungsbezogene Kategorien erschienen. Die *Bedeutsamkeit* war damit noch so etwas wie ein Korrektiv, wohingegen er es in späten Veröffentlichungen als eine Ergänzung der ebenfalls vom Gefühl bestimmten Komponenten der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit einordnete.⁵⁵² Darauf gestoßen ist Antonovsky dabei, dass in seiner Untersuchung viele ProbandInnen, denen bereits ein starkes Kohärenzgefühl zugeschrieben wurde, häufig von Lebensbereichen sprachen, „*die ihnen wichtig waren, die ihnen sehr am Herzen lagen, die in ihren Augen ‚Sinn machten‘ – und zwar in der emotionalen, nicht nur der kognitiven Bedeutung des Terminus.*“⁵⁵³

An dieser Stelle wird deutlich, dass es Antonovsky im Begriff der *Bedeutsamkeit* sehr um Bewertungen geht, die der Mensch als Subjekt für sich trifft, Handlungen an ihnen ausrichtet und eben dadurch auch Kraft aus ihnen gewinnt. Das Subjekt entscheidet, was für es bedeutsam ist und welchen Eigenhandlungen, Fremdhandlungen oder äußeren wie inneren Zuständen es eine Bedeutung zumisst. Sinnhaftigkeit heißt in diesem Verständnis also keineswegs die Suche nach einem hinter oder in den Dingen verborgen liegenden letzten Grund im Sinne einer allumfassenden Erklärung. Auch nicht, dass eine Sache, z.B. eine bestimmte Erklärung, für einleuchtend befunden wird. Es geht stattdessen um die Bedeutungszumessung einer Sache, die Definition eines Ziels nach Maßgabe der eigenen Wünsche und Interessen, ein

550 Antonovsky 1997, S. 35.

551 Antonovsky 1997, S. 35.

552 Antonovsky 1997, S. 35.

553 Antonovsky 1997, S. 35.

Streben, nach dem auch andere Tätigkeiten ausgerichtet werden, ein Weiß-wofür des eigenen Lebens, für das sich Mühen und Anstrengungen lohnen.

Formal bezieht sich die Komponente der Bedeutsamkeit des SOC auf das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.⁵⁵⁴

Ein hohes Maß an *Bedeutsamkeit* heißt nach Antonovsky nicht unbedingt, dass eine Person immer glücklich ist, sondern ebenfalls trauert, wenn ihr nahestehende Menschen erkranken oder sterben, wenn sie den Arbeitsplatz verliert oder sich für sie unerwartete Probleme ergeben, aber sie nimmt diese Herausforderungen an, indem sie ihnen Sinn zumisst.

Natürlich kann es, auch parallel, mehrere Ziele und Zwecke im Leben eines Menschen geben. Diese können einander ähneln oder gänzlich verschieden sein, sich nicht unmittelbar tangieren oder aber auch einander widersprechen und Reibungen erzeugen. Andere Aspekte des Lebens, wie z.B. Erwerbsleben oder alltägliche Tätigkeiten, können schon allein deshalb sinnvoll sein, weil mithilfe dieser Aspekte die angestrebte Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens realisiert werden kann. Über diesen Ansatz deutet sich ein Knackpunkt in Antonovskys Theorie an, nämlich der der Umdeutung von Problemen und Anforderungen in Herausforderungen, die keinesfalls zufällig erscheint. Die Behauptung, dass es sich hier um eine keineswegs zufällige Umdeutung handelt, möchte ich in der abschließenden Diskussion des Salutogenesekonzepts einlösen.

Nach der Bestimmung der einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls lässt sich nach Antonovsky das Konzept wie folgt definieren:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß (1.) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2.) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3.) die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.⁵⁵⁵

Noch nicht geklärt ist damit, in welchem genauen Verhältnis diese drei Komponenten stehen, welche Wichtigkeit sie jeweils in diesem Konzept einnehmen und wie sie sich wechselseitig bedingen können.

554 Antonovsky 1997, S. 35f.

555 Antonovsky 1997, S. 36.

6.4.6. Das Verhältnis der drei Komponenten zueinander

Wenn man sich die drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* als Achsen vorstellt, an deren die Enden die Pole für eine geringe bzw. eine hohe Ausprägung in dieser Kategorie stehen, so ergeben sich acht mögliche Kombinationen von verschiedenen Merkmalkonstellationen. Sind alle drei Komponenten gleichzeitig sehr hoch ausgeprägt, besteht nach Antonovsky mit großer Wahrscheinlichkeit ein hohes Maß an Stabilität im Handlungsmuster der Person. Bei gleichzeitig geringer Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit schreibt eine solche Person dem eigenen Handeln kaum noch Wirkungsmächtigkeit zu und sieht nicht, wofür es sich noch anzustrengen lohnt. Es nimmt Anforderungen als unlösbare Probleme wahr. Entsprechend werden umgekehrt, bei einer hohen Ausprägung, Anforderungen als handhabbare Herausforderungen interpretiert. Eine größere Aufmerksamkeit erfahren jedoch die anderen Kombinationen durch Antonovsky, und zwar vor allem solche Kombinationen, die sich miteinander im Widerstreit befinden. So geht er beispielsweise der Frage nach, wie sich eine geringe Verstehbarkeit auf die anderen beiden Komponenten auswirkt. „*In einer Welt zu leben, die man für chaotisch und unberechenbar hält, macht es höchst schwer zu glauben, daß man gut zurecht kommt.*“⁵⁵⁶ Antonovsky hält es für sehr unwahrscheinlich bzw. relativ kurzlebig, dass gleichzeitig eine hohe *Handhabbarkeit* bei geringer *Verstehbarkeit* vorliegt, sodass geschlussfolgert werden kann, dass die *Handhabbarkeit* zu einem guten Teil auch von der *Verstehbarkeit* abhängt. Antonovsky argumentiert, dass ein hohes Maß an *Handhabbarkeit* genaue Vorstellungen von den zu bewältigenden Herausforderungen notwendig macht.

Umgekehrt führt aber ein hohes Maß an *Verstehbarkeit* nicht notwendigerweise zu einem hohen Maß an *Handhabbarkeit*, da die Verfügbarkeit von Ressourcen nur bedingt in der eigenen Hand liegt. Dennoch führt Antonovsky zufolge eine hohe *Verstehbarkeit* bei gleichzeitig niedriger *Handhabbarkeit* zu einem stark ausgeprägten Veränderungsdruck.⁵⁵⁷ In diesem Fall entscheidet die *Bedeutsamkeit*, in welche Richtung die Veränderung verläuft. Macht man sich auf die Suche nach geeigneten Ressourcen zur Bewältigung der Herausforderungen oder gibt man sie auf? Nach Antonovsky wird bei niedriger *Bedeutsamkeit* auch die *Verstehbarkeit* über kurz oder lang abnehmen. Wenn die Suche keinen Sinn macht, weil man nicht weiß, wofür sich die Suche lohnt, wird sie aufgegeben. Demgegenüber kann eine hohe *Bedeutsamkeit* zur Initialisierung eines erfolgreichen Prozesses führen, bei dem nach und nach die *Handhabbarkeit* erhöht wird und sich die *Verstehbarkeit* erhält. In der Bedeutsamkeit macht Antonovsky die Richtungsweisung aus, denn ohne ein hohes Maß an Bedeutsamkeit sind hohe Ausprägungen der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nur von kurzer Dauer.⁵⁵⁸

556 Antonovsky 1997, S. 37.

557 Antonovsky 1997, S. 38.

558 Antonovsky 1997, S. 38.

Verstehbarkeit scheint in der Reihenfolge der Wichtigkeit an nächster Stelle zu stehen, da ein hohes Maß an Handhabbarkeit vom Verstehen abhängt. Das bedeutet nicht, daß Handhabbarkeit unwichtig ist. Wenn man nicht glaubt, daß einem Ressourcen zur Verfügung stehen, sinkt die Bedeutsamkeit, und Coping-Bemühungen werden schwächer.⁵⁵⁹

Antonovskys Schluss scheint daher naheliegend, wenn er festhält, dass alle drei Komponenten „*unauflöslich miteinander verwoben*“⁵⁶⁰ sind und, wie er an anderer Stelle folgert: „*Erfolgreiches Coping hängt daher vom SOC als Ganzem ab.*“⁵⁶¹

Da von der Bedeutsamkeit sehr viel abhängt, stellt sich nun die theoretische Frage, was macht eine Sache bedeutsam oder was erlangt Bedeutsamkeit? Welche Dinge werden in diesen Kreis einbezogen? Diese Grenzziehungen werden von jedem und jeder selbst vorgenommen und bilden etwas, das man einen eigenen Relevanzhorizont nennen könnte. Das heißt nach Antonovsky nicht, dass ein Individuum alles, was außerhalb dieser seiner eigenen Linie liegt, als nicht-verstehbar, nicht-handhabbar oder unbedeutsam erachtet. Es kann die Sinnstiftung anderer Ziele als die Seinen durchaus nachvollziehen und ihnen auch zustimmen und muss sie doch nicht zu seinen eigenen machen. Diese Deutung erlaubt auch die Möglichkeit der Veränderung von Lebenszielen, das Setzen neuer Zwecke und die Verfolgung anderer Interessen. Hervorzuheben ist, dass ein Aspekt mit großer gesellschaftlicher Relevanz und Bedeutsamkeit nicht in gleichem Maße bedeutsam für das infrage stehende Individuum sein muss. Das heißt jedoch nicht, dass „*das Setzen eigener Grenzen – insbesondere dann, wenn man seine Beziehung zu der größeren sozialen Umgebung ausklammert – nicht (...) objektiv beeinflusst wird.*“⁵⁶² Für ein starkes SOC ist nach Antonovsky daher erforderlich, dass mindestens vier Bereiche nicht außerhalb der Grenzen liegen: „*die eigenen Gefühle, die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen, seine wichtigste eigene Tätigkeit und existenzielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation).*“⁵⁶³ Es ist schon im Begriff „wichtigste eigene Tätigkeit“ angelegt, dass sich diese innerhalb der Grenzen befinden, da dieser Tätigkeit bereits über das Attribut „wichtig“ Bedeutsamkeit zugeschrieben wird. Insofern ist die Aussage, bezogen auf dieses Element, in gewisser Weise tautologisch. Wichtig ist jedoch, dass diese Tätigkeit, die einem entweder sehr am Herzen liegt oder aber auch in den Bereich der materiellen Reproduktion fällt, verstehbar und handhabbar ist, da die *Bedeutsamkeit* sonst über kurz oder lang darunter leidet und sich dies auf das SOC insgesamt negativ auswirken wird. So kann es in der Folge dazu kommen, dass wichtige Tätigkeiten aus dem Bedeutungshorizont herausgleiten. Dabei darf der Mensch aber die genannten Bereiche nicht vernachlässigen, denn

559 Antonovsky 1997, S. 38.

560 Antonovsky 1997, S. 36.

561 Antonovsky 1997, S. 38.

562 Antonovsky 1997, S. 39.

563 Antonovsky 1997, S. 39.

„(z)u viel von unseren Energien und ein zu großer Teil unseres Selbst sind so unausweichlich mit diesen Bereichen verbunden, daß sich ihre Signifikanz nicht leugnen läßt.“

Ich folge Antonovskys Ausführungen an dieser Stelle insofern, als dass ich ihm zustimme, dass Ereignisse wie Tod oder auch das Machen persönlicher Fehler zum Leben eines Menschen dazugehören. Die Isolation möchte ich in diesem Zusammenhang jedoch zunächst ausklammern, da ich sie als zu vielschichtig und vor allem durch diverse soziale Strukturen und Dynamiken bedingt erachte, und außerdem Aspekte betrifft, wie sie in den Kapiteln zur Gouvernamentalität und der Sozialisation angesprochen werden, sodass ich sie nicht ohne Weiteres zu einem Bestandteil des menschlichen Lebens schlechthin erklären möchte.

Doch ist hier auch auf eine Unterscheidung hinzuweisen, die Antonovsky zwischen den Begriffen Bedeutsamkeit und Signifikanz einführt. So weist er auf die Signifikanz von Lebensbereichen hin, von denen viele Aspekte des Lebens abhängen, worunter zum Beispiel die Erwerbsarbeit fallen kann. *„Aber wenn man ihnen zugesteht, daß sie im eigenen Leben wichtig sind, so bleibt immer noch die Frage, ob sie auch sinnhaft sind insofern, als daß sie als Herausforderungen wahrgenommen werden, für die sich ein Energieaufwand lohnt.“*⁵⁶⁴ Trotz dieser Dependenz kann es also sein, dass diesen geringe subjektive *Bedeutsamkeit* zugesprochen wird, da es sich bei den dabei geleisteten Tätigkeiten in der Wahrnehmung des Subjekts eher um äußere Anforderungen handelt. Sie besitzen somit eine eigene, vom Subjekt unabhängige Signifikanz, der die Subjekte nachkommen *müssen*. „Wichtig“ meint hier nun nicht mehr die subjektive Bedeutungszuschreibung dieser oder jener Tätigkeit, sondern bezieht sich auf das Erfüllen gesellschaftlicher Funktionen, welche den Charakter einer notwendigen Voraussetzung haben, die eigenen frei gewählten Interessen auch verfolgen zu können. Beispielsweise mag man das Fußballspielen in seinen technischen Abläufen und taktischen Feinheiten verstehen und auch praktisch ausgezeichnet beherrschen, aber verfügt man auch über die nötigen materiellen und zeitlichen Ressourcen, um dem Spiel in der gewünschten Weise nachgehen zu können?

Die Realisation vieler materieller Bedürfnisse ist in der kapitalistischen Gesellschaft abhängig vom Verfügen über Geld. Dieses ist wiederum häufig bedingt durch die Erwerbsarbeit, der eine Person nachgeht. Mit dieser sind ebenso Aspekte der Verfügbarkeit von Freizeit verbunden. Der Erwerbsarbeit kommt somit auch vermittelt über ganz anders gelagerte Bedürfnisse, als an der Erwerbsarbeit selbst, eine eigene Bedeutung zu. Sicherlich kann die Erwerbsarbeit auch an sich sinnstiftend wirken, dies soll an dieser Stelle jedoch nicht Thema sein, sondern die vermittelte Bedeutungszuschreibung, also die Bedeutung, die sie darüber erhält, dass sie eine notwendige Bedingung für viele Interessen und Bedürfnisse ist, die außerhalb von ihr liegen, wie z.B. Freizeitaktivitäten, Reisen oder gutes Essen.

Die ursprüngliche Bedeutsamkeit – auf der abstrakten Ebene beispielsweise das Leben an sich oder konkreter, die privaten Wünsche und Interessen – kann also über

564 Antonovsky 1997, S. 39.

eine Zweck-Mittel-Relation den vorausgesetzten Bedingungen wie der Erwerbsarbeit, eine gewisse Relevanz beimessen. Ausgehend von den Interessen erhält die notwendige Bedingung zur erfolgreichen Umsetzung der Interessen also ebenfalls Bedeutung. Nun kann es sein, dass auch der Erwerbsarbeit ein hohes Maß an Bedeutsamkeit zugemessen wird, aber gleichzeitig im geringeren Maße Verstehbarkeit und Handhabbarkeit. Weil einem Menschen die nötigen externen und internen Ressourcen fehlen, oder weil er nicht überschauen kann, wovon sein Erfolg in der beruflichen Tätigkeit abhängt, kann es zu Enttäuschungen kommen, welche in Resignation und schließlich Aufgabe münden können. So muss nicht das Ziel als im Prinzip bedeutsames aufgegeben, sondern nur die eigene Realisierung des Ziels für unwahrscheinlich erachtet werden, wonach sich das praktische Handeln nach und nach ausrichten wird. Die Erwerbsarbeit erweist sich dann aus dieser Perspektive nicht als das, als was sie ursprünglich erschien: als ein bedeutsames Mittel, welches der Person hinsichtlich ihrer Interessen dient. Nun mag zwar die Erwerbsarbeit ihre Bedeutsamkeit für die Person eingebüßt haben, sie bleibt aber weiterhin als gesellschaftliche Rahmenbedingung für viele Bedingungen der Befriedigung materieller Bedürfnisse signifikant.

Äußere Signifikanz ist also keineswegs verbunden mit subjektiver Bedeutsamkeit. Und dennoch erscheint die Bedeutsamkeit hier als notwendige Bedingung, die äußeren Signifikanz – gemäß deren Eigengesetzmäßigkeiten, muss man hinzufügen – zu bewältigen und ihnen Bedeutung beizumessen. *Notwendige* –wohlgemerkt – und nicht *hinreichende* Bedingungen, denn Handhabbarkeit und Verstehbarkeit bleiben dem Subjekt häufig genug verborgen.

Antonovsky betont, dass ein starker SOC auch aus einer flexiblen Grenzziehung zwischen relevanten und irrelevanten Lebensbereichen stammen kann, wo ein Mensch je nach Lebenssituation Relevanzen neu beurteilt und setzt.

Es kann durchaus sein, daß eine der effektivsten Methoden, mit denen eine Person mit einem starken SOC ihre Sicht der Welt als kohärent aufrechterhält, darin besteht, bezüglich der Lebensbereiche innerhalb der für signifikant befundenen Grenzen flexibel zu bleiben.⁵⁶⁵

Dies kann das zuletzt Ausgeführte jedoch nicht entkräften, sondern erklärt nur, dass signifikante Lebensbereiche auch wieder in den Horizont des *Bedeutsamen* integriert werden können. Das Engerziehen der Grenzen erlaubt dem Subjekt nicht unbedingt einen Ausweg aus dieser Lage, obwohl es eine Anpassung seiner Bedeutsamkeitszuschreibungen auf einen kleineren Ausschnitt von Bereichen vornimmt, auch wenn Antonovsky die Bedeutsamkeit nur an den genannten Bereichen festmacht (Tod, Scheitern usw.).

565 Antonovsky 1997, S. 40.

Spürt man, daß die Anforderungen in einem bestimmten Bereich weniger verstehbar oder handhabbar werden, so kann man entweder temporär oder permanent den Rahmen des relevanten Bereichs enger stecken – immer vorausgesetzt, daß hiervon nicht die vier oben genannten entscheidenden Lebensbereiche betroffen sind.⁵⁶⁶

Dies führt, nun wiederum mit Antonovsky gesprochen, eher dazu, dass die Person ein *rigides Kohärenzgefühl* ausbildet, welches sich dadurch auszeichnet, dass Menschen sich an bestimmte Setzungen klammern, seien sie religiöse, politische, weltanschauliche oder andere Wahrheiten, und sich auch bei ihrem fortwährenden Scheitern nicht anpassen. Diese Stabilität in Bezug auf die Stressoren ist nicht mit einem *starken Kohärenzgefühl* zu verwechseln, da eine Person mit einem *rigiden Kohärenzgefühl* an ihren Erklärungsmustern, ihren Handlungsstrategien und Sinnbestimmungen „keine Substitution“ zulässt.⁵⁶⁷ Das heißt, diese Person hält gegen die Enttäuschung an ihnen auch, oder vielleicht gerade in Zeiten des Unverständnisses, des Misserfolges oder äußerer Reize bzw. nach Forderungen zur Änderungen der Sinnsetzung fest.

6.4.7. Abschließende Diskussion

Antonovsky formuliert mit dem Salutogenesekonzept eine neue Gesundheitstheorie, die sich von einem alten Paradigma löst. Er fragt nach der Möglichkeit von Gesundheit überhaupt und sucht nach den Bedingungsfaktoren, welche er im Subjekt verortet, die es diesem ermöglichen, die unzähligen Stressoren zu bewältigen. Was er als Theorie der Gesundheit formuliert, ist, eine Verlagerung der Krankheitsursachen in das Subjekt, auch wenn man ihm dies, nicht als absichtsvolle Zuschreibung anlasten kann. Warum es sich hier um eine Verlagerung der Krankheitsursachen ins Subjekt handelt, gilt es nun auszuführen.

Im einleitenden Kapitel des Buches *Salutogenese* gibt Antonovsky einen wichtigen Hinweis zum instrumentellen Umgang mit seiner Theorie, wenn er warnt:

Ich bin mir völlig darüber im klaren, daß eine Implikation des salutogenetischen Ansatzes für die institutionelle Organisation des Gesundheitssystems einer Gesellschaft die endlose Expansion sozialer Kontrolle in den Händen derjenigen ist, die dieses System beherrschen.⁵⁶⁸

Er hebt damit auf einen instrumentellen Gebrauch des Wissens von den persönlichen Motivationen der Menschen ab, welches sich aus dem salutogenetischen Ansatz ziehen lässt. Wer weiß, was die Menschen bewegt, kann sich dieses Wissen zunutze machen und versuchen, die Menschen für bestimmte Handlungsschemata zu funktionalisieren.

566 Antonovsky 1997, S. 40.

567 Antonovsky 1997, S. 42.

568 Antonovsky 1997, S. 28.

Antonovsky verweist darauf, dass im klinischen Setting Einfühlbarkeit nicht unbedingt um der Person willen, sondern als subtiles Mittel zur Herstellung von Compliance gezeigt wird. Er stellt sich die Frage, wie es dazu kommt, dass dieses Wissen dermaßen zweckfremd wird.

Ich weiß keinen einfachen Ausweg, wie man mit dem hartnäckigen Widerspruch umgehen kann. Die Richtung der Antwort, insofern es überhaupt eine gibt, liegt exakt in der Frage, wer das System dominiert.⁵⁶⁹

Die Suche nach einer Antwort auf diese Frage ließe sich noch um einen Beitrag erweitern, auf den uns die Gouvernamentalitätsstudien hingewiesen haben, nämlich, dass gefragt werden muss, welche bestimmten Interessen es sind, die in einem gesellschaftlich hergestellten Setting dominieren. Denn mit ihnen sind spezifische (hegemoniale) Deutungsweisen und daraus abgeleitete Ausgrenzungsdynamiken bei Nicht-Erfüllung gesetzter Normen verbunden.

Es ist durchaus möglich, dass Antonovsky sich diese beiden Aspekte gedacht hat, und diese sich implizit in der Frage nach dem „wer dominiert?“ wiederfinden, sowie die näheren Inhalte des „Was“ sich in diesen Zuschreibungen als soziale Norm durchsetzen soll, als konnotiert gedacht sind. Dennoch expliziert Antonovsky die Interessen des gesellschaftlichen Settings nicht. Daher meint Krankheit nicht einfach einen Zustand, in dem ein Mensch an körperlichen Beschwerden und Einschränkungen leidet, sondern zugleich eine Folgenkette sozialer Wertungen mit einhergehenden Diskriminierungen.

Einer solchen Abwertung der Person durch ihre attestierte Abweichung von einer Norm versucht Antonovsky vielmehr eine positive Wendung entgegenzuhalten, durch die die Krankheit eine Normalisierung erfährt. Dabei setzt er auf die Umkehrung der von ihm kritisierten Gleichung: Sein Beitrag verdeutlicht, dass das, was normal ist, obwohl es nicht als normal gilt, nicht als abweichend behandelt werden darf bzw. kann. Mit seiner subjektorientierten Betrachtungsweise von Gesundheit formuliert Antonovsky also ein durchaus gesellschaftskritisches Anliegen. Dennoch gilt es auf die Wirkung hinzuweisen, die die Verschiebung der Perspektive auf Gesundheit und Krankheit für den Menschen als konkretes Individuum in hegemonial definierten Lebensbereichen mit sich bringt.

Wenn Antonovsky mit dem *Kohärenzgefühl* einen wesentlichen Bedingungsfaktor für die Gesundheit benennt, so formuliert er, mathematisch gesprochen, lediglich eine *notwendige* Bedingung. Eine Person muss angesichts einer unvorhersehbaren Zukunft und im Angesicht fremdbestimmender gesellschaftlicher Rahmenvorgaben an die prinzipielle Bewältigbarkeit von Anforderungen glauben, damit es Ressourcen mobilisieren kann. So stellt es Antonovsky in den drei Bildungskomponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit dar. Von Standpunkt eines Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl her betrachtet, sollten die Dinge, mit denen dieser als Anforderung konfrontiert ist, *im Prinzip* verstehbar sein. Sie geschehen (aus

569 Antonovsky 1997, S. 28.

seiner Sicht) aus einem bestimmten Grund, auch wenn dieser sich der Einsicht (noch) entziehen mag. *Im Prinzip* sind die Ereignisse in der Zukunft handhabbar, da die notwendigen Ressourcen zugänglich gemacht werden können, auch wenn man noch nicht weiß, welche dies sein werden. *Im Prinzip* bleiben die Lebensziele und Wünsche bei Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl bedeutsam, auch wenn sie einstweilen aufgrund anderer Anforderungen in den Hintergrund treten müssen oder ihre Umsetzung sogar unmittelbar scheitert.

Zur Erklärung dieser Option auf Gesundung betont Antonovsky *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* als wesentliche Bedingungsfaktoren, denn in ihnen drückt sich die prinzipielle Haltung des Subjekts aus, auf welche Antonovsky hinauswill. Es geht ihm mit dem Konzept der Salutogenese gerade nicht um das Verstehen oder Handhaben einer bestimmten Situation, von der man immerhin sagen könnte, dass sie – im Falle einer chronischen Erkrankung – alles andere als einfach handhabbar ist. Vielmehr geht er von der Omnipräsenz verschiedenster Stressoren aus, deren nähere Inhalte er nicht bestimmt, sondern sich fragt, was die Menschen *trotzdem* gesund hält.

In einer solchen Betrachtung von Bewältigungsanforderungen liegt ein riskantes Potenzial der Affirmation, denn die jeweiligen Stressoren werden unter Umständen nicht nur als existente Konstanten wahrgenommen, sondern möglicherweise damit auch *normalisiert* und als gegebene *akzeptiert*. Hurrelmann und Richter kritisieren zum Beispiel, dass gesellschaftliche Strukturen in dem Konzept zu wenig Berücksichtigung finden.⁵⁷⁰ Ebenso verhält es sich mit der Ebene der Bedeutsamkeit: Die Dinge, die sich ein Mensch als Ziele in seinem Leben setzt, müssen im Prinzip als vom Subjekt realisierbar wahrgenommen werden. Auch wenn sie nur als abstrakte Visionen bestehen und einzelne Ziele mitunter im tatsächlichen Verlauf der Lebensereignisse enttäuscht werden, geht es Antonovsky um die Motivationalität, als eine wesentliche Triebfeder der Bewältigung. Das Bewältigen-Wollen der Stressoren ist daher zwar gewissermaßen eine Grundvoraussetzung für die Bewältigungsarbeit, doch ist dieses Wollen gerade nicht immun gegenüber funktionalisierenden Interessen im Umgang mit den Stressoren. Hierin steckt auch die Gefahr einer Umdeutung der abstrakten Anforderungen als *Herausforderungen*, welche gemeinhin positiv konnotiert sind, um damit das „*motivationale Element*“ anzurufen und als ein zu aktivierende Potenzial abzurufen. Leanza formuliert die Gefahr, dass sich die Lesart der Salutogenese bedrohlich zu verändern beginnt und dadurch ein „neuartiges Subjektivierungsregime (erscheint), das auf die Herstellung eines immunen Selbst zielt. Dies ist ein Selbst,

570 Hurrelmann/Richter 2013, S. 127.

das ständig neue Irritationen sucht, um die eigene Informationsverarbeitungskapazität zu verbessern.⁵⁷¹ Auf diese Weise finde nicht nur eine Umdefinition von Bedrohung zu Herausforderung statt,⁵⁷² sondern es degradiert das Salutogenese-Modell zugleich zu einer Unterform der Immunologie.⁵⁷³

Eine Herausforderung mag von außen gestellt werden und im Falle eines Scheiterns mit schwerwiegenden Konsequenzen für das Individuum verbunden sein, doch liegt es an ihm, ob es die Herausforderung annimmt oder nicht. Dem Subjekt wird also Handlungsmächtigkeit zugesprochen. Diese Zuweisung verschleiert jedoch, dass das Subjekt unter Umständen zu einer Entscheidung genötigt wird, sich also unter Zwängen entscheiden muss. Auch wenn hier eine aktive Handlung erfolgt, macht diese das Subjekt noch nicht zum bestimmenden Faktor in der Situation.

In der Vorstellung der Stressoren als *Generalisierte Widerstandsdefizite* stellt sich dieser Wirkzusammenhang jedoch verdreht dar: Die Wirkung von Stressoren, also in diesem Fall die negativen Einwirkungen auf die Komponenten des Kohärenzgefühls, wird ursächlich in den fehlenden Widerstandsressourcen des Individuums verortet. Wegen dieser Argumentationskette schließen viele auf Antonovskys Ansatz basierende handlungsbezogene Theorien und Maßnahmen am Subjekt selbst an. Obwohl dies Antonovsky mitnichten formuliert hat, lässt es sich aus seinem Ansatz deduzieren.

Was Antonovsky mit dem Kohärenzgefühl als einem Baustein in der Theorie der Gesundheit zeigen wollte, ist unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenseetzungen allenfalls eine notwendige Bedingung. Allerdings kann keineswegs von einer *hinreichenden* Bedingung ausgegangen werden. Beispielsweise hängt die Verfügbarkeit von Ressourcen von Instanzen wie dem Arbeitsmarkt sowie von einem gesundheitspolitischen Versorgungssystem ab. Damit hat das Individuum auf maßgebliche Teile der Generalisierten Widerstandsressourcen nur sehr bedingt Einfluss.

Es lässt sich resümieren, dass Antonovsky ein Konzept entwirft, das vielleicht gerade mit seiner Subjektorientierung weit über das Subjekt hinausgeht. Sein Ansatz fragt nicht nach den individuellen (biologische eingeschlossen) und gesellschaftlichen Bedingungen für die Gesundung einer bestimmten Person, sondern verortet die Optionen für die Bewegung im Gesundheitskontinuum in einer generellen Haltung der Person zur Gesundheit. Darin sind zwar in Form von *Generalisierten Widerstandsressourcen* gesellschaftliche Bedingungen für die Ausbildung und den Erhalt des *Kohärenzgefühls* miteingeschlossen, sie rangieren jedoch als vergleichsweise wenig berücksichtigte Faktoren teilweise unvermittelt neben den drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*.

Wenn die Frage „wer bewältigt was für wen“ an Antonovskys Salutogenesekonzept angelegt wird, muss die Antwort deutlich komplexer ausfallen als bei den beiden vorangegangenen theoretischen Ansätzen. Zunächst kann festgehalten werden, dass

571 Leanza 2016, S. 412.

572 Leanza 2016, S. 415.

573 Leanza 2016, S. 416.

auch Antonovsky von einer Bewältigung der inneren und äußeren Umstände für das Subjekt ausgeht: es geht um die Frage, was den Menschen befähigt, sich ihm stellende Aufgaben gemäß der eigenen Bedürfnisse und Bedeutsamkeiten besser bewältigen zu können. Nach diesen Prämissen sind, so Antonovsky weiter, die medizinischen Versorgungssysteme auszubauen. Das, was bewältigt werden soll, umfasst dabei ein weit aus breiteres Spektrum als noch in den abstrakten Bewältigungsmodi der Theorie Piagets, da hier konkrete Bewältigungsziele formuliert werden. Als wesentlich gilt Antonovsky hierbei die (Wieder-)Herstellung von Identität. Die Verfolgung der für sinnvoll befundenen Lebensziele unterstellt jedoch eine Übernahme, mithin eine Internalisierung äußerer Rahmenvorgaben und Anpassung an die darin formulierten Anforderungen einer erfolgreichen Bewältigung. Damit wird deutlich, dass, indem das Subjekt Anforderungen für sich bewältigt, es nicht umhinkommt, äußeren Anforderungen nachzukommen, beispielsweise die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit zum Nutzen von Akteuren des Arbeitsmarktes. Die Ermöglichung der Verfolgung der eigenen Bedeutsamkeit wird somit zu einem motivationalen Moment und nimmt eine Art Scharnierfunktion bei der Bewältigung von Anforderungen für andere ein, seien diese mit einem direkten Nutzen für diese anderen verbunden oder sei es, dass sie das bewältigende Subjekt vor einer Diskriminierung und sozialer Exklusion bewahren. Damit sind viele der sich dem Subjekt stellenden Bewältigungsaufgaben doppelt bestimmt, gleichzeitig für sich und für andere, wobei im Letzteren häufig die Voraussetzung für Ersteres verborgen liegt.

6.5. Das Psychotherapeutische Interventionsmodell bei Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen nach Sachse

Bei der vierten und letzten Theorie zum Bewältigungshandeln will ich mich einem praktisch orientierten Ansatz widmen, den der Psychologe Rainer Sachse im besonderen Hinblick auf die Bewältigung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen aufgestellt hat. In seinem Buch *Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen* behandelt er die „psychotherapeutische Beeinflussbarkeit der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CEDE) Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. Es ist damit ein Buch über ein störungsspezifisches psychotherapeutisches Vorgehen.“⁵⁷⁴

Alle Daten und referierten Schlussfolgerungen, auf die ich mich im Folgenden beziehen werde, gehen auf ein Forschungsprojekt zurück, das unter der Leitung von Rainer Sachse im Zeitraum von Januar 1992 bis Januar 1998 am Zentrum für Psychotherapie der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum durchgeführt wurde. Hierbei werden in einem ersten Durchgang 29 PatientInnen mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung nach einer *adaptierten Klärungsorientierten*

574 Sachse 2006, S. 9. Hervorhebung im Original.

Psychotherapie behandelt. In einem weiteren Durchgang folgen noch einmal 88 Personen, die die identische Psychotherapie durchlaufen.⁵⁷⁵

Zunächst werde ich mich Sachsés theoretischen Schlussfolgerungen widmen, die er aus der Analyse der Gesprächssituationen gezogen hat und die die Grundlage für seine Therapievorschläge deskriptiv darstellen. Hierbei sollen die verallgemeinerten Attribuierungen, die er der Gruppe der Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen zuschreibt, kritisch hinterfragt. In einem weiteren Schritt werde ich einige der Therapieinhalte und deren Umsetzungsschritte skizzieren und darstellen, wie Sachse diese auf sein theoretisches Modell des Bewältigungshandelns bezieht. Das Therapiekonzept, das Sachse hier entwirft, hat einen direkten Anwendungsbezug und richtet sich mit unmittelbaren therapeutischen Handlungsempfehlungen an Praktikerinnen und Praktiker. Um seine Konzeptualisierungen zu verdeutlichen, nimmt er häufig die Rolle eines behandelnden Therapeuten innerhalb einer simulierten therapeutischen Sitzung ein, in der er sich einem imaginierten Gegenüber zuwendet. Auch wenn er, wie an den entsprechenden Punkten aufgezeigt werden wird, bei seinem Verständnis von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa nicht den derzeitigen medizinischen Erkenntnissen über diese chronischen Erkrankungen folgt, ist sein Konzept aus dem Jahr 2006 wegen seines praktischen Handlungsbezugs und seinen Implikationen eine kritische Analyse wert.

6.5.1.  ber das psychologische Modell und das therapeutische Konzept

Sachse geht es um die Entwicklung eines „psychologischen Funktionsmodells“, das den TherapeutInnen dabei helfen soll, „die Klienten zu verstehen und es soll helfen, die richtigen therapeutischen Entscheidungen zu treffen“. ⁵⁷⁶ Der Schwerpunkt seines Ansatzes liegt dabei auf einer „interventionsorientierten Störungstheorie“, ⁵⁷⁷ in der kognitive, motivationale und emotionale Prozesse als Variablen einer Handlungsregulation begriffen werden. Die Handlungsregulation beschreibt dabei einen Mechanismus, der den Menschen befähigt, innere und äußere Anforderungen zu bewältigen. Dieser wird jedoch durch noch näher zu bestimmende Einflüsse „gestört“, sodass die Person an einer adäquaten Selbstregulation gehindert wird. Worauf diese Handlungen bezogen sind, auf welche Tätigkeiten sie sich richten, woran sie sich ausrichten, was mithin den Maßstab einer erfolgreichen Handlungsregulation ausmacht, wird von Sachse nicht expliziert. Handlungsregulation beschreibt demnach sowohl einen abstrakten Prozess der Adaption von Handlungen an gestellte Anforderungen, als auch den Mechanismus, der dies, wenn er nur störungsfrei funktioniert, bewerkstelligen wird. Ähnlich wie in Theorien zu biologischen Selbstregulationsmechanismen von Organismen wird von einem normalen Funktionieren der Vorgänge im Menschen – hier der psychischen – als Grundannahme ausgegangen und es ist die

⁵⁷⁵ Für eine nähere Beschreibung dieses Projekts siehe Sachse 2006, S. 105-118.

⁵⁷⁶ Sachse 2006, S. 9.

⁵⁷⁷ Sachse 2006, S. 14.

Aufgabe der Selbstregulation, dies zu gewährleisten. Die Selbstregulation verhilft also dem im Individuum schlummernden Wesensmerkmal des Normal-Funktionierens zu seiner Verwirklichung.

Im Sinne des Störungsmodells untersucht Sachse, wodurch das, was als Störung bestimmt wird, auftritt und wodurch es aufrecht erhalten bleibt, um daraus geeignete Maßnahmen der therapeutischen Intervention zur Wiederherstellung der normalen Funktionen abzuleiten.⁵⁷⁸ Als die wesentlichen Merkmale bestimmt Sachse darin die

Alienation (Entfremdung von eigenen Motiven, Reflexion (mangelnde Reflexion und Repräsentation eigener Gefühle und Lageorientierung), Außenorientierung (massive Orientierung an den Erwartungen anderer Personen) und Selbstkonzept (defizitäres Selbstkonzept, mangelndes Zutrauen zu sich selbst).⁵⁷⁹

Den Zusammenhang zwischen diesen Variablen gilt es im Folgenden darzustellen, da die Variablen, wie Sachse betont, einander bedingen und für sich genommen relativ wenig Aussagekraft besitzen.⁵⁸⁰

6.5.2. Die „Funktionsvariablen“ der Handlungsregulation: Alienation, Unzufriedenheit, Lage-Orientierung, Außenorientierung und Selbstkonzept

Mit *Alienation* beschreibt Sachse einen Vorgang der „*Entfremdung einer Person von ihren eigenen Motiven, Bedürfnissen, Zielen, ihrer ‚Präferenz-Struktur‘*“.⁵⁸¹ Dieser Definition folgend kennzeichnet es einen Prozess der Entfernung von eigenen Wünschen, bei dem sich die Person in der Ausführung von Handlungen von ihren ursprünglichen Motiven wegbewegt, ohne dass sie diesen bewusst und explizit als Orientierungswechsel vollzogen hat. Menschen mit einem hohen Maß an Entfremdung weisen nach Sachse auch eine geringe Repräsentation ihrer Wünsche und Bedürfnisse auf. Diesen Personen schreibt Sachse zu, dass sie nicht wissen, „*was sie wollen oder nicht wollen, dass sie nicht wissen, was ihnen gut tut oder nicht, dass sie nicht wissen, welche Ziele sie verfolgen sollen*“.⁵⁸² Durch den mangelhaften Zugang zu ihrem Motivsystem sind betroffene Personen von „*wesentlichen internen Informationsquellen abgeschnitten*“.⁵⁸³ Sachse führt diesen Prozess darauf zurück, dass Menschen, die ein hohes Maß an Entfremdung aufweisen, einen „*schlechten Zugang zum eigenen Motivsystem*“⁵⁸⁴ haben.

578 Sachse 2006, S. 14.

579 Sachse 2006, S. 14. Hervorhebung im Original.

580 Sachse 2006, S. 13.

581 Sachse 2006, S. 16.

582 Sachse 2006, S. 16f.

583 Sachse 2006, S. 17.

584 Sachse 2006, S. 16.

Umgekehrt bestimmt Sachse Menschen mit einer hohen Repräsentation der eigenen Bedürfnisse und Wünsche durch einen guten Zugang zum eigenen Motivsystem als „*selbstregulativ*“.⁵⁸⁵

Sie können sich demzufolge nach eigenen internalen Standards richten, ihr Handeln und ihre Entscheidungen auf ihr eigenes Wertsystem beziehen und ihre Wünsche und Bedürfnisse in ihrem Handeln realisieren.⁵⁸⁶

Die Repräsentation stellt nach Sachse ein wichtiges Moment der Entscheidungsfindung dar, da so die eigene Bedürfnisstruktur zur Herstellung von Handlungsfähigkeit schnell aktiviert werden kann. Ohne einen solchen schnellen Zugriff sei Sachse zufolge „*eine Selbstregulationsstörung schon vorprogrammiert*“.⁵⁸⁷ Da bei mangelndem Zugriff auf das eigene Motivsystem eigene Handlungsmaßstäbe nicht formuliert werden können, kommt es nach Sachse daher sehr wahrscheinlich auch zu „*Verwechslungseffekten*“. Diese bestehen darin, dass Personen nicht unterscheiden können, ob eine bestimmte Intention „*selbst-initiiert ist oder ob sie von außen auferlegt wurde*“.⁵⁸⁸ Demnach erscheinen der Person von außen gestellte Anforderungen und Handlungsmaßstäbe mit der Zeit wie selbst gewählte Absichten. Hieraus resultiert nach Sachse die Unzufriedenheit der erkrankten Personen.

Personen, die keinen Zugang haben zu ihrem eigenen Motivsystem und sich deshalb auch nicht an eigenen Standards orientieren können, realisieren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ihre Motive auch nicht am eigenen Handeln.⁵⁸⁹

Das eigene Motivsystem bleibt somit latent bestehen, dient bei allen vollzogenen Handlungen fortwährend als inneres Bezugssystem und provoziert einen Zustand der Unzufriedenheit, da es nicht bedient wird. Die Folgen für das Subjekt sind jedoch noch weitreichender als eine Einschränkung des Wohlbefindens. Denn „*(f)olgt die Person dabei auch noch solchen ‚Fremd-Motiven‘, die ihren eigenen Motiven auch noch stark widersprechen, erzeugt sie auch noch einen andauernden internalen Konflikt*“.⁵⁹⁰

Dieser interne Konflikt kann sich ebenfalls sehr negativ auf die Entscheidungsfindung auswirken und eine hohe *Lage-Orientierung* bedingen.

Lage-Orientierung bedeutet, dass man nicht aus dem Denk-System, in dem man sich befindet, aussteigt, nicht grundsätzlich über Probleme und ihre Ursachen nachdenkt, nicht die Perspektive wechselt und das Problem völlig neu anpackt [...].⁵⁹¹

Sachse beschreibt die Personen als in ihrem Denken gefangen. Das Nachdenken wird nach Sachse hier dysfunktional, da es sich im Kreis bewegt, fortwährend dieselben

585 Sachse 2006, S. 16. Hervorhebung im Original.

586 Sachse 2006, S. 16. Hervorhebung im Original.

587 Sachse 2006, S. 17.

588 Sachse 2006, S. 17.

589 Sachse 2006, S. 18.

590 Sachse 2006, S. 18.

591 Sachse 2006, S. 19. Hervorhebung im Original.

Antworten liefert und darüber sogar die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung verschlechtert. Daraus folgert Sachse: „*Lageorientiertes Denken führt zu einer Paralyse des Handelns*“ und damit letztlich auch zu einer „*Stabilisierung der Unzufriedenheit*“.⁵⁹² Damit stecken diese Menschen in einer Situation fest, in der sie wenig bis kaum handlungsfähig sind. Sie finden nach Sachse im eigenen Denken keine Lösungen für ihre Probleme, wissen nicht, was sie wollen und müssen sich somit an anderen orientieren.⁵⁹³

Daher weisen nach Sachse die Menschen mit einer hohen Alienation auch eine hohe Außenorientierung auf. Die infrage stehenden Personen „suchen in der Umwelt nach Zielen, Werten, Orientierungen“ und „orientieren ihre Ziele und Handlungen z.B. daran, was andere wollen, was andere von ihnen erwarten.“⁵⁹⁴ Nur so erhalten sie sich, Sache zufolge, ihre Handlungsfähigkeit, da sie wie jedes Subjekt nur nach Standards handeln können, aber nicht auf internale zurückgreifen können. Menschen mit einer hohen Außenorientierung „sind dabei aber nicht etwa normorientiert, indem sie sich an festen Normen orientieren, die immer und überall gelten, sondern sie sind erwartungsorientiert“.⁵⁹⁵

Das Bezugssystem eines Menschen mit einer hohen Außenorientierung basiert nicht auf den gültigen gesellschaftlichen Werten, sondern auf Erwartungen, die andere Menschen in ihrem Umfeld an sie richten. Als häufige Bezugspunkte werden von Sachse daher die für die Person bedeutsamen Interaktionspartner angeführt,⁵⁹⁶ deren (fremder) Erwartung sie zu entsprechen versuchen. Über diesen Versuch des Entsprechens erlangen sie Handlungsfähigkeit, welche zwar nicht dem eigenen Motivsystem entspricht, aber den Anschein erweckt, einer für die eigene Person sinnhaften Tätigkeit nachzugehen und den Anforderungen nachzukommen, die sie für ihre eigenen halten. Diese Erwartungsorientierung ist nach Sachse aber wiederum nur eine vermeintliche, da das Subjekt nur glaubt zu wissen, was andere von ihm wollen, dies aber gar nicht validiert.⁵⁹⁷ Der unzureichende Zugang zum eigenen Bezugssystem macht diese Unterscheidung unmöglich. Mit der Zeit entwickelt sich nach Sache eine Habitualisierung der Außenorientierung, sodass äußere Motive zum Hauptbezugspunkt dieses Menschen werden und er eine externale Perspektive entwickelt.⁵⁹⁸ Diese Orientierung schließt sich nach Sachse mit der Einnahme einer internalen Orientierung aus, sodass sich mit der *Außenorientierung* wiederum die *Alienation* verstärkt, aus der sie hervorgegangen ist.

Die Außenorientierung hat Folgen für das Selbstkonzept einer Person, denn es führt dazu, „dass die Person nicht mehr selbst beurteilen kann, wann sie etwas gut

592 Sachse 2006, S. 19. Hervorhebung im Original.

593 Sachse 2006, S. 19f.

594 Sachse 2006, S. 20.

595 Sachse 2006, S. 20. Hervorhebung im Original.

596 Sachse 2006, S. 20.

597 Im psychotherapeutischen Setting weist Sachse hier auf mögliche Grenzüberschreitungen durch die KlientInnen hin,

598 Sachse 2006, S. 20. Hervorhebung im Original.

gemacht hat, wann eine Handlung ok war, wann ein Ziel erreicht wurde usw.“⁵⁹⁹ Somit entfällt für die Person die Möglichkeit, sich mit bestärkenden Gefühlen wie z.B. Stolz im eigenen Handeln zu bestärken, da dies ja voraussetzen würde, dass ein Abgleich mit internalen Motivationen stattgefunden hat. Auf diese Weise verkümmert eine das Selbstkonzept stärkende Rückkopplung, weil die Person das eigene Motivsystem nicht darüber bestärken kann, dass es erfolgreiche Handlungen, gemessen an ihren eigenen Maßstäben, vollbringt. Hierdurch nimmt letztlich der Selbstwert der Person ab.⁶⁰⁰ Ein schwach ausgeprägtes Selbstbegräftigungssystem und ein geringer Selbstwert führen nach Sachse mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu der Entwicklung einer Abhängigkeit von externalen Erfolgsbestätigungen. Weil das Feedback des eigenen Motivsystems ausbleibt, ist die Person auf die Rückmeldung anderer dringend angewiesen.

Im weiteren Verlauf deduziert Sachse aus der Alienation auch eine „mangelnde Kontrollüberzeugung“, „soziale Ängstlichkeit, Konfliktscheu und mangelnde Durchsetzung“ sowie die „Übernahme von Anforderungen“.⁶⁰¹ Die mangelnde Kontrollüberzeugung ist eine direkte Folge der Handlungsausrichtung an externalen Maßstäben, sodass auch das Zutrauen in die eigene Wirkmächtigkeit (auch gegen den Widerstand anderer) in Bezug auf die eigenen Interessen verloren geht und sich eine soziale Ängstlichkeit einstellt. Äußere Anforderungen können nun nicht mehr abgelehnt werden, weil das die Person aus ihrem Gefüge der Handlungsmöglichkeit herauslösen würde. Dass diese gestellt werden, ist hingegen ganz selbstverständlich.

An jede Person werden jedoch Anforderungen gestellt. Sie muss auf Situationen reagieren, sie muss sich sozialen Situationen anpassen usw. Es gibt damit ein ‚Grundniveau‘ der Anforderungen, das bereits Ressourcen der Person in Anspruch nimmt, ohne dass bereits etwas ‚Besonderes‘ passiert wäre.⁶⁰²

Es ist in dieser Argumentation demnach nicht der besondere Charakter einer bestimmten Anforderung, die eine Person so stark belastet, dass etwas „*Besonderes passiert*“, sondern unter Abstraktion des näheren Inhalts wird Belastung in ein rein quantitatives Verhältnis zu personalen Ressourcen übersetzt. So ist es nur noch ein *Zuviel* der Anforderungen, das eine negative Auswirkung auf die Person hat.

Sachse hält als ein wesentliches Ergebnis der von ihm geleiteten Studien fest, dass Menschen mit einer CED in allen diesen Funktionsvariablen problematische Merkmalsausprägungen aufweisen.⁶⁰³ Diese Ergebnisse sollen nun im Folgenden vorgestellt werden, um den von Sachse aufgestellten Therapiebedarf darzustellen.

599 Sachse 2006, S. 21.

600 Sachse 2006, S. 20f.

601 Sachse 2006, S. 23-26.

602 Sachse 2006, S. 26.

603 Ich verweise an dieser Stelle explizit darauf, dass die infrage stehenden Studien im Rahmen von Diplomarbeiten an der Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie abgefasst wurden, an der Rainer Sachse gelehrt hat.

6.5.3. Merkmalsausprägungen der Funktionsvariablen bei Menschen mit CED

Generell hat Sachse Menschen mit einem Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa in allen zuvor genannten Kategorien sehr auffällige Ausprägungen zugeschrieben: Unfähigkeit zur Repräsentation der eigenen Bedürfnisse und Motive, mangelnde Auseinandersetzung mit persönlichen Problemen, ein geringes Selbstkonzept und eine hohe Außenorientierung mit der Übernahme von Anforderungen. Ferner attestiert er Menschen mit einer CED ein hohes Maß an „Reflexionsvermeidung“,⁶⁰⁴ worunter er eine „aktive Vermeidung, *sich mit persönlichen Problemen, Gefühlen, ja mit allen persönlichen Inhalten auseinanderzusetzen*“, versteht.⁶⁰⁵

Mit Blick auf die besonderen Umstände von Menschen mit einer CED, nämlich dem Vorliegen krankheitsbedingter Beschwerden, hebt Sachse zunächst einen seiner Ansicht nach wesentlichen Unterschied dieser Personengruppe im Vergleich zu anderen hervor. „*Wie schon ausgeführt, stellen ‚Symptome‘ für eine Person Zustände dar, die in der Regel vom Zielzustand, kraftvoll, fit, aktiv, leistungsfähig usw. zu sein, stark abweichen.*“⁶⁰⁶ Der richtige Konnex stellt sich aber erst mit dem nächsten Argumentationsschritt heraus: „*Auch diese Diskrepanzen hält die Person für nicht selbst überwindbar: sie fühlt sich ihren Symptomen hilflos ausgeliefert.*“⁶⁰⁷ Nachdem Sachse also erst den Menschen mit einer CED problematische Werte in den Funktionsvariablen zugeschrieben hat, betrachtet er auch die Symptome der Betroffenen von ihrer (vermeintlichen) durch mangelndes Selbstkonzept usw. geprägten Warte aus. Die festgestellten „Diskrepanzen“ stellen für ihn keine schmerzhaften Einschnitte dar, sondern sind Teil eines psychologischen Problems der Betroffenen. Als Lösungsstrategie dieser Personen formuliert Sachse: „*die Person hält die Ziele im Hinblick auf ihren Körper konstant und vermeidet die Konfrontation mit den Diskrepanzen: sie zieht ihre Aufmerksamkeit von Körperprozessen ab.*“⁶⁰⁸

Wie im Kapitel über den Morbus Crohn hinreichend dargelegt, lässt sich auch mit dieser Erkrankung die Aufmerksamkeit von körperlichen Symptomen abwenden. Die Zeiten der Remission können die Betroffenen nutzen, um auch im Verlauf ihres alltäglichen Lebens zu einer Normalisierung zurückzufinden, in denen sich der Körper einmal nicht einschränkend auswirkt. Vielleicht „schieben“ ihn einige „bei-

604 „Reflexionsvermeidung ist bei Klienten mit CEDE in extrem hohem Ausmaß vorhanden. Bei keiner anderen Klienten-Gruppe ist die Vermeidung, *sich mit eigenen Zielen, Anliegen, Diskrepanzen, ja mit allen persönlich relevanten Aspekten auseinanderzusetzen, so ausgeprägt, wie bei Klienten mit CEDE.*“ Sachse 2006, S. 29.

605 Sachse 2006, S. 26. Hervorhebung im Original. An dieser Stelle kann nicht die Validität der empirischen Untersuchung hinterfragt werden, stattdessen steht die kritische Analyse der theoretischen Grundannahmen und der in ihnen geleisteten Zuschreibungen im Fokus.

606 Sachse 2006, S. 32.

607 Sachse 2006, S. 32.

608 Sachse 2006, S. 32.

seite“, während andere sich positiv auf einen zurückgewonnen Normalzustand beziehen, der ihnen Tätigkeiten und körperliche Leistungen erlaubt, die vorher unmöglich waren. Für einen angestrebten „Normalzustand“, den jede Person für sich definiert, können viele individuelle Motive verantwortlich sein. Andererseits, und das sollte auch deutlich geworden sein, ist dies überhaupt nur in Phasen der Remission möglich und kann selbst hier nicht als Selbstverständlichkeit erachtet werden. In Phasen mit akuten Beschwerden kann eine Aufmerksamkeit wiederum schmerzbedingt gerade nicht von den Körperprozessen abgewendet werden.

Nach Sachse jedoch liegt gar keine Diskrepanz zwischen krankheitsbedingter körperlicher Verfasstheit (zum Beispiel in einer aktiven Phase) auf der einen Seite und den dadurch nur eingeschränkt möglichen gewünschten Tätigkeiten, denen die Person durch ihre aktuellen Beschwerden nicht nachgehen kann, auf der anderen. Nach Sachse vermeiden die Betroffenen die „Diskrepanz“ nicht, weil sie ohne Schmerzen, Angst oder Stigmatisierung leben wollen, sondern weil diese sie nur auf ihren mangelnden Zugang zum eigenen Motivsystem und schwach ausgeprägten Selbstkonzept stoßen würde.

Als Konsequenz aus dieser eingeschränkten Aufmerksamkeit für körpereigene Prozesse folgt für die Person nach Sachse, dass sie

auch Erschöpfung, Unwohlsein, leichte Symptome u.a. gar nicht mehr angemessen wahrnehmen, nicht repräsentieren und demzufolge auch nicht darauf reagieren. Wiederum sinkt die Fähigkeit, angemessen mit Belastungen bzw. mit Belastungsreaktionen umzugehen und somit einer Überlastung rechtzeitig gegenzusteuern.⁶⁰⁹

Sachse bestimmt damit den erkrankten Körper zum Verhinderungsgrund für den Umgang mit (normalen) Belastungen. Stressbewältigungstheorien werden für Sachse in diesem Zusammenhang deshalb wichtig, weil er dem Stress sowohl hinsichtlich der Entstehung chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, als auch deren „Aufrechterhaltung“ eine bedeutende Rolle zumisst.⁶¹⁰

Funktionale Stressbewältigungsstrategien sind solche, die eine tatsächliche Veränderung erzielen: eine Modifikation der Stressquelle selbst, das Erleben der Belastung als (positive) Herausforderung (als etwas, aus dem man positive Rückmeldungen, Halt usw. ziehen kann).⁶¹¹

Demgegenüber sind dysfunktionale Stressbewältigungsstrategien „solche, die eine aktive Auseinandersetzung mit Stress-Quellen und Stress-Reaktionen verhindern: die zwar (kurzfristig) stresslindernd wirken, langfristig an der Konstellation von Stressfaktoren aber gar nichts ändern.“⁶¹² Die Funktionalität der Theorien ist damit rein auf den erfolgreichen Umgang mit als normal gesetzten, stressenden Anforderungen gewendet.

609 Sachse 2006, S. 32.

610 Sachse 2006, S. 32f.

611 Sachse 2006, S. 33.

612 Sachse 2006, S. 33.

Die Untersuchung, die Sachse zufolge in der Personengruppe von CED-PatientInnen „*einen auffälligen Mangel an funktionalen Strategien*“ nachweist,⁶¹³ bezieht ihre Daten über einen Vergleich mit einer Referenzgruppe gesunder Menschen, bei welchen er umgekehrt wenig dysfunktionale Bewältigungsstrategien ausmachen konnte. Sein Schluss bezüglich der Bewältigungsstrategien von Morbus-Crohn-PatientInnen und ihrer Resultate fällt folglich wenig schmeichelhaft aus:

Man kann annehmen, dass eine starke Verwendung von dysfunktionalen Strategien (wie z.B. Vermeidung und Flucht) dazu führt, dass die Personen kein angemessenes Coping realisieren: Sie gehen die stressenden Situationen nicht grundlegend an und beseitigen die Stressquellen nicht grundsätzlich, sondern schaffen es gerade, den massivsten Stressquellen kurzzeitig auszuweichen (sic!). Damit bleiben die Belastungsfaktoren aber gerade erhalten.⁶¹⁴

Dabei, so schließt Sachse, waren die PatientInnen grundsätzlich der Annahme, dass sie ihre Körperprozesse wahrnehmen würden, dieses weist Sachse jedoch als inkorrekt zurück.⁶¹⁵

6.5.4. Diskussion der Merkmalsausprägungen

Bevor sich eingehender mit den aus diesen Befunden abgeleiteten Konzeptionen für psychotherapeutische Maßnahmen auseinandergesetzt werden soll, gilt es, die von Sachse formulierten Funktionsvariablen einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Es mag auf den ersten Blick müßig erscheinen, sich weiter mit der theoretischen Auseinandersetzung eines Erklärungsmodells zu befassen, welches auf einer zumindest fragwürdigen Grundlage zur Pathogenese einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung beruht. Doch auch wenn Sachse einen Morbus Crohn oder eine Colitis ulcerosa für psychisch begründet erachtet, können alle aufgestellten theoretischen Konzepte der *Alienation*, des *Selbstkonzepts* etc. auch ohne diese Grundannahme angewendet werden. Sachses Responsibilisierung zeigt, dass Körper, Psyche und Bewältigungsstrategien allein in ihrer Funktion hinsichtlich einer „normalen“ Selbstregulation zur Bewältigung „normaler“ Anforderungen in Betracht kommen. Ob eine Erkrankung also direkt auf die Psyche zurückgeht, die Psyche wieder auf diese zurückwirkt, oder ob sie nur eine hinderliche Bedingung für Mechanismen der Stressbewältigung darstellt, ist für diese Sichtweise unerheblich.

Aus dem Zustand der *Alienation* folgen nach Sachse eine ganze Reihe weiterer Effekte; diese nehmen einen zentralen Stellenwert im Konzept ein. Folgt man Sachses Argumentation, so kann der Erfolg von Bewältigungshandeln in der Wiederherstellung von gelingender Selbstregulation verortet werden. Dazu muss die Person jedoch gemäß der eigenen Wünsche und Bedürfnisse Handlungserfolge realisieren, wofür es

613 Sachse 2006, S. 33.

614 Sachse 2006, S. 33.

615 Sachse 2006, S. 32.

eines guten Zugangs zum eigenen Motivsystem bedarf. Umgekehrt liegt bei Menschen, die ihre eigenen Wünsche nur unzureichend artikulieren können, eine Regulationsstörung der eigenen psychischen Prozesse vor. Menschen mit einem hohen Maß an *Alienation* „halten Normen, die sie von außen übernommen haben, für eigene Motive. Sie können somit nicht mehr selbst klären, ob sie eigenen Motiven folgen oder nicht.“⁶¹⁶ Demnach heißt das im Umkehrschluss für Personen mit einer geringen *Alienation*, dass sie Aufträge von außen als solche erkennen.

Welche Schlüsse lassen sich hieraus für die Ausführung dieser Aufträge ziehen? Werden sie anders ausgeführt oder gar nicht, weil sie nicht dem eigenen Motivsystem entsprechen? Für die Ausführung einer Aufgabe, so wäre prinzipiell auf diese Fragen zu erwidern, muss diese in einem gewissen Maße übernommen und sich in diesem Sinne angeeignet werden. Das heißt jedoch nicht, soweit soll Sachses Argumentation gefolgt werden, dass sich dadurch auch das fremde Motiv zu eigen gemacht werden muss. Unklar bleibt in Sachses Konstruktion, was die eigentlichen bzw. die eigenen Motive der Person ausmachen soll, an denen beständig vorbeigehandelt und -gelebt wird. So stellt sich die Frage, ob man überhaupt von eigenen Motiven sprechen kann, wenn sich doch das Subjekt ihrer nicht bewusst ist und diese nicht benennen kann. Rein logisch erscheint es vielmehr nachvollziehbar, dass sich Unzufriedenheit einstellt, wenn fremden Motiven und Handlungsaufforderungen nachgekommen werden muss, ohne dass sich die bewussten eigenen Ziele dadurch oder daneben realisieren lassen.

Sachse benennt zur Erläuterung des Bruchs der Logik die Möglichkeit, dass interne Konflikte durch die Konfrontation der eigenen Ziele mit von außen gestellten Anforderungen vermieden werden können. Er sieht die Konflikte hingegen keinesfalls in der Vermittlung beider Seiten verortet. So könnte die Aufforderung zur Erfüllung eines medizinischen Therapieplans zu der Frage drängen, wie z.B. ein umfangreiches Medikamentenregime in das Alltagsleben zu integrieren sei, ohne dass es sich in diesem beständig negativ bemerkbar macht. Sachse folgert, es handele sich um eine fehlende Eigenschaft des Subjekts, das ohne innere Austragungsprozesse von Entscheidungsproblemen, ohne Reflexion über die Anforderung des eigenen Bedeutungshorizonts und ohne Einsortierung und Adaption vormals „fremder“ Handlungsschemata lebt.

Kritisch folgern ließe sich über diesen Analyseschritt Sachses, dass in seinen Ausführungsprozess und Resultat verschwimmen. Die Entfremdung der erkrankten Subjekte wird darauf aufbauend auf nicht eindeutige Weise doppelt bestimmt: Es kann immer sowohl den Prozess des Entfremdens, des Sich-Entfernens von eigenen Zielen bedeuten, wie auch ein quantitatives Maß des sich Entfremdet-Habens. Die Emotion der Unzufriedenheit kommt hier nicht in den Blick als ein Missverhältnis der Bedürfnisse eines Menschen zu den Resultaten ihrer Befriedigungsbestrebungen, sondern als ein weiterer (Rück-)Wirkungsfaktor auf die *Alienation* sowie deren Folgen für das weitere Bewältigungshandeln.

616 Sachse 2006, S. 17.

Sachse führt den Grund für eine Übernahme oder Nicht-Übernahme äußerer Motive auf eine Eigenschaft im Subjekt zurück, bzw. er begründet auch dies mit dem Fehlen einer Eigenschaft: Nach Sachse veranlassen weder eine eigene geänderte Motivlage, noch die Nötigung durch einen äußeren Zwang die erkrankten Subjekte zu einer Übernahme fremder Motive, sondern die Abweichung ihres Selbstregulationsmechanismus' vom *Normal*. Die Frage, auf welchen gedanklichen oder emotionalen Prozessen die Übernahme/Nicht-Übernahme eines fremden Motivs zurückgeführt werden kann, wird damit umgangen. Dass ein Motiv jedoch übernommen wird, weil eine Person ein ihr gegenübertretendes äußeres Motiv, sei es das Streben nach Schönheitsidealen oder die Befolgung eines Therapieplans zur Reduktion der Beschwerden, als sinnvoll und damit als bedeutsam beurteilt wird, ist damit ausgeschlossen. Gleiches gilt für die Möglichkeit, dass es äußere Normen gibt, die Menschen aufgezwungen werden und bei deren Nicht-Übernahme ein Schaden oder Diskriminierung drohen könnte.

Unbegründet lässt Sachse, warum die Übernahme äußerer Motiv unweigerlich zu Entfremdung führen muss, während die inneren Motive einzig die Selbstregulation in einem ordentlichen Gang halten. Außen erhält damit tendenziell die Konnotation von „schlecht“ weil entfremdend, obwohl über ihren näheren Inhalt und ihren Bezug auf die Bedürfnisse und Wünsche des erkrankten Subjekts gar keine Auskunft ergeht. *Entfremdung* von eigenen Motiven meint in den Studien von Sachse keine Zustandsbeschreibung, die aus der Analyse von qualitativen Daten im Rahmen narrativer Tiefeninterviews rekonstruiert worden ist, sondern allgemein einen gestörten und störenden Prozess. Entfremdung ist daher als Diagnose einer Wesenseigenschaft zu verstehen.

Wenn man hingegen das eingangs von mir angeführte Zitat aus einem biographischen Interview zum Leben mit Morbus Crohn im Licht dieser Theorie betrachtet, dann ließe sich mit Sachse sagen, dass die zitierte Person eine schlechte Repräsentation ihrer Bedürfnisse und Motive aufweist, was auf einen gestörten Regulationsmechanismus schließen lässt. Viel plausibler erscheint nach dezidiertem Analyse des Interviews jedoch die Deutung, dass sich von der Unterwerfung unter medizinische Handlungsschemata und Therapiepläne eine Besserung versprochen wurde, auch wenn dies Mühen und Kosten verursachen mag, diese allerdings enttäuscht wurde. Die Krankheitsaktivität und die damit einhergehenden Behandlungsprozesse hatten bisher zu keiner als wesentlich empfundenen Linderung geführt, sondern eher zu langem ungewissen Warten. Dass auch diese ausbleibende Linderung ein schlüssiger Grund für Unzufriedenheit sein kann, statt diese auf falsche Motivlage und damit mangelnde Stressbewältigungsstrategie zurückzuführen, muss an dieser Stelle zumindest zu denken gegeben werden.

6.5.5. Das Therapeutische Konzept

Einen zentralen Ansatzpunkt für eine therapeutische Intervention sieht Sachse in der Bearbeitung der *Alienation*. Wie zuvor dargelegt, leiten sich für Sachse hieraus maßgebliche Einflussvariablen für das weitere Bewältigungshandeln ab. Der therapeutische Ansatz visiert unter anderem

die Bearbeitung des negativen Selbstkonzeptes; die Bearbeitung der Schemata, die eine effektive Durchsetzung und Abgrenzung behindern und dazu führen, dass die Klienten konfliktscheu sind [...] und, eventuell, eine Beseitigung sozialer Defizite in angemessenem Durchsetzungsverhalten [an].⁶¹⁷

Bezugnehmend auf die besonderen Verhaltenseigenschaften dieser Gruppe von KlientInnen hebt Sachse hervor:

Das Problem mit den Klienten mit CEDE ist jedoch, dass alle diese therapeutischen Angebote voraussetzen, dass Klienten ihre Probleme erkennen und Probleme definieren; dass sie daraufhin Arbeitsaufträge formulieren und dass sie daraufhin therapeutische Angebote auch annehmen und umsetzen.⁶¹⁸

Auch wenn nach Sachse also eine klar diagnostizierte Indikation bei dieser Zielgruppe besteht, liegt die so definierte Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft nicht vor.⁶¹⁹ Dieses therapeutische Problem sei methodisch zu lösen, indem die Therapieform dieser, als besonders reflexionsvermeidend eingestuften KlientInnen-Gruppe angepasst wird. Weil nach Sachse Menschen mit CED „*hochgradig dysfunktionale Problembearbeitungen*“ aufweisen und diese einer inhaltlichen Arbeit im Wege stehen, müsse der Therapieansatz genau deren Behandlung zum obersten Ziel haben.⁶²⁰ Bevor also auf der *Inhaltsebene* auf die dem dysfunktionalen Bewältigungshandeln zugrundeliegende *Alienation* eingegangen werden kann, muss auf der Bearbeitungsebene dieses Zugangsproblem gelöst werden. Auf der Beziehungsebene muss hierfür zwischen TherapeutIn und KlientIn eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden, um internalisierte Vermeidungsprozesse aufzubrechen.⁶²¹ Diese grundlegende Problemstruktur müsse während des dreiphasigen Therapieverlaufs, beginnend bei der Kontaktaufnahme über die *Bearbeitung der Bearbeitungsstrategien* bis schließlich hin zur *inhaltlichen Arbeit*, fortwährend berücksichtigt werden.

617 Sachse 2006, S. 34.

618 Sachse 2006, S. 34.

619 Bereits einleitend schreibt Sachse in seinem Buch: „*Die Therapie ist nicht einfach, denn diese Patienten erweisen sich als schwierig* [...]“. Sachse 2006, S. 9.

620 Sachse 2006, S. 36.

621 Sachse betont, dass es hierbei „in gar keiner Weise *darum geht, den Klienten zu kritisieren oder ihm etwas zu verbieten*“. Sachse 2006, S. 36. Hervorhebung im Original.

6.5.5.1. Die Kontaktaufnahme

Die Skepsis, die die ProbandInnen den Forschern und Forscherinnen entgegenbrachten, deutet Sachse als „*ein(en) Teil der Störung*“, die er zum einen auf lange Krankenhausaufenthalte zurückführt, in denen den Betroffenen nur bedingt geholfen werden konnte, und zum anderen auf eine rein medizinische Betrachtung des Morbus Crohn, die alle nicht-medizinischen Alternativen in den Augen der PatientInnen als unseriös erscheinen lässt.⁶²² Dem müsse der Therapeut bzw. die Therapeutin aktiv begegnen, z.B. im Auftreten. Ein hohes Maß an Direktheit der TherapeutInnen bewirke eine gute „*Beziehungsqualität*“ mit „*hoher Einschätzung der Kompetenz*“ durch die KlientInnen.⁶²³ Neben der Pflege der Beziehungsebene ist es in dieser Phase die Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin, das Anliegen der Therapie zu vermitteln und dafür zu sensibilisieren. Dies findet zu Beginn vor allem über die Bereitstellung von Informationen statt, weil es hier nach Sachse in mehrerlei Hinsicht ein Informationsdefizit gibt.⁶²⁴ Dies umfasst sowohl Wirkungen und Wechselwirkungen von psychischen und physischen Prozessen, sowie auch Informationen zu den Punkten *Belastung, Stress, Ressourcen* und *Coping*. In diesem Kontext fasst Sachse *Belastung* als einen „*Stressfaktor, den die Person nicht mehr mit normalen Routinen bewältigen kann*“.⁶²⁵ Dieser wirkt umso stärker auf den Körper, je ausgeprägter der Stress ist. *Ressourcen* sind demgegenüber „*solche körperlichen Faktoren, die Belastungen auffangen [...]*“.⁶²⁶ Menschen mit geringen Ressourcen können daher „*körperlichen Reaktionen nicht lange widerstehen*“, sodass diese mit Blick auf die nicht an CED erkrankte Vergleichsgruppe schneller Krankheiten oder Störungen ausbilden.⁶²⁷

Sachsens Verständnis von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen als vorrangig psychosomatisch begründet, findet sich auch in diesem Rahmen, also als Informationsmaterial für die KlientInnen wieder. Der Frage nachgehend, welche Rolle genetische Faktoren spielen, findet sich folgende Passage:

Sie sollten sich jedoch darüber im Klaren sein, dass genetische Faktoren immer nur die Reaktions-Bereitschaft bestimmen, das Ausmaß der Reagibilität. Von einer Reaktions-Bereitschaft allein wird man jedoch nicht krank. Es muss immer auch etwas geben, auf das man reagiert. Und in der Regel sind das [...] Belastungen. Was vererbt wird, ist somit die Bereitschaft, auf Belastungen sensibel zu reagieren. Sollte das bei Ihnen so sein, sollten Sie wirklich auf Belastungen besonders sensibel reagieren, dann sollten Sie

622 Sachse 2006, S. 38f. An dieser Stelle soll ebenfalls der Hinweis ergehen, dass Sachse im direkten Kontakt mit dem Klienten/der Klientin die Erklärung einer psychosomatischen Ätiologie chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen offen anrät, die sich jedoch keinesfalls mit den derzeit gültigen medizinischen und epidemiologischen Studien und Erkenntnissen deckt.

623 Sachse 2006, S. 43.

624 Sachse 2006, S. 44.

625 Sachse 2006, S. 47.

626 Sachse 2006, S. 49.

627 Sachse 2006, S. 49. Hervorhebung im Original.

Strategien lernen, besonders gut mit Belastungen umzugehen, und wir sollten identifizieren, welche Belastungen sie haben und versuchen, Ihre Belastungen zu reduzieren.⁶²⁸

Sachse betont die unterschiedlichen Reagibilitäten von Menschen hinsichtlich äußerer und innerer Belastungsfaktoren. An ihnen entscheide sich, wer an sich arbeiten muss, um einen Umgang mit den Stressoren zu etablieren. Der klare Adressat dieser Handlungsaufforderung ist das erkrankte Subjekt und es liegt an ihm, bestehende Belastungen zu reduzieren bzw. deren Wirkungen durch einen angemesseneren Umgang mit ihnen abzumildern.

Sachse wendet damit den Blick ab von der Herkunft der Stressoren, fragt nicht, warum es Stressoren gibt, die Menschen wie bei auch immer überfordern, sondern richtet seinen Blick wieder auf das Individuum mit der Botschaft: „*Stress ist zum größten Teil internal*“.⁶²⁹ Die Vermittlung dieser Deutung verdeutlicht er an einem Gesprächsbeispiel:

Die meisten Menschen denken bei Stress an äußeren Stress: An einen lauten Arbeitsplatz, an Hektik, an Termindruck u.ä. Solche äußeren Stressfaktoren spielen natürlich auch oft eine Rolle. Unserer Erfahrung nach sind die meisten Stressfaktoren, die eine Rolle spielen, jedoch internale Faktoren, Faktoren, die sich in der Person selbst abspielen.⁶³⁰

In diesem Beispiel vollzieht Sachse eine Ineinssetzung der Wirkungen von Stress mit den Ursachen von Stress. Zum einen beschreibt er Stress als einen Vorgang, der sich in der Person selbst abspielt. Dieser ließe sich als ein Zustand höherer körperlicher und nervlicher Anspannung fassen. Weil er, so seine vorgelegte Argumentation, ein Prozess im Körper des Menschen ist, müssen auch die Gründe selber in diesem verortet werden. Zwar existierten äußere Faktoren, doch hält er sie höchstens für auslösende Faktoren von personalen Mechanismen. Die Objektivität, zum Beispiel die eines lauten Arbeitsplatzes mit Tätigkeiten von hoher körperlicher/geistiger Intensität, negiert er über einen Vergleich einer belasteten Person mit einer „unbelasteten“. Weil die eine Person einen äußeren Reiz, wie z.B. einen bestimmten Dezibel-Pegel, nicht als störend empfindet, könne die Geräuschquelle auch nicht per se als Belastung

628 Sachse 2006, S. 50f. Hervorhebung im Original.

629 Sachse 2006, S. 51.

630 Sachse 2006, S. 51. Hervorhebung im Original. Und er fügt hinzu: „*Das bedeutet wiederum nicht, dass eine Person gestört ist oder eine ‚Macke‘ hat.*“ Sachse 2006, S. 51.

erachtet werden,⁶³¹ denn „*Stress ist individuell*“.⁶³² Diese Deutung muss der Therapeut/die Therapeutin den KlientInnen zu Beginn der therapeutischen Sitzungen vermitteln, so sieht es der Therapieplan vor. „*Der Therapeut muss dem Klienten deutlich machen, dass nicht der ‚objektive‘ Stress entscheidend ist, sondern die Interpretation!*“⁶³³ Folglich sei an der Interpretation anzusetzen. Zudem fällt eine Bestimmung der objektiven Belastungen durch die Betroffenen schwer, da sie sich nach Sachse der Belastungsquellen gar nicht mehr voll bewusst sind und dazu neigen, diese durch Gewöhnung auszublenden. Ein Vergleich mit dem Wohnen an einer lauten Verkehrsstraße, deren Geräusche nach einer Gewöhnungsphase nur noch als eine Art Hintergrundrauschen wahrgenommen werden, soll nach Sachse den KlientInnen verdeutlicht werden, dass die subjektive Einschätzung von Belastungen sehr unzuverlässig ausfallen kann. „*Die Person glaubt, gar keinen Stress mehr zu haben, aber diese Einschätzung ist falsch.*“⁶³⁴ Woran ein Therapeut oder eine Therapeutin in der konkreten Gesprächssituation den Unterschied von einer Person, die wenig stressbedingt belastet ist, weil sie über gute Bewältigungsmechanismen verfügt, und einer Person erkennt, die lediglich glaubt, nicht belastet zu sein (wie die Person an der lauten Verkehrsstraße), ist aus Sachses Ausführungen nicht ersichtlich.

Worauf es nach Sachse jedoch ankommt, ist die Entwicklung einer Perspektive nach innen, auf die „*Ziele, Werte, Motive*“ usw., bei der für die Person unangenehme Erkenntnisse zutage treten können.⁶³⁵

So kann z.B. erkennbar werden, dass man selbst in sehr viel höherem Maße zur Entwicklung und Aufrechterhaltung des Problems beigetragen hat, als man bisher geglaubt hat oder glauben wollte; dass man (infolgedessen) für Probleme in sehr viel höherem Ausmaß selbst Verantwortung hat, als man annehmen möchte; dass man im Handeln Ziele verfolgt, die den eigenen Motiven und Bedürfnissen widersprechen; [...]; dass man in viel höherem Maße gezwungen ist, an sich selbst Veränderungen vorzunehmen, als man möchte.⁶³⁶

631 Diese Auffassung von Belastung steht den arbeitspsychologischen und arbeitsmedizinischen Erkenntnissen diametral gegenüber. „Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“ DIN EN ISO 10075-1 (1a) Die Arbeitspsychologen Friedhelm Nachreiner und Wolfgang Schultetus liefern daran anknüpfend folgende Implikationen für die Belastungsanalyse: „Die Merkmalsträger der psychischen Belastung liegen nach dieser Konzeption außerhalb des Individuums und sind unabhängig von diesem – was entscheidende Vorteile für die Gestaltungsaspekte hat: Es geht danach nicht darum, am Individuum und seinen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien anzusetzen, sondern an den konkreten Arbeitsbedingungen. Ziel ist damit die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und nicht der Person.“ Nachreiner/Schultetus 2002, S. 520.

632 Sachse 2006, S. 52.

633 Sachse 2006, S. 52.

634 Sachse 2006, S. 54. Hervorhebung im Original.

635 Sachse 2006, S. 56.

636 Sachse 2006, S. 56.

Diese Erkenntnis kann daraufhin zur Folge haben, dass schon die Antizipation dieser Erkenntnisse und deren Tragweite für die fragliche Person Angst erzeugt, die eine weitere Vermeidungshaltung bestärkt.⁶³⁷

Sachse fokussiert die Eigenleistungen der Person an ihrer Belastung, responsibilisiert sie entsprechend für ihren Krankheitsverlauf und erlegt ihr Handlungsverpflichtungen, im Sinne von Arbeiten am Selbst und seinen Umgangsweisen mit Stress, auf. Er negiert damit einen Großteil der körperlichen Belastungen, die sich aus der Erkrankung ergeben sowie Ängste vor sozialer Exklusion als Vorgänge, die sich dem Wirkungskreis des Individuums entziehen und verlegt sie in das Individuum.

6.5.5.2. Die Bearbeitung der Bearbeitung

Nach der Phase der Kontaktaufnahme mit der dargelegten Sensibilisierung und Informierung der KlientInnen geht es in der Phase der *Bearbeitung der Bearbeitung* nicht um den „*Inhalt und die Klärung, sondern die dysfunktionale Problembearbeitung und deren Gründe*“, da, wie bereits angesprochen, das Subjekt zur Vermeidung tendiert.⁶³⁸ Da sich die Skepsis und die Vermeidungsstrategien nicht unbedingt über die Herstellung einer Beziehung zum Klienten/zur Klientin verliert, muss nun von therapeutischer Seite aktiv an diesen Strategien gearbeitet werden.

Der Therapeut/die Therapeutin müsse nun als „*Prozessexperte*“⁶³⁹ „*thematische Sperren*“⁶⁴⁰ methodisch aufhebeln, ohne dabei aber einen Prozess der Fremdregulation zu initiieren, da es gerade auf die Hilfe zur Selbstregulation ankommt. „*Wie aber kann man sich Autonomie durch Eingriff vorstellen?*“⁶⁴¹ Dies wird nach Sachse erreicht über die „*Prozessdirektivität*“ des Therapeuten/der Therapeutin, wodurch nur die Bearbeitung tangiert sei, die Person als Experte/Expertin für die Inhalte aber unangestastet bleibt. Auf die näheren Ausführungen zum praktisch-therapeutischen Umgang mit „*thematischen Sperren*“ und „*Vermeidungshandeln*“, wie Sachse es vorschlägt, muss an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden, da die praktischen Handlungsanleitungen den bis hierher ausgeführten Responsibilisierungsstrategien nichts Wesentliches mehr hinzufügen.⁶⁴²

6.5.5.3. Die inhaltliche Arbeit

Wesentliches Ziel der *inhaltlichen Arbeit* ist die Rückführung des Subjekts an seine eigenen Bedürfnisschemata und das Nutzen des eigenen Motivsystems. Äußere Sti-

637 Sachse 2006, S. 56.

638 Sachse 2006, S. 57.

639 Sachse 2006, S. 58.

640 Sachse 2006, S. 55.

641 Sachse 2006, S. 58.

642 Siehe hierzu im Detail: Sachse 2006, S. 59-87.

multi werden dafür zunächst von einem biografisch gebildeten Affektsystem des Körpers gedeutet und als Wohlgefühl oder Missempfindung interpretiert. „*Verletzt eine Situation ein Bedürfnis, dann macht sich das in Störgefühlen bemerkbar, in Unbehagen, in Anspannung oder anderen charakteristischen körperlich spürbaren Empfindungen.*“⁶⁴³ Dieses elementare Bewertungssystem beurteilt Situationen danach, ob sie, bezogen auf das Bedürfnisschema der Person, „*angenehm oder unangenehm, gut oder schlecht, Bedürfnisbefriedigend oder nicht, potentiell schädigend oder nicht, zielführend oder nicht usw.*“ sind.⁶⁴⁴ Die Gefühle äußern sich meist als diffuse, als positiv oder negativ wahrgenommene Zustände, die keine klare Handlungsrichtung indizieren. Demgegenüber stellen Emotionen im engeren Sinne, wie Angst oder Freude, schon weitaus komplexere Bewertungsergebnisse dar, die jedoch deutlich klarere Handlungsimpulse auslösen.⁶⁴⁵ In Emotionen gehen auch affektive Schemata ein, kommen aber nicht allein durch diese zustande.⁶⁴⁶

Insgesamt handelt es sich hierbei um ein wichtiges Informationssystem, zu dem der Therapeut/die Therapeutin die KlientInnen (wieder) heranführen soll, indem er den KlientInnen vermittelt, „*wie man die relevanten Indikatoren wahrnehmen kann und wie man sie richtig interpretieren kann*“.⁶⁴⁷ Da der Körper nicht unbedingt auf die ihm gegenüberstehenden Reize gemäß eines – ihm nach Sachse zukommenden – Bedürfnisschemas reagieren muss, kann es zur *Alienation* kommen. Die fraglichen Personen verlieren folglich den Bezug zu ihrem körperlich-emotionalen Bezugssystem und entfremden sich von sich selbst, ohne dies zu realisieren. „*Das ist eine der Schwierigkeiten mit dem Alienations-Problem:* Per definitionem können Personen nicht wissen, dass sie eins haben.“⁶⁴⁸ Sie hören auf, die Signale des körperlichen Informationssystems richtig zu deuten und benötigen ihnen gegenüberstehende ExpertInnen ihres eigenen Motivsystems. Hier setzen also die Maßnahmen der *inhaltlichen Arbeit* nach Sachse an. Diese versucht nun der Person zu zeigen, wie sie zu ihren ureigenen Bedürfnisschemata zurückgelangen kann, körperliche Empfindungen darauf wieder auszurichten lernt, darüber Stressvermeidungsstrategien vollziehen und so letztlich die Krankheit in den Griff bekommen kann.⁶⁴⁹ An dieser Stressvermeidungsstrategie soll die Psychotherapie nach erfolgreicher Überwindung der Reflexionsvermeidung ansetzen.

643 Sachse 2006, S. 89. Hervorhebung im Original.

644 Sachse 2006, S. 89.

645 Sachse 2006, S. 90.

646 Sachse 2006, S. 91.

647 Sachse 2006, S. 90. Hervorhebung im Original.

648 Sachse 2006, S. 93. Hervorhebung im Original.

649 Für eine Darstellung der Arbeitsweise zu diesem definierten Problem siehe: Sachse 2006, S. 94-104.

6.5.6. Abschließende Betrachtung des therapeutischen Ansatzes

Eine Grundschwierigkeit in Sachses Konzept liegt sicherlich darin, dass alle genannten Variablen als logisch notwendige Folgen aus der *Alienation* abgeleitet werden und der Nachweis der *Alienation* wiederum über die Bestimmung der Merkmalsausprägungen vollzogen wird. Damit wird gemessen, was vorher als logischer Zusammenhang konstruiert wird, sodass in der *Alienation* Erklärendes und Zu-Erklärendes zusammenfallen. Auch wenn der Nachweis seiner Grundannahme damit tautologisch erscheint, würde man zu kurz greifen, wenn man Sachse hier nur vorwerfen würde, sich auf einen unsicheren Ausgangspunkt bezogen zu haben. Wie deutlich geworden sein sollte, geht es Sachse um die Formulierung einer Zuständigkeit des Subjekts für seine eigene Gesundheit. Die Zuschreibung über psychische Prozesse zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation beizutragen, kommt ohne die Annahme einer psychisch bedingten Ätiologie aus. Mit der *Alienation* wird der Grund für die psychischen wie physischen Probleme einer Person in diese selbst hinein verlegt, da letztlich alle Probleme entweder die Wirkung vorgelagerter pathologierter psychischer Prozesse sind oder aber auf mangelhafte Bewältigungsstrukturen zurückgehen, welche wiederum die Folge unangemessener Bewältigungsstrategien sind. Menschen mit einer CED unterstellt Sachse per se pathologische Tendenzen in der Stressbewältigung, wodurch sich für ihn alle Probleme als mehr oder weniger selbstverursacht darstellen. Physische Beschwerden und äußere Anforderungen, die Stress verursachen, stellen demnach auch keine Zustände dar, die es im Sinne des Wohlbefindens zu reduzieren gilt, sondern sind Indizien für eine mangelhafte Selbstregulation.

Der Weg über die Empfindungen und deren richtige Deutungen kann als eine Konsequenz der unterstellten Unzuverlässigkeit der Person in Bezug auf ihre Bedürfnisse verstanden werden. Letztlich bestimmt Sachse aber genau darüber die psychischen Vorgänge im Subjekt als körperlich präskribiert. In den affektiven Empfindungsdeutungen und den Bewertungen von Gefühlen entdeckt Sachse letztlich Variablen zur Bestimmung psychischer Prozesse eines Individuums. Die maßgebliche Variable ist der (fehlende) Zugang zu Emotionen und den darauf basierenden gedanklichen und praktisch-handlungsbezogenen Prozessen der Bewältigung. Der Psyche der Betroffenen stellt Sachse (wie dargelegt) von vorherein ein sehr schlechtes Zeugnis aus. Es erhält in allen Phasen der therapeutischen Intervention den Charakter einer Verhinderungsgröße der an ihr zu vollziehenden Maßnahmen.

Bemerkenswert ist in seiner handlungsleitenden Theorie weiter die rein physische Bestimmung von Ressourcen, obwohl es sich ja bei ihm um eine psychologische Annäherung handelt. Ressourcen werden von Sachse bestimmt als körperliche Disposition zur Stressbewältigung, die je nach ihrer Reagibilität auf äußere Einflüsse Stresssymptome zulassen oder auch nicht. Ressourcen sind zudem rein krankheitsbezogen nutzbar zu machen und werden nicht positiv als Ermöglichung von Gesundheit und Entwicklung gedeutet. Die Aneignung von Ressourcen verläuft demnach auch nur über die Einwirkung des Subjekts auf die eigenen Regulationsmechanismen, was nach Sachse auch nur mit professioneller Hilfe möglich ist.

Mit Blick auf das Konzept von Sachse versteht man besser, was Antonovsky mit seiner Kritik an der Homöostase gemeint hat. Mit der Handlungsregulationstheorie von Sachse wird tatsächlich ein ehernes Gleichgewicht postuliert, welches sich beständig aus psychischen Selbstregulationsmechanismen herstellt, außer wenn diese gestört werden. Wenn es zu einer Störung kommt, dann hat diese nach Sachse ihren Grund in einer internalen Fehlleistung oder Unterlassung. Dann hat eine Person keinen Zugang zum eigenen Motivsystem entwickelt, keine interne Wertorientierung aufgebaut und kein gefestigtes Selbstkonzept. Hinzu tritt die fehlende Bereitschaft, sich diese von Sachse herausgestellten „Schwächen“ einzugestehen und entsprechende Gegenprozesse in Gang zu setzen. Die Responsibilisierung, die Antonovsky zwar anmerkte, aber nicht auf Elemente einer subjektorientierten Theorie zurückführen konnte, wird bei Sachse theoretisch legitimiert.

Man kann Sachse die Subjektorientierung in seinem Konzept keinesfalls aberkennen, auch wenn das Subjekt bei ihm von vornherein pathologisiert wird und es sich diesem Attribut nicht mehr durch eigene Deutungen entziehen kann. Die Frage, was im Rahmen von Sachses theoretischen Standpunkt am Subjekt interessiert, wie dessen Bedürfnisse, Motive und Deutungen einbezogen werden, kann im Rahmen der Antwort auf die eingangs gestellte erkenntnisleitende Frage geklärt werden: „*Wer bewältigt was für wen?*“

Das „Wer“ ist deutlich konstruiert als das pathologisierte Individuum, dessen Selbstregulation durch Reize und psychische Prozesse gestört ist. Darin steckt auch schon die Bestimmung des „Was“, denn hier gilt es für das Subjekt, sich dieser Störung bewusst zu werden, um sie bearbeiten zu können. Äußere Anforderungen und körperliche, krankheitsbedingte Reize firmieren hier als Signale, die das Subjekt an die Grenzen seiner Bearbeitungsfähigkeit stoßen lassen und damit einen Mangel im Subjekt markieren. Das „Für-wen“ beantwortet dieser Ansatz mit dem Verweis auf die Rückführung des Subjekts an sein eigenes Motivsystem, deren nähere Inhalte nicht benannt werden. Damit lässt die Theorie offen, welche möglichen Motive diesem System zuzugestehen sind. Gleichwohl wird nur dem ureigenen Motivsystem die bestimmte Funktion zugeschrieben, die Bewältigung des „*Grundniveau(s) der Anforderungen*“ zu ermöglichen.⁶⁵⁰

Gesellschaftliche Anforderungen und „*immer und überall gelten(de)*“⁶⁵¹ Normen hingegen, denen ein jedes Individuum ausgesetzt ist, in denen es sich bewegt und diese auch bis zu einem gewissen Grad mitgestaltet, werden im Rahmen der Theorie nur als unterstellter und nicht weiter behandelter Bewältigungshintergrund erwähnt und damit potenziell unreflektiert importiert. Das Subjekt muss nach Sachse Bewältigungsanstrengungen unternehmen, damit es die als *normal* gesetzten Anforderungen adäquat bearbeiten und erfüllen kann. Indem also das eigene Wesen des Subjekts

650 Sachse 2006, S. 26.

651 Sachse 2006, S. 20.

auf diese Funktion festgelegt wird, fungiert eine subjektorientierte Bewältigungstheorie als subtile Technik der praktischen Affirmation „nun einmal geltender“ Maßstäbe – seien sie gesundheits-, entwicklungs- oder moralbezogene Anforderungen.

Mit einer solchen Interpretation erhält Monica Grecos kritischer Befund der „duty to be well“ eine neue Auslegung: Die Gesundheit und der Erhalt der Funktionsfähigkeit sind keine von außen auferlegten Pflichten, sondern nur der subjektive Nachvollzug eines im Individuum steckenden Regelmechanismus.

7. Ergebnisse: Wer bewältigt was für wen? Oder: Eine kritische Betrachtung von Bewältigungstheorien

Im letzten Kapitel wurden ausführlich Theorien analysiert, die sich auf unterschiedlicher Weise dem Bewältigungshandeln bei Erkrankungen nähern. Im Folgenden sollen, als ein erster Schritt, die zentralen Ergebnisse dieser Analyse gesammelt und aufeinander bezogen werden. Im zweiten Schritt haben sich die Theorien der zentralen Forschungsfrage „Wer bewältigt was für wen“ zu stellen. Anschließend, und damit im dritten Schritt, werden diese Antworten auf die Forschungsfrage mit den theoretischen Konzepten der Sozialisationsforschung und der Gouvernamentalitätsstudien konfrontiert. Das Ziel ist folglich, sowohl die Leistungen wie die Einfallstore und blinden Stellen der Theorien sichtbar zu machen. Im vierten Schritt soll abschließend resümiert werden, was die Analyse leistet und welche Anschlüsse sich aus den präsentierten Ergebnissen ergeben.

7.1. Bewältigungshandeln – Ein komplexes Phänomen

Die Analyse beginnt mit Piagets Theorie der Adaption. Diese liefert mit ihren beiden komplementären Prozessen der Assimilation und der Akkommodation einen basalen Erklärungsansatz allgemeiner Bewältigungsvorgänge des Individuums. Während der Anpassung äußerer Gegenstände, ob kognitiv-theoretischer oder praktisch physischer Natur, an das individuelle Bezugssystem, wie auch bei der Anpassung des inneren Bezugssystems an äußere Widerstände lernt das Individuum nicht nur an seiner Umwelt, sondern entwickelt zugleich eine Fähigkeit zur Bewältigung zukünftiger Umstände und Probleme. Anpassung ist hier also immer sowohl auf die Umwelt als auch auf das Subjekt bezogen. Die Entwicklung vollzieht sich in der Überwindung der immer wieder aufs Neue eintretenden Irritationen und Störungen der bisher bewährten Bewältigungsmuster und dem Erreichen eines neuen Gleichgewichts, welches den Ausgangspunkt des nächsten Bewältigungsprozesses bildet. Piaget formuliert damit eine abstrakte Theorie der kognitiven sowie der physischen Aneignung von Welt, die als eine Vielzahl unterschiedlicher Stimuli verstanden wird, die auf das Individuum einwirken und die Gegenstände der geistigen wie körperlichen Auseinandersetzung bildet.

In der anschließenden Auseinandersetzung mit den theoretischen Konzepten von Corbin und Strauss wird ein wesentliches Moment des Bewältigungshandelns eingeführt: die Arbeit. Sie nimmt einen zentralen Stellenwert ein und betont die Seite der Mühsal, der Belastung und zeichnet auch Grenzen des Leistbaren deutlicher ab. Gleichzeitig macht die Theorie deutlich, dass zum Bewältigen planmäßige Handlungsroutrinen entwickelt werden müssen, um die gestellten Anforderungen bearbeiten zu können. Corbin und Strauss interpretieren die Arbeit als Mühsal, das die Belastbarkeiten des Individuums situativ oder auch dauerhaft übersteigen kann und die Anforderung an die Planhaftigkeit des Handelns in einem widerstreitenden Verhältnis zueinander verortet. Planvolle Bewältigung mag eine Voraussetzung zur Vermeidung von Überbelastung sein, doch kann sie keinesfalls in einer Situation der Überlastung oder des krisenhaften Lebenschnitts als selbstverständlich vorausgesetzt werden, so die AutorInnen. Corbin und Strauss erweitern mit ihrem Ansatz auch den Kreis des Bewältigungssubjekts. Nicht nur die unmittelbar betroffene Person ist vor Anforderungen gestellt, sondern ebenso Partner oder Partnerin sowie andere nahestehende Personen.

Weiter erlaubt ihr Konzept der Verlaufskurve, die verschiedenen Phasen im Leben mit einer chronischen Erkrankung sowie die unterschiedlichen alltagsweltlichen Anforderungen systematischer zu fassen. Corbin und Strauss zeigen, in welchen Phasen welche Arbeiten von besonderer Bedeutung sind und welche Anforderungen dadurch hinsichtlich biografischer Arbeit sowie krankheits- und alltagsbezogener Arbeit mit ihnen gestellt werden. Damit wird sowohl für die unterschiedlichen Belastungen sensibilisiert, wie auch dargelegt, was die Integration einer Erkrankung in das Leben bedeutet und wie sich dies auf die Vereinbarkeit und Gesamtorganisation der unterschiedlichen Arbeiten auswirken kann. Diese Gesamtorganisation inkludiert auch die Arbeiten des gesunden Partners/der gesunden Partnerin, die sie/er gemeinsam mit der erkrankten Person lösen muss.

Schließlich wird mit Antonovskys Salutogenesekonzept *die* zentrale Theorie der Gesundheit der jüngeren Vergangenheit präsentiert. Sie begründet die Abkehr von einem Gesundheitsverständnis, das sich in der Abgrenzung zur Krankheit begreift. Ohne eine pathogenetische Orientierung gänzlich abzulehnen, verweist Antonovsky auf die Bedeutung der Prozesse zur Gesundung. Mit der Aufkündigung der Dichotomisierung von Krankheit und Gesundheit und der Substitution durch ein Verständnis von Gesundheit und Krankheiten als zwei Pole eines Kontinuums entwirft er nicht nur eine neue Idee der menschlichen Gesundheit, sondern fasst gleichzeit ein Plädoyer für die „Normalisierung“ von Krankheit: Alle sind, so lange sie leben, immer gesund und krank, nur in unterschiedlichen Anteilen. Mit dieser Re-Normalisierung verbindet er eine Auffassung von Gesundheit mit einer hohen ethisch-normativen Verantwortung. Es ging ihm darum, ein Konzept zu entwickeln, das den Menschen bei ihrer „Bewegung zum gesunden Pol“ behilflich ist. Ein maßgeblicher Ansatz hierfür ist die starke Ressourcenorientierung. Der Mensch und damit auch seine Bewältigungsprozesse müssen in seiner Subjektivität besser verstanden werden,

damit eine verbesserte Bereitstellung von notwendigen Ressourcen möglich wird. Die Verfügung über Ressourcen ist von entscheidender Bedeutung, um die erforderlichen Arbeiten leisten zu können.

Mit der Kategorie der *generalisierten Widerstandsressourcen* beschreibt Antonovsky situationsunabhängige Ressourcen, die für die Bewältigungsarbeit allgemein bedeutsam sind. Hierunter sind neben materiellen Ressourcen, wie zum Beispiel Geld, auch personale Ressourcen wie Ich-Stärke summiert. Als eine besondere Ressource identifizierte Antonovsky das *Kohärenzgefühl* als eines der Kernstücke seiner Theorie. Dieses stellt eine als Gefühl geronnene Gewissheit, eine Art Grundvertrauen in die prinzipielle Bewältigbarkeit des eigenen Lebens dar. Dieses Vertrauen ist zwar nicht generell unabhängig vom Gelingen oder Scheitern der Arbeiten vor dem Hintergrund innerer und äußerer Anforderungen, aber durchaus von der Umsetzung in der konkreten Situation losgelöst. Dies macht es auch zu einer Ressource in Situationen des Scheiterns.

Antonovsky fragte sich, wie es möglich sein kann, dass seine Theorie für instrumentelle Sichtweisen im Zusammenhang medizinischer Handlungsrationaltäten, z.B. der Herstellung von Compliance, missbraucht werden kann. In der Diskussion der Salutogenese (in Kapitel 6.4.7) zeigt sich, dass der Ansatz selbst einer funktionalistischen Betrachtungsweise Vorschub leistet. Durch die Überbetonung der Ressourcenorientierung rücken alle Momente der sozialen Umwelt eines Individuums mit der Frage in den Fokus, was sie für die Bewältigung biografischer, alltags- und krankheitsbedingter Aufgaben leisten. Es wird nicht auf bestimmte Belastungsfaktoren und Anforderungen geschaut und damit geprüft, welche bestimmten Ressourcen für diese benötigt werden. Stattdessen kehrt sich der Blick um: In der Perspektive der Ressourcenorientierung erhalten alle Lebensmomente die Zuschreibung, potenzielle Ressource zu sein, also als *Bedingung für* Bewältigung dienen zu können. In dieser Orientierung rückt die Suche nach negativen Stressoren, welche nötig wäre, um jene zu reduzieren, in den Hintergrund. Die durch Stressoren bedingte Belastung wird demgegenüber als ein Mangel an den nötigen Bewältigungsressourcen dargestellt.

Die Salutogenese lässt sich also als ein Konzept des *Umgangs mit* Stressoren verstehen. Mit dem Kohärenzgefühl wird auch die Leistung vorgegeben, die die Ressourcen und das Bewältigungshandeln erbringen sollen: die Aufrechterhaltung, Herstellung oder Wiederherstellung des Kohärenzgefühls. Den Erfolg erachtet Antonovsky angesichts der Omnipräsenz von Stressoren keinesfalls als selbstverständlich. Vielmehr sind in der Frage, wie Gesundheit überhaupt möglich sei, zwar einerseits lauter Störquellen unterstellt, in ihrer abstrakt gefassten Gesamtheit als Stressoren, aber nicht weiter analysiert, sondern mehr als Hinweisgeber verstanden für eine im Subjekt liegende Widerstandskraft. Damit wollte er keinesfalls deren Relevanz bestreiten, sondern hielt ihre Berücksichtigung für selbstverständlich.

Ich fragte nicht nach den Ursachen von Armut, Krieg, Arbeitslosigkeit oder Umweltverschmutzung, da ich niemals auch nur im Traum daran gedacht hätte, daß irgend jemand meine Arbeit so verstehen könnte, als seien diese nicht fundamental für ein Verständnis der Bewegung entlang des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums.⁶⁵²

Antonovsky war sich also der Gefahr einer zynischen Auslegung dieser neuen gesundheitswissenschaftlichen Dankrichtung durchaus bewusst, auch wenn er ihr Ausmaß vielleicht nicht geahnt hat.

Abschließend präsentiert sich im Therapiekonzept von Sachse vordergründig keine Theorie im eigentlichen Sinne. Es ist vielmehr ein praktisches Handlungskonzept zur therapeutischen Unterstützung bei der Bewältigung einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung. In diesem Konzept wird sich aber sowohl auf bestehende psychologische Grundannahmen gestützt, wie auch werden am eigenen Material theoretische Schlüsse und Aussagen getroffen. Die analysierten Argumentationsstränge mögen sich dabei auf empirisches Datenmaterial von Personen mit einer CED beziehen, jedoch bleiben die theoretischen Aussagen keinesfalls auf diese begrenzt. So kann das Konzept der *Alienation* ohne weiteres auch auf Personengruppen mit anderen Erkrankungen und anderen Merkmalsausprägungen angewandt werden.

In der Analyse sind nicht die Daten, sondern die theoretischen Annahmen und die daraus gezogenen Schlüsse einer kritischen Betrachtung unterzogen worden. Sachse schreibt den Menschen mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung generell ein hohes Maß an Entfremdung von ihren Bedürfnissen und Wünschen zu. Diese Entfernung kann dabei durch ein äußeres Ereignis angestoßen worden sein, doch liegt der Grund dafür wesentlich tiefer, nämlich in einem mangelnden Zugang zum eigenen Motivsystem. Die entfremdete Person weiß nicht mehr, was sie will, und weiß nicht einmal, dass sie in dieser Hinsicht eine Störung aufweist. Unwissenheit und Reflexionsvermeidung werden neben anderen pathologischen Zügen, wie zum Beispiel ein mangelndes Selbstbild, zu Eigenschaften der chronisch Erkrankten erklärt. Oder zugespitzt formuliert: Dass dieser Mensch ein Problem hat, weiß eigentlich nur der Therapeut/die Therapeutin, und das, um Sachse zu zitieren, „per definitionem“. Sachse begegnet folglich in seiner handlungsbezogenen Theorie dem „gestörten“ Subjekt, dessen Problem bereits vor Beginn der Therapie diagnostiziert ist: Die erkrankte Person hat eine mangelhafte Selbstregulation, die sich darin äußert, dass es der Person schwerfällt, die an sie gestellten Anforderungen zu bewältigen.

In der handlungsbezogenen Theorie von Sachse ist damit der Blick endgültig abgerückt von einer Betrachtung der Umwelt und der Minimierung der aus ihr stammenden schädigenden Stressoren. Das Individuum mit seinen psychischen Prozessen wird zum letzten Grund der Krankheit erklärt, auch wenn diese Krankheit ätiologisch nicht in der Psyche begründet sein muss.

652 Antonovsky 1997, S. 92.

7.2. Wer bewältigt denn nun was für wen?

Nach dieser Rekapitulation der Ergebnisse ist der Weg bereitet, noch einmal die erkenntnisleitende Frage an die betrachteten Theorien zu richten. Die Frage „*wer bewältigt was für wen*“ wird eingangs damit beschrieben, dass sie die kondensierte Fassung dreier Fragen ist: die Frage nach dem Subjekt im Bewältigungshandeln, die Frage nach den gestellten Bewältigungsanforderungen und die Frage nach dem eigentlichen Ziel der Bewältigung, bzw. den Subjekten der Formulierung dieses Ziels. Durch diese Differenzierung können nicht nur die Theorien einem Vergleich unterzogen werden, sie ermöglicht zugleich die Suche nach Kontinuitäten und hegemonialen Deutungsmustern.

7.2.1. Die Frage nach dem „Wer“

Bei Piaget war das Subjekt bestimmt als der einzelne, biografisch geprägte Mensch, der sich in der Auseinandersetzung mit seiner sozial vorkonstruierten Umwelt befindet. Der Mensch kann an dieser Umwelt lernen, aber auch an ihr scheitern, in jedem Fall aber sein individuelles Handlungsschema ausbilden. Bei Corbin und Strauss wird das Subjekt um die Partner und Partnerinnen erweitert, die in ihre jeweiligen biografischen Hintergründe eingebettet sind. Die Subjekte bewegen sich aktiv vor dem Hintergrund ihrer Motive und gesteckten Handlungsziele. Sie passen für diese Handlungsmotive neu hinzutretenden Anforderungen an, modifizieren diese, weisen sie zurück oder integrieren sie ganz in ihr Handlungsschema oder auch Wertesystem. Weder werden sie als starke und erfolgreiche Akteure entworfen, noch als schwache und ausgelieferte. Sie sind weder allwissend im Sinne einer umfassenden Bewusstwerdung all der an sie gestellten Anforderungen, noch lassen sie sich lenken durch die Ereignisse, die ihnen wiederfahren. Das Handeln geht hier nicht an der Subjektivität des Individuums vorbei und gleichzeitig entziehen sich viele Umstände ihrer Handlungsmacht.

Hingegen kann aus einer pathogenetischen Sicht das Subjekt bei Antonovsky als immer krankes und nie ganz gesundes Subjekt gedeutet werden, aber ebenso, und das entspricht Antonovskys Aufruf, als immer gesundes und nie ganz krankes Subjekt. Auch in Phasen krisenhafter Einschnitte durch tragische Ereignisse kann das Subjekt seine Handlungsfähigkeit bewahren. Durch die Möglichkeit, persönliche Bedeutsamkeit selektiv zuzuweisen, kann es die inneren und äußeren Vorgänge als verstehbar erleben und Handhabbarkeit aufrechterhalten oder herstellen. Das Grundvertrauen in die Bewältigbarkeit von schweren Aufgaben, verursacht beispielsweise durch Krankheit, versetzt es in die Lage, auch bei eingetretenem Scheitern eigene Handlungsmacht zu bewahren. Es kann sich den Situationen anpassen, von der Krankheit dauerhaft oder temporär verunmöglichten Lebenswegen ablassen und neuen Dingen eine Bedeutsamkeit zuschreiben. Das Subjekt ist selber die Instanz, die Lebensziele und handlungsleitende Motive setzt, sich dabei von äußeren Vorstel-

lungen wie dem durch das Erwerbsleben gesetzten Leistungsanforderungen leiten lassen, wird aber niemals vollständig von ihnen bestimmt. Es handelt gemäß seiner *Bedeutlichkeiten*, weiß in seinem *Kohärenzgefühl* stets das „Wofür“ seiner Anstrengungen anzugeben, nämlich im Hinblick auf die eigenen Lebensziele, ohne dabei auf nur ein Ziel festgelegt zu sein. Die Ziele des Subjekts sind nie alle im gleichen Maße im Vordergrund des Handelns vertreten, obwohl sie als solche stets präsent bleiben. Auch können sich die Ziele einander widersprechen und niemals gleichzeitig aufgehen, dennoch gibt das Subjekt nur selten eins oder mehrere auf, es bleibt selbstbestimmt in der Wahl der Ziele.

Bei Sachse hingegen wird das Subjekt konstruiert als ein Wirkungszusammenhang nach Maßgabe der inneren Handlungsregulation. Ohne Zugang zum eigenen Motivsystem passt sich das Subjekt beständig den an es gerichteten Anforderungen an, unfähig das eigene Bedürfnissystem zu aktivieren, um im Sinne eigener Setzungen zu handeln. Die Wünsche und Bedürfnisse des Subjekts werden dabei nicht benannt, sondern im Bereich des Alles-möglichen belassen. Gleichwohl sind sie gleich doppelt und darin widersprüchlich bestimmt: Als *eigentliche* Bedürfnisse sind sie dem Subjekt eingeschrieben und dennoch diesem verborgen, sodass es die *eigentlichen* gar nicht mehr *als die eigenen* erkennt. Als schwaches und störanfälliges Subjekt wird es passiviert, ohne dass darin von einem Appell an die Selbstbehandlung (durch externe Hilfe) abgelassen wird. Das Subjekt, zur Handlung berufen, ist zu dieser doch permanent nicht fähig, was Sachse insbesondere der Gruppe von Menschen mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung zuschreibt. Es wird sich zeigen, dass dies alles andere als eine logische Spielerei ist.

7.2.2. „Was“ gilt es zu bewältigen?

Die Bewältigungsaufgaben lassen sich nach Piaget beschreiben als die gesamte Fülle aller biologischen, entwicklungsphysiologischen, erzieherischen, schulischen, Peer-group-spezifischen, gesellschaftlichen, kulturellen und normenorientierten Aufgaben, mit denen ein heranwachsendes Selbst im Laufe seines Lebens konfrontiert werden kann. In ihrer Abstraktheit und ihrem Umfang lassen sich ihnen per se weder positive noch negative Konnotationen zuordnen. Die Herkunft der Anforderungen scheint nicht auf, aber dies war auch nicht Piagets vorrangiges Erkenntnisinteresse. Ihm galt es seinerzeit, *überhaupt* die Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt in ihren Bewegungsformen der Assimilation und Akkommodation darzustellen.

Bei Corbin und Strauss erfahren die an das Subjekt gerichteten Anforderungen zunächst ihre gemeinsame Klammer, indem sie als Arbeiten gefasst werden. Hierin machen der Autor und die Autorin jedoch deutlich, dass es gerade jeweils bestimmte Arbeiten sind, die zur Lösung konkreter Probleme und Aufgaben angewendet werden müssen. Bei ihnen verschwimmen nicht die Behandlung krankheitsbedingter Beschwerden, die Pflege der zwischenmenschlichen Beziehung oder das Nachkommen

einer ärztlichen Aufforderung unter der Abstraktion allgemeiner Anforderung, sondern werden als diese klar benannt und je unterschiedlichen Arbeitsfeldern zugewiesen. Die AutorInnen heben gerade hervor, dass die unterschiedlichen Qualitäten der Anforderungen betrachtet werden müssen, da ohne dieses Wissen eine Bewältigung gar nicht möglich sei. Gleichzeitig heben sie hervor, dass ein Individuum mit der gleichzeitigen Bewältigung auf den verschiedenen Arbeitsfeldern durchaus überlastet werden kann, weil es seine Kräfte wie auch seine Handlungskompetenzen überschreitet. Dies weisen sie dabei nicht als Mangel des Subjekts aus, sondern charakterisieren damit die Schwere der Lage, die durch die Anforderungen hervorgerufen wird.

Die im Salutogenesekonzept von Antonovsky formulierten Anforderungen sind zunächst die krankmachenden Stressoren, deren Bombardement sich das Subjekt zeitlebens ausgesetzt sieht. Weniger als Corbin und Strauss geht es ihm um die Bestimmung einzelner Ressourcen zur Bewältigung eines konkreten Problems oder einer Anforderung, sondern er sucht das ihnen allen gemeinsame, situationsunabhängige Merkmal und deshalb bilden *generalisierte Widerstandressourcen* den Gegenstand seiner Untersuchung, weil diese Gesundheit *überhaupt* bewirken können. Die Frage nach der abstrakten Möglichkeit von Gesundheit führt ihn mithin zu einer abstrakten Eigenschaft des Subjekts: dem *Kohärenzgefühl*. Weil dies die unbedingte Widerstandressource schlechthin ist, muss das Individuum dieses bewahren oder herstellen. Gefühl bedeutet in diesem Kontext nicht, dass das Subjekt Gefühlsarbeit leisten muss, sondern es muss Sinnhaftigkeit generieren, also sich im Besitz eines Grundvertrauens befinden. Dieses gilt es unter dem Einfluss der Stressoren aufrechtzuerhalten.

Im Therapiekonzept von Sachse ist wiederum die zu bearbeitende Hauptanforderung die der Aufhebung der *Alienation*. Aufhebung der Entfremdung und Rückgewinnung des Zugangs zum eigenen Motivsystem, weil die Entfremdung sowohl Grund als auch Folge einer gestörten Selbstregulation ist. Die psychischen Folgen stellt Sachse als eine notwendige Verkettung assoziierter Störungen dar, zu denen das Subjekt jedoch *wegen* dieser Störungen nur noch über einen eingeschränkten Zugang verfügt. Zudem gibt es nach Sachse ausgeprägte Strukturen der Reflexionsvermeidung, sodass das Subjekt zunächst nichts anderes tun kann, will es die Krankheit und andere Anforderung erfolgreich bewältigen, als an sich zu arbeiten. Hierzu ist es jedoch nur sehr bedingt aus eigener Anstrengung fähig, sodass es Expertise benötigt. Dies einzusehen und sich die Mitautorenschaft an der eigenen Lage zuzuschreiben, kann bei der Verfolgung von Sachses Argumentation als die elementare Maßnahme der Hilfe zur Selbsthilfe angesehen werden. Was bewältigt werden soll, sind also zuvorderst die eigenen Widerstände und die Übernahme von Verantwortung.

7.2.3. Für „wen“ bewältigt das Subjekt?

Diese Frage könnte ebenso lauten: welchen und wessen Zielen folgt es? Dies lässt sich nicht für jede der vier Theorien leicht beantworten. Betrachtet man Piagets Konzept der Adaption, so scheint in diesem ein radikaler Subjektbezug zu stecken. Alles, was das Subjekt in der Wechselwirkung mit seiner Umwelt bewältigt, tut es für sich, auch wenn es dafür eigene Handlungsschemata anpassen muss – tut es dies doch nur, um sich weitere Teile von Welt anzueignen. Auch wenn es dem Subjekt in allen Theorien um sich selbst geht, so ist doch die Umwelt stets enthalten, unabhängig davon, wie explizit sie in der jeweiligen Theorie thematisiert wird. Tatsächlich ist das Außen in diesen Theorien nur sehr bedingt Thema, obwohl in ihm sehr viele Anforderungen an das Subjekt gestellt werden. Bei Piaget stellt es das abstrakte Material der Auseinandersetzung des Individuums dar. Dadurch, dass es versucht, sich die äußeren materiellen oder kognitiven Gegenstände einzuverleiben, vollzieht es seinen Entwicklungsprozess.

Bei Antonovsky erscheint die Umwelt sowohl als Stressor wie auch als Ressource, während uns Corbin und Strauss dahin führen, dass die Umwelt in ihrer doppelten Eigenschaft als Stressor und Ressource Arbeit beinhaltet, sei diese bezogen auf die Überwindung einer belastenden Situation oder die Aneignung dafür geeigneter Mittel. Ferner wird in ihren Ausführungen deutlich, dass die Anforderungen unterschiedlicher Akteure die Definition der verschiedenen Arbeiten beeinflussen. Bei Sachse ist das „für wen“ einerseits ebenfalls deutlich auf das Subjekt bezogen, da es zu seinen Motiven zurückfinden soll. Andererseits sind hierbei nicht angesprochene Inhalte importiert worden. Dem Ideal der Funktionsfähigkeit des Subjekts gemäß soll es in die Lage versetzt werden, allgemeinen Anforderungen selbstständig nachkommen zu können und die „Pflicht zur Gesundheit“ eigenverantwortlich zu erfüllen.

Die Frage, was zu bewältigen ist, ist also untrennbar verknüpft mit der Frage, wer diese Anforderungen stellt.

7.3. Die Gouvernamentalität und „Wer bewältigt was für wen?“

Bezieht man die Antworten auf die Frage „Wer bewältigt was für wen“ zurück auf die theoretischen Grundannahmen dieser Arbeit, so zeigt sich, dass die Gouvernamentalitätsstudien und die dargestellten Theorien der Sozialisation ebenfalls Antworten auf die Verschränkung von Bewältigungsaufgaben einerseits mit den verschiedenen involvierten Akteure andererseits liefern können – und dies auf Grundlage der besonderen Anforderungen, wie sie durch die spezifische Ausprägung der chronischen Erkrankung Morbus Crohn im Übergang zum Erwachsenenalter gestellt werden. Mit dieser theoretischen Perspektive sind die bisherigen Ergebnisse ein weiteres Mal zu diskutieren.

Beginnen wir nun mit der Frage nach dem „für was“. Hierfür zeigen die Gou-vernamentalitätsstudien auf, dass es ein weiteres Spektrum gesellschaftlicher Anforderungen gibt, die an das heranwachsende Subjekt gestellt werden. Diese Anforderungen haben in den diskutierten Theorien der Sozialisation und der Darstellung der chronisch-entzündlichen Darmerkrankung Morbus Crohn eine weitere Spezifikation erfahren: die Aufforderung zum chronischen Gesund-sein, der eigenverantwortliche Erhalt der eigenen Leistungsfähigkeit, die Übernahme gesellschaftlicher Rollen und Normen, die Ausbildung der Autonomie zur Übernahme von Eigenverantwortung sowie die eigenständige Aneignung von Ressourcen zur Überwindung krankheitsbedingter Einschränkungen bilden den Bewältigungshintergrund des heranwachsenden, chronisch kranken Subjekts. Es ist deutlich geworden, dass alle diese – zunächst aus der Umwelt stammenden – Anforderung zu ihrer Umsetzung auf die Verinnerlichung durch die Subjekte angewiesen sind. Sie können nur vollzogen werden, indem die Subjekte sie reproduzieren. Als lediglich äußerliche Anforderungen können sie nicht bestehen, sie würden verblassen, bis sie Zeugnisse überkommener gesellschaftlicher Bilder und Formationen wären. Die Aneignung geschieht nur durch das Subjekt selbst. Das Subjekt verfügt über seinen eigenen Willen und bringt diesen für das Geforderte auf.

Mit Bröckling gesprochen gibt es jedoch nichts, was nicht mit *Macht* durchgesetzt werden muss. „Macht“ wird hier jedoch als Willensverhältnis verstanden, deutet zwar eine Asymmetrie zwischen zwei Subjekten an, ohne jedoch die Handlungsfähigkeit des einen zu negieren und damit eine Ausweglosigkeit des – relativ betrachtet – unterlegenen Subjekts zu besiegeln. Der Eigensinn des Subjekts und die ihm eigene Widerständigkeit lassen den Ausgang des Spiels der Mächte stets offen. Die Aneignung äußerer Handlungsmaßstäbe ist damit weder deterministisch zu verstehen, noch ist sie ein Produkt des Zufalls. Weder werden Anforderungen eins zu eins übernommen, nur weil sie existieren und von außen an das Subjekt gestellt werden, noch sind die angeeigneten Handlungsmaßstäbe lediglich der eigenen Subjektivität entsprungen. Das Individuum kann ganz prinzipiell den angebotenen Sinngehalt annehmen, zurückweisen oder auch modifizieren.

Aber wie verhält es sich bei gesellschaftlichen Rollen- oder Gesundheitsvorstellung, die nicht selten den Charakter eines allgemeinen Imperativs haben? Mit den Anforderungen und den in ihnen formulierten Handlungsmaßstäben werden dem Subjekt Bedingungen seines Handelns gesetzt. Diese Bedingungen können nicht einfach negiert oder ignoriert werden, sondern sind als äußere Signifikanzen mit einer Macht ausgestattet, die letztendlich auch dafür sorgen kann, dass Bedürfnisse des Subjekts unerfüllt bleiben, seine Wünsche enttäuscht und Ziele verunmöglicht werden. Es sind hegemoniale, wirkmächtige Variablen, die über die Inklusion und Exklusion des Subjekts hinsichtlich der Teilhabe an sozialen Strukturen wie auch materiellen Zuteilungssystemen entscheiden. Aus der Perspektive dieses Gate-keepings ist das Subjekt gut beraten, diesen Logiken Folge zu leisten, also sie zu antizipieren und sein Handeln an den Variablen zu orientieren. Scharf formuliert ist das Subjekt

bei Strafe des Untergangs angehalten, sich an den an es gestellten Anforderungen erfolgreich zu bewähren. Der stumme Zwang zur Verinnerlichung der Verhaltenserwartungen lässt die Erfüllung der Anforderungen als freie Willensentscheidung erscheinen.

Das Subjekt wird nach dieser gouvernementalen Optik gedacht als eines, das alles das, was es soll, von sich aus ohnehin schon will. Besonders deutlich tritt dieses „gewollte Sollen“ in der Pathologisierung Sachsens zu Tage: Wenn als die eigentlichen Bedürfnisse jene konstruiert sind, die vom Subjekt gefordert werden, dann sind alle Anrufungen an das Subjekt keine Imperative mehr, sondern nur die Ermöglichung der Verwirklichung des Subjekts selbst. Im Subjekt verschmelzen entsprechend Innen und Außen. Der Prozess der Subjektivierung beschreibt genau diese dialektische Bewegungsform der Verinnerlichung äußerer Setzungen und deren gleichzeitige Brechung am Eigensinn, beziehungsweise durch die Transformation des Eigensinns. Anforderungen lassen sich daher nicht unterteilen in solche, die genuin dem Subjekt entspringen und jene, die immerzu von außen an es gerichtet werden. Eine Anforderung mag eine äußere sein, wie zum Beispiel die Forderung nach Leistungsfähigkeit. Das Subjekt kann diese Forderung (modifiziert) übernehmen, sich zu eigen machen, mit dieser selbst an seine Umwelt herantreten und sie dort reproduzieren. Die verinnerlichte Anforderung wird mit ihrer Äußerung zur Anforderung in der Umwelt anderer. „Innen“ und „außen“ sind damit allenfalls Zustandsbeschreibungen, Zeitpunkte auf der Lebensachse eines Menschen und keine Eigenschaften der Anforderungen an sich. In der *biografischen Zeit* des Individuums mag die Entstehungsgeschichte der Verinnerlichung dieser oder jener Setzung zu rekonstruieren sein – in der Tat scheint dies die einzige Möglichkeit, diesem Prozess in einem konkreten Individuum überhaupt auf die Schliche kommen zu können –, doch sagt dies noch sehr wenig über die Anforderung an und für sich aus.

Am konkreten Inhalt der Anforderungen entscheidet sich, welche Implikationen bzw. auch Imperative sich für das Subjekt daraus ergeben. Daher ist es bei der Betrachtung von Bewältigungshandeln auch nicht zielführend, diese an das Subjekt gestellten Forderungen in ihrer abstraktesten Form, nämlich schlicht als „Anforderungen“, zu fassen, da auf diese Weise eine große Anzahl qualitativ verschiedener Forderungen mehr oder weniger unterschiedslos aneinandergereiht werden. So werden die Angst vor Arbeitsplatzverlust, die Sorge um soziale Isolation und Diskriminierung oder die Scham der Nicht-Entsprechung gesellschaftlicher Körperideale schnell ebenso zu krankheitsbedingten Folgeproblemen erklärt wie Bauchschmerz, Angst vor dem nächsten Krankheitsschub oder eine eingeschränkte Aktivität durch andauernden Durchfall und daraus resultierende Abgeschlagenheit.

Durch die Vermeidung konkreter Inhalte verschwimmen in den Bewältigungskonzepten nicht nur gesellschaftliche Imperative, indem die Folgen der Erkrankung zugeschrieben werden und nicht dem gesellschaftlichen Kontext, dem sie entstammen und in den die Person mit einer chronischen Erkrankung eingebettet ist. Mit

der Schuldzuschreibung an die Krankheit ergeht eine Responsibilisierung des Trägers der Erkrankung: des Subjekts.

Eine ressourcenorientierte Sichtweise revidiert nicht notwendig die übertragene Verantwortlichkeit, vielmehr wird diese angewandt, um dem Subjekt dafür mehr notwendige Mittel zur Verfügung zu stellen. Anstelle an der Anforderungsseite reduzierend einzuwirken, wird sich auf der Subjektseite für eine Mobilisierung der Kräfte stark gemacht. Dieser Ansatz ist besonders im heutigen Empowerment-Gedanken vertreten.

Bei der Frage nach dem „Was“ konnte gezeigt werden, dass die konkreten Anforderungen untrennbar mit den dahinterstehenden Interessen und Motiven zusammenhängen. Daher lässt sich auch aus einer kritischen Perspektive die Frage, was bewältigt werden soll, nicht ohne ihre zweite Hälfte, nach dem „für wen“ bewältigt werden soll, stellen. Eine Analyse von Bewältigungsressourcen und individuellen und krankheitsspezifischen Bewältigungsstrategien kann unversehens unter den (unreflektierten) Vorgaben hegemonialer Anforderungen stattfinden, ohne dass dies im Bewältigungskonzept ins Bewusstsein gebracht worden wäre.

Bauchschmerz, Einschränkungen bei sozialen Aktivitäten, eine verringerte Leistungsfähigkeit, ein verzögerter biologischer Reifungsprozess oder eine Lebenskrise können aus den verschiedensten Gründen zu bewältigen sein; dies mag dabei dem Anspruch des Subjekts selbst und dem Interesse anderer entspringen. Nur wenn man sich über die in den konkreten Situationen gestellten Anforderungen Rechenschaft ablegt, kann man darüber urteilen, welche Interessen an das Subjekt herantreten und wie das konkrete Subjekt in diesen Interessen vorkommt.

Diese Interessen herauszuarbeiten, sollte die vorliegende Arbeit freilich noch nicht leisten. Es galt zunächst, auf die Fallstricke bei der Betrachtung von Bewältigungsanforderungen hinzuweisen und so den kritischen Blick auf die Akteure und Interessen im Bewältigungshandeln zu schärfen. Bevor eine weitere Theorie zum bestimmten Bewältigungshandeln konkreter Personen mit ihren individuellen biografischen Hintergründen aus empirischem Material entwickelt werden kann, sollte mit dieser Arbeit zunächst der Grundstein dafür gelegt werden, indem auf die Disposition des gesellschaftlich eingebetteten Bewältigungshandelns eingegangen wird. Es wurde gezeigt, dass die Subjektorientierung einer Theorie nicht ohne Weiteres als eine positive Eigenschaft dieser Theorie festgehalten werden kann, denn, wie die Betrachtung von Sachsés Therapiekonzept radikal vor Augen führt, hängt es sehr davon ab, welche Zuschreibungen das Subjekt im Vorfeld erfahren hat. Damit erscheint auch die Dekonstruktion dieser Zuschreibung im Sinne einer kritischen Theorie der Gesundheit notwendig, welche sich in der Frage nach dem „wer“ etwas zu bewältigen hat, ausdrückt.

Mit der Frage „wer bewältigt was für wen?“ wird hier nicht der Versuch unternommen, eine neue Theorie der Gesundheit oder des Bewältigungshandelns zu formulieren. Vielmehr soll der hier vertretende Ansatz eine kritische Heuristik formulieren, die helfen kann, eine kritische Subjektorientierung zu begründen. Das Ziel

einer solchen kritischen Subjektorientierung ist die Stärkung und Autonomisierung des Subjekts, ohne es in den Stand der Allverantwortlichkeit zu drängen. Ebenso wenig soll eine Berücksichtigung der Schwächen, Einschränkungen und Überforderungen ein hilfloses Objekt konstruieren, das dankbar auf Hilfe von außen wartet. Das Subjekt einer solchen Orientierung ist weder vollkommen autonom, noch ist es bloßes Ergebnis der Wirkung äußerer oder innerer Umstände. Als bewusstseinsbegabtes Subjekt kann es sich jedoch die Bedingungen seines Handelns vergegenwärtigen, sie annehmen, ändern, zurückweisen oder ersetzen.

7.4. Ausblick - oder: Was folgt aus der Antwort auf die Frage „Wer bewältigt was für wen?“

Die vorliegende Analyse erfüllt kein Kriterium eines Ratgeberbuches. Auch nach dem Fazit ist die interessierte Leserin oder der interessierte Leser kein bisschen schlauer, wie es die an sie oder ihn gestellten Anforderungen „besser“ lösen kann. Diese Arbeit nimmt ihnen die Analyse nicht ab und zeigt ihnen auch keinen einfachen Ausweg. Dies konnte und sollte die Arbeit nie leisten.

Vielmehr zielt die Analyse darauf ab, dass jede Form von Unterstützung, sei sie in praktischer Lebenshilfe, beim Bewältigen konkreter Probleme oder in einem theoretisch fundierten Appell an die Berücksichtigung des Subjekts dargeboten, in eine Vereinnahmung und Funktionalisierung der adressierten Personen umschlagen kann. Dies geschieht nicht als absichtsvolle Handlung, sondern über die subtile Einführung von Bewältigungsmaßstäben aus einem wirkmächtigen Setting soziokultureller Strukturen und Regeln.

Diese sind nach der Betrachtung der vier ausgewählten Theorien selbstverständlich noch nicht dekonstruiert, geschweige denn verändert. Dies muss nachfolgenden Arbeiten überlassen werden, ebenso wie die weitere Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Anforderungen und Subjektzuschreibungen. Auch sind die subjektiven Verarbeitungsprozesse der Verinnerlichung im Sinne gouvernementalitätstheoretischer Überlegungen noch nicht von ihrer biografischen Seite aus betrachtet worden. Gerade der von Corbin und Strauss eingeführte Begriff der *Arbeit* ließe sich in dieser Hinsicht sicher noch weiter schärfen und ausdifferenzieren.

Ferner kann die Frage „*wer bewältigt was für wen?*“, angelegt an ethisch-normativ begründete Subjekt- und Gesundheitstheorien, dabei helfen, sich von gesellschaftlichen Imperativen dezidiert abzugrenzen, in der Hoffnung, diesen Imperativen und der Funktionalisierung der Bewältigung keinen Vorschub zu leisten.

Literaturverzeichnis

- Abels, Heinz/König, Alexandra (2010): Sozialisation – soziologische Antworten auf die Frage, wie wir werden, was wir sind, wie gesellschaftliche Ordnung möglich ist und wie Theorien der Gesellschaft und der Identität ineinanderspielen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Althusser, Luis (1977) [1970]: Ideologie und ideologische Staatsapparate, Hamburg: VSA Verlag.
- Andus, Tilo (2006): „Symptome des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa – Ursachen und Bedeutung für die Diagnosestellung“, in: DCCV (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Antonovsky, Aaron (1985): Health, Stress and Coping, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bäcker, Gerhard/Naegle, Gerhard/Bispinck, Reinhard (2008): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland - Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, Band 2, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bader, Franz/Roblick, Uwe/Bruch, Hans-Peter (2009): „Therapiemöglichkeiten bei Stenosen und Strikturen: Chirurgie und endoskopische Techniken“, S. 296-304, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Bauch, Jost (1996): „Risikogesellschaft und Gesundheitsdiskurs“, S. 14-42, in: Bauch, Jost/Hörnemann, Gerd (Hrsg.): Gesundheit im Sozialstaat – Beiträge zum Verhältnis von Gesundheit und Politik, Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.
- Baumgart, Daniel/Sandborn, William (2012): „Crohn's disease“, S. 1590-1605, in: Lancet, Vol. 380, Issue 9853.
- Behrens, Johann/Voges, Wolfgang (1996): „Kritische Übergänge“, S. 16-42, in: Behrens, Johann/Voges, Wolfgang: Kritische Übergänge – Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung, Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Behrens, Rolf et al. (2006): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Bremen/London/Boston: Uni-Med Verlag.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bitlingmayer, Uwe H. (2007): „Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu Blaming, Producing and activating the victim verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit“, S. 239-258, in: Ilsen, Gregor/Hensen, Peter (Hg.):

- Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: VS Verlag.
- Bittlingmayer, Uwe H. (2016): „Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit“, S. 23-40, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus: Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden: Springer VS.
- Bloch, Ernst (1985): Das Prinzip Hoffnung – Band II, 4. Teil: Grundrisse einer besseren Welt, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Böcker et al. (2007): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Behandlungskonzepte und Compliance, Bremen/London/Boston: Uni-Med Verlag.
- Böhnisch, Lothar/Lenz, Karl/Schröer, Wolfgang (2009): Sozialisation und Bewältigung – Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Bourdieu, Pierre (1993): „Jugend ist nur ein Wort“, S. 136-146, in: Bourdieu, Pierre/Beister, Hella (Hrsg.): Soziologische Fragen, Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag.
- Bröckling, Ulrich (2004a): „Empowerment“, S. 55- 62, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Glossar der Gegenwart, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bröckling, Ulrich (2004b): „Unternehmer“, S. 271-276, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Glossar der Gegenwart, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst – Soziologie einer Subjektivierungsform, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Bröckling, Ulrich (2008): Empowerment: Fallstricke der Bemächtigung. Zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie, S. 2-8, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Vol. 31, Issue 1.
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne (2010): „Ni méthode, ni approche – Zur Forschungsperspektive der Gouvernamentalitätsstudien mit einem Seitenblick auf Konvergenzen Divergenzen zur Diskursforschung, in: Angermüller, Johannes/van Dyke, Silke (Hrsg.): Diskursanalyse meets Gouvernamentalitätsforschung – Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen, Frankfurt/New York: Campus, S. 23-42.
- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (2000): „Gouvernamentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien – Eine Einführung“, S. 7-40, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Gouvernamentalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Brüderl, Leokadia (Hg.) (1988): Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Weinheim /München: Beltz Juventa.
- Buchwald, Petra (2004): „Verschiedene theoretische Modelle gemeinsamer Stressbewältigung“, S. 27-44, in: Buchwald, Petra/Schwarzer, Christine/Hobfoll, Stevan

- (2004): Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bugge, Franz (2001): Der Entwicklungspsychologe Jean Piaget, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Burchell, Graham (2005) [1996]: „Liberal government and techniques of the self“, S. 19-36, in: Barry, Andrew/Osborne, Thomas/Rose, Nikolas (Hrsg.): Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government, London: Routledge.
- Burisch, Johan et al. (2013): Environmental factors in a population – based inception cohort of inflammatory bowel disease patients in Europe – An ECCO-EpiCom study, S. 607-616, in: Journal of Crohn's and Colitis (2014), Vol. 8.
- Bury, Michael (2009): „Chronische Krankheit als biografischer Bruch“, S. 75-90, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Verlag Hans Huber.
- Butler, Judith (1991): Das Unbehagen der Geschlechter, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Butler, Judith (1995): Körper von Gewicht – Die diskursiven Grenzen des Geschlechts, Berlin: Berlin Verlag.
- Cechura, Suitbert (2007): „Empowerment und Gesundheitsförderung“, S. 203-214, in: Schmidt, Bettina/Kolip, Petra (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat – Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und sozialer Arbeit, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (2004): Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit, Bern: Verlag Hans Huber.
- Cruikshank, Barbara (1999): The will to Empower – democratic citizens and other subjects, Ithaca/London: Cornell University Press.
- Crumbock, S.C./Loeb, S.J./Fick, D.M (2009): Physical activity, stress, disease activity, and quality of life in adults with Crohn disease, S. 188-195, in: Gastroenterol Nurs, Vol. 32, Issue 3.
- DCCV (2008): Bauchredner 4/2008, Nr. 95, Neckertaltingen: Rieker-Verlag.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren – Eine Einführung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dietrich, Christoph/Caspar, Wolfgang (2006): „Das medizinische Krankheitsbild des Morbus Crohn“, S. 19-28, in: DCCV (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Duchmann, Rainer (2009): „Klinik der extraintestinalen Manifestationen und assoziierten Erkrankungen (ohne Karzinome)“, S. 94-100, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

- Duden (2010): Begriff „bewältigen“, S. 217, in: Duden. Das Bedeutungswörterbuch, 4. Aufl., Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich: Dudenverlag.
- Ecarius, Jutta (2015): „Familie und Jugend – Generationenordnung und familiäre Unterstützungs- und Beziehungsformen“, S. 89-104, in: Sandring, Sabine/Helsper, Werner/Krüger, Heinz-Hermann (Hrsg): Jugend – Theoriediskurse und Forschungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Engel, Uwe/Hurrelmann, Klaus (1989): Psychosoziale Belastungen im Jugendalter – Empirische Befunde zum Einfluß von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Berlin: Walter de Gruyter & Co.
- Erikson, Erik (1956): „Das Problem der Ich-Identität“, S. 123-212, in: Erikson, Erik (Hrsg.) (1973): Identität und Lebenszyklus – Drei Aufsätze, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik (1968): Kindheit und Gesellschaft, Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Ernst, Heiko (1992): „Gesund ist, was Spaß macht“, S. 152-166, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Ewert, Benjamin (2013): Vom Patienten zum Konsumenten? – Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Faltermeier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim: Beltz Psychologie-Verlags-Union.
- Federschmidt, Hermann (1993): Morbus Crohn aus psychosomatischer Sicht – Eine Untersuchung über somatopsychisch-psychosomatische Zusammenhänge bei Morbus Crohn unter besonderer Berücksichtigung differentieller Parameter, Frankfurt/Main u. a.: Peter Lang Verlag.
- Feuerle, Gerhard et al. (1983): Soziale Auswirkungen des Morbus Crohn, S. 971-975, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 108, Nr. 25, Stuttgart: Thieme Verlag.
- Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen – Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Flaake, Karin (2012): „Pubertät, Biologie und Kultur: Erfahrungen körperlicher Veränderungen“, S. 135-152, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Flammer, August/Alsaker, Françoise D. (2002): Entwicklungspsychologie der Adoleszenz – Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter, Verlag Hans Huber, Bern.
- Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung, Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Foucault, Michel (1976): Mikrophysik der Macht, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Foucault, Michel (1977): Sexualität und Wahrheit, 1. Band: Der Wille zum Wissen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1990): „Gespräch zwischen Yoshimoto Takaaki und Michel Foucault in Tokyo 1978“, S. 8-17, in: kultuRRevolution, Nr. 22.
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen – Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1996): Der Mensch ist ein Erfahrungstier, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1999): „Botschaften der Macht“, in: Engelmann, Jan (Hrsg.): Der Foucault-Reader – Diskurs und Medien, Berlin: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Foucault, Michel (2000): „Die Gouvernementalität“, S. 41- 67, in: Bröckling, Ulrich/ Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2004): Geschichte der Gouvernementalität II – Die Geburt der Biopolitik, Vorlesung am Collège de France 1978-1979, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (2005): Analytik der Macht, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Franke, Alexa (1997): Vorwort zur deutschen Herausgabe, S. 11-12, in: Antonovsky, Aaron: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Franke, Alexa (2008): Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern: Verlag Hans Huber.
- Frankenberger, Rolf (2007): Gesellschaft, Individuum, Gouvernementalität – Theoretische und empirische Beiträge zur Analyse der Postmoderne, Berlin: LIT Verlag.
- Franzkowiak, Peter (1992): „Risikofaktoren und das ‚prinzipiell richtige‘ Leben – Kritische Anmerkungen zum Konzept und einigen ethischen Problemen der Verhaltensprävention“, S. 252-265, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Friebel, Volker (1992): Morbus Crohn und Streß – Eine zeitreihenanalytische Studie über die Beziehungen zwischen Streßeinschätzung und wahrgenommenen Krankheitssymptomen bei Patienten mit Morbus Crohn, Tübingen: Universitäts-Verlag.
- Friesacher, Heiner (2010): „Nutzerorientierung – Zur normativen Umcodierung des Patienten“, S. 55-72, in: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Hennig (Hrsg.): Risiko Gesundheit – Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fröhlich, Günter (2008): „Kritik der Gesundheit – Philosophische Überlegungen zu einem überstrapazierten Begriff“, S. 25-43, in: Kingreen, Thorsten/Laux, Bernhard (Hrsg.): Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs, Berlin: Springer.
- Gadamer, Hans-Georg (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Gerber, Judith/Wild, Elke (2006): „Intra- und interpersonelle Bedingungen retroaktiver Sozialisation in der Postmoderne“, S. 29-47, in: Ittel, Angela/Merkens Hans (Hrsg.): Interdisziplinäre Jugendforschung – Jugendliche zwischen Familie, Freunden und Feinden, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gildemeister, Regine/Robert, Günther (2008): Geschlechterdifferenzierungen in lebensweltlicher Perspektive – Interaktion, Institution, Biografie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2005): Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung, Bern: Verlag Hans Huber.
- Glaserfeld, Ernst von (1994): „Piagets konstruktivistisches Modell: Wissen und Lernen“, S. 16-42, in: Rusch, Gebhard/Schmidt, Siegfried (Hrsg.): Piaget und der Radikale Konstruktivismus, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Goffman, Erving (1973): Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Göppel, Rolf (2011): „Erwachsen werden – Der pubertierende Körper aus bio-psycho-sozialer Perspektive“, S. 23-40, in: Niekrenz, Yvonne/Witte, Matthias (Hrsg.): Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Graefe, Stefanie (2010): „Effekt, Stützpunkt, Überzähliges? – Subjektivität zwischen hegemonialer Rationalität und Eigensinn“, S. 289-313, in: Angermüller, Johannes/van Dyke, Silke (Hrsg.): Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung – Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen, Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Greco, Monica (1993): „Psychosomatic subjects and the ‘duty to be well’: personal agency within medical rationality“, S. 357-372, in: Economy and society, Vol. 2, Issue 3.
- Grootenhuis et al., Martha (2009): „Evaluation of a psychoeducational intervention for adolescents with inflammatory bowel disease“, S. 430-435, in: European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Vol. 21, Issue 4.
- Gugutzer, Robert (2004): Soziologie des Körpers, Bielefeld: transcript Verlag.
- Gugutzer, Robert (2005): „Der Körper als Identitätsmedium: Eßstörungen“, S. 323-355, in: Schroer, Markus (Hrsg.): Soziologie des Körpers, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Günther, Marga (2012): „Körper und Körperlichkeiten: Inszenieren, Präsentieren und Erleben“, S. 115-133, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Habermas, Jürgen (1985): Die neue Unübersichtlichkeit, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns – Band 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft, Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Handwörterbuch der deutschen Gegenwartssprache (1984): Begriff „bewältigen“, S. 178, in: Handwörterbuch der deutschen Gegenwartssprache, Berlin: Akademie-Verlag.
- Hanses, Andreas (2010): „Biographisches Wissen: heuristische Optionen im Spannungsfeld diskursiver und lokaler Wissensarten“, S. 251-269, in: Griesse, Birgit (Hrsg.): Person – Subjekt – Identität? – Gegenstände der Rekonstruktion in der Biographieforschung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hanses, Andreas (2011): „Biographie und Subjekt – Annäherungen an einen komplexen und anspruchsvollen Sachverhalt“, S. 333-349, in: Herzberg, Heidrun/Kammler/ Eva (Hrsg.): Biographie und Gesellschaft – Überlegungen zu einer Theorie des modernen Selbst, Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Hanses, Andreas/Richter, Petra (2009): Biographieforschung, S. 63-82, in: Darmann-Finck, Ingrid/Böhnke, Ulrike/Straß, Katharina (Hrsg.): Fallrekonstruktives Lernen – Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Hart, Ailsa/Siew, C Ng (2011): „Crohn’s disease“, 229–236, in: Medicine 2011, Issue 4.
- Haslbeck, Jörg (2008): „Bewältigung komplexer Medikamentenregime aus Sicht chronisch Kranker“, S. 48-61, in: Pflege und Gesellschaft, 13. Jg., Issue 1.
- Helfferrich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten – Ein Manuel für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hensen, Gregor/Hensen, Peter (2008): „Das Gesundheitswesen im Wandel sozialstaatlicher Wirklichkeit“, S. 13-39, in: Hensen, Gregor/Hensen, Peter (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat – Gesundheitswesen zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herfarth, Hans (2009): „Bildgebende Verfahren: Computertomografie, Kernspintomografie, Szintigrafie“, S. 160-164, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Hobfoll, Stevan (1988): The Ecology of Stress, New York u.a.: Hemisphere Publishing Corporation.
- Hobfoll, Stevan/Buchwald, Petra (2004): „Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multiaxiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie“, S. 11-26, in: Buchwald, Petra/Schwarzer, Christine/Hobfoll, Stevan (2004): Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multiaxiales Coping, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hofer, Manfred (2006): „Wie Jugendliche und Eltern ihre Beziehung verändern“, S. 9-27, in: Ittel, Angela/Merkens Hans (Hrsg.): Interdisziplinäre Jugendforschung – Jugendliche zwischen Familie, Freunden und Feinden, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höfer, Renate (2000): Jugend, Gesundheit und Identität – Studien zum Kohärenzgefühl, Opladen: Leske+Budrich.

- Hoffmann et al., Jörg C. (2008): Kurzfassung der aktualisierten S3-Leitlinie der DGVS und des Kompetenznetzwerkes CED zur Diagnostik und Behandlung des Morbus Crohn, S. 1924-1929, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jg. 133, Stuttgart: Thieme Verlag.
- Hoffmann, Jörg (2009): „Grundprinzipien der CED-Behandlung“, S. 180-182, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Hoffmann, Dagmar (2011): „Mediatisierte Körper – Die Dominanz der Bilder und ihre Bedeutung für die Selbstakzeptanz des Körpers“, S. 191-207, in: Niekrenz, Yvonne/Witte, Matthias (Hrsg.): Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, Klaus (2004): Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf, S. 283-296, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Janssen, Philip Jost (2010): „Jugendforschung in der frühen Bundesrepublik – Diskurse und Umfragen“, in: Historical Social Research – Historische Sozialforschung (HSR), Köln: Zentrum für Sozialforschung.
- Jantschek, Günter (1993): Jugendliche Morbus Crohn- Kranke und ihre Familien – Untersuchungen zu familiären Interaktionen und Strukturen in Abhängigkeit von der Krankheitsentwicklung, Frankfurt/Main: Verlag für Akademische Schriften.
- Jantschek, Günter (2003): Colitis ulcerosa – Morbus Crohn, S. 923-940, in: von Uexküll, Thure/Adler, Rolf (Hrsg.): Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denken und Handelns, München: Urban & Fischer Verlag.
- Jantschek, Günter (2008): „Psychosoziale Aspekte und Psychotherapie bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn“, S. 64-69, in: DCCV: Bauchredner 2/2008, Nr. 93, Neckertailfingen: Rieker-Verlag.
- Karwowski, Christine A. et al. (2009): Strategies to improve quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease, S. 1755-1764, in: Inflammatory Bowel Disease, Vol. 15, Issue 11.
- Keller, Klaus-Michael (2006): „Morbus Crohn und Colitis ulcerosa bei Kindern und Jugendlichen“, S. 173-204, in: DCCV (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft - Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- King, Vera (2011): „Der Körper als Bühne adoleszenter Konflikte – Dimensionen der Vergeschlechtlichung“, S. 79-107, in: Niekrenz, Yvonne/Witte, Matthias (Hrsg.): Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Kluge (2011): Begriff „bewältigen“, S. 118, in: Kluge. Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Klump, Bodo (2009): „CED-assoziierte kolorektale Karzinome: Prävention und Überwachungsstrategien“, S. 101-109, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Koppelin, Frauke/Müller, Rainer (2010): „Gesundheit und Krankheit in biopolitischen Zeiten“, S. 73-87, in: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Risiko Gesundheit – Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kempcke, Günter et al. (1984): Handwörterbuch der deutschen Gegenwartssprache, Vol. 1, Berlin: Akademie-Verlag.
- Kreisky, Eva (2008): „Fitte Wirtschaft und schlanker Staat: das neoliberale Regime über die Bäuche“, S. 143-161, in: Schmidt-Semisch, Henning/Schorb, Friedrich (Hrsg.): Kreuzzug gegen Fette – Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kriegelstein, Christian/Rijcken, Emile (2009): „Chirurgische Therapieprinzipien des fistulierenden Morbus Crohn“, S. 305-312, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Küchenhoff, Joachim (1993): Psychosomatik des Morbus Crohn – Zur Wechselwirkung seelischer und körperlicher Faktoren im Krankheitsverlauf, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Künast, Renate (2004): Die Dickmacher – Warum die Deutschen immer fatter werden und was wir dagegen tun müssen, München: Riemann Verlag.
- Labisch, Alfons (1998): „Gesundheit: die Überwindung von Krankheit, Alter und Tod in der Neuzeit“, S. 507-536, in: Van Dülmen, Richard (Hrsg.): Erfindung des Menschen – Schöpfungsträume und Körperbilder 1500-2000, Wien: Böhlau Verlag.
- Lakatos, Peter Laszlo (2009): Environmental factors affecting Inflammatory bowel disease: have we made progress, S. 215-225, in: Digestive Disease, Vol. 27.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung – Lehrbuch, Weinheim: Beltz Verlag.
- Landwehr, Achim (2004)[2001]: Geschichte des Sagbaren: Einführung in die historische Diskursanalyse, 2. Aufl., Tübingen: Ed. Diskord.

- Lazarus, Richard/Folkman, Susan (1984): *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer Publishing Company.
- Leanza, Matthias (2010): „Die Gegenwart zukünftiger Erkrankungen – Prävention und die Person“, S. 241-262, in: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): *Risiko Gesundheit – Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leanza, Matthias (2016): „Emotionale Immunisierung: das Subjekt der Salutogenese“, S. 409-427, in: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*, Wiesbaden: Springer VS.
- Legnaro, Aldo (2004): „Performanz“, S. 204-209, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): *Glossar der Gegenwart*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Leisering, Lutz/Müller, Rainer/Schumann, Karl (2001): „Institutionen und Lebenslauf im Wandel – die institutionentheoretische Forschungsperspektive“, S. 21-26, in: Leisering, Lutz/Müller, Rainer/Schumann, Karl (Hrsg.): *Institutionen und Lebensläufe im Wandel – Institutionelle Regulierungen von Lebensläufen*, Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lembcke, Bernhard (2006): *Diagnostik bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen – Ein Überblick*, S. 47-53, in: DCCV (Hrsg.): *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn/Colitis ulcerosa*, Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Lemke, Thomas (1997): *Eine Kritik der politischen Vernunft – Foucaults Analyse der modernen Gouvernementalität*, Berlin/Hamburg: Argument Verlag.
- Lemke, Thomas (2000a): „Neoliberalismus, Staat und Selbsttechnologien – Ein kritischer Überblick über die governmentality studies“, S. 31-47, in: *Politische Vierteljahresschrift*, Jg. 41, Issue 1.
- Lemke, Thomas (2000b): „Die Regierung der Risiken – Von der Eugenik zur genetischen Gouvernementalität“, S. 227-264, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Lemke, Thomas/Krasmann, Susanne/Bröckling, Ulrich (2000): „Gouvernementalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien – Eine Einführung“, S. 7-40, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart – Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Lenz, Karl (1986): *Alltagswelten der Jugendlichen – Eine empirische Studie über jugendliche Handlungstypen*, Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Leontjew, Alexej N. (1977): *Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit*, Stuttgart: Klett Verlag.

- Liebsch, Katharina (2012a): „Jugend ist nur ein Wort‘: Soziologie einer Lebensphase und einer sozialen Gruppe“, S. 11-31, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Liebsch, Katharina (2012b): „Race, Class, Gender: Strukturelle Differenzierungen“, S. 60-89, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Liebsch, Katharina (2012c): „Lebensplanung und Zukunftsorientierung: Optionen auf das Erwachsenen-Leben“, S. 209-220, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Link, Jürgen (2013) [2006]. Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird, 3. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität – Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Luhmann, Niklas (1998): Die Gesellschaft der Gesellschaft, Band 1, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Mackner, Laura M./Crandall, Wallace V. (2005): Long-term psychosocial outcomes reported by children and adolescents with inflammatory bowel disease, S. 1386-1392, in: American Journal of Gastroenterology, Band 100.
- Marx, Karl (1973): Das Kapital, Band 1, MEW 23, Berlin: Dietz Verlag.
- Mätzke, Margitta (2007): Fördern, Fordern, Lenken – Sozialreform im Dienst staatlicher Eigeninteressen, S. 253-275, in: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf (Hrsg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung, Wiesbaden: VS Verlag für Wissenschaften.
- Mazumdar, Pravu (1992): „Der Gesundheitsimperativ“, S. 349- 360, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Melle, Ulrike et al. (2011): Morbus Crohn, S. 37 – 41, in: DoctorConsult – The Journal, Issue 2.
- Meulemann, Heiner (2001): „Einleitung – Erwachsenwerden als Übergang von Identitätsbildung zu Identitätswahrung“, S. 11-33, in: Meulemann, Heiner/Birkelbach, Klaus/Hellwig, Jörg-Otto (Hrsg.): Ankunft im Erwachsenenleben – Lebenserfolg und Erfolgsdeutung in einer Kohorte ehemaliger Gymnasiasten zwischen 16 und 43, Opladen: Leske+Budrich.
- Milz, Helmut (2004): „Über die Leibhaftigkeit der Gesundheit“, S. 88-105, in: Göpel, Eberhard (Hrsg.): Gesundheit bewegt – Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

- Moser, Gabriele (2006): „Psychosomatik chronisch entzündlicher Darmerkrankungen“, S. 220-225, in: DCCV (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Morbus Crohn/Colitis ulcerosa, Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Mühlhauser, Ingrid/Müller, Hardy (2009): „Patientenrelevante Endpunkte und patient-reported outcomes in klinischer Forschung und medizinischer Praxis“, S. 34-65, in: Klusen, Norbert/Fließgarten, Anja/Nebeling, Thomas (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt – Der mündige Bürger als mündiger Patient, Baden-Baden: Nomos.
- Neckel, Sighard (2004b): „Erfolg“, S. 63-70, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.) 2004: Glossar der Gegenwart, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Niekrenz, Yvonne/Witte, Matthias (2011): „Zur Bedeutung des Körpers in der Lebensphase Jugend“, S. 7-20, in: Niekrenz, Yvonne/Witte, Matthias (Hrsg.): Jugend und Körper – Leibliche Erfahrungswelten, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Nikolaus, /Schreiber, (2013): „Therapie der chronisch – entzündlichen Darmerkrankung“, S. 205-208, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2013, Issue 138.
- Nussbaum, Martha (2012): Gerechtigkeit oder Das gute Leben, Frankfurt: Suhrkamp.
- O'Malley, Pat (2005) [1996]: „Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government“, S. 189-208, in: Barry, Andrew/Osborne, Thomas/Rose, Nikolas (Hrsg.): Foucault and political reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government, London: Routledge.
- Oehme, Andreas (2007): Übergänge in Arbeit – Kompetenzentwicklung, Aneignung und Bewältigung in der entgrenzten Arbeitsgesellschaft, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengrehren.
- Overmann, Ulrich (2004): „Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung“, S. 155-181, in: Geulen, Dieter/Veith, Hermann (Hrsg.): Sozialisationstheorie Interdisziplinär – Aktuelle Perspektiven, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Opitz, Sven (2004): Gouvernementalität im Postfordismus – Macht, Wissen und Techniken des Selbst im Feld unternehmerischer Rationalität, Hamburg: Argument Verlag.
- Parsons, Talcott (1967): „Definition von Gesundheit und Krankheit im Licht der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas“, S. 57-87, in: Mitscherling, Alexander/Brocher, Tobias/von Mering, Otto/Horn, Klaus (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln /Berlin: Kiepenheuer& Witsch.
- Pfeffer, Simone (2008): Krankheit und Biographie - Bewältigung von chronischen Erkrankungen und Lebensorientierung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pfiffner, Martin/Stadelmann, Peter Daniel (1995): Arbeit und Management in der Wissensgesellschaft – Konzeptualisierung, Problemanalyse und Lösungsansätze für das Management von Wissensarbeit, Bamberg: Difo- Druck GmbH.
- Piaget, Jean (1972): Psychologie der Intelligenz, Olten: Walter-Verlag.

- Piaget, Jean (1973): Der Strukturalismus, Olten: Walter-Verlag.
- Piaget, Jean (1975a): Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde, Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Piaget, Jean (1975b): Biologische Anpassung und Psychologie der Intelligenz, Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Piaget, Jean (1976): Die Äquilibration der kognitiven Strukturen, Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Pittschieler, Klaus (2006): Pädiatrische Morbus- Crohn- Patienten, Monatsschrift Kinderheilkunde 11/2006, S. 1124, Online- Publikation, Wiesbaden: Springer Verlag.
- Plauth, Mathias (2009): „Ernährungstherapie bei CED“, S. 262-267, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Preiß, Jan/Siegmund, Britta (2009): „Biologika bei CED“, S. 212-218, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Pusswald, Gisela et al. (2009): „Welche Rolle spielt das Kohärenzgefühl in der Krankheitsverarbeitung bei Morbus Parkinson?“, S. 220-227, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 42, Issue 3.
- Raedler, Andreas (2009): Internet-Plattform CED-Hospital: <http://www.ced-hospital.de/mccu/therapien/diaeten.htm> (zuletzt eingesehen am 04.01.2015).
- Rahn, Peter (2005): Übergang zur Erwerbstätigkeit – Bewältigungsstrategien Jugendlicher in benachteiligten Lebenslagen, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Raible, Armin/Graebler, Florian (2009): „Endoskopie“, S. 135-143, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Reinshagen, Max (2009): „Klinik des Morbus Crohn“, S. 68-81, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): Chronisch entzündliche Darm-erkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Reichertz, Jo (2013): Die Abduktion in der Qualitativen Sozialforschung – Über die Entdeckung des Neuen, Wiesbaden: Springer-VS.
- Rettker, Horst/Staudacher, Diana/Schmid-Büchi, Silvia/Habermann, Inis/Spirig, Rebecca/Rogler, Gerhart (2013): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen: Erleben von Krankheit, Therapie und Betreuung, S. 109-117, in: Pflege 2013, Vol. 26, Issue 2, Bern: Verlag Hans Huber.
- Richard, Birgit (2015): „Stil wird Video – Audiovisuelle Jugendkulturen auf ihrem Weg von Bricolage über Mashup zu digitaler Online-Kunst“, S. 269-287, in: Sandring,

- Sabine/Helsper, Werner/Krüger, Heinz-Hermann (Hrsg.): Jugend – Theorie-
diskurse und Forschungsfelder, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rice, Virginia (Hrsg.): Stress und Coping – Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissen-
schaft, Bern: Verlag Hans Huber.
- Richter, Petra/Hanses, Andreas (2009): „Biographische Konstruktionen von Brustkrebs
– Auswertungen narrativer Interviews am Beispiel eines Forschungsprojekts“, S. 83-
100, in: Darmann-Finck, Ingrid/Böhnke, Ulrike/Straß, Katharina (Hrsg.): Fallre-
konstruktives Lernen – Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern
Pflege und Gesundheit, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Robert-Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichter-
stattung des Bundes, Berlin.
- Rose, Nikolas (2005): “Governing ‘advanced’ liberal democracies”, S. 37-64, in:
Andrew Barry, Thomas Osborne, Nikolas Rose (Hrsg.): Foucault and political
reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government, London: Rout-
ledge.
- Rothgang, Georg-Wilhelm (2009): Entwicklungspsychologie, in: Psychologie in der
sozialen Arbeit, Bd. 4, 2. akt. Aufl. , Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Sachse, Rainer (2006): Psychologische Psychotherapie bei chronisch entzündlichen
Darmerkrankungen, Göttingen u. a: Hogrefe Verlag.
- Salewski, Christel (2004): Chronisch Kranke Jugendliche – Belastung, Bewältigung und
psychosoziale Hilfen, München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sander, Kirsten (2012): „Interaktionsordnung – Zur Logik des Scheitern und Gelingens
professioneller Praxen“, S. 15-34, in: Hanses, Andreas/Sander, Kirsten (Hrsg.):
Interaktionsordnungen – Gesundheit als soziale Praxis, Wiesbaden: VS Verlag für
Sozialwissenschaften.
- Sarlo, Roberta Soares et al. (2008): Understanding the experience of patients who have
Crohn`s disease, S. 629-635, in: ACTA Paul Enferm, Vol. 21, Issue 4.
- Schaefer, Gerhard (1992): „Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern – Eine
internationale Vergleichsstudie“, S. 50-71, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.):
Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen,
Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Schaefer, Hans (1980): „Die Utopie des vollkommenen Wohlbefindens – Kritische und
kritisierte Medizin in den Wirren der Zeit“, S. 83-93, in: psychosozial – Zeitschrift
für Analyse, Prävention und Therapie psychosozialer Konflikte und Krank-
heiten, Vol. 3, Issue 1.
- Schaeffer, Doris/Moers, Martin (2009): Abschied von der Patientenrolle? Bewäl-
tigungshandeln im Verlauf chronischer Krankheit, S. 111-131, in: Schaeffer, Doris
(Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf, Bern: Verlag Hans
Huber.

- Schaeffer, Doris/Haslbeck, Jörg: „Bewältigung chronischer Krankheit“, S. 243-256, in: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus: Soziologie von Gesundheit und Krankheit, Wiesbaden: Springer VS.
- Schmidt, Bettina (2007): „Von der Gesundheitsförderung zur Selbstoptimierung“, S. 95-104, in: Schmidt, Bettina/Kolip, Petra: Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat – Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Schmidt, Bettina (2008): Eigenverantwortung haben immer die anderen – Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt, Bettina (2010): „Der kleine Unterschied: Gesundheit fördern – und fordern“, S. 23-37, in: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Risiko Gesundheit – Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmidt-Semisch, Henning (2004): „Risiko“, S. 222-227, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): Glossar der Gegenwart, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Schubert, Inge (2012): „Peer-Beziehungen und Gruppen: Räume zum Experimentieren“, S. 153-176, in: Liebsch, Katharina (Hrsg.): Jugendsoziologie – Über Adoleszente, Teenager und neue Generationen, München: Oldenbourg Verlag.
- Schuh, Daniela/Hippler, Kathrin/Schubert, Maria (2011): „Kohärenzgefühl und Stress von Eltern chronisch kranker und psychisch auffälliger Kinder“, S. 398-404, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Vol. 61, Issue 09/10, Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag.
- Schuldzinski, Wolfgang (2012): „Können Patienten ihre Verantwortung wahrnehmen?“, S. 213-216, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 106, Issue 3, Elsevier Urban & Fischer.
- Schumacher, Jörg & Reschke, Konrad (1994): Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung, S. 41-73, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein (Bd. 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik), Frankfurt a.M.: VdR.
- Seiffge-Krenke, Inge et al. (1996): Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien – Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen, Stuttgart u. a.: Verlag Kohlhammer.
- Seiler, Thomas (1994): „Ist Jean Piagets strukturalistische Erklärung des Denkens eine konstruktivistische Theorie?“, S. 43-102, in: Rusch, Gebhard/Schmidt, Siegfried (Hrsg.): Piaget und der Radikale Konstruktivismus, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Shepanski, Melissa A. et al. (2005): Health-related quality of life improves in children and adolescents with inflammatory bowel disease after attending a camp sponsored by the Crohn's and colitis foundation of America, S. 164-170, in: Inflammatory Bowel Disease, Vol. 11, Issue 2.

- Spehlmann, Martina et al. (2008): Epidemiology of inflammatory bowel disease in a German twin cohort: results of a nationwide study, S. 968-976, in: *Inflammatory Bowel Disease* 2008, Issue 14.
- Spies, Tina (2009): „Diskurs, Subjekt und Handlungsmacht – Zur Verknüpfung von Diskurs- und Biografieforschung mithilfe des Konzepts der Artikulation“, in: *Forum: Qualitative Sozialforschung*, Vol. 10, Issue 2, Art. 36, in: Stange, Eduard et al. (2009): *Colitis ulcerosa – Morbus Crohn*, Bremen/London/Boston: Uni-Med Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2013): <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html?nsc=true&https=1> (zuletzt eingesehen am 27.01.2015).
- Stichtenoth, Dirk (2009): „Pharmakologie der Substanzgruppen“, S. 183-198, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis*, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Tenbruck, Friedrich (1965): *Jugend und Gesellschaft*, Freiburg: Rombach Verlag.
- Timmer, Antje (2009): „Epidemiologie der CED“, S. 8-24, in: Hoffmann, Jörg C./Kroesen, Anton J./Klump, Bodo (Hrsg.): *Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – Handbuch für Klinik und Praxis*, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Van Assche, Gert et al. (2009): The second European evidence – based Consensus on the diagnosis and management of Crohn’s disease“, S. 7-101, in: *Journal of Crohn’s and Colitis* 2010, Issue 4.
- Van der Have, Mike et al. (2014): “Determinants of health-related quality of life in Crohn’s disease: A systematic review and meta-analysis“, S. 93-106, in: *Journal of Crohn’s and Colitis*, Vol. 8 Issue 2.
- Voth, J./Sirois, F. M. (2009): The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease, S. 99-108, in: *Rehabilitation Psychology*, Vol. 54, Issue 1.
- Walther, Andreas/Walter, Sibylle/Pohl, Axel (2007): „Du wirst echt in eine Schublade gesteckt...“ – Junge Frauen und Männer im Übergangssystem zwischen Wahlbiografie und Cooling-Out, S. 97-128, in: Stauber, Barbara/Pohl, Axel/Walther, Andreas (Hrsg.): *Subjektorientierte Übergangsforschung – Rekonstruktion und Unterstützung biografischer Übergänge junger Erwachsener*, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Warschburger, Petra (2000): *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche – Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen*, Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag.
- Wehkamp, Jan et al. (2006): *Defensine: körpereigene Antibiotika als zentraler Bestandteil des angeborenen Immunsystems*, S. 1960-1964, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Nr. 36, Stuttgart: Thieme Verlag.

- Wehkamp, Jan (2011): Schwäche in der Abwehr, in: Kompetenznetz-CED <http://www.kompetenznetz-ced.de/pressemitteilungen-76/items/schwaeche-in-der-abwehr.html> (zuletzt eingesehen am 03.01.2015).
- Weltgesundheitsorganisation (1946): Präambel der Verfassung vom 22. Juli 1946.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): „Die Ottawa- Charta“, S. 84-92, in: Trojan, Alf/Stumm, Brigitte (Hrsg.) (1992): Gesundheit fördern statt kontrollieren – Eine Absage an den Mustermenschen, Frankfurt/Main: Fischer Verlag.
- Werwick, Katrin (2012): Der Umgang mit schwerer chronischer Krankheit – Eine soziologische Untersuchung am Beispiel von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, Olden u.a.: Verlag Barbara Budrich.
- Wexner, Steven/Frattini, Jared (2010): “Quality of life in Crohn’s disease”, S. 2183-2193, in: Preedy, Victor/Watson, Ronald: Handbook of Disease and Burdens and Quality of Life Measures, New York: Springer Science+Business Media.
- Wiehe, Kathrina (2006): Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Die Rolle Subjektiver Krankheitstheorien bei der familiären Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter, Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Wyder, Hans/Kolip, Petra/Abel, Thomas (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl – Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Woll, Artur (Hrsg.) (2000): Wirtschaftslexikon, 9. Aufl., München: Oldenbourg Verlag.
- Zimmermann, Marc A. (2000): Empowerment Theory: Psychological, Organisational and Community Levels of Analysis, S. 43-63, in: Rappaport, Julian/Seidmann, Edward (Hrsg.): Handbook of Community Psychology, New York: Kluwer Academic.

