

**DIE VERGESSENE DIMENSION -
GESUNDHEITSBILDUNG AN VOLKSHOCHSCHULEN**

Inaugural – Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr.phil)
im Fachbereich 04
der Universität Gesamthochschule Kassel
vorgelegt von: Herbert Grassmann
aus: Laaber, Obpf.
Kassel, den 1.10.2003

Erstleser: Prof. Dr. Dr. Rolf Schwendter, Kassel
Zweitleser: Prof. Dr. Werner Thole, Kassel

Als Kasseler Dissertation vom Fachbereich :

angenommen am :

Erster Gutachter :

Zweiter Gutachter :

Tag der mündlichen Prüfung :

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Kasseler Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere, als die in den angegebenen Hilfsmitteln nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

.....
Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	9
Vorüberlegungen	
Zur Zielsetzung und zum methodischen Vorgehen	10
<u>1.Kapitel</u>	
Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung zwischen Wissenschaft und Praxis	
1.1. Thematischer Überblick	20
1.1.1 Einteilung nach Ansatzpunkten	20
1.1.2. Einteilung nach Funktion	22
1.2. Gesundheitsbegriff	23
1.2.1. Theoretische Konzepte von Gesundheit	23
1.2.1.1. Gesundheits- und Krankheitsmodelle	23
1.2.1.2. Die WHO-Definition von Gesundheit und die Kritik an ihr	27
1.2.1.3. Gesundheit als aktive Auseinandersetzung	29
1.2.1.4. Asketisches und hedonistisches Gesundheitsverständnis	34
1.2.1.5. Gesundheit und Lebenswelt	36
1.2.1.6. Konsens im Verständnis von Gesundheit	37
1.2.2. Laienverständnis von Gesundheit	39
1.2.2.1. Vorstellungstypen	40
1.2.3. Gesundheitsverständnis der Erwachsenenbildung	42
1.2.4. Zusammenfassende Fragestellung zum Gesundheitsbegriff	44
1.3. Verständnis von Gesundheitsförderung	47
1.3.1. Weites und enges Verständnis von Gesundheitsförderung	47
1.3.2. Präventive Konzepte	50
1.3.2.1. Gesundheitsförderung in Abgrenzung zu Gesundheitserziehung	50
1.3.2.2. Kritik am Risikofaktorenansatz	54
1.3.2.3. Prävention in Ergänzung zu Gesundheitsförderung	56
1.3.2.4. Verhaltens- und Verhältnisprävention	60
1.3.2.5. Kritik an der Präventionspraxis	63
1.3.3. Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung	65
1.3.3.1. Innensicht	65
1.3.3.2. Außensicht	70
1.3.4. Gesundheitsförderung als salutogenetisches Konzept	72
1.3.4.1. Aufgabenschwerpunkte der Gesundheitsförderung	72
1.3.4.2. Kritik an Gesundheitsförderung	75
1.3.4.3. Gesundheitsförderung als neuer Ansatz	78
1.3.5. Zusammenfassende Fragestellungen zum Verständnis von Gesundheitsförderung	82

1.4.	Gesundheitshandeln	84
1.4.1.	Konzepte zum Gesundheitsverhalten	85
1.4.1.1.	Sozial kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie	85
1.4.1.2.	Theorievorläufer der Gesundheitsverhaltenstheorie	87
1.4.1.3.	Erklärungsgehalt für Gesundheitsförderung	89
1.4.2.	Gesundheitskompetenzen	91
1.4.2.1.	Salutogenetischer Ansatz und Kohärenzsinn	91
1.4.2.2.	Schutzfaktoren	95
1.4.2.3.	Soziale Unterstützung	99
1.4.3.	Ziele des Gesundheitshandelns in der Erwachsenenbildung	103
1.4.4.	Zusammenfassende Fragestellungen zum Gesundheitshandeln	105
1.5.	Das Verhältnis von Laien und Experten	107
1.5.1.	Bürgerbeteiligung	107
1.5.2.	Empowerment - Ansatz	110
1.5.2.1.	Verständnis von Empowerment	110
1.5.2.2.	Empowerment- Definitionsmacht durch Betroffene	113
1.5.2.3.	Verbindungen zum Kohärenzsinn	115
1.5.2.4.	Grenzen des Konzeptes	118
1.5.3.	Das Verhältnis von Laien und Experten in der Erwachsenen Bildung	119
1.5.4.	Zusammenfassende Fragestellungen	121
1.6.	Investition in Gesundheit	122
1.6.1.	Kostenstruktur der Gesundheitsförderung	122
1.6.2.	Investitionssystem für Gesundheit	125
1.6.3.	Fragestellungen	126
1.7.	Soziale Ungleichheit	127
1.7.1.	Bedeutung sozialer Lebensbedingungen	127
1.8.	Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung	130
1.8.1.	Ziele der Organisationsentwicklung	130
1.8.2.	Projektmanagement als Mittel	133
1.8.3.	Organisationsentwicklung an Volkshochschulen	135
1.8.4.	Kooperation	137
1.9.	Zusammenfassung: Stand der Diskussion um Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung	142

2. Kapitel

Kritisch konstruktive Auswertung von gesundheitsbildnerischen Konzepten und ihrer Methodik für einen Begriffsrahmen Gesundheitsbildung

2.1.	Gesundheitsbildung zwischen Orientierung und Erziehung	146
2.2.	Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit	152
2.2.1.	Der Mensch im systemischen Weltbild	154
2.3.	Soziale Bedingungsfaktoren von Gesundheit	167
2.3.1.	Die Lebensverhältnisse des Einzelnen im sozialen Kontext	167
2.3.2.	Gesundheitsbeeinflussende strukturelle Bedingungen	170
2.4.	Gesundheitsbezogenes Handeln	175
2.4.1.	Gesundheitsrelevante Kenntnisse	175
2.4.2.	Der salutogenetische Ansatz	176
2.4.3.	Handlungskompetenz und Handeln	187
2.4.4.	Vom gesundheitsrelevanten Wissen zum Gesundheitshandeln	188
2.5.	Zur Institutionalisierung der Gesundheitsbildung in Deutschland	191
2.5.1.	Bevölkerungsstudie zu gesundheitspolitischen Erwartungen	191
2.5.2.	Strukturelle Verankerung der Gesundheitsbildung in Deutschland	197
2.5.3.	Teilnahmefälle und Weiterbildungsvolumen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsbildung	199
2.6.	Die Gesundheitsbewegung - Versuch einer kritischen Zwischenbilanz	202
2.6.1.	Die Erfolgsgeschichte einer 20 jährigen Gesundheitsbewegung	202
2.6.2.	Anstelle v. Reparaturaufgaben geht es um Gestaltungsaufgaben	208
2.6.3.	Selbsthilfegruppen und alternative Gesundheitskultur	213
2.7.	Didaktik der Gesundheitsbildung	215
2.7.1.	Kurse und TeilnehmerInnen der Gesundheitsbildung	217
2.7.2.	Didaktische Schlussfolgerungen	221
2.7.3.	Bestandsaufnahme Professionalisierung : Gesundheitspädagogische Qualifikationen innerhalb der Erwachsenenbildung	228

2.8.	Methoden der Gesundheitsbildung	233
2.8.1.	Methodische Grundlagen der Gesundheitsbildung	234
2.8.2.	Methoden der Gesundheitsbildung im Überblick	237
2.8.3.	Werkstätten	237
2.8.3.1.	Zukunftswerkstatt	237
2.8.3.2.	Arbeit mit Verzweiflung und Ermutigung	238
2.8.3.3.	Gesundheitswerkstatt	239
2.8.3.4.	Weitere Werkstattformen	240
2.8.4.	Methoden kollegialer Kommunikation	241
2.8.4.1.	Gesundheitszirkel	241
2.8.4.2.	Kollegiale Beratung	245
2.8.5.	Förderung individueller Gesundheitspotenziale	246
2.8.5.1.	Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung	246
2.8.5.2.	Biografische Gesundheitsberatung	247
2.8.5.3.	Wahrnehmung und Körperlichkeit	249
2.8.5.4.	Sinnliche Wahrnehmung	250
2.8.6.	Methoden zur Situationsanalyse und Strategieentwicklung	251
2.8.6.1.	Netzwerkförderung	251
2.8.6.2.	Kräftefeldanalyse	252
2.8.6.3.	Planspiel	253
2.8.6.4.	Szenario-Technik	253
2.8.6.5.	Aktivierende Fachleutebefragung	254
2.9.	Weitergehende Fragestellungen	254

3. Kapitel

Überlegungen und Schlussfolgerungen für den Lehrgang „Zusatzqualifikation Gesundheitsbildner“ des Bayerischen Volkshochschulverbands

3.1.	Vorüberlegungen zur Gesundheitsbildung an Volkshochschulen	255
3.1.1.	Die strukturellen Rahmenbedingungen von Gesundheitsbildung	259
3.1.2.	VHS-Gesundheitsbildung und ihre Kooperationspartner	261
3.1.3.	Grenzen der Gesundheitsbildung	264
3.2.	Das Programm Gesundheitsbildung an Volkshochschulen	268
3.2.1.	Ziele und Aufgaben	268
3.2.2.	Transfer der Kursteilnehmer - Kompetenzfelder	270
3.2.3.	Auswertung von Erfahrungsberichten und Projekten zum Gesundheitsverhalten an Volkshochschulen, denen ein integrativer, interdisziplinärer, dezentraler sowie adressaten- orientierter Ansatz zugrunde liegt	272
3.3.	Der Rahmenplan „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“	278
3.3.1.	Die Gesundheitsbildung und ihre neuen Aufgabenbereiche	286
3.3.2.	Zusammenfassung und Ausblick	292
3.3.3.	Kooperation mit anderen Institutionen und Verbänden	295
3.3.4.	Qualifikation der KursleiterInnen	296
3.4.	Der Lehrgang Gesundheitsbildung des Bayerischen Volkshochschulverbandes	309
3.4.1.	Skizzierung der einzelnen Bausteine des Lehrgangs	309
3.4.2.	Der Lehrgang Gesundheitsbildung als gescheiterter Versuch einer Professionalisierung in der Erwachsenenbildung	314
3.4.3.	Gesundheitsbildung am Beispiel der Volkshochschule Nürnberg	319
3.4.4.	Modell einer inhaltlichen und strukturellen Vernetzung	322
3.4.5.	Gesundheitswerkstätten	326
3.5.	Schlussfolgerungen und Zusammenfassung	335
	Literaturverzeichnis	366

Vorwort

Die in den letzten 20 Jahren zu beobachtende „Gesundheitswelle“ und die steigende Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Bildungsangeboten steht eine immer noch in den Anfängen steckende theoretisch-konzeptionelle Reflexion und Absicherung gegenüber. Im pädagogischen Handlungsfeld ist eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit der Gesundheitsbildung dringend erforderlich. Dieses Unterfangen wird nicht gerade dadurch erleichtert, dass sich das allgemeine Bewusstsein von Gesundheit und Krankheit in den letzten Jahren stark gewandelt hat. Immer mehr gewinnt die Einsicht an Bedeutung, dass selten eine Einflussgröße allein, sondern mehrere Faktoren und ihr Zusammenwirken zu Erkrankungen führen.

Auf diesen Sachverhalt hat bereits 1946 die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwiesen, indem sie Gesundheit als Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen definiert.

Eine Gesundheitsbildung, die dies berücksichtigt, ist vorrangig auf Gesundheit und den Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit ausgerichtet. Sie bezieht Gefährdungen mit ein, die aus den sozialen und ökologischen Gegebenheiten erwachsen und verfolgt das Ziel, jedem Menschen seinen eigenen, besonderen Weg zur Gesundheit zu ermöglichen und ihn zur Wahrnehmung seiner Interessen im persönlichen und gesellschaftlichen Umfeld zu befähigen.

Angebote, Didaktik und Methoden einer so verstandenen, integrativen Gesundheitsbildung an der VHS sollen deshalb darauf ausgerichtet sein, soziales und partizipatorisches Lernen zu initiieren, Zusammenhänge zu erschließen und die Kompetenz und Autonomie der Teilnehmer/innen zu fördern.

Schließlich sollen Chancen und Grenzen einer Professionalisierung innerhalb der Gesundheitsbildung exemplarisch am Beispiel eines Lehrgangs für GesundheitsbildnerInnen verdeutlicht werden.

Das Interesse am Thema entstand durch die langjährige Kursleitertätigkeit am Fachbereich Gesundheit und Umwelt des Bildungszentrums in Nürnberg. Auch die Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Volkshochschulverband, die in der Gestaltung und Durchführung von Qualifizierungslehrgängen zum Gesundheitsbildner bestand, ermöglichten die Sammlung von vielen Hintergrundinformationen, die wesentlich für die vorliegende Arbeit waren.

Für die Ermöglichung der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Thematik und den damit verbundenen Erfahrungen möchte ich meinen besonderen Dank Marco Bielser, Fachbereichsleiter am BZ Nürnberg und den Herren Prof. Dr. Dr. Rolf Schwendter und Prof. Dr. Werner Thole für die wohlwollende Unterstützung aussprechen.

Vorüberlegungen

Zur Zielsetzung und zum methodischen Vorgehen

Wer aufgrund von Literatur zwei Themen vergleicht, unterstellt, dass wissenschaftliche Literatur für beide Themen eine ähnliche Bedeutung hat: Für Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung trifft dies nicht zu.

Die vorgelegte Untersuchung möchte aber nicht nur die Unterschiedlichkeit beider Begriffe aufzeigen, sondern anhand der Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsbewegung aufzeigen, dass insbesondere soziale Bewegungen, auch jene die nicht primär gesundheitsorientiert waren, z.B. die Arbeiterbewegung oder die Frauenbewegung, die gesundheitlichen Lebensbedingungen von Menschen weit mehr verbessert haben als die Medizin und ihre wissenschaftlich präventiven Kenntnisse.

Ein zentrale Fragestellung dieser Studie, beschäftigt sich mit der Tatsache, dass die Gesundheitsbildung, zunächst weder von den pädagogischen Wissenschaften noch von den entstehenden Gesundheitswissenschaften zur Kenntnis genommen wurde. Dies ist umso bedauerlicher, da gerade die Gesundheitsbewegung in ihren Anfängen, die Entwicklung einer sozialen Bewegung war, die sich kritisch und mit vielen neuen Ideen, mit den Allmachtsvorstellungen der Wissenschaft auseinander setzte. Die quantitative wie qualitative Bedeutung dieser Gesundheitsbewegung und ihrer pädagogischen Neuerungen ist den Wissenschaften bis heute nahezu entgangen.

Entwicklungsgeschichtlich ist die Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen in den siebziger und stärker noch in den achtziger Jahren aus verschiedenen sozialen Bewegungen entstanden: der Frauenbewegung, der Ökologiebewegung und der Gesundheitsbewegung. Gemeinsam war allen Dreien ein Misstrauen gegen Experten aus der Medizin, der Physik und der Chemie, die mit wissenschaftlichen Möglichkeiten und Begründungen entgegen den Interessen, Ängsten und Zukunftshoffnungen von Menschen handelten. Mitte bis Ende der achtziger Jahre entstand zum einen die Gesundheitsförderung aus kritischen Richtungen in der psychosozialen Theorie und Praxis und der Sozialpolitik, angeregt durch die Gesundheitsbewegung. Zum anderen entstanden die Gesundheitswissenschaften aus einer ökonomischen und politischen Diskussion der Entwicklung des Gesundheitswesens.

Deswegen die These, dass die Wissenschaft auch nicht unbedingt die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Gesundheitsprävention liefert. Umgekehrt werden wissenschaftliche Kenntnisse über Prävention nur umgesetzt, wenn sie gesellschaftlichen Bedingungen entsprechen.

Nach einer stark hermeneutischen Aufarbeitung der unterschiedlichen Konzeptionen und Vorstellungen im Gesundheitsbereich geht es in der vorliegenden Arbeit aber nicht um eine starre Definitionssuche, sondern letztendlich um eine Qualitäts- und Professionalisierungssuche ihrer Akteure.

Denn, so die nächste These: Konzepte der Gesundheitsbildung und der Gesundheitsförderung sind beide, wenn auch in unterschiedlichem Kontext und Maß, dem Druck der Anpassung ausgesetzt (vgl. z.B. die Diskussion zur Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Krankenkassen). Wie wir sehen werden, reicht diese Suchbewegung bis in die Gegenwart.

Ihren wissenschaftlichen oder paradigmatischen Entwürfen entspricht nach Ansicht der Akteure und Akteurinnen die Praxis nie ganz. Der Medizinsoziologe Alf Trojan sieht in der Gesundheitsförderung das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis wie das zwischen Eifelturm und Litfaßsäule. Während präventiv denkende GesundheitswissenschaftlerInnen die mangelnde Einsicht vieler Menschen zur Verhaltensänderung zu beklagen haben, bereiten gesundheitsfördernd denkenden SozialwissenschaftlerInnen die Sperrigkeit der Verhältnisse Kopfzerbrechen. Lafaille (1994, S. 230) spricht zudem von einer „gegenwärtigen Verwirrung wissenschaftlicher Sichtweisen und Einsichten“ und beschreibt eine komplexe gegenseitige Abhängigkeit von Wissenschaft und Wirklichkeit.

Rosenbrock/Kühn/Köhler (1994) beschäftigen sich mit den Gründen der Differenz von theoretischer Einsicht und praktischer Verwirklichung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie den unterschiedlichen Durchsetzungschancen verschiedener wissenschaftlicher Ausgangspunkte und Forschungsergebnisse. Ihre These ist: Kurzfristig ökonomisches Denken dominiert gesundheitliches Wissen. Nutzen und Kosten von medizinischer und sozialer Prävention werden mit unterschiedlichen Maßstäben gemessen. Die Dominanz der Medizin verbunden mit den Widerständen aus den Interventionsbereichen führt zu Mustern gesellschaftlicher Strategien der Gesundheitssicherung, die weder epidemiologisch begründeten Prioritäten noch dem Stand des Wissens entsprechen. Die Priorität der Kuration beruht demnach darauf, dass die Medizin Gesundheit und Krankheit in Probleme umwandeln kann, die für die Marktwirtschaft lösbar sind.

Rosenbrock/Kühn/Köhler (1994) erschüttern den Glauben an die Bedeutung der Wissenschaft, indem sie beschreiben, dass erfolgreiche Prävention sich historisch gesehen manchmal auf falsche medizinische Vorstellungen begründete. Prävention war ihrer Ansicht nach dann erfolgreich, wenn sie sich mit anderen Themen und starken gesellschaftlichen Akteuren verbinden ließ, z.B. militärischen Absichten oder Notwendigkeiten der Industrie, heute den wirtschaftlichen Notwendigkeiten von Organisationsentwicklung.

Konzepte für Gesundheitsförderung und Prävention unterliegen nach Ansicht von Rosenbrock/Kühn (1994) einer gesellschaftlichen „Zuchtwahl“, in der nur diejenigen Konzepte überleben, die der gesellschaftlichen Umgebung am besten angepasst sind.

In der Verwirklichungsphase verändern sich erfolgreiche Konzepte in Richtung der oberen Hierarchieebenen der Zuchtwahl weiter. Einfache und spezifische Konzepte haben die besten Überlebenschancen. Präventive Ansatzpunkte lassen sich demnach in ihren gesellschaftlichen Durchsetzungschancen - teilweise gegen besseres Wissen - hierarchisieren:

1. Hierarchieebene:

Medizinisch eingrenzbar Fremdkörper wie Erreger oder beschädigte Gene sind die Ursache von Krankheit. Gesundheit lässt sich durch Eliminierung dieser Substanzen herstellen. Das Problem kann - Gewinn bringend - durch Medizin und Pharmakologie gelöst werden. Der präventive Sinn solcher Maßnahmen wird eher am Rande diskutiert. Die Warnung kritischer Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen vor der Medikalisierung von Frauen, von Alter, von Leben überhaupt hat im gesellschaftlichen Alltag nur begrenzte Relevanz.

2. Hierarchieebene:

Es lassen sich Risikofaktoren ausmachen, die durch Fehlverhalten bedingt sind. Gesundheit wird hergestellt, wenn Menschen lernen Risikoverhalten zu vermeiden. Die menschliche Komponente mit ihrer Unberechenbarkeit erscheint als Nachteil dieses Ansatzes. Die Medizin bemüht sich, pharmakologische Lösungen zu finden, z.B. Anti-Cholesterin-Medikamente (siehe 1 Ebene).

3. Hierarchieebene:

Chemisch physikalische Faktoren in der materiellen Umwelt sind krank machend. Da ihre Vermeidung schwierig und kostenaufwendig ist, wird hier eine Vielzahl von wissenschaftlichen Nachweisen gefordert. Bessere Durchsetzungschancen haben Konzepte, wenn sich aus der Verneinung der Faktoren Verhaltensanweisungen entwickeln, lassen (siehe 2. Hierarchieebene) oder künftig z.B. Genmanipulationen die Anfälligkeit von Menschen gegenüber solchen Faktoren reduzieren (siehe 1. Hierarchieebene).

4. Hierarchieebene:

Gesellschaftliche Bedingungen entscheiden über Gesundheit und Krankheit. Dort, wo präventive Maßnahmen hierfür Rechnung tragen, waren sie meist überaus erfolgreich. Sie können sich aber nur in Verbindung mit anderen gesellschaftlichen Themen oder über den politischen Druck sozialer Bewegungen durchsetzen.

Die Gesundheitsbildung findet sich in ihren Ideen am ehesten auf der vierten Ebene wieder. Sie muss sich auf wissenschaftliche Grundlagen stützen. Um sich aber durchsetzen zu können, braucht sie gesellschaftlich starke Verbündete und Menschen, die Gesundheitsförderung zu ihrem Anliegen machen.

Wie der Gesundheitsbildung vielleicht manchmal die Worte fehlen, zu beschreiben, was sie ist, fehlen der Gesundheitsförderung manchmal die Bürger und die Bürgerinnen, welche die Gesundheitsförderung an der Bestimmung über ihre gesundheitlichen Lebensbedingungen beteiligen will.

Die Vermutung liegt nahe, dass die Verbindung von Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitischem Entwurf, den integrierenden Gesundheitswissenschaften als Forschungsbasis und der Gesundheitsbildung als potenzieller Brücke zu sozialen Bewegungen die besten Chancen einzuräumen sind für eine Durchsetzung präventiver Strategien, trotz der beschriebenen Widerstände.

Es war Ilona Kickbusch, damals Direktorin im Regionalbüro Europa der WHO, die den Versuch beginnen wollte, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung miteinander zu verbinden. Sie sah mit der Diskussion um den Begriff der Gesundheitsbildung die Chance, die Subjekte wieder stärker in den Blick zu bekommen, die über notwendige Strukturdiskussionen in der Gesundheitsförderung in Vergessenheit geraten waren.

Nach Meinung des Autors hatten - und haben auch heute noch - gerade die Volkshochschulen in Deutschland eine besondere Bedeutung in diesem Kontext. Gerade sie vertreten, als Brückeninstanz wie Alf Trojan es formulierte, die Möglichkeit den aktuellen und oft kontroversen Stand der Diskussion in den Gesundheitswissenschaften und in der Gesundheitsförderung in einem neuen Verständnis von Wissenschaft für ihre Arbeit nutzbar zu machen.

Dadurch werden die Volkshochschulen zu einer Institution, die ursprünglich die Wissenschaft den Menschen näher bringen sollte, zu einem Raum, der eine Kritik an Wissenschaft und die Suche nach Alternativen ermöglicht.

Wie in keinem anderen Fachbereich wurden Volkshochschulen zu Mittlern zwischen dem formellen und dem informellen Sektor des Gesundheitswesens (vgl. Venth, 1994b,S.4).

Die Institutionen der Erwachsenenbildung boten die Gelegenheit, Lernbedürfnisse zu erfüllen, die ihre Ursache in gesellschaftlichen Entwicklungen hatten. Das Verständnis von Krankheit und Krankheitsentstehung, wie sie kulturell lange und einschneidend zementiert waren geriet gesellschaftlich ins Wanken. Auffassungen vom Körper als einer Maschine, in die im Falle eines Defektes im technischen Sinne eingegriffen (= repariert) wurde, verloren an Boden, mit ihnen auch das Definitionsmonopol der Schulmedizin.

Im Volkshochschulbereich wurden solche Veränderungen nicht lediglich registriert, sondern offensiv aufgegriffen, d.h., die VHS stellte sich darauf konzeptuell neu ein. So entstand ein großes Stoffgebiet, das ab Mitte der achtziger Jahre in konzeptionelle Formen gegossen, beschrieben und in der Folge sowohl quantitativ ausgeweitet als qualitativ weiterentwickelt und begrenzt wurde.

Unter Berücksichtigung der bisher skizzierten entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung, hat die Sichtung der Literatur zum Thema zwei Intentionen:

- Einerseits soll ein Überblick über den Diskussionsstand im deutschsprachigen Raum geschaffen werden, der es ermöglicht, Schlussfolgerungen zu ziehen, welche Themen sinnvoll diskutiert werden sollen, an welchen Stellen es möglicherweise kontroverse Diskussionen oder Missverständnisse gibt, welche Relevanz diese Diskussion für die verschiedenen Ebenen der praktischen Arbeit (Konzept, Kooperation, Entwicklung des Bereichs, didaktische und methodische Umsetzung, etc.) hat,
- Andererseits sollen neue und vielversprechende Entwicklungen aufgezeigt werden, die Anstöße für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung zu mehr Qualität und Professionalisierung im Rahmen der Erwachsenenbildung geben können.

Dem Spannungsbogen zwischen Außensicht (Diskussion der Gesundheitsförderung) und Innensicht (Gesundheitsbildung aus der Perspektive der Erwachsenenbildung) ist dabei zu folgen.

Unabhängig von dem unterschiedlichen Sprachgebrauch soll im Rahmen dieser Recherche der Begriff Gesundheitsbildung für die gesundheitsfördernden Aktivitäten innerhalb eines unreißen Fachbereichs der Erwachsenenbildung stehen, während Gesundheitsförderung die Aktivitäten im Sinne des WHO-Konzeptes umfasst, die außerhalb der Erwachsenenbildung stattfinden.

In der Außensicht, der Gesundheitsförderung, wurde auf der theoretischen wie auf der praktischen Ebene die Erwachsenenbildung als ein wesentlicher Akteur bisher nur wenig zur Kenntnis genommen, obwohl nicht geklärt ist, ob sich die Aktivitäten der Praxis der Gesundheitsförderung in ihren Inhalten und ihren Methoden von der Gesundheitsbildung unterscheiden. Die Recherche spiegelt im Wesentlichen die Diskussion in den alten Bundesländern Deutschlands wieder - ergänzt durch Autor/innen aus den neuen Bundesländern, aus der Schweiz und aus Österreich.

Ausgangspunkt ist die Entwicklung persönlicher Kompetenzen innerhalb der Diskussion um Gesundheitsförderung und die Verbindung mit den anderen vier Ebenen der Ottawaacharta. Dies bedeutet, dass die betroffenen Menschen selbst mit ihren subjektiven Sichtweisen zur Sprache kommen müssen.

Die Leitfragestellungen im Einzelnen sind:

- Welche Aspekte innerhalb der Diskussion um Gesundheitsförderung sind aktuell besonders wichtig, wo gibt es hier Neuentwicklungen oder Differenzen?
- Welche Kritik aus welchen Richtungen wird geäußert (auch außerhalb der Wissenschaft, z.B. von sozialen Bewegungen)?
- Welche Paradigmen bestimmen die Diskussion?
- Welchen Erkenntnisbeitrag liefert wissenschaftliche Literatur aus welchen Fachdisziplinen?
- Welche Bedeutung hat die Entwicklung persönlicher Kompetenzen innerhalb dieser Diskussion?
- Welcher Stellenwert wird der Erwachsenenbildung zugesprochen?
- Welche Aspekte innerhalb der Diskussion um das Konzept der Gesundheitsbildung spielen zurzeit eine entscheidende Rolle?
- Welche didaktischen und methodischen Aspekte werden angeboten, einerseits innerhalb des Bildungsbereiches, andererseits in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung?
- Welche Schlussfolgerungen für Ziele der Gesundheitsbildung lassen sich aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht formulieren?
- Schliesslich wird auf dem Hintergrund dieser Untersuchung die aktuelle Qualitäts- und Professionalisierungssuche bewertet.

Es ist davon auszugehen, dass diese Fragestellungen im vorgegebenen Rahmen der Recherche nur in groben Linien verallgemeinernd beantwortet werden können und Lücken bleiben werden. Beiträge von Autor/innen der Gesundheitsförderung, die dem spezifischen Auftrag der Recherche nur am Rande dienen, bleiben, vielleicht manchmal ungerechtfertigter Weise, unberücksichtigt.

Um die Analyse bewältigen zu können, sind Auswahlkriterien notwendig. Diese Kriterien wurden je nach Bedeutung eines Themas für die Fragestellungen unterschiedlich streng interpretiert.

Aufgrund des Postulats, dass Gesundheitsförderung - und Gesundheitsbildung mehr und anderes sein müsste als eine Orientierung an der Verhinderung von Krankheiten (Bezug zu WHO-Konzepten), wurde weitgehend von Literatur abgesehen, die sich an bestimmten Krankheitsbildern orientiert. Insbesondere auf die umfangreiche Literatur zu den Themenbereichen AIDS/HIV, die im großen Volumen entstanden ist, und Sucht /Suchtprävention, in der zurzeit offensichtlich ein Paradigmenwechsel stattfindet hin zur Gesundheitsförderung, wurde weitgehend verzichtet.

Dies kann im Einzelfall ebenfalls ein ungerechtfertigter Ausschluss sein. Auf spezifische, die grundsätzliche Diskussion beeinflussende Punkte wurde Rücksicht genommen, allerdings nicht auf die gesamte Literaturfülle. Um die aktuelle Diskussion im deutschsprachigen Raum zu beschreiben, erfolgte eine Recherche auf hauptsächlich deutschsprachige Literatur. Dieses Auswahlkriterium bedingt allerdings aus drei Gründen auch eine inhaltlich nicht unbedingt sachgemäße Einschränkung:

Die deutschsprachige Literatur bringt nur bedingt neue Konzepte und Einschätzungen hervor. Die meisten theoriebezogenen Veröffentlichungen beziehen sich auf Entwicklungen im englischsprachigen Raum (z.B. Empowerment, salutogenetischer Ansatz, Kohärenzsinn, Social support, ebenso die Konzepte zum Gesundheitsverhalten wie Health-Belief-Modell, Theorie of Reasened Action, Protection Motivation Theorie), die bestenfalls im deutschsprachigen Raum rezipiert werden.

Wissenschaftlich theoretische Ansätze sind durch die Ottawacharta nicht unbedingt beeinflusst worden. Die vorhandenen theoretischen Konzepte sind überwiegend älteren Ursprungs und werden nur insofern neu belebt, als die Gesundheitswissenschaften in Deutschland als Wissenschaftsdisziplin im Entstehen begriffen sind. Nach Ottawa ist zwar ein programmatischer Bezug zu WHO-Konzepten auffällig, eine Inflation des Begriffs der Gesundheitsförderung zu beobachten und eine enorme Steigerung der Beschreibung von Praxismodellen festzustellen, ob dies aber veränderte Paradigmen, neue theoretische Beschreibungen oder eine veränderte Praxis beinhaltet, kann nicht von vorneherein vorausgesetzt werden.

Viele konzeptionelle Beschreibungen in der Gesundheitsbildung wie z.B. der „Rahmenplan Gesundheitsbildung“ wurden schon Mitte der achtziger Jahre veröffentlicht. Die Gesundheitsbildung war der Gesundheitsförderung in ihrer Entstehung zeitlich voraus.

Weiterhin nicht berücksichtigt wurde die umfangreiche Literatur zur Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule, da es um den Zusammenhang der Erwachsenenbildung geht. Diese Literatur folgt weitgehend dem Grundsatz, Gesundheitsförderung (Gesundheitserziehung) müsse möglichst früh einsetzen, um zu einem frühen Zeitpunkt der Sozialisation gesundheitsfördernde Verhaltensweisen einzutrainieren, bzw. Risikoverhalten nicht erst zur Gewohnheit werden zu lassen.

Damit ist allerdings nicht die Frage beantwortet, ob nicht zumindest in einigen Phasen der Adoleszenz solche Bestrebungen der Entwicklung von Jugendlichen mit ihrer Abenteuerlust und Risikobereitschaft, Gegenwartsbezogenheit und Anpassungsbemühungen an soziale Gruppen nicht entgegenlaufen (vgl. Hurrelmann / Laaser, 1993). Dennoch sind in der Diskussion um Gesundheitsförderung in der Schule, die die gesamte Umgestaltung der Institution zum Ziel hat und nicht nur die Gesundheitserziehung der Schüler, neue Impulse zu verzeichnen, die am Rande berücksichtigt werden. In solchen Projekten wären z.B. eine Mitarbeit der Erwachsenenbildung im Sinne qualifizierender Maßnahmen für Eltern, Lehrer und Schüler denkbar.

Schwerpunkt der Analyse ist darüber hinaus die Suche nach theoriebildenden Beschreibungen, die den Paradigmen der Gesundheitsförderungsdiskussion im Sinne der Ottawacharta folgen, und zu deren erklärender oder praxisrelevanter Weiterentwicklung dienen können. Reine Praxisbeschreibungen wurden nur in Ausnahmefällen berücksichtigt.

Paradigmen spielen insofern eine wesentliche Rolle, da die verschiedenen Forschungsansätze und -verfahren keineswegs das Wichtigste sind: *„eher sind sie, um einen Zen-Koan zu strapazieren, die Leiter, die zum Mond weist, als der Mond selbst. Als wichtiger erscheinen mir die Paradigmen der Forschung und ihre Vielfalt. Grob gesprochen könnte „Paradigma“ als Wahrnehmungsweise von Welt verstanden werden. Es versteht sich, dass jedes Paradigma noch seinerseits eine Vielfalt von einzelnen, oft einander bis zum feindlichen Gegensatz widersprechenden Theorien enthält.“* (Schwendter Rolf, 2000, S.30)

Um die verbleibende Literaturfülle einzuschränken, wurde nach dem Prinzip der Sättigung verfahren, d.h., wenn zu einzelnen Themenfeldern in neu hinzugezogener Literatur wenig neue Erkenntnisse hinzukamen, wurde dieses Themenfeld als vorläufig abgeschlossen betrachtet. Es ist daher möglich, dass grundsätzlich wichtige Autor/innen nicht mehr ausreichend berücksichtigt wurden, weil das Themenfeld von anderen Autor/innen bereits besetzt war. Dieses Vorgehen kann insofern als wissenschaftlich gerechtfertigt gelten, weil der Anspruch auf Vollständigkeit bei kontinuierlichen Neuerscheinungen und nahezu unbegrenzter Menge bereits erschienener Literatur die Thematik in einem angemessenen Zeitrahmen und bei vorgegebener personeller Kapazität unbearbeitbar machen würde.

Schließlich war in der Auswahl der Literatur das Kriterium ausschlaggebend, ob wichtige Fragestellungen oder Antworten für den später beschriebenen Lehrgang „Zusatzqualifikation Gesundheitsbildung“ vom Bayerischen Volkshochschulverband zu erwarten waren. Dazu wurde bewusst auch „graue“ Literatur nach Möglichkeit einbezogen und die ausgewählte Literatur nicht auf wissenschaftliche Literatur beschränkt. Entsprechend der Fragestellung der Recherche enthält die Darstellung unterschiedliche Teile.

Die bisherigen Vorüberlegungen sollten die Bedeutung wissenschaftlicher Literatur für die Praxis der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung beschreiben. Eine Untersuchung zu diesem Thema beschäftigt sich daher mit verschiedenen Fragestellungen:

In einer eher theoretischen Abhandlung werden Begriffe wie Gesundheit, Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung auf Grundlage der aktuellen sozialwissenschaftlichen Diskussion erörtert.

Kap. 1 beschäftigt sich demzufolge mit dem Begriff Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung. Dazu wurde eine Literaturrecherche und –auswertung vorgenommen. Es soll einen groben Überblick geben, womit sich Literatur zur Gesundheitsförderung zurzeit beschäftigt und welche Themenfelder existieren, die im Weiteren nur teilweise berücksichtigt wurden.

Kap. 2 untersucht bisherige Erfahrungen von gesundheitsbildnerischer Volkshochschularbeit und stellt eine kritisch konstruktive Auswertung von gesundheitsbildnerischen Konzepten und ihrer Methodik für einen Begriffsrahmen Gesundheitsbildung vor. Es wird versucht den Diskussionsstand zu entscheidenden Themenkomplexen (Gesundheitsbegriff, Verständnis von Gesundheitsförderung, Gesundheitshandeln, Verhältnis Laien und Experten, Soziale Ungleichheit, Methoden, u.a.) zu beschreiben. In der Regel sind hier nur einige wenige Autor/innen exemplarisch genannt. Große Diskussionslinien und kontroverse Standpunkte sollten herausgearbeitet werden, um Verständigung zu erleichtern.

Kap. 3 überprüft konzeptionelle Überlegungen für einen Rahmenplan Gesundheitsbildung an der VHS in einer Bestandsaufnahme und liefert eine Auswertung des Lehrgangs Gesundheitsbildner an Bayerischen Volkshochschulen im Hinblick einer zukünftigen Qualitätsbestimmung und Professionalisierung ihrer Akteure.

Das Literaturverzeichnis listet aktuelle Literatur nach Autor/innen bzw. Herausgeber/innen alphabetisch auf. Dies soll zum einen ermöglichen, dass die im vorderen Teil benannte Literatur schnellst möglich aufzufinden ist; zum anderen entsteht ein Überblick, welche Autor/innen sich gegenwärtig mit Fragen der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung beschäftigen. Hier wurde versucht, gerade auch Zeitschriftenartikel und graue Literatur, soweit bekannt, mit aufzunehmen.

Die Themen selbst ergaben sich aus Verdichtungen des vorliegenden Materials und den Fragestellungen zum Lehrgang „Zusatzqualifikation Gesundheitsbildung“ vom Bayerischen Volkshochschulverband.

Dort wo dies inhaltlich möglich war, wurde versucht, Gesundheitsförderung, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsbildung einander gegenüber zu stellen, um den Spannungsbogen zwischen Innensicht und Außensicht herzustellen. Wenn möglich sollten auch Sichtweisen der Menschen selbst - Laienkompetenz in ihrer wissenschaftlichen Bearbeitung - zum Ausdruck kommen.

Jedes der Kapitel endet mit einer subjektiven Beschreibung der Fragen, die sich aus der Sichtung der Literatur zu diesem Themenkomplex für eine stärkere Professionalisierung, konkret am Beispiel des Lehrgangs Gesundheitsbildner ergeben könnten.

Schliesslich wird dies zu einer Einschätzung des gegenwärtigen Diskussionsstandes zusammengefasst. Der subjektive Ansatz dieser Kapitel wurde bewusst gewählt, um spannende Kontroversen und über den aktuellen Stand hinaus führende Fragen zu provozieren. Zum anderen folgt diese Untersuchung den entwicklungsgeschichtlichen Strömungen, die nie linear sondern oft kontrovers verliefen, immer aber im Kern eine Suche darstellen, wie das Gesundheitsfeld zu professionalisieren sei.

1. Kapitel

Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung zwischen Wissenschaft und Praxis

1.1. Thematischer Überblick

Insgesamt ist zunächst festzuhalten, dass in den letzten Jahren eine erstaunliche Fülle an Literatur zur Gesundheitsförderung und -bildung aus den unterschiedlichen Disziplinen der Wissenschaft und Bereichen der Praxis erschienen ist, die jeweils nur in Teilaspekten aufeinander Bezug nimmt. Von verschiedenen Seiten werden deshalb Projekte gefordert und teilweise verwirklicht, die versuchen, einen umfassenden Überblick zu gewinnen, integrierende Sichtweisen zu finden und zu einheitlichen Definitionen zu kommen (vgl. z.B. die Projekte der Bundesvereinigung für Gesundheit).

Das vorwissenschaftliche Gesundheitsverständnis lässt sich anhand von fünf Wurzelmetaphern beschreiben (vgl. Faltermaier 1991, Herzlich 1991):

- Gesundheit als Vakuum bestimmt durch die Abwesenheit von Krankheit.
- Gesundheit als Reservoir von Widerstandskräften und Ressourcen.
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand, dass sich z.B. als Wohlbefinden äußert.
- Gesundheit als Fitness für die Erfüllung der Alltagsanforderungen.
- Gesundheit als individuelle Kontrolle des körperlich-geistigen Befindens.

1.1.1. Einteilung nach Ansatzpunkten

In einer thematischen Gliederung entsprechend den unterschiedlichen Ansatzpunkten lässt sich die aktuelle Literatur zur Gesundheitsförderung im Wesentlichen den folgenden Bereichen zuordnen:

- Gesundheitsförderung (oder Gesundheitserziehung) mit Kindern und Jugendlichen oder in Institutionen ihrer Erziehung (Schule, Kindergarten): der quantitativ umfangreichste Teil. Hier findet sich eine Kontroverse um das Ziel der Aktion.

Während es den vielen Richtungen der Gesundheitserziehung um eine Veränderung des Gesundheitswissens und Gesundheitsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen geht, geht es der Gesundheitsförderungsdiskussion im engeren Sinn primär um eine Institutionsveränderung mit der Hilfe von Organisationsentwicklung, von der auch Lehrer und andere in der Schule arbeitende Personen profitieren sollen.

- Gesundheitsförderung in der Kommune:
Hierzu gehören auch Aktivitäten der Krankenkassen, der Sportverbände, gelegentlich der Erwachsenenbildung, der Selbsthilfe und Initiativen, insbesondere wird aber die Umgestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), und die (mögliche) Rolle der Gesundheitsämter in dem Projekt „Gesunde Stadt“ thematisiert.

Diese Rolle ist hierbei auch unter den Gesundheitsämtern umstritten. Auf dem Gesunde Städte Symposium 1993 (Köln 1994, S.44f) stellt z.B. Leidel fest „, dass diese Koordinatoren - Rolle der Gesundheitsämter zu der ja teilweise paradoxen Situation führen, dass gerade ein Fachamt, das sich selbst in einer Umbruchsituation befindet - überall wird über eine Neuorientierung, gerade des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nachgedacht die Entwürfe von Gesundheitsdienstgesetzen der Länder schießen aus dem Boden wie die Schwammerln nach dem Regen - dass also gerade ein Fachamt auf der Suche nach neuer Identität zwischen staatlicher Medizinalaufsicht und kommunaler Gesundheitshilfe, ein Fachamt das angesichts der kommunalen Finanznöte durch Aufgabenkritik und Aufgabenabbau - und das heißt ja konkret Abbau von Stellen und Ressourcen - erschüttert wird, dass ein solches Amt damit befasst wird, die Zielsetzung anderer Fachämter aktiv zu beeinflussen und zu verändern. Dass dies eigentlich eher zum Rückzug führt als zum beherzten Vorgehen, darf eigentlich niemanden verwundern.“

- Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt:

Nach Hurrelmann (1990b) sind Konflikte in der Arbeitswelt der nachweisbar wichtigste Risikofaktor für Erwachsene, Arbeitsbedingungen ein entscheidender Belastungsfaktoren. Die Literatur zu diesem Themenfeld hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Auch wenn die Aktivitäten in diesem Bereich in der Reduzierung der Kosten durch Krankheitsausfall motiviert sind, und vor allem in den ersten Jahren auf innerbetriebliche Angebote der Gesundheitsbildung begrenzt waren, sind sowohl vonseiten der Praxisbeispiele wie vonseiten der Literatur interessante Ansätze zu finden.

Beispiele dafür sind die differenzierten Modelle von innerbetrieblichen Gesundheitszirkeln einerseits und andererseits der handlungstheoretische Ansatz (z.B. von Ducki und Greiner, 1990, 1991, 1992). Eck (1987, S. 150-161) weist darauf hin, dass das soziale, gesellschaftliche Verständnis der Arbeit selbst und der Bedingungen unter denen Arbeit gemacht wird, unmittelbare Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Arbeitenden und ihre Identität haben und damit für die Gesundheitsförderung nicht unerheblich sind.

- Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arztpraxen, Krankenhäuser; Pflegeeinrichtungen); dies beinhaltet insbesondere präventive Ansätze in der Rehabilitation, aber auch erste Literatur zum Modell Gesundheitsförderung im Krankenhaus.
- Für die Arztpraxis charakteristisch sind Beschreibungen, entsprechend der auf dem Hamburger Ärztetag formulierten drei Ebenen: individuelle Gesundheitsberatung, Schulungen für Risikogruppen (z.B. Aufklärung über Diabetes), Mitwirkung in der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung. Die Literatur zum Modellprojekt „Gesundes Krankenhaus“ bezieht sich demgegenüber vor allem auf Organisationsentwicklung.
- Direkte Bezüge zur Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung (Gesundheitsbildung) finden sich fast nur in den Datenbanken der Erwachsenenbildung selbst, u.a. wohl deshalb, weil es sich überwiegend um graue Literatur handelt. In den wissenschaftlichen Schriften zur Erwachsenenbildung und ihren Lehrbüchern findet sich Gesundheitsbildung umgekehrt eher selten.

1.1.2. Einteilung nach Funktion

Hinsichtlich ihrer Funktion lässt sich die Literatur einteilen in :

- Beschreibungen von Praxismodellen: Überwiegend orientiert an der Verhütung spezifischer Krankheiten. Dies ist der umfangreichste Literaturbestand. Er trägt nur selten zur Theoriebildung bei, weil er auf einer beschreibenden Ebene verbleibt und nicht analysierend wird.
- Programmatische Erklärungen der Gesundheitsförderung im Sinne des WHO-Konzeptes: Auseinandersetzungen mit dem Gesundheitsbegriff der WHO u.a.. Sie sind gedanklich befruchtend, zeigen neue Ansätze auf und regen zur Praxis an, enthalten Kritik an den Zielsetzungen, analysieren allerdings selten Bedingungen.

- Wissenschaftliche Literatur sie dient überwiegend der Begründung der Einführung von Studiengängen wie public health, Gesundheitswissenschaften oder Gesundheitspsychologie, oder weist auf sozial epidemiologischem Weg die Notwendigkeit einzelner präventiver Maßnahmen nach. Sie betont derzeit relativ einhellig die Notwendigkeit interdisziplinärer Forschung und Lehre, meist aber ohne überzeugende Konzepte zu deren Integration. Die Konsequenzen ihrer Forschungsergebnisse, z.B. aus der Gesundheitspsychologie, für die Praxis der Gesundheitsförderung sind noch wenig diskutiert.

1.2. Gesundheitsbegriff

1.2.1. Theoretische Konzepte von Gesundheit

1.2.1.1. Gesundheits- und Krankheitsmodelle

Trotz der Fülle an Konzepten und der Bedeutung, die Gesundheit und Krankheit, sowohl subjektiv als auch aus gesellschaftlicher Perspektive zukommt, gibt es keine wissenschaftlich begründbaren, eindeutigen Definitionen. Eher ist ihr Verständnis bis heute einem kontinuierlichen Wandel unterzogen.

Durch die Entwicklung der Industriegesellschaft etablierte sich nicht nur ein wissenschaftlich-technischer Krankheitsbegriff, sondern damit verbunden auch eine Definitionsmacht der Ärzteschaft. Gegen diese „Enteignung“ der Gesundheit formierte sich die Gesundheitsbewegung, einer ihrer Sprecher – nämlich Ivan Illich formulierte ihre Notwendigkeit mit dem Satz: *„Die Zunft der Ärzte ist zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit geworden.“* (Illich 1975, S.9)

Inzwischen ist ein Wandel hin zu einem „sich selbstoptimierendem Individuum“ zu konstatieren. Die Pflicht zur „Selbstverantwortung“ und zur eigenen „Fitness“ reicht bis zu einer „optimalen Anpasstheit“ an berufliche und private Aufgaben und durchdringt schon längst unseren Alltag. Die Werbung als Spiegel und Ausdruck gesellschaftlicher Strömungen lebt in hohem Maße von dem Gesundheitsmarkt und prägt eine Ästhetik der Warenwelt, die sich in unserem subjektiven Erlebnis- und Verhaltensmuster wiederfindet.

Zimmermann (1996) schließt aus der „Verborgenheit der Gesundheit“, dass man Gesundheit im Unterschied zu Krankheit nicht fühlen kann, auf die Notwendigkeit einer „metaphorischen Repräsentation“. *„Wir haben Codes entwickelt, die Gesundheit erlebbar machen. (...) Die durch und durch metaphorisch und symbolische Repräsentation der Gesundheit (...) entspricht dabei in hohem Maße der Ästhetik der Warenwelt.“* (Zimmermann 1996, S.115)

Eine ausführliche Übersicht über Gesundheitsdefinitionen findet sich bei Becker (1992, S.93-100).

Er unterscheidet:

Krankheitsmodelle

- Biomedizinisches Störungsmodell

Krankheit wird hier als Folge gestörter somatischer Prozesse aufgefasst und ist mit ärztlichen Eingriffen behandelbar. Das Maschinenmodell des Körpers überwiegt. Krankheit und Gesundheit sind eindeutige Gegensätze, wobei nur Krankheit betrachtet wird.

Dieses Modell ist aufgrund seiner Erfolge in der Behandlung vieler Krankheiten weit verbreitet, aber auch zunehmender Kritik ausgesetzt.

- Psychosoziale Modelle

Sie sind als Gegenmodelle zum biomedizinischen Modell entwickelt worden. Ihre Gemeinsamkeit besteht in der Betonung psychischer und sozialer Bedingungen für (vorwiegend psychische) Krankheit. Sie gehen von einer Kontinuität zwischen normalen und gestörten Verhalten aus und sehen eine Multikausalität von Störungen.

- Diathese –Stress -Modelle

Gemeinsam ist ihnen die Annahme, dass Krankheiten aus dem Zusammenwirken belastender Bedingungen (Stressoren) und individueller Krankheitsdisposition resultieren. Auch sie beinhalten eine Kontinuität von Krankheit und Gesundheit. Forschungen zum Einfluss kritischer Lebensereignisse gehen ebenfalls überwiegend von diesem Modell aus.

- Biopsychosoziale Modelle

Sie fordern die systematische Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren von Krankheit und Prävention. Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend. Die inhaltliche Konkretisierung der Integration dieser Ebenen lässt allerdings zu wünschen übrig, außerdem gerät gelegentlich in Vergessenheit, dass dieses Modell zwar Krankheit erklärt, aber nicht Gesundheit herstellt. Es ist Grundlage vieler präventiver Ansätze, aber noch nicht für Gesundheitsförderung.

Gesundheitsmodelle

- Gleichsetzung von Gesundheit mit körperlicher Funktionstüchtigkeit

Dieses Modell ist die gesundheitsbezogene Parallele zum biomedizinischen Krankheitsbegriff.

- Gesundheitsdefinition der WHO

Sie unterscheidet sich vom biopsychosozialen Krankheitsmodell durch die Formulierung einer eigenen Qualität von Gesundheit und die subjektive Kategorie: Wohlbefinden.

- Salutogenetisches Modell von Antonovsky

Es beinhaltet ein gleichzeitiges Einwirken von pathogenetischen Faktoren (endogener und exogener Stress) und salutogenen Faktoren (Schutzfaktoren) wie psychosoziale, genetische und konstitutionelle Widerstandsquellen sowie dem - unterschiedlich interpretierten - Kohärenzsinn, dem Kern seiner Theorie.

Beckers Einteilung von Gesundheitsmodellen nach Krankheitsorientierung und Gesundheitsorientierung erweist sich im Kontext späterer Differenzierungen als hilfreich.

Bengel und Belz-Merk (1990) rezitieren die Einteilung von Gesundheit bei Anderson in fünf Kategorien:

„Gesundheit als ein Produkt oder Ergebnis;

Gesundheit als ein Potenzial die Kapazität; angestrebte Ziele zu erreichen oder bestimmte Funktionen auszuführen;

Gesundheit als Prozess, wobei Gesundheit ein sich ständig veränderndes dynamisches Phänomen ist;

Gesundheit als etwas, das vom Individuum erlebt wird; und

Gesundheit als Attribut des Individuums wie körperliche Fitness oder als Charakteristikum einer ganzen Person“

(Bengel und Belz-Merk, 1990 S. 106).

Der Zusammenhang zu dem jeweiligen Paradigma, das hinter den einzelnen Definitionen von Gesundheit steht, dem Blickwinkel der Forschung und den daraus resultierenden Vorschlägen für unterschiedliche Konzepte gesunder Lebensweise wird bei Lafaille (1994, S. 233ff) deutlich. Seiner Einschätzung nach gibt es im Prinzip unzählige Möglichkeiten, theoretische Einsichten und Themenbereiche der Gesundheitswissenschaft zu klassifizieren.

Er schlägt eine Vier-Felder-Matrix vor, in deren Mitte die Realität steht. Die vier Felder der Matrix ergeben sich aus naturwissenschaftlicher versus geisteswissenschaftlicher Sicht und individuumszentrierter versus gesellschaftlich - auf größere Zusammenhänge - zentrierter Sicht. Hieraus ergibt sich:

- Ein biomedizinisches Paradigma (naturwissenschaftlich-individuumszentriert),
- Ein existenziell - anthropologisches Paradigma (geisteswissenschaftlich individuumszentriert),
- Ein systemisches Paradigma (von einem Naturwissenschaftlichen Ausgangspunkt in größeren Zusammenhängen denkend) und
- Ein kultursoziologisches Paradigma (geisteswissenschaftlich-gesellschaftlich zentriert).

Die Bedeutung der unterschiedlichen Paradigmen liegt seiner Einschätzung nach darin, dass sich daraus jeweils spezifische gesunde Lebensweisen-Programme ableiten lassen, die sich in ihren Intentionen untereinander widersprechen. Er fordert für die Gesundheitswissenschaft die Einführung von Metatheorien, die möglichst viele Teilaspekte integrieren können.

Göpel (1992a) entwickelt in starker Anlehnung an Lafaille eine in den Begrifflichkeiten vereinfachte Matrix (biomedizinisches, psychosomatisches, ökologisches, soziales Paradigma) und schlägt eine systemische Sichtweise, die seiner Sichtweise von Gesundheitsförderung entspricht, als integrierendes Konzept vor.

Im deutschsprachigen Raum hat sich folgerichtig nicht eine Gesundheitswissenschaft, sondern die Gesundheitswissenschaften als Plural etabliert. In dem Handbuch von Hurrelmann und Laaser (1993) sind entsprechend medizinische, psychologische und soziologische Grundlagen genannt, die an späterer Stelle um ökologische Aspekte erweitert werden. Eine integrierende Theorie fehlt bisher.

1.2.1.2. Die WHO - Definition von Gesundheit und die Kritik an ihr

Ausgangspunkt für einen möglichen Konsens in der Literatur ist eine Orientierung am Gesundheitsbegriff der WHO - dem körperlich, seelischen und sozialen Wohlbefinden, nicht nur der Abwesenheit von Krankheit. Dabei ist nicht geklärt, wie die Integration der körperlich, seelischen und sozialen Ebene zu leisten wäre. Die subjektiven Sichtweisen des Wohlbefindens werden in ihren Konsequenzen nicht thematisiert. Meist wird auch der Bezug zu Krankheiten und Risikofaktoren nicht wirklich aufgegeben. Teilweise werden einzelne der drei Dimensionen deutlich als Schwerpunkt gesetzt.

Die WHO selbst hat seit Adelaide (1987) die drei Dimensionen der Gesundheit noch um die spirituelle und um die ökologische Dimension erweitert. (Vgl. Kickbusch, 1992b, S.24)

Kritikpunkte an der Definition der WHO sind im Wesentlichen:

- Der Definition wird ihr utopischer Charakter vorgeworfen (von Kickbusch u.a. beantwortet 1987, S.119-129).

Milz (1994) korrigiert das Absolute der Definition in sofern, als er den englischen Begriff „complete“ nicht mit vollständig, sondern mit umfassend übersetzt, im Sinne von ganzheitlich (vgl. Milz, 1994, S.20). Lafaille (1994) weist darauf hin, dass das Utopische dieser Definition gerade seine integrierende Kraft ausmacht:

„Es ist nicht unwichtig, dass die Definitionen von Gesundheit implizit oder explizit utopische Ideen enthalten. (...) Es ist deshalb nicht überraschend, dass die Definition der WHO, welche eindeutig utopischer Natur ist, so viel Anklang gefunden hat. Diese Definition repräsentiert einen Kompromiss auf einem abstrakten Niveau, zwischen allen Arten von Wissenschaften. Da die WHO-Definition keinen empirischen Bezugspunkt mit einschließt, muss keine Wahl getroffen werden. Jeder kann dieser Definition beipflichten. Mit dieser Definition kann ein Konsens leicht erzielt werden, auch auf der internationalen Ebene, da sie sich auf utopische und sehr allgemeine Ziele bezieht“ (Lafaille, 1994, S. 258).

- Der Beschreibung von Gesundheit als Endzustand wird ein Prozesscharakter gegenübergestellt (die WHO schließt sich mit der Ottawacharta an). Neuere Gesundheitsdefinitionen betonen generell die Prozesshaftigkeit von Gesundheit und beschreiben die fließenden Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit (vgl. z.B. Keil, 1988, 1992, 1994).

- Die Beschreibung von Wohlbefinden als Zustand birgt die Gefahr der Normierung, statt z.B. Gesundheit als erfolgreichen Umgang mit Krisen zu sehen.
- Die Gesundheitszentrierung von Individuum und Gesellschaft kann repressive Folgen haben ((Schmidt, R, 1993, S.17); z.B. die Gefahr einer Medikalisierung psychischer und sozialer Lebensprobleme. Diese würde aber nicht dem sozialen und politischen Gesundheitsbegriff von Kickbusch entsprechen (vgl. Kickbusch 1993a).
- Die Gesundheitsdefinition ufert durch Einbezug psychischen und sozialen Wohlbefindens aus. Eine Definition und Diagnose von Abweichung von Gesundheit wird unmöglich (vgl. Schwarzer 1990, S.4).
- Wohlbefinden ist subjektiv und damit medizinisch nicht behandelbar.
- Die ökologische Dimension (vgl. Cramer, 1992) fehlte bis Adelaide; auch jetzt ist sie nur auf einem sehr abstrakten und eingegengten Niveau einbezogen.

Die in Adelaide hinzugefügte spirituelle Dimension von Gesundheit wird bei den einzelnen Autoren noch wenig ausgeführt. Ansatzpunkte ergeben sich in einer Sichtweise von „Sense of coherence“ (bei Milz übersetzt in „Gefühl des Sinns für den Zusammenhang“ Milz 1994, S.21) von Antonovsky, bei Milz interpretiert, „dass für den Einzelnen sein Leben verständlich, handhabbar und bedeutungsvoll ist“ (ebenda). Kickbusch (1993a) versteht spirituelle Gesundheit als Suche des Menschen nach einem Lebenssinn.

Göpel (1990b) sieht den Grund für die gegenwärtige Auseinandersetzung mit Gesundheit und Gesundheitsförderung u.a. im Fehlen integrierender spiritueller Konzepte, die helfen könnten, die derzeitigen Krisen gesellschaftlicher Umbrüche zu verkraften. *„Gesundheit ist daher ein Thema der biografischen und historischen Krisenzeit, in den eine Neuorientierung und eine Besinnung auf das noch verfügbare Lebenspotenzial erforderlich wird. Es ist ein Thema der bürgerlich-neuzeitlichen Gesellschaft, der die Aussicht auf ein transzendentes Jenseits abhanden gekommen ist und die ihre existenziellen Tröstungen auf die biografische Spanne zwischen Geburt und Tod begrenzen muss.“* (Göpel, 1994, S.267, vgl. auch 1990b, 1990 a). *„Das Fehlen einer ganzheitlichen und sinnorientierten Weltanschauung und Lebensvorstellung erschwert gemeinschaftliches Handeln gegenüber gesellschaftlich vermittelten Lebensrisiken und ökologischen Krisen.“* (ebenda, S.271).

Göpel beschreibt hierbei nicht die fehlenden Glaubensvorstellungen Einzelner als Verlust, sondern die fehlende Verständigungsgrundlage in einer multikulturellen säkularen Gesellschaft" (ebenda, S.273). Für die Gesundheitswissenschaften sieht er die Notwendigkeit einer Verbindung von wissenschaftlicher Rationalität, spiritueller Reflexion und politischem Bewusstsein (ebenda, S. 274).

Für Belschner (1993a, S. 158f) hat die spirituelle Dimension (Teilhabe am Göttlichen als Erfahrung des Wesens versus kirchlich - institutioneller Glaube) in der westlichen Gegenwart eine besondere Bedeutung. *„Während die soziale und die ökologische Dimension uns in ihren Ausprägungen zumindest kognitiv vertraut sind, sind wir im Bereich der spirituellen Dimension derzeit zumeist noch Analphabeten. (...) Gesundheitsförderung kann somit auch bedeuten, die grundlegende spirituelle Dimensionalität des menschlichen Entfaltungsraumes zu entdecken und dadurch der tiefen Sehnsucht des Lebens nach sich selbst (Gibran 1969) entsprechen zu können. (...) Es ist m.E. eine außerordentlich dringlich anstehende, kulturelle Aufgabe, in einem solchen umfassenderen, die Spiritualität einbeziehenden Bezugsrahmen die alltäglichen Probleme zu reformulieren und auf einem solchen Hintergrund die zur strukturellen Routine gewordenen Problemlösungen der Gewalt, der Macht, der Ausbeutung, der Herrschaft usw. erneut zu überdenken.“* Nach Belschner muss der Mensch *„als personalisierter Schnittpunkt“* (ebenda) zwischen den beiden Dimensionen privat und öffentlich einerseits und derzeitiges Alltagsbewusstsein versus göttlicher Ursprung andererseits balancieren.

1.2.1.3. Gesundheit als aktive Auseinandersetzung

Becker skizziert im Anschluss an seine Übersicht von Gesundheitsdefinitionen ein integratives Anforderungs-Ressourcen-Modell von Gesundheit: *„ Der Kerngedanke des folgenden Modells besagt, dass der aktuelle Gesundheitszustand davon abhängt, inwieweit es einer Person mithilfe der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der letzten Zeit gelungen ist bzw. aktuell gelingt, bestimmte Anforderungen zu bewältigen. Fällt die Erfolgsbilanz der letzten Zeit positiv aus, ist eher mit Wohlbefinden und Gesundheit, bei negativer Bilanz mit Missbefinden und Krankheit zu rechnen.“* (Becker, 1992. S.99)

Ungünstige Effekte auf Krankheit können dabei sowohl aus Unterforderung wie aus Überforderung resultieren. Becker folgert daraus: *„Die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung läuft mithin auf eine Hilfe zur Lebensbewältigung hinaus, wobei dies prinzipiell durch die Veränderung von Anforderungen oder die Stärkung von Ressourcen geschehen kann.“* (ebenda, S.100).

Wie hier bei Becker formuliert, hängen Gesundheitsverständnis und Verständnis von Aufgabe und Arbeit der Gesundheitsförderung eng miteinander zusammen.

Ducki und Greiner verstehen Gesundheit aus der Perspektive ihres arbeitspsychologischen Ansatzes als *„Ausschöpfen und Entwickeln der menschlichen Fähigkeit zu handeln“* (1990, S.5), *damit nicht als einen passiven Zustand, sondern als einen aktiven Vorgang.* Sie beziehen sich dabei zunächst auf Noack, der fünf Faktoren benennt, die in verschiedenen Gesundheitsmodellen übereinstimmend beschrieben sind:

- „1. Gesundheit als Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung*
- 2. Gesundheit als positiv bewertete psychologische Erfahrung*
- 3. Gesundheit als Balance oder Gleichgewicht innerhalb des Selbst und mit der Umwelt*
- 4. Gesundheit als Kapazität oder Potenzial, persönliche Ziele zu verfolgen sowie Umwelt und soziale Anforderungen zu bewältigen.*
- 5. Gesundheit als Prozess von zielgerichteter Handlung bzw. als Prozess erfolgreicher Bewältigung „* (ebenda, S. 4f).

Im Folgenden beschäftigen sie sich dann mit dem fünften Aspekt genauer.

Die Entwicklung von Handlungsfähigkeit wird als ein lebenslanger Prozess verstanden, in dem bereits entwickelte Kompetenz verfeinert und ausgebaut werden oder neue Kompetenzen erlernt werden.

Eine Person stellt diesen Prozess durch ihre Aktivität her, der Entwicklungsaspekt steht hierbei im Vordergrund.

Handlungsfähigkeit hat insbesondere die drei Merkmale:

- Fähigkeit, sich neue Bereiche des Handelns durch Lernen zu erschließen und langfristige Ziele zu setzen,
- Fähigkeit zum stabilen und flexiblen Handeln und
- Verbundenheit des Handelns mit körperlichen Prozessen, einschließlich der Wahrnehmung von Körpersignalen.

Badura (1993a, S.249) sieht Gesundheit als *„eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild ein positives seelisches und körperliches Befinden erhalten oder wieder hergestellt wird.“* Zuversicht, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit Leiden zu vermeiden und Lust zu maximieren sind für ihn wesentliche Elemente von Gesundheit. (Ebenda, S.32)

Aus einer erweiterten systemischen Sichtweise heraus wird Gesundheit aus dem Kontext der Person-Umweltbeziehung aufgefasst. Zu den Merkmalen von Gesundheit gehört nach Walschburger (1990, S.29):

- Selbstverwirklichung und Umweltoffenheit sind in Balance. Eine umweltbezogene und zugleich abgegrenzte Identität wird entwickelt, ein Gleichgewicht zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Sensibilität sowie Wachstum und Entfaltung wird möglich.
- Aktivität kann genau dort entfaltet werden und spontanes Handeln ist möglich, wo bestimmte Grundbedürfnisse zu befriedigen und persönliche Handlungsziele zu erreichen sind. Dort, wo kein Handeln erforderlich ist, kann sich die Person entspannen und erholen, d.h. eine kontextgerechte Entscheidung für Aktivität und Entspannung ist möglich.
- Eine positive Dynamik in der Mensch-Umwelt-Beziehung überwiegt, das heißt, die Person hat erfolgreiche Strategien zur Bewältigung von Belastung, positiver Empfindungen wie Unternehmungslust, Hoffnung, Zufriedenheit, Wohlbefinden und Selbstachtung überwiegen auch dort, wo negative Ereignisse und Erfahrungen nicht vermieden werden können.
- Eine Prozessqualität der Selbstregulation und Umweltbewältigung herrscht vor, die als leicht, flüchtig, eher unbemerkt und anregend erfahren wird.

Milz (1994, S.17) versteht Gesundheit „als erlebte und bewusste Integration in ökosoziale Wirkzusammenhänge“ er sieht Gesundheit als „Ausdruck des beständigen Bestrebens jeden lebenden Organismus, eine lebensfähige Übereinstimmung zwischen seinem inneren und äußeren Milieu herzustellen.“ (ebenda, S.20) „Gesundheit ist situationsbezogen gelungenes, erfolgreiches Leben.“

Er prägt den Begriff der persönlichen und kollektiven Gesundheit, die auf einem Gespür für Zusammenhänge aufbaut. Persönliche Gesundheit beschreibt er als ein theoretisches Konstrukt, da ein einzelnes, isoliertes Individuum nur theoretisch existiert. Milz beschreibt Gesundheit sogar noch eindringlicher als „die Entfaltung eines Potenzials, welches Lebensfreude ermöglicht, zur Auseinandersetzung mit Erkrankung befähigt sowie Heilung und Gesundung bedingt“ (ebenda, S.18).

Damit ist Krankheit ausdrücklich in Prozesse der Gesundheit mit eingeschlossen und nicht mehr einfach absolutes Gegenteil von Gesundheit.

Hurrelmann (1990b, S. 93, auch 1988) definiert aus einer sozialisationstheoretischen Grundlage. Gesundheit als den „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegeben äußeren Lebensbedingungen befindet.“

Interessant ist neben der Gleichrangigkeit von subjektivem und objektivem Befinden - in der WHO-Definition geht es um das subjektive, um das Wohlbefinden, medizinisch orientierte Definitionen bleiben beim Objektiven - der Einklang mit den äußeren Lebensbedingungen.

„Gesundheit ist nur dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann. Gesundheit kann deshalb auch als das jeweils aktuelle Resultat einer „gelingenden“ Sozialisation verstanden werden.“ (ebenda, S. 93f)

Hurrelmann verweist auf zwei Wurzeln in diesem Kontext:

- Sozialmedizinische Ansätze fassen Gesundheit als Anpassungsfähigkeit des Menschen an körperliche, seelische und soziale Belastungen auf (er verweist hier auf Levi).

- Salutogenetische und pathogenetische Mechanismen werden in einer dynamischen Wechselbeziehung gesehen, deren Überwiegen in der einen oder anderen Richtung Gesundheit oder Krankheit ausmacht. Umwelteinflüsse, genetische Dispositionen, Erfahrungen, Erlebnisse und Motivationen einer Person beeinflusst diese Wechselbeziehung. (Antonovsky 1987, Nitsch 1981, nach Hurrelmann 1990, S.94)

Das Konzept des Lebensstils (Badura 1983, nach Hurrelmann 1990b, S.94) betrachtet Verhaltensstrategien zur Bewältigung von Diskrepanzen zwischen menschlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten einerseits und den sozial ökologisch gegebenen Möglichkeiten von Verhalten andererseits. Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen werden als Reaktion auf komplizierte soziale und ökologische Lebensbedingungen verstanden und damit der Schuldzuweisung enthoben.

Pearlin (nach Hurrelmann 1990b) verweist auf soziale und ökonomische Rahmenbedingungen, die die objektiv größere Gesundheitsgefährdung von sozial Benachteiligten erklären können, er bezieht aber auch soziale Faktoren wie Aktivitäten im politischen Bereich, kollektive Aktionen und Handlungen, die von den Individuen ausgehen sowie Selbstkonzeptvariablen ein. Damit wird Gesundheit auch zu einem politischen Begriff, den Kickbusch in einem Satz zusammenfasst:
 „Widerstand ist gesünder als die stumme Angst“ (Kickbusch, 1993).

Hurrelmann (1990b, S.98) folgert: *„Das sozialisationstheoretische Modell hat eindeutige gesundheitspolitische Implikationen: Die Zielsetzung aller interventiven Maßnahmen muss sein, sowohl die individuellen als auch die sozialen Ressourcen zu fördern und zu stärken, die für die jeweilige Bewältigung einer schwierigen Lebenssituation oder einer andauernden Lebensbelastung herangezogen werden. Alle Maßnahmen der Verbesserung der Handlungskompetenz einer Person und alle Maßnahmen der Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen in materieller und immaterieller Hinsicht sind von grundlegender Bedeutung (...).“*

Keupp (1992a, 1992b, 1993b) beschreibt einen Paradigmenwechsel von einem asketischen Gesundheitsverständnis, das sich vom 19. Jahrhundert bis in die alternative Gesundheitsbewegung der frühen achtziger Jahre hinein beschreiben lässt, zu einem hedonistischen Gesundheitskonzept, als dominantes Konzept der späteren achtziger und neunziger Jahre. Keupp kritisiert in der Folge die Normierung, die von beiden Konzepten ausgeht.

„Gesundheitsdiskurse und ihre Alltagspraxis sind als Produktionsstätten von Normalität und Identität zu untersuchen. Keine persönliche und gesellschaftliche Sphäre eignet sich so hervorragend als Prägegestalt für erwünschtes und adäquates Verhalten wie der Bereich der Gesundheit. In ihm bündeln sich vielfältige Bedürfnisse, Wünsche und Interessen.

Unsere Lebensentwürfe und die an sie gebundenen Identitätsprojekte setzen in der Regel auf Gesundheit als basale Voraussetzung der Nutzung von Lebensmöglichkeiten. Gesundheit ist ein Medium, in dem sich der von Worten Elias beschriebene Prozess vom „Fremdzwang“ zur „Selbstzwangsapparatur“ vollzieht. Deshalb sind Gesundheitsdiskurse vor allem unter der Perspektive zu untersuchen, wie sie Subjekte vergesellschaften.“ (Keupp 1993b, S.26)

Das asketische Gesundheitskonzept zeichnete einen Lebensentwurf der Mühsal und der Bescheidenheit. Gesundheit wurde zur Leistung des Einzelnen als Ausdruck richtig gelebten Lebens. Sie bestimmte sich durch Vermeidung von Sinnlichkeit, durch Sparsamkeit und durch Selbstkontrolle. Gesundheit hatte eine funktionale Zweckbestimmung. Zwänge, Verbote und strikte Verhaltensregeln waren die entscheidenden Erziehungsmittel. Verhaltenstherapie als methodische Hilfestellung bot sich an.

„Vor allem der - als Paradigmenwechsel innerhalb der Verhaltenstherapie gefeierte - Trend hin zur kognitiven Verhaltenskontrolle war normativ an jenem Prozess orientiert, den Worten Elias in seiner Analyse der abendländischen Zivilisationsentwicklung beschrieben hat: die Verinnerlichung der Affekt- und Handlungskontrolle. In dieser Tradition waren Gesundheitsförderung und Prävention psychischen Leids orientiert an eine Perfektionierung der Kontrollen über potenziell gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen.“ (Keupp, 1992a, S.245)

In den letzten Jahren vollzog sich der Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese, von der Defizit- zur Ressourcenorientierung, vom Leid zum Glück.

Das hedonistische Gesundheitsverständnis macht Gesundheit zu einem hoch besetzten Selbstzweck. Gesundheit wird verbunden mit Spaß, positivem Denken, Genuss, guter Laune, Wohlbefinden und Selbstverwirklichung. Gesundheit wird zum Inbegriff all dessen, was das Leben lebenswert macht. Gesundheit im Sinne von Selbstverwirklichung wird als etwas Herstellbares, etwas Produzierbares und Konsumierbares betrachtet. Wer dieses Ziel nicht erreicht wird dafür selbst verantwortlich gemacht.

„Um dies erreichen zu können, muss sämtlicher Ballast abgeworfen werden (das ist der metaphorische Übergang des Ziels der „lean produktion“ auf die Identität): an Körpergewicht, an ideologischen und sozialen Abhängigkeiten.“ (Keupp, 1993b, S.28)

Keupp kritisiert das Normative und Ausgrenzende dieses Gesundheitsverständnisses. *„Die Wohlbefindensforschung“ verliert Menschen aus dem Blick, denen ihre durchschnittlichen Lebenserfahrungen ein Gefühl der „Demoralisierung“ vermittelt ohne jene gesundheitspsychologische Zentraltugend erfahren zu haben, die gegen Krankheiten immun macht. Sie richtet ihr Augenmerk auf die Siegertypen, die ihr Leben als ständige Herausforderung begreifen, die sie annehmen und in der sie sich erfolgreich erweisen. Gute Laune kann da nicht nur nicht schaden, sondern gehört als motivationale Komponente in diese Strategie. Der propagierte Hedonismus ist die Prämie der Erfolgreichen. Gesundheitliche Probleme, Unglück und Leid sind entsprechend die negative Prämie für „Verlierer“, die es nicht schaffen, die vielfältigen gesellschaftlichen Chancen für sich zu nutzen. „Blaming the victim“ nennen die Amerikaner diese Sicht: Die Opfer sind für ihr Leid selbst verantwortlich.“ (ebenda, S.30).*

Als Gegenentwurf schlägt Keupp eine „Patchwork-Identität“ vor. *„Das Subjekt wird als Konstrukteur seiner eigenen Person betont, und die Aufmerksamkeit wird darauf gerichtet, dass unter den Bedingungen der Fragmentierung, Widersprüchlichkeit und Pluralisierung der Lebensformen die Integrationsleistung der Subjekte notwendigerweise eine kreative Eigenwilligkeit annehmen. Die in diesem Sinn verstandene „Patchwork-Identität“ hat keine immanent normative oder gar emanzipatorische Bedeutung. Sie zeigt allenfalls die Notwendigkeit auf, zentristische Subjektmodelle aufzugeben.“ (ebenda, S.30).*

Als „*empirisches Gegengift gegen die ideologische Beschwörung der ungeahnten Chancen, die jede und jeder hätten, etwas aus ihrem Leben zu machen*“ (Keupp, 1992a, S.246) benennt Keupp den Zusammenhang von gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Persönlichkeitsentwicklung mit Blick auf unterprivilegierte gesellschaftliche Gruppen, bei denen Demoralisierungsprozesse nachzuweisen sind. Hilfreich ist nach Ansicht von Keupp der Ansatz von Antonovsky (siehe Kapitel 1.5.2.), weil dieser sich mit Ressourcen beschäftigt, die eine Person mobilisieren kann, um mit belastenden, schwierigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen und Lebensbedingungen produktiv umzugehen. Lebensbedingungen stehen damit nicht außerhalb des Gesundheitskonzeptes sondern sind darin integriert.

Vor allem bei Keil (1988,1992, 1994) ist auch Krankheit in diesem Entwurf von Gesundheit integriert.

1.2.1.5. Gesundheit und Lebenswelt

In den meisten Projekten der WHO - z.B. im „Gesunde-Städte-Projekt“, in den Projekten „Gesundes Krankenhaus“, „Gesunde Schule“, „Gesunder Betrieb“ - werden Lebensbedingungen in den Mittelpunkt von Gesundheit gestellt (Setting-Ansatz).

Eine Stadt z.B. gilt als gesund, wenn sie kontinuierlich die sozialen und physischen Umwelten verbessert und diejenigen kommunalen Potenziale stärkt, die es Bewohner/innen erlauben, sich in allen Lebenslagen gegenseitig zu unterstützen und sich maximal zu entfalten. Elf Kriterien wurden für eine gesunde Stadt aufgestellt (zitiert nach Conrad, 1993, S. 63):

- *„Saubere und sichere physische Lebensbedingungen von hoher Qualität (einschließlich Wohnqualität)..*
- *Eine ökologisch gut ausgewogene Umwelt inmitten eines globalen Ökosystems, das sich auf lange Sicht selbst erhalten kann.*
- *Starke, sich gegenseitig unterstützende Gemeinschaften und Nachbarschaften.*
- *Ein hohes Maß an öffentlicher Beteiligung und Kontrolle über Entscheidungen, welche das Leben, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bürgerinnen beeinflussen.*
- *Gewährleistung der Grundbedürfnisse/Grundvoraussetzungen für Gesundheit (Ernährung, Wasser, Unterkunft, Einkommen, Sicherheit und Arbeit) für alle Bevölkerungsgruppen.*

- *Zugang zu einer breiten Vielfalt an Kenntnissen, Erfahrungen und Dienstleistungen mit der Möglichkeit zu vielfältigen Kontakten.*
- *Eine vielfältige, vitale und ökologisch ausgerichtete städtische Wirtschaft.*
- *Förderung der Verbundenheit mit der Vergangenheit, dem eigenen kulturellen Erbe und dem anderer ethnischer Gruppen.*
- *Ein Stadtmodell und eine städtische Verwaltungsform, die selbst in Einklang steht mit den genannten Gesunde- Städtemerkmalen und diese weiter fördern kann.*
- *Ein optimales, für jedermann zugängliches Maß an öffentlicher Gesundheits- und Krankheitsversorgung.*
- *Ein hoher Gesundheitszustand im Sinne eines hohen positiven Gesundheitszustandes (Wohlbefinden) als auch niedrigen Krankenstandes.“*

1.2.1.6. Konsens im Verständnis von Gesundheit

Gesundheitsdefinitionen sind nach wie vor geprägt von den unterschiedlichen Berufsgruppen, die über Gesundheit sprechen und von deren jeweiligen Paradigmen. Als Stand der aktuellen Diskussion lässt sich dennoch ein prozessorientierter, lebensgeschichtlicher und subjektiver Gesundheitsbegriff beschreiben, der zwischen Krankheit und Gesundheit fließende Übergänge sieht, Ergebnis einer umfassenden und aktiven Auseinandersetzung der Person mit ihrer natürlichen und sozialen Mitwelt ist, und hindernde und fördernde Bedingungen - insbesondere grundlegende Lebensbedingungen - vorfinden kann.

Konsens ist die Multidimensionalität von Gesundheit, in der es körperliche, psychische und soziale Aspekte gibt, wenn ihre Schwerpunkte auch unterschiedlich gewichtet werden und keine Klarheit über die Anzahl der Dimensionen (Einbezug, der ökologischen und spirituellen) besteht. Thematisiert wird eine politische Dimension von Gesundheit. Erweiterte systemische Sichtweisen, die die Umgebung des „Systems“ Mensch und seine historische Perspektive mit einbeziehen, könnten als integrierende Konzepte dienen.

Eine positive Definition von Gesundheit, die Gesundheit nicht nur als Fehlen von Krankheit sieht, ist überwiegend ebenfalls Konsens, auch wenn in weiteren Differenzierungen gerade der Diskurs um Gesundheitsorientierung versus Krankheitsorientierung Ausgangspunkt für Auseinandersetzungen bleibt.

In dem von Conrad und Schmidt im Auftrag der WHO, Regionalbüro Europa herausgegebenen Glossar Gesundheitsförderung heißt es zum Stichwort „positive Gesundheit“: „Zustand des Gesundseins, der über Beschwerdefreiheit hinausgeht. Konzepte positiver Gesundheit betreffen meist die Lebensqualität und die Gesundheitspotenziale des Einzelnen. Richtungen positiver Gesundheit sind z.B. Selbstverwirklichung, Vitalität und Kreativität. Vorstellungen positiver Gesundheit befassen sich mehr mit der Entfaltung als mit der bloßen Bewältigung und gehen deutlich über traditionelle Betrachtungsweisen der Medizin und der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hinaus. Diese Sichtweise wurde erst von wenigen Angehörigen der Heilberufe aufgegriffen. Für die Gesundheitsförderung ist der Begriff der positiven Gesundheit von zentraler Bedeutung.“ (Conrad/Schmidt, 1990, S.62)

Es existieren Modelle zur Entstehung von Gesundheit, die psychosoziale Aspekte gegenüber medizinischen in den Vordergrund stellen. Sie sind relativ schlüssig und widersprechen sich nicht grundsätzlich. Ressourcen, Schutzfaktoren, Bewältigungsstrategien, die gelungen oder nicht gelungen sein können, oder Kompetenzen stehen Anforderungen und Belastungen, die extern oder intern sein können, gegenüber.

Bei Schulte-Cloos (1991, S.63) findet sich ein Versuch, diesen Konsens zusammenzufassen:

„ a) Gesundheit formiert sich in allen Bereichen des Wohlbefindens: ökologisch, sozial, somatisch, psychisch. Zumindest theoretisch ist, insofern die Definition der WHO nicht zu kritisieren. G. als individueller Wert bedarf des Hintergrunds der Sozietät - auf diesem wird Gesundheit definiert, hier wird in Richtung auf G. sozialisiert. G. ist somit gesellschaftliches Gut sie „spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse“ (HURRELMANN, 1988, S.17).

b) G. ist ein relationaler Begriff, er kennzeichnet bestimmte Beziehungen auf den unterschiedlichen Ebenen des menschlichen Seins, zumindest diesen

- *Beziehung des Subjektes zu sich selbst;*
- *Beziehung des Subjektes zum eigenen Körper;*
- *Beziehung zur Mitwelt / zur Umwelt*
- *(S. LANDER & WENZEL, 1987);*

c) G. ist schließlich ein funktionaler Begriff; seine Anwendung variiert im Lebenslauf, in Abhängigkeit von den Lebensumständen, von der umgebenden Kultur. Dies betrifft auch seine pragmatische Relevanz.

So verstanden beschreibt G. eine Seinsform des Menschen, diese ist nicht umfassend objektivierbar.“

1.2.2. Laienverständnis von Gesundheit

Bengel und Belz-Merk (1990), Faltermaier (1991) u.a. beschäftigen sich mit subjektiven Gesundheitskonzepten. Schulze und Welters (1991) haben diese hinsichtlich geschlechts- und altersspezifischer Differenzierungen untersucht. Klesse, Sonntag u.a. (1992) erforschten ausdrücklich frauenspezifische Gesundheitskonzepte. Schaefer (1992) untersucht den Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern.

Laienverständnisse von Gesundheit scheinen dabei das gesamte Spektrum von Gesundheitsdefinitionen zu repräsentieren. Sie unterscheiden sich aber u.a. nach den Vorerfahrungen einer Person mit Krankheit, nach dem Geschlecht, nach der Art der ausgeübten Berufstätigkeit, nach dem Alter. Gesundheitsdefinitionen und Krankheitsdefinitionen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Dimensionen bei Laien, sie werden sogar an unterschiedlichen Körperteilen lokalisiert.

Faltermaier (1991, S.45f) begründet die Notwendigkeit einer Analyse subjektiver Gesundheitskonzepte vor allem damit, dass es notwendig ist, die Sicht der betroffenen Subjekte einzubeziehen, wenn man die psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit untersuchen und sinnvolle Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln will: *„Wir müssen davon ausgehen, dass jeder Mensch täglich mit seinem Körper umgeht, Beeinträchtigungen seiner Befindlichkeit bemerkt und darauf reagiert dabei insgesamt - wenn auch auf unterschiedliche Weise - versucht seine Gesundheit zu erhalten. Erst im Laufe eines mehr oder weniger langen Prozesses der alltäglichen Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und nach möglicherweise vergeblichem Hilfesuchen im sozialen Netzwerk werden sich Betroffene an Experten wenden und das professionelle Gesundheitssystem in Anspruch nehmen.“*

1.2.2.1. Vorstellungstypen

In der als klassisch zu bezeichnende Studie von Herzlich (hier in der Rezeption von Faltermaier, 1991, S.51ff) wurde in einer Untersuchung über die Gesundheitsvorstellungen bei Pariser Mittelschichtbürgern deutlich, dass hier Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Kategorien darstellen: „Eine Person kann eine Krankheit haben und sich dennoch gesund fühlen, sie kann gesund sein und sich dennoch krank fühlen. Weiterhin zeigte sich, dass sich die meisten Alltagsmenschen nicht eindeutig als gesund oder krank bezeichnen, sondern sich in ein Zwischenstadium („intermediate state“) einordnen und insofern von einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ausgehen (vgl. die Ähnlichkeit zum theoretischen Modell von Antonovsky).“ (Ebenda, S.51f)

Herzlich differenziert zwischen:

- Gesundheit als Vakuum

Gesundheit wird hier nicht positiv besetzt, sondern durch die Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheit selbst wird nicht erfahren, sondern nur Krankheit. Krankheit zerstört Gesundheit. Der Körper wird nicht wahrgenommen, solange er nicht stört. Gesundheit ist eine unpersönliche Tatsache.

- Gesundheit als Reservoir

Gesundheit ist ein organischbiologisches Charakteristikum einer Person und lässt sich erleben. Es ist messbar, stabil und veränderbar. Es äußert sich in Robustheit und Stärke, als Widerstandspotenzial gegenüber äußeren Einflüssen.

- Gesundheit als Gleichgewicht

Gesundheit ist eine unmittelbar erlebbare Erfahrung. Sie äußert sich in körperlichem und psychischem Wohlbefinden, guter Stimmung und Aktivität, guter Beziehung zu anderen. Sie existiert selten vollständig. Gesundheit ist ein Wert nachdem gestrebt wird.

Nach Faltermaier benennen neuere Studien zwei weitere Dimensionen:

- Gesundheit als funktionale Fitness

Hier geht es um die Erfüllung von Aufgaben und Rollen des Alltagslebens.

- Gesundheit als Kontrolle

Das Selbst und der Körper sollen kontrolliert werden können. Der entgegengesetzte Pol ist der Versuch das Leben zu genießen, sich zu entspannen und sich keine Sorgen zu machen.

Potthoff/Schwefel (rezitiert bei Schulze/Welters, 1991, S.71) führten eine Befragung in München durch. In einer Dimensionsanalyse wurden neun korrelierende Gesundheitskomponenten ermittelt. Diese waren:

- Innere Unruhe und Verstimmung
- Zufriedene Stimmungslage
- Unglückliche Stimmungslage
- Soziale Integration
- Körperliche Behinderung
- Atemnot / Beschwerden im Brustraum
- Lebensfreude
- Schwäche und Müdigkeit
- Hilfsbedürftigkeit / Unselbstständigkeit.

Diese neun Gesundheitskomponenten wurden auf Faktoren untersucht und zu zwei Faktorengruppen geordnet:

- Wohlbefinden versus Missempfinden
- Leistungsfähigkeit versus Behinderung

Die Forscher fanden also eine eher emotionale und eine eher instrumentelle Gesundheitsdefinition.

1.2.3. Gesundheitsverständnis in der Erwachsenenbildung

In dem expliziten schriftlichen Bezug der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen finden sich Gesundheitsdefinitionen, die sich eng an die Gesundheitsdefinition der WHO in ihrer ursprünglichen Fassung anlehnen. So heißt es z.B. im Rahmenplan Gesundheitsbildung (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes DVV, 1985, S.4f):

„Zur gleichen Zeit ist in der Öffentlichkeit ein Wandel festzustellen im Bewusstsein von Gesundheit und Krankheit, von deren Ursachen, Zusammenhängen und Bestimmungsfaktoren. Dazu gehört die Einsicht in die multifaktorielle Entstehung von Krankheiten. Das bedeutet die Erkenntnis, dass nicht eine Einflussgröße alleine, sondern dass mehrere Faktoren durch ihr Zusammenwirken zu Erkrankungen führen. Gefährdungen für die Gesundheit kommen aus dem emotionalen Bereich, sie finden sich in Umwelt- und Lebensbedingungen oder erwachsen aus sozialen Kontakten, vor allem aber können sie sich gegenseitig bedingen und verstärken. Durch diese Blickrichtung auf Wechselwirkungen für Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung rückt in den Vordergrund, dass der Mensch nicht nur als biologischer Mechanismus zu verstehen ist und als solcher behandelt werden kann, sondern dass er als Lebewesen körperliche, seelischgeistige und soziale Dimensionen untrennbar in sich vereint. (...)

Daraus ergibt sich ein für die Gesundheitsbildung besonders entscheidender Sichtwechsel: Die Orientierung geht von einem erweiterten Gesundheitsbegriff aus und richtet sich auf den Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit und nicht länger auf vereinzelbare Krankheitserscheinungen. (...) Parallel dazu gewinnen Merkmale für Gesundheit (und nicht nur solche von Krankheiten) an Bedeutung; Bemühungen um Gesundheitsvorsorge zielen zunehmend auf gesunde Lebensweisen statt lediglich auf die Krankheitsverhütung.“

Venth (1990a, S.49) weist darauf hin, dass der „Rahmenplan Gesundheitsbildung“ ausdrücklich von der Definition der WHO von Gesundheit ausgeht, „die die Beziehung zwischen physischen, psychischen und sozialen Faktoren der Gesundheit hervorhebt und dem Begriff des gesundheitlichen Wohlbefindens zu mehr Eigenrecht verhelfen will“. Die Beachtung, die der Rahmenplan Gesundheitsbildung bundesweit und darüber hinaus bei Volkshochschulen aber auch bei anderen Trägern der Erwachsenenbildung gefunden hat, macht ihn zu einer konzeptionellen Grundlage der Gesundheitsbildung in der Erwachsenenbildung insgesamt.

In den frühen Definitionen war zunächst die Betonung psychosomatischer Zusammenhänge festzustellen, anschließend eine Erweiterung um die Betonung der sozialen Zusammenhänge. So z.B. bei Dreher (1988): *„Für mich ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheitssymptomen. Ich verstehe darunter einen Zustand, in dem ich mich mit mir und meiner Umwelt im Einklang fühle, mir meiner Kräfte und Fähigkeiten bewusst bin und sie in meinem beruflichen und persönlichen Alltag einsetzen kann und in dem ich mich mit mir wichtigen Menschen verbunden weiß.“* In einzelnen Beiträgen, z.B. bei Venth (1987c, 1988b, 1994a), wird die ökologische Dimension von Gesundheit mit aufgenommen, wobei bereits im Rahmenplan ökologische Themen in die Gesundheitsbildung einbezogen wurden. Venth (1988b, S.41) schreibt: *„Die Beziehung der Menschen zu ihrer Gesundheit, zu ihrem Körper, ihrer Seele, zu ihren sozialen Interaktionen kann nicht getrennt gesehen werden von ihrer Beziehung zu ihrer natürlichen Umwelt.“*

Nach Auffassung Drehers (1988, S.13) bleibt der Rahmenplan Gesundheitsbildung hinter einem gemeindepsychologischen Gesundheitsverständnis insofern zurück, als er die Sinnsuche, die geistige oder spirituelle Dimension zu wenig zum Gegenstand macht. In bildungspolitischen Auseinandersetzungen wird die in der Praxis meist stattfindende Sinnsuche tatsächlich eher als wenig gewünschtes Lernziel beschrieben. Dies ist im Zusammenhang mit einer bildungspolitischen Esoterikdebatte zu sehen, die dem Schutz vor dem Einfluss von Sekten dient.

Die Orientierung von Gesundheit an lebensgeschichtlichen Abläufen. Ihre Prozesshaftigkeit und ihre Subjektivität sind in Grundsatzpapieren wie Praxiskonzepten zunehmend Gegenstand. So wird z.B. bei Siebert (1990, S.55) wie vorher schon bei Venth (1988b) die Auseinandersetzung des Menschen *„mit sich und seiner sozialen und natürlichen Umwelt“* als Merkmal von Gesundheit hervorgehoben.

Neuere Formulierungen des Gesundheitsverständnisses der Erwachsenenbildung orientieren sich noch enger an den programmatischen Aussagen zur Gesundheitsförderung. So heißt es z.B. im Profilpapier des Arbeitskreises der Landesreferent/innen für Gesundheitsbildung und der PAS (Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes) (1993a): *„Gesundheitsbildung berücksichtigt den Zusammenhang von körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsfaktoren und bezieht sich demzufolge auf die Wechselwirkung zwischen Menschen und ihrem sozialen und natürlichen Umfeld. Sie versteht Gesundheit und Krankheit in fließenden Übergängen als prozesshaftes, zum Leben gehörendes Geschehen und grenzt Krankheit oder Kranke nicht aus. Gesundheitsbildung hat zum Ziel, die Handlungschancen von Menschen und ihre Selbst- und Mitbestimmungsfähigkeiten in gesundheitlichen Belangen zu erweitern und zu verbessern.“*

Zwischen dem Gesundheitsbegriff in der aktuellen Diskussion um Gesundheitsförderung und dem Diskussionsstand in der Gesundheitsbildung ist demnach kein grundsätzlicher Unterschied festzustellen. Die Definitionen von Gesundheit in der Erwachsenenbildung orientieren sich recht einheitlich an der erweiterten Gesundheitsdefinition der WHO.

Für die Praxis der Gesundheitsförderung war die frühe Umsetzung der weiten Definition in der Gesundheitsbildung wegweisend. In der Praxis lässt sich in den letzten Jahren ein Qualitätssprung feststellen: Während um 1987 der integrative Ansatz von Gesundheit weitgehend in einem Nebeneinander von Angeboten der Entspannung, Bewegung, Ernährung und zum Teil soziale und ökologische Themen entweder in unterschiedlichen Kursen oder addiert in einzelnen Gesundheitskursen existierte, ist es mit der Konzeption des Angebotes „sich annehmen- abnehmen“ gelungen, an einem thematischen Beispiel die verschiedenen Dimensionen des Gesundheitsverständnisses in einen inhaltlichen Zusammenhang zu bringen. (Siehe auch Teil 2 dieser Arbeit)

Dass das Verständnis von Gesundheit als Gegenstand einer alltagsbezogenen und lebensgeschichtlichen Auseinandersetzung verstanden wird, spiegelt die Praxis der Gesundheitsbildung.

1.2.4. Zusammenfassende Fragestellung zum Gesundheitsbegriff

Gesundheit lässt sich nicht abstrakt ohne den Bezug zu konkreten Menschen und deren Lebensbedingungen definieren. Selbst das Verständnis von Gesundheit ist von Lebenssituationen, Lebensgeschichten und Berufsprägungen abhängig. Dennoch zeichnet sich eine Annäherung verschiedener Definitionen deutlich ab. Zu prüfen wäre, ob für die Verständigung zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung, zwischen unterschiedlichen Richtungen von Gesundheitswissenschaften und zwischen Laien und Experten eine eher systemische Sichtweise von Gesundheit dienlich sein kann.

Gesundheit lässt sich nicht durch Abwesenheit von Krankheit definieren. Es ist von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit auszugehen. Dieses Kontinuum ist nicht linear; vorstellbar ist ein fünfdimensionaler beweglicher Raum, in dem der augenblickliche Stand nur ermittelt werden kann, wenn in allen der fünf Dimensionen die Koordinaten gleichzeitig bestimmt werden.

Die fünf Dimensionen sind körperlich, seelisch, sozial, ökologisch, spirituell.

Es ist nicht sicher, dass damit alle tatsächlichen Dimensionen beschrieben sind. Diese sind nur der Stand der Kenntnis. Gesundheit ließe sich damit als ein homöostatischer Zustand des Systems Mensch in seiner sozialen und natürlichen Mitwelt beschreiben. Die Dimensionen von Gesundheit ordnen sich in einem spezifischen Beziehungsmuster zueinander. Die Beziehung des Systems zu seiner Umwelt wirkt sich hierbei vielfältig auf die Homöostase aus. Zur Aufrechterhaltung der Homöostase können auch Krankheitsprozesse dienen.

Jede der Koordinaten, die sich wiederum als Subsysteme beschreiben ließen, ist ihrerseits aber wiederum nicht linear, sondern besteht ebenfalls aus einem mehrdimensionalen Raum. So kann ich z.B. körperlich gleichzeitig ein schmerzendes Knie, ein stabiles und aktives Immunsystem, eine empfindliche Haut, Schwankungen im Hormonsystem etc. haben. Vorzustellen sind für jede der Dimensionen fraktale, d.h. unregelmäßige, nicht ebene Strukturen, die sich bei beliebiger Vergrößerung oder Verkleinerung in ihrem Muster wiederholen. (Das Knie kann gleichzeitig Schmerzen, belastete Bänder, einen stabilen Meniskus, genügend Gelenkflüssigkeit etc. haben.)

Aus dieser Struktur unterschiedlicher Ebenen ergeben sich zum gleichen Zeitpunkt unterschiedliche Sichtweisen des Gesundheitszustandes, sowohl subjektiv wie objektiv.

Während es für die Profession der Medizin wichtig ist, nach den Punkten zu suchen, die beeinträchtigt sind, ist es für den Ansatz der Gesundheitsbildung und der Gesundheitsförderung sinnvoll, nach den Potenzialen, den gesunden Punkten zu suchen. Für die betroffenen Personen selbst können beide Sichtweisen je nach Situation gleich sinnvoll sein.

Diese Struktur wird bei jeder Aktivität, die Menschen machen oder nicht machen, wie bei einem Kaleidoskop neu geschüttelt und neu formiert. Die neu entstandene Struktur ist jeweils von der vorangegangenen abhängig, aber nicht vorausberechenbar.

Der Gleichgewichtszustand ist sogar in einem hohen Maß auf Dynamik angewiesen. Gesundheit ist nur historisch und dynamisch zu verstehen. Gesundheit ist in Relation der Aufrechterhaltung der Homöostase über einen lebensgeschichtlichen Zeitablauf zu sehen. Jede Verschiebung auf einer der Koordinaten bedeutet eine Verschiebung auf den anderen Koordinaten, es lässt sich aber nicht genau voraussagen, in welche Richtung die Verschiebung eintritt. Entsprechend ist es unmöglich, dass eine Person nichts für ihre Gesundheit tut, jede Handlung beeinflusst diese. Das Bestreben der Aktivitäten geht grundsätzlich in die Richtung der Aufrechterhaltung des Gleichgewichtsprozesses.

Handlungsnotwendigkeiten, die sich aus der Betrachtung einer der Dimensionen ergeben, können aber mit denen aus anderen Dimensionen im Widerspruch stehen. Bemühungen in eine Richtung können grundsätzlich immer das System aus dem Gleichgewicht bringen, auch wenn sie in bester Absicht erfolgt sind. Diese Strukturen sind so nicht wahrnehmbar, weil das Vorstellungsvermögen von Menschen dafür nicht ausreicht. Um beschreiben zu können, wie ich mich fühle (sowohl aus Expertensicht wie aus subjektiver Sicht) muss ich das Muster des Kaleidoskops jeweils auf einer der Dimensionen abbilden und erreiche jeweils eine Abbildung, die nicht vollständig ist, sondern eine Reduktion auf eine einfachere Ebene. Aus einem vieldimensionalen Gebilde muss ein zweidimensionales gemacht werden, um etwas abbilden zu können. Der Streit der Richtungen besteht dann darüber, aus welcher Ebene und Perspektive ich die Abbildung gestalte.

Es ließe sich fragen, welche Konsequenz für die Praxis der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsbildung sich daraus ergibt, dass Gesundheit ohne Subjekte nicht vorstellbar ist und sich Gesundheit alltäglich neu herstellt, in der Auseinandersetzung der Menschen mit Bedingungen, die ihrer Gesundheit teilweise wenig zuträglich sind.

Eine denkbare These wäre, dass die Herstellung und der Erhalt von Gesundheit von Menschen in ihrem Alltag aufgrund der Widersprüchlichkeit, die sich aus unterschiedlichen Dimensionen ergeben, aber auch der Widersprüchlichkeit von subjektivem Wollen und vorgefundenen Lebensbedingungen zunehmend als zu erbringende Leistung, als Arbeit infolge von vielfältigen Entscheidungen, als Bemühen um die Aufrechterhaltung eines dynamischen Gleichgewichtszustandes in instabilen Bedingungen darstellt. Wie würde sich diese These verbinden können mit dem gegenwärtigen Impetus vieler gesundheitsfördernder Konzepte: „Gesundheit macht Spaß“?

In der Vergangenheit gab es einen Paradigmenwechsel von einem asketischen Gesundheitskonzept zu einem hedonistischen Gesundheitskonzept, verbunden mit Leichtigkeit und Leistungsfähigkeit.

- Könnte jetzt ein weiterer Paradigmenwechsel erfolgen, der den Alltag von Gesundheit als zu bewältigende Aufgabe betrachtet, die täglich unterschiedlich gut gelingt?
- Ließen sich Momente zur Aufrechterhaltung von Gesundheit als Genuss und Herausforderung gleichzeitig beschreiben?
- Könnte Gesundheit dann weniger normativ verstanden werden?
- Welchen Erklärungsgewinn könnte hierfür das Konzept der „Patchwork-Identität“ geben?
- Wie verbindet sich dieses mit den unten beschriebenen Konzepten des Kohärenzsinnes, des Empowermentkonzeptes und der Organisationsentwicklung?

1.3. Verständnis von Gesundheitsförderung

Die Schwierigkeit, eine eindeutige Definition von Gesundheit zu finden, die nach objektiven Maßstäben einteilbar ist, spiegelt sich in den Begriffsverwirrungen im Kontext von Gesundheitsförderung. In den konkreten Ansatzpunkten zeigen sich letztlich auch die unterschiedlichen, hinter dem Konsens einer allgemeinen Definition verborgenen Paradigmen verschiedener Wissenschaftstraditionen.

Lafaille (1994, S.260) weist darauf hin, dass die sich aus den einzelnen Paradigmen ergebenden Ratschläge sich oftmals sehr unterscheiden und sogar widersprechen können. Er prognostiziert: *„Im Verhältnis zur Entwicklung neuer Theorien werden diese Zentrifugalkräfte zunehmen. Derzeit können wir schon ein ganzes Meer an Gesundheitsratschlägen sehen, welches eine reale und gute Entscheidung behindert.“* (ebenda, S.260)

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal verschiedener Definitionen von Gesundheitsförderung ist die Krankheitsorientierung oder die Gesundheitsorientierung des Gesundheitsbegriffs, eine mechanischmedizinische versus einer lebensgeschichtlich psychosoziale Gesundheitsdefinition.

1.3.1. Weites und enges Verständnis von Gesundheitsförderung

Für Gesundheitsförderung existieren eine weite und eine enge Definition:

- Die enge Definition betont die Neuartigkeit des Ansatzes von Gesundheitsförderung und grenzt sich von anderen präventiven Konzepten ab. Sie bezieht sich auf die Ottawacharta und beinhaltet als wesentliche Eckpunkte die Forderung nach mehr Selbstbestimmung über Gesundheit sowie die Verbesserung der Lebensbedingungen wie Frieden, Arbeit, Wohnen, Bildung etc.
- Die weite Definition versteht sich als Sammelbegriff für alle möglichen Aktivitäten zur Verbesserung von Gesundheit aus dem Nichttherapeutischen - unter dem Gesichtspunkt der Präventivmedizin teilweise auch aus dem therapeutischem - Kontext. Sie versteht sich überwiegend präventiv, umfasst aber z.B. auch rehabilitative Maßnahmen.

Beispielsweise versteht die Niedersächsische Kommission (1992, S. 5) Gesundheitsförderung als „ die Gesamtheit aller nichttherapeutischen Maßnahmen, die zur Entwicklung, Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit sowie zur Vermeidung und Bewältigung von verhaltens- und/oder verhältnisbezogenen Gesundheitsproblemen beitragen können. Gesundheitsförderung integrieren somit die bisherigen Teilstrategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe sowie der Präventivmedizin zu einem ganzheitlichen Konzept und betont darüber hinaus die Notwendigkeit intersektoralen und interdisziplinären Handelns sowie der Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und Teilhabemöglichkeiten der BürgerInnen.“

Die weite Definition ist auch in den Gesundheitswissenschaften zu finden.

„Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health) sind Sammelbegriffe für nicht kurative Problemstellungen und Aktivitäten moderner Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik.“ (Badura, 1990, S.51)

Mit der weiten Definition ist keine Klärung von Konzepten, Ansatzpunkten, Standpunkten mehr möglich. Paulus stellt fest: *„Es sind mehrere Konzeptionen von Gesundheitsförderung entstanden, die sich in verschiedenen Punkten voneinander unterscheiden. So z.B. darin, wer der Träger bzw. Initiator ist (Betroffene vs. Experten), wer Adressat (einzelne Menschen, Gruppen, Gemeinde, Region etc.) ist, welcher Gesundheitsaspekt (physisch, psychisch, sozial/ökologisch), welche psychologische Interventionsebene (singuläres Verhalten, Handlungen, Lebensweisen), welche Zielperspektive (selbstbestimmte Lebensgestaltung und Lebensbewältigung vs. Standardisierung und Normierungen von Lebensvollzügen) anvisiert wird.“* (Paulus, 1992, S.10)

In dem von Conrad und Schmidt herausgegebenen Glossar „Gesundheitsförderung“ (1990) wird einerseits versucht, sich konzeptionell an die enge Definition anzulehnen, andererseits wird das Integrierende des Konzeptes Gesundheitsförderung betont. Dort heißt es u.a.:

„Gesundheitsförderung ist Ausdruck einer gemeinsamen konzeptionellen Grundlage für Programmansätze zur Verbesserung von Lebensweisen und Lebensbedingungen. Sie setzt bei den jeweiligen Lebensverhältnissen an und ist bemüht persönliche und gesellschaftliche Verantwortlichkeiten miteinander in Einklang zu bringen, um auf eine gesündere Zukunft hinzuwirken. Gesundheitsförderung zielt daraufhin, die Menschen zu befähigen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen. Sie ist ein Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, um sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ...

... Maßstäbe für Gesundheit sind die Möglichkeiten des Einzelnen und von Gruppen, einerseits ihre Wünsche und Bedürfnisse befriedigen zu können und andererseits mit ihrer Umwelt übereinzustimmen oder sie bewusst zu verändern. Gesundheit wird als eine wesentliche Grundbedingung des alltäglichen Lebens und nicht als Lebensziel verstanden. Gesundheit wird als positive Aufgabe gesehen, zu deren Verwirklichung gesellschaftliche, persönliche, soziale und institutionelle Ressourcen beitragen." (Conrad / Schmidt, 1990, S.20)

Im Folgenden werden Grundsätze benannt:

- Gesundheitsförderung orientiert sich an der gesamten Bevölkerung und nicht an Risikogruppen.
- Gesundheitsförderung beeinflusst Bedingungen und Ursachen. Dies macht Kooperation notwendig.
- Sich ergänzende Ansätze werden in der Gesundheitsförderung verbunden.
- Gesundheitsförderung bemüht sich um Mitbestimmung und Mitwirkung von BürgerInnen.
- Gesundheitsförderung ist eine gesellschaftliche Aufgabe, keine medizinische Dienstleistung. Dennoch haben Gesundheitsberufe in der Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion.

Ziel von weiten Definitionen von Gesundheitsförderung ist offensichtlich, Aktivitäten anzuregen und eine Bandbreite von Möglichkeiten aufzuzeigen, nicht Teilaspekte als wenig neu und wenig konstruktiv auszuschließen.

Demgegenüber stehen Bedürfnisse z.B. aus dem politischen Raum, Gesundheitsförderung einzuengen, um angesichts knapper öffentlicher Mittel politische Schwerpunktsetzungen rechtfertigen zu können. (Vgl. Gesunde-Städte-Symposium in Köln, 1993 oder vgl. die Diskussion über Qualitätssicherung von Gesundheitsförderung). Schwerpunktsetzungen sind hierbei leichter in Bezug zu Problemstellungen, d.h. einer Krankheitsorientierung zu definieren, als in einem weniger konkretisierten Ansatz, Gesundheit zu fördern (vgl. auch die „Zuchtwahl“ bei Rosenbrock / Kühn / Köhler, 1994).

Kickbusch (1992c, S. 24f) weist darauf hin, dass die Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung in der Praxis häufig missverstanden, wird als der Versuch, „neues Leben und neue Ansätze in die Debatte, was vor der Krankheit passiert, zu bringen.“ Sie wendet sich bewusst gegen eine Reform der Präventionsidee, die dann doch mit den Prinzipien des medizinischen Modells arbeitet. Sie sieht es als Aufgabe der Gesundheitsförderung, eine von dem medizinischen Versorgungssystem unabhängige „ eigenständige Infrastruktur für Gesundheit zu organisieren, die auf der Grundidee des Aufbaus von Gesundheitspotenzialen beruht. Die Ottawacharta für Gesundheitsförderung (1986) geht von der Frage aus: Wo Gesundheit hergestellt und identifiziert wird, von dort her kommen die Handlungsfelder und Aktionsstrategien. Das bedeutet, dass die Zielorientierung „Gesundheit“ in Handlungsfelder des alltäglichen Lebens hineingetragen wird. Dort wird sie von den zuständigen Handlungsträgern um- und nicht von einer Profession durchgesetzt.“

Kickbusch betont mehrfach, dass Gesundheitsförderung nicht auf einem Defizitmodell aufbaut, sondern auf Potenzialen von Menschen. Beispiele für gelungene Umsetzung sieht sie in der Gesundheitsbewegung der siebziger Jahre und in der Frauenbewegung. Ihrer Ansicht nach geht es um Wiedergewinnung sozialer Kompetenz und Kohärenz.

1.3.2. Präventive Konzepte

1.3.2.1 Gesundheitsförderung in Abgrenzung zu Gesundheitserziehung

Der Begriff Gesundheitsförderung ist eng mit einer Reihe weiterer Begriffe wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Prävention, Gesundheitspflege verbunden, die in der Vergangenheit einigermaßen deutlich durch unterschiedliche Konzepte abgrenzbar waren, gegenwärtig aber zunehmend synonym verwendet werden. In Abgrenzung zu Konzepten dieser Begriffe lässt sich dennoch das Neue der Gesundheitsförderung verdeutlichen.

Der Begriff der Gesundheitserziehung beinhaltet im deutschsprachigen Raum weitgehend eine pädagogische Vorstellung, dass durch Information und Aufklärung über gesundheitliche Gefahren das Gesundheitspotenzial - bevorzugt bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen sei. Gesundheitserziehung geht von einem krankheitsorientierten Gesundheitsverständnis aus. Typische Programme sind z.B. die Modelle zur Jugendzahnpflege.

Franzkowiak und Wenzel fassen zusammen:

„Die Praktiker der Gesundheitserziehung haben ihre Modellvorstellungen und Praxisansätze in den vergangenen vier Jahrzehnten auf die folgenden Voraussetzungen gegründet:

- *Unter den jeweils gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen und Entwicklungen haben sich vor allem im individuellen Erleben, Verarbeiten und Handeln mannigfaltige Risikoorientierungen und -konstellationen herausgebildet, die zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Menschen führen (können). Deshalb ist es nötig, die Menschen soweit zu formen, dass sie solche Gefährdungen subjektiv bewältigen bzw. ihnen von vornherein ausweichen können.*
- *Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, müssen den Menschen Informationen zur Verfügung gestellt werden, wie sie ihr Individualverhalten so einrichten, dass sie ihre Gesundheit möglichst nicht gefährden.*
- *Die Verbreitung und Vermittlung solcher Informationen stellt ein (medien-) pädagogisches Problem dar dessen sich professionell ausgebildete Experten annehmen müssen bzw. sollten, die ihre Tätigkeiten im direkten Kontakt mit den Menschen ausführen.*

Mit dem Begriffsteil „Erziehung“ wird signalisiert, dass entsprechende Gesundheitsrisiken durch eine planmäßige Beeinflussung der jeweiligen Fälle wenigstens ansatzweise aufgehoben werden könnten. Der Begriff Erziehung setzt voraus, dass es jemanden gibt, der weiß, warum und wozu ein anderer sich einer bestimmten Behandlung aussetzen hat.“ (Franzkowiak / Wenzel, 1985, S. 241)

Stellvertretend für die zahlreichen Kritiker dieses Ansatzes (u.a. Horn, 1987, Franzkowiak / Wenzel, 1985, Trojan, 1992, Stark, 1987,1989; Schulte-Cloos, 1991) benennt Trojan das Verhältnis von Experten und Laien als Abgrenzung zur Gesundheitsförderung: *„Die Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit als Prinzip allgemeiner krankheitsunspezifischer Gesundheitsförderung steht im krassen Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung. Diese hält den Betroffenen weiterhin in Ohnmacht und Abhängigkeit von Wissen und Vorschriften professioneller Experten (vgl. ausführlich Trojan/Stumm 1992)“ (Trojan, 1993, S.59).*

Insbesondere Horn sei als einer der ersten und entschiedensten Kritiker eines Ansatzes von Gesundheitserziehung, die auf das Risikofaktoren-Modell gründet, hier genannt.

Zu seinen Kritikpunkten und den von anderen gehören insbesondere:

- Gesundheitserziehung orientiert sich an einem biomedizinischen Paradigma.
- Gesundheitserziehung orientiert sich an Risikofaktoren, die sich als statistische Größen nicht auf das individuelle Gesundheitspotenzial beziehen, lassen und der Krankheitsorientierung verhaftet bleiben,
- Aufklärung und Verhaltensänderungsprogramme gegen gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten bringen nicht die gewünschten Ergebnisse.
- Gesundheitserziehung übt Zwang zur Normierung und Disziplinierung aus.
- Gesundheitserziehung fehlt der soziale und gesellschaftliche Bezug.

Der Mangel an sozialem Bezug wurde in späteren Jahren versucht zu überwinden, indem soziale Kontrollinstanzen einbezogen wurden:

„Nach mehr als zwei Dekaden anhaltender Misserfolge in der Erziehung zu präventiver Vernunft breitete sich unter Gesundheitserziehern in den siebziger Jahren die Vorstellung aus, ihre Zielpersonen nicht länger individuell sondern kollektiv im gegebenen sozialen Rahmen zu beeinflussen. (...) Konkret baute das soziale Modell auf der Grundannahme auf, dass Gesundheitserziehung auf die Entwicklung sozialer Unterstützung der Menschen untereinander abzielen sollte. (...) Schnittpunkt der Interventionen sollte, wie in benachbarten sozialen Professionen auch, die Gemeinde sein. Dabei hatte sich die zugrunde liegende Aufklärungsbotschaft nicht verändert. (...) Jeder einzelne Adressat solcher Gemeindeinterventionen sollte nun eine soziale Selbstverpflichtung übernehmen, sich und seine Nachbarn beider Entwicklung und Aufrechterhaltung vorbeugender Verhaltensmuster zu unterstützen. Als konzeptionelles Fundament blieb indessen die Prävention biomedizinisch definierter Risikofaktoren bestehen.“ (Franzkowiak / Wenzel, 1985, S. 243f)

Solche gesundheitserzieherischen Konzepte werden auch in der Gegenwart unter der neuen Bezeichnung Gesundheitsförderung weitergeführt.

Conrad/Schmidt schließen sich im Glossar grundsätzlich der Kritik an den Konzepten der Gesundheitserziehung an, betonen allerdings:

„Im Rahmen der Gesundheitsförderung sind verschiedene Formen der Gesundheitserziehung notwendig, die auf Gruppen, Organisationen und ganze Gemeinschaften zielen. Hierbei geht es darum, die umweltbedingten, ökonomischen und sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit ins Bewusstsein zu rücken. Diese Entwicklungsrichtungen bedeuten eine Abkehr von der traditionellen Rolle der Gesundheitserziehung, die hauptsächlich mit der Änderung des Risikoverhaltens von Einzelpersonen befasst war.

Dabei würde zu den Inhalten der Gesundheitserziehung auch die Bereitstellung von Informationen mit politischer Relevanz gehören. Solche Informationen würden z.B. die politische Durchführbarkeit und die organisatorischen Möglichkeiten verschiedener Maßnahmenarten zur Unterstützung gesundheitsförderlicher ökologischer ökonomischer und sozialer Veränderung aufzeigen. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verflechten sich auf diese Weise eng miteinander.“ (Conrad/Schmidt, 1990, S.58)

Der hier formulierte Begriff der Gesundheitserziehung entspricht allerdings eher dem englischen „health education“, das zwischen Bildung und Erziehung nicht differenziert, als dem traditionellen deutschen Verständnis von Gesundheitserziehung.

Seit Mitte der achtziger Jahre wird der Begriff Gesundheitserziehung in Deutschland überwiegend nur in Bezug auf Kinder benutzt. Auch dort wird er neuerdings meist vom Begriff der Gesundheitsförderung abgelöst, ohne dass allerdings daraus hervorgeht, ob die gemeinten Inhalte gewechselt haben.

Von Koch (1991, S.53, vgl. auch S.51) wurde der Begriff des Gesundheitslernens eingeführt: „Gesundheitslernen bezieht sich auf die Teilnahme an Lernprozessen, die gesundheitsbezogene Erfahrungen ermöglichen und Verhaltensänderungen initiieren können sowie auf deren Auswirkungen auf die subjektive Befindlichkeit und das Erleben und Verhalten des Einzelnen.“

Dieser Begriff orientiert sich stark an Verhaltensänderungen, hat sich allerdings nicht durchgesetzt.

Gesundheitsförderung kritisiert den Risikofaktorenansatz, der für die Konzepte der Gesundheitserziehung und Prävention ausschlaggebend ist. Dieser Ansatz geht von einem medizinischen Blick auf Krankheit aus und fragt nach statistischen Zusammenhängen zwischen der Wahrscheinlichkeit von Krankheit und bestimmtem Verhalten oder genetischen und sozialen Dispositionen. Sein ursprüngliches Gesundheitsverständnis ist biomedizinisch, inzwischen erweitert um psychische und soziale Komponenten, aber immer noch krankheitsorientiert.

Die Entstehung von Risikofaktoren (Risikoverhalten) wird in neueren Ansätzen mit soziokulturellen Faktoren erklärt, ohne dass hier ein Paradigmenwechsel stattgefunden hat.

„Analysieren wir die Arbeitsweise in den genannten interdisziplinären Forschungsbereichen (Umweltmedizin, Stressforschung, H. G.), dann ist hier streng genommen keine Abkehr vom traditionellen biomedizinischen Modell zu erkennen, sondern eher eine Anreicherung dieses Modells um Faktoren aus der psychologischen, sozialwissenschaftlichen und umweltwissenschaftlichen Forschung. Es hat also kein Paradigmenwechsel grundlegender Art kein völliger Wechsel der theoretischen Grundannahmen stattgefunden, sondern eher eine Erweiterung, indem psychische, soziale und ökologische Faktoren als zusätzliche Randbedingungen neben genetischen, endokrinologischen, neurologischen und physiologischen Faktoren in das Modell Eingang gefunden haben. Orientierendes erkenntnistheoretisches Muster für diese Forschung ist dabei meist das Risikofaktorenmodell, wobei die Risiken für Entstehung, Entwicklung und Verlauf von Krankheit und nicht von Gesundheit im Zentrum der Forschung stehen. (...) Ein erweitertes Risikofaktorenmodell der Krankheitsentstehung und -entwicklung berücksichtigt natürlich nur in engen Grenzen die Verankerung verschiedener Krankheiten im alltäglichen Lebenskontext. Das Modell geht von Krankheiten als isolierten Zuständen aus, die als solche behandelt werden, ohne die Krankheitsgeschichte und ihre Verwobenheit mit der Biografie und Persönlichkeitsentwicklung und einer in Teilen pathogen strukturierten Gesellschaft ausreichend zu berücksichtigen. Es neigt zu einer mechanischtechnischen Orientierung, die von der Zielvorstellung lebt die identifizierten Risikofaktoren auszuschalten oder zu minimieren; dabei bleiben die subjektive Einbettung von Risikofaktoren in Verhaltensweisen, Lebensstile, Lebenswelten und gesellschaftlichen Strukturen noch unzureichend berücksichtigt.“ (Hurrelmann / Laaser, 1993, S.8f)

Paulus ergänzt dies: *„ Die Forschung zu den Risikofaktoren zeigt, dass diese eingebunden sind in die gesellschaftlich vorgeprägten Lebensverhältnisse und in die soziokulturell überformten Lebensweisen, die die Menschen in der Auseinandersetzung mit den Lebensanforderungen entwickelt haben.“ (Paulus, 1992, S.9f)*

Stark geht in seiner Kritik hier insofern weiter, als er das dahinter stehende Menschenbild als digitalisiertes-mechanisches Bild beschreibt:

„Menschen, vor allem in den hoch entwickelten Industrieländern, lassen sich in Personen einteilen, die zu einer so genannten Risikogruppe (drogengefährdet, wenig soziale Kontakte, allein erziehend) gehören oder nicht. Sollte ätiologisches Wissen für spezifische Störungen nicht zur Verfügung stehen, so ist es meist möglich, den entsprechenden Personen genetische Risiken oder Verhaltensrisiken zuzuordnen. Dieses so genannte „public health“ - Modell der Prävention zielt auf eine digitale Einteilung der Menschen (Risiko ja - nein) und richtet die Interventionen entsprechend dieser Einteilung aus. „(Stark, 1991, S.215)

Andere Aspekte der Kritik wurden Ende der achtziger Jahre insbesondere aus dem Themenkreis der AIDS-Prävention genannt. In der Aids-Diskussion führten die Begriffe „Risikoverhalten“, „ Risikofaktoren“ und „Risikogruppen“ in Verbindung mit der Angst vor einer potenziellen Gefährdung anderer zu einer verstärkten Diffamierung derjenigen Gruppen, die statistisch am häufigsten betroffen waren. Es wurde außer acht gelassen, dass z.B. nicht Homosexualität selbst, sondern die überdurchschnittliche Verbreitung des Virus unter Homosexuellen ein gesundheitliches Risiko darstellte. Um dies zu vermeiden, wurde vorgeschlagen, entsprechend den Begriff „Risikogruppen“ durch „Hauptbetroffengruppen“ zu ersetzen.

Für die Abgrenzung zwischen Gesundheitsförderung und Risikofaktorenkonzept taugt als Unterscheidungsmerkmal die Orientierung an Krankheitsvermeidung statt an Gesundheit sowie die Suche nach Gesundheit behindernden Bedingungen und entsprechenden Interventionen zur Verhaltensänderung statt der Suche nach gesundheitsförderlichen Bedingungen und der Stärkung gesundheitsfördernder Kompetenzen.

Insbesondere in medizinnahen Einrichtungen wird der Begriff Prävention häufig benutzt.

Im Glossar (Conrad / Schmidt, 1990, S.54) heißt es hierzu:

„Den Begriff Krankheitsverhütung oder Prävention verwendet man für Strategien, mit denen entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren, welche die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten verringern, gefördert werden sollen. (...) Krankheitsverhütung ist im Wesentlichen eine Aktivität auf medizinischem Gebiet, die sich mit den einzelnen oder bestimmten Risikogruppen befasst Ihr Ziel ist die Erhaltung der Gesundheit Gesundheitsförderung hingegen geht von der gesamten Bevölkerung in ihrem Alltagsleben und nicht von ausgewählten Einzelpersonen oder Gruppen aus.

Ihr Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit. In diesem Zusammenhang lassen sich Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung als zwei getrennte, sich aber ergänzende Aktivitäten betrachten, die sich in verschiedenen Situationen und Umständen überschneiden.“

Paulus umschreibt wie viele andere auch Prävention zunächst in der Dreiteilung von Primär-Prävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention: *„Vor allem der Terminus „Prävention“ (Prophylaxe, Vorbeugung) ist zu einem Schlagwort in der psychosozialen Arbeit selbst auch in medizinischen und pädagogischen Handlungsfeldern geworden. Mit ihm werden Interventionen im Vorfeld von zu erwartenden aber unerwünschten Zuständen oder Handlungsergebnissen (Defizite, Defekte) bezeichnet. Mit präventiven Interventionsstrategien wird primär versucht, diese möglichen Konsequenzen zu vermeiden, sekundär die Weiterentwicklung aufzuhalten und tertiär, die Folgen von schädigenden Konsequenzen zu vermeiden.“* (Paulus, 1992, S. 9)

Begründungen für präventive Maßnahmen sind im Wesentlichen die Veränderung des Krankheitsspektrums und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wie hier bei Kleiber (1992, S. 221): „Veränderungen des Krankheitsspektrums führen zu der Notwendigkeit einer Umorientierung medizinischen Handelns. Etwa 80% des aktuellen Krankheits- und Sterbe geschehens in der Bundesrepublik Deutschland werden gegenwärtig durch nur wenige Krankheitsgruppen beherrscht; Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane, sowie psychi(atri)sche Störungen u. Selbsttötungen. (...) Für die meisten dieser Diagnosegruppen ist kennzeichnend, dass die Krankheiten chronisch verlaufen, dass die Erkrankungen mit den Mitteln der (kurativen) Medizin weder sicher verhindern noch geheilt werden können und dass es sich um multifaktoriell verursachte, lebensweisen- und verhaltensabhängige Erkrankung handelt“.

Die im Glossar grundsätzlich klare Unterscheidung von Gesundheitsförderung und Prävention vermischt sich allerdings in der Praxis, weil eine Gesundheitsorientierung weitgehend nicht von Krankheitsvermeidung unterschieden wird, sich insgeheim ein als Abwesenheit von Krankheit verstandenes Gesundheitsmodell doch durchsetzt.

Als Beispiel sei hier Eberle (1990) zitiert. Während sie einerseits deutlich macht, dass sie tatsächlich Prävention meint: *„Ziel der Prävention ist es, die Morbiditätsrate zu senken, die durchschnittliche gesunde Lebensphase zu verlängern und insbesondere die Lebensqualität der Bürger zu verbessern.“*

(Eberle, 1990, S.27) von den Problemen der chronischen Krankheiten ausgeht und diesen Präventionsansatz in den nachfolgenden Beispielen auch konsequent durch hält, vermischt sie die Begrifflichkeiten andererseits:

„Prävention: Gesundheitssicherung und –förderung. Präventionsmaßnahmen sind demnach solche, die sich zunächst an den gesunden Menschen richten, seine Gesundheit sichern und damit langfristig seine Lebensqualität verbessern können. (...) Betrachtet man Gesundheit als etwas Umfassenderes als nur die Abwesenheit von Krankheit, dann geht es schließlich um eine groß angelegte Neuorientierung des Gesundheitswesens: um die Erforschung und Realisierung all jener Bedingungen, die zu einem langen und aktiven Leben der Menschen beitragen! Ebenso gut können gesundheitsfördernde Maßnahmen die Behandlung Kranker unterstützen (...).“ (ebenda, S.19). *„Eberle bezieht sich dabei explizit auf das Lebensstilkonzept: „Für eine Erweiterung des Risikofaktorenkonzeptes zum Lebensstilkonzept spricht die Erkenntnis, dass vielfach eine gezielte Zuordnung von bestimmten Risikofaktoren zu bestimmten Krankheiten nicht möglich ist, sondern zahlreiche Risikofaktoren bei der Entstehung einer Krankheit zusammenwirken, die längst nicht alle bekannt sind. (...) Deshalb zielt Prävention darauf ab, den persönlichen Lebensstil im Sinne von Genuss an Gesundheit positiv zu beeinflussen. (...) Von daher umfasst das Lebensstilkonzept sehr viel breiter gefächerte Maßnahmen als das Risikofaktorenkonzept“* (ebenda, S. 22).

Eberle grenzt Krankheitsfrüherkennung von Prävention ab, zählt Impfungen, Verhaltensänderungen, Umweltschutzmaßnahmen und Verbesserung von Arbeits- und Wohnsituationen aber zur Prävention hinzu. Ihre Themen Ernährung, Übergewicht, Bewegung, Nichtrauchen, Stressbewältigung, Kariesprophylaxe und Mutterschaftsvorsorge bleiben eng am Risikofaktorenkonzept, ihr Vorbild ist die amerikanische „Wellness“ – Bewegung, die sich an Spaß, Fitness und positivem Denken orientiert.

Als Präventionsziele der AOK benennt sie:

- Verbesserung individueller Lebensqualität (durch Verhaltensänderung),
- Vermittlung positiver Gesundheitsziele (Fitness, attraktives Aussehen, mehr Aktivität),
- Aktivierung zur Selbsthilfe (gelernte Verhaltensweisen im privaten Kreis weiterentwickeln),
- Abbau regionaler Defizite (AOK als regionale Anlaufstelle für Ratsuchende in allen Gesundheitsfragen) und
- Verhinderung sozialer Benachteiligung (Angebote auch unteren sozialen Schichten nahe bringen). (Ebenda, S. 30 ff).

Der Versuch, Präventionskonzepte mit positiv besetzten Werten zu verbinden, ergibt sich aus dem Zweifel an dem Erfolg eng verhaltenstherapeutischer und aufklärerischer Maßnahmen, wie dies z.B. bei Stark beschrieben ist:

„Bis vor wenigen Jahren hat sich der Präventionsgedanke vor allem in Programmen manifestiert, die versuchten, schlechte Gewohnheiten oder gesundheitsschädliches Verhalten von Menschen zu verändern, z.B. Rauchen oder Übergewicht (...). Daneben gibt es eine Reihe von Trainingsprogrammen für verschiedene Zielgruppen, um Menschen unterschiedlicher Altersgruppen Wege aufzuzeigen, wie belastende Lebensereignisse besser bewältigt werden können. (...). Über die Veränderung individueller Verhaltensweisen soll die Wahrscheinlichkeit manifester Störungen verhindert werden (vgl. zur Übersicht Felner et al. 1983; Price & Smith 1985). Im Bereich der psychosozialen Versorgung wird der Stellenwert von Prävention und präventiver Tätigkeit schon immer betont. Meistens blieb es jedoch bei diesen eher programmatischen Äußerungen, und unter dem Etikett Prävention wurden vorgezogene therapeutische oder pädagogische Interventionen oder Aufklärungskampagnen gehandelt. Vielen Praktikern sind diese vielfältigen Formen von Präventionsprogrammen und –appellen nur zu gut bekannt – und nur wenige konnten sie nutzbringend einsetzen. Sie funktionieren nicht“. (Stark, 1991, S. 213)

Stark verdeutlicht die Kritik an präventiven Strategien:

„Gemeinsam ist diesen Vorgehensweisen folgender Denkansatz: Mögliche (soziale oder gesundheitliche) Abweichungen müssen bereits vor ihrem Entstehen oder zumindest im Frühstadium erkannt und verhindert werden. Es handelt sich bei diesem Verständnis von Prävention also um eine Technologie, die sich an theoretischen, praktischen und normativen Leitfragen der Kontrollierbarkeit von Verhalten in sozialen Systemen orientiert. Die Aufgabe besteht darin, die meist individuellen Probleme zu verhindern oder auszumerzen und damit einen „normalen „und normativ gesetzten Zustand wieder herzustellen.“ (Stark, 1991, S. 217)

Laaser/Hurrelmann/Wolters (1993, S.178ff) prägen als Überbegriff für Gesundheitsförderung und Prävention den Ausdruck (gesundheitsbezogener) Interventionsschritte.

Sie unterscheiden:

- Die Gesundheitsförderung als auf die Lebensweise (Beeinflussung von Verhältnissen) bezogene Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung einschließlich der Gesunden mit allgemeiner Gültigkeit vor einer Risikoreduktion und mit einem ökologischen Ansatz (Einfluss auf Rahmenbedingungen);
- Die primäre Prävention als lebensstilbezogene Maßnahmen (Beeinflussung von Verhältnissen und Verhalten) für Merkmalsträger (von Risiken) zur Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn und mit einem präventiven Ansatz;
- Die sekundäre Prävention (Kuration) als medizinische Maßnahmen (einschließlich Verhaltensmedizin) für Einzelpersonen und Patienten im Krankheitsfrühstadium und mit einem korrektivem Ansatz und schließlich
- Die tertiäre Prävention als sozialmedizinische Maßnahmen für Rehabilitanden nach akuter Krankheitsbehandlung und mit einem kompensatorischen Ansatz.

1.3.2.4. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Relativ weit verbreitet ist die Einteilung in Verhaltens- und Verhältnisprävention (z.B. Trojan, Badura, Eberle), die teilweise Verhältnisprävention als das Erweiternde der Gesundheitsförderung gegenüber der (am Verhalten orientierten) Prävention verstehen.

Grossmann (1993, S.43) sieht das wissenschaftliche und politische Konzept der Gesundheitsförderung ausgerichtet auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen von Gesundheit. Die entscheidenden Instanzen dafür sieht er *„in den Organisationen der Regierung und der Verwaltung sowie den Organisationen für politische Entscheidungen in Wirtschaftsorganisationen, in politischen Verbänden und Organisationen der Interessenvertretung, in Schulen, Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen durch organisierte Einflussnahme von Bürger/innen in Initiativen, Selbsthilfegruppen und Konsumentenorganisationen.“*

Die Beeinflussung dieser Instanzen sieht er als Gegensatz zur Präventivmedizin. *„Im Gegensatz zu den älteren Konzepten der Gesundheitserziehung oder der Präventivmedizin zielen die Interventionen von Gesundheitsförderung nicht primär auf die Veränderung von persönlichem Verhalten, sondern auf die Entwicklung von sozialen Systemen, von Organisationen.“* (ebenda, S.44).

Nach Trojan (1993, S. 12) ist die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention die greifbarste und relevanteste der Vereinfachungen des Präventionsfeldes durch Zweiteilung. Nach den meisten dieser Differenzierungen bezieht sich Verhaltensprävention auf die Änderung menschlichen Verhaltens wie z.B. Rauchen, Essgewohnheiten, Bewegung, während Verhältnisprävention die Änderung von Bedingungen umfasst, wie z.B. Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz, gesundheitsverträglichere Bedingungen im Straßenverkehr oder Einführung von Vollwertkantinen. Häufig werden solche Maßnahmen der Verhältnisprävention wiederum verkürzt auf Maßnahmen, die schützendes Verhalten von Menschen verlangt: z.B. der Rauchverzicht im Büro zum Schutz der Mitbewohnenden oder das Tragen von Arbeitshandschuhen als Allergieschutz statt Benutzung anderer Reinigungssubstanzen.

Badura (1990, S.51) beschreibt Verhaltens- und Verhältnisänderung als zwei wissenschaftliche Richtungen von Public Health *„Der Gesundheitspsychologie als einer Teildisziplin des Faches Psychologie geht es dabei primär um die Erforschung und Beeinflussung menschlichen Verhaltens, während die übrigen Public-Health-Wissenschaften vor allem an der Schaffung gesundheitsförderlicher sozialer und materieller Lebensbedingungen interessiert sind, die das Auftreten von Risikoverhaltensweisen verhindern oder unwahrscheinlich werden lassen.“*

Die Orientierung am Risikoverhalten scheint demnach nicht davon abhängig zu sein, ob Verhalten oder Verhältnisse thematisiert werden, sie unterscheidet nur die Ebenen des Ansatzes. Dies wird auch bei Hurrelmann und Laaser deutlich:

„Der Sektor der Prävention im Gesundheitswesen wird insgesamt noch zu wenig berücksichtigt. Es ist ein Merkmal aller chronischen Krankheiten, dass sie schon früh in der Lebens- und Entwicklungsgeschichte eines Menschen ihren Ausgangspunkt nehmen. Tabak rauchen, Alkohol und Drogenkonsum, Fett und Überernährung, Bewegungsarmut, mangelnde Hygiene und andere gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen induzieren zum Teil die Frühstadien von Herz- Kreislaufkrankheiten und Krebskrankheiten. Riskantes Verkehrsverhalten, autoaggressives Verhalten und ungeschütztes Sexualverhalten sind entscheidende Ursachen für immer noch hohe und vor allem lebensgeschichtlich frühe und vorzeitige Morbiditäts- und Mortalitätsraten. Es handelt sich hierbei um „Risikofaktoren“ die weitgehend verhaltensbedingt sind, also potenziell in der Kontrolle des handelnden Individuums stehen. Allerdings liegen den Risikofaktoren Verhaltensmuster zugrunde, die voll in die gewohnheitsmäßigen Muster eines soziokulturellen Lebensstil eingebettet und durch die jeweilige Lebenslage geformt sind (Laaser 1985). Deshalb müssen alle Präventionsansätze sowohl eine verhaltensbezogene als auch eine verhältnisbezogene Komponente haben“ (Hurrelmann, Kaufmann & Lösel 1987). (Hurrelmann / Laaser, 1993, S. 6).

Im Glossar wird zwischen gesundheitsorientiertem Verhalten und gesundheitsbezogenem Verhalten unterschieden.

Als gesundheitsbezogenes Verhalten gilt: *„Jede im täglichen Leben geübte Verhaltensweise oder Aktivität des Menschen, die sich auf seinen Gesundheitszustand auswirkt. Fast jede Verhaltensweise oder Aktivität wirkt sich irgendwie auf die Gesundheit aus, somit scheint es angebracht, das gesundheitsbezogene Verhalten als festen Bestandteil der Lebensweise des Einzelnen oder der Gruppe zu betrachten. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen haben entweder einen positiven oder einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Menschen. In der Gesundheitsförderung geht es vor allem da um, die gesundheitsdienlichen Aspekte des täglichen Lebens zu unterstützen und die gesundheitsgefährdenden auszuschalten oder zurückzudrängen“ (Conrad / Schmidt, 1990, S.56)*

Demgegenüber gilt als gesundheitsorientiertes Verhalten : *„Jede Aktivität, die der Einzelne unabhängig von seinem tatsächlichen oder wahrgenommenen Gesundheitszustand zum Zwecke der Förderung, des Schutzes oder der Erhaltung der Gesundheit unternimmt, ganz gleich, ob ein solches Verhalten diesem Zwecke objektiv dient gesundheitsorientiertes Verhalten unterscheidet sich dadurch von gesundheitsbezogenem Verhalten, das nicht zwangsläufig bewusst auf die Verbesserung der Gesundheit gerichtet ist.“ (ebenda, S. 56). Nach dieser Differenzierung ist im deutschen*

Sprachgebrauch Gesundheitsverhalten eher mit dem Begriff gesundheitsorientiertes Verhalten identisch.

Trojan (1998, S.12ff) differenziert die Gegenüberstellung von Verhaltensänderung und Verhältnisänderung in sechs Strategien der Prävention:

- präventive Medizin,
- Individuelle Verhaltensänderung (Orientierung am Risikofaktoren-Modell),
- Angebotsverändernde Verhältnisänderung (ebenfalls am Risikofaktoren-Modell orientiert),
- Verhältnisänderung durch Förderung von Selbsthilfe und Netzwerken (Orientierung an sozialwissenschaftlichen Gesundheitsmodellen),
- Verhältnisänderung durch gesundheitsförderliche Politik (Gesundheitsförderung),
- Prädikative Medizin (Gentechnologie).

Bei Badura (1993, S.20) findet sich die Differenzierung nach Gesundheitsförderung durch Verhaltensmodifikation einerseits und Gesundheitsförderung durch Strukturgestaltung andererseits. Gesundheitsförderung durch Verhaltensmodifikation sieht er als eine am Risikofaktorenkonzept orientierte Präventionsidee, die in eine Sackgasse zu führen droht. Er kritisiert die Bagatellisierung sozial strukturierter Realitäten in diesem Ansatz, betont aber, dass Gesundheitsförderung durch Strukturgestaltung und Gesundheitsförderung durch Verhaltensmodifikation sich nicht ausschließen müssen. Badura wehrt sich gegen eine Psychologisierung gesellschaftlicher Probleme.

1.3.2.5. Kritik an der Präventionspraxis

Im Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994, S.203ff) wird Kritik an der Präventionspraxis in Deutschland von Präventionsbefürwortern zusammengetragen. Als Argumente werden hier aufgeführt:

- Die meisten Präventionsmaßnahmen konzentrieren sich auf individuelles Verhalten wie Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum, ohne dabei die Lebensverhältnisse, die dieses Verhalten bedingen können, ausreichend zu berücksichtigen.
- Trotz der Bedeutung arbeitsbedingter gesundheitlicher Belastungen sind Gesprächskreise am Arbeitsplatz unter Einbeziehung aller Betroffenen über die Möglichkeiten der Reduzierung dieser Belastungen (sog. „Gesundheitszirkel“) selten.
- Erfolgreich sind Präventionsmaßnahmen vor allem in sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Da der Gesundheitszustand in diesen Bevölkerungsgruppen ohnehin relativ gut ist, tragen Präventionsmaßnahmen häufig zu einer Verstärkung der Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen bei.
- Einige Präventionsprogramme können zu unnötiger Medikalisierung führen (z.B. bei der Bekämpfung der Hypercholesterinämie).
- Einige Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen verursachen große Verhaltensunsicherheit auch bei nicht gefährdeten Personen (z.B. bei den Vorschlägen für gesunde Ernährung).
- Personen, die den Präventionsempfehlungen nicht folgen, können diskriminiert werden (z.B. soziale und moralische Abwertung von Rauchern.)
- Die Teilnahmerate an einigen effektiven und kostengünstigen Präventionsangeboten ist zu gering (z. B. den Früherkennungs-Untersuchungen auf Zerwuchs-Karzinom).
- Neue Präventionsangebote werden ohne ausreichenden Nachweis ihrer Effektivität und Effizienz eingeführt.
- Bei einigen vermutlich sehr effektiven Ansatzpunkten für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitssystems liegen (z.B. Reduzierung der Luft- und Wasserverschmutzung, Einschränkung der Zigarettenwerbung, Verbot des Alkoholkonsums vor/beim Auto fahren), mangelt es häufig am politischen Willen, diese Maßnahmen durchzusetzen.
- Wissenschaftliche Studien über Präventionsnotwendigkeiten und -möglichkeiten erbringen häufig erst nach vielen Jahren Ergebnisse im Sinne von Empfehlungen für gesundheitspolitische Maßnahmen, obwohl der zumeist vorgegebene Handlungsdruck ein langes Abwarten kaum gestattet.

- Auch und gerade im Bereich der Prävention muss die Kooperation zwischen wissenschaftlicher Forschung einerseits und Gesundheitspolitik andererseits verbessert werden. Innerhalb der Wissenschaft ist die Verständigung zwischen den einzelnen Disziplinen, in denen Fragen der Prävention bearbeitet werden, ebenfalls ungenügend.
- Die wichtigste Aufgabe besteht heute vor allem darin, das vorhandene Wissen in die Praxis umzusetzen und nicht darin, mehr Wissen über theoretische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention anzusammeln.

Diese unkommentierte Sammlung von Gegenargumenten verführt allerdings zu einer ungerechtfertigten Ablehnung oder skeptischen Beurteilung von Präventionsmaßnahmen ohne genauere Berücksichtigung ihrer Bedingungen.

Dennoch weist Rolf Schwendter (2000) in seinem Buch zur Einführung in die Soziale Therapie (Kapitel: Interventionen Sozialer Therapie) zurecht auf die Grenzen der „individuumszentriert“ betriebenen Prävention hin. Sie setze nämlich voraus, dass die betroffene Person sich schon in einer krisenhaften Situation befände und „aktiv“ Hilfe suche. „Nimmt man weiter die soziale Bedingtheit vieler Störungen und Krisen ernst, so erweist sich eine nur auf das Individuum ausgerichtete Arbeit als zu eng, ja gelegentlich geradezu als falsch. Um eine wirkliche Verminderung des Auftretens psychischer Störungen zu erreichen, wird es daher notwendig sein, auch kollektive Strategien der Prävention zu verfolgen.“ Rolf Schwendter (2000, S. 240)

So führt beispielsweise die Massenentlassung nach einer Betriebsschließung durchaus zu Ereignissen und daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen, die nur scheinbar in der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen liegen.

Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, die überaus komplexe Lebenssituation des Einzelnen und die kollektiven Momente von Prävention führen zu weitergehenden konzeptuellen Überlegungen innerhalb der Gesundheitsbildung, die sich in den späteren Kapiteln (siehe auch Kap.8) dieser Arbeit wiederfinden.

1.3.3. Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung

1.3.3.1. Innensicht

In Abgrenzung und jahrelanger Diskussion um Gesundheitserziehung und das Risikofaktorenkonzept (vgl. z.B. Venth 1987a, 1990a, Bielser 1987a, Dreher 1988; Haug 1991 u.a.) wurde Mitte der achtziger Jahre (siehe Rahmenplan Gesundheitsbildung 1985, Pädagogische Arbeitsstelle des DVV) an Volkshochschulen der Begriff Gesundheitsbildung geprägt, der zwischenzeitlich in der Erwachsenenbildung generell akzeptiert ist. Für die Kritik der Gesundheitsbildung an der Gesundheitserziehung sei stellvertretend Dreher (1988, S.2) zitiert: „Da (bei den Paradigmen der Gesundheitserziehung, H. G.) beschleicht mich Unbehagen, und ich frage mich, was mit falscher Lebensweise gemeint ist, und ob die Volkshochschule ihren Kursteilnehmerinnen und –teilnehmern sagen kann oder soll, was denn die richtige Lebensweise sei. Sollte vielleicht das der Kern der Gesundheitsvorsorgeprogramme sein, dass die einen (die Kursleiter/innen) den anderen (den Teilnehmer/innen) sagen, wie sie zu leben haben? Und entspricht das meinem Aufgabenverständnis als Fachbereichsleiterin für Gesundheitsbildung?“

Nach Haug (1991, S.31) haftet vor allem dem deutschen Begriff der Gesundheitserziehung ein Beigeschmack *„der asymmetrischen Kommunikationssituation zwischen Arzt und Patient an sowie die Assoziation mit den pädagogischen Konzepten der „Unmündigkeit“ und der „Erziehungsbedürftigkeit“, insbesondere der „Fremdbestimmung, Führung, Belehrung und Bevormundung“.*

Gesundheitsbildung unterscheidet sich nach Haug (ebenda, S.33) von der Gesundheitserziehung vor allem durch die implizierte Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Sie ist damit der Gesundheitsförderung ähnlicher.

Siebert (1990, S.56f) grenzt Gesundheitsbildung ab von

Gesundheitserziehung, die ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem

- Erzieher und dem Zögling voraussetzt,
- Krankheitsverhütung und Prävention, die zu technologisch und instrumentell ist,
- Verhaltenstherapie, weil Gesundheit nicht trainierbar ist.

Im Profilvertrag des Arbeitskreises der Landesreferent/innen Gesundheitsbildung und der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV (1993a) wird diese Negativabgrenzung hin zu einer positiven Darstellung präzisiert:

„Gesundheitsbildung an Volkshochschulen geht über Information und Aufklärung hinaus. Sie ist nicht Erziehung, weil Gesundheit anderen nicht beigebracht werden kann. Gesundheitsbildung bietet Lernmöglichkeiten im Denken, Handeln und Fühlen. Sie verbindet Lernen mit der Lebenswelt. Gesundheitsbildung bietet Menschen die Möglichkeit, den für sie passenden, gesundheitsfördernden Weg zu finden und unterschiedliche Ursachen für mögliche Erkrankungen erkennen zu können. Deshalb wendet sie sich gegen fremd gesetzte Normen für Gesundheit und Krankheit, ebenso gegen die Abhängigkeit von Heilsversprechen. Gesundheitsbildung versteht den präventiven Gedanken nicht als Fremdkontrolle und Schuldzuweisung. Sie unterstützt persönliche, gesellschaftliche und politische Mitgestaltungsmöglichkeiten. Gesundheitsbildung setzt bei subjektiven Erfahrungen und Lerninteressen im sozialen Zusammenhang der Gruppe an und fördert durch diesen Zugang ein Bewusstsein für die Mitwelt. Gesundheitsbildung ist Lernen mit allen Sinnen. Sie richtet sich nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf die sozialen und natürlichen Lebensbedingungen. Dadurch wird die Achtsamkeit für die Beziehung zwischen innerer und äußerer Natur gestärkt.“

Die Eckpunkte des Verständnisses von Gesundheitsbildung sind:

die Gesundheitsorientierung in Abgrenzung zur Krankheitsorientierung,

die Orientierung an Subjekten mit ihren Belangen und Bedürfnissen in ihrem sozialen und ökologischen Kontext in Abgrenzung zu einer Expertenorientierung,

ein multifaktorielles Verständnis von Gesundheit und Lernen mit allen Sinnen,

die Alltagsorientierung und die Stärkung von Handlungskompetenz,

die Tradition der Bildungsdiskussion, zu der Freiwilligkeit, Partizipation und soziales Lernen gehören,

folglich die Selbstbestimmung über Gesundheit,

der Einbezug von Selbsthilfe und von Kranken

sowie eine salutogenetische Sichtweise von Kranksein.

Gegenstand der Gesundheitsbildung ist das Handeln von Personen für ihre eigenen gesundheitlichen Belange.

Venth (1990a, S.49f) weist darauf hin, dass der „Rahmenplan Gesundheitsbildung“ nicht nur ein Gesundheitsverständnis im Sinne der WHO-Definition beinhaltet, sondern auch einen Bildungsbegriff, „der von den vorhandenen produktiven und kreativen Potenzialen beim Menschen ausgeht.“ (ebenda, S.50). Dieser Bildungsbegriff, wie er in der programmatischen Schrift „Stellung und Aufgabe der Volkshochschule“ 1978 festgehalten wurde, schließt ein Bildungsverständnis im Sinne der oben beschriebenen Gesundheitserziehung letztlich aus und trifft sich mit salutogenetischen Sichtweisen, die ebenfalls die Potenziale von Menschen in den Mittelpunkt stellen.

Haug (1991, S.25f) definiert Bildung im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten unter vier Aspekten. Danach kann Bildung in der Gesundheitsbildung verstanden werden als:

„ (1) ein lebenslanger Prozess, der im Sinne eines selbstbestimmten und reflexiven Lernens für alle Alters- und Entwicklungsstufen und in allen Lebensbereichen relevant ist und der sich

(2) durch die Momente der Selbstverantwortlichkeit und Selbstbestimmung auszeichnet, wodurch sie im strengen Sinne zur Selbstbildung und mit dem Ziel der Selbstverwirklichung entfaltet wird.

(3) Darüber hinaus zielt Bildung durch ihre Orientierung an der aktiven und verantwortungsvollen Auseinandersetzung des Subjektes mit seinen Lebensverhältnissen letztendlich auf individuelle und gesellschaftliche Mündigkeit, die in den Möglichkeiten der Entfaltung individueller Potenziale im Rahmen eines verantwortungsvollen Handelns, auch im Interesse der Gemeinschaft ihren Ausdruck finden.

(4) Bildung bezieht „Kopf, Herz und Hand“ als Ganzheit mit ein und versteht sich u.a. auch als Bedingung und Hilfe, um das Leben besser bewältigen zu können.“

Aus diesem Bildungsbegriff folgert Haug für Gesundheitsbildung:

„1) Gesundheitsbildung ist ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener dynamischer Prozess, der sich durch Lebensbezug auszeichnet und lebenslang für alle Altersstufen und Gesundheitsniveaus möglich und notwendig ist.

2) Gesundheitsbildung bezieht sich dabei auf den ganzen Menschen als Einheit von Kopf, Herz und Hand in allen seinen Lebensbezügen und zielt ganz im Sinne einer aktiv partizipativen Selbstbildung auf ein selbstbestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln in Richtung auf ein mehr an Lebensqualität und eine Lebensbewältigung.

3) *Gesundheitsbildung konzentriert sich darüber hinaus insbesondere auch auf die Entfaltung der individuellen gesundheitlichen Potenziale im Sinne von Selbsthilfe und Selbstheilung im Rahmen eines verantwortungsvollen, interaktiven Handelns bei der Mitgestaltung und Umgestaltung der Lebenswelt im Interesse der Gemeinschaft. Letztendlich intendiert die Gesundheitsbildung individuelle Emanzipation und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen.*" (ebenda, S.59).

Wie Venth (1990a) betont auch Siebert (1990, S. 571), dass Gesundheitsbildung so verstanden einen vielseitigen Lernbegriff erfordert. Siebert unterscheidet in Bezug auf Gesundheitsbildung zwischen:

Lernen als Selbstwahrnehmung,
Lernen als funktionalen Wissenserwerb,
Lernen als Korrektur von Deutungsmustern und Wertmaßstäben,
Lernen als Erwerb von Handlungskompetenz,
reflexivem Lernen als Identitätsfindung.

Im Konzept „sich annehmen – abnehmen" (Pädagogische Arbeitsstelle des DVV, 1993b, S. 15) heißt es: „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen stellt den Menschen mit seinen Wünschen, Fragen, Interessen in den Mittelpunkt. (...) Gesundheitsbildung ist Bildung von Menschen, mit dem Ziel, sie dazu zu befähigen, ihr Wohlbefinden zu stärken. (...) Nicht der moralische Zeigefinger oder die Angst vor Krankheit bringt Veränderung, sondern die Möglichkeit, ein eigenes Wohlfühl zu entwickeln. Lebendiges soll nicht durch Verbote eingeengt werden, sondern durch neue Möglichkeiten erweitert werden. Wenn in diesem Kurs das Subjekt in den Mittelpunkt gestellt wird, dann heißt das nicht, dass sich Wohlbefinden nur gegen andere verwirklichen lässt. Gesundheitsbildung ist vor allem auch soziales Lernen."

Nach Dreher (1988, S.4) ist der Subjektbezug einer der wesentlichen Unterschiede zwischen Präventionsmodellen und Gesundheitsbildung:

„Während beim Präventionsmodell nach dem Risikofaktorenkonzept gesellschaftliche und personale Sinnbezüge des Verhaltens unberücksichtigt bleiben, stellen die Angebote, die aus dem Umfeld der neuen sozialen Bewegung kommen, mit ihrer Betonung von Körper „Bewusstsein“ oder Gesundheits- „Bewusstsein“ den personalen Bezug in den Mittelpunkt. In dem sie danach fragen, welchen Sinn und welche Bedeutung eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Situation für einen bestimmten Menschen hat, vermeiden sie den Fehler des vorher dargestellten Präventionsmodells, das immer schon weiß, was jemanden krank macht, und deshalb auch sagen zu können meint, wie der Betreffende gesund bleiben kann.“

Subjektbezug nicht im Gegensatz sondern als Voraussetzung für Gesellschaftsbezug wird vor allem auch bei Venth (1988, 1990 u.a.) und bei Blättner (1993a) als Grundbedingung für Selbstbestimmung über Gesundheit beschrieben.

So wie Gesundheit nicht abstrahiert von Menschen definierbar ist, ist Gesundheitsbildung nicht durchführbar, ohne dass Menschen zu sich selbst, ihren persönlichen Bedürfnissen, Hoffnungen und Ängsten, zu ihren Alltagsbelangen und Handlungsmöglichkeiten Bezüge herstellen. Auch Verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen, sind letztlich nur über die Person selbst und letztlich über den eigenen Körper erlebbar. Subjektbezug heißt hier immer auch Körperbezug und Alltagsbezug.

Dreher (1988, S.3) sieht Volkshochschulen in der Praxis im Spannungsfeld zwischen einerseits dem Einfluss der sozialen Bewegungen, denen Dreher mangelnden gesellschaftlichen Bezug vorwirft, und andererseits dem Einfluss der Kooperationspartner. Vor allem Krankenkassen, die ihrer Einschätzung nach dem Risikofaktorenmodell verhaftet geblieben sind. Venth (1994b, S.4) beschreibt die Entwicklung der Gesundheitsbildung als Mittlerin zwischen der offiziellen Präventionspolitik und den freien Initiativen, zwischen dem formellen Sektor des Gesundheitswesens, dem ersten Gesundheitssystem, und dem informellen Sektor, dem zweiten, dem verborgenem Gesundheitssystem aus Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Gesundheitsläden, Patientenberatungsstellen, Gesundheitswerkstätten und individueller Gesundheitsvorsorge: „Zugespitzt könnte man sagen, dass die beiden Vorstellungen von der „Pflicht zur Gesundheit“ als Diktat und dem „Recht auf Gesundheit“ als basisdemokratische Forderung in Widerstreit miteinander trafen und sowohl theoretisch, wie höchst praktisch Turbulenzen ins etablierte Gesundheits- bzw. Krankheitssystem brachten. Den entscheidenden Anteil an den Neuorientierungen für ein gesünderes Leben hatte die Frauen(gesundheits)bewegung.“ (ebenda).

Venth (1990a, S.51) betont die Ähnlichkeit von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung als konzeptionelle Gemeinsamkeit und nicht als Zufall. Auch bei Behrendt (1992, S.215f) wird explizit ausgeführt: *„Gesundheitsbildung ist ein Beitrag zur Gesundheitsförderung aus pädagogischer Perspektive. Gegenüber der Gesundheitserziehung geht sie von anderen Voraussetzungen aus und setzt andere Akzente in Zielsetzung und Umsetzung mit sehr viel weit reichenden Konsequenzen als diese. Gesundheitsbildung orientiert sich am Konzept der gesunden Lebensweise i. S. von materiellen, sozialen, also sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Voraussetzungen für Gesundheit. Darüber hinaus verknüpft dieser Ansatz die Beachtung der objektiven Bedingungen zugleich als spezifischer Zugang - mit der Betonung der notwendigen und zu respektierenden Subjektivität im Erleben und in der Verarbeitung der persönlichen Lebenslage. Insofern ist die subjektive Wahrnehmung gesundheitsbedrohender Problemlagen und ihrer Lösungsmöglichkeiten der entscheidende Ansatz in der Gesundheitsbildung ...“*

Gesundheitsbildung ist damit in ihren Inhalten und Zielsetzungen mit Gesundheitsförderung weitgehend identisch, umfasst davon aber nur den Ausschnitt, der in irgendeiner Form mit organisierten Lernprozessen in Verbindung steht. Das in den Mittelpunkt stellen, bzw. zum Ausgangspunkt machen des Subjektes und seines Alltages ist hierbei nicht eine Schwäche des Bildungsansatzes, sondern konzeptionelle Stärke. Gesundheitsförderung kann darüber hinaus andere Maßnahmen z.B. gesetzgeberischer, institutioneller oder struktureller Art beinhalten.

1.3.3.2. Außensicht

Blättner (1990) und Siebert (1990) stellen die Bedeutung von Bildung über den Fachbereich Gesundheitsbildung für die Förderung von Gesundheit heraus. Siebert (1990, S. 55f) schreibt hierzu:

„So gesehen ist Gesundheitsbildung mehr, als zu lernen, wie man organische Krankheiten verhütet und heilt. In einem umfassenden Sinne sind Bildung ein Bestandteil unserer Gesundheit, und Unbildung ist eine Form von Krankheit. Bildung reduziert Abhängigkeiten und Unmündigkeit, fördert die Entfaltung unserer Möglichkeiten und die Erweiterung unseres Horizontes und trägt so zur Gesundheit bei, während entfremdete Arbeitsbedingungen, die Monotonie des Alltags, die Verkümmern geistiger Interessen den Menschen unzufrieden und krank machen. Zwar kann auch Aufklärung die Unzufriedenheit mit den Lebensverhältnissen steigern, aber das ist meist eine produktive Unzufriedenheit, die zur Veränderung drängt.“

Blättner (1990, S.57) bezieht sich auf die Parameter, die die Gesundheit einer Stadt bemessen, wenn sie formuliert: *„Als Parameter genannt sind aber auch der Zugang zu vielfältigen Kenntnissen, Erfahrungen und Kontakten, Kommunikation und Interaktion sowie die öffentliche Teilhabe und Kontrolle über Entscheidungen, die Leben, Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen. Hier ist Bildungsarbeit in ihrem Element: Sie vermittelt Kenntnisse und Erfahrungen. Sie ermöglicht Kontakte zu anderen Menschen. Sie lebt durch Kommunikation und Interaktion. Dass sie darüber hinaus auch die öffentliche Teilhabe an Entscheidungen, die Leben, Gesundheit und Wohlbefinden betreffen, beeinflussen kann, hat sich in der Geschichte der Volkshochschule im letzten Jahrzehnt in besonderem Maße gezeigt.“*

Nach Hildebrandt (1990, S.43) hat Gesundheitsbildung der Gesundheitsförderung vielfältig Pate gestanden. Als Ideensammlung für spezifische Möglichkeiten der Erwachsenenbildung, Gesundheitsförderung über das Angebot der Gesundheitsbildung im engeren Sinn hinaus zu unterstützen, formuliert Hildebrandt (1990, 54Sf):

„Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und Entwicklung Persönlicher Kompetenzen durch:

*das Angebot von Kursen für bestimmte Lebensprobleme,
die Stellung von Räumen, Materialien und Anregungen für Leute, die sich zu bestimmten Gesundheitsthemen hin engagieren wollen,
im ländlichen Raum durch die Mitgründung von
Selbsthilfeunterstützungszentren,
durch die Initiierung von Kooperationsformen vor Ort.
Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten durch:
Veranstaltungen zu aktuellen Problemen,
die Zusammenarbeit mit Betroffenen und Bürgerinitiativen,
das Weitertragen von Stellungnahmen etwaiger Kursteilnehmer zu
Armut und Gesundheit, zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit.
Neuorientierung der Gesundheitsdienste durch:
Seminare mit Beschäftigten des Pflegepersonals oder auch des
medizinischen Personals.“*

„Aktionsmöglichkeiten bestehen hier für engagierte Bildungseinrichtungen auch in der Zusammenarbeit mit Initiativen etwa zur besseren Gesundheitsversorgung von sozialen Minderheiten oder auch in Seminaren für Patienten über ihre Rechte und Möglichkeiten. Bildungseinrichtungen könnten sich an die Organisation des notwendigen gesellschaftlichen Dialogs um die Zukunft gewünschter bzw. nicht gewünschter therapeutischer Eingriffe (Hightech in der Medizin, Organtransplantationen, Genomanalysen) machen und würden hier ein weites Betätigungsfeld finden.“ (ebenda, S. 44)

Von Grossmann (1993, S.43) wird ein erweitertes Verständnis von Bildungsprozessen vorgeschlagen: *„Bildungsprozesse sind nach wie vor überproportional auf das Individuum und kleine Gruppen bezogen. Die Vermittlung von Organisationskompetenz, also der subjektiven Fähigkeit, sich in größeren sozialen Systemen bewegen zu können und handlungsfähig zu sein, gestaltend auf Organisationen Einfluss zu nehmen, wird chronisch vernachlässigt.“*

1.3.4. Gesundheitsförderung als salutogenetischer Ansatz

1.3.4.1. Aufgabenschwerpunkte von Gesundheitsförderung

Im Glossar (Conrad/Schmidt, 1990, S.22f) werden die Aktionsfelder der Ottawacharta als Aufgabenfelder genannt:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln,
- Gesundheitsdienste neu orientieren.

Zu dem in diesem Kontext besonders interessierenden vierten Aktionsfeld heißt es in der Ottawacharta: *„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf Ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.“*

Lehmann (1993, S.176) benennt als Hauptaufgaben in diesem Aktionsfeld:

„ durch Information und Maßnahmen der gesundheitsbezogenen Bildung Individuen und Gruppen zu einem differenzierten Verständnis von Verursachungszusammenhängen zu befähigen: durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten, wie Förderung von Autonomie, Dialog- und Konfliktfähigkeit, Personen zu befähigen, die eigenen Lebensweisen und die Lebensbedingungen zu reflektieren und in Richtung auf eine subjektive Verbesserung der Lebensverhältnisse hin zu verändern.“

Als wesentliche Komponenten einer Strategie der Gesundheitsförderung werden genannt:

- *Aktives Eintreten für Gesundheit und deren Interessendurchsetzung in allen Politikbereichen,*
- *Stärkung und Befähigung von Gemeinschaften und Personen, ihre Gesundheitspotenziale zu verwirklichen,*
- *Vermittlung zwischen unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft im Streben nach Gesundheit.*

Iona Kickbusch (1993c, S.9) sieht es als eine der Hauptzielrichtungen der Gesundheitsförderung, „*Bereiche außerhalb des „Gesundheitssystems“ zu gesundheitsförderlichem Handeln zu motivieren.*“

Badura (1990, S.55-59) sieht Aufgabenschwerpunkte von Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung:

In der Gesundheitsförderung der Arbeitswelt „anzustreben, dass betriebliche Rationalisierung und Gesundheitsförderung nicht zwei voneinander isolierte und womöglich nacheinander zu bewältigende Aufgaben bleiben, sondern dass sie zunehmend miteinander verzahnt, ja dass sie miteinander verschmolzen werden.“ Dies wäre seiner Meinung nach möglich „durch Erweiterung bzw. Erhalt von Handlungsspielraum, durch ausreichende Qualifikation und durch Sicherstellung bzw. Schutz aufgabenbezogener und psychosozialer Unterstützung durch Arbeitskollegen und Vorgesetzte.“

Entscheidend sei dabei, dass sich Gesundheitsexperten nicht mehr als Überwachungs- sondern als Gestaltungsexperten begreifen.

- In der Gesundheitsförderung in der Gemeinde: Der öffentliche Gesundheitsdienst müsste von seinen hoheitlichen Funktionen befreit werden und dafür regelmäßig einen Gesundheitsbericht erstellen, Prioritäten für Gesundheitsförderung setzen, Maßnahmen entwickeln und durchführen sowie Maßnahmen evaluieren.
- In der Gesundheitssystementwicklung, z.B. der Qualitätssicherung ärztlicher und pflegender Tätigkeit, Aufgabenveränderungen von Kranken- und Rentenversicherungen, Entwicklung alternativer Formen der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern etc.

Ducki und Greiner zeigen am Beispiel von Arbeitsanforderungen auf, wie Bedingungen gesundheitsfördernd oder gesundheitseinschränkend gestaltet werden können. Bei einer Arbeit, die eigenständige Entscheidungen und eigenständige Planungen verlangt, wird die Kompetenz zur langfristigen Planung viel eher ausgebildet als bei einer stark reglementierten Arbeit.

Belastungen (z.B. häufige Unterbrechungen bei einer komplizierten Denkarbeit) schränken die Möglichkeit, stabil flexibel zu handeln, ein und beeinträchtigen die Möglichkeiten, körperliche Rückmeldungen zu verarbeiten. Damit ist ein Ansatz beschrieben, in dem die Arbeit und ihre Organisation selbst und nicht ihre Begleitbedingungen wie z.B. Emissionen zum Hauptgegenstand von Gesundheitsförderung werden.

Nach Beckers Anforderungs-Ressourcen-Modell, unterschieden jeweils in externe Anforderungen und interne Ressourcen, wäre Gesundheitsförderung auf einer Veränderung der vier dadurch entstehenden Ebenen denkbar:

- Externe Verringerung von Anforderungen durch soziale, ökologische, hygienische Maßnahmen,
- Externe Verbesserung der Ressourcen, z.B. durch befriedigende Arbeitsbedingungen,
- Interne Verringerung von Anforderungen, z.B. eigenen Ansprüchen,
- Interne Verbesserung von Ressourcen, z.B. den eigenen Gesundheitspotenzialen.

Milz sieht als Mittelpunkt persönlicher Gesundheitsförderung: *„die Wiederentdeckung der eigenen Leiblichkeit als Leben, Erleben und Vertrauen in die eigenen Sinne. Sie ermöglichen uns die kritische Reflexion unserer Wahrnehmungen und Erfahrungen sowie die bewusste Anerkennung der Kontinuität ökosozialer Lebenszusammenhänge.“* (Milz, 1994, S.18)

Schneider-Wohlfahrt u.a. (1994, S.98) formulieren: *„ Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung sollte künftig nicht nur das Ziel der Veränderung individueller Lebensweisen verfolgen, sondern mehr als bisher die Entwicklung sozial ökologisch verträglicher Lebensperspektiven vorantreiben und die Gestaltung gesundheitsverträglicher Arbeits- und Lebensbedingungen unterstützen. Gesundheitsförderung sollte Menschen mehr als bisher befähigen, selbst Entscheidungen in Bezug auf persönliches Gesundheitshandeln treffen und umsetzen zu können und so die Eigenverantwortlichkeit für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen stärken. Dabei ist es einerseits notwendig, Selbsthilfeaktivitäten und Möglichkeiten der öffentlichen Teilnahme und Mitwirkung an Gesundheitsbelangen zu fördern, andererseits gilt es, die persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten von Menschen zu stärken, die es den Einzelnen ermöglichen, ihren Lebensalltag gesundheitsförderlich zu gestalten. Alternative Heilmethoden und Wege der Gesundheitsförderung, die von der Existenz des Menschen als psychobiologischer Einheit ausgehen und, auf dieser Erkenntnis aufbauend, ihre Therapien und Strategien entwickeln, sollten mehr als bisher in unser Gesundheitssystem integrieren werden. Die Methoden der Körpererfahrung sind ein Beispiel für solche Wege der Gesundheitsförderung.“*

Letzteren Aspekt ergänzt Milz: *„Die Kunst der persönlichen Gesundheitsförderung besteht meiner Meinung nach darin, sich nicht so sehr auf das Erlernen spezieller Techniken zu verlegen, sondern wieder verstärkte Aufmerksamkeit für die spürbare Übung der Gesundheit im Alltag zu entwickeln.“* (Milz, 1994, S.29)

Bereits anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass eine Aufgabeneingrenzung der Gesundheitsförderung kaum möglich ist, gerade weil sie sich nicht auf festlegbare, aber dennoch umstrittene Risikofaktoren bezieht. Gesundheitsförderung wird damit zu einer übergreifenden Fragestellung, mit der alle Bereiche befasst sein müssen.

1.3.4.2. Kritik an Gesundheitsförderung

Ein Teil der Kritik am Ansatz der Gesundheitsförderung bezieht sich auf die Beliebigkeit, die er mittlerweile erhalten hat. *„Der Begriff ist so unspezifisch, dass sowohl Demokratisierung wie auch Repression und Ausgrenzung darunter verstanden werden können.“* (Schmidt, 1993, S.18)

Die Ungenauigkeit des Begriffs bedingt eine mögliche repressive Wirkung im Kontext von Kosteneinsparungen und den Absolutheitsanspruch, in dem Gesundheit als Thema hiermit in alle öffentlichen und privaten Bereiche diffundiert.

Die Kritik an Gesundheitsförderung umfasst im Wesentlichen die Befürchtung, die gut gemeinten Ansätze könnten andere Folgen haben als beabsichtigt. Sie kommt im Wesentlichen aus den sozialen Bewegungen. Ein Beispiel hierfür ist die Feministin Roscha Schmidt (Schmidt, 1993).

„Das Konzept der Gesundheitsförderung trifft in eine gesellschaftliche Situation, in dem jedes zweite Wort in der gesundheitspolitischen Diskussion die Kosteneinsparung ist gefolgt von der Beschwörung der Selbstverantwortung. Gesundheitsförderung wird sich also, um erfolgreich zu sein, rentieren müssen. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung bedingen ein dichtes Netz von Kontrolle, Erfassung, Überwachung und epidemiologische Studien, um das gewünschte Ziel - Vermeidung von gesundheitsschädigendem Verhalten - zu erreichen. (...)

... Sehen wir uns die bisherigen Konzepte der Gesundheitsförderung an, so handelt es sich überwiegend um Kampagnen zur Beeinflussung der individuellen Lebensführung und um ärztliche Untersuchungen. Den Ärzten wurde ein enormer Machtzuwachs zugebilligt bezüglich Definitionsmacht und Kontrolle von Gesundheit. Sie beanspruchen für sich, die Gesundheitsrelevanz von Maßnahmen in allen Politikfeldern bestimmen zu können, sowohl in der Bildungs- Wohnungsbau-, Arbeits-, Sozialpolitik etc. Nicht ausgesprochen wird, dass der Allzuständigkeit für staatliche Politik die Allzuständigkeit für die Kontrolle der individuellen Lebensführung folgt. Die einzelne Person wird die Gesundheitswirkung ihrer Lebensentscheidungen legitimieren müssen. (...) Mit der Betonung der neu in ihren Zuständigkeitsbereich hinzugekommenen Gesundheitsförderung leisten auch die Krankenversicherungen Ansätzen Vorschub, dass künftig Gesunde gegen Kranke ausgespielt werden." (Schmidt, 1993, S.18).

Ähnliche Befürchtungen, unter dem Mantel der Gesundheitsförderung würden Vorstellungen verwirklicht, die mehr zur Fremdbestimmung als Selbstbestimmung im Umgang mit Gesundheit beitragen, werden u.a. auch von Mergner u.a. (1990) geäußert.

Schmidt macht darüber hinaus allerdings auch Vorschläge, wie diese Risiken vermieden werden können: „ *Um den genannten, mit der Praxis der Gesundheitsförderung verbundenen Problemen vorzubeugen, sollten entsprechende Konsequenzen gezogen werden:*

- *Damit Gesundheitsförderung nicht gegen die Krankenbetreuung ausgespielt wird, sollte in Diskussionen um das Konzept von Gesundheitsförderung gleichzeitig die Krankenversorgung als derzeitige politische Herausforderung benannt werden.*
- *Vor der Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen sollten Maßnahmen zur Verhinderung von verstärkten Kontrollen der Teilnehmer/innen (z.B. gegen Datenerfassung) getroffen werden.*
- *Ziel von Gesundheitsförderung sollte es auch sein, die Machtverhältnisse von Institutionen im Gesundheitswesen zu analysieren und den Patientinnen zu ihren Rechten zu verhelfen.*
- *Gesellschaftlich gleiche Rechte auch für Frauen sowie soziale Gerechtigkeit sollten als solche gefordert werden - und nicht unter dem Begriff Gesundheit.*
- *Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten die Selbstdefinition*
- *Von Gesundheit/ Krankheit bei Frauen fördern und darauf abzielen, eigene Erfahrungen wertzuschätzen und ernst zu nehmen.*

- *Die Entscheidungsfreiheit des Nicht-Teilnehmens Gesundheitsförderungsprogrammen sollte betont und als ebenso berechnigte Entscheidung bestärkt werden.*
- *Ziel von Maßnahmen sollte es sein, die Abhängigkeit von Experten zu verringern.*
- *Solche Maßnahmen sollten dem Vorwurf und Selbstvorwurf der Schuld an einer Erkrankung entgegenwirken.*
- *Sie sollten sich einsetzen für die Wahrung der Intimsphäre . Die datenmäßige Erfassung von persönlichen Informationen ist weitgehend zu vermeiden.*
- *Strukturelle Verbesserungen insbesondere für alte und pflegebedürftige Frauen müssen dringend durchgeführt werden.*

Gesundheitsförderung in dieser Weise verstanden wäre ein Beitrag gegen Entmündigung von Frauen und in dem Sinne ein wichtiger Beitrag zur Demokratisierung des Gesundheitswesens.“ (Schmidt, 1993, S.20)

Ein anderer Ansatz der Kritik an der Gesundheitsförderung ist die Gefahr in der Diskussion der letzten Jahre, zu einseitig nur auf die Veränderung struktureller Voraussetzungen und äußerer Faktoren zu sehen und die betroffenen Menschen aus dem Blick zu verlieren. So notwendig für Gesundheitsförderung gerade die Betonung der Veränderung von Lebensbedingungen ist, statt der Veränderung von Verhalten, besteht doch die Gefahr, neue Strukturen absolut zu setzen und die Subjekte, für die ein mehr an Gesundheit erreicht werden sollte, zu vernachlässigen. Gesundheitsförderung wird dann zu etwas Unpersönlichem, zu einem Produkt oder einer Dienstleistung, die marktgerecht verkauft werden kann.

Diese Kritik wird z.B. von Belschner (1993, S.145f) angedeutet, wenn er zum Begriff „Beteiligung an der Gesundheitsförderung“ assoziiert: *„Sie (gemeint ist die Gesundheitsförderung, H. G.) ist etwas, das von mir getrennt ist, das unabhängig von mir existent ist. Ich bin hier und dort „ist“ die Gesundheitsförderung. Sie ist von mir mehr oder weniger weit entfernt da draußen; ein Etwas, das möglicherweise hergestellt, ja, vielleicht sogar industriell produziert werden könnte. Eine faszinierende Fantasie taucht auf: wir bauen eine hochmoderne Fabrik für Gesundheitsförderung, die - wie es den marktwirtschaftlichen Regeln entspricht - schon auf Wachstum ausgelegt wird. Ich kann mir ganz anschaulich vorstellen, wie in einer solchen Hightech-Fabrik - natürlich unter der behaupteten Einhaltung der Umweltverträglichkeit - die Stückzahlen steigen, wie die Produktionszahlen der Ware Gesundheitsförderung hergestellt werden; das wird anschaulich in übersichtlichen Säulen- und Tortendiagrammen dargestellt.“*

1.3.4.3. Gesundheitsförderung als neuer Ansatz

Badura (1993, S.21) sieht das Neue – in der Gesundheitsförderung in einer Reorientierung der gesundheitspolitischen Prioritäten: „*Weg vom schlichten „more of the same“ biomedizinischer Leistungen und hin zu einer vorausschauenden Umwelt- und Strukturpolitik; weg von ausschließlich negativen, d.h. krankheitsorientierten, hin zu positiven, nicht nur Risiken bekämpfenden, sondern auch Gesundheitspotenziale erschließenden Bemühungen, weg von einem experiokratischen „top down“, hin zu einem partizipatoxischen „bottom up“ Ansatz; weg von einer monokausalen biomedizinischen, hin zu einer multidisziplinären, in vernetzten Systemen operierenden Praxis.*“

Grossmann (1993, S.44) sieht das Neue im Konzept der Gesundheitsförderung an dem damit verbundenen Organisationsentwicklungsprozess im Interesse von Gesundheit. Das Neue der Gesundheitsförderung soll zusammenfassend am Beispiel von Franzkowiak/Wenzel verdeutlicht werden:

„Es wurde (vor Einführung der Gesundheitsförderungsidee, H. G.) bestenfalls am Rande vermerkt, dass zur Entwicklung von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden förderliche Umwelt- und Lebensbedingungen erforderlich sind. Der Zusammenhang zwischen den drei Dimensionen von Gesundheit sowie ihre Relationen zur Ökologie und Gesellschaft sind nach unserer Kenntnis bisher kaum konzeptionell thematisieren worden. (...)

Ausgangspunkt unserer konzeptionellen Überlegungen ist, dass Gesundheit am und im Körper gespürt wird, Sichwohlfühlen stellt einen pragmatischen Ausdruck für das subjektive Befinden dar, welches wiederum als Ergebnis subjektiver und kollektiver Handlungsprozesse unter gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen zu interpretieren ist. Körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sind also abhängig von den Möglichkeiten der Subjekte, ihre Lebensweisen und Lebensverhältnisse gemeinsam und aufeinander bezogen entwickeln zu können Gesundheit ist gleichermaßen ein Ausdruck subjektiver Befindlichkeiten wie ein Indikator für den Grad der subjektiven und kollektiven Verfügung über die Gestaltung der Lebensbedingungen selbst Gesundheit stellt somit nicht das Ergebnis eines Prozesses dar; über das ein für alle Mal verfügt wird, sondern ist Bestandteil lebenslanger Entwicklungsverläufe im und am Subjekt. (...) Die Gestaltung, Verfestigung und Auswirkungen dieser Entwicklungen sind wesentlich über den Körper der Subjekte vermittelt, d.h. über Physis und Psyche ebenso wie über die soziale und kulturelle Aneignung und Verwendung der Körper im Rahmen kooperativer Handlungen.“ (Franzkowiak/Wenzel, 1985, S. 246f)

Zu einem Verständnis von Gesundheitsförderung als neuartigem Ansatz gehört demnach:

- *Die Umsetzung der Integration statt Addition der Dimensionen von Gesundheit;*
- *Die Orientierung an Gesundheit als durchgängiges Handlungsprinzip bei allen strukturellen Entscheidungen;*
- *Die nichtmedizinische Sichtweise und der Blick auf Gesundheit.*

„Gesundheit wird krankheitsunspezifisch definiert. Gesundheitsförderung steht somit für die individuelle und kollektive Aneignung und Erprobung von Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten im körper- und umweltorientierten Handeln. Die Definition dessen, was für jeden Beteiligten (ob „Professionelle“ oder „Laien“) gesunde bzw. gesundheitsfördernde Lebensweisen sind, unterliegt nicht präventivmedizinischer Kontrolle.“ (Franzkowiak/Wenzel, 1985, S.249)

Gesundheitsförderung wird weitgehend als ein politischer und psychosozialer, nicht als medizinischer Begriff verstanden. Der Blickwinkel der Gesundheitsorientierung statt der Krankheitsorientierung unterscheidet Gesundheitsförderung von Prävention:

- *„Der Blick auf Potenziale und Kompetenzen, die Unterstützung von Kompetenzenvermehrung und Erweiterung von Handlungsspielräumen, „Gesundheitsförderung zielt auf die Erprobung von Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten im körperbezogenen und umweltorientierten Handeln.“ (Franzkowiak/Wenzel, 1985, S.240);*

- *„Die Forderung nach Selbstbestimmung und Partizipation, verbunden mit der Einsicht in die Vielfältigkeit möglichen Handelns: „Eine erste Vorstufe für diese Konzeptentwicklung (Gesundheitsförderung als Ökologie des Körpers bei Franzkowiak/Wenzel, H. G.) stellt das o.g. Lebensweisenkonzept dar; in dem ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass a) es nicht eine gesunde Lebensweise, sondern viele verschiedene gesundheitsfördernde Lebensweisen gibt (diese Unterscheidung wurde bei der gesundheitserzieherischen Rezeption offensichtlich aus „guten“ Gründen nur am Rande zur Kenntnis genommen) und b) Lebensweisen individuell und kollektiv entwickelt werden, also beide Entwicklungsstränge immer gleichzeitig und miteinander verschlungen auftreten.“*

(Franzkowiak/Wenzel, 1985, S.247);

Konsens ist ebenfalls die notwendige Aktivität zur Herstellung von Gesundheit auf der Ebene von Handeln und auf der Ebene von Bedingungen, auch wenn deren Verhältnis zu einander nicht geklärt ist.

„Der Terminus Gesundheitsförderung steht für die Idee, dass gesundheitsfördernde Lebensweisen nur im Zusammenspiel von Subjekt und Umwelt i.w.S. strukturell und pragmatisch entwickelt werden können.“
(Franzkowiak/Wenzel, 1985, S.246)

Kleiber (1992, S.226) schlägt Kriterien vor, nach denen Gesundheitsförderung eingeschätzt werden kann: *„Gesundheitsförderliche Maßnahmen wären jeweils nach folgenden Kriterien zu beurteilen:*

1. *Tragen sie dazu bei Basisvoraussetzungen für Gesundheit zu sichern (ökologische, natürliche und soziale Umwelt, Wohnen, materielle Grundsicherung; arbeiten, lieben)?*
2. *Fördern sie die Aktivität des einzelnen (Empowerment)? Fördern sie Selbsthilfe, leisten sie Hilfe zur Selbsthilfe? Werden die Betroffenen dazu motivieren, selbst initiativ zu werden?*
3. *Beziehen die gesundheitsförderlichen Strategien die alltägliche Lebenswelt der Betroffenen mit ein, oder schaffen sie künstliche Surrogatrealitäten, auf die bezogenes Verhalten unweigerlich scheitern muss, sobald eine Konfrontation mit der Alltagsrealität notwendig /unvermeidbar wird?*
4. *Wird die Nutzung „natürlicher“ sozialer Netzwerke und Bewältigungsressourcen gefördert oder werden ggf. durch Hilfsangebote sogar vorhandene Netzwerkressourcen zerstört (z.B. durch Behandlung in fernab liegenden Kliniken; Zerstörung von Selbsthilfekompetenzen durch Überversorgung etc.)?*
5. *Erhöhen gesundheitsförderliche Strategien wirklich Chancengleichheit, tragen sie zum Ziel „Gesundheit für alle“ bei oder produzieren sie ggf. nur Problemverlagerungen und wirken im Gesamteffekt wie ein Nullsummenspiel (produzieren also ebenso viele negative (Begleit) Effekte wie positive (Haupt) Effekte oder gar kontraproduktiv?“*

Göpel (1993, S.287) formuliert Grundeinsichten einer internationalen Diskussion um Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawacharta:

- *„In Zeiten raschen sozialen Wandels und ökologischer Krisen ist das Leben vieler Menschen gefährdet und die individuellen Verhaltensnormen greifen meist zu kurz.*
- *Der Wunsch nach Gesundheit als Ausdruck eines allgemeinen Lebenswunsches ist in einer multikulturellen Gesellschaft eines der letzten allgemeinen Bindeglieder zwischen den Menschen.*

- *Als gesellschaftliches Bindeglied kann es dauerhaft nur wirksam werden, wenn es von den Menschen auch als Ausdruck ihres persönlichen Lebenswunsches erlebt werden kann.*
- *Gesundheitsförderung muss daher zwischen individuellen Lebensbedürfnissen und kollektiven Notwendigkeiten glaubhaft vermitteln können und daher dazu beitragen, dass sich gesellschaftliche Institutionen im Interesse der Lebensbedürfnisse der beteiligten Menschen wandeln.*
- *Da alle Bemühungen um Gesundheit unter einem historischen und biografischen Irrtum unter Vorbehalt stehen (und das gilt auch für die Gesundheitswissenschaften), muss sich Gesundheitsförderung darauf konzentrieren, die reflexive Selbstaufklärung der Menschen zu unterstützen und sie zu verantwortlicher Beteiligung an grundlegenden Entscheidungen, die ihren Lebenszusammenhang bestimmen, befähigen.*
- *Menschliche Gesundheit, die auch psychisches und soziales Wohlbefinden einschließt, entsteht im Lebensprozess nur –und nur solange-, wie sie von den Individuen gewollt und realisiert wird.*
- *Da Gesundheit im alltäglichen Lebensvollzug durch die Gesamtheit von äußeren Wirkungen und internen Entscheidungen hervorgebracht wird, ist die Lebensweise des Alltags von zentraler Bedeutung.*
- *Da der Alltag der Menschen in hohem Maße durch gesellschaftlich vermittelte Routinen, Normen und Rituale sowie ökologische Rahmenbedingungen bestimmt werden, die sich individuellen Entscheidungsmöglichkeiten weitgehend entziehen, kommt der sozialen Verständigung über eine menschengemäße Gestaltung der alltäglichen Lebensräume große Bedeutung zu.*
- *Neben dem geografischen Lebensraum (Dorf, Stadt, Stadtviertel) haben dabei die Institutionen des Arbeitsalltags große Bedeutung.“*

1.3.5. Zusammenfassende Fragestellungen zum Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung

Für ein Gesundheitsverständnis, das nicht krankheitsorientiert ist, sind präventive Verkürzungen von Gesundheitsförderung in der Regel nicht sinnvoll. Diese dienen in der Verbindung von medizinischer Prävention und sozialer Prävention allerdings als pragmatischer Ansatz, um vordringliche gesundheitliche Probleme angehen zu können. Sie beinhalten das Risiko, in bester Absicht das Gegenteil des Gewünschten zu erreichen, weil sie die Komplexität von Gesundheit zu linearen Kausalbeziehungen verkürzen.

Gesundheitsförderung lässt sich verstehen als Bemühungen im Zusammenleben einer Kultur; die Fähigkeiten von Menschen, ihr gesundheitliches Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, zu unterstützen. Sie berücksichtigt die Komplexität der Wechselbeziehungen mit dem Risiko handlungsunfähig zu werden, weil es schwierig ist, Komplexität in Handlungsschritte aufzulösen, ohne zu einer Verkürzung zu kommen.

Gesundheitsförderung hat den Anspruch, die fünf Ebenen der Ottawacharta in ihrem komplexen Zusammenspiel zu berücksichtigen. Jeder Ansatzpunkt, der nur eine der fünf Ebenen berücksichtigt, läuft wiederum Gefahr, das Gegenteil des Gewünschten zu erreichen. Dabei fehlen nach wie vor praktikable Ansätze, die dem Wechselspiel gerecht werden. Der gesellschaftliche Diskurs um unterschiedliche Strategien könnte destruktiv als Richtungsstreit aber auch konstruktiv als Korrektiv der Gefahr einseitiger Herangehensweisen betrachtet werden. Das Wollen der Menschen selbst bietet sich als wichtiges Instrument der Beurteilung solcher Korrekture an. Menschenfeindliche Ansätze sind vermutlich nicht geeignet Selbstheilungsprozesse von Menschen, zu unterstützen.

Die vergleichende Analyse zeigte bisher, dass die Ziele, Inhalte und die Ansatzpunkte von Gesundheitsförderung und - Gesundheitsbildung überwiegend identisch sind. Als übereinstimmende Gesichtspunkte lassen sich beschreiben:

- Der Gesundheitsbegriff, wie oben beschrieben,
- Die Orientierung an Gesundheit als umfassende Aufgabe, die alle Lebensbereiche berühren kann,
- Der Blick auf Potenziale und Kompetenzen von Menschen,
- Die Rücksicht auf Lebensbedingungen,
- Die Forderung nach Selbstbestimmung,
- Der Wunsch nach kooperativem Handeln, wo dies inhaltlich vertretbar ist.

Unterschiede ergeben sich einerseits aus der institutionellen Bestimmung von Bildung: Sie kann Gesetze nicht verändern und weder Frieden schaffen noch Wohnungen bauen und Arbeitsplätze herstellen.

Andererseits ergeben sich Unterschiede auch konzeptionell dort, wo Gesundheitsförderung Gefahr läuft, Strukturveränderungen ohne die Menschen durchzuführen, um deren Interessen es geht und strukturelle Bedingungen als Voraussetzungen absolut zu setzen.

Gesundheitsbildung setzt Subjekte in der Bewältigung ihres alltäglichen Lebenskontextes und ihrer Handlungschancen in den Mittelpunkt. Sie gerät, wie die Menschen mit denen sie arbeitet, dabei an Grenzen, innerhalb derer sie sich bewegen muss.

Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung könnten entsprechend als wechselseitige Korrektive betrachtet werden, deren Verbindungen einen gewissen Schutz vor Reduzierung von Komplexität bieten. Dieser Schutz besteht allerdings nur solange, wie Gesundheitsförderung sich nicht ausschließlich auf Gesundheitsbildungsmaßnahmen beschränkt und Gesundheitsbildung nicht die Menschen außer acht lässt, mit denen sie arbeitet.

Für die weitere Arbeit ergibt sich die Fragestellung wie sich Gesundheitsförderung und -bildung in ihrer unterschiedlichen Aufgabenstellung gegenseitig ergänzen können. Weiterhin ließe sich fragen, welche Auswirkungen Konsens und Unterschiede von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung auf die aktuelle Qualitätsdebatte der Gesundheitsförderungs- bzw. der Gesundheitsbildungsmaßnahmen haben können.

1.4. Gesundheitshandeln

Der Begriff Gesundheitshandeln meint zweierlei: einerseits dient er als Überbegriff für Aktivitäten und Kompetenzen in Gesundheit, die Subjekte erlernen und sich aneignen können; andererseits wird er im engeren Sinn in Abgrenzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens benutzt und meint hier absichtsvolle Aktivitäten zur Verbesserung der eigenen Lebensbedingungen. Immer aber meint er das, was Menschen selbst tun, um sich für ihre gesundheitlichen Belange zu engagieren.

Kiesse, Sonntag u.a. (1992, S. 51) führen den Begriff des Gesundheitshandelns ein, in Abgrenzung zum Begriff des Gesundheitsverhaltens, und beziehen sich dabei auf Horn, Beier, Kraft-Kumm, Kerber, Schmieder).

„Gesundheitshandeln wird beschreibbar als soziales Handeln, eingebettet in die verschiedenen Lebensweisen der Frauen. Bewusst wird hier nicht von Gesundheitsverhalten gesprochen, da Verhalten aus der behavioristischen Denktradition heraus in der Gesundheits-erziehungsdiskussion mit Risikoverhalten verbunden bleibt. Gesundheitshandeln ist in Abgrenzung dazu ein positiv besetzter Begriff, der die/den Handelnde/n mit umreißt, in dem Handeln absichtsvoll, sinnhaft, mit dem Anspruch auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und mit der Perspektive von Veränderung definiert wird.“

Gesundheitshandeln im Sinne von Kiesse /Sonntag u.a. beinhaltet damit Handeln für die eigene Gesundheit auch im Sinne einer Veränderung von Verhältnissen - durch die Betroffenen selbst. Für Gesundheitshandeln ist es unwichtig, ob die dahinter stehenden Motive primär gesundheitsorientiert sind oder nicht. Wichtig ist, ob das Handeln eine Verbesserung der Gesundheit im umfassenden Sinn bietet. So kann Gesundheitshandeln je nach Person und ihrer Lebenssituation so unterschiedliche Dinge beinhalten wie z.B. sich für soziale oder ökologische Belange politisch einsetzen, sich für die Wahrnehmung der eigenen körperlichen Bedürfnisse sensibilisieren, einer befriedigenden Arbeit nach gehen, sich eine Pause gönnen, genau das zu essen, was ich möchte oder eine Selbsthilfegruppe gründen.

1.4.1. Konzepte zum Gesundheitsverhalten

Ein Thema der Gesundheitspsychologie ist die Theoriebildung zu Gesundheitsverhalten. Dahinter steht das Paradigma, „*dass viele Krankheiten und Gesundheitsschäden vermeidbar wären, wenn sich die Menschen anders verhalten würden. Gesundheit als ein positiver körperlichpsychosozialer Zustand ist beeinflussbar durch die Art und Weise, wie wir mit uns selbst umgehen, wie wir Risiken meiden, Anforderungen bewältigen und Ressourcen aufbauen.*“ (Schwarzer, 1990, S.3).

Gesundheitsverhalten umfasst nach Schwarzer als Oberbegriff Risikoverhaltensweisen (d.h. deren Vermeidung) und mit Bezug auf Matarazzo (1980) immunogenes Verhalten, d.h. Verhalten, das dem Aufbau von Ressourcen und der Erhaltung protektiver Faktoren dient, also z.B. genügend Schlaf und Entspannung, ausgewogene Ernährung, viel Bewegung etc..

Bei Schwarzer wird nicht problematisiert, inwieweit immunogenes Verhalten von Menschen abstrahierbar und objektivierbar ist (ist ein bestimmtes Verhalten für alle Menschen gleich gesund?), er thematisiert nur die mögliche individuelle Notwendigkeit eines Risikoverhaltens, um damit die derzeitige Lebenssituation aufrecht erhalten zu können. Subjektivität von immunogenem Verhalten existiert bei ihm insofern, als sich gesunde und ungesunde Lebensweisen unterschiedlich mischen.

„Vielmehr lassen sich intraindividuell verschiedene Profile zeichnen, je nachdem wie das Verhalten in verschiedenen Lebensbereichen oder zu verschiedenen Zeitpunkten ausgeprägt ist. Unbenommen bleibt es natürlich eine Idealvorstellung von Gesundheitspsychologen, die Menschen zu einer insgesamt gesunden Lebensweise hinzuführen.“ (Schwarzer, 1990, S.6)

1.4.1.1. Sozial kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie

Schwarzer (1992, S.65ff) stellt die „*sozial kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie*“ vor, die er auch *Berliner Modell* nennt, weil sie auf Vorarbeiten einer Berliner Arbeitsgruppe beruht, in der Fuchs, Hahn, Jerusalem, Leppin, Mittag und Schwarzer gearbeitet haben. „*Sie soll die Schwächen anderer Theorien überwinden und in umfassender Weise eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Bedingungen, Handlungen und Kognitionen konzeptuell integrieren und der Forschung zu dieser Thematik neue Impulse geben.*“ (ebenda, S. 76)

Absicht dieser Theorie und ihrer Vorläufer ist es, die Bedingungen zu erkennen, unter denen krankheitsvermeidende Handlungen (nicht mehr rauchen, Zähne putzen, täglich Joggen usw.) entsteht und möglichst genau voraussagen zu können, unter welchen Bedingungen eine Intention zu einer solchen Handlung führt.

Das sozial kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns ist ein komplexes Modell, das zwischen:

- dem motivationalen Prozess: der Intentionsbildung
- und einer volitionalen Phase: der Realisierung gesundheitsbezogenen Handelns

unterscheidet, und somit eine integrative Theorie bildet.

Die Intentionsbildung geht aus von der wahrgenommenen Bedrohung, (ich fürchte mich davor eines Tages Lungenkrebs zu bekommen) die vom wahrgenommenen Schweregrad (Krebs wäre das schlimmste, was ich mir vorstellen kann) und der wahrgenommenen Verwundbarkeit (ich verfüge über eine Reihe von Merkmalen, die mich für Krebs disponieren) abhängt. Sie beeinflussen die Intention, führen in erster Linie aber zunächst zu einer Ergebniserwartung. (Wenn ich regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehe und das Rauchen aufhöre, lässt sich verhindern, dass sich ein Tumor ausbreitet). Eine vorhandene Ergebniserwartung beeinflusst ihrerseits die Intention, in erster Linie steht sie aber in Bezug zu einer Kompetenzerwartung (ich weiß genau, dass ich in der Lage bin, das Rauchen aufzugeben), die für die Intention (das Rauchen aufgeben wollen) ausschlaggebend ist.

Intention und Kompetenzerwartung (ich habe die Absicht, das Rauchen aufzugeben und weiß auch, dass ich dazu in der Lage bin) beeinflussen den volitionalen Prozess, der Handlungsplanung und Handlungskontrolle umfasst. Die Volition wird dabei nicht als Willenskraft verstanden, sondern als Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen direkt vor, während und nach einer Handlung, um sie von der Motivation abzugrenzen, die sich auf die Intentionsbildung beschränkt.

Ob es aufgrund des volitionalen Prozesses zu einer Handlung kommt, hängt aber auch von situativen Barrieren und Ressourcen ab, z.B. dem sozialen Rückhalt (meine Freunde legen Wert darauf, dass ich das Rauchen aufhöre), den eine Person für die Ausführung der Handlung zur Verfügung hat.

In die sozial kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie integriert sind die als brauchbarer und belegter Ansatz einiger Theorievorläufer - alle in der Beschreibung von Schwarzer wiedergegeben:

- Die sozialpsychologische Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action, Fishbein und Ajzen, 1975, 1980, 1985, 1988, nach Schwarzer 1992).

Sie beschreibt die Abhängigkeit einer gesundheitsbezogenen Intention von der Einstellung gegenüber dem fraglichen Verhalten und der subjektiven Norm, d.h. dem Erwartungsdruck von anderen. *„Die Theorie der Handlungsveranlassung unterstellt, dass Menschen im Einvernehmen mit ihren Absichten handeln. Eine Handlung wird am stärksten durch eine Intention bestimmt und somit auch prognostiziert, wobei spezifische Intentionen spezifische Handlungen und globale Intentionen globale Handlungen vorhersagen, letztere jedoch schwächer als erstere.“* (Schwarzer, 1992, S.2).

Interne und externe Barrieren und andere Unabwägbarkeiten können dazu führen, dass jemand sich anders verhält als beabsichtigt. Auf die Intention wirken einerseits Einstellungen ein, hier verstanden als gefühlsmäßige Einschätzungen, andererseits subjektive Normen, das sind die Vorstellungen von den Erwartungen all derjenigen Personen, die zur eigenen normativen Bezugsgruppe gehören. Einstellungen und subjektive Norm wirken mit unterschiedlichem Gewicht auf die Intention ein, abhängig von der Wichtigkeit, die ihnen zugemessen wird. Hinter den Einstellungen und subjektiven Normen stehen jeweils eine Mehrzahl von Überzeugungen.

Später wurde das Modell um die subjektive Kontrollierbarkeit einer Handlung erweitert.

- Die sozial kognitive Theorie der Selbstwirksamkeits- oder Kompetenzerwartungen (Bandura 1977,1986, nach Schwarzer, 1992).

Sie betont, dass ein Gesundheitsverhalten nicht nur von den Konsequenzerwartungen abhängig ist, sondern gleichzeitig von den Kompetenzerwartungen.

Neben Banduras Ansatz stehen hier eine Vielzahl von Theorien, wie z.B. das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen (locus of control) von Rotter (1954), die Theorie des Optimismus (Scheier und Carver, 1987), die Attributionstheorie (Weiner 1980,1986,1988), das Konstrukt der Hilflosigkeit (Seligman, 1975) u.a., die alle gemeinsam aussagen, dass eine Person eine Handlung nur dann ausübt, wenn sie glaubt, dazu auch in der Lage zu sein. (Alle Theorien nach Schwarzer 1992, S. 11 ff)

Kompetenzerwartungen kann man nach Bandura durch direkte Erfahrung, durch indirekte Erfahrung, durch symbolische Erfahrung und durch Erregungsfeedback erwerben. Sie bezieht sich auf die subjektive Verfügbarkeit von Bewältigungshandlungen nicht auf die objektiven Handlungsressourcen.

Das Health-Belief-Modell (Becker 1974, Rosenstock 1966 - nach Schwarzer, 1992, S.41ff).

Es sieht Gesundheitsverhalten als rational bestimmt an. Gesundheitsverhalten wird durch den wahrgenommenen Grad der Bedrohung durch eine Krankheit bestimmt, der eine Kosten-Nutzen-Abwägung auslöst. Der Grad der Bedrohung setzt sich zusammen aus der subjektiven Verwundbarkeit und dem erlebten Schweregrad von Symptomen. Externe und interne Reize können Handlungsanstöße geben. Zusätzlich muss das Vorhandensein von als wirksam eingeschätzte Gegenmaßnahmen erwartet werden.

Das Modell der Schutzmotivation (Rogers 1975, 1983, 1985).

Dieses Modell hat eine integrierende Funktion. Es stellt vier Komponenten nebeneinander: den wahrgenommenen Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung, die wahrgenommene Verletzlichkeit gegenüber dieser Bedrohung, die wahrgenommene Wirksamkeit einer Maßnahme zur Verhütung der Bedrohung und die Selbstwirksamkeitserwartung, d.h. die subjektive Kompetenz zur Abwendung einer Gefahr. (Nach Schwarzer, 1992, S. 51ff).

Die Volitionstheorie (Heckhausen 1989, nach Schwarzer, 1992, S. 54ff).

Sie „befasst sich mit der Umsetzung eines einmal gefassten Entschlusses in tatsächliches Handeln sowie mit der Aufrechterhaltung einer Handlung über einen gewissen Zeitraum hinweg.“ (ebenda, S.54) „Um nun eine Handlung zu realisieren, muss sich ein bestimmter Vorsatz gegenüber Konkurrenz durchsetzen. Man muss vielleicht auf eine andere Handlung verzichten, die ebenfalls attraktiv erscheint. Die Handlungsrealisierung ist eine Funktion der Volitionsstärke, die ihrerseits auf der Intensionsstärke beruht sowie auf kognitiven Abschirmtendenzen, die dafür sorgen, dass nicht andere Reize die Oberhand gewinnen. Die Volitionsstärke wird auch davon beeinflusst, als wie erfolgreich die gerade ablaufende Handlung subjektiv bewertet wird. In dieser Phase kommt es darauf an, anderweitigen Versuchungen Widerstand zu leisten, um den Vorsatz zielstrebig verwirklichen zu können. Für die Umsetzung in eine Handlung ist daneben eine optimale Basisaktiviertheit vonnöten. Damit sind die inneren Bedingungen gemeint wie Energie, Erregung, Stimmung, Wachheit oder Konzentriertheit.“ (ebenda, S.55f).

Das Prozessmodell präventiven Handelns (Weinstein, 1988 - nach Schwarzer, 1992, S.61ff).

Es thematisiert den dynamischen Erwerb eines krankheitsvermeidenden Verhaltensrepertoires. Die drei Aspekte Verwundbarkeit, Schweregrad und Ergebniserwartung werden von ihm jeweils in drei Schritte aufgeteilt. Die Zäsur zwischen dem ersten und zweiten Schritt ist bestimmt durch den Grad der Information und Erfahrung. Zwischen dem zweiten und dritten Schritt steht der sog. optimistische Fehlschluss. Dieser kennzeichnet die Eigenschaft von Menschen, sich (irrtümlich) selbst nicht für gefährdet zu halten.

„Eine der führenden Gesundheitspsychologinnen, Shelly Taylor (1990), fasst die aus ihrer Sicht wichtig-sten Bestimmungsgrößen für Gesundheitsverhalten wie folgt zusammen: Menschen verhalten sich gesundheitsbewusst, wenn (a) eine Gesundheitsbedrohung schwerwiegend erscheint, wenn (b) die subjektive Verletzbarkeit oder die Auftretenswahrscheinlichkeit für eine Krankheit hoch ist, (c), wenn jemand glaubt, persönlich eine protektive Handlung zur Verfügung zu haben und (d), wenn diese Handlung als eine wirksame Maßnahme zur Abwehr der Gefahr eingeschätzt wird.“ (Schwarzer, 1992, S.11)

1.4.1.3. Erklärungsgehalt für Gesundheitsförderung

Die Theorien zum Gesundheitsverhalten können innerhalb der Diskussion um Gesundheitsförderung nur eingeschränkt Raum einnehmen, weil sie auf Risikofaktoren und damit auf eine krankheitsvermeidende, an medizinischen Modellen orientierte Sichtweise setzen.

Insoweit sie allgemein erklären können, wie Menschen zu bestimmten Handlungen kommen, können sie aber auch darüber hinaus von Interesse sein. Z.B. wäre zu fragen, inwieweit sie auch erklären könnten, unter welchen Bedingungen sich Menschen für ihre eigene Gesundheit, für die Aufrechterhaltung einer gesunden Umwelt oder für die Durchsetzung sozialer Interessen engagieren. So wird es auch für die Realisierung der Forderung nach Bürgerbeteiligung in der Gesundheitsförderung eine Rolle spielen, welche Kompetenzerwartung (ich bin in der Lage mich öffentlich zu äußern) und welche Ergebniserwartung (wenn ich mich öffentlich äußere, werden Entscheider/innen mir auch zu hören und ihre Entscheidungen danach richten) Menschen haben.

Belschner (1993, S. 151) weist etwa darauf hin, dass sich Bürger/innen dann aus dem öffentlichen Leben verabschieden werden, wenn:

- *Ihnen keine ausreichenden ihrer Lebenssituation entsprechenden Einflussmöglichkeiten zugestanden werden (vgl. Kompetenzerwartung),*
- *Die Möglichkeiten der Einflussnahme mit einem sehr hohen psychischen, physischen, ökonomischen oder zeitlichen Aufwand verbunden sind, der sich in ihre Anstrengungen zur Alltagsbewältigung schwer integrieren lässt (vgl. situative Barrieren und Ressourcen),*
- *Ihr Versuch der Einflussnahme zwar hingenommen wird, aber keine Konsequenzen daraus erfolgen, sie sich entsprechend nicht ernst genommen fühlen (vgl. Ergebniserwartung).*

So könnte die sozial kognitive Gesundheitsverhaltenstheorie - gegen den Strich gelesen – vielleicht teilweise erklären, wie soziale Bewegungen entstehen, die sich für gesundheitliche Belange einsetzen oder zur Erklärung beitragen, wie Selbsthilfe Empowermentprozesse befördern kann.

Sie kann nicht dazu dienen, Gesundheitshandeln im Sinne des positiv besetzten Begriffs - zu erklären, weil hier die Intentionsbildung nicht über eine Bedrohung erfolgt, sondern über eine positive Erwartung. Die Theorien von Kompetenzerwartung und Konsequenzerwartung (Bandura) könnten hierfür aber hilfreich sein. So sehen z.B. Milz (1994, S.21) Parallelen zwischen den sozialpsychologischen Konzepten der „Meisterschaft“, der "Selbstwirksamkeit", der „Kontrolle" u.a. und Antonovskys Konzept des „Kohärenzsinn".

1.4.2. Gesundheitskompetenzen

Während sich die Psychologie des Gesundheitsverhaltens überwiegend damit beschäftigt, unter welchen Bedingungen Menschen krankheitsvermeidende Verhaltensweisen in ihren Alltag übernehmen, ist es unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung interessanter zu fragen, warum Menschen auch unter schwierigen Lebensbedingungen gesund bleiben. Indem nämlich Gesundheit in den Fokus gerät, verschiebt sich der Blick von Devianzen auf Ressourcen, von einer passiv reflexiven Betrachtung auf die aktiv gestaltende Rolle des Individuums.

1.4.2.1. Salutogenetischer Ansatz und Kohärenzsinn

Dieser „salutogenetische“ (d.h. nach der Entstehung von Gesundheit fragend, im Unterschied zu pathogenetisch) Ansatz wird am konsequentesten von Antonovsky (1979) verfolgt, der folgerichtig von vielen Autor/innen der Gesundheitsbildung und -förderung rezitiert werden u.a. von Hurrelmann 1988, Udriș 1990, Klesse, Sonntag u.a. 1992, Paulus 1992, Becker 1992, Schröder 1992a, Belschner 1993, Rosenbrock 1993a, Kickbusch 1993b, Milz 1994.

Die Stärke des Konzeptes von Antonovsky besteht u.a. darin, dass es viele Teilerkenntnisse zu integrieren vermag. Antonovskys Verdienst ist es, eine radikale salutogenen Fragestellung entwickelt zu haben. Sein Modell versucht, das komplexe Zusammenhanggefüge von Gesundheit unter Einbezug der soziokulturellen, historischen und sozialisatorischen Aspekte sehr breit zu konzipieren. Damit hat es eine große integrierende Wirkung und hat zu vielfältigen interdisziplinären Forschungsvorhaben angeregt.

Nach Klesse, Sonntag u.a. (1992, S. 46ff) schlägt Antonovsky ein Kontinuum mit den beiden Endpunkten „health-ease“ (Gesundheit Behagen) und „dis-ease“ (Krankheit, Missbehagen) vor. Zwischen Gesundheit und anderen Dimensionen von Wohlbefinden unterscheidet er dabei, weil das Konzept von Gesundheit andernfalls bedeutungslos und nicht mehr erforschbar sei. Für den aktuellen Platz einer Person auf diesem Kontinuum zu einem bestimmten Zeitpunkt (der Platz verändert sich permanent) ist ausschlaggebend, wie die betreffende Person mit den Stressoren, mit denen Menschen ständig konfrontiert sind, umgeht. Stressoren bewirken einen Spannungszustand, der krank machende, neutrale oder gesunde Folgen haben kann. Je nach dem, wie mit der Spannung umgegangen wird.

Antonovsky nimmt weiterhin an, dass die Verfügbarkeit von generalisierten Widerstandsquellen (GRRs) gegen den Stress den Ort eines Menschen auf dem health ease/disease-Kontinuum bestimmt. Die GRRs sind die Charakteristika einer Person, einer Gruppe oder der Umgebung, die den effektiven Umgang mit Spannung erleichtern können. Die generalisierten Widerstandsquellen bestimmen nach Antonovsky auch das Ausmaß, in dem spezifische Widerstandsquellen für den Menschen verfügbar sind.

Solche generalisierten Widerstandsquellen können sein:

- Körperlicher und biochemischer Art wie das körpereigene Immunsystem,
- Materieller Art wie Verfügbarkeit von Geld, Kleidung aber auch körperliche Stärke,
- Kognitiver Art wie Wissen und Intelligenz,
- Emotioneller Art wie die Ich Identität,
- Werte und Haltungen betreffend wie Bewältigungsstrategien, Vernunftmäßigkeit, Flexibilität und Weitsicht,
- Zwischenmenschliche Beziehungen wie soziale Unterstützung und tiefe Bindungen,
- Kultureller Art wie Rollen und Normen, die psychologisch gesehen internalisiert, soziologisch gesehen gesetzt und institutionalisiert sind. (Gerade Kultur sieht Antonovsky als vielleicht stärkste Widerstandsquelle).

Der Schlüssel zu den generalisierten Widerstandsquellen und damit zu den spezifischen Strategien ist der Kern seiner Theorie, der Kohärenzsinn. Letzterer ist definiert als „eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann“ (Antonovsky, 1979, zitiert nach Becker, 1992, S.97, weitere Beschreibungen des Kohärenzsinn finden sich bei Antonovsky, 1987).

Paulus (1992, S.11ff) sieht darin „ein heuristisch fruchtbares psychologisches Konstrukt in der Theoriebildung zur Gesundheitsförderung.“

„Hurrelmann. (1988) sieht hierin ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen (...) mit dem Bestreben, den Lebensbedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Bedürfnissen in Einklang bringen zu können ... S.134),“ (ebenda, S. 11ff)

Nach Rosenbrock (1993, S.129) unterteilt Antonovsky (Rosenbrock bezieht sich hier auf den Text Antonovskys von 1991) den „*sense of coherence*“ in die drei Faktoren:

- Vorhersehbarkeit
- Machbarkeit und
- Sinnhaftigkeit.

Danach bleiben Individuen und Gruppen dann auch unter hohen Belastungen eher gesund:

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility),
2. wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflussnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability) und wenn
3. die Möglichkeit besteht unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness).

Nach Auffassung von Milz (1994, S. 21) greift Antonovsky *„mit seinen Forschungen eine Aussage von Dubos auf, nach der prinzipiell jede Lebensäußerung eine Antwort auf Reize und Herausforderungen darstellt, welche potenziell dann zur Bedrohung werden können, wenn es nicht gelingt, sich mit ihnen angemessen auseinander zusetzen und sich ihnen anzupassen.“*

Milz sieht im Kohärenzsinn Bezugspunkte zu anderen Begriffen in der Gesundheitsforschung um den Begriff der Kontrolle über Lebenssituationen, Konzepte von Meisterschaft, Selbstwirksamkeit, der erlernten Hilflosigkeit, der Vorhersagbarkeit, das Konzept der Machtlosigkeit, der Widerstandsfähigkeit oder der persönlichen Kompetenz. Milz sieht Gemeinsamkeiten in einem vage definierten Begriff von Kontrolle, die er als Kontrolle über Faktoren und Lebensumstände, die Gesundheit beeinflussen, verstanden haben will.

Hiermit ließe sich seiner Einschätzung nach auch der Zusammenhang von Krankheitshäufigkeit und niedrigeren ökonomischen Lebensstandard erklären. Nach Rosenbrock (1993, S.129) finden sich auch Parallelen zu dem von Susanne Kobasa entwickelten Konzept Hardiness. (siehe Beschreibung weiter unten).

Nach Udris (1990, S.454) zeigt Antonovsky darüber hinaus auf „*wie die sozioökologischen und kulturellen Lebensbedingungen und die berufliche Biografie einer Person sowie die Arbeits- und Organisationsstrukturen für die positive Entwicklung und Stärkung dieser personalen Ressource „Kohärenzsinn“ beizutragen vermögen.* Udris (ebenda, S. 454) zitiert eine Definition des Kohärenzsinn von Antonovsky (von 1987) die auf das Vertrauen in das Vorhandensein von Ressourcen eingeht: „Der Kohärenzsinn („sense of coherence“) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes, jedoch dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass (1) die Ereignisse in der eigenen inneren und äußeren Umwelt im Lebensverlauf strukturieren, vorhersehbar und erklärbar sind; dass (2) Ressourcen verfügbar sind, um den aus diesen Ereignissen stammenden Anforderungen zu entsprechen und dass (3) diese Anforderungen herausfordernd sowie eines Einsatzes und eines Engagements wert sind.“

Rosenbrock (1993, S.129) verweist auf die Veränderbarkeit des Kohärenzsinn und damit die potenzielle Möglichkeit der Förderung persönlicher Kompetenzen. „Wenn es nun so etwas wie den „sense of coherence“ gibt, dann ist es keineswegs plausibel anzunehmen, dass er ausschließlich angeboren oder durch die frühkindliche Sozialisation für das ganze Leben festgelegt ist. Empirische Befunde über die Veränderbarkeit von Wahrnehmung, Attitüden und Verhalten sowie Theorien des sozialen Lernens verweisen vielmehr darauf, dass eine solche Sichtweise des Lebens und der Welt sowie ihre praktischen Handlungsfolgen beständig durch das Erleben der Umwelt, durch die Möglichkeiten der Einflussnahme, durch die sichtbaren und unsichtbaren Systeme der Belohnung und Bestrafung geschaffen, bestätigt oder beschädigt werden.“

1.4.2.2. Schutzfaktoren

Hornung (1989, ohne Seitenangabe) beschäftigt sich ebenfalls mit individuellen und sozialen Ressourcen, die für Gesundheit bedeutsam sind. *„Individuelle bzw. personale Ressourcen beziehen sich auf im einzelnen Menschen selbst liegende Fähigkeiten und Kompetenzen, um mit auftretenden Belastungen fertig zu werden. Hierzu gehören bestimmte Persönlichkeitsmerkmale sowie spezifische Bewältigungsstrategien eines Individuums. Soziale Ressourcen bezeichnen Hilfen und Unterstützung, die aus dem sozialen Umfeld eines Menschen stammen.“* Als Ressourcen bezeichnet er Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Ich-Stärke, die Fähigkeit, hoffen zu können, self-efficacy bzw. Selbstwirksamkeit, interne Kontrollerwartungen und Hardiness. Hier verbinden sich zum Teil Theorien wieder miteinander, die einerseits für die Theorien des Gesundheitsverhaltens herangezogen werden, andererseits aber auch über Gesundheitskompetenzen etwas aussagen können.

Hornung führt drei der personalen Ressourcen etwas aus:

Das Konzept der internen/externen Kontrollerwartungen differenziert Menschen danach, ob sie glauben, dass ein Ereignis eine Folge des eigenen Verhaltens, das heißt interner Faktoren, wie Fähigkeit, Anstrengung oder aber eine Folge nicht kontrollierbarer externer Faktoren, wie Glück, Schicksal oder Zufall ist.

Das von Susanne Kobasa entwickelte Persönlichkeitskonzept Hardiness soll die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber externen Belastungen kennzeichnen. Es gliedert sich in drei Unterfaktoren auf:

1. Kontrolle als Gegensatz zu Machtlosigkeit (hat ein Individuum das Gefühl, in seinem Leben auftretende Ereignisse kontrollieren zu können?);
2. Commitment, das heißt ein starkes emotionales Engagement in verschiedenen Lebensbereichen und mit anderen Personen und
3. Herausforderung: Veränderungen werden primär als positiv erlebte Herausforderungen und nicht als Bedrohung interpretiert.

Eine Person mit einer hohen Ausprägung auf der Dimension Hardiness lässt sich somit charakterisieren durch die Einstellung, das eigene Leben weitgehend kontrollieren zu können, durch ein starkes emotionales Verbundensein mit ihrer Umwelt und eine positive Einstellung zu Veränderungen und neuen Möglichkeiten.

Menschen lassen sich danach unterscheiden, welche konkreten Bewältigungsaktivitäten und Strategien sie in Belastungssituationen einsetzen.

Hierbei wird zwischen instrumentellem Coping (Veränderung des Sachverhaltes) und emotionsregulierendem Coping (Bewältigung der mit dem Problem verbunden Gefühle) unterschieden.

Udris (1990, S.453) differenziert allerdings zwischen der Belastungsforschung (coping), deren traditionelle Fragestellung es ist, Stressoren und Faktoren, die die Bewältigung der Stressoren behindern, zu identifizieren und der Ressourcenforschung, die Schutzfaktoren identifiziert.

Schröder (1992a, S. 81f) fasst die Gesundheitstheorien zu drei Merkmalen zusammen, unter denen Menschen die besten Voraussetzungen zu einem gesunden Leben haben, wenn sie

- „a) ihre äußeren Lebensanforderungen meistern (also Handlungsfähigkeit besitzen),*
- b) sich intrapsychisch mit Gewinn für die eigene Entwicklung regulieren können (Selbstkompetenz haben) und*
- c) das eigene Tun, als mit einem Sinn (für sich und die Gesellschaft) versehen erleben.*

Dieser Zustands- und Befähigungskomplex spiegelt sich dann in den positiven Emotionsqualitäten „Kompetenzgefühl“, „ Selbstwertgefühl“, „Sinnerleben“ wider; sie scheinen die Grundlage psychophysischer Gesundheit auszumachen“.

Diesen Emotionsqualitäten stellt er den *„verbissenen Kampf um den gesunden Körper, der in seiner Selbstkasteiung diametral zu einer Lebensweise ist, die Genießen und Gesundheit als Einheit sieht“* (, ebenda, S.82) gegenüber. Die Verbindung von Lust, Glück und Immunsystem wird seiner Ansicht nach in der Medizin und der Psychologie zu wenig gewürdigt. Badura (1993a, S.25f) referiert salutogene Einflüsse der Arbeitswelt, die allerdings über die Arbeitswelt hinaus Bedeutung hat.

Er nennt den Ansatz von Melvin Kohn u.a., nach dem intellektuell anspruchsvolle Arbeit, also Arbeit, die das Nachdenken, eigenständige Urteilskraft und Initiative erfordert, einen persönlichkeitsfördernden Einfluss haben. Sie fördert ein positives Selbstbild, eine offene und flexible Haltung gegenüber dem sozialen Umfeld und insbesondere die kognitive Kompetenz der Beschäftigten. Durch intellektuell anspruchsvolle Arbeit gefördert werden somit Persönlichkeitseigenschaften, die sich als Gesundheitspotenziale interpretieren lassen, weil sie die Fähigkeit zur gesundheitsförderlichen Problemlösung verbessern. Intellektuelle Unterforderung - so lassen sich diese Befunde ebenfalls deuten - wirkt sich längerfristig negativ aus, weil sie zur Erosion von Problemlösungskompetenz beiträgt. Ähnliches gilt nach Kohn et al. für die mit anspruchsloser Arbeit oft einhergehenden Bedingungen wie geringem Handlungsspielraum und hochgradiger Routinisierung der Aufgabenerledigung.

Wie Ducki und Greiner betont Badura die Gesundheitsrelevanz von Handlungsspielräumen. Er bezieht sich dabei auf Untersuchungen von Karasek / Theorell (1990). *„Handlungsspielräume beeinflussen die wechselseitige Adaptabilität von Arbeitsaufgaben und Arbeitsleistungen an die spezifischen Bedürfnisse und Befähigungen der Beschäftigten und bilden deshalb eine wesentliche Voraussetzung schädigungsfreier Problemlösung“* (ebenda, S.25).

Soziale Kontakte und Interaktionen gelten bei Badura als weitere Gesundheitspotenziale. Besonders in teamartigen Arbeitsorganisationen sieht er ein allgemeines Klima der Offenheit, des Vertrauens und der Gegenseitigkeit als Indikatoren für soziale Unterstützung. *„Problemlösungen und Gefühlsregulierungen bei der Arbeit fallen dem Einzelnen um so leichter, wenn er zugleich ausreichend Gelegenheit hat, sich als Teil eines effektiven und solidarisch sozialen Ganzen zu begreifen, was auch die Entwicklung sinnstiftender Wirgefühle erleichtert. Wirgefühle bilden ein wesentliches, in einer Gesellschaft von Individualisten immer knapper werdendes Element sozialer Integration.“* (ebenda, S. 26).

Badura mahnt allerdings an, dass die Handlungsspielräume auch vor den Realitäten von Produktivität, marktgerechter Flexibilität und umweltverträglicher Produkte gesehen werden müssen. *„Was nützt uns ein mit großem Aufwand gesund gestalteter Arbeitsplatz, der morgen dem internationalen Wettbewerb zum Opfer fällt oder der Herstellung umweltschädigender Produkte dient?“* (ebenda, S. 26).

Udris (1990, S.454f) betont, dass sich die personalen Ressourcen in der Auseinandersetzung des Menschen mit „Möglichkeitsräumen“ entwickeln und schreibt Kontroll- und Entscheidungsspielräumen eine wichtige Funktion in ihrer Entwicklung zu. Er betont, dass Gesundheitsförderung gleichzeitig auf der Ebene der Handlungskompetenzen und der Handlungsräume agieren muss.

Mit Bezug auf Becker und Minsel (1986) konkretisiert er dies für Arbeitsbedingungen:

„Danach wären gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen solche, die

- 1. ein günstiges Verhältnis von Zuständen der positiven und negativen emotionalen Befindlichkeit herbeiführen,*
- 2. die Voraussetzungen für optimale Aktiviertheit schaffen,*
- 3. Gelegenheit zu Expansivität und Selbstverwirklichung bieten,*
- 4. die Entfaltung von Kompetenzen und produktives Verhalten ermöglichen,*
- 5. die eigene Tätigkeit sinnvoll erscheinen lassen und zum persönlichen Engagement motivieren,*

6. *Autonomietendenzen und internale Kontrollüberzeugungen fördern und*
7. *ein hohes Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit begünstigen.“ (ebenda, S. 455)*

Die bei Badura und bei Udris ebenso wie bei Antonovsky auftauchende Kategorie des Sinnerlebens stellt Sievers (1993, S.39) in einen größeren Zusammenhang: „*Sinn ist keine monadische Kategorie, die sich auf das einzelne Individuum bezieht; Sinn ist vielmehr nur sozial zu verstehen, als ein Begriff, der sich auf eine Mehrzahl miteinander in Beziehung stehender Menschen erstreckt - und der, so möchte ich ergänzen, (ähnlich dem Begriff der Seele oder dem des Geistes) auf ein Größeres, auf ein Ganzes verweist.*“ Parallelen scheint es darüber hinaus zu dem Konzept Mindfulness (Achtsamkeit, Sorge) von Langner (1989) zu geben, das im deutschsprachigen Raum aber bislang kaum rezitiert wird.

Bei Schröder/Schröder (1990, S.91) findet sich eine tabellarische Übersicht über sanogenetische Komponenten/Konzepte:

1. *„Sinnfindung (u. a. Leontjew 1979, Franke 1979, Becker 1982, Willi 1985, Jantzen 1987)*
2. *Bindungen, Integration (u.a. Mjasischtschew 1960, Kraus 1982, Krebs 1982, Ornstein und Sobel 1987)*
3. *Aktivität und Leistungsmotivation (u.a. Renker und Karsdorf 1983, Teegen 1983, Richter und Schmidt 1988)*
4. *Bewältigungskompetenz (u.a. Vorweg und Schröder 1980, Braukmann und Filipp 1984, Gleiss 1980, Becker 1984 und 1985)*
5. *Kontrollüberzeugungen / Kontrollverhalten (u.a. Kobasa 1982, Schröder 1981, Vorweg 1982, Krampen 1982, Filipp und Klauer 1987, Becker und Minsel 1986)*
6. *Emotionale Stabilität (u.a. Heim 1980, Eyseneck 1979, Kunzendorff und Stübbe 1984)*
7. *Selbstakzeptierung (u.a. Schröder 1980, Petermann 1983, Denke, Ahrens et al 1987)“*

Diese Konzepte behandeln überwiegend nur Teilaspekte des Ansatzes von Antonovsky und stellen deshalb nicht so umfassende und integrierende Konzepte dar.

1.4.2.3. Soziale Unterstützung

Zu den psychologischen Schutzfaktoren gehört auch die soziale Unterstützung (social support), die bei einer Reihe vorwiegend von englischsprachigen aber auch deutschsprachigen Autoren (u.a. Badura, Franz 1988, Schwarzer und Leppin, Hurrelmann 1990, Udris 1990) thematisiert wird.

Bei Franz (1988, S.46) heißt es hierzu: *„Als ein besonders wirksamer Schutz gegenüber den schädigenden Auswirkungen von psychosozialen Belastungen wird soziale Unterstützung (social Support) betrachtet. Menschen mit guter sozialer Unterstützung können, obwohl sie einer Vielzahl von sozialen und anderen Stressoren ausgesetzt sind, mit „sozialen Krankheitserregern“ fertig werden und ihre psychische und physische Gesundheit schützen. (...) Allgemein ausgedrückt bedeutet dies, dass ein Individuum, das über eine ausreichende Zahl sozialer Beziehungen von entsprechender Intensität und Qualität verfügt, gegen Krankheit allgemein sowie gegen negative Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen besser geschätzt ist als ein Individuum ohne ausreichende Zahl und Qualität solcher Bindungen.“*

Unterschieden wird zwischen sozialer Integration (Einbettung in ein soziales Netz, Quantität von Sozialbeziehungen) und sozialer Unterstützung (Qualität), letztere wird noch mal in wahrgenommene (angenommene oder zur Kenntnis genommene) und tatsächliche Unterstützung unterschieden, wobei die wahrgenommene entscheidender zu sein scheint.

Franz benennt mit Bezug auf House vier Dimensionen von sozialer Unterstützung:

- Emotionale Unterstützung (Zuneigung, Liebe, Vertrauen),
- Wertschätzung (z.B. Anerkennung von Vorgesetzten usw.),
- Informationen (zur Bewältigung konkreter Probleme und Belastungen),
- Instrumentelle Unterstützung (Geld, Dienstleistungen, andere Güter).

Das Glossar (Conrad/Schmidt, 1990, S.62) definiert soziale Unterstützung als *„Anzahl und Formen zwischenmenschlicher Beziehungs- und Gruppenstrukturen (z.B. Familien, Nachbarschaften, Freunde, Vereine und andere soziale Institutionen staatlicher und freier Träger), die dem Einzelnen den Zugang zu und die Mobilisierung von sozialer Unterstützung nicht nur bei Bewältigung von Krankheit sondern auch zur Förderung seiner Gesundheit entscheidend erleichtern helfen können....*

... Soziale Netzwerke sind eine zentrale Ressource der alltäglichen Lebensbewältigung und beeinflussen insofern direkt oder indirekt das Gesundheits- und Krankheitsverhalten des Einzelnen bzw. die Dauer von Krankheit und Rehabilitation. Eine stabile Gesellschaft etabliert in der Regel eine Vielzahl von sozialen Unterstützungsstrukturen. Arbeitslosigkeit, umfangreiche städtische Sanierungs- bzw. Umsiedlungsprogramme oder rasche technologische und wirtschaftliche Wandlungs- und Modernisierungsprozesse können etablierte soziale Unterstützungsstrukturen zumindest vorübergehend schwächen oder ganz auflösen. Unter solchen Umständen ist der Aufbau bzw. die Wiederherstellung formeller und informeller sozialer Netzwerke zur Erhaltung der Gesundheit bzw. zur Unterstützung des Einzelnen bei Krankheit von größter Bedeutung."

Soziale Unterstützung durch familiäre Strukturen und durch Eingebettetsein in die Gesellschaft vermischt sich in der Theorie. So schreibt Franz (1988, S.48): *„Soziale Unterstützung wird zum einen definiert durch Art und Umfang der Integration bzw. des Eingebettetseins in soziale Organisationen bzw. in die Gesellschaft. Dem Grad der Integration in soziale Organisationen wird bedeutende Gesundheitsrelevanz zugesprochen. (...), Neben dieser strukturellen Variante zeigt sich ein eher handlungsorientierter bzw. Interaktionsaspekt. Im Vordergrund stehen die konkreten Unterstützungsleistungen (z.B. Anzahl der Menschen, mit denen man sprechen kann, Ausmaß von Wertschätzung, die man vom Partner erhält, Zufriedenheit mit der Arbeit usw.)"*.

Hurrelmann (1990b, S.100) betont, dass Gesundheitsförderung sowohl Kompetenzförderung der Individuen als auch Netzwerkförderung beinhalten müssen. Er schreibt weiter: *„Jede Fixierung von Maßnahmen auf Individuen muss ineffektiv bleiben: Die individuellen Kapazitäten für Handeln und Problembewältigung können nur in einem sozialen Kontext beeinflusst und verändert werden, denn sie sind auch in einem solchen Kontext entstanden, nämlich in einer konkreten sozialen und ökologischen Lebenswelt, die mit zum Bestandteil der Interventionen werden muss, wenn sie auf das individuelle Verhalten zurückwirken soll."*

Franz (1988, S. 48) weist auf die Gegenseitigkeit als grundlegendes Merkmal sozialer Netzwerkstrukturen hin: *„In jüngster Zeit wird die Frage diskutiert, inwieweit Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeszusammenschlüsse effektive soziale Unterstützung gewähren können. (...) Als entscheidende Voraussetzung für das Funktionieren dieser informellen Hilfe wird die Gegenseitigkeit betrachtet. Gegenseitigkeit lässt sich nach Collins/Pancost (1981, S.80) durch folgende Dimensionen bestimmen: Akzeptanz des anderen, Spontaneität, Verfügbarkeit, die Bereitschaft, Hilfe zu geben und zu empfangen, gemeinsame Erfahrungen, Statusgleichheit. Im Gegensatz zur informellen Unterstützung schließt professionelle Hilfe Gegenseitigkeit geradezu aus. "*

Die Erklärung für die Bedeutung des Konzeptes sozialer Unterstützung bezieht sich auf einen physiologischen Vorgang. Es wird angenommen, dass die emotionale Zuwendung und das Vertrauen in die Hilfe und Wertschätzung seitens nahe stehender Personen eine entspannende und wohltuende Wirkung ausübt, und somit das Immunsystem intakt gehalten wird und die Ausschüttung von Stresshormonen unterbleibt.

Franz (1988, S.47) unterscheidet zwei Modelle: *„Zur Beschreibung der Wirkungsmechanismen zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit werden in der Hauptsache zwei Modelle diskutiert, die empirisch mehr oder weniger stark abgesichert sind:*

- *Das Stress – Puffer - Modell*
- *Die direkte Wirkung von sozialer Unterstützung*

(...) Das Stress- Puffer- Modell geht davon aus, dass in Stresssituationen soziale Unterstützung die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit abpuffern bzw. abfedern kann. Der Puffer-Effekt kann bei akuten und kurzfristigen Belastungen zur Wirkung kommen als auch bei chronischen und lang dauernden, z.B. Überforderungen, Arbeitsstress, Arbeitslosigkeit.

Soziale Unterstützung stellt einen Faktor da, der auch unabhängig vom Ausmaß der Stressbelastung eine positive Wirkung ausübt".

Udris (1990, S. 454) fasst den Stand der Theorien zusammen: *„Erklärungsmuster für die positive Wirkung von sozialer Unterstützung werden gesehen u.a. in folgenden Mechanismen:*

- *Kognitive Umbewertung belastender Aspekte der Umwelt gemäß eigenen Bedürfnislagen durch das „Wissen“ um (potenzielle) Unterstützung,*
- *Mobilisierung von Hilfeverhalten durch wahrgenommene Stressreaktionen (bei sich bzw. bei anderen),*
- *Stabilisierung des Selbstkonzeptes,*
- *aber auch eine neuroendokrine Systemberuhigung im Sinne des biosozialen Modells zur psychischen Krankheitsgenese (Röhrle, 1987, Udris 1987)".*

Sozialer Rückhalt kann sich allerdings positiv und negativ auswirken, je nachdem, wie die Unterstützung von den Empfänger/innen bewertet werden (vgl.l. Schwarzer/Leppin 1990).

Dieser Ansicht ist auch Franz (1988 S. 49) „In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass soziale Unterstützung auch negative Auswirkungen haben kann. Es kann z.B. eine Bedrohung der eigenen Identität oder des Selbstwertgefühls erfolgen. Dies wird dann der Fall sein, wenn eine Person wahrnimmt, nicht genügend eigene Kompetenz zur Bewältigung einer Situation zu haben.“

Udris verdeutlicht die Möglichkeit, soziale Unterstützung und Kompetenz zu erwerben:

„ Soziale Unterstützung wird jedoch vielfach immer noch als statische Modellvariable und als Reifikation gesehen, d.h. als ein „Etwas“, was der Person, die Hilfe braucht, „einfach“ zur Verfügung steht (Funktion als äußere Ressource). Wirkmechanismen der Unterstützung (aus weicher Quelle und in weicher Form auch immer) müssen dagegen als dynamischer Prozess gesehen werden, in dem eine Person Hilfeleistungen und darauf bezogene Kognitionen evozieren, mobilisieren, gewinnen, aufrechterhalten, annehmen, abweisen oder selbst anderen geben kann. Diese transaktionale Sichtweise verweist auf psychologische Prozesse der (aktiven) Stressbewältigung (coping) und damit auf die Notwendigkeit, soziale Unterstützung auch als innere Ressourcen zu betrachten, die eine Person entwickeln oder verlieren kann.“ (Udris, 1990, S.454)

Die Abhängigkeit dieser persönlichen Kompetenzen von sozialen Normen betont Franz (1988, S. 48f) „ Ein Mangel an sozialer Unterstützung kann zum Teil aus der fehlenden Kompetenz einer Person resultieren, Unterstützungsangebote aus der Umwelt wahrzunehmen. Die Bereitschaft und die Fähigkeit, soziale Unterstützung nachzufragen, wird zum einen bestimmt durch Persönlichkeitsfaktoren eines Individuums, z. B. Handlungskompetenz oder die Fähigkeit tragfähige Bindungen aufzubauen und zu erhalten. Zum anderen ist sie durch gesellschaftliche Normen und sozio - kulturelle Strukturen bedingt.“

Soziale Unterstützung verstanden als persönliche Kompetenz steht in engem Bezug zu dem Konzept von Antonovsky, weil soziale Unterstützung sowohl die Vorhersehbarkeit von Anforderungen als auch die Gewissheit bestärkt, genügend Ressourcen zu ihrer Bewältigung zu haben. Somit kann sich Antonovskys Ansatz als integrierendes Modell in der Beschreibung salutogener Kompetenzen erweisen.

Damit Soziale Unterstützung geleistet werden kann, sind allerdings „soziale Netzwerke“ notwendig, also soziale Beziehungsmuster, in die Menschen sich eingebunden fühlen und deren Bedeutung sowie Funktion für das psychosoziale Wohlbefinden (siehe dazu auch Keupp & Rerrich, 1982).

Gesundheitsbildung muss hier einen Beitrag bei der Findung sozialer Netzwerke leisten.

1.4.3. Ziele des Gesundheitshandelns in der Erwachsenenbildung

Venth (1990a, S. 50) begründet ausführlich die Handlungsorientierung der Gesundheitsbildung: „Gesundheitsbildung, wie sie hier entworfen und begründet wurde, geht also von Zusammenhängen aus, die erst gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erarbeitet und näher erklärt werden können und vertraut dabei auf deren kreative Fähigkeiten. Es sind solche Zusammenhänge, in die ihre Gesundheit im Alltag verflochten ist. Oft genug handelt es sich um Wechselbeziehungen, die ihnen mehr oder weniger unbewusst oder wegen ihrer Komplexität nicht mehr zugänglich sind, die aber faktisch und tagtäglich erhebliche Wirkkraft im Hinblick auf Gesundungs- und Erkrankungs-Prozesse entfalten. Derartige Einflüsse, die sich bemerkbar machen, aber nicht erschlossen werden können, führen zu Passivität und Resignation. Das sind gesundheitliche Belastungen, denen mit einer Erkenntnis durch Lernen begegnet werden kann. Werden sie nicht durchschaut, so führen sie zu Fremdbestimmungen, zur ungeprüften Übernahme fremder Normen und zur Manipulierbarkeit vor allem dann, wenn zu wenig Erfahrungen am eigenen Leibe gemacht und reflektiert werden können. Bildung für Gesundheit beinhalten hier deshalb ein Lernen mit „Kopf, Herz und Hand“, sie zielt auf die Bewusstwerdung und die Erhöhung von Handlungskompetenz im Alltag. Die Möglichkeit, im Einzelnen unverwechselbare, sinnliche Lernerfahrungen mit der eigenen Gesundheit macht und sich ihrer subjektiv bewusst zu werden zu können, wird als Voraussetzung gesehen für Sozialität und aktive gesellschaftliche Teilhabe.“

Nach der Darstellung im Konzept „Sich annehmen – abnehmen“ (Pädagogische Arbeitsstelle des DVV, 1993b, S. 16) ist es vor allem auch das Ziel der Gesundheitsbildung, „geloockerte oder gelöste Verbindungen wiederherzustellen: vom Kopf mit dem Bauch, von Körper und Seele, vom Wollen mit dem Tun, vom Essen mit dem Fühlen“.

Dieser integrative Lernprozess beinhaltet:

- Eine Verbindung von innerer und äußerer Natur „dadurch, dass der Instrumentalisierung, also der Gewalt gegen die innere Natur, der sanfte Umgang mit ihr entgegengesetzt wird, sollen die Teilnehmer auch mehr Sensibilität dafür entwickeln lernen, wie sie mit der äußeren Natur umgehen. Wer sich entfremdet von innerer oder äußerer Natur, der beherrscht sie. (...) In diesem Konzept geht es also weder um eine Innenschau, die die größeren Zusammenhänge außer acht lässt, noch darum, die Teilnehmer einmal mehr von außen unter moralischen Druck zu setzen, sich umweltverträglicher zu verhalten. Das Ziel des Konzeptes ist eine insgesamt naturverträglichere Gesundheitsbildung.“ (ebenda, S. 16)

- *eine Verbindung des subjektiven Erlebens mit gesellschaftlichen Bedingungen. So formulieren Anders /Birk (1987, ohne Seitenangabe) mit Bezug auf den Rahmenplan Gesundheitsbildung „Seinem Anspruch nach hat Gesundheitsbildung immer die propagierten Normen in Relation zu konkreten Lebensverhältnissen zu setzen, wie Arbeitslosigkeit, Umweltbedingungen und zu prüfen, ob es sich um eine Ausweitung oder Einengung von Lebenschancen handelt.“*

Siebert (1990, S.66f) formuliert als Ziel der Gesundheitsbildung:

- die natürlichen Selbstheilungskräfte des Menschen zu stärken, sich auf die eigenen psychischen und physischen Kräfte zu besinnen und Krankheiten bewältigen zu können,
- zur Wiederentdeckung verloren gegangener Fähigkeiten und Bedürfnisse beizutragen, wie z.B. einen Blick für die Naturschönheit gewinnen, Erlebensfähigkeit der Sinne entwickeln, Erhalt von Bewegungsmöglichkeiten, Gefühle äußern, Kontakte unbefangen knüpfen, Fantasie entwickeln, Fragen stellen können.

Für Gesundheitsbildung entscheidend sind demnach die Stärkung von Gesundheitskompetenzen und die Unterstützung von Gesundheitshandeln.

Es gibt zwar keinen theoretisch explizit formulierten Bezug zu Antonovsky, aber durchaus eine Parallele zu seiner salutogenetischen Fragestellung:

- die Annahme eines Kontinuums von Krankheit und Gesundheit ist auch in der Gesundheitsbildung Ausgangspunkt,
- Inhalte und Ziele der Gesundheitsbildung sind einige der bei Antonovsky formulierten Widerstandsquellen (Immunsystem, Wissen, Ich-Identität, Bewältigungsstrategien, soziale Bindungen),
- Die Handlungsorientierung könnte im Sinne des Konzeptes zum Kohärenzsinn interpretiert werden.

Ausführliche theoretische Beschreibungen des Gesundheitshandelns fehlen allerdings bisher. Die Konzepte der Gesundheitsbildungspraxis müssten dahingehend erst analysiert werden.

1.4.4. Zusammenfassende Fragestellungen zum Gesundheitshandeln

Die Förderung von Gesundheitskompetenzen, von sozialer Unterstützung und von Gesundheitshandeln sind wichtige Ansatzpunkte einer Förderung persönlicher Kompetenzen innerhalb der Gesundheitsförderung. Hier hat Bildung ihren zentralen Platz - wenn auch Kompetenzen ebenso durch Lebens- und Arbeitsbedingungen gestärkt oder geschwächt werden.

Die zentrale Frage hierbei ist: Habe ich die Möglichkeit im Alltag Erfahrungen zu machen, die z.B. den Kohärenzsinn stärken oder führen Erfahrungen in meinem Lebensalltag dazu, dass ich das Vertrauen in die Vorhersagbarkeit und Beeinflussbarkeit verliere?

Bildung kann auch dazu dienen, den entmutigenden lebensgeschichtlichen Erfahrungen ermutigende Erfahrungen entgegenzusetzen. Konzepte aus der Frauenbewegung, wie etwa Selbstverteidigung für Frauen, sind hier ein Beispiel, wie es möglich ist, Veränderungen nicht auf den Tag X zu verschieben, an dem Lebensbedingungen so organisiert sind, dass Frauen keine Gewalt mehr zu befürchten brauchen, sondern sofort durch Stärkung persönlicher Kompetenzen ein Mehr an Gesundheit zu erreichen.

Ferner ist von Bedeutung, welchen Nutzen eine Person aus einem sozialen Netzwerk ziehen kann. Vor allem die Ressourcenorientierung ist es, die hiermit in Verbindung gezogen wird. Zu nennen sind: Vermittlung und Aufrechterhaltung einer sozialen Identität, Vermittlung von Informationen und Herstellung neuer sozialer Kontakte, also auch jene Form der „emotionalen Unterstützung“ die gerade für einen übergeordneten Begriff der Gesundheitsbildung wichtig wäre. Mehr noch ist nicht gerade die Volkshochschule prädestiniert bei dem Aufbau und der zur Verfügungsstellung von sozialen Netzwerken. Über die Herstellung von Netzwerken wird an anderer Stelle noch zu reden sein.

Zum anderen ist zu fragen, besteht eine Möglichkeit die fünf Handlungsebenen der Ottawacharta ineinander zu integrieren? Kann Antonovskys Konzept dazu dienen, die geforderte aber nur bruchstückhaft verwirklichte Integration der Dimensionen von Gesundheit auch konzeptionell umzusetzen? Ist damit der Ansatz gegeben, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen ausgehend von handelnden Menschen zu beschreiben? Kann dies die gesuchte Verbindung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung darstellen?

Für eine Gesundheitsbildung, die sich an diesen Faktoren orientiert, lässt sich der Unterschied zur Verhaltensänderung klar formulieren. Sie fördert Gesundheit und orientiert sich nicht an der Vermeidung von Krankheit und Risikoverhalten. Damit ist ein Ansatz gegeben, der es ermöglicht, auf individueller Ebene gesundheitsfördernd zu arbeiten. Eine wissenschaftliche Theorie zur Förderung von Gesundheitshandeln gibt es hingegen noch nicht.

Sie wäre in einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Pädagogik, Soziologie und Psychologie noch zu entwickeln. Gesundheitsbildung könnte hier ein zentrales Forschungsfeld sein. Anhand des Lehrgangs „Zusatzqualifikation Gesundheitsbildner“ könnte der Frage nachgegangen werden, wie und mit welchen Mitteln Förderung von Gesundheitskompetenzen oder Förderung von sozialer Unterstützung in der Praxis der Erwachsenenbildung erfolgt. Es ließe sich fragen, welche Schritte notwendig wären, um Forschung zum Gesundheitshandeln zu etablieren und integrierende Theorien zu entwickeln. Probeskizzen solcher Theorien könnten entworfen werden.

Weiterhin könnte die Frage nach den entscheidenden Zielen der Gesundheitsbildung auf der Basis der Forschungsergebnisse zu den Gesundheitskompetenzen nachgegangen werden. Welche genauen Ziele sind in der Gesundheitsbildung zu verfolgen? Was bedeutet dies für die Entwicklung und Planung neuer Angebote? Sind alle Gesundheitskompetenzen schon beschrieben oder ließen sich weitere vermuten? Welchen Beitrag kann Erfahrungswissen hierfür bieten?

Die Forschung zu den Gesundheitskompetenzen ließe sich als eine wissenschaftliche Basis zur Qualitätssicherung der Angebote der Gesundheitsförderung diskutieren. Ist es damit möglich, einerseits den Forderungen nach wissenschaftlicher Nachweisbarkeit der Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Krankenkassen zu entsprechen, ohne andererseits in die Mechanismen und Denktraditionen der Krankheitsprävention zurückzufallen? Welche Hindernisse, haben bisher dazu geführt, dass die Konsequenzen der Beschreibungen von Antonovsky u.a. offiziell so wenig Raum eingenommen haben?

Kann die Theorie zum Gesundheitshandeln und den Gesundheitskompetenzen eine Basis für einen neuen Zugang der Erwachsenenbildung und der sozialen Bewegungen zur Wissenschaft sein?

1.5. Das Verhältnis von Laien und Experten

Die Frage nach dem Verhältnis von Laien und Experten zieht sich ausgesprochen und unausgesprochen durch viele Konzepte, Praxisbeschreibungen und programmatische Ansätze hindurch. Konzepte lassen sich danach einteilen, ob sie Selbstbestimmung von Betroffenen einfordern und zum Ausgangspunkt machen, oder an die unverzichtbare Entscheidungsmacht von Experten glauben. Die Entscheidungsmacht der Experten wird einsichtiger und notwendiger bei einem krankheitsorientierten Blick auf Gesundheit, die Kompetenz der Betroffenen wird bei gesundheitsorientierten Ansätzen unverzichtbar.

Als Beispiel für die Begründung des Status von Betroffenen sei Kleiber zitiert: *„Heilung setzt aktives Handeln der Betroffenen, die Unterstützung ihrer Bewältigungsressourcen, die Herstellung von Bedingungen zur Förderung von Gesundheit (Gelegenheiten für Gesundheit schaffen; make the healthy way the ease chose heißt es bei der Weltgesundheitsorganisation WHO) voraus. Handeln statt Be-Handeln ist die Devise! (...) Gesundheitsförderung und -forschung werden somit zur gemeinsamen gesellschaftlichen und politischen Aufgabe und ist nicht länger allein ein Problem von/für Experten.“* (Kleiber, 1992, S.225)

Das Festhalten an der Bedeutung von Experten wird als Machtfrage auch z.B. in Formen der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich, wenn die Herstellung und Verbesserung von Gesundheit als Leistungsfähigkeit auch in das Privatleben von Arbeitnehmer/innen einzugreifen versucht. Dies wird auch in der Wahl der Methoden - grob vereinfacht verhaltenstherapeutische Konzepte versus moderierende Techniken - plastisch.

1.5.1. Bürgerbeteiligung

Partizipation oder Bürgerbeteiligung werden in der Diskussion um Gesundheitsförderung vielerorts gefordert, aber nicht überall verwirklicht. Die Verwirklichung kann unterschiedliche Formen annehmen.

„Zu den elementaren Bestandteilen der Gesundheitsförderung gehört auch das Prinzip der Bürgerbeteiligung (in der WHO-Programmatik community participation, citizen involvement oder ähnlich genannt). Dieses Prinzip nimmt wesentliche Komponenten der Definition von Gesundheitsförderung auf, nämlich, dass „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht“ werden soll und dass „sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Umwelt meistens bzw. sie verändern können sollen.“ (Trojan, 1993, S. 59 f)

Trojan beschreibt zwölf Stufen:

„Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass Bürgerbeteiligung ein schillernder und vielfach sogar missbrauchter Begriff ist. Im Anschluss an Arnstein (1969) (Arnstein, S.(1969): Eight rungs on a ladder of citizien participation. AIP Journal S.216-224) habe ich versucht, die verschiedenen vorfindlichen Formen der Bürgerbeteiligung in zwölf Stufen zusammenzufassen:

1. *Institutionalisierte Entscheidungsmacht*
2. *Institutionalisierte Kontrollmacht*
3. *Delegierte Durchführungsmacht*
4. *Partnerschaftliche Kooperation*
5. *Gemeinsame Verhandlungen*
6. *Einrichtungen von Beschwerdeinstanzen und (Konsumenten-) Schutzverbänden*
7. *Anhörungen, Beiräte*
8. *Information*
9. *Erziehung, Behandlung*
10. *Beschwichtigung*
11. *Manipulation*
12. *Desinformation*

Von der ersten bis zur zwölften Stufe nimmt die Beeinflussung des Bürgers durch die „Macht-Habenden“ zu; umgekehrt: von der zwölften bis zur ersten Stufe steigen die Einflußchancen für Bürger auf die „Macht-Habenden“. (...) „Bürgerbeteiligung im anspruchsvollen Sinne der ersten vier Stufen bedeutet eine Umverteilung der Macht, von denen, die zu viel haben, zugunsten deren, die zu wenig davon haben. Dies ist Empowerment im originären Sinn des Wortes.“ (Trojan, 1993, S.60)

Dies deckt sich in wichtigen Punkten mit dem unten beschriebenen Ansatz des Empowerment von Rappaport, wenn er schreibt: *„Statt einer Bestimmung von Sozialpolitik von oben nach unten, brauchen wir eine Bewegung von unten nach oben, die von der Basis ausgeht und von dort den offiziellen Stellen mitteilt, welche sozialpolitischen Maßnahmen und Programme notwendig sind“* (Rappaport, 1985, S.271)

Macht versteht Rappaport als Verfügbarkeit über soziale Macht und materielle Ressourcen. Macht bedeutet seiner Ansicht nach *„nicht gleich Recht, sondern erhöht lediglich die Wahrscheinlichkeit, dass vorgeschlagene Lösungen sich auch durchsetzen.“* (Rappaport, 1985, S.271)

Bürgerbeteiligung ist allerdings nicht nur eine Frage formaler Organisation, sondern auch der gesundheitsförderlichen Herangehensweise. Bürgerbeteiligung in strukturellen Entscheidungen und Empowermentprozesse gehören eng zusammen.

„Ich meine, dass sich in dem Begriff Empowerment derselbe politische Sinn wiederfindet, der häufig mit dem Begriff der „Bürgerbeteiligung“ plakativ zu benennen versucht wird. Empowerment bedeutet für mich auch, Aktivitäten der selbst organisierten Bürgerbeteiligung („von unten“) anzustoßen und zu stärken sowie formelle Mitsprache und Mitbestimmungsmöglichkeiten in den Machtstrukturen für benachteiligte gesellschaftliche Gruppen zu schaffen.“ (Trojan, 1993, S.59)

Wenzel (1990, S.25f) kritisiert an den Begriffen Bürgerbeteiligung und Partizipation, dass Partizipation nur vage definiert ist, in dem Sinne, *„dass die betroffene Bevölkerung an allen sie tangierenden Entscheidungen zu beteiligen sei. Die Form dieser Beteiligung oder gar ihre Funktionen innerhalb gesellschaftlicher Systeme oder gar bestehender kommunaler politischer und administrativer Strukturen werden nicht erläutert.“*

Wenzel unterscheidet zwischen kollektiver Teilhabe und kollektiver Teilnahme als unterschiedliche politische Bedeutungen des Begriffs Partizipation, wenn er schreibt: *„Nach dieser Auffassung, stellt die Partizipation der Bevölkerung nur die kollektive Variante einer individuumorientierten Psychologie dar. Partizipation meint dann nichts anderes als die kollektive Teilnahme (nicht: Teilhabe) an Maßnahmen gemeindeorientierter Gesundheitsförderung.“* (ebenda, S.26) Wenzel benennt Herz-Kreislauf-Präventionsstudien als Beispiel.

Belschner (1993 146) weist darauf hin, dass bereits der Begriff der „Bürgerbeteiligung“ an Gesundheitsförderung die Begrenzung des damit verbunden Teilhabeanspruchs beinhaltet: *„Die Metapher „Beteiligung“ signalisiert für mich auch: Ich bin auch mit einem Teil zufrieden, ich bescheide mich mit meinem Anteil. Da bleibt die Frage offen: Wer verfügt über das Ganze?“*

1.5.2. Empowerment

1.5.2.1. Verständnis von Empowerment

Das Konzept des „Empowerment“, in das Deutsche häufig übersetzt als Ermächtigung, Befähigung, wurde im Kontext der Gemeindepsychologie von Rappaport entwickelt. Es verbindet sich eng mit dem Gedanken der Selbstbestimmung über Gesundheit in dem Konzept der Gesundheitsförderung, denn „unter empowerment verstehe ich, dass es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen.“ (Rappaport, 1985, S.269). Grundlegend ist der Blick auf Kompetenzen und Potenziale statt auf Defizite.

„Empowerment“ geht davon aus, dass viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des „empowerment“ unterstellt, dass das, was als Defizite wahrgenommen wird, das Ergebnis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können. Müssen neue Fähigkeiten und Kompetenzen gelernt werden, so sind sie am besten in der natürlichen Welt, statt in künstlichen Programmen zu lernen, in denen jeder Beteiligte weiß, dass in Wirklichkeit der Experte die Zügel in der Hand hält.“ (Rappaport, 1985, S.270f)

Im deutschsprachigen Raum sind es vor allem Stark (1991, 1993), Stark/Bobzien (1988), Bobzien/Stark (1991), Bobzien (1993), Trojan (1993), Franzkowiak/Wenzel (1985), Lobnig (Schwerpunkt Psychiatrie, 1993) und Sonntag (1993), die sich mit dem Konzept des Empowerment als grundlegende Denk- und Arbeitsweise innerhalb der Gesundheitsförderung auseinandersetzen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Autor/innen, die Empowerment als Ansatz innerhalb der psychosozialen Arbeit thematisieren.

Nach Stark (1993, S.41) meint Empowerment *„alle Möglichkeiten und Hilfen, die es Menschen ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und sie bei der Beschaffung von Ressourcen zu unterstützen.“* Prozesse des Empowerment sind Prozesse von einzelnen Menschen oder Zusammenschlüsse von Menschen, denen es gelungen ist, ihre eigenen Fähigkeiten, Stärken, Gesundheitspotenziale, Ressourcen zu erkennen und diese in Handlungen umzusetzen, die ihr Wohlbefinden im umfassenden Sinn von körperlicher, sozialer, seelischer, ökologischer und spiritueller Gesundheit verbessern. (Vgl. auch Bobzien/Stark, 1991, ohne Seitenangabe)

Bobzien und Stark ist es wichtig zu verdeutlichen, dass Empowermentprozesse nicht auf nur individueller Ebene stattfinden müssen, sondern auch auf struktureller und beide Ansatzpunkte eng zusammenhängen und sich wechselseitig beeinflussen.

„Im Gegensatz zu traditioneller Beratung oder Therapie, in denen es um die Veränderung von Verhalten, Denkprozessen oder Emotionen bei Individuen geht, heißt das Anstoßen von Empowermentprozessen das Arbeiten mit Menschen in gesellschaftlichen und sozialen Kontexten ebenso wie das Arbeiten an diesen Kontexten. Gleichzeitig bedeutet diese Aufgabe, nicht Problemlösungen auf den verschiedenen Ebenen zu suchen, sondern Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen, zwischen Menschen und Menschen und zwischen Menschen und Strukturen herzustellen.“ (Bobizien /Stark, 1991, ohne Seitenangabe)

Um Empowerment bei Menschen zu erreichen, ist es demnach wichtig, dass nicht nur die handelnden Personen dies wollen, sondern Organisation und Struktur dies auch zulassen. Institutionen müssten so beschaffen sein, dass Empowermentprozesse nicht nur bei den Nutzer/innen der Institution sondern auch bei den dort Tätigen befördert wird.

„Empowerment beschreibt als Prozess im Alltag eine Entwicklung für Individuen, Gruppen, Organisationen oder Strukturen, durch die die eigenen Stärken entdeckt und die soziale Lebenswelt nach den eigenen Zielen (mit) gestaltet werden können.“ (Stark, 1993, S.41)

Empowerment lässt sich allerdings nur begrenzt herstellen, nach Rappaport ereignen sich Empowermentprozesse und mit etwas Glück lassen sie sich beobachten. Es lassen sich hindernde oder fördernde Bedingungen beschreiben, aber keine Formen, Empowerment gezielt zu verursachen.

Stark weist darauf hin, dass die Entwicklung vieler (neuer und alter) sozialer Bewegungen den empirischen Hintergrund für diese Prozesse abgibt. (ebenda, S.41). Dies deckt sich mit der Einschätzung von Kickbusch, dass Gesundheitsförderung viel von der Frauenbewegung gelernt habe. (1993, unveröffentlichtes Manuskript). Empowerment ist damit weniger eine Methode als die konzeptionelle Beschreibung von Vorgängen, die sich ereignen.

Trojan (1993, S.59) versucht das Konzept zu konkretisieren, in dem er es in vier Fragen umsetzt, die sich zur Hälfte auf einzelne Personen und zur anderen Hälfte auf Gruppen beziehen:

- *„Stärkung des Selbstwertgefühls von betroffenen Menschen,*
- *Förderung der Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit Einzelner,*
- *Förderung des Zusammenschlusses von Personen zur besseren Durchsetzung von gemeinsamen Interessen sowie*
- *Aktivierung der Bürger zu mehr Mitwirkung in Politik und Gesellschaft.“*

Seiner Einschätzung nach werden mit dem Konzept mindestens drei Ebenen angesprochen:

- *„Ziele, Normen und Werte (z.B. Selbstbestimmung, Gegenmacht zu professionellen Experten)*
- *Methoden, Techniken und Verfahren (z. B. der Gemeinwesenarbeit, der Bürgerbeteiligung)*
- *Eine Grundhaltung in der therapeutischen, beratenden oder politischen Arbeit (vor allem katalytisch arbeiten, andere nicht von eigenen Fähigkeiten abhängig machen und letztlich sich am liebsten so schnell wie möglich überflüssig zu machen).“ (Trojan, 1993, S. 60)*

Lobnig (1993, S. 61) verdeutlicht, dass Empowermentprozesse ein Eingreifen auf zwei parallelen Ebenen voraussetzen, der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und der Gestaltung von Strukturen, die den einzelnen Ressourcen zur Verfügung steht. *„Ferner impliziert das Modell (Empowerment, H.G.), dass mangelnde persönliche Kompetenzen restriktiven sozialen Strukturen, insbesondere einem Fehlen an Ressourcen geschuldet sind und sich dadurch vorhandene Fähigkeiten nicht oder kaum entwickeln können. Empowermentprozesse haben eine individuelle und eine gesellschaftliche Seite: das subjektive Erleben von Kontrolle über das eigene Schicksal und die reale Mitbestimmung und Einflussnahme in gesellschaftliche Belange.“*

Die umfassende Veränderung, die die Verwirklichung des Empowerment-Ansatzes bedeutet, beschreibt auch Gratz (1993, S.65): *„ Empowerment als Arbeitsmethode einzuführen, bedeutet im Regelfall eine merkliche Veränderung der Identität der jeweiligen Arbeitsorganisation (wenn sich die Sinnggebung und die Beziehung zu den „Klienten“ und auch den anderen Umwelten ändern, wird auch die Binnenstruktur des jeweiligen Ortes sozialer Arbeit nicht gleich bleiben können). “*

Franzkowiak/Wenzel (1985, S.249) verweisen auf die mögliche politische Dynamik dieses Ansatzes. *„Empowerment“ als Wiedergewinnung bzw. Anerkennung der Betroffenen- Kompetenz, als Versuch, die Menschen bei der Bestimmung und Durchsetzung eigener Motive und Interessen zu unterstützen, löst unvermeidlich Konflikte mit noch dominierenden Macht- und Einflussträgern im Gesundheits- und Gemeindebereich aus.“*

Lobnig (1993, S.61) meint dagegen, dass das Empowermentkonzept nicht wegen seiner inhaltlichen und strategischen Unvereinbarkeit mit den Interventionsinstrumentarien der Gesundheitsberufe kaum Eingang in die versorgungspolitische Diskussion gefunden hat, sondern wegen der mangelnden Übertragbarkeit amerikanischer Reformbegriffe auf westeuropäische Verhältnisse.

1.5.2.2. Empowerment - Definitionsmacht durch Betroffene

Trojan vertritt die Ansicht, dass Gesundheitsförderung in ihrer engen Definition im Sinne der Ottawa - Charta mit Empowerment gleichzusetzen ist. (Siehe weiter oben)

Franzkowiak/Wenzel (1985, S.240) teilen diese Ansicht ebenfalls:

„Gesundheitsförderung ist dabei als Strategie zur umfassenden Veränderung sowohl soziostruktureller als auch subjektiver Momente zu verstehen. In ihrer praktischen Umsetzung erfüllt sie die Kennzeichen des „Empowerment“ von Beteiligten, ihre eigenen Motive und Interessen individuell wie kollektiv zu bestimmen und durchzusetzen“.

Rappaport (1985, S.272) sieht darin den wesentlichen Unterschied zu Prävention. *„Prävention braucht soziale Experten, „empowerment“ Mitstreiter sozialer Veränderung.“* Die Identität von Gesundheitsförderung und Empowerment ist insofern nicht verwunderlich, als es sich bei all den Programmen und politischen Maßnahmen um Empowermentkonzepte handelt, *„die es den Leuten möglich machen, die Ressourcen, die ihr Leben betreffen, zu erhalten und zu kontrollieren“* (ebenda, S.272)

Stark (1991, S.216) sieht den Unterschied zwischen gesundheitsförderndem Empowerment und präventivem Vorgehen konkret darin, bei wem die Definitionsmacht liegt.

„Die Kritik an diesen klassischen präventiven Ansätzen bezieht sich nicht nur darauf, dass hier auf der Basis individueller Verhaltensänderungen der einzelnen Person die Verantwortung für ihre seelische und körperliche Gesundheit zugeschoben und damit unhinterfragt normative Kategorien von Krankheit und Gesundheit gesetzt und eingeklagt werden (Wambach 1983).

Sie entpuppt sich bei näherem Hinsehen als eine Kritik, die weniger an konkreten Vorgehensweisen der Professionellen als an den dahinter liegenden Werthaltungen professionellen Handelns ansetzt. Diese Werthaltungen haben eine Gemeinsamkeit, die nicht unwesentlich unsere Identität als Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte - kurz: als im Sozial- oder Gesundheitsbereich arbeitende Professionelle - ausmacht. Im Wesentlichen hat sie ihren Ursprung in traditionellen Werthaltungen der so genannten „helfenden Berufe“. Diese sind gekennzeichnet durch eine sowohl personenzentrierte als auch expertenorientierte Sicht von psychosozialen Problemen und reproduzieren so das vorherrschende medizinische Modell in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Für praktisch alle Bereiche gibt es heute Experten, die für die Lösung von Problemen in immer differenzierterer Weise zuständig sind.- Erziehungsberater, Logopäden, Sozialarbeiter, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten ...

...Sie sind notwendig geworden in einer individualisierten Gesellschaft, in der immer mehr Menschen sich nicht auf ihre eigenen Kräfte verlassen können, in der die Gleichzeitigkeit zunehmender Komplexität und der sozialen Norm, dass Individuen ihre Angelegenheiten ohne fremde Hilfe regeln können, zu einem beinahe unauflösbaren Widerspruch geworden ist. Die Experten bestimmen daher weitgehend die Art und Weise, wie in unserer Gesellschaft mit psychosozialen Problemlagen und dem Bedarf nach Hilfe umgegangen wird und konstituieren so das „Risiko der Hilfsbedürftigkeit“.

Diesem Risiko der Hilfsbedürftigkeit setzt Rappaport (1985, S.257f) Empowerment als ein sozialpolitisches Konzept entgegen, das Individuen als vollständige menschliche Wesen betrachtet, *„eine Sensibilität für Handlungsnotwendigkeiten und Widersprüchlichkeiten schafft und divergente und dialektische statt konvergente Lösungen erwarten lässt“.*

„Mit dem Konzept „empowerment“ können wir nicht länger Menschen einfach als „Kinder in Not“ oder als „Bürger mit Rechten“ sehen, sondern vielmehr als vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben. Wir müssen uns mit dem Widerspruch auseinandersetzen, dass selbst Menschen mit wenigen Fähigkeiten oder in extremen Krisensituationen, genauso wie jeder von uns, eher mehr als weniger Kontrolle über ihr eigenes Leben brauchen. Das heißt nicht notwendigerweise, dass wir deren Bedürfnisse nach Hilfe vernachlässigen, wenn wir für mehr Selbstbestimmung votieren. „Empowerment“ ist eine Denkweise, die mehr Klarheit über die divergente Natur sozialer Probleme bringt.“ (ebenda, S.269).

Gerade letztere Aussage von Rappaport verdeutlicht die Notwendigkeit von Empowermentprozessen in der Gesundheitsförderung nicht nur gegenüber Gesunden, sondern auch gegenüber Patient/innen und Klient/innen in Situationen von Hilfsbedürftigkeit.

Empowerment verlangt aber auch die Fähigkeit unterschiedliche Lösungen auszuhalten, die der Unterschiedlichkeit der betroffenen Menschen entsprechen.

„Wenn ein Problem von Natur aus divergent ist, muss es viele Lösungen haben. Dies erfordert verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Erfahrungen, die die Lösungen ausarbeiten. „Empowerment“ ermöglicht eine Vielfalt regionaler statt zentralisierter Lösungsmöglichkeiten, die ihrerseits Lösungen fördern, die die verschiedenen Gegebenheiten in verschiedenen Orten, Kontexten und Nachbarschaften berücksichtigen. Das Augenmerk verschiebt sich von einer einseitigen Betrachtung von Kompetenzen und Normen zur Anerkennung der Tatsache, dass soziale Probleme ebenso viele Antworten wie Definitionen haben können“. (Rappaport, 1985, S.271)

Die Dezentralisierung der Lösungen, die Unterstützung vieler lokaler Gruppen statt der Unterstützung zentralisierter Einrichtungen, die dazu neigen Ressourcen zu kontrollieren und Leben von Menschen zu standardisieren; die Berücksichtigung von vielen verschiedenen Lebenslagen und Lebenswelten; die Berücksichtigung der Alltagsprobleme sind demnach zentrale Forderungen des Empowermentansatzes, die nur verwirklicht werden können, wenn die Betroffenen selbst als Experten ihrer Bewältigungsstrategien und Lösungen befragt werden. *„Auf der anderen Seite müssen wir Wege finden, das, was wir aus unterschiedlichen Kontexten und Lösungen lernen, bekannt zu machen.“* (ebenda, S.270)

Die aktive Gestaltung der sozialen Mitwelt und die Einmischung in sozialpolitische Zielsetzungen sehen Stark (1993, S.41) als wichtiges Lernfeld: „Empowermentprozesse setzen Veränderungspotenziale auf der emotionalen, kognitiven und interaktiven Ebene frei. Wichtiges Lernfeld und zentraler Bestandteil dieser Veränderungen sind die aktive Gestaltung und Beeinflussung der unmittelbaren sozialen Umwelt und die Einmischung in sozialpolitische Zielsetzungen. Das Wachstum persönlicher und kollektiver Kompetenzen, emotionaler und kognitiver Komponenten des Selbstbewusstseins durch soziale Aktion stellt das Besondere von Empowermentprozessen dar.“

1.5.2.3. Verbindung zum Kohärenzsinn

Das Empowermentkonzept innerhalb der Diskussion um Gesundheitsförderung steht in einem engen Zusammenhang mit der salutogenetischen Fragestellung von Antonovsky, weil beide Konzepte systematisch nach Kompetenzen und Fähigkeiten statt nach Defiziten und Fehlverhalten fragen. Daraus ergeben sich Parallelen zur Frage nach Schutzfaktoren und nach dem Kohärenzsinn.

So heißt es bei Trojan (1993, S.59): *„Die unmittelbare gesundheitliche Bedeutung von Empowerment resultiert aus folgendem: Das Gefühl, ohnmächtig den Ergebnissen der Entscheidung anderer ausgesetzt zu sein, sich nicht wehren zu können und seine Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht verändern zu können (im Sinne der WHO- Definition von Gesundheitsförderung), erzeugt Resignation, „erlernte Hilflosigkeit“ und ist ein wichtiger Faktor in der Entstehung von Krankheiten, insbesondere psychosozialer und psychosomatischer Natur. Die Stärkung von Selbsthilfe- und Handlungsfähigkeiten, die soziale Aktivierung und die Vermittlung der Erfahrungen, „denen da oben“ vielleicht doch nicht total ausgeliefert zu sein, hat daher eine ganz entscheidende Gesundheitsbedeutung, jedenfalls für die weit verstandene Gesundheit im Sinne des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.“*

Bobzien und Stark (1991, ohne Seitenangabe) konkretisieren: *„Zielsetzung dieses Konzeptes (gemeint ist Empowerment, H.G.) ist die (Wieder)gewinnung von Kontrolle und Kontrollbewusstsein und die Ermöglichung der Gestaltung der eigenen Lebensumstände. Denn dies betrachten verschiedene Studien als eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung psychosozialer Gesundheit (vgl. Stark 1989).*

In diesem Sinne beschreibt Empowerment das Verständnis von individuellen und gemeinschaftlichen Prozessen hin zu einer gesellschaftlichen Konflikt- und Gestaltungsfähigkeit, gleichzeitig jedoch auch den Aufbau von strukturellen Rahmenbedingungen, die diese Entwicklungen ermöglichen und fördern. Damit konstituiert sich eine professionelle Haltung, die als Grundlage für die Förderung von Selbstorganisation in sozialen Kontexten (Gruppen, Stadtteil, Kommunen) verstanden wird.“

Berührungspunkte zum Kohärenzsinn sind damit angedeutet, wenn auch nicht ausdifferenziert. Am deutlichsten wird die Verbindung in der Rezeption der Untersuchungen von Kieffer zu den Auswirkungen von Empowermentprozessen durch Bobzien und Stark:

1. *„Es entwickelt sich ein positives und aktives Gefühl des „in-der-Welt-Seins“.*
2. *Es entwickeln sich Fähigkeiten, Strategien und Ressourcen, um aktiv und gezielt individuelle und gemeinschaftliche Ziele zu erreichen.*
3. *Es wird Wissen und Können erworben, die zu einem kritischen Verständnis der sozialen und politischen Verhältnisse und der eigenen sozialen Umwelt führen. “ (ebenda).*

Stark und Bobzien (1988 und 1991) rezitieren ebenfalls die vier Phasen dieses Prozesses, die Kieffer beschrieben hat:

- Der Einstieg in den Prozess ist gekennzeichnet durch den Bruch oder die Bedrohung einer als zentral erlebten Alltagsidentität. *„Auf der individuellen Ebene gibt es viele Beispiele von Personen, die aus einer Situation der Machtlosigkeit, Resignation und Demoralisierung heraus beginnen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Erfahrungen psychologischen Empowerments sind Geschichten der Stärke in einer Situation des Mangels“ (Stark, 1993, S.41).*
- Es folgt eine Phase der Förderung des begonnenen Empowermentprozesses, in der Formen der gegenseitigen Unterstützung für den Fortgang bestimmend sind.
- Ist dies gelungen, erfolgt die Integration der Erfahrungen in den Alltag.
- Dieser Phase kann dann ein Stadium der überzeugten Verpflichtung folgen, in der die gewonnenen Erfahrungen an andere weitergegeben werden.

Die Rolle einer unterstützenden Person, eines Mentors oder einer Mentorin, der/die die Stärken fördert und bei Rückschlägen zur Seite steht, scheint für diesen Prozess besonders wichtig zu sein.

Hierbei sind partizipative Entscheidungsstrukturen in Organisationen und Gruppen *„offensichtlich der Schlüssel zur Entwicklung von Selbstbewusstsein, der Wahrnehmung und Nutzung eigener Stärken - das, was mit psychologischem Empowerment bezeichnet werden kann.“* (Stark, 1993, S.42)

Stark rezitiert das Ergebnis der Analyse der Managementstrukturen verschiedener Bürgerinitiativen und Selbsthilfeorganisationen von Prestby/Wandersman. Sie formulieren einige Parameter von „empowering organizations“ wie:

- die Möglichkeit, neue Fähigkeiten durch die Mitarbeit in der Organisation auszubilden,
- die Pflege sozialer Bindungen innerhalb der Organisation,
- eine soziale Struktur, die zur Weitergabe eigener Kompetenzen an andere stimuliert,
- strukturelle Merkmale gemeinsamer Entscheidungsfindung,
- die Durchführung gemeinschaftlicher Projekte und Aktivitäten,
- eine offene Leistungsstruktur.

„Organisationen, die Empowermentprozesse ihrer Mitglieder fördern, sind gelungene Beispiele eines „person-environment-fit“ - des passenden Zusammenspiels zwischen den Motiven der Einzelnen und den Zielen der Organisation.“ (Stark, 1993, S.42)

Hieraus ergeben sich Parallelen zum Konzept der Organisationsentwicklung (siehe Kap.1.9).

Wie schon beim Konzept der Gesundheitsförderung wird auch am Konzept des Empowerment die mangelnde Spezifik und damit die Gefahr beliebig zu werden, kritisiert.

„Für Wissenschaft, Politik und Praxis gilt, dass viele der populären Konzepte und Begriffe ihre Karriere dem Faktum verdanken, nicht recht definierbar zu sein. Obgleich dies häufig zu Verdruss und Verständigungsschwierigkeiten führt, hat es doch den eindeutigen Vorteil, dass jeder diese schillernden Begriffe so verwenden kann, wie er sie gerne verstehen möchte oder wie sie ihm in seine eigenen Arbeits- und Argumentationszusammenhänge passen. Zu dieser Art von Begriffen gehören auch „Gesundheitsförderung“, „empowerment“ und „Bürgerbeteiligung“. (Trojan, 1993, S.58)

Nach Trojans Auffassung erfordert es die Offenheit und Unbestimmtheit des Konzeptes auch, einige kritische Fragen zu diskutieren:

- Beinhaltet Empowerment nicht ein sehr positives oder sogar idealistisches Menschenbild, beispielsweise dass jeder Mensch zu Selbsthilfe und Durchsetzungskraft befähigt werden kann?
- Basiert das Konzept nicht auf einem illusionären Harmoniemodell von sozialem Wandel. Einige freundliche Machthabende, geben etwas von ihrer Macht ab an bisher ohnmächtige Betroffene; nach dieser Umverteilung arbeiten wir alle zusammen friedlich daran, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden in unserem Gemeinwesen für alle zu verbessern?
- Wird nicht weitgehend vernachlässigt, dass mit dem Arbeitsziel Empowerment auch Normierungsfragen verknüpft sind, da doch zunächst geklärt werden müsste, wer „Power“ für welche Bedürfnisse, Ziele und Zwecke bekommen soll?

Trojan (ebenda, S.61) kritisiert darüber hinaus die Privilegiertheit des Ansatzes: *„Als Handlungskonzept für professionelle Helfer oder Wissenschaftler kommt es (das Empowermentkonzept, H. G.) vor allem für solche Menschen in Frage, die in relativ privilegierten Positionen oder Institutionen, also solchen mit wenig fixierten Arbeitsplatzbeschreibungen und mit großen eigenmächtig zu gestattenden Handlungsspielräumen, tätig sind. Für sie kann dieses Konzept wichtig werden, weil es sie zwingt, Position zu beziehen und sich zu den „Betroffenen“ in neuer, von der traditionellen Helferrolle abweichender Weise in Beziehung zu setzen.“*

Aber auch Rappaport (1985, S.273) selbst sieht Grenzen: *„Zum gegenwärtigen Zeitpunkt beinhaltet „empowerment“ meiner Meinung nach die symbolische Botschaft, die benötigt wird, um einen neuen Sinn für Handlungsnotwendigkeiten zu entwickeln und um die Dialektik von Rechten/Bedürfnissen zu vermitteln. Sollte „empowerment“ als Denkweise dominieren, bezweifle ich nicht, dass auch dieses Konzept einseitige Lösungen hervorbringt.“*

1.5.3. Das Verhältnis von Laien und Experten in der Erwachsenenbildung

Die institutionelle Besonderheit der Erwachsenenbildung, die Unterrichtstätigkeit nicht zwangsläufig an professionelles Expertentum bindet, enthält eine besondere Chance Empowermentprozesse in der Gesundheitsbildung möglich zu machen. Auf diese besondere Funktion der Kursleiter/innen wird bei Blättner (1990, 1991) hingewiesen.

Venth (1994b, S. 7f) beschreibt, dass die Unterstützung des Selbsthilfegedankens an Volkshochschulen auf mehreren Ebenen erfolgt:

- *„Durch die Vielfalt der Angebote haben Teilnehmerinnen die Chance, den ihnen persönlich passenden Weg zu Gesundheitsangelegenheiten zu finden;*
- *durch fächerübergreifende / integrative Kurskonzepte werden körperliche, seelische und soziale Momente von Gesundheit einbezogen, d. h., es liegt ein Menschenbild zugrunde, dass der gesamten Person gerecht wird,*
- *Gesundheitsbildung setzt sich von Erziehung ab, d.h. sie erneuert nicht Definitionen zur Bestimmung von Gesundheit und Ziele für gesundheitsgerechtes Verhalten über die Köpfe / das Bewusstsein der Teilnehmenden hinweg (die selbstkritische Arbeit an diesem Anspruch hält bis heute an, z.B. gegenüber Gesundheitsaposteln, einseitigen Vertretern bestimmter Schulen);*
- *Selbsterfahrung, Eigenaktivierung und soziale Erfahrung im Gruppenkontext spielen eine herausragende Rolle;“* (ebenda, S. 8).

Ventth beschreibt weiterhin, dass durch die Kooperationsformen, die Volkshochschulen eingehen, Initiativen und Selbsthilfegruppen die Möglichkeit eines offenen Forums gegeben wird. Cize (1994), Döpke (1994) und Hübner - Seithe (1994) beschreiben die Möglichkeit von Volkshochschulen, als Kontaktstellen für Selbsthilfe zu fungieren.

Zentral ist in diesem Kontext aber vor allem das Konzept des „sozialen Lernens“ in der Gesundheitsbildung, die gemeinsam mit Partizipation und Freiwilligkeit als wesentlichste Elemente der Erwachsenenbildung beschrieben werden, denn *„in der gemeinsamen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Problemen liegt die Möglichkeit, zu neuen Lösungen zu kommen. Solche Lösungen existieren aber nicht als abrufbereite Vorstellung im Kopf der Kursleiter/in, sondern entstehen in jeder Person selbstständig, wenn sie die Erfahrungen verarbeitet, die sie in der Gruppe gemacht hat.“* (Pädagogische Arbeitsstelle des DVV, 1993b, S. 16)

Ausdrücklich heißt es hier weiter (ebenda, S. 84) *„die Teilnehmer/innen sollen lernen, sich von fremd auferlegten Expertenprogrammen zu lösen und statt dessen beginnen, selbstbestimmt zu leben“, in konzeptionell und methodisch wird dazu beschrieben (ebenda, S. 83) „dieses Konzept beruht auf der Annahme, dass im Prinzip in jedem Menschen die Kraft zur Selbstentfaltung vorhanden ist. Wenn es scheinbar an dieser Kraft mangelt, muss sie tatsächlich nur wieder- oder neu entdeckt und mobilisiert werden. Es ist außerordentlich wichtig, dass die KursleiterInnen weitestgehend auf das konventionelle Leiten verzichten. Sie müssen sensibel genug sein, nicht durch eine bestimmend - wissende Arroganz die Kräfte zu schwächen, die sich gerade zu entfalten beginnen, nur so können die TeilnehmerInnen nämlich die Elemente für sich entdecken, die sie stabilisieren und stärken: Selbstbewusstsein, soziale Kompetenz, Selbstannahme und die Fähigkeit zur Selbstbehauptung. Die KursleiterInnen selbst sollten sich ebenfalls als Persönlichkeiten begreifen, die permanent weiterlernen und den TeilnehmerInnen nur ein kleines Stück voraus sind. Das offene Kurskonzept ermöglicht einen solchen ständigen Lernprozess“.*

Wesentliche andere Aspekte der möglichen und in der Praxis wahrscheinlich stattfindenden Empowermentprozesse durch die Gesundheitsbildung sind bisher nicht beschrieben und nicht erforscht.

1.5.4. Zusammenfassende Fragestellungen

Unter dem Aspekt der Förderung von Gesundheitskompetenzen und der Selbstbestimmung über Gesundheit ist Teilhabe von Menschen an den Belangen, die sich auf ihre Gesundheit auswirken, unerlässlich. Dies bedeutet nicht weniger als eine generelle Forderung nach mehr unmittelbarer demokratischer Einflussnahme von Menschen im öffentlichen Leben. Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen müssen die Erfahrung machen können, dass sie mit ihren Anliegen Gehör finden und die Bedingungen ihres Lebens beeinflussen können. Trotz verbaler Übereinstimmung tut sich die Praxis der Gesundheitsförderung damit schwer, weil dies die Forderung nach einer generell anderen politischen Kultur, einem unmittelbareren Verständnis von Demokratie beinhaltet.

In Zeiten einer anti-sozialen Sparpolitik, wie schlechte Konjunkturlagen diese erfordern, ist es eine besondere Herausforderung, den damit verbundenen Prozessen der Demoralisierung - auch bei den Akteur/innen - entgegenzuwirken. Gesundheitsförderung wird hier unglaublich, wenn sie ihre Grenzen nicht zeigen kann. Andererseits können Notsituationen dann, wenn dies nicht von oben verordnet wird, Selbsthilfepotenziale und kreatives Engagement auch befördern. Empowermentprozesse könnten vor dem Hintergrund der unterschiedlichen historischen Situation der einzelnen Länder in Europa gestellt werden.

Verstanden als Vorbereitung und Erleichterung für Einflussnahme, ist Bildung prinzipiell ein Ort für Empowermentprozesse, sofern sie zur Teilhabe ermutigt. Teilhabe findet aber nicht nur im öffentlichpolitischen Raum statt, sondern z.B. bereits in der Gesundheitsbildung selbst oder in den kleinen alltäglichen Entscheidungen für die eigenen gesundheitlichen Belange. Teilhabe an öffentlichem Engagement festzumachen hieße m.E. eine neue normative Einschränkung.

Zu fragen wäre hier: Wie kann Gesundheitsbildung auf der persönlichen, der gemeinschaftlichen und der strukturellen Ebene zu Empowermentprozessen beitragen? An welchen Stellen findet dies in der Praxis bereits statt? Welche Anregung kann Gesundheitsbildung der Gesundheitsförderung hier geben? Welche Anregungen hat die Gesundheitsförderung für die Gesundheitsbildung? Mit welchen Mitteln wird oder könnte dies umgesetzt werden? Welche Hilfestellung könnte dabei das Konzept des Empowerment bieten? Wie könnten Formen der Kooperation mit Selbsthilfe vertieft werden? Was ist notwendig, um innerhalb der Selbsthilfe für eine Förderung von Empowerment zu sorgen?

1.6. Investition in Gesundheit

1.6.1. Kostenstruktur der Prävention

Gesundheitsförderung ist im deutschsprachigen Raum nicht zu trennen von den Diskussionen um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, um die Gesundheitsstrukturreform in Deutschland und in Österreich, um Wettbewerbs- und Marketinggesichtspunkte, über die Finanzsituation der öffentlichen Hand, über wirtschaftlicher Entwicklung insgesamt: *„Stunden Ressourcen in beliebiger Art und Menge kostenlos zur Verfügung, wäre eine ökonomische Analyse des Gesundheitswesens nicht erforderlich. Erst aus der Begrenztheit der verfügbaren Mittel, verbunden mit den vielfältigen Bedürfnissen nach mehr und besseren Gesundheitsleistungen, ergibt sich die Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns auch im Gesundheitsbereich“* (Adam/ Henke, 1993, S.347)

Aus dem Konflikt zwischen begrenzten finanziellen Ressourcen und kontinuierlich erweiterten Möglichkeiten der Medizin *„ergibt sich die Notwendigkeit, die begrenzten Mittel so einzusetzen, dass ihre höchste Gesundheitswirksamkeit erreicht wird.“* (ebenda, S.357).

Kosten-Nutzen-Analyse und Kosten -Wirksamkeitsanalyse pro gewonnenes Lebensjahr sind zwei mögliche Instrumente, diese Wirksamkeit zu messen.

Folgende Meinungen oder Aussagen stehen sich dabei einander gegenüber:

- Gesundheitsförderung ist primär ein Beitrag, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch präventive Maßnahmen zu verlangsamen. Hiermit verbunden ist in der Regel - aber nicht immer - das Paradigma der Risikoreduzierung durch geeignetes Verhalten, das unter anderem auch mit finanziellen Mitteln durchgesetzt werden soll.

Bei Kleiber (1992, S.223) ist Prävention die Antwort auf ein falsches Konzept medizinischer Versorgung, das zu überhöhten Ausgaben führt:

„Die Kostenentwicklung in der medizinischen Versorgung zwingt zur Umorientierung. Die Medizin hat trotz aller Fortschritte weder die Krankheitsraten verringern, noch die Gesundheitsausgaben senken helfen können. Im Gegenteil, die Leistungsausweitungen haben teilweise sogar kontraproduktive Effekte gehabt.“

- Präventive Ausgaben sind langfristig gesehen billiger als kurative Ausgaben, die ohne Vorsorge anfallen würden. Eine ähnliche Argumentation findet sich auch bei Autoren, die Veränderungen der Bedingungen fordern, z.B. bei Hurrelmann (1990, S.98): „ *Bildungs-, familien-, jugend-, gesundheits-, arbeits-, wirtschafts- und rechtspolitische Maßnahmen, die diese Ausgangslage (gemeint sind soziale Lebensbedingungen, H. G.) berühren, sind die effektivsten Interventionsmaßnahmen. Die „präventiven“ Ansätze sind auch kostenmäßig für jede Gesellschaft die idealen Investitionen, denn später einsetzende Behandlungs-, Heilungs-, Therapie und Kontrollkosten, die bei verfestigten Auffälligkeiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen und ihren Folgewirkungen entstehen, sind um ein vielfaches höher (Hurrelmann, Kaufmann & Lösel, 1987)*“.
- Gegenargument ist die Nichtnachweisbarkeit von möglichen Spareffekten. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Sachstandsbericht 1994 (S.192) Nutzen und Kosten von Präventionsmaßnahmen gegenüber.

Zu den Nutzen zählt er:

- Die Einsparungen durch nicht notwendige Behandlungskosten bei den Ausgabeträgern und bei den Betroffenen,
- Die Verlängerung der Zeit für Beruf, Familie, Freizeit,
- Die Steigerung der Produktivität der Arbeit, sowie
- Positive Wachstums- und Struktureffekte durch einen besseren Gesundheitszustand.

Als Kosten listet er auf:

- die Kosten der Präventionsmaßnahme selbst bei den Ausgabeträgern und den Betroffenen,
- die Kosten der Folgebehandlung einer Diagnose einer Krankheit durch die Präventionsmaßnahme,
- die Kosten der Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen und
- höhere Gesundheitsausgaben während verlängerter Lebenszeit.

„Die Diskussion vermittelt vielfach den Eindruck, als sei die (verstärkte) Prävention chronischer Krankheiten die beste Strategie für die Kostenbegrenzung auf lange Sicht im Gesundheitswesen. Dieser Eindruck ist als generelle These unzutreffend. Bisherige Untersuchungen von Präventionserträgen lassen den Schluss zu, dass ihre wesentlichen Ergebnisse zeitlich weit nach den präventiven Maßnahmen liegen. Sie versprechen eine höhere Lebensqualität insbesondere im Alter“ (ebenda, s.195).

„Generell lässt sich sagen, dass eine solche Prävention weniger effizient, auch im Vergleich zu kurativen Alternativen ist, je größer die zeitlichen Verzögerungen zwischen Kosten und Erträgen sind und / oder je höher der verwendete Diskontsatz ist, weil zukünftige Kosten und Erträge bei einer Gegenüberstellung von Kosten und Erträgen auf die Gegenwart abdiskontieren sind.“ (ebenda, S. 194).

Die Gutachter fordern deswegen den gesicherten Nachweis der Wirksamkeit der Maßnahmen und seiner gesellschaftlichen und monetären Relevanz. Maßnahmen der Gesundheitsförderung entsprechen diesen Kriterien in der Regel nicht.

Gesundheitsförderung z.B. im betrieblichen Umfeld ist ein Kostenfaktor, in dem Kosten durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten denen durch gesundheitsförderliche Programme wie Gesundheitszirkel gegenüberzustellen sind. Es wird davon ausgegangen, dass diese Bilanz mittelfristig positiv ausfällt. Dies trifft sich mit Argumenten zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. (vgl. Grossmann, 1993, vgl. Kickbusch, 1993b, vgl. Sievers 1993)

Gesundheitsförderung/-bildung ist ein Bereich, in dem Menschen zu individueller finanzieller Verantwortung gezogen werden können. Vor allem in Zeiten knapper Kassen ist Förderung hier nicht notwendig. Der Sachverständigenrat schlägt umgekehrt ein Bonus / Malus - System (Rauchen, Gewicht, etc.) vor, mit dem die Eigenverantwortung der Versicherten gefördert werden kann.

Das Gegenargument lautet: Gesundheitsförderung bedarf öffentlicher finanzieller Förderung, da es eine zentrale Aufgabe der Politik und der Gesellschaft ist. Eine Drittelung der Finanzierung durch Land, Kommune und Krankenkassen wären vorstellbar. Im Bereich der Krankenkassen muss eine Umgewichtung von der Kuration zur Prävention erfolgen.

Gesundheitsbildung ist ein Bereich, in dem sich Maßnahmen überwiegend kostendeckend durchführen lassen und damit letztlich Institutionen finanziell stabilisiert werden können, u.a. durch Kostenübernahme etwa durch Krankenkassen oder durch hohe Teilnahmegebühren.

Gesundheitsförderung ist eine Marketingmaßnahme für Krankenkassen, aber auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens und damit ein Kostenfaktor, der sich nicht in Form von Ersparnissen sondern in Form von z.B. höheren Mitgliedszahlen oder attraktiveren Arbeitsplätzen positiv auswirkt.

Prävention ist eine medizinische Leistung, die in Arztpraxen stattfinden kann und dort auch abgerechnet werden muss. Sie erhöht die Attraktivität der Praxis.

1.6.2. Investitionssystem für Gesundheit

Bei Kickbusch (1992b) mit Bezug auf Evans & Stoddart und bei anderen Autor/innen wird keine Kostenrechnung aufgestellt, sondern die Frage nach dem Ort und der Art von Investitionen gestellt. *„In welche gesellschaftlichen Infrastrukturen gilt es zu investieren, um Gesundheit herzustellen? Die weitere Investition in das bestehende „Gesundheitssystem“, d.h. in Krankheitsausgaben, könnte sich als kontraproduktiv erweisen und im Endeffekt sogar negative Auswirkungen auf die Volksgesundheit haben, indem sie durch das zunehmende Ausgabevolumen Ressourcen aus der Volkswirtschaft abzieht, die produktiv in das Herstellen von Gesundheit investiert werden könnten.“* (S.23f) Kickbusch fordert, dass Gesundheit als Investition völlig separat von den Ausgaben für Krankheit finanziert werden sollte.

Gesundheitsförderung erfordert anders als rein präventive Interventionen Investitionen in gesellschaftlichen Bereichen, die primär nicht krankheitsbezogen - oder gesundheitsbezogen arbeiten. Sie erfordert gesundheitsfördernde Investitionen in die Bereiche, die Voraussetzungen für Gesundheit schaffen, nach der Ottawacharta z.B. Arbeit, gesundes Wohnen, Bildung, Erhalt einer gesunden natürlichen Mitwelt etc.. Entsprechend heißt es bei Kickbusch (1993c, S.11): *„Alle Finanzierungsmodelle sind eng funktionsbezogen ausgerichtet, alles, was darüber hinausgeht, auch wenn es den Problemdruck der Organisationen beträchtlich vermindern würde, muss separat beantragt und finanziert werden. Die Multifunktionalität der Organisationen wird von Stadtkämmerern und Krankenkassen nicht anerkannt. Die Schule hat sich um das Lernen zu kümmern, der Arbeitsplatz um das Geldverdienen, das Krankenhaus um die Krankheit und die Stadt um eine Wohnung. Es wird selten quer gedacht, es werden Seitenverbindungen hergestellt- wie die Stadt und der Arbeitsplatz krank machen, wie die Schule das fehlende Zuhause ersetzt, das Krankenhaus der wichtigste Arbeitgeber in der Region ist usw.“*

Eine neue Gesundheitspolitik sollte von drei Hauptfragen ausgehen:

1. Wo wird Gesundheit hergestellt?

Das heißt, in, welche Bereiche gilt es zu investieren, um Gesundheit zu fördern? Dies wird meist zur Identifikation von Bereichen außerhalb des tradierten Gesundheitssystems führen - zur Schule, dem Arbeitsplatz, der Umwelt, dem System der sozialen Dienste.

2. Welche Investition erbringt den größten Gesundheitsnutzen?

Das bedeutet eine vergleichende Analyse verschiedener Investitionsbereiche. Neuere Analysen verweisen auf das Paradox, dass erhöhte Ausgaben im tradierten Gesundheitssystem kontraproduktiv sein könnten, weil sie Ressourcen von Bereichen abziehen, die präventiv oder gesundheitsförderlich wirken könnten.

3. Respektieren die Investitionsentscheidungen die Rechte der Individuen und tragen sie dazu bei die Gesundheitlichen Ungleichheiten zu vermindern?

Eine neue Gesundheitspolitik kann sich nicht nur von Kosten1Nutzen-Entscheidungen leiten lassen. Zu häufig orientieren sich Programme am „schnellen Erfolg“ und konzentrieren sich auf Bevölkerungsgruppen, die leichter in Gesundheitsprogramme einzubinden sind. Die Konsequenz ist häufig, dass die Gesunden noch gesunder werden, und die Ungleichheitsschere wächst.

1.6.3. Fragestellungen

In den aktuellen Zeiten knapper öffentlicher Ressourcen und einer angespannten wirtschaftlichen Lage wird es kaum möglich sein, das Thema der Kostensituation außer acht zu lassen. Aufgrund der unterschiedlichen Situation in den einzelnen europäischen Ländern können detaillierte Diskussionen hier allerdings vermutlich nur begrenzt fruchtbar sein.

Diskutiert werden könnte, inwieweit Gesundheitsförderung Investition in die Erwachsenenbildung erfordert. Zu diskutieren wäre, wie ein solches Investitionssystem in Gesundheit aussehen müsste und wie es finanziert werden sollte.

Es ließe sich fragen, inwieweit die gängige Entwicklung, Finanzierungsprobleme über Marktmechanismen zu regeln, für Gesundheitsförderung kontraproduktiv ist. Werden damit Anpassungen von Gesundheitsförderung an vereinfachte Präventionskonzepte zwangsläufige Folge sein (vgl. Rosenbrock / Kühn / Köhler, 1994)?

Wird dies die gesundheitliche Chancenungleichheit für sozial Benachteiligte verschärfen? Welche Gegenmaßnahmen könnten ergriffen werden?

Wie ist es möglich in Zeiten knapper Kassen gute Angebote zu sichern? Welche Koalitionen sind dazu notwendig?

1.7. Soziale Ungleichheit

„Wenn Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawacharta „auf einen Prozess zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“, dann müssen mit besonderer Aufmerksamkeit jene Prozesse untersucht werden, die spezifischen Menschengruppen die Selbstbestimmung über ihre Lebensführung erschweren bzw. verhindern. Hier liegt das nach wie vor unverzichtbare Erkenntnispotenzial der sozial epidemiologischen Forschung für eine präventiv orientierte Gesundheitsforschung im Bereich psychische Gesundheit. „Salutogentische“ Konzepte müssen dieses Erkenntnispotenzial nutzen, wenn sie eine Blickverengung auf privilegierte soziale Gruppen vermeiden wollen.“ (Keupp, 1992a, S.246)

Wie findet sich dieser von Keupp formulierte Anspruch in der Literatur wieder?

1.7.1. Bedeutung sozialer Lebensbedingungen

„Trotz erheblicher Investitionen in Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsleistungen ist der Einfluss sozialer Ungleichheit auch heute ein sehr reales gesellschaftliches und gesundheitliches Problem. Ungleichheiten im Bildungsniveau, im Einkommen und im Berufsstatus beeinflussen Mortalität (z.B. Neumann & Leidermann 1981), Morbidität und Lebensqualität. (...) Ungleichheiten im Bildungsniveau beeinflussen vermutlich Stressexposition und Stressbewältigung sowie die Verfügbarkeit und die Nutzung gesundheitsrelevanter gesellschaftlicher und persönlicher Ressourcen, inklusive medizinischer und präventiver Dienste. Ungleichheiten in den materiellen Lebensbedingungen beeinflussen vermutlich die Exposition gegenüber physischen Risiken, sie beeinflussen Ernährungsverhalten und den gesamten Lebensstil. Einkommen als eine wichtige Ressource für die Lebensgestaltung hat Auswirkungen auf Handlungsspielräume sowie Art und Verbindlichkeit gesellschaftlicher Zwänge (vgl. auch Baker & Illsley 1990)“ (Badura, 1993b, S.71).

Gesundheitsbezogene soziale Ungleichheit resultiert in materiellen Lebensbedingungen, in Ungleichheiten im Sozialstatus, in einer ungleichen Verteilung von „Risiko“-Verhaltensweisen, in Ungleichheiten im Zugang zu gesundheitsförderlichen Dienstleistungen.

Marmot und Blyth kommen nach Beschreibung von Badura zu dem Ergebnis, „*dass die soziale Umwelt (Arbeitswelt, Familie usw.) einen vermutlich größeren Einfluss auf die Gesundheit ausübt als einzelne Risikoverhaltensweisen oder einzelne Aktivitäten der medizinischen Versorgung, und dass für die Erklärung des bei den meisten Todesursachen feststellbaren Schichtgradienten unspezifische Einflüsse wie Stress und mangelhafte soziale Unterstützung bzw. soziale Isolation von größerer Bedeutung sind als krankheitsspezifische Einflüsse.*“ (Badura, 1990, S.65)

Kleiber (1992, S.222) weist darauf hin, dass die soziale Ungleichheit von Gesundheit nicht mit medizinischen Mitteln sondern mit sozialpolitischen Mitteln beseitigt werden kann. „*Soziale Ungleichheit psychischer und sozialer Belastungen sowie des Morbiditäts- und Mortalitätspektrums sind nicht mit den Mitteln der kurativen Medizin zu beseitigen. Auch in der Bundesrepublik, einem der reichsten Länder der Erde, ist es bis heute noch nicht gelungen, soziale Ungleichverteilung psychischer und sozialer Belastung sowie körperlicher und psychischer Erkrankungen zu beseitigen und eine wirkliche Chancengleichheit der Nutzung von gesundheitsbezogenen Leistungen herzustellen: Auch heute noch gilt der Standardbefund der Sozialepidemiologen. Mit geringerem sozialen Status und geringerer sozialer Absicherung und niedrigem Bildungsstand steigt das Krankheitsrisiko und sinkt gleichzeitig die Chance auf eine angemessene Behandlung.*“

Er verweist ebenso auf die für Gesundheitsförderung entscheidenden Ansatzpunkte: „*Ursächlich hierfür und daher zugleich wichtige Ansatzpunkte für Prävention und auf Gesundheitsförderung abzielende Maßnahmen dürften neben anderen Faktoren auch Ungleichverteilungen der Arbeitsbelastungen (Lärm, Schichtarbeit, Nacharbeit, hohes Arbeitstempo, einseitige Belastungen, etc.) sowie Belastungen in der Lebenswelt (Lärm, schlechtere Wohnverhältnisse, höhere Exposition mit Schadstoffen, geringere soziale Unterstützung, schlechtere Bildung, geringere materielle Ressourcen, mit denen Belastungen kompensiert werden können; etc.) sein.*“ (ebenda)

Daneben müssen nicht - materielle Faktoren nach Auffassung von Badura aber ebenfalls berücksichtigt werden: „*Die moderne Sozialepidemiologie [...] hat mittlerweile zahlreiche Belege da für geliefert, dass für die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheiten in modernen Gesellschaften weniger die materiellen als vielmehr die psychosozialen Lebensgrundlagen mitverantwortlich sind, die sich mit den Stichwörtern „Stress“, „soziale Isolation“ und „selbst destruktiver Lebensstil“ kennzeichnen lassen*“ (Badura, 1990, S.54).

Bei Grottian (1991), Collatz (1993) u.a. sind insbesondere gesundheitliche Probleme von Migrant/innen thematisiert worden. Erste Diskussionen über ein Stadt-/Landgefälle fanden statt (vgl. z.B. Keesen, 1993). Konzepte zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Armut u.a. wurden insgesamt aber noch wenig in die Theorie der Gesundheitsförderung integriert. Sie werden eher als spezifische Probleme der jeweiligen spezifischen Problemgruppen betrachtet. Was fehlt, ist ein schlüssiges Konzept sozialer Differenzierung innerhalb der Gesundheitsförderung. Viele Praxiskonzepte bleiben aufgrund ihrer scheinbaren Unspezifik bestimmten Gruppen vorbehalten.

Keupp (1992a, S. 246) zieht eine Verbindung vom Konzept des Kohärenzsinn (Antonovsky) zu sozialer Ungleichheit. Er rezipiert die Forschungsergebnisse von Dohrenwend (1980) zur Demoralisierung und von Mirowsky/Ross (1989) zur Entfremdung. Beide Konzepte beschreiben die Lebenserfahrungen und daraus abgeleiteten psychischen Befindlichkeiten, die mit sozialer Benachteiligung verbunden sind.

Das Konzept der Demoralisierung beinhaltet *„Einstellungen und Grundhaltungen, die durch ein geringes Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, unbestimmte Zukunftsängste und allgemein gedrückte Grundstimmung geprägt sind.“* (ebenda). *„Das Demoralisierungssyndrom bringt zum Ausdruck, dass ein erheblicher Anteil der Bevölkerung für sich keinen Sinn mehr darin sieht, sich für oder gegen etwas einzusetzen. Diese Personen lassen die Ereignisse fatalistisch auf sich zukommen und über sich hereinstürzen, weil sie nicht mehr daran glauben, dass sie wirksam etwas gegen diese unternehmen können.“* (ebenda). Für die USA gilt dies für ein Drittel der Bevölkerung, für Frauen um 10% mehr als für Männer, für die Hälfte der untersten sozialen Schichten. Etwa die Hälfte der Demoralisierten erwiesen sich als krank geworden.

Das Konzept der Entfremdung beinhaltet die fünf Aspekte der subjektiven Erfahrung von Machtlosigkeit, Selbst - Entfremdung, Isolation, Sinnlosigkeit und Normalverlust. Diese sind umso ausgeprägter je weiter unten Menschen in der sozialen Hierarchie stehen. *„Das Vertrauen in eine berechenbare Welt, für die man eine adäquate Sozialisation und Ausbildung erworben hat, geht verloren. In einer ängstlich misstrauischen Grundhaltung erwartet man eine feindliche Welt, die dann auch genauso erfahren wird: Eine Welt, in der nichts Gutes erwartet werden kann, die ungerecht, ausbeuterisch, „gewalttätig und zunehmend fremd erlebt wird und die eigene Lebensouveränität unterminieren.“* (ebenda).

Assoziationen zu den Beschreibungen der Folgen von Langzeitarbeitslosigkeit, zur psychischen Befindlichkeit vieler Menschen in den neuen Bundesländern, zur Entstehung neuer rechtsradikaler Bewegungen drängen sich auf.

Auf die Gefahren, dass soziale Netzwerke nur noch aus der entsprechenden unfreiwilligen Subkultur und aus professionellen Drehpunktpersonen bestehen, also als „ambulanten Gettos“ existieren, weist Rolf Schwendter (2000, S.266ff.) in Anlehnung an Keupp hin, wenn er feststellt: „*das soziale Netzwerk (und die alltagsbezogene soziale Unterstützung) besteht so gut wie ausschließlich aus Personen, die die Mitglieder unfreiwilliger Subkulturen (...) im Netzwerk extramuraler psychosozialer Einrichtungen kennen gelernt haben. Dieses Ensemble von Tagesstätten, Wohngemeinschaften, Kulturgruppen, Beratungsstellen (...) Patientencafés, Teestuben etc. strukturieren nicht nur die Tage ihrer Benutzenden (...), sondern auch ihre sozialen Netzwerke und damit ihr Leben. Demgegenüber ist die Interaktion mit den Professionellen (...) sekundär, da von Ambivalenz gekennzeichnet.*“

1.8. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung

1.8.1. Ziele der Organisationsentwicklung

Ausgangsfrage der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung ist die Frage danach, wie eine Organisation, eine Bildungsinstitution, eine Einrichtung des Gesundheitswesens, ein Betrieb beschaffen sein muss, um gesundheitsfördernd nach innen aber auch nach außen wirken zu können. Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass sich Gesundheit in den Orten des Alltagshandelns von Menschen herstellt. Einrichtungen, die gesundheitsfördernd tätig sein wollen, müssen nach innen selbst gesundheitsfördernd organisiert sein. Sonntag / Belschner (1994, S.43) halten in der Evaluationsstudie zum „Kurs Gesundheitsförderung“ fest: „*In diesem Zusammenhang ist eine These wichtig, die in den Gesprächen formuliert wurde. Gesundheitsförderung sei kommunal nur möglich, wenn eine Institution einen Veränderungsprozess durchgemacht hat.*“

Ziele der Organisationsentwicklung sind insgesamt:

- Empowerment- oder Partizipationsstrukturen sollen durch Organisationsentwicklung ermöglicht werden, denn „*Empowerment-Prozesse fördernde soziale Systeme oder Organisationen mit partizipativen Entscheidungsstrukturen, reduzieren Rollenkonflikte und verbessern das Kontrollbewusstsein der Mitglieder und erhöhen die Zufriedenheit der Einzelnen.*“((Stark, 1993, S42))

- Gesundheitspotenziale und Gesundheitskompetenzen der Mitarbeiter/innen und der Nutzer/innen sollen durch unmittelbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen in ökologischer, psychosozialer und arbeitsmedizinischer Hinsicht erhöht werden.
- Einen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit will Organisationsentwicklung dadurch leisten, dass andere Zielgruppen erreicht werden können.
- Organisationsentwicklung zielt auf Imagegewinn und eine veränderte Stellung der Einrichtung z.B. durch Kooperation.

Organisationsentwicklung findet sich in der Ottawacharta wieder in der Strategie „gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ und bezüglich der Einrichtungen des Gesundheitswesens in dem Ziel „Gesundheitsdienste neu orientieren.“

Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung versteht den Ansatz der Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme. Die Wirkung einer solchen Intervention kann nie vollständig geplant und vorausgesagt werden, denn *„sie ist von einem autonomen Prozess (des Verstehens) aufseiten des intervenierten Systems abhängig. In diesem Sinne ist eine Intervention in ein soziales System dann erfolgreich, wenn sie dazu beiträgt, die Problemsicht und die Problembearbeitungskapazität des Systems zu erhöhen.“* (Grossmann, 1993, S.46).

Hierbei geht es darum, die Unterschiede eines Systems, d.h. die unterschiedlichen Sichtweisen und Lösungsansätze produktiv zu nutzen. Soziale Systeme haben eine hohe Eigendynamik. Es ist ein Kommunikationszusammenhang notwendig, der es ermöglicht, neue Wege zugehen und Experimente zu machen. Es geht um Impulse für die Selbstentwicklung einer Organisation.

Organisationen schaffen Voraussetzungen für Gesundheit, aber Gesundheit ist nicht ihre prioritäre Aufgabe, sie folgen einer anderen Logik. Gesundheitsförderung steht hier entsprechend vor der Aufgabe, in die Entscheidungen und das professionelle Handeln von Organisationen neue, ihrer Eigenlogik gegenüber zunächst fremde Dimensionen einzuführen. Sie muss entsprechend Interessen finden, die sich mit der Aufgabe der Gesundheitsförderung verbinden lassen, aber der Eigenlogik näher stehen. (Grossmann, 1993, S.48)

Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung bedeutet nach Kickbusch (1993c, S.9) für Gesundheitsförderer die Notwendigkeit eines Wissens um die Struktur von Organisationen und den Ablauf von Veränderungsprozessen. *„Es bedeutet einen neuen Wert in ein an sich „geschlossenes System“ einzubringen und die Prozesse, die sich daraus ergeben, zu begleiten, nicht zu steuern. Es bedeutet auch, die Logik dieser Systeme zu akzeptieren, auch wenn sie uns zunächst arg fremd erscheinen mögen.“*

„Ebenso schwimmt manchmal die Grenze zwischen dem, was schlicht „gesundes Management“ und was „Management für die Gesundheit“ ist. Es wäre zu postulieren, dass auch für diese Systeme gilt, was Louis Pratt vor 20 Jahren in der Familienforschung festgestellt hat: Demokratische Familien sind gesünder.“ (ebenda).

Es geht um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip. Sievers (1993, S. 34ff) formuliert drei Thesen zur Organisationsentwicklung:

1. Organisationsentwicklung ist mehr als Organisationsveränderung, Umorganisation oder Rationalisierung. Es ist eine von möglichst vielen getragene Veränderungsperspektive, deren Umsetzung und Verwirklichung in einem längerfristig gemeinsamen Prozess angestrebt und erarbeitet wird.
3. Organisationsentwicklung als Prozess beruht auf dem Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung. Lernen im Kontext von Organisationsentwicklung bedeutet, dass diejenigen, die von den bestehenden Problemen und versuchten Verbesserungen betroffen sind, an der Analyse, Veränderung und Auswertung der Situation beteiligt werden. Es geht darum, Betroffene zu Beteiligten zu machen. Menschen lernen und entwickeln sich im direkten Kontakt mit anderen Menschen und in der Auseinandersetzung mit konkreten Problemen, von denen sie selbst betroffen sind.
4. Organisationsentwicklungsprojekte lassen sich nur dann erfolgreich durchführen, wenn sowohl die Organisation wie die darin tätigen Menschen davon profitieren.

„Organisationen entwickeln sich durch die Veränderung von Strukturen, Arbeitsweisen, Regeln, Normen und die Entwicklung der Kompetenzen, Fähigkeiten, Einstellungen und Orientierungen der in ihnen handelnden Personen.“ (Grossmann, 1993, S.49)

Organisationen entwickeln sich über Kommunikationsstrukturen. *„Organisationsentwicklung im Interesse der Gesundheitsförderung bedeutet daher nicht nur Bewusstseinsbildung, sondern vor allem Strukturbildung.“ (ebenda).* Es geht um die Verbindung von Arbeit an Strukturen mit Lernmöglichkeiten für Personen.

1.8.2. Projektmanagement als Mittel

Um solche Veränderungen in einer Organisation herbeiführen zu können, ist es notwendig, die Innovationen eingrenzbar zu machen, zu beobachten, auszuarbeiten und zu verarbeiten. Ein Mittel dazu sind Projekte, das heißt zeitlich und sachlich abgegrenzte Unternehmungen. „ *in der Gesundheitsförderungsarbeit gibt es eine deutliche Tendenz zu wenig abgegrenzten und unklar definierten Aufträgen; zu Projekten mit überzogenen, nicht einlösbaren Zielsetzungen, zu Projekten, wo etwas anderes angeboten wird, als gemacht werden soll, sowie zu Projekten, wo die Formulierung von normativen Zielen „was sein sollte“ an die Stelle eines definierten Auftrages tritt.*“ (Grossmann, 1993, S.52). Auch Pelikan u.a. unterstreichen: „*Projektmanagement, das heißt: abgegrenzte Projekte mit klaren und eingeschränkten Zielsetzungen, mit klaren Ressourcenzuteilungen und mit klarer Zeitplanung*“ (Pelikan /Lobnig /Nowak, 1993, S.207f).

Wichtige Ebenen der Projektleitung im Sinne der Organisationsentwicklung für Gesundheitsförderung sind nach Grossmann (1993, S.55):

- „- *Aufträge zu verhandeln;*
- *Ziele und Aufgaben zu definieren;*
- *Erfolgskriterien festzulegen;*
- *Arbeitszeit und Ressourcenpläne festzulegen;*
- *Wesentliche Meilensteine zu definieren;*
- *Beobachtung, Erfolgskontrolle, Auswertung zu organisieren;*
- *Teamentwicklung zu ermöglichen und zu unterstützen;*
- *Die Außenpolitik und das Marketing des Projekts im Auge zu behalten;*
- *Die Verbindung zu wichtigen Umwelten, wie Interessenten, Führungskräften, Experten zu halten.“*

Ein Projekt braucht die Ressourcen:

- **Wissenskapital,**
- **Beziehungskapital,**
- **Betroffene und**
- **Entscheidungskapital.**

Pelikan /Lobnig /Nowak (1993, S.221 f) formulieren einige Grundthesen aus den bisherigen Erfahrungen mit Projektorganisation:

- Die Methode des Projektmanagements integriert den Prozess der Projektentwicklung von der Erarbeitung von Zielvorstellungen über die konkrete Umsetzung bis zur Evaluation der Projektvorhaben. Zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten hat sich dabei die Arbeit von Projektgruppen, bestehend aus Beschäftigten der Einrichtung, bewährt.
- Gesundheitsförderung durch Projektmanagement kann dabei durch die Realisierung des Partizipationsprinzips einen Organisationsentwicklungsprozess befördern, der sowohl auf eine Veränderung einzelner Teile als auch der gesamten Organisation abzielt.
- Die Möglichkeit zur und die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Transparenz der Vorgangsweise und die Neutralität der Berater gegenüber unterschiedlichen Interessen der Auftraggeber und Klienten sind wichtige Elemente eines Veränderungsprozesses. Sie unterstützen den Fortgang des Projektes und sichern v.a. in schwierigen und konfliktreichen Phasen die notwendige Stabilität des Projektes.
- Für die Durchführung eines Modellprojektes ist neben der externen Beratung zur Unterstützung der Modellumsetzung eine wissenschaftliche Begleitung hilfreich, die eine sorgfältig geplante und durchgeführte Dokumentation und Evaluation leisten kann.
- Organisationsveränderung und die Durchführung von Modellprojekten bedürfen personeller und/oder sachlicher Ressourcen, die entweder zusätzlich zur Verfügung gestellt werden müssen oder durch interne Umschichtung frei gemacht werden können.
- Maßnahmen zur Verbesserung der Sichtbarkeit unterstützen den Projektfortgang, indem sie externes Interesse wecken, Feed-back Prozesse in Gang setzen sowie projektintern Energie freisetzen und die Motivation, der ProjektmitarbeiterInnen bestärken.

Zu einem Projekt gehören entsprechend:

- ein/e Organisationsberater/in,
- eine Expertendiagnose als Basis, eine Diagnose aus Sicht der Betroffenen als notwendige Ergänzung und als Element des Motivationsprozesses,
- eine genaue zeitliche, inhaltliche und ökonomische Planung der notwendigen Maßnahmen,
- eine Klärung vorhandener Ressourcen, wenn notwendig sind zusätzliche Ressourcen zu beantragen,

- die Begleitung der Realisation durch die Projektgruppe, gegebenenfalls Veränderung nach Absprache mit dem Projektausschuss,
- eine öffentliche Projektpräsentation,
- die Projektdokumentation,
- eine Evaluation.

Fragen der Evaluation sind dabei

- die Problemangemessenheit: Ist das erprobte Modell überhaupt in der Lage, die Ausgangsprobleme zu lösen,
- die Realisierbarkeit,
- die Effektivität: Konnten die angestrebten Ziele erreicht werden,
- die Effizienz: Relation von Mitteln und Ergebnis.

1.8.3. Organisationsentwicklung an Volkshochschulen

Sonntag / Belschner (1994) schlagen als Ergebnis einer Evaluationsstudie zum „Kurs Gesundheitsförderung“ vor, für die Verwirklichung von Gesundheitsförderung an Volkshochschulen neben der Kursdurchführung eine Projektorientierung als zweiten Strang zu entwickeln. *„Eine personelle Verstärkung für Projektorganisation und eine verbesserte Aufklärungsarbeit über die Besonderheiten und den Charakter dieser Art von Maßnahmen könnten die Projektorientierung in der Institution Volkshochschule etablieren helfen.“* (ebenda, S. 42)

„Optimal wäre eine Institutionenberatung der Volkshochschulen und Moderatorinnen vonseiten der Projektorganisation auf Landesebene. Vorgeschlagen wurde die Einrichtung einer Projektzentrale auf Landesebene. Die kommunale Ebene müsse intensiver vorbereitet werden, unter Umständen sogar mit Besuchen vor Ort durch eine Außeninstanz, die eine solche Projektzentrale darstellen könnte.“ (ebenda)

Deutlich ist allerdings auch, dass sowohl auf Landesebene als auch auf der örtlichen Ebene dafür Zeitressourcen zur Verfügung stehen müssen. Herkömmliche Routinen werden ebenfalls als Hindernis beschrieben.

Zur Anregung kooperativer Strukturen halten Sonntag /Belschner Volkshochschulen aber für geeignet, denn die „*Volkshochschule wird fast einhellig als eine Einrichtung angesehen, die sich als Träger dadurch empfiehlt, dass sie nicht kommunal in enge Konkurrenzgeflechte eingebunden ist.*“ *Eigene Trägerinteressen, durch die die politische Dimension von Gesundheitsförderung verkürzt werden könnte, wurden von den meisten Befragten bei der VHS nicht angenommen.* „*Den Volkshochschulen wird ein integrativer Charakter zugeschrieben, ein Einlader zu sein, zu dem alle kommen können.*“ (ebenda, S.43)

Die unterschiedlich enge Einbindung von Volkshochschulen in die kommunale Verwaltung kann sich hierbei als förderlich oder als hinderlich erweisen:

- Volkshochschulen, die eingetragene Vereine sind, erwiesen sich als flexibler und kreativer im Umgang mit den neuen Strukturen, die Projekte mit sich bringen.
- Konkurrenzen unter den Einrichtungen der Kreisverwaltungen erwiesen sich als Hemmnisse in der Projektdurchführung.
- Unterstützung durch Dezernent/innen und die u.U. enge Kooperation mit Leiter/innen anderer Ämter konnte dagegen ausgesprochen hilfreich sein.

Stellvertretend für die gegenwärtige Diskussion über Organisationsentwicklung bei Volkshochschulen lassen sich bei Schäffter (1994) Argumente finden, die für eine denkbare Verbindung von Organisationsentwicklung in der Erwachsenenbildung und Gesundheitsförderung sprechen könnten:

- Die für Erwachsenenbildung typische „*Heterarchie von Rückkopplungsschleifen in einem polyzentrischen Geflecht*“ (ebenda, S.81) spricht für ein Organisationssystem, das in der Lage sein könnte, mit komplexen Wirklichkeiten umzugehen. Als eine solche komplexe Wirklichkeit lässt sich Gesundheitsförderung bezeichnen.
- Schäffter sieht die Struktur vernetzter Systeme, die für Erwachsenenbildung im Alltag prägend sind, trotz möglicher Folgeprobleme als eine kennzeichnende Stärke (ebenda, S. 84). Hier wäre ein funktionierendes Modell von Kooperation, das für die Gesundheitsförderung Pate stehen könnte.

Von Vorteil für Gesundheitsförderung wie für Erwachsenenbildung ist dabei die Steigerung der Fähigkeit der Einrichtung zu lokaler Anpassung, ohne dass das Gesamtsystem in Frage gestellt wird und in seinen Grundstrukturen umgebaut zu werden braucht.

„Lose verkoppelte Systeme bieten einen günstigen Rahmen für Selbstbestimmung und Individualisierung einzelner Bereiche und Akteure“ (ebenda, S.86). Dies wäre im Sinne von Empowerment ein wünschenswerter Effekt.

Insgesamt wäre zunächst eine Diskussion erst noch zu führen, wie Organisationsentwicklung an Volkshochschulen gesundheitsfördernd sein könnte bzw. welche Entwicklung der Organisation Volkshochschule Gesundheitsförderung braucht.

1.8.4. Kooperation

In dem umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung gilt Kooperation als eine notwendige Voraussetzung, weil die Fülle der zu bewältigenden Aufgaben nur in einem gemeinsamen Vorgehen eine Chance auf Verwirklichung hat.

Nach Wijnsma (1993, S.372) ist Grundgedanke des Modells von Kooperation, *„dass das Zusammenbringen möglichst vieler Sachkenntnisse mittels eines gut organisierten Netzwerkes ergiebiger ist, als alleine an die Sache heranzugehen und bereits schnell erfahren zu müssen, dass man die Komplexität der Erneuerung doch einigermaßen unterschätzt hat und sich hoffnungslos darin festgefahren hat“*

Bohr (1990, S.87ff) konkretisiert dies aus Sicht der Krankenkassen und engt Kooperation gleichzeitig ein: *„ die Qualität der Gesundheitsförderungsprogramme und die Einlösung des Anspruchs der Ganzheitlichkeit sichern die Arbeitsteilung und Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen. Im Betrieb kann die Zusammenarbeit der Betriebskrankenkassen mit allen gesundheitsrelevanten Instanzen [...] helfen, das für effektive Programme notwendige Fachwissen zusammenzutragen, Konsens der betrieblichen Akteure als Voraussetzung für gemeinsame Aktivitäten zu erreichen, Transparenz der Vorhaben und Akzeptanz der Maßnahmen bei den Beschäftigten zu sichern sowie bereits existierende Einzelaktivitäten zu koordinieren (...). Sofern es also nicht möglich ist, Maßnahmen selbst durchzuführen, bedienen wir uns Kooperationspartnern. “*

Altgeld/Laser (1994, S.4) begründen die Notwendigkeit von Kooperation im kommunalen Raum: *„Um den allseits geforderten Anspruch einlösen zu können, den Schutz und die Förderung von Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verwirklichen, ist gerade auf gemeindlicher Ebene die hierfür notwendige Kooperation von Bürgerinnen, Verwaltung und politischen Entscheidungsträgerinnen zwingend notwendig. Trotz der auf allen Ebenen immer wieder proklamierten Forderung nach einer vorbeugenden und querschnittsorientierten Gesundheitsförderung und der dafür erforderlichen multidisziplinären wie ressortübergreifenden Zusammenarbeit erweist es sich als äußerst problematisch hieraus im Alltag Praxis entstehen zu lassen.“*

Als Instrumente dieser Kooperation gelten Arbeitskreise, Gesundheitsförderungskonferenzen, Gesundheitsforen, runde Tische Gesundheit und andere Formen regionaler Zusammenschlüsse, deren Ziel Schwarzenau (1993, S. 153) benennt:

„Die Ziele der Gesundheitsförderungskonferenz sind:

- *Erfahrungsaustausch*
- *Gemeinsame Fortbildung*
- *Gemeinsame Raumplanung*
- *Bessere Vernetzung*
- *Mehr Engagement der Bürger/innen*
- *Gesundheitsförderung über die klassische Gesundheitsamtsdenkweise hinaus*
- *Erweiterung der Sichtweisen aller Beteiligten*

Murza/Werse (1986, S.73ff) weisen darauf hin, dass diese Zusammenarbeit in der Praxis in Teilkoperationen zwar häufig ist, eine institutionalisierte Form aber nicht immer unumstritten ist, wenn sie schreiben:

„Ein zentraler Punkt dieser gemeindeorientierten Prävention ist die Initiierung und Förderung von Kooperation. Kommunale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung stellen eine von zahlreichen Möglichkeiten dar, Kooperationsvoraussetzungen zu schaffen. Es ist eine Perspektive, die auch in der Entschließung der 50. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren (1982) aufgezeigt und empfohlen wurde. (...) Der Versuch, die Institutionalisierung von Kooperation und Koordination über die Schiene von Arbeitsgemeinschaften zu etablieren, ist insofern interessant, als man aus grundsätzlichen Erfahrungen mit Kooperationsmodellen heraus eher pessimistisch sein könnte und Koordinationsansprüche häufig zumindest bei denen Reserviertheit oder auch Abwehr hervorrufen, deren Maßnahmen koordiniert werden sollen. (...)

... Nach den Gründen befragt, warum bislang keine kommunale Arbeitsgemeinschaft gegründet oder eine entsprechende Grundlage für eine kontinuierliche Zusammenarbeit gefunden wurde, geben die Gesundheitsämter fast einhellig fehlende Personalkapazitäten an.(...)90% der Befragten Volkshochschulen erklären, dass es in der Gesundheitsbildung irgendeine Form der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen auf örtlicher bzw. Kreisebene im Bereich der Gesundheitserziehung gibt. (...) Das formalisierte Gebilde einer Arbeitsgemeinschaft ist dabei Mittel zum Zweck. Es ist keineswegs nachgewiesen, dass nun gerade diese Arbeitsform optimale Möglichkeiten der Kooperation als Ergebnis haben muss. Andere Formen der Zusammenarbeit können unter bestimmten Rahmenbedingungen zu gleichen oder besseren Ergebnissen führen. Arbeits- bzw. Planungsgremien funktionieren zum Beispiel häufig dann, wenn sie sich fest umrissene Projekte zum Ziel gesetzt haben, denen eine überschaubare Planungszeit zugrunde liegt.“

Der Leiter des Kölner Gesundheitsamtes, Jan Leidel, beschreibt (1993, S. 173) als Probleme in der Kooperation innerhalb des Kölner Gesundheitsforums u.a.,

- dass die vielen Mitglieder neben der für die Kooperation festgelegten Zielsetzung auch ganz unterschiedliche eigene Zielsetzungen verfolgen,
- dass die Kooperation teilweise eher einen defensiven Aspekt hat, da die Mitglieder des Plenums nur vage Vorstellungen haben, was das Gesundheitsforum überhaupt leisten kann,
- dass die Bürgerbeteiligung immer wieder dadurch schwierig wird, dass zwischen angebotener Beteiligung und gleichzeitiger Mittelkürzung ein Widerspruch besteht.

Das Hamburger Bildungsinstitut Sozialwissenschaften und Gesundheit (BISO) beschreibt im Auftrag des Niedersächsischen Projektes Arbeitskreise Gesundheit (Altgeld /Laser, 1993, S.8ff) entwicklungsfördernde und -hemmende Einflussfaktoren für die Einrichtung von Arbeitskreisen. Danach ist das Gelingen abhängig von der inhaltlichen Orientierung und Kompetenz des/ der Koordinator/in,

d.h.

- seiner/ihrer Vernetzung durch Mitgliedschaft in Verbänden und Vereinen und ihrer/seiner Einflussmöglichkeiten in Politik, Verwaltung und Verbänden,
- Vorerfahrungen mit Kooperationsformen und mit Gesundheitsförderung,
- dem Kenntnisstand der Leitlinien zur Gesundheitsförderung,

- der sozialen Vernetzung in unterschiedlichen informellen Gruppen,
- Kompetenzen wie Fähigkeit zur Koordination, Teamarbeit, Moderation und Aktivitäten von Arbeitsgruppen, konzeptionellen Arbeiten, Prozessleitung, Konfliktmanagement,
- der Offenheit für verschiedene Lösungsansätze und Konsenzbereitschaft,

dem kommunalen Umfeld, d.h.

- der Einbindung der Koordinator/innen, ihrer Stellung innerhalb einer Abteilung der Verwaltung, die definierte Zuständigkeit, Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit, der Höhe der Wochenarbeitszeit,
- Außenwirkung und Wahrnehmung des Arbeitskreises einschließlich Rechtsform,
- der Einbindung in die örtliche Verbandsstruktur,
- dem Verhältnis von Politik und Verwaltung,
- der inhaltlichen Zusammenarbeit des Arbeitskreises mit Dritten und der Bürgerbeteiligung,
- der Einbindung in die Kommunalpolitik,

der Binnenstruktur des Arbeitskreises, d.h.

- der Beteiligung von Politik, Verbänden und Bürger/innen,
- den Arbeitsformen,
- der Zielorientierung im Sinne der Gesundheitsförderung,
- den Ressourcen für die Arbeit des Arbeitskreises.

Nach Gräser (1994, S.49ff) wird erfolgreiche Kooperation im Gesundheitsplenum Oldenburg „als an persönliches Interesse des Einzelnen und an persönlichen Einsatz gebunden wahrgenommen. (...) Kooperation als Problemlösungsstrategie hat allerdings eine untergeordnete Funktion für die meisten Befragten. (...) Als hauptsächliche Hindernisse werden institutionelle Zwänge beschrieben, hier seien die hierarchische Struktur und der daraus resultierende schlechte Informationsfluss innerhalb der Institution genannt, sowie daraus resultierende schwerfällige Entscheidungswege innerhalb von Institutionen, mit denen man kooperieren möchte.“

So hält sich nach Leidel (1993, S.45) die Bereitschaft der Partner, vor Ort zu kooperieren, eher in Grenzen. *„Natürlich ist man grundsätzlich zur Kooperation bereit, aber diese Kooperation trägt oftmals ausgesprochen defensive Züge. Es ist meist nicht so sehr der Wunsch, sich aktiv an dem Prozess zu beteiligen, den Gesundheitsförderung beschreibt, sondern eher die Sorge, dass die eigenen Interessen auf der Strecke bleiben könnten, wenn man nicht dabei ist.“*

Für Volkshochschulen beschreibt Venth (1990a, S. 54) *„ wenn Gesundheitsbildung an Volkshochschulen über Risikofaktorenmodelle und Orientierungen am individuellen Lebensstil hinausgeht, so ist darin eine gesellschaftliche Chance zu sehen, die von anderen in der Zusammenarbeit genutzt werden kann. Volkshochschulen haben den großen Vorzug der Nähe zu Lerninteressierten und erfüllen in dieser Hinsicht mit ihrem beweglichen Planungsverhalten gleichsam eine seismografische Funktion im kommunalen Raum. Wird diese Besonderheit von anderen klarer gesehen, so ist zu hoffen, dass Kooperation doch einmal dazu führt, - wie es die Ottawacharta entworfen hat- dass Bürgerinnen und Bürger im Bewusstsein eigener Gesundheitsbelange auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen in ihrem unmittelbaren Lebensraum anderen und direkten Einfluss ausüben können.“*

Burfeind (1990, S.84) sieht die aktive Initiierung von Kooperationsprojekten zwischen VHS und Krankenkassen im Zusammenhang mit einem sich verändernden Selbstverständnis von Volkshochschulen auch im Bereich Gesundheitsbildung: *„ mit unseren direkt an TeilnehmerInnen gerichteten Angeboten und mit den Angeboten, die auch als Serviceangebote für andere Institutionen - hier Krankenkassen- verstanden werden können, erhöhen wir unsere Wirksamkeit im Sinne einer kommunalen Gesundheitsförderung. “*

Als Ergebnis einer Arbeitsgruppe zwischen in der Erwachsenenbildung Tätigen und Mitarbeiter/innen von Krankenkassen beschreibt Runge (1990, S.106ff) Bedingungen für eine erfolgreiche Kooperation:

„Der Arbeitskreis geht davon aus, dass alle Bestrebungen zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit der Organisationen, Einrichtungen und Personen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung eine Verständigung über den gemeinsamen Gesundheitsbegriff oder eine offene Klärung unterschiedlicher Gesundheitsbegriffe zur Voraussetzung haben. Es ist nach Auffassung des Arbeitskreises zu empfehlen, unter Berücksichtigung dieser Ausgangssituation realistische Arbeitsziele in den Blick zu nehmen. (...)

Es geht nicht allein darum, die vorhandenen Angebote der Gesundheitsförderung /Gesundheitsbildung bekannt zu machen und auszutauschen und dabei ggf. in Wettbewerbs- und institutionelles Konkurrenzverhalten zu verfallen, sondern eine Chance der Zusammenarbeit besteht vielleicht eher darin, in Abstimmung der jeweiligen Leistungsangebote gemeinsam neue Angebote zu entwickeln. Die Partnerschaften können sich dabei jeweils auf die kooperationswilligen und -fähigen Instanzen beschränken. Es ist unrealistisch, den großen gemeinsamen Konsens aller zum Grundsatz der praktischen Arbeit zu erheben."

1.9. Zusammenfassung: Stand der Diskussion um Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung

Unterschiedliche Ausgangspunkte von einem krankheitsvermeidenden oder gesundheitsorientierten Begriff von Gesundheitsförderung behindern nach wie vor einen möglichen Konsens um Konzepte der Gesundheitsförderung, weil ihre unterschiedlichen Paradigmen nicht nur zu unterschiedlichen Handlungsempfehlungen führen, sondern auch unterschiedliche Menschenbilder und ein unterschiedliches politisches Verständnis beinhalten. Das Bemühen, alle Sichtweisen und Herangehensweisen unter dem Begriff der Gesundheitsförderung zusammenzufassen, führt deshalb zu Verwirrung, Missverständnissen und Dissonanzen. In der praktischen Umsetzung erweist sich die Notwendigkeit zu Kooperation und gemeinschaftlichem Handeln an dieser Stelle gleichzeitig als Hindernis, weil allzu leicht vorhandene Widersprüche ungeklärt bleiben und eine begriffliche wie praktische Unschärfe des Verständnisses von Gesundheitsförderung entsteht.

Legt man allerdings ein systemisches Gesundheitsverständnis und eine konsequente Gesundheitsorientierung zugrunde, zeichnet sich inzwischen ein in sich logisches und geschlossenes Konzept von Gesundheitsförderung ab, dessen entscheidende Merkmale vier Aspekte sind:

- ein mehrdimensionaler, lebensgeschichtlicher, dynamischer und subjektiver Gesundheitsbegriff, der sich mit einer systemischen Sichtweise beschreiben lässt und Krankheit als Teil des Lebensprozesses mit einschließt,
- eine salutogenetische Orientierung an Gesundheitskompetenzen, wie sie am integriertesten bei Antonovsky beschrieben sind, in deren Zentrum der Kohärenzsinn steht,

- das Konzept des Empowerment von Rappaport als Beschreibung der Umsetzung von Partizipation im Sinne von Teilhabe,
- die Veränderung von Lebensbedingungen und strukturellen Voraussetzungen (soziale Netzwerke) in den Lebensräumen des Alltags (Stadt, Schule, Betrieb etc.) im Interesse der davon Betroffenen und mit ihrer Beteiligung.

Diese vier Aspekte beziehen sich aufeinander und sind in der Verwirklichung nicht voneinander zu trennen, auch wenn bei einzelnen Autorinnen Teilaspekte unterschiedlich betont und umgesetzt werden. Methodische Vorschläge zur Realisierung von Gesundheitsförderung, die sich an den vier Aspekten orientieren, existieren ebenfalls. Arbeitsgrundlagen sind demnach vorhanden, auch wenn sie teilweise mühevoll in ihren Einzelaspekten recherchiert werden müssen.

Dennoch scheint es in der Durchführung von Praxisprojekten schwierig zu sein, einen konsequent salutogenetischen Ansatz zu verfolgen. Die Orientierung an einer Krankheitsprävention erleichtert offensichtlich zumindest kurzfristig die Akzeptanz von Angeboten. Ein Bedürfnis der Praxis nach handbuchartigen Zusammenfassungen und rezepthaften Vorschlägen, wie denn nun Gesundheitsförderung in ihrer salutogenetischen Sichtweise verwirklicht werden kann, ist deshalb verständlich, auch wenn es in der Natur der Sache liegt, dass allgemein gültige Aussagen nicht oder kaum getroffen werden können. Gerade die Lebendigkeit von Gesundheitsförderung verbietet allzu Rezepthaftes und allgemein Gültiges. Fördernde und hemmende Bedingungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung werden in einigen Fällen beschrieben, ein theoretisches Konstrukt zu ihrer Erklärung existiert augenblicklich aber noch nicht und lässt sich möglicherweise auch gar nicht allgemein beschreiben.

Wenn Gesundheitsförderung verstanden wird als ein systemisches Modell, dessen fünf Handlungsebenen sich aufeinander beziehen und nicht nur unverbunden nebeneinander existieren, dann hat Gesundheitsbildung darin einen festen Platz. Die Unterschiede von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung sind, bei einer genaueren Analyse ihrer theoretischen Konzepte, weit kleiner als dies das Nebeneinander und das Nicht-zur-Kennntnisnehmen der Gesundheitsbildung durch die Gesundheitsförderung vermuten lässt. Gerade die Subjekt-Orientierung, die ein Bildungsansatz bedingt, birgt für Gesundheitsförderung, die ohne handelnde Subjekte nicht vorstellbar ist, eine deutliche Chance, vorausgesetzt, sie kann sich in eine gesundheitsfördernde Gesamtkonzeption einbetten. Gesundheitsförderung verliert ihren eigentlichen Sinn, wenn das Wohlbefinden von Menschen dieses ist nur, als Subjektives möglich - nicht der Ausgangspunkt und der Zielpunkt bleibt. Bildung kann andererseits Lebensbedingungen nur in Ausnahmefällen direkt verändern, allerdings Menschen zur Veränderung ermutigen. Gesundheitsbildung kann Modelle anbieten, wie eine Gesundheitsförderung möglich ist, die von handelnden Personen ausgeht, aber keine Risikofaktorenorientierung meint.

Während es in der Präventionsorientierung durchaus sinnvoll erscheint, zwischen Verhältnisprävention und Verhaltensprävention zu unterscheiden, muss die Gesundheitsförderung hier mit einem klaren sowohl als auch antworten und sich gleichzeitig von beiden Konzepten entschieden abgrenzen. Wenn Gesundheitsförderung die Gesundheitskompetenz von Menschen in deren konkreten Lebensbedingungen stärken will, kann sie dies nicht an dem Handeln und Wollen von Subjekten vorbei und auch nicht, ohne auf Lebensbedingungen einzuwirken, bzw. diese bereits konkret zu verändern. Gesundheitshandeln meint hier konkretes Handeln im Sinne des eigenen Wohlbefindens in einem sozialen und natürlichen Kontext mit Auswirkungen auf Verhältnisse, ohne dass allerdings von vorneherein genau bestimmt werden kann, in welche Richtung die Veränderung zielen wird. Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung sind sich hier in ihren programmatischen Aussagen ausgesprochen ähnlich, wenn nicht identisch. Gleichzeitig sind die Möglichkeiten, die Erwachsenenbildung grundsätzlich bieten könnte - eingegrenzt durch strukturelle Bedingungen - auf der theoretischen Ebene kaum erkannt.

Insgesamt wäre eine theoretisch fundiertere Praxis hilfreich, weil sich erst bei genauerem Hinsehen der Vorwurf entkräften lässt, Gesundheitsförderung umfasse irgendwie alles und deshalb nichts konkret. Evaluation von Maßnahmen zu ihrer Qualitätssicherung wären hier zu begrüßen. Eine medizinische Ausrichtung der Kriterien erweist sich hierbei allerdings als kontraproduktiv, zumindest solange wie von Gesundheitsförderung und nicht von Krankheitsprävention gesprochen wird. Mit den Modellen von Antonovsky und Rappaport sind aber wissenschaftliche Alternativen denkbar.

Noch relativ wenig entwickelt scheinen Konzepte, die sozialer Ungleichheit im Zugang zu Gesundheit konstruktive Projekte entgegensetzen und nicht von einem Defizitmodell ausgehen. Der Vorwurf, Gesundheitsförderung diene gegenwärtig hauptsächlich dazu, die Gesunden (Frauen aus der „Mittelschicht“) gesünder zu machen, erscheint allerdings wenig zu einer Ermutigung im Sinne von Empowerment beizutragen. Eine gesundheitsfördernde Sichtweise ist immer auch eine, die positiv beschreibt, was möglich ist, und dort ansetzt, wo Potenziale da sind, und sich nicht ausschließlich bei dem aufhält, was nicht oder noch nicht verwirklicht ist. Dennoch bleiben u.a. auch für Gesundheitsbildung hier Aufgaben, für deren Verwirklichung möglicherweise aber auch Organisationsentwicklung notwendig sein könnte.

Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung könnte eine geeignete Verbindung sein, die und ihrer Forderung nach gesünderen Lebensbedingungen zu verwirklichen. Dabei kann allerdings Organisationsentwicklung nicht schon für sich stehen, sondern muss sich Fragen nach geeigneten Zielen gefallen lassen. Kriterien könnten z.B. sein:

- Führt Organisationsentwicklung zu Empowermentprozessen oder bewirkt sie eine Demoralisierung?? Vergrößert oder verkleinert sie die Handlungsfähigkeit und die Selbstbestimmung der Beteiligten?

Stärkt oder schwächt sie den Kohärenzsinn der in der Organisation Beschäftigten und ihrer Nutzer/innen?

- Entstehen handlungsfähige, kreative Netze oder starre, sich gegenseitig behindernde Strukturen? Inwieweit können zufällig gewachsene Verbindungen sinnvoll integriert werden? Wie viel Organisation ist hilfreich und wie viel unorganisiertes Entstehenlassen sinnvoll?
- Werden Modelle der Organisationsentwicklung von oben übergestülpt oder erlauben sie einen Aushandlungsprozess der Beteiligten? Welche Partizipationsstrukturen können gefunden werden? Wer bestimmt, welche Bedingungen gesund sind?
- Welcher Platz besteht für unterschiedliche kulturelle oder geschlechtsspezifische Deutungsmuster?
- Kann Organisationsentwicklung zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen?

Zu fragen wäre weiter, von welchen Modellen gelernt werden soll. Denkbar sind so unterschiedliche Organisationsformen wie betriebliche Modelle oder das Entstehen sozialer Bewegungen. Wo sind ihre jeweiligen Vor- und Nachteile? Sicherlich sollte auch nicht vorweg angenommen werden, die bisherigen Strukturen seien insgesamt überholt. Vor Veränderungen muss eine Analyse stehen, welche Bedingungen hinderlich aber auch welche Bedingungen sich als förderlich gezeigt haben. Möglicherweise wird es keine allgemein gültigen Organisationsmodelle geben.

Zu fragen wäre darüber hinaus, inwieweit die Gesundheitsförderung mit ihren Vorschlägen einer Organisationsentwicklung an Volkshochschulen dienen könnte. Umgekehrt wäre von Interesse, welche Möglichkeiten Erwachsenenbildung haben, Prozesse der Organisationsentwicklung und der Kooperation sinnvoll zu unterstützen.

Zusammenfassend scheint es gegenwärtig Modellen auf praktischer wie auf theoretischer Ebene zu bedürfen, die die in sich richtigen und integrierten Teilaspekte aufeinander zu beziehen vermögen und geeignet sind, den Ansatz von Gesundheitsförderung plastischer zu machen und weiterzuentwickeln.

Mit der Entwicklung und Durchführung des Lehrgangs Gesundheitsbildung für Kursleiter an Bayerischen Volkshochschulen ist zu prüfen, inwieweit ein solches Praxismodell vorliegt.

2. Kapitel

Kritisch konstruktive Auswertung von gesundheits -bildnerischen Konzepten und ihrer Methodik für einen Begriffsrahmen Gesundheitsbildung

2.1. Gesundheitsbildung zwischen Orientierung und Erziehung

Wie die bisherigen Ausführungen des ersten Kapitels zeigten, befinden sich Gesundheitsförderung und -bildung in einer Umorientierungsphase von weittragender Bedeutung. Um nun ein - wenn auch vorläufiges – Anforderungsprofil an eine Konzeption von Gesundheitsbildung postulieren zu können, das als Bezugssystem für die nachfolgenden Konzepte dienen kann, soll in dem Abschnitt der normative Wertrahmen für die gesamte Studie offen gelegt werden. Dabei wird eine Konzeption von Gesundheitsbildung in zweierlei Hinsicht untersucht, einmal deskriptiv - analysierend, i. S. von was im Augenblick der Forschung zur Gesundheitsförderung und -bildung als üblich und angemessen betrachtet wird (siehe auch vergleichende Analyse im 1. Teil dieser Studie) und zum anderen normativ - stellungsnehmend im Hinblick auf einen erwünschten Soll-Zustand, wie er zukunftsweisend sein könnte, der in dem Abschnitt näher ausgeführt wird.

Als Quintessenz der vorangegangenen Ausführungen kann aus normativer Sicht festgehalten werden, dass Gesundheitsbildung sowohl pädagogisch-bildungsbezogene als auch gesundheitsorientierte Aspekte angemessen berücksichtigen müssen, wobei unter Zugrundelegung eines allgemeinen Bildungsverständnisses die Aspekte des „lebenslang notwendigen Lernens“, der „ganzheitlichen Selbstbildung“ in Richtung auf Selbstverwirklichung und Emanzipation, sowie der „Lebensbezug“ und die Einbeziehung „struktureller Erziehungsfaktoren“ sich mit den Aspekten von „Selbsthilfe“ und „Sich-Selbst-Heilen“, von „Im-Selbst-Gefestigt-Sein“ und „rund werden“ verbinden müssen.

Gesundheitsbildung darf darüber hinaus ein „heilender Aspekt“ nicht fehlen, indem durch sie nicht nur „Schädliches verhindert“, „Störendes ausgeschaltet“ und „Verlorengegangenes wieder hergestellt“, sondern auch und insbesondere die „eigenen heilenden Kräfte“ auch im Sinne von „Lebensfreude“ und „Sinnerfüllung“ gefördert, entwickelt und entfaltet werden sollen. Diese Anforderungen erwachsen neben einem neuen Verständnis von Gesundheit und Krankheit ((siehe dazu die Ausführungen zum Begriff der „Ganzheitlichkeit“ weiter unten)) aus einem freiheitlich-demokratischen Grundverständnis und lassen sich auf der Basis der damit verbundenen allgemeinen Grundwerte unserer pluralen Gesellschaft legitimieren.

Dabei kann der sog. Grundwertekatalog als Bewertungsmaßstab letztlich zwar nicht bewiesen, aber doch überzeugend begründet werden. Auf diesen normativen Bezugsrahmen soll hier - im Sinne einer ideologischen Offenlegung - noch näher eingegangen werden.

WEBER (1978) spricht z.B. im Zusammenhang mit der Werterziehungsproblematik in der Pädagogik auch von der Orientierung am „*demokratischen Ethos*“ und der Befreiung zu „*verantwortlicher Mündigkeit*“.

Diesem Ethos liegen dabei spezifische anthropologische Prämissen zugrunde, nach denen „der Mensch, als eine freie und verantwortliche Person“ zu begreifen ist, deren Leben sich im Spannungsfeld von Individualität und Sozietät, von individueller und kollektiver Geschichtlichkeit bewegt.

Die mit dem Ethos verbundenen Prämissen sind zwar „*weltanschauungsneutral, aber nicht wertneutral*“. (Weber, 1978, S.63) Ihr Fundament sind die demokratischen Grundwerte der Menschenwürde, der Freiheit und der Gleichberechtigung.

Unter gesundheitspädagogischem Aspekt betrachtet, können folgende Wertüberzeugungen und normativen Einstellungen, die das demokratische Ethos charakterisieren, als besonders relevant erachtet werden:

- Achtung vor der Würde des Menschen und Respektierung seiner Persönlichkeit.
- Anerkennung der Freiheit des Menschen als Recht auf eigene Lebensgestaltung und individuelle Selbstentfaltung (soweit dadurch die gleichen Rechte der anderen nicht beeinträchtigt werden) sowie Beschränkung der Fremdbestimmung und Herrschaft auf das notwendige Minimum.
- Gewährleistung von Gleichberechtigung, im Sinne gleicher Chancen in Bezug auf die Gestaltung des eigenen Lebens (gemäß der persönlichen Potenz und Tendenz).
- Bemühung um Leidminderung sowie um Steigerung der materiellen und immateriellen Lebensqualität aus Interesse am Wohlergehen aller unter Einbeziehung der Zukunftsdimension, also Verpflichtung auf das Gemeinwohl.
- Selbstkontrolle und Selbstbeherrschung
- Verantwortlichkeit als Selbst- und Mitverantwortung
- Offenheit für die Sinnfrage (Spiritualität)

Ebenso wie diese moralischen Prinzipien Leitvorstellungen für einen Erziehungsauftrag im umfassenden Sinne darstellen, können sie auch im Bereich der Gesundheitsbildung als Maßstab dienen. Das demokratische Ethos kann dabei als „*unverzichtbarer und normativer Minimalkonsens*“ (WEBER 1978, S. 65) der freiheitlichdemokratischen Grundordnung verstanden werden.

Für eine weiterführende und differenzierte Begründung dieser Grundwerte im Hinblick auf den pädagogischen Kontext unterscheidet HÄBERLE (1981, S.13 ff) in seiner Diskussion über Wertpluralismus und Wertewandel grundsätzlich noch Orientierungswerte und Erziehungsziele, wobei er beide als unverzichtbare konsensbildende Elemente im Verfassungsstaat betrachtet, die ein Stück dessen kultureller Identität darstellt. „Sie ermöglichen individuelle und allgemeine Sinngebung“, wobei er Erziehungsziele als „eine Art kulturelles Glaubensbekenntnis des Verfassungsstaates“ bezeichnet, während für ihn Orientierungswerte verschiedene gesellschaftliche Leit- und Vorbilder sind, die vom mündigen Bürger verwirklicht, weiterentwickelt, aber auch verfehlt werden.

Orientierungswerte und Erziehungsziele unterscheiden sich dabei zum einen im Ausmaß ihrer Kodifizierung, d.h., Erziehungsziele sind z.B. im Unterschied zu Orientierungswerten im allgemeinen schriftlich formuliert, zum anderen im Grad der Rechtsverbindlichkeit für den betroffenen Adressaten, d.h., Orientierungswerte sind „pluralistisch“, sodass der erwachsene Bürger zwischen ihnen wählen kann, während Erziehungsziele „imperativ verbindlich“ sind.

Als dritter Unterschied ordnen sich Erziehungsziele „*letztlich zu einem ausgewogenen Ganzen*“, d.h. z.B. Menschenwürde und Toleranz gehören zusammen, während Orientierungswerte sich vielfach ausschließen. Sowohl den Erziehungszielen wie auch den Orientierungswerten liegen als verbindende Elemente die Grundwerte „*Menschenwürde und Toleranz*“ als invariante Prämissen zugrunde, da Pluralismus, Freiheit und Gleichheit durch sie erst ermöglicht werden.

Diese „kulturellen Invarianten“ sind zugleich ermöglichende Bedingungen für Varianten, für Wandel. So sehr Menschenwürde und Toleranz erst das Ergebnis langer kultureller Wachstumsprozesse sind, so sehr sind sie heute Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der offenen Gesellschaft. Sie bilden das Fundament des europäischen Erbes und sie eröffnen kulturelle Zukunft für neue, modifizierte Erziehungsziele und Orientierungswerte. Sie garantieren, dass der Einzelne zu einem mündigen Bürger werden kann, der mit Erreichen der Volljährigkeit nicht mehr erzogen, sondern dank der grundrechtlichen Freiheit - auch die Wahl hat, sich Orientierungswerten zuzuwenden, die nicht Gegenstand der Erziehung waren.

Vor allem kann und soll er neue Orientierungswerte finden und erfinden. Andererseits stellen die Erziehungsziele dem Bürger auch Orientierungswerte zur Verfügung. Die offene Gesellschaft rechnet gerade mit vielen - auch unterschiedlichen - Erziehungszielen als Orientierungswerte. Allerdings setzt diese „Gewähr von Freiheit“ als Wertentscheidung voraus, dass die Bürger in ihrer Mehrzahl den Sinn von Freiheit erkennen und daher von ihren Grundrechten nicht einen beliebigen, sondern einen nach sittlichen Postulaten oder der Vernunft verantworteten Gebrauch machen. Dieses Bewusstsein zu erzeugen bzw. ausprägen, ist ein erklärtes Ziel von Erziehung, wobei die Ausrichtung an den Grundwerten einen wesentlichen Beitrag dazu leistet.

Diese „Bewahrung des Grundkonsenses“ auch im In-teresse der Einflussnahme auf die Richtung der Selbstentfaltung des Einzelnen lässt sich nach HÄBERLE (1981) u.a. mit der Erwägung rechtfertigen, dass die Freiheit der Person keine schrankenlose Freiheit ist, sich vielmehr der Einzelne diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen muss, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des bei dem gegebenen Sach-verhalt allgemein Zumutbaren zieht, vorausgesetzt die Eigenständigkeit der Person bleibt gewahrt. Im Hinblick auf die Werteerziehung in der Schule konstatiert er, dass die Erziehung zur Bejahung der Grundwerte des GG zumutbar ist, „wenn dieser Erziehungsauftrag nicht absolut gesetzt wird, sondern der viel weitergreifenden Aufgabe, dem Schüler zu seiner Selbstentfaltung zu verhelfen, untergeordnet wird.“ Sie ist im Geiste der Freiheit wahrzunehmen; dazu gehört, dass weder Bekenntnisse abverlangt noch einzelne Wertentscheidungen des GG überbewertet und dadurch ideologisiert werden. Das Grundrecht auf Selbstentfaltung (Art. 21 GG) gewährleistet dabei die Freiheit des Denkens und des Sicht-Entscheidens.

Auf der Basis dieser Ausführungen verstehen sich auch die folgenden Hypothesen von Gesundheitsbildung, die im Laufe der Arbeit präzisiert und überprüft wird, als Orientierungswert, der andere Auffassungen weder ausschließen noch unangemessen einschränken wollen:

1.) Gesundheitsbildung ist ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener, dynamischer Prozess, der sich durch Lebensbezug auszeichnet und lebenslang für alle Altersstufen und Gesundheitsniveaus möglich und notwendig ist.

2.) Gesundheitsbildung als wichtiges Element eines Gesamtkonzeptes der Gesundheitsförderung. Gesundheitsbildung umfasst die persönliche Bemühung, eine eigene, persönlich richtige Lebensweise/Lebensführung aufzubauen. Dabei beschränkt sie sich nicht auf die Korrektur und Entfaltung individueller Handlungsweisen, sondern berücksichtigt soziale, ökonomische und ökologische Aspekte menschlichen Handelns.

Gesundheitsbildung bedeutet ein ständiges Bemühen um Wissensaneignung, Urteilsbildung und Handlungstransfer zur Initiierung und Sicherung gesundheitsbewusster Denk- und Verhaltensweisen sowie zur Förderung gesunder Lebensverhältnisse. Gesundheitsbildung ist damit ein wichtiges Element eines Gesamtkonzeptes der Gesundheitsförderung.

(Gesundheits-)Bildung wird in Abgrenzung zur (Gesundheits-) Erziehung als lebenslanger Prozess aufgefasst, als ein ständiges Bemühen um ein angemessenes, d.h. gesundheitsförderliches „Selbst- und Weltverständnis“.

Gesundheitsbildung will den Teilnehmern Gesundheit erfahrbar machen, ihr Zutrauen in die eigene Gesundheitskompetenz stärken und das Bewusstsein für die Notwendigkeit fördern, sich für die eigene Gesundheit und die anderer sowie für gesundheitsgerechte Lebensbedingungen aktiv einzusetzen. Sie zielt auf die Stärkung der natürlichen Selbstheilungskräfte des Menschen und auf die Verbesserung der Handlungschancen von Menschen und auf die Erweiterung ihrer Selbst- und Mitbestimmungsfähigkeiten in gesundheitlichen Belangen. Gesundheitsbildung will selbstbestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln für Gesundheit. In diesem Sinne ist Gesundheitsbildung auch „Hilfe zur Selbsthilfe“.

3.) Gesundheitsbildung bezieht sich dabei auf den ganzen Menschen als Einheit von Kopf, Herz und Hand in allen seinen Lebensbezügen und zielt ganz im Sinne einer aktivpartizipativen aktiven Selbstbildung auf selbstbestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln in Richtung auf ein Mehr an Lebensqualität und eine bessere Lebensbewältigung.

Gesundheitsbildung kann nur dann erfolgreich initiiert werden, wenn ihr ein ganzheitliches Menschenbild und ebenso komplexes Gesundheitsverständnis zugrunde gelegt wird. Sie basiert auf der Erkenntnis, dass persönliche Gesundheit und gesundheitsförderliches Handeln von Einzelnen bzw. Gruppen nicht ausschließlich in das Belieben der Einzelnen gestellt werden, sondern Elemente von Lebenswegen sind, in denen sich gesellschaftliche, gesundheitsförderliche wie -gefährdende Strukturen und Sozialisations- und Erfahrungserfahrungen widerspiegeln. Gesundheitsbildung umfasst somit die Einsicht in die menschliche Unvollkommenheit und Endlichkeit und somit auch die Anerkennung von Krankheiten und Tod als Bestandteile menschlichen Lebens.

4.) Gesundheitsbildung konzentriert sich darüber hinaus insbesondere auch auf die Entfaltung der individuellen gesundheitlichen Potenziale im Sinne von Selbsthilfe und Selbstheilung im Rahmen eines verantwortungsvollen, interaktiven Handelns bei der Mitgestaltung und Umgestaltung der Lebenswelt im Interesse der Gemeinschaft.

Letztendlich intendiert die Gesundheitsbildung individuelle Emanzipation und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen. Inhaltlich orientiert sich Gesundheitsbildung vorrangig an dem breiten Spektrum der Determinanten von Gesundheit und an deren Wechselwirkung

Gesundheitsbildung und Ansatz der „Satutogenese“: Gesundheitsbildung schließt grundlegende Fragen, wie „wer bin, ich?“, „wozu lebe ich?“, „wozu bin ich da?“ und Fragen nach der persönlichen „Ortsbestimmung“ im eigenen Lebenslauf und in der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung mit ein. Gesundheitsbildung bewegt sich zwischen Persönlichkeitsentfaltung und ökosozialer Verantwortung.

Sie richtet sich nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf die sozialen und natürlichen Lebensbedingungen und stärkt die Achtsamkeit der Menschen für die Beziehungen zwischen Mensch und Umwelt. Methoden der modernen Pädagogik bilden die Grundlage der Gesundheitsbildungsarbeit. Durch aktives und interaktives Aneignen von gesundheitsrelevanten Kenntnissen und Kompetenzen wird die Möglichkeit geboten, den für die jeweiligen Lebenssituationen passenden Weg zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen zu finden. Gesundheitsbildung setzt bei den subjektiven Erfahrungen und Lerninteressen an, fördert ein Bewusstsein für die Mitwelt und regt zur Reflexion des bisherigen Lebensweges und der Lebensweisen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten an.

Gesundheitsbildung geht über eine präventiv orientierte Gesundheitserziehung mit deren vorrangiger Ausrichtung auf die Vermeidung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen und über bloße Information und Aufklärung hinaus. Sie will, dass Menschen mehr Möglichkeiten haben, positiven Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und die anderer sowie auf ihre Lebensbedingungen auszuüben.

Zugrunde liegt dieser Überlegung eine veränderte Sichtweise – manche sprechen auch von verändertem Bewusstsein - von Mensch und Umwelt, Gesundheit und Krankheit. Folgerichtig münden diese Denkansätze zwangsläufig in die Konzeption von Gesundheitsbildung ein.

Im nächsten Kapitel wird dementsprechend näher auf diese „ganzheitliche Sichtweise“ eingegangen.

2.2. Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit

Im westeuropäischen Kulturraum wird insbesondere von Wissenschaftlern, aber zunehmend auch von gesellschaftskritisch denkenden Menschen, immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, eine ganzheitliche Sicht der Wirklichkeit zu entwickeln und im Hinblick darauf das individuelle und gesellschaftliche Handeln zu verändern, um dem Überleben der Menschheit auf diesem Planeten eine Chance zu geben. Gefordert wird die Ablösung des mechanistischen Weltbildes der herrschenden Naturwissenschaft durch eine ganzheitliche, ökologische Betrachtungsweise der Wirklichkeit, die unsere Wertvorstellungen grundlegend verändern könnte.

Ziel dieses Paradigmenwechsels ist es, das in unserer Kultur vorherrschende einseitige, rationale, mechanistische, dualistische und analytische Denken durch *„ein umfassenderes, Subjektivität und Intuition einbeziehendes, systematisches, ganzheitliches, die Dinge in ihren Wechselwirkungen und Zusammenhängen betrachtendes Denken und Handeln zu ergänzen.“* (Helmut Milz 1992, S. 215).

Ich möchte in diesem Kapitel ein für die Gesundheitsbildung schlüssiges Denkmodell für die ganzheitliche Sichtweise von Wirklichkeit und Mensch vorstellen. Dabei bin ich mir der Schwierigkeit bewusst, den weithin verwendeten alltagssprachlichen Begriff „Ganzheitlichkeit“ zu erklären.

Heute bestehen verschiedene Philosophien und Auffassungen von Ganzheitlichkeit nebeneinander. Außerdem ist der Begriff der „Ganzheitlichkeit“ dem Wandel der Welt und der Wissenschaft unterworfen und ist zudem abhängig vom Standpunkt desjenigen, der Ganzheitlichkeit definiert (vgl. Liliane Juchli 1990, S. 32).

Es ist Renate Jäckle zuzustimmen, die zu der Diskussion um Ganzheitlichkeit sagt: *„Wer anfängt, nach der Bedeutung des Wortes Ganzheit zu suchen, landet in einem Gewirr aus psycho (-sozialen), politischen und mythischen Vorstellungen ...“*. (Renate Jäckle 1985, S. 62). Hier orientieren wir uns an der Systemlehre, die eine ganzheitliche Sichtweise der Wirklichkeit entfaltet hat.

Im Folgenden wird das ganzheitliche Denk- und Weltbild der Systemlehre dargestellt. Diese wurde in erster Linie von Physikern entwickelt. Vor allem Fritjof Capra (Physiker an der University of California/Berkeley), zeichnet ein Weltbild, in dem die wechselseitige Verknüpfung und Abhängigkeit aller Phänomene betont wird, alle Lebewesen und Gesellschaften als in die zyklischen Vorgänge der Natur eingebettet begriffen werden und der menschliche Organismus, als sich selbstorganisierendes System betrachtet wird.

Im Gegensatz zur mechanistischen Weltansicht zeichnet sich das Modell durch die Betonung systemischer, kybernetischer und energetischer Zusammenhänge aus, die rein monokausal lineare Aussagen nur noch bedingt zulassen: die Welt und das Universum sind ein unteilbares, dynamisches Ganzes, ein organismisches Ganzes, eine „ungebrochene Ganzheit“ (Bohm 1987), in die alle Teile miteinander in Beziehung stehen und sich mehr oder weniger stark gegenseitig beeinflussen.

Capra war einer der ersten, der sich explizit dem Thema Ganzheit und Gesundheit zugewandt und Konsequenzen für die notwendige Veränderung der medizinischen Praxis, der Pflege erkrankter Menschen und der öffentlichen Gesundheitsförderung entwickelt hat.

Insbesondere in der alternativen Gesundheitsbewegung findet zurzeit eine kritische Auseinandersetzung mit dem vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit, mit der modernen Medizin und dem Gesundheitswesen statt. Es wird die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit betont, die einschneidende Konsequenzen für die Neugestaltung des Gesundheitssystems, der Gesundheitsförderung haben und einen veränderten Umgang mit Krankheit nach sich ziehen muss. Dabei geht es um die Frage, wie sich der menschliche Organismus (und damit auch seine Gesundheit und Erkrankung) in der wechselseitigen Beeinflussung und Abhängigkeit von körperlichen, psychischen, geistigen und transzendenten Aspekten der Person sowie in der Interaktion mit den ihn umgebenden natürlichen und gesellschaftlichen Systemen entwickelt.

2.2.1. Der Mensch im systemischen Weltbild

Der menschliche Organismus ist eine psychobiologische Einheit.

Der Mensch im systemischen Weltbild wird begriffen als ein menschlicher Organismus mit einer psychobiologischen Einheit. Er hat physische (Körper), psychische (Gefühle und Empfindungen), geistige (Verstand und logisches Denken), kulturelle und transzendente (übersinnliche) Seinsweisen, die miteinander in enger Wechselwirkung stehen, voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen. Unter transzendenten (übersinnlichen) Seinsweisen verstehen wir alle religiösen, spirituellen und meditativen Formen unseres Lebens.

Es setzt voraus, dass eine Interaktion zwischen psychischer Aktivität und physiologischen Prozessen im Körper besteht. So beeinflussen Geist und Psyche den menschlichen Körper, seine Organe, Gewebe und Zellen, und umgekehrt beeinflussen körperliche Prozesse auch Geist und Psyche. In Anlehnung an Viktor E. Frankl (1974) verstehen man Ganzheit hier also als eine „leib-seelisch-geistige Einheit“.

Mit dieser Sichtweise widerspricht das systemische Weltbild entschieden der traditionellen mechanismaterialistischen Weltauffassung, die einen Dualismus von Körper und Seele annimmt und eine wechselseitige Beeinflussung bzw. ein Zusammenspiel von physischen, psychischen, geistigen, kulturellen und transzendenten Seinsweisen nur wenig beachtet.

Der menschliche Organismus ist ein lebendes System.

Das Einzelindividuum ist im Licht dieser „neuen Sichtweise“, zum einen, nicht mehr fraglos und ohne wesentliche Aspekte aus den Augen zu verlieren von seiner Umgebung getrennt und zum anderen, ein lebendes und sich selbst organisierendes System mit hoher potenzieller Energie. Theoretisch verfügt jeder Mensch damit über ein nahezu unbegrenztes Gesundheits- und Selbstheilungspotenzial, das mit den entsprechenden Mitteln freigesetzt werden kann.

Im systemischen Weltbild wird der menschliche Organismus als ein lebendes System begriffen. „System“ ist der zentrale Begriff dieses Weltbildes (das „Systembild des Lebens“ ist insbesondere bei Fritjof Capra, 1984, entfaltet worden). Alles, was ist, wird in Systeme eingeteilt und unterschieden in lebende (natürliche) Systeme und geschaffene (künstliche) Systeme.

Lebende Systeme sind zum Beispiel Organismen (Bakterien, Pflanzen, Tiere, Menschen und so weiter), aber auch verschiedene Organe eines tierischen oder menschlichen Körpers. Auch unsere natürliche Umwelt (so etwa Erde, Luft, Wasser, Flora, Fauna), unser Sonnensystem, die Atmosphäre und der Kosmos sind natürliche Systeme.

Geschaffene Systeme sind zum Beispiel die Gesellschaft mit ihren zahlreichen Teilsystemen, wie etwa das Arbeitsleben, die Politik, die Landwirtschaft, Institutionen und so weiter. Die geschaffenen Systeme benötigen für ihre Existenz als Voraussetzung die natürlichen oder organischen Systeme. Sie sind von diesen abhängig.

Natürliche, wie geschaffene Systeme stehen in ständiger Wechselwirkung. Zum Beispiel können die geschaffenen Systeme die Entwicklung der natürlichen Systeme fördern, hemmen oder stören. Unser Wirtschaftssystem als geschaffenes System mit dem Ziel uneingeschränkten Wachstums führt heute nachweislich dazu, die natürlichen Systeme zu schädigen und zu zerstören (zum Beispiel Verschmutzung in Luft und Wasser, Verseuchung von Wäldern und Böden).

Sowohl die lebenden wie die geschaffenen Systeme sind voneinander abhängig und durchdringen sich gegenseitig, stehen also in ständiger Wechselwirkung miteinander. Die Systemlehre geht von der Erkenntnis aus, *„dass alle Phänomene - physikalische, biologische, psychische, gesellschaftliche und kulturelle - grundsätzlich miteinander verbunden und voneinander abhängig sind.“* (Fritjof Capra 1984, S. 293).

Die natürlichen Systeme, wie Boden, Atmosphäre, Meer, Tiere, Pflanzen und Menschen brauchen einander, damit Leben bestehen kann. Das Ausfallen eines oder mehrerer Systeme (beispielsweise der sauberen Luft) würden sowohl die Lebensfähigkeit der anderen Systeme beeinträchtigen oder verhindern als auch die Lebensfähigkeit des Ganzen, des Planeten Erde, in Frage stellen.

Aufgrund dieser Verbundenheit und gegenseitigen Abhängigkeit aller Phänomene kann jeder Versuch einer Analyse bestimmter Erscheinungsformen unserer Welt uns nie die ganze Realität erschließen. Diese Verbundenheit und gegenseitige Beeinflussung entzieht sich allerdings noch weitgehend unserem Bewusstsein und Wissen. Wir können die Welt nicht als untrennbare Ganzheit erkennen, sondern wir nehmen sie als aus isolierten Einzelteilen bestehend wahr. *„Die Dinge scheinen uns getrennt und nicht miteinander verbunden. Das ist jedoch eine Illusion und Verzerrung der allem zugrunde liegenden und nicht so offensichtlichen Einheit und Verbundenheit, die eine fundamentale Eigenschaft der Welt ist.“* (Larry Dossey 1987, S. 154)

Der menschliche Organismus - und die Art und Weise des Lebens von Menschen überhaupt - entwickelt sich in wechselseitiger Beeinflussung und Abhängigkeit von körperlichen, psychischen, geistigen, kulturellen und transzendenten Aspekten der Person sowie der Interaktion mit den ihn umgebenden natürlichen und gesellschaftlichen Systemen. Unter dieser Interaktion versteht man die ständige Wechselwirkung des menschlichen Organismus mit seiner physischen, kulturellen, ökonomischen, ökologischen und sozialen Umwelt, von der er permanent beeinflusst wird, auf die er aber auch einwirkt und die er auch verändern kann. Aufgrund dieser Wechselbezüge wird der menschliche Organismus in der Systemlehre als ein integraler Bestandteil umfassender Systeme (natürliche, kulturelle, soziale, politische Umwelt) begriffen - als integrierte Ganzheit. Wenn wir hier also von Ganzheit sprechen, ist nicht nur die „leib-seelisch-geistige Einheit“ des Menschen gemeint, sondern ebenso die wechselseitige Abhängigkeit von menschlichem Organismus und Umwelt.

Der menschliche Organismus ist autonom und abhängig zugleich.

Der menschliche Organismus ist nicht nur interdependent, das heißt, in ständiger Wechselwirkung mit allen anderen Systemen, sondern ist auch weitgehend autonom. Diese Autonomie beruht darauf, dass lebende Systeme nach dem Prinzip der Selbstorganisation funktionieren. Das bedeutet, dass ihnen nicht nur ein Ordnungsprinzip durch die Umwelt auferlegt wird, sondern dieses im System selbst enthalten ist und von ihm autonom organisiert wird. Lebende Systeme, wie der Mensch, erneuern sich selbst. So ersetzt der menschliche Organismus zum Beispiel innerhalb weniger Jahre alle seine Zellen, die des Gehirns ausgenommen. Auch wenn die Selbsterneuerung ein wichtiges Phänomen der Selbstorganisation von lebenden Systemen ist, sind diese dennoch stabil in dem Sinne, dass trotz fortlaufenden Wandels und der Erneuerung der Bestandteile des Systems die Gesamtstruktur des Systems erhalten bleibt.

Die gleichzeitige Autonomie und Interdependenz des menschlichen Organismus bedeutet, dass sie sich niemals völlig selbst genügen, kann noch völlig abhängig von anderen Systemen (zum Beispiel anderen Menschen, der Umwelt) ist.

Der menschliche Organismus verändert sich ständig.

Dadurch, dass der menschliche Organismus in ständiger Wechselwirkung mit anderen Systemen steht, ist er ständiger Veränderung und Anpassung an wechselnde Bedingungen unterworfen. Die aktive Anpassung ist also eine seiner permanenten Funktionen.

Wird es sehr heiß, beginnt der Mensch zu schwitzen, um die für die Erhaltung des Lebens notwendige Körpertemperatur aufrechtzuerhalten. Hier wird deutlich, dass der menschliche Organismus autonom funktioniert, um sein Gleichgewicht - in diesem Falle eine bestimmte lebensnotwendige Temperatur - wiederherzustellen oder beizubehalten. Er verfügt also über ein hohes Maß an Flexibilität und Gestaltungsfähigkeit, um sein notwendiges inneres Gleichgewicht durch Selbstregulation zu erreichen. Der menschliche Organismus befindet sich in einem fortlaufenden Entwicklungsprozess. Dieser erfolgt nicht nur durch Außeneinflüsse und durch die Wechselwirkung mit anderen Systemen, sondern auch durch seine eigene Entwicklung. Er durchläuft einen Lebenszyklus in verschiedenen Phasen (zum Beispiel Kindheit, Jugend, Erwachsensein, Alter), der immer wieder verlangt, sich aufgrund von neuen Anforderungen in verschiedenen Lebensphasen zu verändern.

Der menschliche Organismus ist nur als integrierte Ganzheit zu begreifen.

Die Systemlehre basiert auf der Annahme, dass die Strukturen und die Funktionen des menschlichen Organismus nicht allein durch die Beschreibung und Erklärung seiner kleinstmöglichen Teile (Moleküle, Atome und so weiter) erkannt werden können. Systeme werden als integrierte Ganzheiten begriffen, deren Eigenschaften sich nicht auf kleine Einheiten reduzieren lassen.

Zwar werden in jedem System Einzelteile unterschieden, aber es darf nicht außer acht gelassen werden, dass die Wechselbeziehungen zwischen den Teilen des Systems mitbetrachtet werden müssen, will man die Struktur und das Funktionieren des Ganzen erklären. Das Ganze ist jedoch immer mehr als die Summe seiner Teile - so lautet ein Grundgedanke dieser Lehre. Dieser Gedanke kann am Beispiel eines Puzzles verdeutlicht werden. Alle einzelnen Teile eines Puzzles ergeben noch nicht das Bild, welches dieses Puzzle darstellen soll. Erst wenn alle Teile in einer bestimmten Art und Weise zusammengesetzt sind, erkennen wir das Ganze - das Bild.

Systeme sind also Ganzheiten, deren spezifische Strukturen und deren Funktionieren nur durch die Analyse der Wechselbeziehungen und der gegenseitigen Abhängigkeiten ihrer Teile erklärt werden können.

Das Funktionieren des menschlichen Organismus ist ein komplexes, vernetztes Geschehen.

Will man das Funktionieren des menschlichen Organismus verstehen und beschreiben, ist es notwendig, sowohl seine körperlichen, psychischen, geistigen, kulturellen und transzendenten Dimensionen in ihrer Wechselwirkung als auch seine Interaktion mit Umwelt und Gesellschaft zu betrachten und zu analysieren.

In der - die abendländische Medizin noch weitgehend bestimmenden - mechanistisch-materialistischen Weltanschauung, die ihre Ursprünge im 17. Jahrhundert hat und wesentlich durch Galilei, Descartes und Newton geprägt wurde, nimmt man an, dass das Funktionieren lebender Organismen allein durch das Studium der Eigenschaften und Verhaltensweisen ihrer kleinsten Bestandteile (zum Beispiel der Zellen, Gene, Moleküle) und Mechanismen ihres Zusammenwirkens begriffen werden kann. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass der lebende Organismus als mechanisches System wie eine Maschine funktioniert.

Hier wird somit die Tatsache auf die integrativen Aktivitäten des lebenden Organismus (Wechselwirkungen zwischen physischen, psychischen, geistigen, kulturellen und transzendenten Lebensweisen) und seiner Wechselbeziehungen zur Umwelt, seine Interdependenz, ausgespart - jene Aspekte, die, wie noch zu zeigen sein wird, für die Gesundheit des menschlichen Organismus von besonderer Bedeutung sind.

Gesundheit ist der Zustand eines momentanen und daher dynamischen Gleichgewichts.

Ich habe ausgeführt, dass sich der menschliche Organismus, beeinflusst durch eine sich ständig wandelnde natürliche und gesellschaftliche Umwelt und seine eigene Entwicklung (Lebenszyklus), laufend verändern und anpassen muss, um sein Gleichgewicht immer wieder herzustellen.

Erreicht er dieses Gleichgewicht, sprechen wir von Gesundheit. Es ist ein dynamisches Gleichgewicht, weil der Organismus aufgrund seiner Flexibilität, einer großen Anzahl von Optionen für das Zusammenwirken mit seiner Umwelt (vgl. Fritjof Capra 1984, S. 361), permanent schöpferisch auf Umweltbedingungen und die Herausforderungen durch seinen Entwicklungsprozess (zum Beispiel den Alterungs- und Reifungsprozess) reagiert, und es so immer wieder neu ausbalanciert. Dabei bedeutet der Begriff „dynamisches Gleichgewicht“ auch, „*dass in jedem lebenden Organismus Heilungskräfte vorhanden sind und dass der Organismus eine angebotene Tendenz hat, in einen Gleichgewichtszustand zurückzukehren, wenn dieser gestört ist.*“ (Fritjof Capra 1984, S. 361)

Es wird deutlich, dass Gesundheit also immer die mehr oder weniger geglückte Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit sich, seinem Körper, seiner Umwelt, seiner Kultur und seinen Mitmenschen ist (vgl. Helmut Hildebrandt 1990, S. 31). Dabei wird die Erfahrung von Gesundheit und Erkrankung stark von der Kultur bestimmt, in der Menschen leben. Was als gesund und krank definiert wird, variiert von Kultur zu Kultur.

Wir wissen aus eigener Erfahrung, dass Gesundheit nichts Statisches ist. Wir fühlen uns nicht jeden Tag gleich wohl. Manchmal haben wir Kopfschmerzen, mal fühlen wir uns müde und zerschlagen. Damit bezeichnen wir uns jedoch noch nicht als krank, aber vielleicht als „leicht angeschlagen“. Unsere Gesundheit ist dann zeitweise nicht von so guter Qualität wie an den anderen Tagen, da wir keine Kopfschmerzen haben oder uns sehr gut ausgeruht fühlen. Es wird deutlich, dass Gesundheit auch eine subjektive Erfahrung ist.

Gesundheit ist genauso wie auch Krankheit ein fortlaufendes Geschehen (Fritjof Capra 1984, S. 360), ein sich ständig verändernder und entwickelnder Prozess. Diese Auffassung von Gesundheit setzt sich übrigens deutlich von der Definition der Weltgesundheitsorganisation ab, die Gesundheit als einen Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bestimmt.

Gesundheit und Krankheit sind verschiedene Aspekte ein und derselben Wirklichkeit.

Im Sinne des systemischen Weltbildes können Gesundheit und Krankheit nicht als eindeutig trennbare Phänomene begriffen werden. Gesundheit und Krankheit sind also nicht zwei sich ausschließende Gegenpole, sondern in ihrer Existenz aufeinander angewiesen (ohne Gesundheit gäbe es keine Krankheit und umgekehrt).

Es gibt keinen festen Nullpunkt, auf den wir uns beziehen können, um genau zu sagen, wo Gesundheit aufhört und Krankheit anfängt oder umgekehrt. Sie treten sich nicht als ausschließende Gegensätze gegenüber, sondern sind im Leben der Individuen immer miteinander verbunden. *„Niemand ist - so lange er lebt -je ganz krank oder ganz gesund -, und dann, wenn wir uns die eine Seite anschauen, leuchtet die andere bereits auf.“* (Annelie Keil 1987, S. 99).

Deshalb kann Gesundheit auch nicht wie in unserem herrschenden Medizinsystem als Abwesenheit von Krankheit begriffen werden.

Gesundheit und Krankheit sind Ausdruck von Leben. Das Leben eines Menschen bewegt sich zwischen Gesundheit und Krankheit. In der chinesischen Philosophie nimmt man an, dass das Wechselspiel zwischen zwei Polen oder zwei Gegensätzen dem Wesen aller Lebenserscheinungen entspricht. Dieses Wechselspiel wird als Rhythmus bezeichnet. Rhythmus verstanden als Spannungsausgleich oder als Integration der Gegensätze, sind in dieser Philosophie das Grundmuster allen Lebens.

Die Polaritäten - die gegensätzlichen Kräfte, die vor über 4000 Jahren in der chinesischen Philosophie als Yin und Yang bezeichnet wurden - sind sowohl autonom als auch gleichzeitig voneinander abhängig. Beide Pole (zum Beispiel Tag und Nacht, oben und unten, Ruhe und Bewegung, Einatmen und Ausatmen, Wachsein und Schlafen, männlich und weiblich, gesund und krank) sind lediglich verschiedene Aspekte ein und derselben Wirklichkeit beziehungsweise Einheit.

In der Regel können wir die Einheit in ihrer Gleichzeitigkeit der Gegensatzpaare aber nicht wahrnehmen. Zum Beispiel erleben wir den Tag und darauf folgend die Nacht, aber nie Tag und Nacht gleichzeitig. Wir könnten die Gleichzeitigkeit von Tag und Nacht zum Beispiel sinnlich wahrnehmen, wenn wir von einem Raumschiff im All auf die Erde blicken würden. Wir würden sehen, dass die eine Halbkugel im Dunkeln, in der Nacht, und die andere im Hellen, im Tageslicht liegt.

Über den Umweg der Zeit erleben wir also immer wieder, wie ein Pol durch die Nachfolge seines Gegenpols abgelöst wird (zum Beispiel Tag und Nacht, Einatmen Ausatmen, Wachsein - Schlafen). Aus unserer Erfahrung mit Tag und Nacht wissen wir, dass es unklare Übergänge zwischen beiden Polen gibt. In der abendlichen Dämmerung ist es daher schwer zu sagen, ob es schon Nacht ist oder noch Tag. Die Übergänge zwischen Tag und Nacht sind also fließend. Diese fließenden Übergänge sind typisch für den Wechsel zwischen zwei Polen.

Dies zeigt auch bei Gesundheit und Krankheit. Gesundheit und Krankheit bilden die „Prinzipien der Bewegung“ eines Gegensatzpaares. Sie sind eins, eine Einheit (vgl. Larry Dossey 1987, S. 262).

Gesundheit und Krankheit sind mehrdimensionale Phänomene.

Wie für den menschlichen Organismus, so ist auch für Gesundheit und Krankheit das Zusammenspiel von körperlichen, psychischen, geistigen, kulturellen und transzendenten Aspekten der Person sowie der sie umgebenden natürlichen und gesellschaftlichen Systeme bedeutsam. Wir wissen inzwischen, dass bei der Entwicklung von Gesundheit und Krankheit folgende Faktoren eine Rolle spielen (können):

- die Beschaffenheit des menschlichen Körpers (zum Beispiel Organe, Gelenke, Muskeln, Blut) und körperliche Vorgänge (wie etwa Verdauung),
- die psychische Befindlichkeit des Individuums (zum Beispiel Trauer, Ärger, Freude, Stress),
- die Lebensweise der Menschen (zum Beispiel Ernährung, Bewegung, Entspannung),
- die berufliche und private Umwelt (zum Beispiel der Arbeitsplatz, das Wohnumfeld),
- die Beziehungen zu anderen Menschen (zum Beispiel Liebeskummer),
- belastende Lebensereignisse und kritische Übergänge im Lebenszyklus (zum Beispiel der Verlust eines nahe stehenden Angehörigen, die Wechseljahre, Eintritt in den Ruhestand)

Besonders deutlich zeigen sich negative Einflüsse auf die Gesundheit durch die sozialen und psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Verarmung, was Untersuchungen immer wieder nachgewiesen haben. Und es ist nicht mehr zu übersehen, dass die ökologische Krise (zum Beispiel Verschmutzung von Wasser, Luft und Boden, krank machende Lebensmittel, die drohende Klimakatastrophe) mehr und mehr die Gesundheit aller Menschen bedroht.

Die vielfältigen Bedingungsbeziehungen von Gesundheit und Krankheit machen es also unmöglich, Gesundheit und Krankheit jeweils auf eine Ursache zurückzuführen. *„Die Wirklichkeit der Gesundheit ist ein vielschichtiges Gewebe, dessen Erkenntnis aus der Betrachtung der Zusammenhänge und nicht der Details resultiert.“* (Annelie Keil 1987, S. 101)

Was wir noch nicht so genau wissen und was auch in der medizinischen Forschung erst in Ansätzen erkannt wurde, ist die Art und Weise, wie das Zusammenspiel dieser Faktoren für Gesundheit und Krankheit vor sich geht.

Folgende Definitionen, die die individuellen, sozialen und ökologischen Dimensionen von Gesundheit berücksichtigen, machen deutlich, dass Gesundheit (und so auch Krankheit) nie nur körperlicher Natur sein kann, sondern dass der Mensch als Leib-Seele-Geist-Ganzheit immer nur „als Ganzes“ gesund oder krank ist:

- „Gesundheit ist ein Gefühl des Wohlbefindens als Ergebnis dynamischer Ausgeglichenheit der physischen und psychischen Aspekte des Organismus sowie seines Zusammenwirkens mit seiner natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt“ (Fritjof Capra 1984, S. 361).
- „Gesundheit ... ist das dynamische und harmonische Gleichgewicht aller Elemente und Kräfte, die einen Menschen ausmachen und ihn umgeben“ (Andrew Weil 1988, S.69).

Was Fritjof Capra und Andrew Weil in ihren Definitionen betonen, sind das subjektive Moment von Gesundheit/Krankheit (Gesundsein/Kranksein als Ausdruck der Befindlichkeit), das Nicht-Statistische, Prozeßhafte von Gesundheit/Krankheit (Gesundheit und Krankheit als dynamische Größen) und die vielfältigen in Wechselbeziehung stehenden Bedingungs-zusammenhänge von Gesundheit/Krankheit (Gesundheit und Krankheit als mehrdimensionale Phänomene).

Krankheit ist ein Anzeichen für ein Ungleichgewicht im menschlichen Organismus.

Im Sinne des systemischen Weltbildes ist eine Erkrankung eine Reaktion des menschlichen Organismus als lebendes System auf ein Ungleichgewicht, auf eine Störung der Harmonie im menschlichen Organismus oder in der Beziehung zu den ihn umgebenden Systemen. Krankheiten können sich auf verschiedenen Ebenen des Organismus als physische und psychische Symptome äußern. Krankheit ist aber immer ein Ungleichgewicht im gesamten Organismus/Menschen, und deshalb muss auch immer das ganze System - der ganze Mensch - behandelt werden.

In der abendländischen Medizin richten die Ärzte ihr Augenmerk bisher immer noch vorrangig auf einzelne Fehlfunktionen im menschlichen Organismus auf der körperlichen Ebene (soweit es sich nicht um eindeutig diagnostizierte psychische Erkrankungen handelt) und versuchen, diese mit Medikamenten oder Operationen zu beheben. Sie betrachten und behandeln in erster Linie einzelne Teile des Körpers wie Organe, Zellen oder Molekülstrukturen und nie den Patienten als ganzen Menschen.

Krankheitsursachen müssen mehr als bisher in der natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt gesucht werden.

Die vielfältigen Faktoren, die mit ihren Wechselbeziehungen für Gesundheit und Krankheit bedeutsam sind, verweisen auf das psychosoziale Bedingungsgefüge vieler Krankheiten.

In unserem Gesundheitssystem wird versucht, bestimmte eindeutige Ursachen für das Entstehen von Krankheiten aufzufinden und zu benennen. Krankheitsursachen werden immer noch vorwiegend in individuellen Lebensgewohnheiten gesehen. Rauchen, Alkoholgenuss, Übergewicht und falsche Ernährung werden zum Beispiel immer wieder als Krankheitsursachen genannt und als „Risikofaktoren“ bezeichnet. Dementsprechend konzentriert sich die Gesundheitsaufklärung und -förderung noch weitgehend auf Kampagnen zur Beseitigung dieser Risikofaktoren.

Im Sinne einer systemischen Betrachtung gibt es aber keine isolierbaren Ursachen für eine Krankheit, sondern nur Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Faktoren, die für das Entstehen von Krankheit bedeutsam sind. Erkrankt zum Beispiel ein Raucher an der Lunge, wird die Mehrzahl der Mediziner im Sinne mechanistisch kausalen Denkens in erster Linie das Rauchen als Krankheitsursache annehmen. Dabei geraten andere Faktoren aus dem Blick, die für das Entstehen der Erkrankung genauso bedeutsam sein können wie das Rauchen.

Sie können in den Lebensbedingungen und der Lebensweise des Individuums gesucht werden, zum Beispiel:

- in den belastenden Arbeitsbedingungen,
- in einer Beziehungskrise, die über einen längeren Zeitraum anhielt,
- in der Verschmutzung der Luft im Wohnort, die durch eine nahe Fabrik erzeugt wurde.

Deutlich wird: Alle Faktoren (zum Beispiel Umweltbedingungen, Arbeitsbedingungen, persönliche Krisen, körperliche und psychische Konstitution und so weiter) und ihre Wechselwirkungen sollten bei der Beurteilung einer Erkrankung berücksichtigt werden.

Eine systemische Betrachtungsweise fordert also dazu heraus, Krankheitsursachen nicht nur in individuellen Lebensgewohnheiten zu sehen, sondern mehr als bisher die natürliche und soziale Umwelt des Menschen, mit der er in einem kontinuierlichen Austauschprozess steht, miteinzubeziehen. Es gilt auch zu fragen, wie die Lebens- und Umweltbedingungen auf den Menschen einwirken.

Ansatzweise geschieht dies in unserem Gesundheitssystem auch in der Sozialmedizin, die zum Beispiel den Zusammenhang von Krankheiten und Arbeitsplätzen betrachtet. Aber insgesamt gesehen konzentriert sich die Medizin noch viel zu wenig auf unsere krankmachenden Lebensbedingungen. Das hängt auch damit zusammen, dass die Mehrzahl der Ärzte und medizinischen Forscher weniger danach fragt, warum eine Krankheit auftritt, als in erster Linie daran interessiert ist, die Mechanismen zu verstehen, nach welchen eine Krankheit abläuft, um entsprechend therapieren zu können.

Krankheiten sind sowohl körperlich wie seelisch bedingt.

Wenn es gilt, Gesundheit und Krankheit als mehrdimensionale Phänomene zu betrachten, sind Positionen wie die von Dethlefsen kritisch zu sehen, die die Ursachen von physischen wie psychischen Krankheiten vorrangig im Verlust des innerseelischen Gleichgewichts sehen und versuchen, dieses wieder herzustellen.

Thorwald Dethlefsen (vgl. Thorwald Dethlefsen/Rüdiger Dahlke 1983, S. 87) betrachtet Krankheit vorrangig als symbolischen Ausdruck eines verdrängten psychischen Inhalts. Damit verweist er zwar auf das untrennbare Zusammenspiel von Seele - Geist und Körper. Aber er sucht die Ursachen von Krankheiten letztendlich nur im Individuum und vernachlässigt die Auswirkungen der Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Entspannung und so weiter) und der sozialen und ökologischen Umwelt auf Gesundheit und Krankheit der Menschen. Aus diesem Grunde ist seine Sichtweise von Gesundheit und Krankheit für mich nicht als ganzheitliche Sichtweise zu charakterisieren.

Allerdings ist es das Verdienst von Dethlefsen und anderen, eine Auffassung von Krankheit zu vertreten, die in unserem Medizinsystem noch viel zu kurz kommt. Die Sichtweise, nach der körperliche Krankheiten oft einen Versuch darstellen, eine seelische Verletzung auszugleichen, einen inneren Verlust zu reparieren oder einen unbewussten Konflikt zu lösen (vgl. Dieter Beck 1981, S. 11).

Beginnt ein Individuum, sich mit einem seelischen Konflikt auseinanderzusetzen (zum Beispiel durch Therapie), der als Symptom auf der körperlichen oder seelischen Ebene erkennbar geworden ist, kann dies zur weiteren Persönlichkeitsentwicklung und zu individuellem Wachstum beitragen. Somit ist es möglich, Krankheit nicht nur als etwas Negatives zu sehen, sondern auch als Chance zu begreifen, um Anstöße für die Auseinandersetzung mit sich selbst und den unbewältigten, oftmals unbewussten und verdrängten Lebensweisen, Problemen und Konflikten zu bekommen.

Heute befasst sich insbesondere die psychosomatische Medizin mit der Erforschung der Zusammenhänge zwischen den körperlichen und psychischen Aspekten der Gesundheit. Immer mehr Forscher und Ärzte nehmen an, dass nicht nur Störungen, für die sich keine eindeutig diagnostizierten Ursachen feststellen lassen, psychosomatisch bedingt sind, sondern dass alle Störungen psychosomatisch bedingt sind, weil bei ihrer Verursachung, Entwicklung und Heilung das ständige Zusammenspiel von Geist und Körper eine Rolle spielt (vgl. Fritjof Capra 1984, S. 367).

Folgerungen für einen veränderten Umgang mit Gesundheit und Krankheit in unserem Gesundheitssystem.

Die Behandlungsweise der heutigen Schulmedizin und Psychologie konzentriert sich meistens entweder nur auf den Körper oder nur auf die Seele. Krankheiten auf der körperlichen Ebene werden heute in der Regel durch eine medikamentöse Therapie oder durch operative Eingriffe behandelt. Dabei wird der Körper nicht wie ein System gesehen, sondern eher wie eine Maschine repariert. Zeigen sich Krankheiten auf der psychischen Ebene, wird in der Regel versucht, die psychische Störung in einem verbalen Prozess zu behandeln (Psychotherapie).

Beide, Schulmedizin wie Psychologie, setzen sich noch zu wenig mit der Einheit von Körper und Geist - Seele auseinander. Sie berücksichtigen also noch zu wenig, dass der Mensch als Leib-Seele-Geist-Einheit immer nur „als Ganzes“ gesund oder krank sein kann. Die Unterteilung in physische und psychische Krankheiten ist deshalb in Frage zu stellen.

Es gibt allerdings auch Richtungen in der Medizin, wie etwa die psychosomatische Medizin und die Sozialmedizin, die das Zusammenspiel von Geist - Seele und Körper und Umweltbedingungen sowohl in der Erforschung der Ursachen von Krankheiten als auch im Hinblick auf die Behandlungsmethoden zunehmend berücksichtigen.

Aus systemischer Sicht sind Veränderungen in unserem Gesundheitssystem zwangsläufig und unerlässlich. Die Gesundheitsbildung liefert dazu wichtige konzeptionelle Überlegungen. Zusammenfassend lassen sich folgende Orientierungswerte darstellen:

- Eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit sollte zur Folge haben, dass der Blick mehr als bisher auf die sozialen und ökologischen Lebensbedingungen gerichtet wird. Da der menschliche Organismus in ständiger, prozesshafter Wechselwirkung mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt steht, müssen die Umweltfaktoren für die Analyse von Krankheiten.
- Die Entwicklung von Behandlungsstrategien und die Gesundheitsförderung weit mehr Gewicht bekommen als bisher.
- Das Zusammenspiel von Geist, Seele, Körper und Umwelt mit ihren Wechselbeziehungen untereinander sollte sowohl in der Erforschung von Krankheiten als auch im Hinblick auf die Behandlungsstrategien und -methoden mehr berücksichtigt werden. Nur so können mehr Aufschlüsse über die Genese von Gesundheit und Krankheit gewonnen werden und wirkungsvolle Strategien für die Gesundheitsförderung und Bewältigung von Krankheiten entwickelt werden. Dabei ist es wichtig, Krankheit mehr als bisher auch als symbolischen Ausdruck eines verdrängten psychischen Inhalts zu begreifen und anzuerkennen, dass der Mensch immer nur „als Ganzes“ gesund oder krank ist.

- Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsbildung sollte zukünftig nicht nur das Ziel der Veränderung individueller Lebensweisen verfolgen, sondern mehr als bisher die Entwicklung sozial ökologisch verträglicher Lebensperspektiven vorantreiben und die Gestaltung gesundheitsverträglicher Arbeits- und Lebensbedingungen unterstützen.

- Gesundheitsförderung sollte Menschen mehr als bisher befähigen, selbst Entscheidungen in Bezug auf persönliches Gesundheitshandeln treffen und umsetzen zu können und so die Eigenverantwortlichkeit für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen stärken. Dabei ist es einerseits notwendig, Selbsthilfeaktivitäten und Möglichkeiten der öffentlichen Teilnahme und Mitwirkung an Gesundheitsbelangen zu fördern, andererseits gilt es, die persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten von Menschen zu stärken, die es den Einzelnen ermöglichen, ihren Lebensalltag gesundheitsförderlicher zu gestalten.

- Alternative Heilmethoden und Wege der Gesundheitsförderung, die von der Existenz des Menschen als psychobiologischer Einheit ausgehen und, auf dieser Erkenntnis aufbauend, ihre Therapien und Strategien entwickeln, sollten mehr als bisher in unser Gesundheitssystem integriert werden. Die Methoden der Körpererfahrung sind ein Beispiel für solche Wege der Gesundheitsförderung.

2.3. Soziale Bedingungsfaktoren von Gesundheit

2.3.1. Die Lebensverhältnisse des Einzelnen im sozialen Kontext

Egal wo man beginnt, bei theoretischen Ansätzen zur Psychogenese von Gesundheitsstörungen, bei empirischen Daten, bei therapeutischen und klinischen Erfahrungen oder bei der Selbstwahrnehmung: Die Möglichkeiten, gesundheitliche Belastungen in einem sozialen Kontext zu verarbeiten, haben offenbar entscheidenden Einfluss auf die Prävalenz gesundheitlicher Störungen. Dies konnte in verschiedenen Untersuchungen und anhand ihrer Daten in eindrucksvoller Weise bestätigt werden (siehe dazu u.a.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1998): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6: Was erhält den Menschen gesund? Köln).

Sozialer Rückhalt

Im Bereich des sozialen Rückhaltes gibt es die beiden gesundheitsbeeinflussenden Faktoren soziale Integration und soziale Unterstützung. Mit sozialer Integration sind quantitative und strukturelle Aspekte der Sozialbeziehungen gemeint, z.B. Anzahl der Freunde, Häufigkeit sozialer Kontakte und Dichte des sozialen Netzwerkes. Soziale Unterstützung meint eher die Qualität und die funktionalen Aspekte von Sozialbeziehungen. Die positiven Effekte von sozialer Integration und Unterstützung liegen in der Verringerung von Erkrankungshäufigkeiten und der Stärkung von Fähigkeiten der Stressverarbeitung.

Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk ist Potenzial sowohl für positive als auch für negative Interaktionen, also auch für Konflikte und Spannungen. Soziale Integration ist also im Prinzip weder gut noch schlecht, doch stellt sie eine wichtige Voraussetzung für soziale Unterstützung dar: Wer niemanden kennt, wird sich allein durchschlagen müssen und wenig Chancen auf eine helfende Hand bei der Bewältigung von Lebensstress haben.

Eine Reihe von deutlich gesundheitsungünstigen Verhaltenskomponenten dient dem Erfüllen von Gruppennormen und damit der sozialen Integration wie z.B. das Rauchen. Sie dienen der Bekämpfung sozialer Isolation, die einen z.B. dem Rauchen durchaus vergleichbaren Gefährdungsfaktor menschlicher Gesundheit darstellt.

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung als hilfreiche Sozialbeziehung ist ein bedeutender protektiver, d.h. gesundheitserhaltender und -stützender Faktor, der sowohl die Stresseinschätzung als auch den Stressbewältigungsprozess („Coping-Prozeß“) und indirekt die Gesundheit maßgeblich beeinflusst. Sozial unterstützend sind Interaktionen zwischen Menschen, durch die Problemzustände oder Leid eines Menschen verändert werden oder durch die zumindest das Ertragen dieser Belastungen erleichtert wird.

Unter „Coping“ soll eine Interventionsform oder (subjektiv) eine Stärkung des Selbstbewusstseins verstanden werden, die den Umgang mit psychosozialen Ereignissen, insbesondere Lebenskrisen und deren Bewältigung betrifft. Nach Schwendter, Keupp, Thiersch u.a. zählen zu den Coping-Fähigkeiten insbesondere:

- Selbstbestimmte Netzwerkförderung
- Nutzung der vorhandenen sozialen Ressourcen
- Fähigkeiten zu Aushandeln von Regeln
- Repertoire von angemessenen Handlungsmöglichkeiten
- Antizipatorisches Vorgehen
- Flexibilität (im Gegensatz zu starren und angepassten Verhaltensweisen)
- Konfliktfähigkeit

Bei der „Konfliktfähigkeit“ entsteht nach Rolf Schwendter (2000, S.251) *„allerdings wiederum eine gesamtgesellschaftlichparadoxe Situation: Immer wieder wird sie als hervorragende Eigenschaft eingefordert und immer wieder werden Menschen bestraft, die sich in ihr bewähren.“*

Allgemein lässt sich aber sagen, dass Personen mit weniger sozialer Unterstützung unglücklicher sind. Sie entwickeln weniger brauchbare Bewältigungsstrategien als Personen mit hoher sozialer Unterstützung. Dies gilt zum einen für eine aktive soziale Unterstützung, d.h. für Beziehungsnetze, die bei Stresssituationen aktivierbar sind und Hilfsfunktionen ausüben. Gesundheitsförderlich ist es, wenn ausreichend häufig und wirksam geholfen wird und der Betroffene dies auch als solches registriert und bewertet. Zum anderen hat auch eine potenzielle soziale Unterstützung, d.h. das subjektive Gefühl, sozial integriert zu sein und die subjektive Überzeugung von der Verfügbarkeit des sozialen Rückhaltes eine ähnliche Unterstützungsfunktion für Gesundheit. Das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe hat Einfluss auf die Identität und das Ganzheitserleben der Person.

Gehen kritische Lebensereignisse mit einem geringen Ausmaß an sozialer Unterstützung einher, so erhöht sich in aller Regel die Anzahl von Gesundheitsproblemen. Aber auch beim Fehlen großer Stressoren wirkt eine geringe Integration in ein stützendes soziales Netzwerk gesundheitsgefährdet. Studien zeigen, dass Personen mit engen sozialen Beziehungen gesünder leben, indem sie weniger rauchen, weniger Alkohol trinken und regelmäßiger essen und schlafen als solche mit weniger sozialen Kontakten. Diese Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bestimmte soziale Beziehungen die Gesundheit durch das Stärken von positiven gesundheitsbezogenen Einstellungen fördern.

Wenn auch das soziale Netzwerk eines Menschen durchaus gesundheitsbelastend sein kann (z.B. als Quelle alltäglicher Konflikte oder durch den Verlust nahe stehender Menschen), belegen die meisten wissenschaftlichen Arbeiten die positiven Beziehungen zwischen sozialem Stützsystem und Gesundheit. Allgemein gilt, dass für die Gesunderhaltung eines Menschen das Angebot sozialer Unterstützung entscheidender ist als die tatsächliche Inanspruchnahme.

Gesundheitsförderliches soziales Klima

Ein gesundheitsförderliches soziales Klima befriedigt elementare menschliche Bedürfnisse nach Sozialkontakten, nach Selbstreflexion, nach persönlicher Unabhängigkeit und nach Umsorgung und Pflege. Es gewährleistet soziale Anerkennung und Zuwendung, bietet zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen mit hoher Qualität der Beziehungsinhalte, wie sie Vertrauenspersonen anbieten. Es fördert Selbstkompetenz und Autonomie, indem Menschen Raum für eigene Entscheidungen und Selbsttätigkeit gegeben werden. Persönliches Handeln muss auch an eigenen Gütemaßstäben orientiert werden können. Möglichkeiten der Selbstbestimmung und der Selbstverwirklichung im Rahmen des unabwendbar Vorgegebenen ermöglichen eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung und wirken z.T. direkt, z.T. indirekt auf die Gesundheit.

Ein gesundheitsförderliches soziales Klima bietet Erfahrungsräume für Initiative, Kreativität und Selbstverantwortung, für Gruppenerlebnisse und solidarische Konfliktlösungen und es ermöglicht, Gefühle ansprechen und „leben zu können“. Förderlich ist es, wenn Menschen in jeder Lebensphase Chancen zur Umorientierung und Neuentscheidung erhalten.

2.3.2. Gesundheitsbeeinflussende strukturelle Bedingungen

Gesundheitsbeeinflussende strukturelle Bedingungen im Bereich der Familienstrukturen, der Wohnbedingungen und sonstigen strukturellen Gegebenheiten in Stadtteil und Gemeinde sowie im Bereich der gesellschaftlichen Strukturen lassen sich sowohl gesundheitsförderliche als auch gesundheitsgefährdende Faktoren identifizieren.

Familiäre Strukturen und Wohnbedingungen

Der Wandel der Familienstrukturen, der sich vor allem in den steigenden Zahlen allein erziehender Elternteile zeigt, verweist auf das Potenzial an Gesundheitsbelastungen bzw. gesundheitlichen Gefährdungen im familiären Bereich. Die gesamtgesellschaftliche Entwicklung (s.u.) trägt dazu bei, dass eine große Zahl von Erwachsenen hohe Stressbelastungen aufgrund von Konfliktsituationen im familiären Bereich oder aufgrund von Verlustereignissen (wie im Falle der Trennung) erleben und bewältigen müssen.

Kleine Familien sind oftmals krisenanfällig und nicht in ausreichendem Maße in ein informelles, z.B. nachbarschaftliches soziales Stützsystem eingebunden. Damit fehlt häufig ein gesundheitsförderliches soziales Unterstützungspotenzial. Ein Mangel an öffentlichen Einrichtungen wie z.B. für die Kinderbetreuung gehört vor diesem Hintergrund zu den gesundheitsbelastenden Determinanten von Gesundheit aus dem gesellschaftlichen Bereich.

Zahlreiche Studien belegen, dass im Familienverband und auch im Freundeskreis gesundheitsförderliche Lebensweisen bzgl. Ernährung, Ruhe, sportlicher Betätigung, Hygiene, Schutz, Vermeidung von gefährlichen Substanzen, Verhütung von Unfällen und Verletzungen etc. realisiert werden. Praktisch alle kleineren Erkrankungen werden außerhalb des formalen Gesundheitssystems kuriert. Die große Bedeutung der häuslichen Pflege und der Realisierung gesundheitsbezogenen Verhaltens ist durch Studien belegt. Auch behinderte Menschen, chronisch kranke bzw. vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftige Personen werden zu einem großen Teil zu Hause betreut und gepflegt. Der enge Freundes- und Familienkreis entspricht einem sog. „versteckten Gesundheitsversorgungs- bzw. -vorsorgesystem“ („hidden health care system“). Diese Studien verdeutlichen, dass bei Gesundheitsproblemen zunächst sehr stark die Kräfte der Familie und auch des Freundeskreises genutzt werden, bevor auf formelle Hilfssysteme zurückgegriffen wird.

Eine Stärkung der Ressourcen im Kindes- und Jugendalter und auch bei älteren Menschen und deren Familien hat den ebenfalls nachweisbaren Effekt, formelle Hilfsangebote weniger in Anspruch nehmen zu müssen. Wohnbedingungen, d.h. Wohnung, Wohnumfeld und Lern- oder Arbeitsplatz wirken gesundheitserhaltend und -förderlich, wenn die Art ihrer Gestaltung, z.B. die Architektur, die sinnliche Wahrnehmung auf allen Sinnesebenen gleichermaßen anregt und zu körperlicher Bewegung und bewusstem Körpererleben einlädt. Ausreichend Ruheräume oder Ruhezonen in Gebäuden wie Außenanlagen sowie sichere Verkehrswege zählen zu den gesundheitsförderlichen strukturellen Bedingungen. Gleiches gilt für angemessen große und preiswerte Wohnmöglichkeiten insbesondere für Familien mit Kindern.

Eine Überreizung durch akustische und optische Signale, wie sie heute durch Lärmbelästigung oder Massenmedien und Werbung weit verbreitet ist, wirkt gesundheitsbeeinträchtigend. Dies gilt auch für physische Stressoren wie Giftstoffe in Raum- und Außenluft.

Stadtteil, Gemeinde und Gesundheit

Zu den strukturellen Bedingungen, die es Menschen erleichtern, gesundheitsgerecht zu handeln, gehören insbesondere gesundheitsrelevante Angebote oder Dienstleistungen, die im Alltag leicht erreichbar sowie preiswert sind und deren Inanspruchnahme ohne große Hemmungen möglich ist, z.B. zielgruppenspezifische Angebote an gesundheitsgerechten Nahrungsmitteln, an gesundheitsförderlichen Sport- und Bewegungsangeboten, ein breites Spektrum an Beratungsangeboten, an Gesundheitsvorsorge- und Früherkennungsangeboten, an medizinischer und therapeutischer Versorgung etc. Dazu gehören zudem infrastrukturelle Gegebenheiten, die die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen sozialen Klimas unterstützen, z.B. einladende Räumlichkeiten für Gespräche und Begegnung in Bildungsstätten und am Arbeitsplatz, öffentliche Begegnungsstätten oder Treffs im Stadtteil etc.

Gesundheitsrelevante Einrichtungen und ihre Fachleute, die sich dem Erwachsenenbildungsbereich aktiv als Kooperationspartner zu Fragen der Gesundheit anbieten, zählen zu den gesundheitsförderlichen Faktoren auf Gemeindeebene.

Ist das soziale Klima im Wohnumfeld oder im Einzugsbereich der Bildungseinrichtung gesundheitsförderlich, so unterstützt dies die Bemühungen um eine Gesundheitsbildung von Erwachsenen.

Ist das soziale Klima jedoch angespannt und konfliktgeladen, z.B. in Gebieten mit hoher Arbeitslosenrate oder in Stadtteilen mit überwiegend sozial benachteiligten Bewohnern, kann dies die Entwicklung oder Wirksamkeit gesundheitsbildender Aktivitäten hemmen. Dies ist der Fall, wenn die im Bereich der Gesundheitsbildung als gesundheitsförderlich bewerteten Überzeugungen und Verhaltensweisen wie Nichtrauchen im Lebensumfeld der Teilnehmerschaft keinen positiven Wert darstellen, ggf. sogar negativ bewertet werden.

Gesellschaft und Gesundheit

Studien vor allem aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich haben gezeigt, dass gesamtgesellschaftliche Aspekte Ausgangspunkte struktureller Überforderungen sowohl von Kindern und Jugendlichen als auch von Erwachsenen sein können und oftmals auch gesundheitsbelastend sind. Individualisierung, pluralistische Wertewelt, Gefühlssozialisation, mediatisierte Umwelt, ökologische und soziale Problemlagen, etc.

Individualisierung

In entwickelten Gesellschaften führt der soziale Prozess der Individualisierung zur Freisetzung von traditionellen Rollenbindungen. Dies bedeutet für jedes Individuum einerseits die Chance, andererseits aber auch den möglichen Zwang, einen individuellen Lebensstil aufbauen zu müssen. Der Weg in die moderne Gesellschaft ist ein Weg in eine zunehmende soziale und kulturelle Ungewissheit, in moralische und werbemäßige Widersprüchlichkeit und in eine erhebliche Zukunftsunsicherheit. Deswegen bringen die heutigen Lebensbedingungen so viele neue Formen der Belastung mit sich, Risiken des Leidens, des Unbehagens und der Unruhe, die die Bewältigungskapazität zahlreicher Menschen überfordern und sie in eine Situation von lang andauerndem „Lebensstress“ bringen.

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Menschen heute schon in Kindheit und Jugend eine eigenständige und unverwechselbare, einzigartige und unaustauschbare Form der Selbstentfaltung finden sollten. Angesichts veränderter Familienstrukturen und geringerer Einbindung in soziale Milieus oder familiäre Herkunft sind sie dabei stark auf sich allein gestellt. Ob sich ein Mensch seiner Individualität bewusst wird, hängt davon ab, ob er sich für die eigene Lebensführung selbst verantwortlich weiß und sich als Quelle der eigenen Handlungen und Urteile begreift. Mit dieser Lebenskonstellation ist eine subjektive Belastung des Einzelnen verbunden, deren Gesundheitsrelevanz zunehmend erkannt wird.

Ein geringes Selbstwertgefühl, Gefühle von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste sind Symptome, die mit den Anforderungen der modernen Gesellschaft einhergehen und zu Entfremdung und Demoralisierung führen können. Das Gefühl der Überforderung der eigenen individuellen Bewältigungskompetenzen kann unter den Bedingungen der individualisierten Gesellschaft zunehmen, weil sich heute an jeden einzelnen Menschen (auch schon im Kindes- und Jugendalter) die Anforderung richtet, sich mit kulturellen und politischen Umwälzungen, mit Gefährdungspotenzialen für das Weiterleben und Zukunftsgefahren, d.h. auch mit komplexen Gesundheits- und ökologischen Fragen (von AIDS bis Ozonloch) auseinanderzusetzen. Dies kann zu Ohnmachtgefühlen und Zukunftsängsten führen.

Die Freisetzung von sozialen Zwängen und das „*Auf-sich-gestellt-sein*“ ist insbesondere für junge Menschen wie junge Erwachsene in einer solchen Ausgangslage eine potenzielle gesundheitliche Gefahr (Verlust von Lebenszusammenhängen, Verlust der normativen Orientierung, Überforderung der eigenen Kapazität für Weltentwürfe und Wertorientierungen).

Pluralistische Wertewelt

Erwachsene wie auch schon Kinder und Jugendliche werden ohne große soziale Unterstützung mit dem pluralistischen Wertehorizont der heutigen Gesellschaft konfrontiert. Das bedeutet, schon sehr früh persönliche Verantwortung für einen sinnvollen Lebenslauf übernehmen zu müssen, selbst Entscheidungen zu treffen und für die Konsequenzen einzustehen. Von Kindheit an müssen Menschen mit widersprüchlichen und konkurrierenden Anregungen zurechtkommen.

In vielen Lebensbereichen wie Freizeit und Konsum, Sexualität, Politik usw. ist der Spielraum Jugendlicher und junger Erwachsener für die Entwicklung eigener Lebensstile so groß, dass Gefühle der Überforderung und des „Allein-Gelassen-Seins“ entstehen. Eine soziale wie wertemäßige Orientierungslosigkeit zählt deshalb langfristig gesehen als gesundheitsgefährdend.

Gefühlssozialisation

Gefühle beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden. Das bewusste Bemühen des Einzelnen zur Vermeidung unerwünschter und zur Herbeiführung erwünschter Gefühle („individuelle Gefühlsregulierung“) ist für die Belastungs- und Stressbewältigung von Bedeutung. Gesellschaftliche Normen beeinflussen diesen Prozess.

Sie werden über Sozialisationsprozesse vermittelt. Die Analyse aktueller Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Bedeutung von negativen und positiven Gefühlen weist darauf hin, dass *„Gefühlsregulierung als Motiv alltäglichen Verhaltens (...) hinter zahlreichen (meist schwer veränderbaren) riskanten Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen oder Alkoholkonsum, Einnahme von Medikamenten oder Fehlernährung“* steht. (Siehe: Stock, C./Badura, B.(1995))

Gesellschaft trägt einerseits zur Entwicklung von Stressgefühlen bei Menschen bei, z.B. durch Stressoren wie „Arbeitsplatzunsicherheit“ oder „Umweltzerstörung“, die Angstgefühle erzeugen können. Zugleich reguliert sie normativ den Umgang der Menschen mit Grundgefühlen, z.B. mit Angst oder Wut, Scham oder Trauer. Dadurch beeinflusst sie die Formen der Belastungs- oder Krisenbewältigung von Menschen und wirkt so gesundheitsbeeinflussend.

Das Ausleben von positiven wie negativen Gefühlen - ohne Beeinträchtigung anderer Menschen - ist eher gesundheitsförderlich. Ein Übermaß an gesellschaftlich bedingten Grundemotionen wie z.B. Angst oder Wut sowie eine gesellschaftlich geförderte übermäßige Unterdrückung derartiger Gefühle trägt erheblich zur alltäglichen Gesundheitsbelastung bei.

Mediatisierte Umwelt

Das Vordringen einer „Massenkultur“ über Massenmedien in alle Lebensbereiche beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung und den Kompetenzerwerb. Massenmedien transportieren Leitbilder für soziales Ansehen und sozialen Erfolg, die oftmals den Leitbildern gesundheitsbewusster Lebensweisen widersprechen. Massenmedien sorgen zudem dafür, dass Freizeitaktivitäten und andere kulturelle Betätigungen aus einem sozial verankerten Milieu zunehmend herauslösen, werden. Auch traditionell familienbezogene Aktivitäten wie Entspannung und Muße, Feiern, Essen und Trinken oder Spielen werden hiervon erfasst. Die Medien verändern heute das familien- bzw. herkunftsgebundene Kultureben in einem solchen Ausmaß, dass sie die Sozialisationswirkung und die Bildungsrelevanz der Familie schwächen.

Die Nutzung von Medien birgt zwar die Chance frühzeitiger Wissens- und Kompetenzvermittlung. Massenmediale Impulse treten jedoch neben authentische, individuell vermittelte Anregungen im Familien- und Freundesbereich und verdrängen diese oftmals weitreichend. Ein Überschuss an visuellen Informationen bei gleichzeitig geringerer Stimulation emotionaler und motorischer Sinnesbereiche zählt zu den gesundheitsgefährdenden Potenzialen heutiger Lebensweisen.

Ökologische und soziale Problemlagen

Die zunehmende Zerstörung der natürlichen Lebensgrundlagen (Boden, Wasser, Luft, Pflanzen- und Tierreich) gefährdet die gesunde körperliche Entwicklung nicht nur von Kindern und Jugendlichen, sondern auch von Erwachsenen. Die zunehmende Umweltbelastung steigert zudem - gerade unter jungen Menschen - die Zukunftsängste, die möglicherweise dauerhafte Gesundheitsbelastungen nach sich ziehen können.

Zunehmende soziale Unterschiede in der Gesellschaft bewirken unterschiedliche Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. Dies wird z.B. bei Langzeitarbeitslosen oder Menschen aus anderen Kulturkreisen, denen Deutschland fremd bleibt, festgestellt.

2.4. Gesundheitsbezogenes Handeln

2.4.1. Gesundheitsrelevante Kenntnisse

Gesundheitswissen bedeutet die umfassende Kenntnis der natürlichen physiologischen und psychosomatischen Prozesse und Rhythmen sowie der Möglichkeiten ihrer positiven Beeinflussung und potenziellen Gefährdung. Ein mehrdimensionales und dynamisches Gesundheitsverständnis erhöht bei einer grundsätzlich positiven Einstellung zu Gesundheit die Aufnahmebereitschaft für weitere gesundheitsbezogene Informationen.

Stehen Wissenselemente weitgehend unverbunden nebeneinander, so bleiben sie „bloßes Wissen“ ohne Relevanz für die Praxis gesunder Lebensführung.

Gesundheitswissen ist Wissen um die gesunde Persönlichkeitsentwicklung, um seelische Gesundheit und Wohlbefinden, um Möglichkeiten ihrer Förderung und Beeinträchtigung. Es ist Wissen um psychosomatische Prozesse und um die Komplexität der sozialen und gesellschaftlichen Einflüsse auf individuelles Gesundheitshandeln. Von besonderer Bedeutung sind Kenntnisse über sozialgruppenspezifische Erziehungs- und Sozialisationsprozesse und Verhaltensnormen sowie Belastungen und Bewältigungsformen, die es erschweren, gesundheitsgefährdendes Verhalten trotz besseren Wissens in Alltagssituationen aufzugeben (z.B. Peergruppeneffekt). Gesundheitsrelevantes Wissen umfasst auch Kenntnisse über die verschiedenen und z.T. konkurrierenden persönlichen und gesellschaftlichen Normen und Werte wie z.B. Leistungs- und Gesundheitsnormen.

Es ist Wissen um die biografische wie kulturelle Formung der Auffassungen von Gesundheit. Die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise setzt ausreichende Kenntnisse zu den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung, Stress- und Konfliktbewältigung, Abhängigkeit und Sucht, Sexualität, Hygiene, Kenntnisse zur Vorbeugung von Unfällen und Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Haltungsschäden, AIDS etc.), zur Selbstbehandlung banaler Krankheiten sowie zu den verschiedenen professionellen Angeboten der Vorbeugung, Beratung und Therapie (auch z.B. zu denen aus dem Bereich der Erfahrungsmedizin) voraus.

In all diesen Themenfeldern müssen sowohl medizinischbiologische (z.B. ernährungsphysiologische), verhaltenswissenschaftliche (z.B. ernährungspsychologische) sowie sozialwissenschaftliche Kenntnisse erworben werden (z.B. zur Rolle familiären Essverhaltens oder zum Einfluss von Nahrungsmittelangebot auf das Ernährungsverhalten von Menschen).

Eine weitreichende Urteilsfähigkeit für die kritische Auseinandersetzung mit der Fülle von Informationen, die heute den Einzelnen im Bereich Gesundheit überfluten, ist für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von großer Bedeutung, um z.B. mit widersprüchlichen Informationen oder im Alltag nicht aufrechtzuerhaltenden Anforderungen angemessen umgehen zu können.

Das Gesundheitskonzept eines Menschen bestimmt, ob und wann Symptome wahrgenommen, wie sie erklärt und welche Folgen erwartet werden. Wann und aus welchen Gründen ein Mensch sich subjektiv als krank oder gesund betrachtet und fühlt, hängt von seinem Wissen um gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, insbesondere aber auch von seinen Erwartungen hinsichtlich der Effektivität und der persönlichen Verfügbarkeit gesundheitsbezogenen Verhaltens ab. Menschen, die wissen, dass sie ihre Gesundheit bzw. Krankheit beeinflussen können, werden auch eher gesundheitsbewusst bzw. krankheitsangemessen handeln.

2.4.2. Der salutogenetische Ansatz

Stress scheint einer der am häufigsten benutzter, Begriffe in einer Zeit zu sein, in die Worte, wie „Muße“, „Besinnung“ und „Gelassenheit“ schon fast anachronistisch wirken. Wer Gespräche am Rande mithört, sich mit Freunden und Bekannten unterhält, die Zeitung aufschlägt: Immer wieder ist von Stress die Rede. Wortschöpfungen wie Beziehungsstress, Weihnachtsstress, Freizeitstress, Urlaubsstress, Stressmanagement, Anti-Stressstraining, Stress - Watch - eine Uhr, die anzeigt, wann der Einzelne gestresst ist - und ein eigenes „Stress-Lexikon“, erschienen 1998, weisen auf die Allgegenwart und Bedeutsamkeit des Themas hin.

„Ich brauche Stress“, sagen die einen, „Ich mache mir meinen Stress selbst“ die anderen. Wer sagt „Ich bin im Stress“, liegt sicher eher im Trend der Zeit, als einer, dessen Maxime lautet: „Ich bin ruhig und gelassen“.

Im Rahmen von gesundheitsbezogenem Handeln ist die Frage nach dem eigenen Standpunkt, der eigenen Lebenshaltung die Erste, die sich stellt, wenn es darum geht, anderen Menschen gesundheitsförderliche Aspekte näher zu bringen. Gehört Stress notwendigerweise zum Leben dazu? Wie wird Stress in anderen Kulturen erlebt und verarbeitet? Was haben die Menschen vor fünfzig Jahren gesagt, wenn sie „im Stress“ waren, als es diesen Begriff noch nicht gab?

Stress ist umgangssprachlich ein Sammelbegriff geworden für alles, was irgendwie als belastend empfunden wird. Es ist tatsächlich eine Überlegung wert, ob durch die häufige Benutzung dieses Wortes der Zustand nicht geradezu herbeigeredet wird.

Stress wird im Alltag oft verbunden mit Hektik, Geschwindigkeit und Pausenlosigkeit. Immer erreichbar zu sein, egal wie wichtig etwas ist, immer in Eile zu sein, als wäre Zeit etwas, was objektiv vorhanden ist und nicht auch von Menschen definiert, dies sind moderne Formen von Stress. Entspannung und die Ruhe, Ereignisse wachsen zu lassen, passen scheinbar nicht in die moderne Kultur.

Stress meint eigentlich noch mehr. Geprägt wurde der Begriff „Stress“ von H. Selye, dem „Vater der Stressforschung“, in den fünfziger Jahren. Übersetzt bedeutet das Wort so viel wie Anspannung, Druck.

Allgemeine Definitionen von Stress lauten: „Stress ist eine Alarmreaktion des Körpers auf einen Stress auslösenden Reiz“. „Stress ist die physiologische und psychologische Reaktion des Individuums auf eine Anforderung.“

So wie der Begriff alltagsprachlich benutze, wird, ist nicht klar, ob Stress als Auslöser für eine Belastung gilt, oder ob der daraus resultierende Zustand damit gemeint ist. „Die Arbeit ist Stress“ bedeutet, dass Stress der Auslöser ist, „Ich bin gestresst“ hebt auf den Zustand auf.

Nach der Definition von Selye ist unter Stress der Zustand des Gestresstseins, die Wirkung Stress auslösender Reize, für die er den Begriff Stressoren einführte, zu verstehen. Laut Selye ist Stress ein natürlicher Bestandteil des Lebens, dem keiner entfliehen kann. Er definierte Stress als die nicht spezifische Reaktion des Organismus auf jegliche Form von Druck oder Anforderung.

Bei der Beschäftigung mit der Frage, warum Stress gesundheitsschädigend wirkt, hob Selye das Zusammenwirken innerer und äußerer Kräfte hervor und vertrat die Auffassung, dass Krankheiten aufgrund fehlgeschlagener Anpassungsversuche an belastende Umstände entstehen. Die Fähigkeit des gesamten Organismus, d.h. von Körper und Geist, auf Belastungen und Anforderungen mit allen verfügbaren Mitteln reagieren zu können, bezeichnet Selye als „Adaption“, die Fähigkeit zur Anpassung. Schon damals erkannte er, dass fehlgeschlagene Anpassungsversuche zu Krankheitsauslösern werden können, wie es beispielsweise bei so genannten negativen „Stresskognitionen“ - gemeint ist Stress auslösende Gedankentätigkeit - der Fall sein kann.

Selye hat als Erster die physiologischen Stressreaktionsprozesse systematisch untersucht und beschrieben - zuerst in Tierversuchen, später auch bei Menschen unter Berücksichtigung psychologischer Einflussgrößen. Auch Seligmann, der bekannt wurde durch seine Untersuchungen über optimistische und pessimistische Lebenseinstellungen („gelernte Hilflosigkeit“) hob hervor, dass nicht der potenzielle Stressor ausschlaggebend dafür ist, ob der Einzelne Stress erfährt und ob dieser ihm schadet. Entscheidend ist auch nach seiner Auffassung, wie die Stressreize interpretiert werden und wie mit ihnen umgegangen wird. In Untersuchungen wurden die negativen Folgen von „erlerner Hilflosigkeit“ aufgezeigt. Damit ist ein Zustand gemeint, in dem der Betroffene der Überzeugung ist, nichts ausrichten zu können. Laut Seligmann ist diese innere Haltung erlernt und kann auch wieder verlernt werden. Das bedeutet, dass die Einstellung, Anforderungen gewachsen zu sein, sich entwickeln lässt.

Lazarus, ein weiterer bekannter Stressforscher und seine Mitarbeiter definieren, Stress als eine Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt, von der sich die betroffene Person überfordert oder bedroht fühlt. Stress ist damit nicht etwas, was sich nur im Inneren eines Menschen abspielt, sondern etwas, das die Art von Menschen beschreibt, mit belastenden Bedingungen fertig zu werden. Diese Bedingungen können grundsätzlich körperlich, psychisch, sozial oder ökologisch sein. In einem umfassenden Sinn ist eine Umgebung voller Viren, dauerhafter Hunger, eine Zwangshaltung auf einem unpassenden Stuhl, ein unberechenbarer Chef oder Langeweile gleichermaßen Stressoren. Sie fordern die Person auf unterschiedlichen Ebenen und sind mit unterschiedlichen Mitteln bewältigbar.

Das Wort „Salutogenese“ setzt sich aus dem lateinischen Begriff „sanus“, gesund und dem griechischen Begriff für Ursprung, Entstehung, „Genesis“, zusammen. Das Konzept der Salutogenese hebt sich von dem in der Medizin vorherrschenden Modell der „Pathogenese“ ab. „Pathos“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Krankheit, Leid, Schmerz“.

Die Salutogenese versucht zu erklären, wie Menschen trotz belastender Bedingungen, trotz Stressoren, gesund bleiben.

„Gesundheit wird als die Fähigkeit verstanden, kreativ mit sich und mit seiner Umwelt umzugehen“ Handbuch der Salutogenese (1998), S. 1

Eine offene Grundhaltung, die Fragen aufwirft, statt fertige Antworten parat zu haben, ist der Schlüssel zu Kreativität und neuen Einsichten.

Sinngemäß sagt Aaron Antonovsky, der den Begriff „Salutogenese“ geprägt hat, dass in der Wissenschaft Fragen wichtiger sind als Antworten. Fragen stellen heißt Forschergeist entwickeln, eine Richtung einschlagen, eine Perspektive einnehmen. Er kritisiert einseitige Sichtweisen in Medizin und Gesundheitsforschung, die vorwiegend krank machende Faktoren und Lebensbedingungen im Blickwinkel haben und untersuchen. A. Antonovsky (1923-1994) fragt, auf eine Kurzformel gebracht, nicht danach, was krank macht, sondern welche Faktoren Gesundheit fördert.

Aus Israel stammend hat er sein Lebenswerk als Medizinsoziologe und Stressforscher der Frage gewidmet, wie es kommt, dass Menschen trotz widriger Lebensumstände relativ gesund bleiben bzw. ihre Gesundheit nach Erkrankung wieder erlangen. Wie kann ein Mensch unter den in Industriegesellschaften vorherrschenden Lebensbedingungen sich - trotzdem - wohl fühlen? Was kann er tun, um seine Gesundheit zu stärken? Was fördert seine Kreativität und sein Selbstvertrauen?

Ausgangspunkt von Antonovskys Forschung waren Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel in den Wechseljahren, die den Holocaust überlebt hatten. Dass einige von ihnen trotz ihrer extrem belastenden Lebensgeschichte - einige davon waren in einem Konzentrationslager inhaftiert gewesen - weitgehend gesund waren, war das erklärungsbedürftige Phänomen. Wie erwartet waren zwar die ehemals Inhaftierten gesundheitlich deutlich stärker belastet, aber immerhin 29% berichteten über eine relativ gute psychische Gesundheit.

Antonovskys Konzept der Salutogenese regt dazu an, Forschergeist, Experimentierfreudigkeit und Offenheit zu entwickeln für alles, was „den Fluss des Lebens“ ausmacht.

Gleichgewicht – Ungleichgewicht

Antonovskys Denken ist beeinflusst von systemtheoretischen Überlegungen. Gesundheit ist kein normaler, passiver Zustand des Gleichgewichtes, sondern ein sich dynamisch regulierendes, ständig veränderndes, labiles Geschehen. Für Antonovsky ist das Grundprinzip menschlicher Existenz nicht Gleichgewicht und Gesundheit, sondern Ungleichgewicht und Leiden.

Der menschliche Organismus ist physikalisch gesehen der Kraft der Entropie ausgeliefert. Damit ist die Tendenz gemeint, sich auf einen Zustand immer größerer Unordnung hin zu bewegen. Bezogen auf den Gesundheitszustand bedeutet dies, dass der Verlust von Gesundheit ein natürlicher, stets gegenwärtiger Prozess ist und Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss.

Die Tatsache, dass bei jeder kleinen Wunde sofort die Selbstheilungskräfte des Organismus in Erscheinung treten, also ordnende Kräfte am Werk sind, scheint auf den ersten Blick schwer vereinbar mit dieser Auffassung zu sein. Dies ist sie aber nicht, denn die Systemtheorie besagt gerade, dass lebende Systeme über eine besondere Fähigkeit verfügen, die ihnen die Möglichkeit gibt, in einer Umgebung der Entropie innere Strukturen aufrechtzuerhalten. Sie schaffen sich eine Grenze zu ihrer Umwelt - die Membran einer einzelnen Zelle genauso, wie die Haut eines Menschen -, die das Netz von Stoffwechselprozessen schützt, dessen Bestandteil sie selbst sind. Lebende Systeme sind ununterbrochen damit beschäftigt, die inneren Strukturen, die sie sich selbst geschaffen haben, zu erhalten und sich selbst zu heilen. Diese Fähigkeit, innen und außen zu unterscheiden, im Inneren andere Strukturen gelten zu lassen als im Äußeren, die Bausteine, aus denen etwas besteht, selbst zu erzeugen und sich selbst zu heilen, ist Kennzeichen des Lebendigen. Nur lebende Organismen schaffen es, aktiv und aufgrund eigener Entscheidungen, die Schwerkraft zu überwinden und einen Berg hinaufzugehen, statt ihn hinunterzurollen, auf einem Seil zu balancieren, gegen den Strom zu schwimmen, sich überhaupt in Bewegung aufrecht zu halten oder freiwillig eine Weile auf dem Kopf zu stehen. Sie schaffen eine gewisse Zeit lang das Wunder, trotz der Gesetze der Entropie gesund zu bleiben oder trotz extremer Belastungen nicht zusammenzubrechen. Die interessante Frage ist also die, was ihnen dabei helfen kann, sich selbst zu erhalten.

Der Systemiker Fritz B. Simon wählt in einem anderen Zusammenhang ein Beispiel, das die Möglichkeiten von Menschen beschreibt, als Systeme mit äußeren Bedingungen umzugehen: Wenn es nach einem Wettersturz kalt wird, ist diese Kälte selbstverständlich nicht beeinflussbar. Aber sie bestimmt nicht, ob Menschen je nach Situation, nach z. B. materiellen Möglichkeiten und Charaktere einen Mantel anziehen, die Heizung höher stellen oder in den Süden fliegen. Wer allerdings keine dieser Ressourcen zur Verfügung hat oder sich beschaffen kann, läuft Gefahr, mindestens Frostbeulen zu erleiden. Die Kälte ist zwar Stressor, aber nicht die Ursache der Frostbeulen, Kälte kann genauso Wohlbefinden in Form der Möglichkeit, Ski zu fahren oder Schlittschuh zu laufen mit sich bringen, vorausgesetzt, Ressourcen wie eine warme Wohnung, warme Kleidung und heiße Getränke stehen zur Verfügung.

Der von den Gestaltungspsychologen postulierten „Tendenz zur guten Gestalt“ liegt eine andere Sichtweise zugrunde, die aber ein ähnliches Phänomen beschreibt. In den über hundert Gestaltgesetzen wird eine ordnende Kraft beschrieben, die sowohl im psychischen als auch im physischen Bereich wirksam und überall in der Natur beobachtbar ist.

In der systemischen Familientherapie unterscheidet man zwischen einem erstarrten Gleichgewicht, das pathogen ist, weil es Veränderungen nicht mehr ausbalancieren kann und einem bewegten „Fließgleichgewicht“, das auf ein „gesundes“ Familiensystem hindeutet.

Auch Antonovsky führt in seinem salutogenetischen Ansatz ein übergeordnetes Kriterium an, das er „Kohärenzgefühl“ nennt. Es ist eine psychologische Einflussgröße, die pathogene und salutogene Kräfte, die in jedem Menschen jederzeit vorhanden sind, zugunsten von Gesundheit ausbalanciert.

Antonovsky sieht Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze, sondern beschreibt sie als ein Kontinuum. Niemand ist zu einem bestimmten Zeitpunkt nur krank, ohne gleichzeitig auch gesunde, gesund machende Anteile in sich zu haben. Nur selten im Leben ist jemand andererseits auch nur gesund, ohne zugleich gegen Bakterien, Viren, Krebszellen, Schwäche oder Befindlichkeitsstörungen anzukämpfen. Für den Platz einer Person auf diesem Befindens-Kontinuum (health-ease und dis-ease) zu einem bestimmten Zeitpunkt ist ausschlaggebend, wie sie mit den psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren umgeht, die auf sie einwirken. Stressoren - sie können intern oder extern, körperlich oder ökologisch, psychisch oder sozial sein - sind nicht grundsätzlich krank machend. Sie bewirken einen Spannungszustand, der krank machende, gesunde oder neutrale Folgen haben kann.

Wie sie wirken, hängt davon ab, ob sie als herausfordernd oder belastend wahrgenommen werden und ob sie Gesundheitsressourcen mobilisieren können. Es geht um das Verhältnis von Faktoren, die die Gesundheit fördern - Widerstandsquellen - und solchen, die sie behindern. Die Gesundheit einer Person ist davon abhängig, welche generellen Widerstandsquellen (GRR - Generell Resistance Resource) sie zur Verfügung hat. Solche Widerstandsquellen können körperlich, psychisch, d.h. emotional und kognitiv, sozial, d.h. kulturell, materiell oder Werte und Haltungen betreffend sein. Das Ausmaß, in dem die generellen Widerstandsquellen vorhanden sind, bestimmt auch das Maß, in dem spezifische Widerstandsquellen, d. h. Mittel oder Fähigkeiten zur Bewältigung einer konkreten Stresssituation zur Verfügung stehen.

Kohärenzgefühl

Der Schlüssel in Antonovskys Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit, ist der Kohärenzsinn („sense of coherence“), verständlicher mit „Empfinden von Zusammenhang“ übersetzt. Er beschreibt eine subjektive Grundeinstellung, eine Lebenshaltung, die gesundheits-förderlich ist, in einer Umwelt voller potenzieller Stressoren. Menschen mit einem stark ausgeprägten „Kohärenzgefühl“ verfügen über eine erhöhte Widerstandskraft im Umgang mit Stress und werden deswegen weniger krank. Bei äußerlich vergleichbaren Bedingungen hängt es von dieser psychologischen Einflussgröße ab, ob jemand in der Lage ist, vorhandene Ressourcen zur Bewältigung von Stress und im Sinne von Gesundheit zu nutzen. Diese Handlungsorientierung ist die Voraussetzung dafür, dass Menschen in der Lage sind, ihre generellen Widerstandsquellen zu aktivieren.

„Kohärenzsinn ist eine Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Vertrauens darin ausdrückt, dass

- 1. die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,*
- 2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden und*
- 3. die Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen. Ich habe diese drei Komponenten Verstehbarkeit (comprehensibility), Handhabbarkeit (manageability) und Sinnhaftigkeit (meaningfulness) genannt.“ Antonovsky 1991, S. 127*

Verstehbarkeit ist ein kognitiver Aspekt, Bewältigbarkeit ein pragmatischer, am Handeln orientierter Aspekt und die Sinnhaftigkeit ein emotionaler Aspekt. Alle drei Komponenten sind die Basis, eine Stresssituation bzw. den Lebenskontext erfolgreich zu bewältigen.

Verstehbarkeit beschreibt die Erwartung bzw. Fähigkeit von Menschen, dass Reize auch als potenzielle Stressoren überschaubar, strukturierbar und vorhersagbar sind. Vereinfacht ausgedrückt: eine Art Gewissheit, auch Unbekanntes verstehen und einordnen zu können, im Gegensatz zu Erwartungshaltungen und Verarbeitungsmustern, die Verwirrung und Desorientierung auslösen.

Das Gefühl von Handhabbarkeit beschreibt das optimistische Vertrauen, aus eigener Kraft oder mit Unterstützung von außen Lebensaufgaben meistern zu können. Die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten grundsätzlich lösbar sind, nennt Antonovsky auch „instrumentelles Vertrauen“. Darunter ist zu verstehen, ob und in welchem Ausmaß ein Mensch vorhandene Hilfsquellen wahrnehmen und nutzen kann, die geeignet sind, Schwierigkeiten und Anforderungen zu bewältigen. Hilfsquellen oder Ressourcen können verinnerlicht sein, wie das sog. „Urvertrauen“ (vgl. Erikson) oder von außen wahrgenommen werden: Familienmitglieder, Freunde, professionelle Helferinnen und Beraterinnen, aber auch der Glaube an eine höhere Macht gehören dazu, Jemand, dem die innere Überzeugung fehlt, dass Schwierigkeiten grundsätzlich lösbar sind, sieht sich Ereignissen eher hilflos ausgeliefert, mit dem Grundgefühl, doch nichts verändern zu können.

Das Lebensgefühl ist von den drei Komponenten, die das Kohärenzgefühl ausmachen, für Antonovsky die wichtigste. Unter Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit versteht er ein Grundgefühl, das mit der Überzeugung einhergeht, dass das Leben lebenswert und das eigene Tun von Bedeutung ist, dass Einsatz und Engagement sich lohnen. Er bezweifelt, ob die Komponenten „Verstehbarkeit“ und „Handhabbarkeit“ überhaupt in Richtung Gesundheit wirksam werden können, wenn die „Sinnhaftigkeit“ als motivierende Kraft fehlt.

„Man engagiert sich als Teilhaber desjenigen Prozesses, der das eigene Schicksal ebenso formt wie die täglichen Erfahrungen“. Handbuch der Salutogenese (1998), S. 3

Antonovsky drückt damit ein Gefühl von Akzeptanz und Verbundenheit mit dem eigenen Tun und Dasein aus. Wenn in neueren Konzepten der Weltgesundheitsorganisation von einer spirituellen Dimension von Gesundheit die Rede ist, dann ist dieser Aspekt, einen Sinn im Leben zu sehen, gemeint. Dies kann auch religiöse Überzeugungen einschließen. Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl zeigt sich insbesondere in einer hohen Anpassungsfähigkeit an Lebensereignisse, die die eigene Begrenztheit deutlich machen, wie Krieg, Verluste, Krankheiten. (im Unterschied zu psychologischen Konzepten, die das Moment der persönlichen Kontrolle besonders betonen, wird mit der Grundorientierung „Kohärenzgefühl“ das Vertrauen hervorgehoben, sich dem Fluss des Lebens überlassen zu können. Dabei ist die Hilfe der anderen genauso von Bedeutung wie die eigene Kraft. Das Moment der „Machbarkeit“ tritt zurück, zugunsten von Gegenseitigkeit und dem Grundgefühl, „loslassen“ und vertrauen zu können.

Inwieweit der Kohärenzsinn veränderbar ist oder doch eine festgelegte Persönlichkeitseigenschaft, ist noch umstritten. Antonovsky selbst versteht ihn einerseits eher als in der Sozialisation erworbenes, festgelegtes Persönlichkeitsmerkmal, das sich bei Erwachsenen nur noch wenig verändert. Andererseits wählte er selbst den Begriff „dynamisch“, d. h., er macht selbst darauf aufmerksam, dass diese Grundeinstellung kontinuierlich mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und von diesen beeinflusst wird. Das Empfinden von Kohärenz kann nach Antonovsky durch größere, radikal verändernde Lebensereignisse oder kleinere, kontinuierliche Alltagserlebnisse beeinträchtigt werden. Es lässt sich aber grundsätzlich durch entsprechende Erfahrungen auch fördern, und zwar durch langfristige Arbeit, nicht durch kurzfristige therapeutische Interventionen - sicher auch nicht in einem einzigen Kurs.

Antonovsky war es wichtig, sein Schlüsselkonzept „Kohärenzsinn“ der Forschung und der Praxis zugänglich zu machen. Er entwickelte einen Fragebogen, der das Maß an Kohärenz bestimmt und gleichzeitig die drei Aspekte Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit als einzelne Aspekte ebenfalls zuordnenbar macht. Je nachdem, wie stark oder wie schwach jeder der drei Aspekte ausgeprägt ist, lässt sich nach Antonovsky eine Aussage über die wahrscheinliche gesundheitliche Entwicklung machen. Theoretisch sind acht Typen beschreibbar, von denen manche statistisch nur selten existieren dürften. Es ist nahe liegend, dass ein hohes Maß an Bewältigbarkeit stark mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit zusammenhängt. Extreme Werte in jeder Kategorie sind eher als pathologisch zu werten, denn ein Mensch, der glaubt, die Welt sei immer erklärbar, immer bewältigbar und alles sei sinnvoll, ignoriert die Widersprüche der Wirklichkeit und leidet so ein Stück unter Realitätsverlust.

Die bisherigen Forschungen zum Kohärenzsinn sprechen im Ergebnis dafür, dass die drei Komponenten enger als erwartet miteinander zusammenhängen. Es scheint sich primär um ein Konzept zu handeln, nicht um drei Faktoren. Die Verbindungen zu der oben zitierten Vielzahl von Gesundheitskompetenzen liegen statistisch gesehen in der erwarteten Richtung. Die bisherigen Forschungsergebnisse lassen sich in etwa so zusammenfassen:

- Es gibt Belege für den negativen Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und dem Empfinden von Stress. Menschen mit einem hohen Kohärenzsinn scheinen über effektivere Bewältigungsstrategien zu verfügen.
- Der Zusammenhang zwischen Kohärenzsinn und der Abwesenheit von Krankheit ist nicht eindeutig. Die Korrelationen zwischen körperlicher Gesundheit und Kohärenzsinn sind in den einzelnen Untersuchungen teilweise widersprüchlich, teilweise schwach vorhanden. Der Bezug zu körperlicher Gesundheit ist nicht eindeutig. Allerdings sind die verschiedenen Studien recht unterschiedlich in ihren Bezugsgrößen, sodass sie sich nicht wirklich vergleichen lassen.

- Am ehesten wurden dann Zusammenhänge gefunden, wenn nicht nach objektiven Krankheitssymptomen gesucht wurde, sondern nach der subjektiven Befindlichkeit, der subjektiven Gesundheit, gefragt wurde. Dies entspricht durchaus dem Konzept der Salutogenese nach der Entstehung von (subjektiver) Gesundheit und nicht nach der Entstehung von (objektiv messbarer) Krankheit zu fragen.
- Der Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ist demgegenüber eindeutig. Besonders enge negative Verbindungen gibt es zu Ängstlichkeit und Depressivität.
- Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Gesundheitshandeln und Kohärenzsinn scheint nicht zu bestehen, allerdings ist auch hier teilweise etwas uneindeutig, nach welchem Konzept des Gesundheitshandelns geforscht wurde - dem der Vermeidung von Risikoverhalten oder der Sorge um die eigene Gesundheit. Die Forschungsergebnisse sind noch zu widersprüchlich.
- Der Kohärenzsinn scheint kulturunabhängig gemessen werden zu können. Inwieweit Geschlechtsunterschiede sich im Kohärenzsinn bemerkbar machen, ist nicht eindeutig. Auch hier sind die Ergebnisse zu widersprüchlich für eine Verallgemeinerung. Es gibt aber Hinweise für einen höheren Kohärenzsinn bei Männern. Mit dem Alter scheint der Kohärenzsinn allmählich zuzunehmen. Personen mit einem starken Kohärenzsinn tendieren umgekehrt zu einer positiven Einstellung zum Älterwerden und einer aktiven Lebensgestaltung. Der Kohärenzsinn hängt von der ökonomischen Situation und dem sozialen Netz ab, sagen einige Untersuchungen, andere widersprechen diesem Zusammenhang. Eine Eindeutigkeit der Ergebnisse ist nicht gegeben.

Das Kohärenzgefühl und die Verarbeitung von potenziellen Stressoren

Die innere Bewertung von Reizen – also, welche Bedeutung eine Person dem Reiz gibt - entscheidet darüber, ob der Organismus unter Spannung gerät und ob die Stressreaktion ausgelöst wird.

Ein Beispiel: Geräuschverarbeitung. Wenn eine Person ihren Rasen mäht, stört sie das Geräusch des eigenen Rasenmähers kaum. Mäht dagegen ein Nachbar den Rasen während der Mittagsruhe, wird das gleiche Geräusch zum Störfaktor, wenn nicht sogar zum Stressor.

Antonovsky geht davon aus, dass Menschen mit einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl Reize eher neutral oder günstig bewerten und sich auch von Stressoren nicht bedroht fühlen. Er unterscheidet drei Bewertungsstufen bei der Reizverarbeitung:

- Neutral primäre Bewertung 1:
Personen mit einem hohen Kohärenzsinn bewerten Reiz eher neutral als Personen mit einem niedrigen Kohärenzsinn, die Reize eher als spannungserzeugend erleben.
- Primäre Bewertung 2:
Auch wenn der Reiz als Stressor bewertet wird, ist eine Person mit hohem Kohärenzsinn in der Lage zu unterscheiden, ob der Reiz bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Im Falle günstig oder irrelevant wird der Stressor umdefiniert zum „Nicht-Stressor“.
- Primäre Bewertung 3:
Selbst wenn der spannungserzeugende Stressor als potenziell bedrohlich definiert wird, fühlt sich eine Person mit hohem Kohärenzsinn nicht wirklich bedroht. Ihr grundlegendes Vertrauen, dass sie die Situation bewältigen wird, schützt sie.

(Quelle: Antonovsky, Aaron: Gesundheitsforschung vs. Krankheitsforschung, 1993)

Stressoren sieht Antonovsky demnach je nach ausgeprägtem Kohärenzgefühl als generalisierte Widerstandsdefizite aber auch als Widerstandsressourcen an. Rolf Schwendter (2000, S. 243) weist hier kritisch an: „ *Es darf dennoch nicht verschwiegen werden, dass in verschiedenen empirischen Untersuchungen Patientinnen und Patienten verschiedener Krankheitsgruppen kein niedrigeres Kohärenzgefühl aufweisen als die „gesunden“ Kontrollgruppen. Hingegen sind bei Drogenabhängigkeiten und Depressionen negative Korrelationen aufgewiesen.*“

2.4.3. Handlungskompetenz und Handeln

Gesundheit und gesundheitsbewusstes Handeln werden wesentlich von psychischen und sozialen Faktoren bestimmt. Weitreichende Kommunikationskompetenzen, die Fähigkeit, auf andere Menschen zugehen, Hilfe mobilisieren und annehmen können, die eigenen Bedürfnisse artikulieren und Belastungen problembezogen bewältigen zu können, sind zentrale gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen.

Gesundheitsbezogene Handlungsweisen umfassen zum einen Handlungsweisen, die direkt und spezifisch auf die Erhaltung und Steigerung der eigenen Gesundheit und auf die Vermeidung von Krankheit und Verletzung abzielen, zum anderen unspezifischere, die auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensbedingungen und auf die Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen der Menschen gerichtet sind.

So ist z.B. eine ernährungsphysiologisch und -psychologisch angemessene, persönlichen Bedingungen entsprechende Ernährung, welche in eine Esskultur eingebunden ist, von großer Bedeutung. Ausreichende Bewegung umfasst sowohl sportliche Aktivitäten, die Beweglichkeit, Koordination und Herz-Kreislauf-System erhalten und das Bewegungssystem stabilisieren, wie auch die in den Alltag integrierte körperliche Aktivität, z.B. regelmäßige Bewegungspausen bei sitzender Tätigkeit. Dem Erlernen und alltagsintegrierten Anwenden von Entspannungs- und Stressbewältigungsmethoden kommt große Bedeutung zu insbesondere, um psychosoziale Belastungen wie Leistungsdruck oder Schicksalsschläge besser bewältigen zu können.

Gesundheitsförderliche Handlungen sind des weiteren angemessene Hygiene sowie ein sicherheitsbewusstes Verhalten am Lern- oder Arbeitsplatz und im Verkehr. Auch die Inanspruchnahme von in erreichbarer Nähe und angemessener Form angebotenen präventiven Maßnahmen ist hier zu nennen. Dazu gehören z.B. Impfungen, gesundheitsrelevante Beratungsdienste, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen.

Gesundheitsbewusstes Handeln schließt den Verzicht auf körperschädigenden Substanzen ein: Nichtrauchen, Meidung oder möglichst geringer Konsum von Genussmitteln wie Alkohol, Kaffee etc., die Vermeidung von Giftstoffen aus oder für die Umwelt gehören zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise.

Gesundheitsförderliches Handeln schließt Selbsthilfe und Selbstbehandlung banaler Krankheiten ebenso ein helfendes, unterstützendes und rücksichtsvolles Verhalten gegenüber anderen Menschen (angemessenes Sozialverhalten). Ein aktiver, problemzentrierter Umgang mit stressreichen Konfliktsituationen, mit Aggressionen und Gewalt sowie die Mobilisierung sozialer Unterstützung im Freundes- oder Familienkreis und im professionellen System ist für die Gesunderhaltung von großer Bedeutung. Zu umfassendem Gesundheitshandeln gehört zudem ein angemessener Umgang mit Unsicherheiten und Belastungen in allen Lebensbereichen.

2.4.4. Vom gesundheitsrelevanten Wissen zum Gesundheitshandeln

Auf der Basis von Wissen um Faktoren, die die Gesundheit erhalten, fördern oder gefährden sowie auf der Basis persönlicher Erfahrungen werden gesundheitsrelevante Situationen oder Ereignisse eingeschätzt.

Zum einen wird abgewägt, welche objektiven und subjektiven Möglichkeiten und Mittel einem zur Verfügung stehen, um die Anfälligkeit oder Verletzlichkeit gegenüber Beilastungssituationen angemessen bewältigen zu können. Des weiteren wird eingeschätzt, was man z.B. einer Krankheit entgegensetzen hat oder inwieweit man durch sie bedroht ist. Persönliche Ressourcen wie das Gefühl der Kontrollierbarkeit der Situation und die positive Ergebniserwartung für den Fall sog. Gesundheitshandeln allgemein und im eigenen Fall werden dabei mit eingerechnet. Auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen im sozialen Umfeld (soziale Unterstützung) und materielle Ressourcen spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Zum anderen werden Gefahrenelemente einer Situation erkannt und interpretiert (der „Schweregrad“ des Ereignisses oder der Situation wird wahrgenommene).

Die subjektive Einschätzung der eigenen Anfälligkeit oder Verletzlichkeit und der subjektiv wahrgenommene Schweregrad oder Gefährdungsgrad münden in ein bestimmtes Ausmaß wahrgenommener Bedrohung der eigenen Gesundheit oder der anderer. Dies regt dazu an zu prüfen, welche Präventionsmaßnahmen oder gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen die Gesundheit stärken und die gesundheitliche Gefahr mindern („Wenn ich körperlich aktiver wäre, würde ich mich gesünder fühlen“).

Die Grundlagen für gesundheitsbezogene Einstellungen sind die subjektiven Bewertungen der gesundheitlichen Bedrohung sowie die Ergebniserwartungen des Einzelnen. Sie bestimmen maßgeblich, ob ein Mensch Stress erlebt oder nicht und ob er die Absicht entwickelt, ein bestimmtes gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag beizubehalten oder zu entwickeln.

Für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen und die tatsächliche Beibehaltung gesundheitsrelevanten Handelns im Alltag oder auch für die gesundheitsgerechte Verhaltensänderung ist es von sehr großer Bedeutung, dass ein Mensch davon überzeugt ist, kompetent genug zu sein, um selbstwirksam handeln zu können („Ich werde mich dazu überwinden können, täglich ... dies und jenes ... zu tun“; „Selbst-wirksamkeit/Kompetenzerwartung“).

Erst wenn ein Mensch sich wirklich in der Lage sieht, ein bestimmtes gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag umsetzen zu können, wird er die Absicht entwickeln, einen bestimmten Schritt zur gesünderen Lebensweise zu tun.

Bereits die Entwicklung der Absicht, sich in bestimmter Weise gesundheitsrelevant zu verhalten (die Intentionsbildung), wird von den wahrgenommenen Erwartungen der sozialen Umwelt beeinflusst. Normative Überzeugungen, die ein Mensch z.B. durch das Modellverhalten der Mitmenschen oder durch den Erwartungsdruck bezüglich eines bestimmten gesundheits-relevanten Verhaltens (z.B. Erwartung des Nicht-rauchens) gewinnt, führen zu der Einstellung: „Ich möchte das tun, was meine Freunde für richtig halten“.

Es kommt oft nicht zur Realisierung einer beabsichtigten Handlung, weil andere Dinge wichtiger erscheinen, weil der Alltagsstress die Prioritäten verschiebt und weil Intentionen einfach „vergessen“ werden. Damit beabsichtigtes gesundheitsbezogenes Handeln tatsächlich realisiert und beibehalten wird, müssen folgende persönlichen Bedingungen und Umweltbedingungen vorhanden sein:

- Allgemein bedarf es einer gewissen Aktivität, Energie, Stimmung, Wachheit oder Konzentriertheit des Einzelnen, um gesundheitsgerecht zu handeln.
- Günstig ist es zudem, wenn es Dinge oder Personen im Alltag des Einzelnen gibt, die daran erinnern, die beabsichtigte gesundheitsförderliche Handlung auszuführen.

- Für die konkrete Handlungsplanung, d.h. für die Festlegung, wie und wo sich jemand gesundheitsgerechter verhalten will, sind zwei Faktoren bedeutsam: Zum einen die Überzeugung, wirksam handeln zu können, zum anderen die subjektiv wahrgenommene Situation: „Wer z.B. glaubt, keine Zeit zu haben, obwohl dies doch der Fall ist, wird sich die Zeit gar nicht erst nehmen“.
- Die objektiv vorhandenen situativen Gegebenheiten, d.h. auch die materiellen oder sozialen Lebensbedingungen, wirken je nach Ausprägung direkt förderlich oder hemmend auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen. Die subjektive Wahrnehmung der situativen Gegebenheiten, z.B. das Gefühl, von Freunden unterstützt zu werden, beeinflusst schon die Planung gesundheitsförderlichen Handelns.

Gesundheitsbezogenes Handeln erfolgt also nur dann, wenn der Einzelne die Absicht entwickelt hat, in bestimmter Weise gesundheitsförderlich zu handeln, und - dies ist von besonderer Bedeutung - er sich kompetent genug fühlt, das beabsichtigte Verhalten im Alltag durchzuführen die subjektiv wahrgenommenen wie auch die objektiven sozialen Barrieren, Ressourcen und Gelegenheiten, d.h., der „soziale Rückhalt“, sind besonders bedeutsam.

Insgesamt ist das Ausmaß, in dem jemand sich dafür entschieden hat, ein gesetztes Ziel wie ein bestimmtes gesundheitsförderliches Verhalten erreichen zu wollen, für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen maßgeblich. Es ist wichtig, dass die Absicht und der Vorsatz zum gesundheitsgerechten Verhalten so ausgeprägt sind, dass momentan anderweitige Bedürfnisse oder Widerstände nicht zur Aufgabe führen. Ein wichtiger gesundheitsförderlicher Persönlichkeitsfaktor ist die Fähigkeit zum sog. „Belohnungs-Aufschub“.

Gesundheitsförderliche Lebensweise macht es z.T. erforderlich, unmittelbare Vorteile aus einer gesundheitsgefährdenden Handlung zugunsten längerfristiger „Belohnungen“ zurückzustellen. Ein mögliches Gesundsein auch noch in vierzig Jahren bedeutet jedoch im konkreten Alltag keine ausreichende Motivation, ein gerade angenehmes Verhalten, z.B. Rauchen, zu unterlassen. Es ist daher sehr bedeutsam, dass das gesundheitsgerechte Handeln direkt spürbare positive Wirkungen zeigt. Vorsatz und Wille zu gesundheitsbewusstem Verhalten werden gestärkt, wenn Erfolge registriert und zudem so interpretiert werden, dass sie den eigenen Fähigkeiten zuzuschreiben sind. Dies erhöht auch die eigene Kompetenzerwartung für die Zukunft.

2.5. Zur Institutionalisierung der Gesundheitsbildung in Deutschland

2.5.1. Bevölkerungsstudie zu gesundheitspolitischen Erwartungen

Die Ziele der Bevölkerungsstudie zu gesundheitspolitischen Erwartungen an die Politik und an die Leistungen in der Krankenversorgung werden im Folgenden von Jürgen Wasem (1998: das Gesundheitswesen in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme) beschrieben.

Die Gesundheitssysteme - also die medizinischen Versorgungssysteme einschließlich der Finanzierungsträger - befinden sich in einem beständigen Wandel, teilweise als Ergebnis medizinischwissenschaftlicher Entwicklung, teilweise als Ergebnis gesundheitspolitischer Gestaltung. Dieser Wandel nimmt Einfluss auf die Lebenslagen der Bevölkerung, für die ihr Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung einen hohen Stellenwert haben. (Vgl. Datenreport 1997, S. 550; Föste/Janßen 1997, S. 21). Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung in Bezug auf Veränderungen der Gesundheitssysteme gehen in gesundheitspolitische Entscheidungen allerdings zumeist allenfalls am Rande ein dies dürfte einerseits Ergebnis des starken Einflusses organisierter Interessen auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse sein (vgl. etwa Venth 1988), dürfte aber auch die mangelnde Kenntnis der Präferenzen der Bevölkerung mit Bezug auf das Gesundheitswesen und seine Reform durch die Entscheidungsträger widerspiegeln.

Mit der hier vorgestellten repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Gesundheitssystem von Jürgen Wasem verbinden sich zwei Zielsetzungen: Zum einen geht es darum, den Wissensstand über Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung zum Gesundheitssystem, seinen Leistungen, seinen Finanzierungsregelungen, möglichen Veränderungen zu verbessern. Zum anderen sollen auf dieser Basis die Chancen für eine an den Präferenzen der Bevölkerung orientierten Gesundheitspolitik verbessert werden.

Themenbereiche der Bevölkerungsstudie

Die Studie hat insbesondere zu den folgenden Aspekten des Gesundheitssystems Zufriedenheit, Erwartungen und Beurteilung von Reformmöglichkeiten in der Bevölkerung untersucht:

Grundsätzliche Einstellungen zum Gesundheitssystem; in diesem Zusammenhang, wurde die Bevölkerung über Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und wahrgenommene übergreifende Defizite sowie die generelle Beurteilung der Reformnotwendigkeit befragt,

Leistungsbereiche des Gesundheitssystems; die Einschätzungen der Bevölkerung wurden zu den niedergelassenen Ärzten, dem Krankenhaus, der Arzneimittelversorgung erfasst. Außerdem wird hier über den Bereich der Gesundheitsvorsorge berichtet.

Finanzierung des Gesundheitssystems und Finanzierungsträger; hier interessierten in der Bevölkerungsbefragung die Erwartungen an die und Bewertungen der Krankenkassen, die Akzeptanz des gegliederten Krankenversicherungssystems und die Bewertung der Finanzierungsmodalitäten der Gesundheitsversorgung.

Insgesamt konzentrierte sich die Studie auf „Lücken“, die die vorangegangene Aufarbeitung bereits durchgeführter Bevölkerungsbefragungen identifiziert hatte. Allerdings war es, schon um relevante Subgruppen der Bevölkerung untersuchen zu können, teilweise auch erforderlich, bereits bekannte Befunde erneut abzufragen; dies kann gleichzeitig auch als Test über Stabilität oder Wandel von Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung dienen.

Leistungsfähigkeit und Grenzen der Bevölkerungsstudie

Bevölkerungsbefragungen zum Gesundheitssystem werden überwiegend von Verbänden im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben. Vielfach verfolgen diese, eigeninteressierten, oftmals ta-gespolitischen Ziele (insbesondere sollen die Leistungsfähigkeit der eigenen Klientel und ihre Akzeptanz in der Bevölkerung demonstriert werden); oder aber es geht darum, Zustimmung der Bevölkerung zu vom jeweiligen Verband unterstützten bzw. Ablehnung der vom Verband bekämpften gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben oder Initiativen anderer Beteiligter zu dokumentieren, um diese legitimierend im politischen Prozess einsetzen zu können. Teilweise ist offensichtlich, dass Fragen so formuliert werden, dass die „gewünschten“ Antworten wahrscheinlich werden.

Die Studie von Jürgen Wasem hat hingegen den selbst formulierten Anspruch, unabhängig und frei von solchen interessenpolitischen Zielsetzungen zu sein. Nicht nur bei der Auswahl der in die Befragung einbezogenen Gegenstände, sondern auch bei der Formulierung der einzelnen Fragen und vorgegebenen Antwortkategorien wurde besonderer Wert darauf gelegt, keine „Schlagseite“ in irgendeine Richtung zu bekommen.

Grundsätzliche Einstellungen zum Gesundheitssystem

Gesundheit ist - beinahe schon sprichwörtlich - für die Menschen eines der wichtigsten Güter. Zugleich ist die Gesundheitsversorgung einem kontinuierlichen Wandel unterworfen und befinden sich die Strukturen des Gesundheitssystems in einem kontinuierlichen Reformprozess. Die Bevölkerung ist hierbei im Allgemeinen nur Adressat, nicht aber Gestalter der Veränderungen. Wie ist die Bevölkerung vor diesem Hintergrund mit dem Gesundheitswesen insgesamt zu-frieden? Welches sind aus ihrer Sicht auf der Systemebene seine Stärken und Schwächen? Wie stark wertet sie den systembezogenen Reformbedarf?

Insgesamt zeigt sich zunächst, dass die Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen mehrheitlich zufrieden ist: 9 % der Befragten sind voll und ganz, 65 % überwiegend zufrieden, während 22 % eher nicht und nur 3 % überhaupt nicht zufrieden sind. Hierbei ist die Zufriedenheit bei den über 60-jährigen etwas überdurchschnittlich und bei den Beziehern hoher Einkommen etwas unterdurchschnittlich, während es im Übrigen keine nennenswerten Unterschiede gibt. Nicht überraschend ist die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem größer, je besser der Gesundheitszustand der Befragten ist: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand führen dies offenbar teilweise auf Defizite des Gesundheitswesens zurück. Demgegenüber gibt es keinen systematischen relevanten Unterschied zwischen chronisch Kranken und den übrigen Befragten.

Dieser Befund kann als Zufriedenheit „mit Einschränkungen“ gewertet werden. Er steht in engem Zusammenhang mit der Einschätzung, dass das deutsche Gesundheitswesen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung biete: 33 % der Befragten stimmen dieser Aussage voll und ganz, weitere 53 % eher zu, während nur 10 % ihr eher nicht und 1 % überhaupt nicht zustimmt, wobei über 60-jährige und Beamte die positive Einschätzung überproportional teilen.

Zufriedenheit hängt auch von Zugänglichkeit zu den Leistungen ab

Aus der Gesundheitssystemforschung ist bekannt, dass die Qualität der medizinischen Versorgung insbesondere auch mit Blick auf ihre Zugänglichkeit gemessen wird: nicht, dass modernste Medizin prinzipiell in den Krankenhäusern und Arztpraxen verfügbar ist, sondern dass sie für die Bevölkerung auch zugänglich (sprich: über den Leistungskatalog der Krankenversicherung erreichbar) ist, prägt das Qualitätsurteil. In unserer Befragung wird dies an den hohen Zustimmungsraten für die Aussage, dass sich das Gesundheitssystem auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten bewährt habe, deutlich, die 27 % für voll und ganz weitere 54 % für eher zutreffend halten, hingegen nur 13 % für eher nicht und 1 % für überhaupt nicht zutreffend.

Die Zugänglichkeit einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung ist in der Bundesrepublik im internationalen Vergleich eher überdurchschnittlich. In den neunziger Jahren war im Umfeld von Kostendämpfungspolitik und Gesundheitsreformen allerdings im Urteil der Bevölkerung eine Verschlechterung der Zugänglichkeit eingetreten. In der Bevölkerungsstudie wurde daher nach der Perspektive von Qualität und Umfang der Leistungen und der Versorgung im kommenden 5-Jahres-Zeitraum gefragt. Hier zeigt sich dann auch erwartungsgemäß, dass eine Verschlechterung stärker (nämlich von 36 % der Befragten) in Bezug auf den Umfang der Leistungen (also eine unmittelbare Dimension der Zugänglichkeit) als auf die Qualität der Versorgung (24 %) erwartet wird, während eine Verbesserung beim Umfang der Leistungen von 25 %, bei der Qualität der Versorgung hingegen von 28 % erwartet wird. Hierbei sind die ostdeutschen Bürger optimistischer als die Westdeutschen, was sicherlich auch die in den neuen Ländern erfahrbaren Verbesserungen der Gesundheitsversorgung in den neunziger Jahren widerspiegelt.

Maßnahmen, die die Zugänglichkeit einschränken würden, werden entsprechend jeweils von starken Bevölkerungsmehrheiten abgelehnt: Dies gilt etwa sowohl für die generelle Frage nach Ausbau von Zuzahlungen, wie nach Einführung bzw. Ausbau von Zuzahlungen in den einzelnen Leistungsbereichen der Gesundheitsversorgung. Auch Beschränkungen der Zugänglichkeit durch Reduktion des Angebots, etwa durch Reduktion der Arztzahlen, der Zahlen der Krankenhäuser oder der Begrenzung der Zugänglichkeit von Apotheken werden sämtlich jeweils nur von einer kleinen Mehrheit der Bevölkerung unterstützt.

Im Zusammenhang mit der Perspektive für das Gesundheitswesen wurde auch nach dem erwarteten Einfluss des Regierungswechsels (die Bundestagswahl vom September 1998 lag zu diesem Zeitpunkt wenige Wochen zurück) auf das Gesundheitssystem gefragt. Während 41 % der Bevölkerung erwarten, dass das Gesundheitssystem durch den Regierungswechsel „so bleiben wird, wie es ist“, gehen 38 % davon aus, dass es „viel besser“ oder zumindest „etwas besser“ werden wird; demgegenüber erwarten nur 14 %, dass es „viel schlechter“ oder „etwas schlechter“ wird.

Zusammenfassung der Einstellungen zu einzelnen Versorgungsbereichen

1. In Bezug auf die niedergelassenen Ärzte ist das generelle Vertrauen der Bevölkerung relativ hoch; das Vertrauen in den eigenen Hausarzt übertrifft das allgemeine Vertrauen in die Ärzte noch einmal. Allerdings ist die Bevölkerung nicht uneingeschränkt von der fachlichen Kompetenz der Ärzte überzeugt. Ebenso wichtig, wie fachliche Kriterien sind für die Bevölkerung die emotionale und soziale Kompetenz der niedergelassenen Ärzte. Auch hier werden durchaus Defizite empfunden.
2. Die freie Wahl des niedergelassenen Arztes ist von zentraler Bedeutung für die Bevölkerung, da sie ein Stück Patientenautonomie realisiert. Reformvorschläge, sie zu beschränken, werden von einer großen Mehrheit der Bevölkerung abgelehnt, auch wenn dadurch Beitragssenkungen ermöglicht würden. Modellen einer Realisierung von Einsparpotenzialen durch eine bessere Kooperation der niedergelassenen Ärzte und einer besseren Verzahnung mit der stationären Versorgung steht die Bevölkerung hingegen positiv gegenüber. Aus Sicht der Bevölkerung sind die niedergelassenen Ärzte eher „Opfer“ der Kostendämpfungspolitik als Verursacher steigender Gesundheitsausgaben. Die Bevölkerung nimmt wahr, dass der Kostendämpfungsdruck von den Ärzten an die Patienten weitergegeben wird.

Trotz des grundsätzlich vorhandenen Vertrauens in die niedergelassenen Ärzte ist die Bevölkerung der Auffassung, dass die Ärzte stärker kontrolliert werden sollten. In Bezug auf das Abrechnungsverhalten der Ärzte wird das mögliche Kontrollinstrument der Einsichtnahme des Patienten in die Arztabrechnung ambivalent aufgenommen und bewertet.

3. Im Krankenhaus kommt aus Sicht der Bevölkerung der fachlichen Dimension eindeutig Vorrang vor sozial kommunikativen Aspekten zu. Den hohen Erwartungen in Bezug auf fachliches Niveau und medizinisch-technische Infrastruktur werden die Krankenhäuser offenbar weit überwiegend gerecht.

Die von der Bevölkerung wahrgenommenen Überlastungen des ärztlichen und insbesondere des pflegerischen Dienstes führen teilweise zu Beeinträchtigungen der Kommunikation mit den Patienten. Die Bevölkerung ist insgesamt skeptisch, ob die Gesundheitspolitik mit der Kostendämpfungspolitik bei den Krankenhäusern ansetzen sollte. Gleichwohl werden Wirtschaftlichkeitsreserven gesehen, insbesondere in einer schnelleren Entlassung nicht mehr krankenhausbedürftiger Patienten und einer besseren Verzahnung mit dem ambulanten Bereich.

4. Arzneimittel bilden für die Bevölkerung einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Die Befragten sind - stärker als in anderen Sektoren des Gesundheitssystems - davon überzeugt, dass in der Arzneimittelversorgung Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen. Einschränkungen der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln - etwa durch einen Ausbau von Negativlisten oder Einführung von Positivlisten - werden abgelehnt. Vielmehr wird auf eine Reduktion von Arzneimittelpreisen und Gewinnen der pharmazeutischen Industrie als Mittel zur Kostenbegrenzung gesetzt. Eine große Mehrheit der Bevölkerung fühlt sich nach eigenen Angaben der Gesundheitsvorsorge verpflichtet. Sie ist auch der Meinung, dass Selbsthilfegruppen von den Krankenkassen finanziert werden sollten.
5. Die Krankenkassen werden von den Versicherten insbesondere in ihrer traditionellen Rolle als Zahler von Gesundheitsleistungen akzeptiert. Allerdings wird auch wahrgenommen, dass sie Beratungs- und Informationsaufgaben für ihre Versicherten wahrnehmen. Die Aufgabe, die Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens zu überprüfen, wird ihnen zugebilligt, gleichzeitig geraten die Krankenkassen hierdurch jedoch in Konflikt zu der Erwartung einer möglichst umfassenden Leistungsgewährung. Das gegliederte Krankenversicherungssystem wird von der Bevölkerung nachdrücklich bejaht, Überlegungen zur Einführung einer Einheitsversicherung abgelehnt. Erst eine Minderheit der Bevölkerung hat von den seit wenigen Jahren bestehenden Kassenwahlrechten Gebrauch gemacht, eine Mehrheit kann sich jedoch vorstellen, die Krankenkasse bei Unzufriedenheit zu wechseln.
6. Vor die Wahl gestellt, ob sie sich eher für Beitragserhöhungen oder eher für Leistungseinschränkungen entscheiden würden, plädiert eine Mehrheit der Befragten für Beitragserhöhungen statt Leistungskürzungen. Auch wird das Verhältnis von Beiträgen zu Leistungen von einer deutlichen Mehrheit der Befragten als angemessen interpretiert.

7. Das Solidarprinzip als eines der tragenden Merkmale des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems wird von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert und Vorschläge, dies abzubauen, stoßen auf heftige Ablehnung. Ein Ausbau obligatorischer Selbstbehalte oder der Übergang zu einem Modell der Grundversorgung wird auch dann abgelehnt, wenn hierdurch Beitragsreduktionen ermöglicht werden. Ambivalent ist hingegen die Einstellung der Bevölkerung zu individuell wirksamen finanziellen Anreizsystemen wie Beitragsrückgewähr oder Wahlтарifen.
8. Insgesamt ist bemerkenswert, dass bei der weit überwiegenden Zahl der Befunde keine sehr deutlichen Unterschiede zwischen einzelnen, in der Studie unterscheidbaren Bevölkerungsgruppen (z.B. Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsniveaus, Einkommensklassen) bestehen. Nur bei wenigen Fragen unterscheiden sich mehrheitliche Zustimmung oder mehrheitliche Ablehnung zwischen den Subgruppen.

2.5.2. Strukturelle Verankerung der Gesundheitsbildung in Deutschland

Insgesamt wurden im Rahmen des Projektes „Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung“ (Hrsg.: bmb + f (Bonn), 1997) 22 Organisationen bzw. Verbände identifiziert, die auf Bundesebene organisiert sind und Gesundheitsbildung und/oder gesundheitsrelevante Weiterbildung anbieten.

Dabei konnten drei Gruppen von Trägern unterschieden werden:

1. Träger Allgemeiner Weiterbildung (einschließlich solcher Träger Beruflicher Weiterbildung, die auch Allgemeine Weiterbildung anbieten),
2. Soziale und gesundheitsbezogene Verbände und
3. die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die drei Trägergruppen arbeiten auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage, teilweise auf der Basis der Weiterbildungsgesetze der Länder zur Allgemeinen Weiterbildung, teilweise eigeninitiativ und damit privat und teilweise auf der Basis des § 20 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) im Rahmen des gesetzlichen Auftrages zur Gesundheitsförderung.

Alle Träger können auf infrastrukturelle Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und damit auch für Gesundheitsbildung zurückgreifen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Bundesvereinigung für Gesundheit (BfG) bieten unterschiedliche Dienstleistungen an, z.B. Informationsdienste, Arbeitsmaterialien sowie Koordinierungs- und Kooperationshilfen. Auch andere auf Bundesebene organisierte Verbände bzw. Einrichtungen gehören zur Infrastruktur für die Gesundheitsbildungsarbeit in Deutschland.

Aufgrund der unterschiedlichen Begrifflichkeiten im (Weiter-)Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich wird im Folgenden für alle Einrichtungen bzw. Verbände der Begriff „Träger“ verwendet. Hiermit sind Organisationen, Einrichtungen bzw. Zusammenschlüsse gemeint, die

- a) auf Bundesebene organisiert sind und
- b) ihre Mitglieder, - d.h. (u.a.) Bildungsangebote organisierende und

durchführende organisatorische Einheiten (wie z.B. Bildungsstätten, lokale/regionale Geschäftsstellen oder Orts-/Bezirksverbände), - auf Bundesebene vertreten.

Die meisten Träger sind dezentral organisiert und haben Mitgliedseinrichtungen bzw. -organisationen auf Landes- und lokaler Ebene. Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sind zumeist zentralistisch organisiert. Bei den meisten Trägern wird ein Großteil der Weiterbildungsarbeit von den Mitgliedern bzw. (Bildungs-) Einrichtungen auf lokaler Ebene geplant und durchgeführt. Diese sind die eigentlichen „Anbieter“ der Gesundheitsbildung. Einige Träger haben auch Bildungsprogramme auf Bundesebene und sind somit zugleich Anbieter.

Die verschiedenen Träger bzw. deren Mitglieder aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen führen die konkreten Gesundheitsbildungsangebote bzw. -maßnahmen an eigenen oder angemieteten Lernorten durch, z.B. in Bildungsstätten, Tagungshäusern oder sonstigen Veranstaltungsräumen. Dabei sind die Lernbedingungen der Teilnehmer und die Arbeitsbedingungen der Referenten ebenso zu berücksichtigen wie die Inhalte und methodisch-didaktischen Ansätze der konkreten Gesundheitsbildungsangebote.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gesundheitsbildung (und auch Teile der gesundheitsrelevanten Allgemeinen Weiterbildung) in Deutschland sowohl von Einrichtungen des Bildungswesens als auch des Sozial- und Gesundheitswesens getragen wird. „Gesundheitsbildung“ ist demnach eine der Schnittstellen im Bereich der gesundheitsfördernden Aktivitäten von Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen.

2.5.3. Teilnahmefälle und Weiterbildungsvolumen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsbildung

Die Bedeutung des Themenfeldes Gesundheitsbildung im Sinne seines Marktanteiles im Rahmen Allgemeiner Weiterbildung lässt sich mithilfe der Teilnahmefälle und des Weiterbildungsvolumens beschreiben.

In Deutschland entfielen 1991 etwa 11 % der insgesamt ca. 14,6 Millionen Teilnahmefälle und etwa 9% des Weiterbildungsvolumens im Bereich Allgemeine Weiterbildung auf das Themenfeld „Gesundheitsfragen“. Dieses ist damit das zweitgrößte Themenfeld hinter „Sprachkenntnisse“. (Quelle: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft 1993a).

Auch nach der Statistik der Volkshochschulen ist der Themenbereich Gesundheitsbildung nach Teilnahmefällen der zweitgrößte, nach dem Unterrichtsvolumen der drittgrößte Bereich. (Quelle: VHS-Statistik (DIE) 1991)

Die drei größten Träger Allgemeiner Weiterbildung in Deutschland sind die Volkshochschulen und der Erwachsenenbildungsbereich der Katholischen und der Evangelischen Kirche. Weiterbildungsvolumen und Teilnahmefälle der Angebote, die von der „öffentlichen Hand“ gefördert werden (beim Deutschen Verband der Volkshochschulen (DVV) sind dies 100%), werden in Statistiken des BMBW jährlich erfasst. 1992 boten die Kirchen und der DVV insgesamt 3,37 Millionen öffentlich geförderte Unterrichtsstunden im Bereich „Gesundheit“ an, d.h. 15,4% ihres gesamten Weiterbildungsvolumens in Unterrichtsstunden (UST). Bei den Teilnahmefällen dieser Veranstaltungen entfielen 3,03 Millionen, d.h. 17% aller Teilnahmefälle auf den Bereich „Gesundheit“.

Zu diesen öffentlich geförderten Angeboten sind im Bereich der Katholischen und Evangelischen Kirche nach Schätzung der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Erwachsenenbildung (KBE) sowie der Deutschen Evangelischen Arbeitsgemeinschaft Erwachsenenbildung (DEAE) noch ein erheblicher Teil an Weiterbildungsvolumen und Teilnahmefällen hinzuzurechnen, die ohne öffentliche Förderung („privat“) angeboten werden.

Nach Schätzungen der DEAE ist allein bei der Evangelischen Kirche im Bereich „Gesundheit“ von ca. 400.000 bis 500.000 zusätzlichen Unterrichtsstunden und ca. 200.000 zusätzlichen Teilnahmefällen auszugehen. Dies liegt u.a. daran, dass die Veranstaltungsangebote nicht gesundheitsbezogen oder disziplinar geordnet werden (z.B.: Gesundheitsbildung, Ernährung, Psychologie), sondern vielmehr nach Lebensbezügen oder Zielgruppen strukturiert werden (z.B. Familienbildung, Erziehungs- und Schulfragen etc.).

Dennoch können solche Angebotsbereiche in größerem Umfang Gesundheitsbildungsangebote enthalten, die in den Trägerstatistiken nicht unter „Gesundheit“ auftauchen.

Für viele Träger von Gesundheitsbildung im Rahmen Allgemeiner Weiterbildung liegen keine vergleichbaren oder gar keine Zahlen zu Weiterbildungsvolumen und Zahl der Teilnehmenden vor. Wenn auch der Umfang ihres Gesundheitsbildungsangebotes im Vergleich zu den Angebotskapazitäten von Volkshochschulen (VHS), KBE und DEAE gering sind, sind ihr Angebot z.B. mit Blick auf die angesprochenen Zielgruppen oder potenzielle Teilnehmer von großer Bedeutung: So richtet sich z.B. der Deutsche Landfrauenverband (DLV) an Frauen, der Verband Ländlicher Heimvolkshochschulen vor allem an Jugendliche und Erwachsene im ländlichen Raum und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) an berufstätige Männer und Frauen.

Nach Themenfeldern der Gesundheitsbildung differenzierte Daten liegen für die Volkshochschulen vor. Bei den eher auf die Gesundheit des Einzelnen bzw. sein gesundheitsbezogenes Handeln bezogenen Angeboten sind 1993 der Bereich „Gym-nastik/Bewegung etc.“ mit einem Anteil von 50% der Unterrichtsstunden und 56% der Teilnahmefälle der größte Bereich der Gesundheitsbildung, gefolgt vom Bereich „Autogenes Training/Yoga etc.“ (30 % der UST und 26 % der Teilnahmefälle). Veranstaltungen zur „Gesunden Ernährung“ haben demgegenüber nur einen verhältnismäßig geringen Anteil am Weiterbildungsvolumen sowie an den Teilnahmefällen im Bereich „Gesundheitsbildung“ (5% bzw.4%). Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen ist „Bewegung“ der Angebotsschwerpunkt. Im Bereich Gesundheitsbildung der Volkshochschulen dominieren mit 85 % aller Stunden und Teilnahmefälle Veranstaltungen, die auf das gesundheitsbezogene Handeln des Einzelnen bzw. auf die persönliche Gesundheit bezogen sind.

Strukturanalysen der Teilnehmer im Bereich Gesundheitsbildung liegen nur in Einzelfällen vor. Die Volkshochschul-Statistik enthält differenzierte Daten nach Geschlecht und Alter. (DIE : 1994) Ein Drittel der Träger gaben für das Jahr 1994 hierzu Schätzwerte an. Zu den sog. „Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ gesetzlicher Krankenkassen - darunter sind fast ausschließlich Veranstaltungen der Gesundheitsbildung subsumiert, liegen Daten zur Verteilung nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht vor (Epidemiologische Forschung Berlin (EFB) 1994). Demnach nehmen bei fünf Trägern überwiegend Frauen an den Gesundheitsbildungsangeboten teil (zwischen 70 und 85%), lediglich bei einem Träger mehr Männer als Frauen (60% bzw. 40%).

Bezüglich der Altersverteilung weisen die vorliegenden Schätzungen darauf hin, dass besonders die 35- bis 49-Jährigen an Gesundheitsbildungsveranstaltungen teilnehmen. Bei den Volkshochschulen machen die 25- bis 34-Jährigen und 35- bis 49-Jährigen je 30% der Teilnehmerschaft aus. Auch bei den gesetzlichen Krankenkassen sind die Teilnehmenden eher im mittleren Alter. Frauen nehmen vor allem mit 30 bis 49 Jahren an gesundheitsbezogenen Veranstaltungen teil, Männer ab 30 Jahren, insbesondere jedoch im Alter von 60 bis 69 Jahren.

Zur Anzahl der Teilnehmenden mit nichtdeutscher Muttersprache liegen keine Daten vor. Schätzwerte einiger Träger liegen bei ein bis fünf Prozent aller Teilnehmenden im Bereich „Gesundheitsbildung“.

Zur Frage nach der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht der Teilnehmenden liegen nur Daten der gesetzlichen Krankenkassen vor. Bei den teilnehmenden Frauen sind obere Schichten anteilmäßig fast doppelt so häufig vertreten wie untere. Bei den teilnehmenden Männern sind alle Schichten gleichermaßen vertreten - möglicherweise aufgrund der Tendenz, dass diese zumeist erst bei Vorliegen von Beschwerden zur Teilnahme an den Veranstaltungen der Kassen motiviert, sind (EFB: 1994).

Veranstaltungen, die eher krankheitsbezogene Themen aufgreifen (z.B. Fragen von Abhängigkeit oder Psychosomatik, von Erkrankungen und Heilmethoden oder von Gesundheits- bzw. Krankenpflege) erreichen hier insgesamt nur einen Anteil von 8% aller Unterrichtsstunden und 5,5% aller Teilnahmefälle. Der Anteil von Angeboten zu Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitswesen ist verschwindend gering.

Aufgrund der sehr lückenhaften Informationen zu Zielgruppen und Struktur der Teilnehmerschaft im Bereich Gesundheitsbildung lassen sich die Fragen, ob in der Bundesrepublik zurzeit ein dem Lebensweisenkonzept (siehe dazu auch: TEIL 1/Kap.5 + Kap.8)) angemessenes Gesundheitsbildungsangebot für alle Bevölkerungsgruppen flächendeckend vorhanden ist bzw. ob es besonders unterversorgte Bevölkerungsgruppen gibt, nicht beantworten.

2.6. Die Gesundheitsbewegung- Versuch einer kritischen Zwischenbilanz

2.6.1. Die Erfolgsgeschichte einer 20 jährigen Gesundheitsbewegung

Eine Zwischenbilanz der in der Bundesrepublik nun etwa 20 Jahre alten Gesundheitsbewegung unter den Stichworten von „Macht -Gegenmacht“ / „Einfluss und Vernetzung“ stellt sich auf dem ersten Blick eine erstaunliche Erfolgsgeschichte dar.

In Thesenform:

1. Die Gesundheitsbewegung, die von Anfang bis Mitte der 80er Jahre ihre Glanzzeit hatte (u.a. die Gesundheitstage in Berlin, Hamburg und Kassel, die Etablierung von Gesundheitsläden), ist als eigenständige Bewegung überraschend erfolgreich gewesen. Viele ihrer Ideen sind inzwischen, zumindest zum rhetorischen, Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden. Viele Protagonistinnen aus den Anfangstagen der Gesundheitsbewegung arbeiten heute als reformengagierte Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialpädagoginnen und Pflegekräfte sowie in planenden und koordinierenden Funktionen in den Institutionen des Gesundheitswesens. Innovative Weiterentwicklungen werden von Fachgesellschaften (wie der DGSP), von der Gesundheitsakademie und anderen angestoßen, unterstützt und weiterentwickelt. Kurz, die Gesundheitsbewegung hat das Paradigma einer ganzheitlichen und sozialen, einer gemeindeorientierten und nutzerinnenzentrierten Medizin propagiert und ansatzweise in das Gesundheitssystem eingeführt. Dabei hat sie - vermittelt über die in der „Szene“ sozialisierten Professionellen - neben vielfältigen Innovationen und provokativen Irritationen auch eine wichtige kritische Bildungsfunktion im Gesundheitswesen wahrgenommen.
2. Als zentrales Moment der Gesundheitsbewegung hat sich der Gedanke der Selbsthilfe, in vielfältigen Bereichen und Erscheinungsformen praktiziert und weitgehend von Expertinnen akzeptiert, von Kommunen und Staat gefördert, von Krankenkassen und zögernd auch von den Wohlfahrtsverbänden inkorporiert, auch bei einer erheblichen Anzahl betroffener Menschen als ein neues soziokulturelles Bearbeitungs- und Bewältigungsmuster bei psychosozialen Problemlagen, chronischer Krankheit, Behinderung und Hilfebedürftigkeit durchgesetzt und wird von ihnen weiterentwickelt (vgl. Kickbusch & Trojan [Hrsg.], 1981; Trojan [Hrsg.], 1986).

Kurz, es ist der Gesundheitsbewegung gelungen, ein neues, innovatives und inzwischen breit gestreutes kulturelles Muster innerhalb, neben und außerhalb des Systems der Gesundheitsversorgung als eigenständiges Element zu verankern (vgl. Kickbusch 1981; v.Kardorff/Oppl 1989) und damit auch Ansätze eines gemeinde-/quartiersbezogenen Empowerment (vgl. Stark 1989;1996) zu schaffen. Für den Gedanken einer „Gemeindemedizin“ ist dies, im Unterschied zum psychosozialen Bereich, noch kaum gelungen, was u.a. am Kleinunternehmerstatus der niedergelassenen Ärztinnen und an den begrenzten Möglichkeiten zu einer integrierten Versorgung durch sektorisierte Institutsambulanzen liegen dürfte.

3. Parallel zu diesen institutionellen Erfolgen der Gesundheitsbewegung ist es der Gruppe aktiver InitiatorInnen und engagierter AktivistInnen gelungen, sich aus dem ehemaligen Bewegungsmilieu herauszubewegen, bzw. sich an dessen noch verbliebenen Rändern ein eigenes Feld der Professionalisierung zu erschließen. Sie konnten ansatzweise Einfluss auf traditionelle Machtzentren der organisierten Ärzteschaft gewinnen, Zugang zu Wohlfahrtsverbänden und vereinzelt auch Krankenkassen und anderen wichtigen Einrichtungen erhalten und, vor allem im kommunalen Gesundheitswesen, strategische Positionen besetzen, Modellprojekte initiieren und eigene vernetzte Infrastrukturen aufbauen. Kurz, die Gesundheitsbewegung hat auch innerhalb des Versorgungssystems zu beachtlichen Veränderungen und Verbesserungen für die NutzerInnen geführt.
4. Ein wesentlicher Teil des Erfolges der Gesundheitsbewegung dürfte in der Schaffung einer äußerst vielschichtigen und filigranen Form der Vernetzung zwischen einer Unzahl von Initiativen, Projekten, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Vereinen und Verbänden liegen, die selbst wiederum vielfach aus der Gesundheitsbewegung hervorgegangen sind. Neben regionalen Vernetzungen innerhalb der Bewegungsmilieus und Verbindungen mit den Institutionen des kommunalen Gesundheits- und Sozialbereichs mithilfe aus der Bewegung selbst rekrutierter reformengagierter Fachkräfte haben sich sehr rasch überregionale Netzwerkstrukturen herausgebildet, die auf bewegungsspezifische Kommunikationsstrukturen (Rundbriefe, Tagungen, Alternativverlage, informelle Arbeitsgruppen) und Kristallisationskerne für bundesweite Projektaktivitäten zurückgreifen konnten. Sie konnten teils auf unbezahltes Engagement zurückgreifen, teils ist es ihnen überaus erfolgreich gelungen, geschickt Fördermöglichkeiten im traditionellen institutionellen Kontext und im sympathisierenden, alternativ orientierten Mittelschichtmilieu zu erschließen (z.B. Nakos, Gesundheitsakademie).

Kurz, aus der Gesundheitsbewegung sind „Brückeninstanzen“ entstanden, die vielfältige Verknüpfungen innerhalb der sehr heterogenen „Basis“ einerseits und zum institutionalisierten und professionalisierten „Überbau“ andererseits schaffen (wie etwa die Selbsthilfezentren).

An der Entwicklung der Gesundheitsbewegung bestätigt sich die von der Netzwerkforschung vorgetragene These von der „Stärke schwacher Bindungen“, die von persönlichen Netzen übertragen auf Gruppen, Initiativen, Projekte den Einfluss erklären könnte, der durch viele kleine, meist locker und punktuell miteinander verbundene rhizomatische (wurzelstöckige) Geflechte (vgl. Deleuze & Guattari 1976), erzielt werden kann. Damit diese Strukturen allerdings lang-fristig funktionieren können, bedürfen sie einer beständigen „Pfleger“ und Aktivierung, die vom Schwung einer sozialen Bewegung, und d.h. vor allem über freiwilliges Engagement, nicht dauerhaft und zureichend geleistet werden können. Dies führt zur nächsten These:

5. Der relative Erfolg der Gesundheitsbewegung wurde durch andere, teils vorgängige, teils parallel entstandene „Neue Soziale Bewegungen“ und durch einen gesellschaftlichen Nachholbedarf an säkularer Modernisierung vorbereitet und war (ist) an günstige Professionalisierungsbedingungen gebunden. Schließlich trug auch ein günstiges Entfaltungsklima in der Phase des Ausbaus wohlfahrtsstaatlicher Leistungen zur erfolgreichen Entwicklung bei. Die Gesundheitsbewegung hat von dieser Situation profitiert und zugleich eine wichtige Rolle bei der nachholenden Modernisierung besonders festgefahrener Strukturen des Gesundheitswesens gespielt (Psychiatrie, Arzt – Patient -Verhältnis, Patientenrechte, Transparenz der Versorgung, ungleiche Zukunftschancen zu bestimmten Therapieformen, Pflege von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen, Altenhilfe).

6. Vor allem die Ökologiebewegung sowie die Frauen- und die Gesundheitsbewegung haben wesentlichen Anteil an der Sensibilisierung breiterer Teile der Öffentlichkeit für kontraproduktive Folgen und Nebeneffekte der Technik- und wissenschaftsgläubiger Modernisierung nicht nur in der Medizin, für die negativen psychosozialen Effekte des modernen Arbeitslebens und die problematischen Folgen bevormundender und enteignender Expertinnenabhängigkeit und -hörigkeit.

In diesem Rahmen sind im Verlauf der 80er Jahre eine Vielzahl medizin- und psychiatriekritischer Initiativen, Beschwerdezentren, Beratungsstellen, alternativen (Frauen-)Gesundheitszentren, usw. entstanden und haben sich mit einem breiten, lebensstilbezogenen Alternativtrend bis hin zum New Age verbunden. Nicht zuletzt hat die Kritik der Selbsthilfebewegung und der Betroffenen am Versorgungsdenken, an den Formen der Dienstleistungserbringung und an den Expertinnen zu einer positiven, wenngleich von Vereinnahmungsversuchen staatlicherseits begleiteten Neubewertung der Rolle der „Laien“ innerhalb des „dualen Gesundheitssystems“ (Badura 1983) geführt. Sie werden jetzt nicht mehr allein in ihrer unverzichtbaren ökonomischen Bedeutung und sozioemotional sowie alltagspraktisch unterstützenden Funktion bei der Bewältigung von Krankheitsepisoden und vor allem beim Leben mit chronischer Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit gesehen; sie werden zunehmend auch in ihrer besonderen Rolle als kompetente Expertinnen für ihr eigenes Leben mit der Krankheit bzw. die Krankheitsbewältigung ihrer kranken/pflegebedürftigen Angehörigen, wahrgenommen.

7. Der institutionelle und professionelle Erfolg der Gesundheitsbewegung, das Auftauchen wichtiger Motive etwa in der Gesundheitsförderung, die von Wissenschaft und Administration inzwischen weitgehend anerkannte Rolle psychosozialer Faktoren, sozialer Unterstützung und Kommunikation bei der Entstehung, bei der Bewältigung und bei der Rehabilitation von Krankheiten erscheint auf den ersten Blick beeindruckend.

Bei näherem Hinsehen relativiert sich das Bild:

- eine vernehmbare Gesundheitsbewegung gibt es seit Ende der 80er Jahre kaum mehr; hierfür ist auch das Stagnieren der Gesundheitsläden ein Indiz;
- unter den Bedingungen des tatsächlichen und politisch zusätzlich erzeugten Kostendrucks im Gesundheitswesen besteht die Tendenz, psychosoziale Betreuung an die neu entstandenen, oft unsicher finanzierten Selbsthilfeinitiativen, Vereine und Gesundheitsprojekte zu delegieren und ihre Existenz durch Kürzungen gleichzeitig zu bedrohen; ein sichtbarer Widerstand geht hier überwiegend nur von den davon betroffenen Professionellen aus;

- innerhalb der Medizin hat das alte körpermedizinische Paradigma/ Dogma durch Biomedizin und -Technologie („Genforschung“) neuen Aufschwung erhalten;

Das Interesse an der Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs ist innerhalb der Main-Stream-Medizin kaum mehr vorhanden oder bleibt folgenlose Absichtserklärung. So finden sich etwa Versuche seiner handlungsbezogenen Operationalisierung gegenwärtig noch am ehesten in der Pflege (-wissenschaft und -praxis), in der Psychosomatik und teilweise in der klinischen Psychologie. Entsprechende Diskussionen in der Main-Stream-Medizin sind weitgehend in inzwischen gut etablierte Bewegungsmagazine, wie „Dr. med. Mabuse“ oder „Sozialpsychiatrische Informationen“ abgewandert, werden in neueren institutionellen Kontexten, wie den Public-Health Studiengängen und in der Pflegeforschung diskutiert, konzentrieren sich in eher sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen z.B. auf die Ausarbeitung des WHO-Modells, wie es in der Ottawacharta formuliert wurde, oder sie finden sich an den Rändern anthroposophischer oder anderer spiritueller religiöser Glaubens- und Gesundheitslehren.

Die Zeit eines radikalen, auch kulturkritisch motivierten system-, institutionen-, professions- und wissenschaftskritischen Impetus der Gesundheitsbewegung und der darauf bezogenen Resonanz, die mit Themen wie Ungleichheit der sozialen und gesundheitlichen Versorgung-, Medikalisierung der Gesellschaft, Enteignung der Gesundheit durch expertendominierte Definitionsmacht, Kritik am „gläsernen Patienten“, mit Patientenbeschwerdestellen, usw. Unruhe und kontroverse Auseinandersetzungen erzeugt hat, gehört weitgehend der Vergangenheit an und ist einer modernisierten Reformperspektive gewichen - sieht man einmal von Ausnahmen wie dem Gen-ethischen Netzwerk ab. Ähnlich wie bei der Psychiatriereform haben sich Reforminseln mit einer gewissen Tendenz zur Selbstgenügsamkeit herausgebildet (vgl. v. Kardorff 1995). Viele Reforminhalte sind erfolgreich und zum Nutzen von PatientInnen/ NutzerInnen in das Versorgungssystem integriert, ohne dass es zu grundlegenden strukturellen Änderungen der Gesundheitsversorgung gekommen ist.

Ist die Gesundheitsbewegung mit ihren Erfolgen als Bewegung an ihr Ende gekommen? Vielleicht ließe sich sagen, dass die Gesundheitsbewegung nach ihrer Bewegungsphase in eine Phase der Normalisierung eingetreten ist, die durch Professionalisierung, Sicherung des Erreichten, Ausarbeitung und Verbesserung von Modellen, besser auf die Bedürfnisse der NutzerInnen bezogenen und von ihnen mitbestimmten Versorgungspraxis bestimmt und nicht zuletzt durch verbesserte Vernetzung gekennzeichnet ist.

Die auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen seit geraumer Zeit als Reaktion auf säkulare Strukturkrisen sichtbare „Erschöpfung der utopischen Energien des Wohlfahrtsstaates“ (Habermas 1985) könnte aus dieser Perspektive auch als Konsolidierung gelesen werden. Angesichts der gegenwärtigen Kürzungen, Umschichtungen und des strukturellen Abbaus von Leistungen im Gesundheitswesen könnte eine solche Konsolidierung und die Pflege kleiner Reforminseln die Gesundheitsbewegung allerdings schnell um ihre Erfolge bringen oder sie in verändertem Kontext negativ wirksam werden lassen; so verkehrt sich Wahlfreiheit auf dem Gesundheitsmarkt schnell in strukturelle Benachteiligung, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der Selbsthilfe in Abwehr erforderlicher öffentlicher Gesundheitsleistungen, alternative Gesundheitsberatung in wegrationalisierbaren Luxus, usw.

Ob und inwiefern hier neue und erweiterte Formen der Vernetzung innerhalb der „Szene“, die im weiteren Sinne der Gesundheitsbewegung zuzurechnen ist oder Vernetzungen zu anderen „Szenen“ als Gegenmacht wirksam werden können, ist eine offene Frage und dürfte auch von der Art und Wirksamkeit der von den Protagonistinnen der Gesundheitsbewegung gewählten Vernetzungen abhängen. Enge Verknüpfungen mit anderen „Neuen Sozialen Bewegungen“, mit denen die Gesundheitsbewegung zu Beginn eng verbunden war oder in deren Umfeld sie überwiegend entstanden ist, vor allem mit der Frauenbewegung und der Ökologiebewegung, existieren heute überwiegend in lockeren personellen Verknüpfungen zum professionellen System. In anderen Versorgungsbereichen, wie etwa im Bereich der Rehabilitation chronischer Erkrankungen, vor allem im Bereich der Sozialpsychiatrie, der Versorgung von HIV-PatientInnen und der Therapie drogenabhängiger Menschen haben sich stabilere „Brückenbeziehungen“ zum professionellen System hergestellt.

2.6.2. Anstelle von Reparaturaufgaben geht es um Gestaltungsaufgaben

Künftige Gesundheits-Reformen müssten nach Meinung vieler Gesundheits-Experten die Struktur des gegenwärtigen Gesundheitssystems vom Kopf auf die Füße stellen.

Der kanadische Gesundheitsforscher Trevor Hancock hat diese Struktur als „bottom down“-Ansatz bezeichnet, der sich von den Grundlagen der Daseinsvorsorge zu den seltenen Ausnahmesituationen des Lebens und deren infrastruktureller Bewältigung bewegt.

Dieses Bild kann allen Beteiligten verdeutlichen, wo die Prioritäten einer gesundheitsfördernden Politik zu setzen sind, die den Aspekt der sozialen Gerechtigkeit von Lebenschancen nach oben setzt. Die wesentlichen sozialen Ungerechtigkeiten sind nach Meinung Trevor Hancocks nicht in der medizinischen Versorgung zu suchen, sondern im Alltag vieler Menschen.

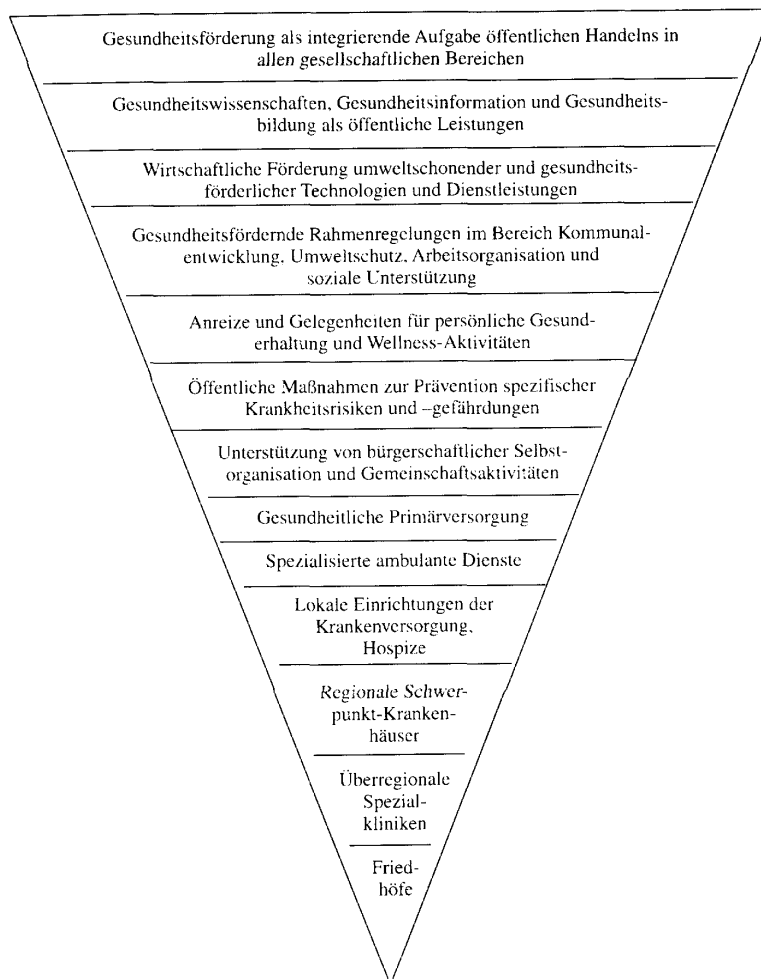
So wird das Überlebensrisiko beim Auto-Unfall weniger von der Frage bestimmt, ob die Flugrettung für alle erschwinglich ist oder nicht, sondern vor allem von der Frage der Geschwindigkeit der Beteiligten und ob sie als Fußgänger, Kleinwagen- oder Mercedes-Fahrer in einen Unfall gerieten. Dennoch erträgt es die Bevölkerung mehrheitlich, dass nicht alle Menschen einen Mercedes zur Verfügung haben, obwohl das Überlebensrisiko im Straßenverkehr dabei deutlich geringer ist und sie spricht sich inzwischen eher für eine Reduzierung des Autoverkehrs insgesamt aus, da der jährliche Unfalltod in der Größenordnung einer Kleinstadt-Bevölkerung und die jährliche vorzeitige Invalidisierung in der Größenordnung einer Großstadt-Bevölkerung als Folge des Autoverkehrs zunehmend als kultureller Irrsinn gesehen werden können.

Dass von diesem Irrsinn inzwischen eine eigene Rettungsindustrie und ein großer Teil der chirurgischen Abteilungen in den Krankenhäusern nebst Rehabilitation profitieren, macht diese Entwicklung zwar ökonomisch profitabel, kulturell aber zu einem kaum erträglichen Widersinn. Die Resignation der Gesundheitspolitikerinnen vor diesen Herausforderungen ist bedrückend und es wird Zeit, dass Gesundheitspolitik in einem umfassenden Sinne wieder in das öffentliche Blickfeld der Gesellschaft gerückt wird.

In einer zweiten Wendung ist die Aufmerksamkeit wieder auf die Ebene des alltäglichen Lebens, die Orte des Lebens und Arbeitens, den konkreten Alltag der Menschen zu richten, in dem sie ihr Leben gesundend oder erkrankend gestalten. Zuvor ist Gesundheitspolitik, als eine zentralisierte Verbände - Politik auf der Ebene des Bundes betrieben worden. Die Qualität „Gesundheitsfördernder Lebensräume“ entsteht aber kleinräumig unter Beteiligung der Betroffenen in Wohnungen und Familien, an Arbeitsplätzen und mit Kolleginnen, in Gemeinden zusammen mit anderen Bürgerinnen.

Abbildung 1:

Aufbau eines Gesundheits-Systems
 - Der „bottom-down“-Ansatz -



aus: Macht: Geld: PatientInnen: Gesund ?
 (1999) Eberhard Göpel, Günther Hölling
 Anregungen für eine Gesundheitsreform

Alf Trojan und Heiner Legewie beschreiben eine „salutogenetische Perspektive im Politikfeld Umwelt und Gesundheit“. Medizin gründet sich demnach auf einen „Defizit-Blick“: Sie sucht nach Störungen und den Negativ-Faktoren, die diese Störungen verursachen. Für die Beseitigung der Störungen gibt es ein breites Arsenal von Reparaturansätzen. Die Umweltpolitik ist diesem Muster ähnlich: Zumeist geht es auch dort um die Reparatur von Problemen und Störungen.

Mit der salutogenetischen Perspektive verändert sich die Blickrichtung: Es wird auf das „Gesunde“ fokussiert. Hiervon ausgehend sollen Ansatzmöglichkeiten identifiziert werden, Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität zu erhalten und zu steigern.

Welches sind die Leitkonzepte der salutogenetischen Perspektive?

Im Gesundheitsbereich heißt das aus einem weltweiten Grundsatzprogramm der WHO hervorgegangene Leitkonzept *„Gesundheitsförderung“*. *Im Umweltbereich ist ebenfalls aus einem weltweiten Diskurs das Leitkonzept „nachhaltige Entwicklung“ hervorgegangen.*

In beiden Konzepten spielt nicht nur die jeweils eigene Hauptdimension Gesundheit bzw. Umwelt eine Rolle, sondern auch sozioökonomische Komponenten. In beiden Fällen geht es um die Gestaltung von Lebensbedingungen zum Wohle des Menschen - sowohl dieser als auch zukünftiger Generationen.

Ein systematischer Vergleich der Prinzipien und Planungsprozesse für Gesundheitsförderliche und nachhaltige Entwicklung, durch die WHO hat gezeigt, dass die Programme in dieser Hinsicht gleich sind. An Analogie zur Agenda 21 heißt die Fortschreibung des Grundsatzprogramms „Gesundheit für Alle“ seit Ende 1998: „Health 21“. Eine weitere Ähnlichkeit ist, dass beide Programme in starkem Maße auf die lokale Ebene als Ort der Umsetzung abzielen.

Auf dieser Ebene gibt es neue Leitbilder, die zwar aus denselben gesellschaftlichen Bewusstwerdungsprozessen entstanden sind, jedoch nicht unmittelbar aus der internationalen Programmatik abgeleitet wurden. Dies sind die ökologische Stadterneuerung und die soziale Stadtentwicklung.

Worin liegt die Bedeutung der Leitkonzepte?

Leitkonzepte sind das Ergebnis von Erkenntnis und Verständigungsprozessen. Sie enthalten zumeist eine Verständigung über den Weg und das Ziel zugleich. Sie enthalten pragmatische und ethische Komponenten. Sowohl nachhaltige Entwicklung wie auch Gesundheitsförderung sind das Ergebnis einer weltweiten Verständigung darüber, welche Normen für die Gestaltung der Zukunft gelten sollen. Sie setzen darauf, dass trotz der großen Vielfalt unterschiedlicher Interessen gesellschaftliche Querschnittsprojekte wie „nachhaltige Entwicklung“, „Gesundheit für Alle“ und „soziale Chancengleichheit“ nur verwirklicht werden können, wenn sie gemeinsam von vielen Akteuren verfolgt werden.

Trotz aller Versuche, klare definitorische und empirische Trennungslinien zwischen einer salutogenetischen und pathogenethischen Perspektive zu ziehen, gelingt dies nicht. Ein weit gefasster Krankheitsbegriff umfasst auch Störungen der psychischen und sogar sozialen Funktionen. Zwischen Gesundheit und Krankheit gibt es auf keiner dieser Dimensionen eine klare Trennungslinie. Gesundheit und Krankheit können als zwei Dimensionen aufgefasst werden, die teilweise voneinander unabhängig sind. Dies impliziert, dass Faktoren, die zu ihrer Gesundheit führen, meist auch Krankheit verringern kann. Krankheitsverhütung aus der pathogenethischen Perspektive und Gesundheitsförderung aus der salutogenetische Perspektive sind also nur zwei Seiten ein und derselben Medaille.

Die Praxis der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensbedingungen ist vor allem zu charakterisieren durch ihren politischen Charakter. Dabei sind Prävention und Gesundheitsförderung nicht trennscharf zu unterscheiden. In der Praxis sind sie vielfach miteinander verflochten. Charakteristisch für solche komplexen Programme der Gesundheitsförderung sind erstens Lebens- und Handlungsräume als Ort der Umsetzung und zweitens eine Vielzahl von Adressaten und Akteuren, die gleichzeitig Handelnde (Produzenten) und Nutznießer (Konsumenten) der Maßnahmen sind.

Unmittelbar zur Gesundheitsförderung verpflichtet sind die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Die gesetzlichen Aufgabenstellungen sind jedoch bisher nicht weitgehend genug. Die institutionelle Kooperation zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften untereinander einerseits und mit dem aus steuerlichen Mitteln finanzierten öffentlichen Gesundheitsdienst sind weder genügend aufeinander abgestellt noch klar genug geregelt.

Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen Bürgerinitiativen und neuen sozialen Bewegungen liegt darin, dass sie aus eigener Initiative und eigener Betroffenheit heraus sich für Lebensqualität und Gesundheit einsetzen. Hier liegt ein großes Potenzial für die Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawacharta, das bisher nicht genügend systematisch gefördert und entwickelt wird.

Als besondere Bevölkerungs- bzw. Zielgruppen können Kinder und Jugendliche, Frauen und Männer, alte Menschen, Arbeitende, Arbeitslose und außerhalb der Erwerbsarbeit Tätige, von Armut und Obdachlosigkeit Betroffene, Migranten sowie Behinderte und chronisch Kranke gelten. Für alle diese Zielgruppen lassen sich zeigen, dass es Ansätze und Programme gibt, ihre Lebensverhältnisse und Umweltbedingungen gesundheitsförderlicher zu gestalten. Dabei wird nochmals deutlich - insbesondere gilt dies für die aufgrund ihrer Lebenslage benachteiligten Bevölkerungsgruppen -, dass Gesundheitsförderung ein politisches Programm ist, das weit über die Gesundheitspolitik hinaus reicht und teilweise grundlegende strukturelle und gesellschaftspolitische Veränderungen erforderlich macht, wie z.B. eine Neubewertung der Erwerbsarbeit und der bisher völlig unterbewerteten freiwilligen sozialen Arbeit.

Welche Strukturen brauchen Gesundheitsförderung?

Für die „psychosoziale Grundsicherung“ sind informelle Beziehungsnetzwerke in Familie und Nachbarschaft und die geringgradig organisierten informellen sozialen Netzwerke („soziales Kapital“) bedeutsam. Intermediäre Kooperationsstrukturen, in denen sich Akteure bzw. Leistungsträger der Gesundheitsförderung und Initiativen der Bürger zusammenfinden, sind die Grundlage der gemeinschaftlichen, arbeitsteiligen Bewältigung gesundheitsbedrohlicher lokaler Probleme. Solche regionalen Arbeitsgemeinschaften, Gesundheitsförderungs-Konferenzen und ähnliche Gebilde sollten mit formalem politischen Auftrag und Budgets ausgestattet sein, um wirksamer als bisher die gesundheitsförderliche Entwicklung auf lokaler Ebene steuern zu können. Für ihre Arbeit benötigen sie intermediäre Infrastrukturen, die vermittelnde und integrierende Aufgaben für die verschiedenen Akteure aus den unterschiedlichen Politik- und Verwaltungssektoren oder gesellschaftlichen Bereichen (Markt, Staat, Gemeinnützige) übernehmen. Um Gesundheitsförderung im Sinne der Gestaltung von Lebens- und Umweltbedingungen durchsetzen zu können, werden Akteurs- und Bewegungsnetzwerke benötigt. Zu den Strukturen, insbesondere den zuletzt genannten, besteht erheblicher Forschungsbedarf.

2.6.3. Selbsthilfegruppen und Alternative Gesundheitskultur

Die Suche nach Alternativen zur so genannten „Schulmedizin“ hat nicht nur enormes Interesse an Ganzheitsmedizin oder Naturheilkunde geführt, sondern sie hat auch neue Organisationsformen innerhalb der Gesundheitsbewegung hervorgebracht. Sachkenntnis, Engagement und Fantasie der Bürger in der Gestaltung ihrer Lebensbedingungen im unmittelbaren Wohnumfeld und Wohnviertel stellen eine kaum genutzte Kompetenzressource für die Gesundheitsbildung dar. Dialogmodelle wie Zukunftswerkstatt und Planungszelle haben sich vielfach in der Praxis bewährt. Viele Beispiele belegen, dass die erzielten Ergebnisse bei professioneller Vorbereitung und Durchführung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten außerordentlich erfolgreich sind. Die Teilnahme hat für sich genommen einen wichtigen gesundheitsförderlichen Effekt im Sinne des Empowerment. Außerdem können hier neue Formen gesellschaftlicher Arbeit und demokratischer Planung erprobt werden. Zu nennen wären:

- Selbsthilfegruppen mit Personen in einer vergleichbaren psychosozialen Lebenslage.
- Selbstorganisationen mit dem Ziel gemeinsame Interessen durchzusetzen.
- Selbstbefreiungsgruppen, die ihre Interessen gegen mögliche gesamtgesellschaftliche Widerstände durchsetzen wollen.

Andritzky (1997) hat in einer Bestandsaufnahme zur Alternativen Gesundheitskultur weit über 1000 Teilnehmer von VHS-Seminaren sowie privaten Anbietern befragt. Zentrale Befunde sind, dass über drei Viertel der Stichprobe weiblich, ledig und klar spirituell ausgerichtet sind, ferner über ein überdurchschnittliches Bildungsniveau verfügen und häufig an ein Leben nach dem Tod und die Wirkung von Fernheilung glauben.

So ist es auch nicht verwunderlich, dass der Besuch von „alternativen“ Gesundheitskursen wie Reiki oder Bachblüten-Seminare besonders häufig sind. In vielen größeren Städten sind mittlerweile dicht geknüpfte New-Age-Zentren entstanden mit einem breiten Angebot im so genannten „informellen Sektor“. Kurse in der Grauzone zwischen Bildung, Therapie und Religion sind nicht nur in dem Bereich der Bildungs- und Selbsterfahrungsangebote beschränkt, ihr Einfluss reicht weit in die traditionellen Institutionen wie Krankenkassen oder Volkshochschulen hinein. Zudem entstanden im informellen Sektor der Alternativen Gesundheitskulturen Selbsthilfekontaktstellen und -netzwerke. Das Netz bestehenden Selbsthilfekontaktstellen wurde flächendeckend ausgebaut.

Ein Schwerpunkt der Aufgaben der Selbsthilfekontaktstellen ist die Kompetenzvermittlung in Sachen Bürgerarbeit an Selbsthilfegruppen, Bürgerinitiativen und selbst organisierte Projekte.

Die Unterstützungsleistung der Selbsthilfekontaktstellen und Bürgerinitiativen kann nach Rolf Schwendter (2000 S. 284) in folgenden Momenten bestehen:

- Als Ideengeber auch für zukünftige Gesundheitsprojekte.
- Hilfestellung bei der Bewältigung von „formalen Schritten“ (z.B. Satzungsformulierungen oder Gemeinnützigkeitsformalien).
- Informationsstelle für die Aktivierung von Initiativen und zur Vernetzung mit Dachverbänden.
- Subjektive Unterstützung durch eine Art „Initiativen-Coachings“

Hierzu kann gerade die Volkshochschule einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie ihre Vernetzungsressourcen nutzt und so neben einem Forum auch eine emotionale Unterstützung für die Selbsthilfegruppen liefert.

2.7. Didaktik der Gesundheitsbildung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde gefragt, was Gesundheit und Gesundheitsbezogenes Handeln ist, es wurde untersucht, wie die Institutionalisierung der Gesundheitsbildung einerseits und die Gesundheitsbewegung andererseits in den letzten 20 Jahren sich entwickelte.

Auf der Grundlage des Vergleichs von bisherigen Konzepten, die von Gesundheitsaufklärung, -beratung, -bildung, bis zu „lebensweiseorientierte Gesundheitsförderung“ reichen und den eigenen Untersuchungen dazu, ist nun zu prüfen, wie Gesundheit vermittelbar ist?

Hierzu müssen wir uns der methodischen Seite der Gesundheitsbildung zuwenden. Eine Didaktik der Gesundheitsbildung der Zukunft, ihrer Lernprozesse und Formen soll im Folgenden entworfen werden.

Es wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Erörterung des Bildungsbegriffs verzichtet und dafür auf die vielzitierte Definition des Deutschen Ausschusses für das Erziehungs- und Bildungswesen zurückgegriffen: „Gebildet im Sinne der Erwachsenenbildung wird jeder, der in der ständigen Bemühung lebt, sich selbst, die Gesellschaft und die Welt zu verstehen und diesem Verhältnis gemäß zu handeln.“

Gesundheitsbildung ist somit wesentlicher Teil unseres Selbstverständnisses und unserer Identität. Sie ermöglicht eine Selbstaufklärung über unsere „innere Ökologie“, über unsere Bedürfnisse und unser Wohlbefinden. Gesundheitsbildung ist der Versuch, uns selbst kennen zu lernen und unsere eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu ermessen. Gesundheitsbildung ist „Lebenshilfe“ - ein Begriff, mit dem früher häufig das Aufgabenverständnis der Erwachsenenbildung umschrieben wurde.

Wenn wir den Bildungsbegriff der Aufklärung als Selbsthilfe ernst nehmen, können wir Gesundheitsbildung von anderen, benachbarten Begriffen abgrenzen, z.B. von Gesundheitserziehung: Der Erziehungsbegriff setzt ein „Reifegefälle“, ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Erzieher und dem Zögling, auf anderer Ebene aber auch zwischen dem professionellen Berater unter dem Klienten, dem Arzt und dem Patienten voraus. Erziehung ist - wie bei der Entziehungskur - die Fremdsteuerung auf ein vorgegebenes Verhaltensziel hin. Im Bildungsprozess dagegen entscheidet das mündige, selbst verantwortliche Subjekt über Sinn und Ziel seines Handelns: Ich kann jemanden erziehen, aber nicht jemanden bilden, sondern er bildet sich.

Krankheitsverhütung und Prävention: Vorbeugende Informationen können Bestandteil der Gesundheitsbildung sein, aber Gesundheitsbildung ist mehr als die Vermeidung von Risikofaktoren: Gesundheitsbildung ist die Suche nach mehr Lebensqualität und Harmonie, aber auch die Einsicht in die eigene Unvollkommenheit und Endlichkeit und somit auch die Anerkennung von Krankheiten und Tod als Element unseres Lebens. Krankheitsverhütung ist meist technologisch und instrumentell. Gesundheitsbildung erfordert darüber hinaus eine philosophisch anthropologische Besinnung.

Verhaltenstherapie: Trainingsprogramme gegen Suchtkrankheiten verschiedener Art - Alkohol, Nikotin, übermäßiges Essen - gehören zwar zur Gesundheitsförderung, aber insgesamt ist Gesundheit nicht trainierbar. Behavioristische Konditionierungstechniken bleiben fragwürdig (und meist auch wirkungslos), wenn sie nicht in ein umfassendes Selbstkonzept „eingebettet“ sind. Konkret: Ohne ein Nachdenken über die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Abhängigkeiten kann ein Verhaltenstraining bestenfalls kurzfristig Symptome kurieren.

Andererseits sollte Gesundheitsbildung nicht in eine Lebensphilosophie aufgelöst werden. Die Teilnehmer der Erwachsenenbildung sind zunächst an praktisch verwertbarem Wissen interessiert. Sie wollen nicht (nur) die moderne Medizin problematisieren, sondern brauchbare medizinische und ernährungswissenschaftliche Kenntnisse erwerben. Sie wollen nicht nur über ihre Körper meditieren, sondern sich auch körperlich bewegen. Sie wollen nicht nur die gesellschaftlichen Ursachen von Zivilisationskrankheiten reflektieren, sondern sie erwarten auch praktische Hinweise zur gesunden Ernährung.

Gesundheitsbildung erfordert deshalb einen vielseitigen vernetzten Lernbegriff:

- Lernen als Selbstwahrnehmung, d.h. als Aufmerksamwerden auf die eigenen Gefühle, Stimmungen, Körpersignale, Befindlichkeiten, als „Insich-hinein-horchen“
- Lernen als funktionalen Wissenserwerb, z.B. über Symptome und Ursachen von Krankheiten, über Zusammenhänge von psychischen und organischen Prozessen, über Mittel der Gesundheitsförderung, über gesunde Ernährung
- Lernen als Korrektur von Deutungsmustern und Wertmaßstäben, z.B. die Überprüfung unserer materiellen Werte und Auseinandersetzung mit postmateriellen Werten, die Überlegung, welche Opfer wir unseren Wohlstands- und Karriereinteressen bringen.
- Lernen als Erwerb von Handlungskompetenz, z.B. Ernährung, altersgemäße Gymnastik, autogenes Training, aber auch Kommunikation und Konfliktlösung im Alltag.
- Reflexives Lernen als Identitätsfindung, als Bejahung des Alterns und des Todes, als produktive Verarbeitung von krankheitsbedingten Identitätskrisen.

Auch wenn der Lernbegriff hier sehr weit gefasst wird, so dürfen wir die Möglichkeiten des Lernens nicht überschätzen. Gesundheitsbildung kann weder eine medizinische Diagnose und Therapie noch eine psychotherapeutische Beratung ersetzen. Sie steht in keinem konkurrierenden, sondern in einem komplementären Verhältnis zum medizinischen Gesundheitssystem. Gesundheitsbildung ist primär Bewusstseinsbildung. Gesundheit ist auch, aber nicht nur eine Frage des Bewusstseins, sondern darüber hinaus des Unbewussten, der Organe, der sozialen und ökologischen Umwelt. Aber auch das kann ein Lernergebnis sein: dass wir Menschen nicht alles „in der Hand haben“ und „in den Griff bekommen“.

2.7.1. Kurse und TeilnehmerInnen der Gesundheitsbildung

Was bietet die Erwachsenenbildung zum Thema Gesundheit an und wer macht von diesem Angebot Gebrauch?

„Gesundheitsbildung“ ist ein Querschnittsfachbereich, der sich oft nur schwer von anderen Fachbereichen abgrenzen lässt. So können Fragen des gesunden Lebens in philosophischen Seminaren ebenso thematisiert werden wie in Ökologieveranstaltungen. In Seminaren über die Rationalisierung und Computerisierung der Arbeitswelt können (und sollten) gesundheitliche Fragen ebenso angesprochen werden wie in Gymnastikkursen. Die Psychologie leistet ebenso einen Beitrag zur Gesundheitsbildung wie die Soziologie, die gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten untersucht. Auch die Gesundheitspolitik ist ein wichtiges Thema der Erwachsenenbildung.

In den Fachbereichsgliederungen des Deutschen Volkshochschulverbandes wurden Gesundheitsthemen vor allem im Fachbereich Gesundheitspflege und - im Blick auf gesunde Ernährung - auch im Fachbereich Haushaltsführung registriert.

Diese beiden Fachbereiche verzeichneten in den Jahren 1964 bis 1984 überdurchschnittliche Zuwachsraten:

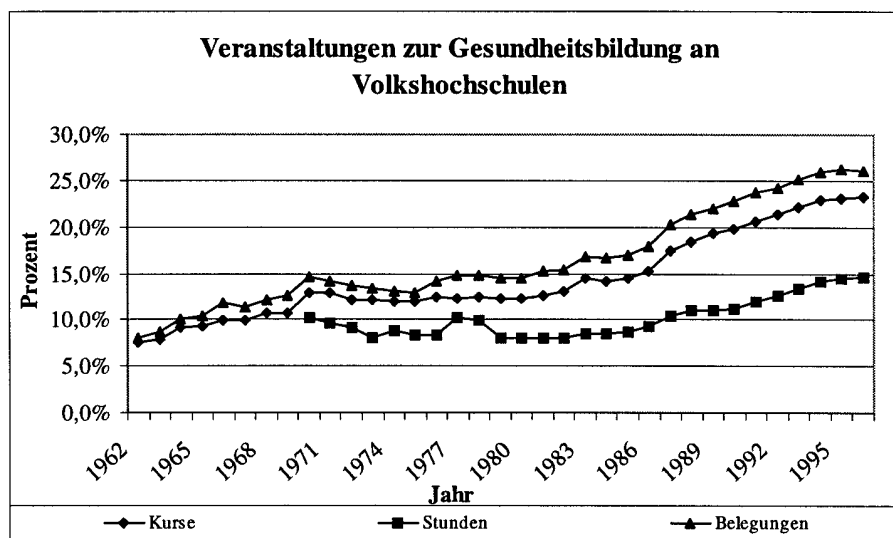
Anteil der VHS-Kurse und Teilnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

	1964		1974		1984	
	Kurse	TN	Kurse	TN	Kurse	TN
Haushalt	.-	.-	13.989 8 %	172.395 5 %	29.710 9,1 %	365.338 7,7 %
Gesundheit/ Körperpflege	5.652 9 %	87.033 6 %	21.698 12 %	451.762 12 %	46.185 13 %	796.676 16,7 %

Innerhalb der Jahre 1974 auf 1984 haben sich also die Programmangebote wie die Teilnehmerzahlen verdoppelt, und auch relativ - bezogen auf das Gesamtangebot - ist die Zunahme in diesem Bereich größer als in anderen Fachbereichen.

Aus der Abbildung 2 wird deutlich, wie sich der Bedeutungszuwachs der Gesundheitsbildung in den letzten 35 Jahren vollzog

Abbildung 2: Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen



(nach: Eckert 1999, S. 288)

Der Anteil der Gesundheitsbildung am Gesamtangebot der Volkshochschulen hat sich nach einem eher stetigen Verlauf (zwischen 1962 und Anfang der 80er Jahre) ab Mitte der 80er Jahre von 14,1 % (1984) über 19,8% (1990) bis auf 23,2 % im Jahre 1996 gesteigert.

Worauf ist dieses wachsende Interesse an Gesundheitsfragen zurückzuführen?

Mag sein, dass im letzten Jahrzehnt viele Krankheiten zugenommen haben, z.B. umweltbedingte Allergien, Depressionen, Suchtkrankheiten. Denkbar ist aber auch, dass das Gesundheitsbewusstsein im Kontext eines generellen Wertewandels gestiegen ist: Berufliche Karriere und höheres Einkommen verlieren in vielen Bevölkerungsgruppen an Bedeutung zugunsten von mehr Lebensqualität.

Hinzu kommt - insbesondere in der Mittelschicht - eine wachsende Subjektorientierung, d.h. ein verstärktes Interesse an der eigenen Psyche und am Körper. Außerdem ist das Bildungsangebot im Bereich Gesundheit vielfältiger und attraktiver geworden, sodass neue Adressatengruppen zur Teilnahme motiviert werden konnten.

Betrachten wir die VHS-Teilnehmerstruktur in den Fachbereichen Haushaltsführung und Gesundheitspflege im Jahre 1984 etwas genauer.

	männlich	weiblich
Haushalt	9,3 %	90,7 %
Gesundheit	19,2 %	80,8 %

Nicht nur Hauswirtschafts- und Ernährungskurse, sondern auch Seminare zur Gesundheitspflege sind weiterhin eine Domäne der Frauen.

Alter	Haushalt	Gesundheit	VHS-Kurse insgesamt
unter 18	7,2 %	10,6%	12,6%
18 bis unter 25	20,8%	17,8 %	20,7%
26 bis unter 35	33,4%	27,9%	28,7%
35 bis unter 50	27,9%	27,4%	24,9%
50 bis unter 65	8,9 %	11,9%	9,2 %
65 und älter	1,9 %	4,3 %	3,9 %

Die Abweichungen vom Durchschnittsalter der VHS-Teilnehmer sind nicht sehr groß. Beide Fachbereiche sprechen verschiedene Altersstufen an, hier sind genauere inhaltlich differenzierte Untersuchungen erforderlich. Jüngere Frauen sind in Kochkursen, Schwangerschaftskursen, Kursen zur Ernährung der Kinder überrepräsentiert, ältere Menschen vermutlich in Kursen, die sich unmittelbar mit Krankheiten beschäftigen. Dennoch ist der Anteil der älteren Menschen noch überraschend niedrig.

Ein Vergleich mit den Teilnehmerzahlen aus dem Jahre 1974 lässt eine deutliche Verschiebung zugunsten der mittleren Generation erkennen: Der Anteil der 25- bis 50-jährigen hat in dieser Zeit in Haushaltsführung um 6,8 %, in Gesundheitspflege um 4 % zugenommen. Allerdings ist im gesamten VHS-Kursangebot die Zuwachsrate der mittleren Altersstufen überdurchschnittlich groß.

Eine im Auftrag des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft 1980 durchgeführte Befragung von 8.000 Bundesbürgern im Alter von 19 bis 65 Jahren ergab, dass Gesundheit das meistgenannte Lerninteressengebiet ist, das noch vor der beruflichen Anpassung rangiert.

Themenbereich	Lerninteressen
Fragen der Gesundheit und der gesundheitlichen Lebensführung	63%
Versicherung, Renten, Steuern	58%
Anpassung an neue berufliche Entwicklungen	56%
Praktische Kenntnisse (Hilfe, Reparaturen ...)	56 %
Haushaltsführung	34 %

Festzuhalten ist, dass Gesundheit auf einen Lebenszusammenhang verweist, in dem sich Kognitives, Emotionales und Körperliches einerseits, Individuelles und Gesellschaftliches andererseits wechselseitig bedingen und vermischen. Die Medizin isoliert Krankheitsherde, Gesundheitsbildung macht Zusammenhänge deutlich. Diätkurse und Fitnessprogramme bewirken auf Dauer wenig, wenn wir uns nicht klar werden, was uns fehlt, was uns gut tut, wann wir uns wohlfühlen.

Wir haben dieses Lernen als „reflexives Lernen“ bezeichnet. Es verweist auf das Selbst-Bewusstsein, die Selbstaufklärung und die Selbstheilung des Menschen, auf die Entdeckung seiner Möglichkeiten und Grenzen.

2.7.2. Didaktische Schlussfolgerungen

1. Ziel der Gesundheitsbildung ist es, die natürlichen Selbstheilungskräfte des Menschen zu stärken.

Immer mehr Menschen werden häufiger zu Klienten und Patienten, die Abhängigkeit von professionalisierten Vorsorgeeinrichtungen und Medikamenten steigt, ohne dass sich gleichzeitig der Gesundheitszustand der Gesellschaft insgesamt verbessert. Es ist problematisch, die gesellschaftlichen Krankheitsursachen zu verharmlosen und das Gesundheitsproblem zu individualisieren, dennoch erscheint es sinnvoll, dass sich der Erwachsene wieder mehr auf seine eigenen psychischen und physischen Kräfte besinnt.

Dazu gehört auch, Krankheiten zu akzeptieren und auszuhalten, Alterungsprozesse zu erkennen, Depressionen nicht zu verdrängen, Trauerarbeit zu leisten. Krankheiten sollten auch als Symptome eines gestörten Gleichgewichts verstanden werden und zum Nachdenken über die eigene Identität und das Verhältnis zur Umwelt anzuregen.

2. Erwachsenenbildung kann zur Wiederentdeckung verloren gegangener Fähigkeiten und Bedürfnisse beitragen.

In mancherlei Hinsicht ist die Lernkapazität unserer Gesellschaft größer als je zuvor, und nie zuvor waren Erwachsene gezwungen, soviel neu und umzulernen. Andererseits hat die Industrialisierung unseres Alltags auch gesellschaftliche „Verlernprozesse“ gefördert: wir sind in Gefahr, den Blick für die Naturschönheit zu verlieren, immer weniger über Tiere, Pflanzen und den Wechsel der Jahreszeit zu wissen-, unsere Geschmacks- und Geruchssinne entwickeln sich einseitig, körperlicher Bewegungen werden immer mehr reduziert.

Aber im Vergleich zu unseren Kindern sind wir nicht nur klüger geworden, sondern haben auch vieles verlernt, z.B. zu spielen, Gefühle zu äußern, auf andere Menschen unbefangen einzugehen, Fantasie zu entwickeln, Fragen zu stellen. Gesundheitsbildung sollte deshalb stets auch kreative Bildung sein.

3. Gesundheitsbildung sollte keine Zeigefingerpädagogik sein.

In keinem Bereich der Erwachsenenbildung dürfte die Gefahr des Moralisierens und des Missionierens so groß sein wie in diesem. Bestimmte Meditationsschulen werden zu Heilswahrheiten hochstilisiert und erhalten pseudoreligiöse Funktionen. Außerdem leben wir alle ungesund - wir ernähren uns falsch, trinken und rauchen zu viel, bewegen uns zu wenig - und der/die Kursleiter/-in ist meist überzeugte/r Nichtraucher/-in, Antialkoholiker/-in. Dennoch: Das schlechte Gewissen ist kein erfolgsversprechendes Lernmotiv. Je drastischer uns die Risiken unseres ungesunden Lebenswandels vor Augen geführt werden, desto raffinierter sind unsere Rationalisierungen und Verdrängungen. Zwar ist eine Aufklärung über Gesundheitsrisiken unerlässlich, zumal wir meist nicht nur uns durch Alkoholismus, Rauchen u.ä. gefährden, sondern auch unsere Mitmenschen belasten. Dennoch erfolgt Gesundheitsbildung nicht über Belehrung und moralische Appelle, sondern über Einsicht, Selbstbewusstsein und reflexives Lernen.

Der Teilnehmer hat ein Recht auf Schutz seiner Intimsphäre.

Es ist notwendig, z.B. in Diätkursen über die psychischen Ursachen der Esslust und des Übergewichts und über die Hintergründe des Wunsches nach einer schlanken Figur nachzudenken. Das heißt jedoch nicht, dass jede/r Teilnehmer/-in aufgefordert werden sollte, persönliche und familiäre Probleme in der Gruppe offen zulegen. Hierin unterscheidet sich die Erwachsenenbildung von einer psychotherapeutischen Behandlung. Die meisten Teilnehmer suchen in der Erwachsenenbildung Nähe und Kontakte, aber zugleich auch die Möglichkeit zur relativen Distanzierung und Anonymität. Der Kursleiter sollte „stellvertretende Deutungen“ ermöglichen. Das heißt, es empfiehlt sich, „fremde Fälle“ und allgemeine Forschungsergebnisse darzustellen und zu analysieren, mit denen sich der Teilnehmer identifizieren kann, ohne selbst „bloßgestellt“ zu werden. Er kann solche Deutungen gleichsam „probebesetzen“, er kann sich an neue Interpretationen allmählich gewöhnen, ohne allzu viel von sich preisgeben zu müssen. In der Gesundheitsbildung kommen zwar Identitätsprobleme der Teilnehmer zur Sprache, aber die Erwachsenenbildung darf nicht „aufdringlich“ werden. Auch eine biografisch orientierte Bildungsarbeit muss nicht in einem „Aushorchen“ der Teilnehmer verbunden sein.

Es ist einleitend Bildung als ständiges Bemühen um ein angemessenes Selbst- und Weltverständnis definiert worden. Der Beitrag der Gesundheitsbildung zum „Selbstverständnis“ ist mehrfach angedeutet worden: - sich selbst darüber klar werden, wann und warum man sich „wohl“ oder „krank“ fühlt, was zur eigenen Lebensqualität gehört und was nicht ...

Zum „Weltverständnis“ gehört die Aufklärung über gesellschaftliche Werte und Normen („schlank und fit“) aber auch über ökologische, soziokulturelle und sozioökonomische Ursachen und Folgen von Krankheiten.

Es geht aber noch um einen weiteren Aspekt des Weltverständnisses, nämlich die Beschäftigung mit Themen, die mit unserer Gesundheit zusammenhängen, aber auch darüber hinausgehen. Dabei gehen wir davon aus, dass die manifesten (und legitimen) Bedürfnisse von Teilnehmern an Gesundheitskursen sich auf praktische, direkt verwertbare Hilfen richten: neue Kochrezepte, Tipps für gesunde Ernährung, Hinweise zur Verhütung von Krankheiten, usw. Die Kursleiter/-innen haben diese Erwartungen ernst zunehmen und zu befriedigen und nicht permanent in Frage zu stellen.

Aber mit diesen pragmatischen Interessen sind meist auch latente Bedürfnisse verknüpft, die sich in Fragen äußern: - Wie soll das noch weitergehen? Wie war das früher? Wie hängt das alles zusammen? Woran kann man sich noch halten?

Die Einrichtungen der Erwachsenenbildung haben nicht nur die Aufgabe, vorhandene Bedürfnisse zu „decken“, sondern auch neue Bildungsbedürfnisse zu „wecken“. Die Kursleiter/innen sollten den Teilnehmern nicht irgendwelche Themen aufdrängen, aber sie sollten auf angrenzende Themen hinweisen, den Teilnehmern „Appetit machen“ auf neue, bisher noch nicht gesehene Inhalte und Bereiche. Die Kursleiter/-innen sollten Angebote machen, aber die man sich verständigen kann, die man selbstverständlich auch ablehnen kann.

Wie kann eine solche Ausweitung des Interessenspektrums konkret aussehen?

Beispiel 1

In einem Kochkurs kann gefragt werden: Wie haben sich unsere Eltern und Großeltern ernährt, wie haben sie gekocht? Was haben wir inzwischen dazugelernt, was haben wir verlernt? Wie sah ein Kochbuch in den 20er Jahren aus?

So könnte aus dem Kochkurs eine kleine „Geschichtswerkstatt“ hervorgehen, in der der Lebensalltag und die Ernährungsprobleme unserer Vorfahren aufgearbeitet werden.

Beispiel 2

In einem „Schlank-und-fit-Kurs“ kann der Zusammenhang zwischen unserem Übergewicht und der Unterernährung in der Dritten Welt angesprochen werden. Die beträchtlichen Summen, die als Hungerhilfe für Afrika gespendet worden sind, belegen eine starke emotionale Betroffenheit unserer Mitbürger.

Aber kaum jemand weiß, wie stark wir, d.h. die Industrienationen, für die Unterentwicklung in der Dritten Welt mitverantwortlich sind und was eine „Entwicklungshilfe“ bewirken oder leisten sollte.

So ist es denkbar, dass einige Teilnehmer/-innen im nächsten Semester nicht nur an dem Schlankheitskurs, sondern auch an einem Seminar über die Dritte Welt teilnehmen.

Beispiel 3

In einem Seminar über Allergien liegt es auf der Hand, dass ökologische Ursachen diskutiert werden. Vielleicht bildet sich eine Arbeitsgruppe, die sich genauer über die Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung in ihrem Wohngebiet informiert, die vielleicht eine Aufklärungsschrift für alle Bewohner des Stadtteils entwirft.

Es geht bei diesen Beispielen nicht darum, von dem „eentlichen“ Thema abzulenken oder gar einen Kurs zu politisieren und umzufunktionieren. Es geht eher um ein perspektivisches Konzept von Allgemeinbildung: Von alltäglichen Betroffenheiten und pragmatischen Interessen ausgehend sich neue Interessengebiete erschließen. „Allgemeinbildung“ erhält so ein individuelles Profil. Um in einem Bild zu sprechen: Der Diätkurs ist gleichsam der Stein, der ins Wasser geworfen wird und der jetzt immer weitere Kreise zieht, bis letztlich der ganze See in Bewegung geraten ist.

Beispiel 4

In einem Kosmetikkurs behauptet eine Teilnehmerin, dass ein Großteil der Tierversuche der Erprobung neuer Kosmetika dient. Die anderen Frauen wollen das nicht glauben, und sie beschließen, einen Experten der Tierärztlichen Hochschule einzuladen, um sich über Sinn und Unsinn von Tierversuchen zu informieren.

Fazit: Bei diesen didaktischen Überlegungen ist zu berücksichtigen, dass die Kurse zur Gesundheitsbildung überwiegend von Frauen besucht werden, sodass dieser Bildungssektor im umfassenden Sinne Teil der heutigen Frauenbewegung ist. Wir können ferner davon ausgehen, dass das Bewusstsein vieler Teilnehmerinnen „gespalten“ ist und damit die Widersprüchlichkeit unserer gesellschaftlichen Verhältnisse und unserer Lebenswelt widerspiegelt: Einerseits „typisch weiblich“ sozialisiert, was sich in traditionellen Schönheitsnormen und pflegerischen Orientierungen manifestiert; andererseits aber verängstigt und auch verärgert über die Gefahren der Kernenergie, die ökologischen Katastrophen und den Rüstungswahnsinn der Männer. Diese „Grenzsituation“ mit ihren Widersprüchen ist für viele Teilnehmerinnen der Erwachsenenbildung eine günstige Lernsituation, in der die Bereitschaft besteht, neue, bisher ungewohnte Sichtweisen und Deutungsmuster zur Kenntnis zu nehmen, aufgeschlossen für Alternativen zu sein.

Zwar sind die Teilnahmemotive in der Gesundheitsbildung eher konventionell, traditionsgeleitet und pragmatisch. Doch zugleich enthält diese Motivation eine Möglichkeit für innovatorisches, reflexives und insbesondere ökologisches Lernen. Diese mehrdimensionale Motivation muss aber von den Kursleitern/-innen erkannt und aktualisiert werden.

Damit es nicht missverstanden wird: Ernährung und Gesundheitspflege sollen keineswegs als „typische Frauenthemen“ verewigt werden. In der Regel ist eine „Durchmischung“ der Teilnehmergruppen, d.h. ein Mit- und Voneinander-Lernen von Älteren und Jüngeren, Männern und Frauen wünschenswert. Auch in den Seminarankündigungen z.B. von Kochkursen sollten die Männer mit angesprochen werden. Das schließt die Berechtigung von reinen Frauenkursen keineswegs aus.

Auf ein didaktisches Sonderproblem kann hier nur am Rande hingewiesen werden: auf Selbsthilfegruppen (anonyme Alkoholiker, Krebskranke, Eltern behinderter Kinder usw.).

Merkmale dieser Gruppe ist eine gemeinsame Betroffenheit, aber auch ihr soziales Engagement für andere Betroffene. Die Mitarbeiter der Erwachsenenbildung sollten diese Gruppen unterstützen und beraten - z.B. bei der Suche nach Räumlichkeiten und Referenten -, sie sollten aber die Autonomie und auch den Wunsch nach Intimität dieser Gruppen respektieren. Immerhin können Volkshochschulen, kirchliche und gewerkschaftliche Institutionen eine wichtige Dienstleistungsfunktion für diese Selbsthilfegruppen erfüllen.

Typologie von Lernangeboten

Es ist kaum möglich, eine typische Veranstaltungsform der Gesundheitsbildung festzulegen. Erkennbar ist jedoch eine Typologie von Lehr-Lernstrategien, die sich hinsichtlich der Thematik, der Lernziele und der Adressaten unterscheiden.

Typ A: Lernen als Erwerb wissenschaftlichen Wissens

Dieser Typ fördert kognitives Lernen, es werden wissenschaftliche Kenntnisse über ökologische und medizinische Zusammenhänge vermittelt und diskutiert. Handlungskonsequenzen werden allenfalls auf allgemeiner Ebene erörtert. Vorherrschend sind Informationen und Diskussionen. Gesundheitsbildung ist eher Teil einer kulturellen Allgemeinbildung und dient der Horizonterweiterung.

Typ B: Wissenserwerb zur Förderung der politischen Handlungskompetenz

In diesen Seminaren werden ökologische und politische Zusammenhänge thematisiert. Im Vordergrund steht eine Gesellschaftskritik, gefragt wird nach politischen Alternativen und Handlungsmöglichkeiten. Veranstaltungen dieses Typs sind eher der politischen Bildung zugeordnet, in der es um die Analyse und Kritik gesellschaftlicher Strukturen geht. Vermittelt wird vor allem ein Orientierungswissen.

Typ C: Wissenserwerb zur Änderung von Einstellungen und Gewohnheiten

In diesen Seminaren werden herrschende Sichtweisen und Deutungsmuster infrage gestellt, es soll ein Umdenken und eine Korrektur des Lebensstils angeregt werden. Dieser Typ ist vor allem der Identitätsbildung zuzuordnen, bei der ein Wertewandel angestrebt wird.

Typ D: Wissenserwerb zur lebenspraktischen Anwendung

In diesen Seminaren steht ein konkretes Verwertungsinteresse im Vordergrund. Praxisrelevante Informationen sind wichtiger als Diskussionen, Erfahrungsaustausch und Urteilsbildung. Ein prinzipieller Paradigmenwechsel ist nicht unbedingt beabsichtigt.

Typ E: Einübung gesundheitsfördernden Verhaltens

In diesen Kursen dominiert die Eigenständigkeit, es werden instrumentelle Kenntnisse und praktische Fertigkeiten vermittelt. Allgemeine medizinische und ökologische Probleme werden nicht gezielt behandelt. Kommunikation wird durch gemeinsames Tun gefördert. Diese Lernangebote beabsichtigen eine Lebenshilfe im Alltag ohne hohen theoretischen Anspruch.

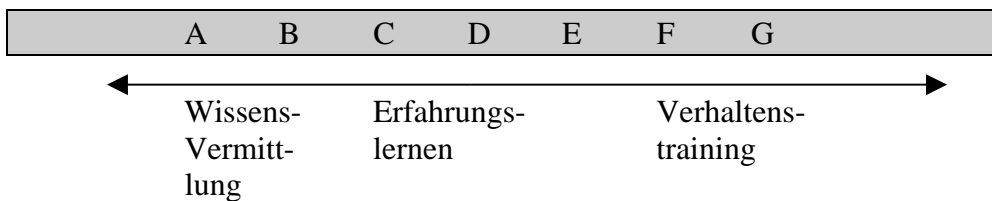
Typ F: Krisenbewältigung durch Erfahrungsaustausch

Dieser Typ wendet sich an spezielle Zielgruppen, die gemeinsame Probleme oder Krankheiten zu bewältigen haben. Systematische Wissensvermittlung ist sekundär gegenüber der psychischen Stabilisierung durch die Aussprache von Ängsten und den Austausch von Erfahrungen. Die Seminare ermöglichen eine Krisenbewältigung durch sozial emotionales Lernen. Häufig findet dieses Lernen in Selbsthilfegruppen statt.

Typ G: Verhaltenstraining

In diesen Kursen sollen - meist in Anlehnung an die behavioristische Lerntheorie - schädliche Gewohnheiten verlernt werden. Lernen erfolgt vor allem durch soziale Verstärkung, weniger durch eine Reflexion des Selbstkonzeptes oder durch Einsicht in gesellschaftliche Zusammenhänge.

Die einzelnen Typen lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen. Es handelt sich um unterschiedliche lerntheoretische und didaktische Schwerpunkte.



Dieses breite Spektrum von Veranstaltungstypen entspricht den unterschiedlichen Motiven der Adressaten und ist deshalb zu begrüßen.

Zugleich ist es wünschenswert, dass in jedem gesundheitsbildenden Seminar grundlegende Fragen wie:

- Was macht uns krank?
- Was heißt Gesundheit in verschiedenen Altersphasen?
- Wie gehen wir mit unseren eigenen psychischen und physischen Kräften um?
- Wie ist unser Verhältnis zur natürlichen Umwelt?

behandelt werden.

Solche Fragen sind kein überflüssiges Anhängsel zu den eigentlichen Kursinhalten, durch solche Fragen wird ein kognitives Schema, ein Kontext hergestellt, in den die fachlich-instrumentellen Lernziele - z.B. eines Diätkurses - eingebettet werden können.

Eine geeignete Methode zur gezielten Erörterung solcher Basisfragen ist z.B. das „Sokratische Gespräch“, bei dem der Teilnehmer lernt, in sich hineinzuhorchen und eigene Antworten auf seine Fragen zu finden.

Die bisher berücksichtigte Veranstaltungsform ist das Abendseminar mit unterschiedlichen Anteilen von Referaten und Übungen. Gemeinsam sind diesen Veranstaltungen die Offenheit des Zugangs und das Lernen in der Gruppe. Andere Lernangebote sollen hier nur angedeutet werden:

- Berufliche Weiterbildung einzelner Zielgruppen, z.B.
- Krankenschwestern, Ärzte, Sozialarbeiter
- Bildungsurlaubsseminare in Internatsform
- Ausstellungen
- schriftliche Informationen
- Filme und Fernsehsendungen

2.7.3. Bestandsaufnahme Professionalisierung : Gesundheitspädagogische Qualifikationen innerhalb der Erwachsenenbildung

Die nachfolgenden Ausführungen zur Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich Gesundheitsbildung basieren auf den Ergebnissen der schriftlichen Befragungen von Trägern durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997). Ergänzend wurden weitere zugängliche Informationsmaterialien - meist VHS-interne - ausgewertet. Der Bereich „MitarbeiterInnen-Qualifikation in der Gesundheitsbildung" lässt sich nur grob skizzieren, denn nur im Einzelfall führten die befragten Weiterbildungs-Träger entsprechende Informationen zusammen.

Auf Bundesebene ist nur bei wenigen der befragten Träger der Bereich „Gesundheit, Gesundheitsbildung etc.“ in Form eigener Referate oder Abteilungen strukturell verankert bzw. personell besetzt. Bei einigen wird dieser Bereich durch sonstige Referate mitbetreut, bei anderen gibt es keine feste Zuständigkeit.

Bezüglich der Qualifikation der haupt- und nebenberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Angebote der Gesundheitsbildung planen, organisieren oder durchführen, liegen von etwa 50% der Träger Einschätzungen aus Bundessicht vor.

Demnach werden - auf Bundesebene wie in den Bildungsstätten - hauptberuflich eher Personen mit Hochschulabschluss beschäftigt, tendenziell eher aus den Sozialwissenschaften einschließlich (Sozial-) Pädagogik und Psychologie. Bei den Krankenkassen überwiegen bei den hauptberuflich für Gesundheit Zuständigen vor allem Fachleute für Teilthemen der Gesundheitsbildung, insbesondere Fachkräfte aus dem Ernährungs-, Sport-, Bewegungs- sowie Stressreduktions- und Entspannungsbereich.

Die Fort- und Weiterbildung der hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist - zumindest im Bereich der Allgemeinen Weiterbildung - nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist in vielen Verbänden auch nicht „gefordert“, sondern höchstens „erwünscht“.

Die hauptberuflich Tätigen stellen in der Regel die nebenberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich „Allgemeine Weiterbildung“ ein. Bereichsunspezifische Kriterienkataloge für diese Auswahl gibt es kaum. Als globale Kriterien werden z.B. Berufsausbildung, Praxiserfahrung, methodische Fähigkeiten, Zusatzqualifikationen oder Empfehlungen genannt.

Als nebenberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich Gesundheitsbildung werden Personen mit diversen fachlichen Qualifikationen und Abschlüssen eingestellt. Im Hinblick auf deren Auswahl und Einstellung teilen vier Träger mit, allgemeine wie auch fachspezifische Kriterien zu haben.

Das Deutsche Rote Kreuz verweist auf verschiedene trügereigene Kurskonzepte, die nur nach entsprechender verbandsinterner Schulung angeboten werden können.

Kurs- oder Maßnahmen übergreifend ausgearbeitete Kriterien im Sinne einer Orientierungshilfe oder Leitlinie des Weiterbildungsanbieters für die Auswahl von nebenberuflichen Mitarbeitern in der Gesundheitsbildung durch die hauptberuflich Tätigen gibt es nur im Einzelfall.

Der Deutsche Sportbund erwartet von seinen Kursleiterinnen und Kursleitern im Bereich „Sport und Gesundheit“ neben fachlicher Ausbildung und einschlägiger Leh-rerfahrung die Akzeptanz ausformulierter „Grundsätze zur Angebotsgestaltung“. Be-zugnehmend auf das Gesundheitsverständnis der WHO und die Ottawacharta werden allgemeine Grundsätze formuliert, die auf die Stärkung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen sowie auf gesellschaftliche und politische Dimensionen der Gesundheitsbildung verweisen. Für bestimmte Themenbereiche sind spezifische Ziele für die Angebotsplanung und Bildungsarbeit ausgeführt. In einem Leitfaden für Sport und Gesundheit für Fachverbände und Landesportverbände werden u.a. Aus-, Fort- und Weiterbildungsfragen reflektiert.

Der Arbeitskreis Gesundheitsbildung der Volkshochschul-Landesverbände und des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung - Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes gab 1994 die „Empfehlungen zur Qualifikation von Kursleiterinnen und Kursleitern in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ her-aus. Hintergrund ist das 1993 bereits von diesem Arbeitskreis und dem DIE/DVV her-ausgegebene Selbstverständnispapier „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“, in dem sich Volkshochschulen auf einen Qualitätsstandard verpflichten (haben), der sich in der Qualifikation von Kursleiter/-innen wiederfinden muss (Arbeitskreis Gesundheitsbildung 1994).

Die Gesundheitsbildungsarbeit aller Beteiligten soll den Zusammenhang von körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheitsfaktoren berücksichtigen und sich demzufolge auch auf die Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrem sozialen und natürlichen Umfeld beziehen. Die Erweiterung und Verbesserung der Handlungschancen von Menschen und ihrer Selbst- und Mitbestimmungsfähigkeiten in gesundheitlichen Belangen ist erklärtes Ziel.

In diesen Empfehlungen zur Kursleiterinnen-Qualifikation in der Gesundheitsbildung werden Anforderungen für drei Bereiche beschrieben:

- Qualifikationsmerkmale im Rahmen der Erwachsenenbildung,
-
- Qualifikationsmerkmale entsprechend dem Verständnis von Gesundheitsbildung an Volkshochschulen und
- fachliche Qualifikationsmerkmale. Fachliche und Erwachsenenpädagogische Qualifikationen haben je nach Kursthema ein unterschiedliches Gewicht. Sie sind jedoch nicht voneinander zu trennen. (Arbeitskreis Gesundheitsbildung 1994)

In dem Papier wird berücksichtigt, dass nicht alle der genannten Voraussetzungen sich heute durch Bescheinigungen nachweisen lassen. Einige der Quantifikationen gelten als grundsätzliche Voraussetzungen, andere können im Laufe der Bildungsarbeit erworben werden. Je nach Person, Kursinhalt und Einrichtung können die Kriterien für die Qualifikation einen anderen professionellen Zuschnitt haben, dennoch hat die Liste der Anforderungen im Prinzip überall Gültigkeit.

Von einem der sieben Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen liegen Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zu Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Unter Verweis darauf, dass die Qualitätssicherung in diesem Bereich noch in den Anfängen steckt, wurden „erste Qualitätskriterien“ für Gesundheitskurse und individuelle Beratung in drei Handlungsfeldern formuliert (Ernährung, Bewegung, Psychosoziale Gesundheit). Es sind jeweils Qualitätskriterien hinsichtlich der Inhalte, Methoden und Qualifikationen der Kursleiter/innen bzw. Referent/innen ausgeführt, die dem wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt unterliegen. Die (haupt- oder nebenberuflichen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Veranstaltungen der Gesundheitsbildung im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe für diese Kassen anbieten wollen, benötigen in der Regel einen auf die o.g. drei Handlungsfelder bezogenen staatlich anerkannten Berufsabschluss sowie zum Teil fachspezifische oder allgemeine Zusatzqualifikationen (z.B. für Rückenschulprogramme oder in Gesprächsführung und Beratung).

Eine Liste des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung und Deutschen Volkshochverbands zu berufsbezogenen Qualifikationen von (potenziellen) Kursleiterinnen und Kursleitern in der Gesundheitsbildung enthalten sowohl themenfeldspezifische (Ernährung, Bewegung etc.) als auch Gesundheit insgesamt betreffende Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z.B. Gesundheitspädagogik, -beratung etc.). Sie spiegelt das Qualifikationsspektrum derer wider, die derzeit Gesundheitsbildungsangebote den Volkshochschulen anbieten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass empirische Untersuchungen für ein Qualifikationsprofil der Kursleiter von Angeboten aus dem Bereich Gesundheitsbildung derzeit kaum vorliegen. Dennoch kann man aus der Auswertung der vorhandenen Daten folgende Leit- und Handlungsideen bezüglich eines Qualifikationsprofil für Mitarbeiter aus dem Bereich Gesundheitsbildung entwerfen:

1. Von Pädagogen im Bereich Gesundheitsbildung werden besondere Transferleistungen und didaktischmethodische Fantasie gefordert. Zu diesen Transferleistungen gehört die Übertragung lerntheoretischer, motivationspsychologischer, curricularer Erkenntnisse und Konzepte auf die Gesundheitsbildung (Was bedeuten Teilnehmerorientierung, Deutungsmusteransätze, kognitive Dissonanz, reflexives Lernen u.ä. für diesen Bereich?).
2. Der Pädagoge sollte selbst Experte in einem Teilbereich der Gesundheitsbildung sein und selber Seminare durchführen. Nur auf diese Weise kann er die Praxisrelevanz seines theoretischen Wissens überprüfen, und er wird aufgrund dieser Praxiserfahrung nebenberufliche Kursleiter/-innen glaubwürdig beraten können.
3. Der Pädagoge sollte über ein ökologischmedizinisches Orientierungswissen verfügen. Hierzu gehören Kenntnisse über Medizingeschichte, über anthropologische Konzepte von Leben und Gesundheit, über gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten, über aktuelle gesundheitspolitische Probleme, Grundwissen über anatomische, biologische Gegebenheiten.
4. Der Pädagoge muss die wichtigsten Institutionen des Gesundheitssystems kennen. Als Mitarbeiter einer Einrichtung der Erwachsenenbildung muss er sowohl bei der Auswahl von Kursleiter/-innen als auch bei der Teilnehmerwerbung mit verschiedenen Gesundheitsorganisationen am Ort kooperieren.
5. Der Pädagoge muss empirische Untersuchungen und Modellversuche zur Gesundheitsbildung durchführen und auswerten können. Notwendig sind Auswertungen von Programmen und Teilnehmerstatistiken, Bedarfserhebungen, Unterrichtsbeobachtungen und Wirkungskontrollen.
6. Der hauptberufliche pädagogische Mitarbeiter muss vor allem nebenberufliche Kursleiter/-innen didaktisch-methodisch beraten können.

Die meisten Kursleiter/-innen in der Gesundheitsbildung sind nicht pädagogisch ausgebildet, und sie verstehen sich eher als Experten für Diätkochen, Heilgymnastik usw.. Unserem Verständnis von Gesundheitsbildung entsprechend reicht das Erlernen instrumenteller Kenntnisse und Fertigkeiten nicht aus, es sollten darüber hinaus reflexive Lernprozesse über gesundes Leben angeregt werden. Solche komplexen Lernprozesse kann man auch als „bildendes Lernen“ bezeichnen, da sie eine Horizonterweiterung und Identitätsbildung fördern.

Durch individuelle Beratung, Supervision und Mitarbeiterfortbildung sollte der pädagogische Mitarbeiter gemeinsam mit den Kursleitern Mittel und Wege erproben, um auch die latenten Bedürfnisse der Teilnehmer nach Sinnfindung zur Sprache zu bringen und zu befriedigen.

2.8. Methoden in der Gesundheitsbildung

Gesundheit, verstanden als Zustand physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert, ist in dieser Vollkommenheit kaum zu realisieren. Denn das Leben in unserer Gesellschaft ist nicht frei von Beeinträchtigungen vielfältiger Art. Sie müssen nicht sichtbar, fühlbar oder bewusst sein, schränken aber dennoch die Möglichkeiten der Entspannung, Freude, des Wohlbefindens und andere Ausdrucksformen menschlichen Lebens ein.

Gesundheit zu erhalten ist nicht einfach und so gut wie kaum durch die Sozialisationsinstanzen zu vermitteln. Gesundsein zu lernen beinhaltet die Konfrontation mit sich selbst, den Unzulänglichkeiten des eigenen Körpers und konsequenterweise zumeist auch ein Abschiednehmen müssen von mehr oder weniger lieb gewordenen Gewohnheiten, mit denen wir uns arrangiert haben, um das Leben zu meistern. Gesundheit erhalten wollen heißt aber auch, sich einmischen lernen, um die Arbeits- und Lebensbedingungen so zu gestalten, dass alle Menschen gesund sein können.

Gesundheit ist kein statischer Begriff, er impliziert auch Bewegung, Annäherung an das vorgegebene Ziel. Aber das in der Zielvorstellung der

WHO enthaltene Ideal ist von vielen Menschen nicht zu erreichen, sei es, dass sie unter Bedingungen leben, die eher krank machen als Gesundheit fördern, sei es, dass ihnen das Wissen fehlt, wie sie sich gesund erhalten können oder sie mit irreparablen Schäden leben müssen, die ihnen nur eine eingeschränkte Teilhabe an der so definierten Gesundheit erlauben.

Gesund zu sein heißt, die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Juchli) selbstständig und ausreichend bewältigen zu können. Aber auch die so einfach und plausibel erscheinenden Aktivitäten erfordern Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die erst einmal erlernt werden müssen.

Gesundheitsbildnerische Arbeit mit Erwachsenen wird neben der Informationsvermittlung den Schwerpunkt setzen auf Mittel und Wege, die Gesundheit erst erfahrbar zu machen, das Zutrauen in die eigene Gesundheitskompetenz zu stärken und das Bewusstsein zu fördern, das eigene und das Leben anderer gesund zu erhalten und sich dafür auch einzusetzen. Der Einsatz von Methoden in der Gesundheitsbildung soll diese Fähigkeiten verstärken und Lernprozesse unterstützen.

In diesem Kapitel werden Methoden dargestellt, die in Bildungsveranstaltungen zum Thema „ Gesundheit “ eingesetzt werden können. Hierbei handelt es sich um Methoden, wie sie üblicherweise in der Erwachsenenbildung eingesetzt werden und solchen, die in der neueren Diskussion um Gesundheit entwickelt und durchgeführt worden sind.

Sie lernen also Methoden kennen, die Sie in konkreten Lehr- und Lernprozessen einsetzen können, aber auch solche, die mehr der Eigensteuerung einer Gruppe dienen, wobei der/dem Lehrenden hierbei nur eine beratend-unterstützende Funktion zukommt.

Genauere Kenntnisse über ein Methodenrepertoire und der situations- und teilnehmergemäße Einsatz von Methoden können nur in konkreten Anwendungszusammenhängen erworben werden und erfordert darüber hinaus zum Teil eine längerfristige Weiterbildung. Dies kann und will diese schriftliche Darstellung nicht leisten. Sie will aber über Information und Beschreibung hinaus das Interesse für bestimmte Methoden ebenso wecken wie die Bereitschaft, sich intensiver mit ihrer Theoriebildung und Anwendung zu beschäftigen.

Zunächst wird dargestellt, welcher Stellenwert Methoden in der Gesundheitsbildung zugemessen wird, wozu sie verwendet werden und welche Kriterien bei der Auswahl berücksichtigt werden müssen. Ferner werden die wichtigsten Methoden der Gesundheitsbildung und ihre Kriterien für den Einsatz in der Gesundheitsbildung vorgestellt.

2.8.1. Methodische Grundlagen der Gesundheitsbildung

Bei der Sichtung von Literatur zum Thema Methoden und Medien in der Gesundheitsbildung allgemein, fällt auf, dass der Akzent auf einer breit gestreuten Palette von Massenkommunikationsmitteln (Broschüren, Faltblätter, Anzeigen, Filme etc.) liegt, mit denen die Bevölkerung über Missbrauchs- oder Suchtverhalten aufgeklärt wird. Zwar erreichen diese Massenkommunikationsmittel sehr viele Menschen, ob jedoch die intendierte Zielsetzung der Verhaltensänderung erreicht wurde, entzieht sich der Kontrolle.

Zum Thema Methoden allerdings wird das Repertoire kleiner, es beschränkt sich vorrangig auf Referate, Vorträge oder andere Methoden mit eher darstellendem Charakter. Angemerkt werden muss, dass eine kritische Analyse der Praxis bei der Anwendung gesundheitserzieherischer Methoden eine weitgehende Konzeptions- und Koordinationslosigkeit zeigt.

Bestimmte Einstellungen und Verhaltensformen werden isoliert angesprochen und die oft als Einzelaktionen konzipierten Kurse haben keine erkennbare Beziehung zueinander.

Die am meisten erprobte und angewandte Methode, mit der versucht wird, als „riskant“ bezeichnetes Verhalten zu verändern, ist die Verhaltensmodifikation. Hierbei liegt die Annahme zugrunde, dass ein beträchtlicher Teil von chronischen Erkrankungen, insbesondere des Herz-Kreislauf-Systems, auf individuelles Fehlverhalten bzw. falsche Lebensgewohnheiten zurückzuführen ist. Letztere gilt es nun zu korrigieren, indem für einzelne Risikofaktoren oder Faktorenbündel (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress) gezielte Vorschläge zur Minderung riskanten Verhaltens erteilt und neue Verhaltensweisen eingeübt werden. Der lerntheoretischen Prämisse, dass erlernte Verhaltensweisen auch wieder verlernt werden, bedienen sich ausdifferenzierte Programme, die mit positiven Verstärkern neue Verhaltensmuster aufbauen helfen.

Zwar wird die Erfolgsquote - vergleicht man sie mit anderen Methoden - als relativ hoch angesehen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1983, S. 11), auch die Langzeiteffekte bestätigen dies (vgl. Bertenburg, Main-Louna 1985), jedoch verweisen Kritiker dieser Methode darauf, dass die Risikofaktoren zumeist isoliert angegangen werden, ihre wechselseitige Abhängigkeit bisher nicht ins Blickfeld rückte und die Antriebe und Motive gesundheitsschädigender Verhaltensweisen nur unzureichend charakterisiert wurden (vgl. Troschke, J.V., ebd., S. 11). Auch dem Problem der Symptomverschiebung (nach erfolgreichem Absolvieren eines verhaltenstherapeutischen Programms) wurde bisher keine Aufmerksamkeit gezollt.

Festzustellen bleibt darüber hinaus, dass ein Großteil der Menschen resistent ist gegenüber der Aufforderung, sich gesundheitsfördernd zu verhalten. Sich nicht gesundheitsfördernd zu verhalten hat u.a. damit zu tun, dass andere Verhaltensweisen nicht den gewünschten oder notwendigen Effekt erzielen. Alkohol, Nikotin, Drogen, Essen, Arbeit sind - übermäßig genossen - zumeist die Krücken, derer sich die Menschen bedienen, um funktionsfähig zu bleiben. Sie regulieren sowohl Antrieb als auch Entspannung und sind - in gewissem Rahmen - gesellschaftlich tolerierte, wenn nicht gar erwünschte Verhaltensweisen.

Die Konfrontation mit der Zeigefingerpädagogik in Veranstaltungen Gesundheitsbildung wird eher kognitive Dissonanzen erzeugen als zu Verhaltensänderungen führen.

Sie versagt, weil sie nicht die Motive und die Sinnhaftigkeit der verhaltenssteuernden Elemente aufdeckt und thematisiert. Der Kontext, in dem gesundheitsrelevantes Verhalten entstand bzw. aufgegeben wurde, ist viel zu umfassend, als das auf der Oberfläche sichtbare Verhalten deutlich machen kann.

Sich unter die Oberfläche sichtbaren Verhaltens zu begeben heißt, in sich hinein zu horchen, sich zu fragen, warum handele ich so und welche Motive und Wünsche prägen meine Handlungen? Will ich mich ändern, was gebe ich auf und was bekomme ich dafür?

Was also sind „Methoden“?

Es sind Verfahrensweisen und Formen, mit deren Unterstützung bestimmte Inhalte vermittelt und Lernziele erreicht werden können. Sie haben die Aufgabe, Kontakte zwischen den beteiligten Subjekten und ihrer materiellen und sozialen Umwelt so herzustellen, dass diese Umwelt präziser, differenzierter und vollständiger wahrgenommen, begriffen, mitgeteilt, angeeignet werden kann, als dies in den routinierten Wahrnehmungen und laufenden Verarbeitungen des Alltags möglich ist.

Darüber hinaus jedoch haben sie auch die Funktion, in Bezug auf gesundheitsbildnerische Inhalte und Ziele Entfremdungsgefühle gegenüber dem eigenen Körper wahrnehmen zu lassen und ggf. aufzuheben sowie „am eigenen Leibe“ brachliegende Sinne wieder zu reaktivieren.

Verstehen wir unter Lernen die produktive „Aneignung gesellschaftlicher Erfahrung und Verwirklichung menschlicher Möglichkeiten“ (Siebert, 1982, S.26), so hat dies natürlich auch für den Einsatz von Methoden Konsequenzen, denn durch sie soll erreicht werden, dass Lernende und Lehrende sich gesellschaftliche Wirklichkeit auch aneignen können und in produktiver Auseinandersetzung Handlungsstrategien entwickeln, die zur Bewältigung des Alltags eingesetzt werden können (Meyer, 1980, S.327).

Methoden können unterschieden werden nach denjenigen, die vor allem durch Aktivitäten des Lehrenden bestimmt sind und solchen, die eher die Formen des Zusammenlernens einer Lerngruppe betreffen (vgl. Mischke, Raapke, Sielaff 1982, S. 8).

Aktivitäten eines bzw. einer Lehrenden können sein:

- Vortrag, Experiment, gezielter Impuls und Formen des Zusammenlernens (oder Sozialformen):
Frontal- oder Gruppenunterricht, Spiel, Gespräch.

Weiter werden Methoden in darbietender Form (Referat, Podiumsdiskussion, Lehrgespräch u.a.) oder in erarbeitender Form (Fallstudie, Diskussion u.a.) eingesetzt.

Üblicherweise sollten während einer Veranstaltung Methodenwechsel stattfinden, da die Verwendung nur einer und zumeist durch die Aktivität des/der Lehrenden bestimmten Methode die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit der Lernenden herabsetzt.

Inhalte, Ziele, Gruppe, Rahmenbedingungen, Lehrende und Methoden stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander und sollten bei der Planung, Organisation und Durchführung einer Bildungsveranstaltung gleichermaßen berücksichtigt werden.

2.8.2. Methoden der Gesundheitsbildung im Überblick

Die Anzahl möglicher Methoden bei einem weiten Verständnis von Gesundheitsbildung ist nahezu unendlich. Ausgewählt werden deshalb nur Methoden, die dem engeren Sinn von Gesundheitsbildung folgen, und mindestens einem der folgenden Kriterien entsprechen:

Salutogenetischer Ansatz,

Verwirklichung von Empowermentprozessen,

Förderung von Selbstbestimmung über Gesundheit,

Anregung kooperativer Bemühungen,

Bemühen um Prozesse der Organisationsentwicklung.

Viele dieser Methoden werden entweder in der Gesundheitsbildung umgesetzt (z.B. Werkstätten) oder sie stammen ursprünglich aus Zusammenhängen der Erwachsenenbildung und wurden dann auf die Gesundheitsförderung übertragen (z.B. die Moderationstechniken, die für viele Formen der Organisationsentwicklung, kollegialer Kommunikation oder Planungsszenarien notwendige Voraussetzung sind). Viele der Methoden wurden für das Modell „Kurs Gesundheitsförderung“ von Aquino /Göpel /Timm (1993) aufbereitet und zusammengestellt.

2.8.3. Werkstätten

2.8.3.1. Zukunftswerkstatt

In der Praxis der Gesundheitsförderung zur Umsetzung von Partizipation beliebt sind Arbeitsformen von Werkstätten, die jeweils Elemente von kritischer Reflexion und gemeinsamer Zukunftsplanung enthalten. Die bekannteste Form ist die Zukunftswerkstatt nach Jungk/Müllert (1989).

Sie besteht aus den drei Phasen:

- Beschwerde- und Kritikphase,
- Fantasie- und Utopiephase,
- Verwirklichungs- und Praxisphase.

Die Zukunftswerkstatt ist gedacht, als „ein Forum, in dem sich Bürger gemeinsam bemühen, wünschbare, mögliche, aber auch vorläufig unmögliche Zukünfte zu entwerfen und deren Durchsetzungsmöglichkeiten zu überprüfen. „ (ebenda, S.17)

2.8.3.2. Arbeit mit Verzweiflung und Ermutigung

Joanna Macy (1986) beschreibt eine Methode der „Arbeit mit Verzweiflung und Ermutigung“ (Despair and Empowerment Work) wie sie in der Friedensarbeit entwickelt wurde, aber auch dem Umgang mit den psychosozialen Folgen der ökologischen Katastrophe dient. Mitte bis Ende der Achtziger Jahre wurde diese Methode u.a. in der von der Frauentherapiebewegung diskutierten Gesundheitsförderung eingesetzt. Ausgangspunkt ist die Auffassung, dass die Verdrängung der emotionalen Aspekte von gesellschaftlicher und ökologischer Bedrohung sowohl das eigene Wohlbefinden wie die politische Wirksamkeit von Widerstandsmaßnahmen schwächt.

Sie benennt fünf Grundprinzipien:

- „1. *Es ist natürlich und ein Zeichen geistiger Gesundheit, wenn wir Schmerzen um unsere Welt empfinden (...)*
2. *Dieser Schmerz ist nur krankhaft, wenn er verleugnet wird.*
3. *Information allein genügt nicht.*
4. *Das Zulassen unterdrückter Gefühle gibt uns Energie und macht den Verstand klarer.*
5. *Wenn wir den Schmerz um die Welt zulassen, können wir auch unsere Verbundenheit mit allem Lebendigen wieder spüren (...)*“
(Macy, 1986, S. 39 ff).

Macy verbindet ihre Arbeit des Empowerment mit dem Begriff der Synergie als einem neuen Konzept von Macht. „Wenn man unter Macht die Fähigkeit versteht, eine Veränderung zu bewirken, wirkt sie hier nicht von oben nach unten, sondern von unten nach oben. Es ist nicht mehr „Macht über“, sondern „gemeinsame Macht“, - das ist es, was die Systemwissenschaftler „Synergie“ nennen.“ (ebenda, S.51)

Macy will den Menschen Gelegenheit geben, ihre emotionalen Reaktionen auf globale Bedrohungen gemeinsam mit anderen zu erleben, und sie dadurch befähigen, die Kraft zu erkennen, die aus ihrer inneren Verbundenheit mit dem Leben erwächst, damit sie aus der Machtlosigkeit zur Aktion kommen. Ähnlich wie in der Zukunftswerkstatt (Jungk) ist die Arbeit prozessorientiert in drei aufeinander folgende Phasen aufgeteilt, die allerdings überwiegend nicht auf rationaler Ebene, sondern auf emotionaler und mit Hilfe von körperorientierten Methoden arbeitenden Ebenen stattfinden.

Die Phasen sind:

Arbeit mit der Verzweiflung und Trauer,

hierhin gehören z.B. Atemübungen, die das Zulassen von Schmerz ermöglichen, Übungen, in denen der Bedrohung Bilder gegeben werden, oder Geschichten über erlebte Bedrohung anderen mitgeteilt werden, ein Verzweiflungsritual.

die Wende,

Kraft spüren, Körperübungen zur Kraft, Meditation, Lebenstanz, Ermutigung,

Visionen deutlich werden lassen,

z.B. durch angeleitete Fantasiereisen, Ziele und Wege gemeinsam beschreiben.

Wie in der Zukunftswerkstatt endet die Arbeitsphase mit Überlegungen zu konkreten Schritten, konkreten Verabredungen und Projekten.

2.8.3.3. Gesundheitswerkstatt

Von Aquino, Göpel u.a. (1993, S. 11 ff) wurde in Anlehnung an die Zukunftswerkstatt (Jungk, 1989) die Gesundheitswerkstatt als ein Verfahren entwickelt, mit dem es möglich ist:

- Ideen zu entwickeln und auszugestalten,
- Planungsprozesse zu initiieren und zu unterstützen,
- Kooperations- und Kommunikationsprozesse einzuleiten oder
- Handlungswissen der Gesundheitsförderung zu vermitteln.

Wie die Zukunftswerkstatt besteht auch die Gesundheitswerkstatt aus drei Phasen: Orientieren, Reflektieren, Planen

- Orientieren

Diese Phase soll ein Kennenlernen ermöglichen, das berufliche Selbstverständnis klärt, Potenziale entdecken, einen gemeinsamen Auftrag entwickeln und Informationen vermitteln.

- Reflektieren

Hier soll ein Austausch über den Stand von Projekten der Gesundheitsförderung (z.B. in einer Region) möglich werden, Informationen über Modelle der Gesundheitsförderung berücksichtigt werden und eine Bestandsaufnahme erfolgen. Diese Phase lässt sich noch einmal unterteilen in Bestandsaufnahme und Ideensammlung.

- Planen

In dieser Phase sollen Projekte entworfen, geprüft und konkretisiert werden. Verabredungen für eine gemeinsame Weiterarbeit, gemeinsame Vorhaben getroffen werden.

Methodisch spielen insbesondere Formen von Moderationstechniken und Gruppenarbeit eine bedeutende Rolle.

2.8.3.4. Weitere Werkstattformen

Vergleichbare weitere Werkstattformen (alle in der Beschreibung von Aquino, Göpel u.a.1993) sind z.B.:

Szenarienwerkstatt

entwickelt vom Institut für Arbeit und Technik unterscheidet sie vier Phasen:

- Entwurf abstrakter Utopien,
- Entwicklung konkreter Utopien,
- Handlungsoptionen und
- Strategien, Reflexion und Schlussfolgerung.

Ökologische Denkwerkstatt

wurde von Snellow entwickelt. Sie unterscheidet keine Phasen sondern orientiert sich an sieben Leitfragestellungen.

Planungszelle

ein von Peter Dienel entwickeltes Planungsverfahren zur Bürgerbeteiligung. Hierbei werden Bürger/innen zufällig ausgewählt und haben eine Woche Zeit, sich mit einem Sachverhalt vertraut zu machen und Stellung zu beziehen.

2.8.4. Methoden kollegialer Kommunikation

2.8.4.1. Gesundheitszirkel

Demmer (1993a, S.81) begründet die Notwendigkeit von Gesundheitszirkeln: *„Schließlich und verknüpft mit einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugunsten größerer Kontrolle über die eigene Gesundheit adäquate Chancen der Partizipation und Mitbestimmung am Arbeitsplatz einzuräumen. Neben den bereits angesprochenen Freiräumen innerhalb gesundheitsfördernd gestalteter Arbeitsorganisation kann dies insbesondere zu Beginn des Gesundheitsförderungsprozesses in betrieblichen Gesundheitszirkeln geschehen (vgl. Schröder / Sochert 1990, Schröder 1992, Selsina 1987)“.*

Rosenbrock (1993a, S. 131) sieht die *„wenig positiven Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung, die sich auf die skizzierten neueren gesundheitswissenschaftlichen Forschungsergebnisse beziehen lassen (gemeint sind Kohärenzsinn, Hardiness u.a.) bzw. die Chance in sich bergen, diese Erkenntnisse in betriebliche Praxis umzusetzen“* in den Instrumenten Gesundheitszirkel und Betriebsdiagnose bzw. betrieblicher Gesundheitsbericht. *„Erstere greifen den schon Anfang der 80er Jahre in einem WZB-Projekt zum Arbeitsschutz (...) identifizierten zentralen Engpass betrieblicher Gesundheitspolitik auf: die nach Beschäftigungsgruppen unterschiedlichen Defizite der Wahrnehmung, Artikulation und Thematisierung betrieblich generierter Gesundheitsprobleme und der Behinderung authentischer Belastungswahrnehmung und Gestaltungsvorschläge der Beschäftigten durch Management und professionelles Arbeitsschutzsystem.“*

Seiner Ansicht nach (Rosenbrock, 1993a, S. 133) haben Modelle zur Humanisierung des Arbeitslebens und Modelle der Qualifizierung und Organisationsentwicklung in ihren gesundheitlichen Auswirkungen Ähnlichkeiten mit Gesundheitszirkeln, obwohl sie betriebswirtschaftlich und nicht gesundheitlich motiviert sind. Er schließt daraus, dass der Betrieb ein geeigneter gesundheitspolitischer Interventionsort ist, weil Zirkel als partizipative Kommunikationsformen dort effektiver zu organisieren sind als in anderen Lebensbereichen und weil sie neben gesundheitliche auch betriebswirtschaftlich positive Effekte haben.

Rosenbrock kritisiert allerdings auch die Umsetzung von Gesundheitszirkeln insbesondere in der Kooperation mit Krankenkassen:

„Im Ergebnis hat dies (Vermeidung von Konflikten, Aufgreifen von Geschäftsführungsimpulsen durch Krankenkassen) bei solchen Projekten dazu geführt,

- *dass es sich bei den vorfindlichen Ansätzen von Gesundheitszirkeln bis heute um Modellprojekte handelt, deren Verallgemeinerung unklar bleibt. Ohnehin ist es nur ein sehr schmales Segment von entweder großen oder speziell betreuten kleinen Betrieben, in denen sich solche Ansätze finden.*
- *dass in Gesundheitszirkeln die Betroffenenkompetenz der Beschäftigten nur unzureichend und indirekt repräsentiert ist. Es ist bei Gesundheitszirkeln bis heute oft nicht leicht zu entscheiden, ob mit ihnen informelles Wissen und Unmutspotenziale aus der Belegschaft abgeschöpft werden sollen, oder ob es sich um reale Partizipation handelt.*
- *dass die Umsetzung der aus Gesundheitszirkeln kommenden Vorschläge durchweg Gegenstand nicht transparenter Entscheidungen des Managements bleibt. Gesundheitszirkel haben in der Regel ein informelles Vorschlagsrecht. “*

(Rosenbrock, 1993a, S. 131 f)

Klicznik (1993, S. 162) benennt an einem konkreten Beispiel in Kooperation mit einer Krankenkasse Schritte zu betrieblichen Gesundheitszirkeln:

- Mit Hilfe von Krankenstandsberichten / Gesundheitsberichten wird der Status quo analysiert.
- Entscheidend ist die Frage, ob der Arbeitgeber ein solches Angebot will.
- Der Arbeitgeber klärt die Bereitschaft mit dem Betriebsrat und setzt die Ziele.
- BKK-Vorstand und Vertreterversammlung stimmen zu /werden informiert.
- BKK achtet auf strikte Neutralität und Datenschutz.
- Eine Entscheidung über den Moderator muss getroffen werden.
- Ein positives Umfeld, ergänzende Maßnahmen im Unternehmen sind wünschenswert.
- Die Teilnehmer müssen festgelegt werden.
- Der Gesundheitszirkel kann mit seiner Arbeit beginnen.

Positive Nebeneffekte sieht Klicznik:

- Vorteile für das Unternehmen

verbesserte die Kommunikation,
förderte die Kooperation und die gegenseitige Unterstützung, förderte
Ideen und Engagement,
verbesserte die Arbeitsqualität.

- Die Teilnehmerinnen lernten

zuzuhören, gewannen Selbstvertrauen,
gewannen Vertrauen in andere und wurden kooperativer,
zeigten Freude an der Arbeit,
zeigten wachsendes Interesse an einer gesundheitsbewussten
Lebensweise.

Nach Lehmann (1993, S.181f) wurden auf einer internationalen Tagung zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 1991 in Köln mit Bezug auf Gesundheitszirkel folgende Kriterien für eine erfolgreiche Durchführung genannt:

„ a) Konsens unter den wesentlichen Trägern der Aktion und klare Beschlusslage.

Konsens im Unternehmen und Beschlussfassung über die Durchführung von Zirkeln: Ausschlaggebend ist eine gute Vorbereitung der Zirkelarbeit mit allen zuständigen und betroffenen Stellen sind im Voraus ausführliche Informationsgespräche zu führen, d.h. - mit Unternehmensspitze und Betriebsrat, aber auch mit den Beschäftigten, der Arbeitsschutzabteilung sowie je nach Gegebenheit mit dem betrieblichen Vorschlagswesen oder auch der Krankenkasse.

b) Bestimmung des Auftrages, Festlegung der Verfahren.

Festlegung der Befugnisse des Gesundheitszirkels: Der Gesundheitszirkel hat Beratungs- und Vorschlagsrecht, keine Entscheidungskompetenz. Es sind jedoch Verfahrensabläufe zu vereinbaren, wie die Ergebnisse der Zirkelarbeit im Unternehmen aufgegriffen und umgesetzt werden können. Fehlende oder verzögerte Bereitschaft des Unternehmens, vorgeschlagene Verbesserungen zu prüfen und soweit möglich zu verwirklichen, führen zu Demotivation..

c) *Partizipation, Akzeptanz der Aktion.*

Information und Vertrauen der Beschäftigten: Die Beschäftigten der Arbeitsbereiche, in denen ein Zirkel bzw. ein anderes Beteiligungsverfahren installiert wird, müssen gründlich über Ziele, Hintergrund und Verfahrensablauf informiert werden. Ihr Vertrauen ist für das Ergebnis der Zirkelarbeit von entscheidender Bedeutung. Als Vorteil hat sich erwiesen, die Auswahl der Mitarbeiter für die Zirkelarbeit aus dem Kreis der Beschäftigten bedürfen der Akzeptanz und des Vertrauens der Kollegen und ihrer Arbeitsgruppe.

d) *Begrenzter, bezahlter zeitlicher Aufwand.*

Sitzungen: Die Sitzungen sollten möglichst während der Arbeitszeit stattfinden. Ist dies nicht möglich, sollte die Zirkelarbeit als zusätzliche Arbeitszeit vergütet werden. Bewährt hat es sich, die Sitzungen in regelmäßigen Abständen (alle 2 bis 3 Wochen) durchzuführen.

e) *Sicherung des Feedback, Nachweis der Wirksamkeit.*

Interne Öffentlichkeitsarbeit: Information über die Ergebnisse der Zirkelarbeit und durchzuführende bzw. durchgeführte Maßnahmen sollten den Mitgliedern des Zirkels und nach einiger Zeit möglichst auch allen Mitarbeitern des betreffenden Arbeitsbereichs (Abteilung) mitgeteilt werden. Solche Rückmeldungen wirken motivationsstärkend.“

2.8.4.2. Kollegiale Beratung

Die Kollegiale Beratung ist eine Methode für einen arbeitsfeldbezogenen Problemlösungsprozess mit Kolleg/innen. Sie bietet eine strukturierte Möglichkeit, die Probleme, Aufgaben oder Situationen aus dem Berufsfeld in ihrer Komplexität besser zu verstehen und gemeinsam entwickeln. Sie reflektiert berufliches Handeln unter Nutzung der Ressourcen der Gruppe von Kolleg/innen. Beschrieben wurde die Methode von Aquino, Göpel u.a. (1993, S.34ff). Sie hat nach Ansicht von Aquino, Göpel (ebenda) deutliche Parallelen zur Arbeitsweise von Balintgruppen und zu den Ansätzen von Bachmaier. Ziel ist insbesondere auch, die Fähigkeit zur Problemlösung zu verbessern. Kollegiale Beratung umfasst sieben Schritte, die in der Bearbeitung einer konkreten Fallberatung nacheinander und explizit bearbeitet werden sollen:

Einstieg

Begrüßung, notwendige Absprachen, organisatorische Sicherheit. Hier können die Rollen verteilt werden in Ratsuchende/r, Moderator/in, Gastgeber/in (zuständig für den äußeren Rahmen).

Präsentation

Anhand eines Leitfadens wird eine Situation, ein Fall dargestellt. Die anderen Teilnehmer/innen machen sich Notizen zur Einschätzung, Bestandsaufnahme, Erklärung.

Nachfragen /Klärung

Erst hier werden von den Teilnehmer/innen ergänzende Informationen eingeholt.

Wahrnehmungen /Empfindungen

Wahrnehmungen, Eindrücke und Gefühle der Teilnehmer/innen werden erarbeitet und geäußert. Der/die Berichtende erhält die Möglichkeit einer abschließenden Kommentierung.

Ursachenvermutung/Wechselwirkung

Die Gruppe klärt, worin genau das Problem besteht, welche Ursachen ihm zugrunde liegen können und in welchem Wechselverhältnis die einzelnen Faktoren zueinander stehen.

Denkanstöße, Anregungen

Lösungen entstehen auf unterschiedlichen Ebenen.

Bewertungsrunde

Die Bewertungsrunde ist in sich nochmals strukturiert. Im einfachsten Fall wird sie als Blitzlicht durchgeführt.

2.8.5. Förderung individueller Gesundheitspotenziale

2.8.5.1. Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung

Das psychologische Programm zur Gesundheitsförderung wurde von Alexa Franke und Heidi Möller entwickelt und 1993 veröffentlicht. Es bezieht sich explizit auf die Ottawacharta, einen salutogenetischen Ausgangspunkt und die Stärkung persönlicher Kompetenzen als Ansatz des Programms. Nach Franke und Möller (1993, S.9) will Gesundheitsförderung „den einzelnen Menschen dazu anregen, seinen Gesundheitszustand aktiv zu stärken oder zu verbessern.“ Den Beitrag der Psychologie dazu sehen sie darin, Menschen zu einem positiven Umgang mit ihren psychosomatischen (psychophysiologischen) Reaktionen zu befähigen. Grundannahmen sind hierbei:

- Man kann nicht nichtpsychosomatisch reagieren,
- man kann lernen, für die eigenen psychosomatischen Reaktionen sensibler zu sein,
- die Kenntnis dieser Reaktionen ist eine wichtige Bedingung für die Aufrechterhaltung und Stärkung von Gesundheit.

Das theoretische Gerüst sind verhaltenstherapeutische Implikationen, im „Gesundheitsmosaik“ zusammengefasst. Danach lösen bestimmte somatische, psychische und/oder soziale Reize (z.B. Besuch bekommen, ein Kompliment erhalten, Wetterumschlag, Absage erhalten) eine Reaktion aus. Diese äußert sich auf der physiologischen, der kognitiv -emotionalen und der motorischen Ebene und führt zu einem Verhalten oder Handeln. Es gibt es breites Reaktionsrepertoire und darunter jeweils unterschiedliche Möglichkeiten, sich mehr oder weniger gesund zu verhalten.

Die Elemente des Programms sind:

- Entspannungstraining, dem allerdings wenig Beachtung gilt,
- Kognitionstraining (bezieht sich auf Gedanken und Gefühle), Selbstverbalisationen und ihre Auswirkungen werden in Rollenspielen erfahrbar gemacht,
- Verhaltenstraining bezieht sich im Wesentlichen auf Vermeidungs- und Fluchtverhalten und dient der Stärkung sozialer Kompetenz. Soziale Kompetenz wird von Franke/Möller definiert: „Jemand handelt sozial kompetent, wenn er seine Gefühle kennt und sie äußern kann und wenn er in der Lage ist, seine Ansprüche und Wünsche durchzusetzen.“ (ebenda, S. 15)
- Information, z.B. zum Gesundheitsmosaik, zu Definitionen von Gesundheit in der Wissenschaft, zum Umgang mit Medikamenten.

- Hausaufgaben, in denen Teile des Programms geübt werden. Für den salutogenetischen Ansatz interessant sind hier Aufgabenstellungen, wie z.B. täglich eine Situation notieren, in der sich die betreffende Person wohl gefühlt hat, oder in der sie etwas für ihre Gesundheit getan hat.

Das Training wurde entwickelt für Therapeut/innen, Berater/innen, Psycholog/innen, Ärzt/innen und andere Arbeitende im psychosozialen Bereich, die mit Menschen mit psychosomatischen Problemen zu tun haben.

2.8.5.2. Biografische Gesundheitsberatung

Die bei Aquino, Göpel u.a. (1993, S.42ff) beschriebene biografische Gesundheitsberatung hat einen systemtheoretischen Ansatz und will Menschen dabei befähigen, ihre eigenen Gesundheitspotenziale zu unterstützen. Sie ist nicht als Gruppenmethode entwickelt, sondern für einen Beratungsprozess zwischen zwei Personen vorgesehen. Sie besteht wiederum aus verschiedenen Phasen. Die sind:

- Kontrakt /Einschätzungsphase

Sie enthält formale Verabredungen, einen Prozess des Kennenlernens und Informationen zur Struktur. Sie geht aus von der auf die Gegenwart bezogenen Frage: „Was macht/hält mich gesund?“

- Biografische Phase

Die gleiche Frage wird in Bezug auf die persönliche Lebensgeschichte gestellt. Hier spielen insbesondere auch lebensgeschichtlich wichtige Personen und ein mit ihnen verbundenes Gesundheits- und Krankheitsbild eine Rolle.

- Bewertungsphase

Hier erfolgt eine Zusammenfassung und Bewertung der bisher gemachten Erfahrungen unter der Fragestellung „Wie kann ich Herausforderungen so gestalten, dass ich angemessen mit ihnen umgehen kann?“ und „Wie kann ich meine Potenziale so entwickeln, dass ich zu mehr Wohlbefinden gelange?“

- Perspektiventwicklungsphase

Hier sollen die aufgezeigten Veränderungsmöglichkeiten nach Dringlichkeit geordnet werden und Schritte zu ihrer Umsetzung entwickelt werden.

- Abschlussphase

Sie dient noch einmal der Selbstvergewisserung und Festigung der gewonnenen Erkenntnisse.

Für die einzelnen Phasen sind jeweils mehrere Sitzungen notwendig.

Zur Biografischen Gesundheitsberatung wie auch zur Beratung allgemein lässt sich kritisch anmerken, was Rolf Schwendter (2000, S. 230) wie folgt, beschreibt: „ *Selbstredend ist in der Struktur der Vielzahl und Vielfalt von Beratungssituationen, welcher eine sozialtherapeutisch tätige Person obliegt, jene Gratwanderung zu beachten, die die Beratungssituationen mit Notwendigkeit bedeuten. Zum einen ist die Versuchung für die beratende Person groß, immer genau zu wissen, wo es lang geht – zumal die Klientel (aus welcher denkbaren Zielgruppe auch immer) oft aus Personen bestehen wird, die sich schwach und unterlegen fühlen. Die Wirkung dieses könnte sein, dass die Ratschläge zwar mehr oder minder dankbar angenommen werden (selten haben Klienten und Klientinnen jene Fülle humanistischpsychologischer Workshops oder Trainings hinter sich, die sie befähigen, rechtzeitig „nein“ zu sagen, ihrerseits paradoxe Interventionen zu setzen etc.) aber im Alltag mit mehreren Jahrzehnten anderer guter Ratschläge anderer guter Leute zu jener Über-Ich-Barriere verschmelzen, welche praktische Folgerungen daraus geradezu systematisch hintanhält. Das dazu entgegengesetzte Phänomen besteht darin, dass die Beratung so nondirektiv ist, dass sich zwar beide (oder alle) Beteiligten dabei wohlgefühlt haben, die ratsuchende Person anschließend sich indes fragt, warum sie überhaupt in die Beratung gekommen ist. Zwischen diesen beiden Extremen sollte eine Beratung, die den Namen verdient, sich bewegen.*“

2.8.5.3. Wahrnehmung und Körperlichkeit

Als Beispiel für die nahezu unendliche Menge möglicher körperorientierter Wege zur Gesundheitsförderung sei hier Milz (1992, 1994) beschrieben, weil das Besondere an seinem Ansatz gerade darin besteht, nicht so sehr einzelnen Methoden Vertrauen zu schenken, sondern der persönlichen und sinnlichen Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeit.

„Nach meiner Meinung steht im Zentrum persönlicher Gesundheitsförderung die Rückbesinnung auf die eigene Leiblichkeit. Rückbesinnung verweist dabei auf die Wiedergewinnung des Vertrauens in die Autorität der eigenen Sinne, welche uns erlaubt, Bewegung zu spüren, Mitwelt zu tasten und Kontakt aufzunehmen, zu schmecken, zu riechen, zu hören und zu sehen ... Über eine Vielzahl von Nervenleitbahnen vermitteln die Sinne unserem Gehirn Reize, Informationen und Signale, welche uns ermöglichen, angemessen im spezifischen Kontext zu handeln. Sie öffnen uns die Verbindungen mit der Welt, in der wir leben. Wie viel Wahrnehmung sinnlicher Freuden erlauben wir uns im Alltag? Neugierige und offene Sinne für die vielfältigen Wunder des Alltags rufen in uns Gefühle von Wohlbefinden und positive Stimmungen hervor.“
(Milz, 1994, S.27)

Milz berücksichtigt, dass sich das Erleben psychischer, sozialer, ökologischer Dimensionen von Gesundheit immer nur über die körperliche Existenz vermittelt, wenn er schreibt:

„Unser Leib als Mittelpunkt unseres eigenen Lebens ignoriert die künstliche Trennung unserer Existenz in Körper und Psyche. Diese Trennung ist theoretisch sinnvoll, um einzelne Systeme und Existenzebenen differenzierter zu untersuchen und darzustellen. Aber wir sind immer zugleich Körper und haben einen Körper. Auch als Subjekte können wir körperliche Phänomene getrennt wahrnehmen oder einzelne Gefühle empfinden und beschreiben. In unserer leiblichen Existenz sind sie jedoch nie getrennt und bewirken immer eine Vielzahl von Wechselwirkungen.“
(ebenda, S.28)

Ausgangspunkt einer so verstandenen methodischen Unterstützung von Gesundheitskompetenz durch Wahrnehmung und Körperlichkeit sind deswegen nicht normative Vorgaben für richtiges Entspannen oder Bewegen, sondern eine Orientierung an der Wahrnehmung und Befindlichkeit in Alltagssituationen und Alltagshaltungen.

„Wichtige Bedeutung für die persönliche Gesundheit haben auch die alltäglichen Körperhaltungen und -bewegungen. In meinem kürzlich erschienen Buch „Der wiederentdeckte Körper“ habe ich eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Beobachtungen und Forschungsergebnisse zu Bewegungsmustern wie liegen, sitzen, stehen oder gehen zusammengetragen.“

Die Kunst der persönlichen Gesundheitsförderung besteht meiner Meinung nach darin, sich nicht zu sehr auf das Erlernen spezieller Techniken zu verlegen, sondern wieder verstärkte Aufmerksamkeit für die spürbare Übung der Gesundheit im Alltag zu entwickeln. Dies trifft in besonderer Weise für den Umgang mit Nähe, Kontakt und Berührung zu. Berührung ist die unmittelbare Vergewisserung unserer Existenz.“ (ebenda, S.29)

Solche Ansätze des Umgangs mit Körperlichkeit finden sich innerhalb der Erwachsenenbildung in der Praxis vielfältig wieder. Ähnliche Ansätze sind z.B. bei Blättner (1993a) in Bezug auf die Arbeit mit Frauen mithilfe körperorientierter Verfahren beschrieben.

2.8.5.4. Sinnliche Wahrnehmung

Ähnliche Wege wie Milz (1992), allerdings nicht so betont an körperorientierte Verfahren orientiert, gehen viele andere Gesundheitsbildner/innen. Ein Beispiel für die Umsetzung von Gesundheitsbildung über die Stärkung der eigenen Wahrnehmung und einem Vertrauen in die eigene sinnliche Erfahrung findet sich z.B. in „sich annehmen - abnehmen“ (Pädagogische Arbeitsstelle des DVV, 1993b).

Ausgewiesen arbeiten aber auch Homfeldt u.a. (1991, 1993) mit der sinnlichen Wahrnehmung als Ausgangspunkt für Gesundheit. Sie sind in ihren Konzepten durch die Arbeit von Kükelhaus angeregt worden. Zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Kleidung und Umweltbewusstsein entwickelten sie jeweils integrative Ansätze, die folgenden drei Prinzipien entsprechen:

Kennen und Können als Zusammenhang

Wahrnehmen und Verstehen

Biografische Reflexion und Selbsterziehung.

Die einzelnen Einheiten enthalten Elemente wie z.B..

- Verdeutlichung von Alltagssituationen (Last oder Lust),
- Vergegenwärtigung der täglichen Gewohnheiten,
- Sinnliche Wahrnehmung (Geruch, Geräusche, Aussehen, Ertastbares)
- die eigenen Bedürfnisse entdecken, Selbstwahrnehmung,
- Schritte zur Veränderung im Alltag.

Hinter diesen Ansätzen steckt die Vorstellung, dass sich ein mehr an Gesundheit dadurch erreichen lässt, dass die kulturelle Entfremdung vom eigenen Körper und der eigenen Sinnlichkeit, von Kopf und Bauch weit möglichst relativiert wird. Der emanzipatorische Ansatz steckt darin, dass Gesundheitsbildung dann nicht mehr dazu erzieht, Expertenmeinungen zu folgen, sondern eine Basis geschaffen werden soll, sich selbst als Expertin oder Experte für die eigene Gesundheit zu verstehen.

2.8.6. Methoden zur Situationsanalyse und Strategieentwicklung

2.8.6.1. Netzwerkförderung

Netzwerkförderung versucht Strukturen der sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe zu entwickeln. Nach Aquino, Göpel u.a. (1993, S.62ff) sind die einzelnen vorgeschlagenen Strategien unspektakulär, ergeben insgesamt aber eine Perspektive für die Förderung sozialer Unterstützung. Die Strategien setzen auf der individuellen Ebene, der Gruppenebene und der Gemeindeebene an.

- Auf der individuellen Ebene sind methodische Ansätze die Netzwerkberatung, die Erschließung von Unterstützungsleistungen als soziale Ressourcen und die Koordination der Unterstützer/innen durch case management oder Helferkonferenzen.
- Auf der Gruppenebene ist es die Initiierung bzw. Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftsstrukturen, HelferInnengruppen, Bürgerinitiativen und Aktionsgruppen, die Interessenvertretung durch Artikulationshilfen und niedrighschwellige Angebote und die Vernetzungsarbeit durch Zugangserleichterung, Vermittlung von Experten und Organisierung von Vernetzungsstrukturen.
- Auf der Gemeindeebene ist es der Aufbau von Stützsystemen wie z.B. Bürgerzentren, Stadtteilzentren, von Brückeninstanzen und von Vernetzungsstrukturen wie Arbeitskreisen, Gesundheitskonferenzen u.ä.

Zu den praktischen Anregungen zur Netzwerkförderung gehört z.B. das Erstellen einer persönlichen Netzwerkübersicht, Netzwerkberatung oder die Netzwerkanalyse eines Stadtteils.

2.8.6.2. Kräftefeldanalyse

Die Kräftefeldanalyse wird von Aquino, Göpel u.a. (1993, S.96ff) als Methode der Organisationsentwicklung beschrieben. „Probleme, soziale Kontakte und widersprüchliche Situationen auf verschiedenen Ebenen können als Kräftefeld rekonstruiert werden, in dem hemmende und fördernde Faktoren in einem Wechselverhältnis stehen. Mithilfe der Kräftefeldanalyse können Bedingungsbeziehungen und Wechselwirkungen entschlüsselt werden. Die Kräftefeldanalyse ermöglicht die Gewichtung von Wirkungsfaktoren und unterstützt die methodische Reflexion der Handlungsmöglichkeiten.“ (ebenda, S.96). Aquino, Göpel u.a. beziehen sich in ihrer Beschreibung auf Fatzer und Becker & Langsch.

Die Kräftefeldanalyse besteht aus sechs aufeinander folgenden Schritten:

Problem-/Zielbeschreibung

Mithilfe des Brainstormings oder anderer Methoden wird das Problem bestimmt und anschließend in ein positives Ziel umformuliert.

Hemmende/ fördernde Faktoren

Für alle sichtbar auf einer Tafel oder Flipchart werden hemmende und fördernde Bedingungen notiert und geordnet.

Gewichtung

Per Punktvergabe werden die Bedingungen gewichtet.

Analyse der wichtigsten Faktoren

Der Wichtigkeit nach wird dann eine begrenzte Zahl von Faktoren anhand von Beispielen reflektiert und Wechselwirkungen mit anderen Faktoren aufgezeigt.

Veränderungsvorschläge

Hierzu wird erneut eine Matrix angelegt, in der einzelne Vorschläge gesammelt und eventuell ebenfalls gewichtet werden.

Maßnahmenplan

Konkrete Handlungen und Strategien werden vereinbart. Sie bedürfen anschließend regelmäßiger Überprüfung und Vergewisserung des Erreichten.

2.8.6.3. Planspiel

Planspiele (Aquino, Göpel u.a., 1993, S. 106ff) werden zur Simulation von Entscheidungsprozessen und Konfliktsituationen angewendet. Sie dienen der Einsicht in Systemzusammenhänge, der Situationsanalyse und Strategieentwicklung.

Nach ausführlicher Klärung von Spielregeln und entsprechender organisatorischer Vorbereitung besteht das Planspiel aus zwei Phasen.

In der ersten Phase geht es um Planungs-, Informations- und gruppeninterne Entscheidungsprozesse. Es sind Vorstellungen und Pläne zu entwickeln, Handlungen und Entscheidungen vorzubereiten und auszuführen.

In der zweiten Phase geht es um die Simulation einer Entscheidung im größeren Rahmen, z.B. in einer Kommune.

Die Spielleitung berät die Gruppen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.

Die Spielgruppen sind frei im Erfinden der Realität im Rahmen der Wahrscheinlichkeit und ihrer vorgegebenen Spielrollen. Bei Unklarheiten kann das Spiel für eine Zwischenreflektion unterbrochen werden. Zentral ist die Auswertung des Planspiels anhand der Dokumentation der einzelnen Spielzüge.

2.8.6.4. Szenario-Technik

Die Szenario-Technik ist nach Aquino, Göpel u.a. (1993, S.129ff) ein arbeitsgruppenorientiertes Verfahren, mit dem gedanklich und konzeptionell alternative Entwicklungen entworfen werden. „*Szenarien sind plausible und methodisch entwickelte Zukunftsentwürfe für bestimmte gesellschaftliche Bereiche.*“ (ebenda, S. 129) Kernelement ist die über mehrere Stufen erfolgende Erstellung und Auswertung von zwei Zukunftsbildern, die gegensätzlich sind, d.h. unvereinbare Entwicklungen beschreiben, jeweils in sich stimmig sind und ausführlich als konkreter Zustand alltagsnah beschrieben werden.

Die einzelnen Schritte sind:

- Festlegung der Fragestellung und des Zukunftshorizontes,
- Bestandsaufnahme aller für die Fragestellung relevanten Faktoren,
- Wirkungsanalyse mit Wechselwirkungen,
- Gewichtung,
- Setzen von Alternativen,
- Beschreibung widerspruchsfreier Bilder,
- Alternativszenarien werden zueinander in Beziehung gesetzt,
- Reflexion.

8.2.5.4. Aktivierende Fachleutbefragung

Nach Aquino, Göpel u.a. (1993, S.122ff) ist die aktivierende Fachleutbefragung ein Instrument zur Erkundung von Gemeindestrukturen, -akteuren und Experteneinstellungen. Es dient dazu, dass sich die Befragten mit den angesprochenen Problemen und Fragestellungen auseinander setzen und initiativ werden.

„Interviews können und sollten als Methode genutzt werden, Informationen, Meinungen, Einstellungen zu sammeln, Bedarf zu analysieren oder Maßnahmen zu planen. Wichtig ist es, an dieser Stelle zu bemerken, dass Interviews, wenn auch in der Regel nicht so stark, in der entgegengesetzten Richtung wirken: Sie liefern Informationen, verändern Einstellungen, bewirken Maßnahmen und so weiter Sie dienen nicht nur der Datensammlung und Analyse, sondern haben ihre Vorzüge vor allem in Situationen mit unklarer Problemlage und zur Vorbereitung von Entscheidungen. Der große Vorteil gegenüber anderen Vorgehensweisen Informationen zu sammeln, zu bewerten und zu verwerten, liegt in ihrer großen Flexibilität auf der einen und der (sozialen) Unmittelbarkeit auf der anderen Seite. Die Vorteile der Methode sind zum Teil auch gleichzeitig ihre Schwächen. So führt die Flexibilität und soziale Unmittelbarkeit zu vielfältigen Verfälschungen der Ergebnisse. „ (ebenda, S. 125)

2.9. Weitergehende Fragestellungen

An jede Methode wäre die Frage zu stellen, inwieweit sie unterstützend wirken können für die wesentlichen Inhalte der Gesundheitsförderung und -bildung:

- Stärkung der Gesundheitspotenziale besonders des Kohärenzsinnens,
- Förderung von Empowermentprozessen und von Teilhabe,
- gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung,
- Verringerung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.

Mit der Entwicklung dieser Methoden hat die Erwachsenenbildung in der Vergangenheit bereits einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung geleistet. Weitere Fragen wären: Könnte dieser Beitrag systematisch weiterentwickelt werden? Bedarf es neuer, anderer, veränderter Methoden um Gesundheitsbildung an Volkshochschulen weiter zu entwickeln? Im Kapitel 3 wird nun spezifischer auf die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen eingegangen.

TEIL 3

Überlegungen und Schlussfolgerungen für den Lehrgang „Zusatzqualifikation Gesundheitsbildner“ des Bayerischen Volkshochschulverbands

3.1. Vorüberlegungen zur Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

In den letzten 20 Jahren wurden an Volkshochschulen verstärkt Kurse zum Thema Gesundheit angeboten. So stieg der Anteil der Gesundheitsbildung von unter 10 % (1965) auf 23,2 % im Jahr 1996. Damit trugen die Programmangebote zur Gesundheitsbildung in erheblichem Maße zur wirtschaftlichen Stabilität der Volkshochschulen bei (Blättner 1998, S.38ff.). Von den über zwei Millionen Unterrichtsstunden im Fachbereich Gesundheitsbildung im Jahre 1997 entfielen allein auf die Bereiche Gymnastik, Bewegung, Autogenes Training und Yoga über 80 % der Unterrichtseinheiten. Die vielen Erfahrungsberichte, wie sie z.B. von dem Deutschen Verband der Volkshochschulen (DVV) vorliegen (siehe hierzu auch TEIL 2, Kap.5.3.), verdeutlichen, dass die geringe Attraktivität reiner kognitiver Lehr- und Lernverfahren, sowie die Unzulänglichkeit der überalterten Bildungskonzepte und -strukturen im Bereich Gesundheit zu einer umfassenden Umorientierung hinsichtlich der Inhalte und der Vermittlungstechnik führen musste.

Denn: Traditionelle Wissensvermittlung allein verändert vor allem nicht bei Bildungsvorgängen, die sich nicht nur im gedanklich logischen Bereich abspielen, sondern die tief in die Empfindungs- und Verhaltensweise, in die Interessenssphäre, in die Werte und Normenstruktur des Menschen eingreifen (siehe hierzu die Diskussion um einen „Systemischen Ansatz“ innerhalb der Gesundheitsbildung: TEIL 2, Kap.2).

„Gesund – Sein“ wird ja häufig als individuelles Gut empfunden, das höchstens durch eigenes Fehlverhalten, durch klimatische Faktoren oder schicksalhaft gefährdet wird.

Mehr denn je wird heute deutlich, dass die Gesundheit des Einzelnen in starkem Maße von den gesellschaftlichen und ökologischen Bedingungen beeinflusst wird, in denen er lebt. Kaum ein Tag vergeht, in dem nicht über neue Auswirkungen der Umweltbelastung auf die menschliche Gesundheit berichtet wird.

Verschmutzung von Luft und Wasser, Vergiftung von Böden, Rückstände in Lebensmitteln, aber auch Stress und Lärm haben Ausmaße angenommen, die nicht nur auf lange Zeit und im Zusammenwirken mit anderen Stoffen sondern auch kurzfristig und direkt zu schweren gesundheitlichen Schäden führen können.

Auch in ihrem Wohn- und Arbeitsbereich sind zunehmend mehr Menschen vielfältigen gesundheitsschädlichen Belastungen ausgesetzt. Angesichts z.T. kontroverser wissenschaftlicher Diskussionen und oft widersprüchlicher und kaum überprüfbarer Informationen ist die allgemeine Verunsicherung groß.

Sieht man die historische Entwicklung der Gesellschaft und insbesondere die der Medizin, so lässt sich seit einiger Zeit ein Sichtwechsel im Gesundheitsbereich konstatieren. Wie TEIL 1 und 2 dieser Arbeit zeigte, veränderte sich der Gesundheitsbegriff mit zunehmender Kritik an den oft „schulmedizinisch“ geprägten Paradigmen und Wertevorstellungen.

Die Neuorientierung geht von einem erweiterten Gesundheitsbegriff aus, richtet sich auf die fließende Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Krankheit und nicht länger ausschließlich auf vereinzelte Krankheitserscheinungen. Dieser Verständniswandel über den Zusammenhang und die Besonderheit von Gesundheit und Krankheit lassen sich auf verschiedenartige Zeitercheinungen und deren Diskussion zurückführen.

Darunter fällt unter anderem:

- die Zunahme von Zivilisationskrankheiten
- die Erfahrungen mit den Grenzen des professionellen Medizinsystems
- die Rückbesinnung auf den hohen Anteil schon immer vorhandener nicht- professioneller gesundheitlicher Versorgungsleistungen
- das wachsende Interesse in der Bevölkerung an gesünderen Lebensformen und – bedingungen.

Aber: Auf ein erweitertes Gesundheitsverständnis ist, die „Mittelschicht“ eher vorbereitet.

Die bisherigen Angebote in der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen konnten auch mit einem gewissen Erfolg an ein solches Vorverständnis anknüpfen. Dafür wurde die Hürde für gesundheitlich unterversorgte Bevölkerungsgruppen auch an der Volkshochschule jedoch zwangsläufig „konserviert“ und systematisch ausgebaut.

So zeigte eine empirische Untersuchung von 1977 über Autogenes Training am Bildungszentrum Nürnberg (BZ): Teilnahmemotive - Lernsituation – Wirkungen, dass von den 179 befragten Teilnehmern dieser BZ - Kurse etwa 75% Schüler/Studenten, sowie mittlere und höhere Angestellte waren. Lediglich 0,6 % betrug der Anteil der Arbeiter. (Reiner Deutschmann, Autogenes Training: Teilnahmemotive – Lernsituation – Wirkungen. WS 1977/78 unveröffentlichte Dipl. Arbeit Uni Erlangen/Nürnberg.)

Da diese Situation sich auch heute nicht wesentlich geändert hat, ergaben aktuelle Befragungen unter Kollegen und Dozenten z.B. im Fachbereich Psychologie der Volkshochschulen. Teilnehmer aus der Arbeiterschicht kommen zu „Psychokursen“, wenn überhaupt, mit großen Schwellenängsten und erheblichen Belastungen auf Grund ihrer sozialen Situation.

Fallbeispiel: Angelika M., 35 J., Verkäuferin und Hausfrau, verh., zwei Kinder, Teilnehmerin eines Autogenen Trainings am BZ 1986. Frau M. geht auf Anraten ihres Hausarztes („Sie müssten sich mehr entspannen!“) einmal pro Woche in den VHS - Kurs. Sie erhofft sich auf Grund ihrer Dreifachbelastung: Familie Haushalt - Arbeit und der psychosomatischen Beschwerden (Kopf- und Rückenschmerzen) eine Verbesserung ihrer Lage. Frau M. erlebt nach anfänglichen Kontaktschwierigkeiten mit den anderen Teilnehmern („Ich habe nicht so interessante Gesprächsthemen und Freizeithobbys wie die anderen.....“) wirklich eine Entspannung. Nur, wie soll sie in den restlichen sechs Tagen damit umgehen. Während der Arbeit und noch weniger zu Hause kann sie sich entspannen oder Übungen absolvieren ... Einmal pro Woche Autogenes Training, was kann das verändern?

Wird Gesundheitsbildung nicht in einer „Glashausatmosphäre“ angeboten? Stehen hier nicht wirtschaftliche Überlegungen der Volkshochschulen im Vordergrund?

Draußen, in der „Wirklichkeit“ schaut es doch anders aus. Der krank machende Lebensrhythmus, die täglichen Belastungen, der Stress bleibt. Gesundes Leben ist in gesundheitsgefährdeten Lebensverhältnissen schwer möglich. Gesundheitsfördernde Lebensweisen und Lebensstile können nur von denjenigen entwickelt werden, denen die Möglichkeit zur umfassenden Information, zur Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderung im Hinblick auf gesteigerte Handlungskompetenz eingeräumt wird.

Ein erweitertes Gesundheitsverständnis lässt sich also nicht technisch oder definatorisch herauslesen aus unseren psychischen sozialen, gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen.

Im Vergleich und der Gegenüberstellung von Gesundheitsbildung und –förderung wurde im Kap.1 gefragt: Was ist Gesundheit? Was verstehen wir unter Gesundheit? Was für Konsequenzen ergeben sich daraus für das Gesundheitsverständnis der Erwachsenenbildung?

Gesundheitsbildung muss in Übereinstimmung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in drei Hauptrichtungen zielen:

Anhebung von Wissen und Erfahrung des Einzelnen über Gesundheit und Krankheit, über den Körper und seine Funktionen, über

- Prävention und Abhilfemaßnahmen.
- Anhebung von Wissen und Erfahrung hinsichtlich der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems und Kenntnis seiner Funktionsweise.
- Schärfung des Bewusstseins über soziale, politische sowie Umwelt – Faktoren und deren Einfluss auf die Gesundheit.

Nur wenn alle drei Ebenen (Individuum - Gesundheitsversorgungssystem - Gesellschaft und Umwelt) in der Gesundheitsbildung gleichzeitig bedacht werden, kann sie effektiv bzw. angemessen sein. Von allen drei Ebenen gehen Chancen und Gefahren für die Gesundheit des Einzelnen aus.

Erwähnt wurde im Kap.2 auch, dass von der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen wichtige Impulse an den „Selbsthilfe-Gedanken“ ausgehen – alle jene Leistungen, die für den Erhalt und der Sicherung der Gesundheit wichtig sind, aber unentgeltlich erbracht werden. Zwar hat sich hier das wissenschaftliche Interesse in den letzten Jahren für die „informelle Weiterbildung“ vermehrt (vgl. z.B. Kuwan u.a.1996), „dennoch fehlen bislang empirische Bestandsaufnahmen des selbst gesteuerten lebenslangen Lernens“ (Dohmen 1997) Wie an anderer Stelle in dieser Arbeit (siehe hierzu Kap. 2.6.3.) hingewiesen wurde, werden von den ca. 50 000 Selbsthilfegruppen mit knapp 2 Millionen Mitgliedern (vgl. Brösskamp-Stone u.a. 1998) wichtige Bedürfnisse nach Information, nach emotionaler Geborgenheit, nach „neuen“ Kontakten zu anderen Menschen, nach gegenseitiger Hilfestellung und nach Sicherung des Selbstwertgefühls in kritischen Situationen abgedeckt.

So leistet die Selbsthilfe einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität nicht nur von kranken und behinderten Menschen. Erfahrungsaustausch, gegenseitige Unterstützung und umfassende Information verhelfen Betroffenen zur besseren individuellen Krankheitsbewältigung. Als Gemeinschaft wehren sich Selbsthilfegruppen dagegen, als Objekte eines professionellen Versorgungssystems betrachtet zu werden, dessen Repräsentanten über ihre Köpfe hinweg bestimmen dürfen, was zu geschehen hat. Sie stellen zunehmend die berechnete Forderung, als Experten in eigener Sache in die Planung und Durchführung aller sie betreffenden Maßnahmen einbezogen zu werden. Die Selbsthilfe ist insoweit Plattform für eine stärkere Demokratisierung der bestehenden Strukturen im Gesundheitsbereich. Selbsthilfeorganisationen geben aber auch wichtige Hinweise auf Lücken und notwendige Verbesserungen der medizinischen Versorgung. Sie tragen damit erheblich zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems bei.

Aktive und selbst verantwortliche Gesundheitsvorsorge können also nicht verwirklicht werden, wenn die Betroffenen nicht ihre Chancen einer Partizipation am „gesellschaftlichen“ Leben erkennen und wahrnehmen. Dies setzt aber voraus, dass unsere Gesellschaft gerade dies zulässt.

3.1.1. Die strukturellen Rahmenbedingungen von Gesundheitsbildung an der Volkshochschule

Nicht nur die steigenden Teilnehmerzahlen im Bereich Gesundheitsbildung, sondern auch der „interne“ Entwicklungsprozess, die vielen Diskussionen der Mitarbeiter, führten zu einem veränderten Selbstbild der Volkshochschule und damit auch zu einer neuen programmatischen Ausrichtung. Untersucht man die Strukturen bzw. strukturellen Voraussetzungen der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen, so ergeben sich für die „Institution“ Volkshochschule Möglichkeiten aber auch Grenzen einer Gesundheitsbildung.

Die Möglichkeiten liegen in dem „Freiraum“ der VHS.

Die Volkshochschule hat für den Aufbau von innovativen Strukturen in der Gesundheitsförderung einen besonderen Platz. Sie kann zwischen Behörden, professionellen Gesundheitsanbietern und freien Initiativen eine eigenständige Gesundheitsbildung betreiben.

Für das Gelingen einer Gesundheitsbildung wie sie eingangs beschrieben worden ist, stellt sich die Frage :

1. Können an der VHS „intermediäre Organisationsstrukturen“ als „Brücken – Einrichtungen“ aufgebaut werden und mit professionellen Präventionsbemühungen verknüpft werden? (Vgl. auch dazu die Diskussion über „Brücken zwischen Bürgern und Behörden - Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung“ in Hildebrandt, Helmut (1989a)
2. Wie lassen sich Bürger für eine aktive Gesundheitsförderung motivieren?
3. Wie können Gesundheitsbildungsprojekte realisiert werden?

Dazu müssen bisherige Erfahrungen von gesundheitsbilnerischer Volkshochschularbeit in einer Bestandsaufnahme untersucht und hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit ausgesucht werden.

Auf der Grundlage der Untersuchung von bisherigen Konzepten, die von Gesundheitsaufklärung, -beratung, -bildung, bis zu Gesundheitsförderung reichen (siehe Kapitel 1) und den eigenen Untersuchungen dazu, war zu prüfen, wie Gesundheit vermittelbar ist? Als eine Konsequenz aus dieser Untersuchung wurden strukturelle Überlegungen für eine zukünftige Gesundheitsbildung an Volkshochschulen entworfen.

Gerade die Aufspaltung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen auf mehrere Fachbereiche forderte Überlegungen zu einer interdisziplinären und integrativen Programmplanung heraus.

Die Gesundheitsbildung ist sicher ein Bereich,

- der zu den ältesten im VHS-Angebot zählt,
- dessen Rolle und Funktion innerhalb der VHS-Arbeit grundsätzlich nicht infrage stehen und
- dessen finanzielle Förderung im Rahmen bestehender Erwachsenenbildungsgesetze in Nordrhein-Westfalen beispielsweise als Teil der sog. personenbezogenen oder auch wissenschaftlichen Weiterbildung gewährleistet ist.

Es ist aber unverkennbar, dass in den letzten Jahren neue Aufgaben im Bereich der Gesundheitsbildung an die Volkshochschulen herangetragen oder auch von diesen selbst formuliert, vielleicht sogar reklamiert wurden.

3.1.2. VHS-Gesundheitsbildung und ihre Kooperationspartner

Ein wesentliches Motiv für die Kooperationsbereitschaft der Gesundheitsakteure dürfte die sog. Kostenexplosion im Gesundheitswesen und daraus folgend die verschiedensten Appelle zur „Kostendämpfung“ sein.

Wenn beispielweise Krankenkassen, Gesundheitsämter, Rentenversicherungsträger oder auch Ministerien den Wert von Prävention (neu) entdecken und Volkshochschulen oder andere Träger von Weiterbildung zur Zusammenarbeit auffordern, so ist dies zunächst einmal ein ermutigendes Zeichen. Wenn dabei auch finanzielle Anreize geboten werden - sei es für die Volkshochschulen, sei es für den einzelnen Teilnehmer - so ist das auch angesichts gekürzter Ansätze in den Weiterbildungsetats - ein sehr verlockendes Angebot.

Ohne diese sich neu eröffnenden Möglichkeiten zu gering zu schätzen oder gar abzulehnen, ist hier aber evtl. auf damit verbundene Probleme/Gefahren hinzuweisen.

Auf der Ebene der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stellt sich für die Volkshochschulen in Bezug auf die Kooperation beispielsweise mit Krankenkassen folgende Frage: Handelt es sich bei den angestrebten Kooperationsangeboten um „Auftragsmaßnahmen“, d.h., werden diese von den Kooperationspartnern eher mehr als weniger bezuschusst? Damit zusammen hängt die Grundsatzfrage, ob die Volkshochschule solche Maßnahmen (seien sie nun über die Arbeitsverwaltung, Ministerien oder z.B. über einen Rentenversicherungsträger finanziert) durchführen will und kann; denn: diese Maßnahmen fallen möglicherweise aus der „normalen“ Finanzierung heraus, sie sind evtl. verbunden mit einer mehr oder weniger starken Einwirkung des Maßnahme-Trägers auf Form und Inhalt des Unterrichts/Lehrgangs, sie stellen u.U. die Freiwilligkeit der Teilnahme in Frage, sie können jederzeit eingestellt werden, wenn der Maßnahme-Träger dies wünscht.

Hier werden sich möglicherweise die Grenzen der Kooperation zeigen; die Frage ist nur, wie groß kann die „Schnittmenge“ zwischen dem Angebot der Volkshochschule und den als förderungswürdig anerkannten Veranstaltungen sein. Oberstes Ziel sollte dabei nicht die Annahme aller durch Kooperationspartner gewünschten Veranstaltungen sein, sondern die Erhaltung eines VHS-Angebots, das nicht primär nach Kooperationskriterien zusammengestellt wurde, sondern vor allem einem wie auch immer gearteten spezifischen „VHS-Image“ folgt.

Unterhalb der Ebene der Auftragsmaßnahmen - vielleicht ist hier der Begriff der punktuellen Kooperation angebracht - gibt es verschiedene Modelle der Zusammenarbeit.

Ein Grundgedanke dabei ist zunächst, alle Anbieter bzw. potenzielle Anbieter von Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung bzw. derjenigen, die zu Präventionsmaßnahmen mehr oder weniger verpflichtet sind, zusammenzubringen, um Erfahrungen, Konzepte auszutauschen und daraus auch Schlüsse zu ziehen, wie „Präventionsmaßnahmen“ (wenn man diesen Begriff einmal als Überbegriff ansieht) wirkungsvoller und verstärkt dabei natürlich auch möglichst effizient bzw. ökonomisch initiiert werden können. Insbesondere in Nordrhein-Westfalen sind dabei in den letzten Jahren an verschiedenen Orten z.T. bemerkenswerte Ergebnisse zu beobachtend.

Dafür, dass der Stellenwert von Gesundheitsbildung an Volkshochschulen in neuerer Zeit größer geworden ist oder zumindest die Diskussion darüber deutlich zugenommen hat, gibt es auch Gründe, die sich nicht primär aus den vorher erwähnten finanziellen Erwägungen ergeben. Hierzu gehört ein zunehmendes Unbehagen an der sog. Apparatedizin, was z.T. wiederum auf die allgemeine Kritik an der Technikentwicklung zurückzuführen ist. Stichworte wie Umweltzerstörung - Zivilisation - Zivilisationskrankheiten kommen ins Blickfeld, der Gesundheitsbegriff wird neu und umfassender definiert, nicht ausschließlich die einzelne Krankheitserscheinung wird zum Ausgangspunkt von Überlegungen zur Gesundheitsbildung, sondern der umfassende Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit. Auch die Erkenntnis der meist multifaktoriellen Entstehung von Krankheit gehört dazu, was auf der Ebene der Gesundheitsbildung bedeutet, Abschied zu nehmen von zu monokausalen, an das Individuum appellierenden Angeboten, sich zu ändern („Zeigefingerpädagogik“). Einen guten Überblick über diese veränderten Ansätze bietet das Einführungskapitel des „Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ (1985).

Welche Aufgaben stellen sich nun der/dem an der Volkshochschule für die Gesundheitsbildung zuständigen Mitarbeiter/-in? Zunächst einmal wird zu klären sein, welchen Stellenwert - quantitativ und qualitativ - dem Gesundheitsbereich innerhalb der jeweiligen Volkshochschule eingeräumt wird, bzw. ob es entsprechende Ausbau-/Perspektiv-/Kooperationspläne gibt?

Einen recht umfassenden Überblick über das, was an Volkshochschulen unter dem Stichwort „Gesundheitsbildung und Kooperationen“ alles subsumiert werden kann, bietet der „Rahmenplan Gesundheit an Volkshochschulen“, aus dem das Schaubild im Kap. 3.3. entnommen wurde.

Die verschiedensten Stichworte/Themen/Einzelthemen stammen alle aus VHS-Programmen, was aber nicht heißt, dass sie dort jeweils dem Bereich der Gesundheitsbildung zugeordnet waren.

So wurde z.B. das Projekt „Gesundheit und Umwelt“ am Bildungszentrum der Stadt Nürnberg kontrovers diskutiert. Mit einem innovativen und fächerübergreifenden Konzept wurden erstmals neue Kooperationswege in der Gesundheitsbildung begangen. Die wesentlichen Auseinandersetzungen der inhaltlichen Arbeit werden an späterer Stelle in diesem Teil wiedergegeben.

Es soll hier deutlich angemerkt werden, dass eine solche Kooperationsform der Gesundheitsbildung äußerst selten anzutreffen ist und dass eine bescheidene oder weiterreichende Umstrukturierung im o.a. Sinne erhebliche Widerstände innerhalb der Institution hervorrufen kann (Probleme der „internen Kooperation“).

Plötzlich entdeckt man / reklamiert man Bereiche für die Gesundheitsbildung, die bisher völlig losgelöst davon bestanden. Dies kann z.B. der Gymnastik- oder Sportbereich sein, aber auch der Psychologiebereich, der bisher dem Bereich Gesellschaft/Politik zugeordnet ist, oder auch solche Bereiche wie Hauswirtschaft oder Ökologie und Umwelt. Dass hier eine innere Kooperation mit den Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Fachbereiche von Anfang an wichtig ist, sollte „expandierenden“ GesundheitsbildnerInnen eine Selbstverständlichkeit sein.

Gesundheitsbildung kann ohne Kooperationspartner nicht stattfinden, auch wenn sich Selbsthilfegruppen oder Netzwerkinitiativen, oder auch sog. Sport- und Gesundheitszentren gegründet haben, die ganz ohne Beteiligung der VHS auskommen.

Neben den Problemen der externen Kooperationspartnerschaft sollte erwähnt werden, dass die Gewinnung von - also die Kooperation mit - Kursleitern/-innen besondere Schwierigkeiten aufweisen, kann (siehe dazu auch: Kap.2.7. dieser Arbeit). Dies insofern, als es

- a) zumindest was das gegenwärtige Standardangebot angeht, oftmals keine formalen Qualifikationen gibt und
- b) diese formalen Qualifikationen, sofern es sie doch gibt, nicht sehr aussagekräftig sein müssen.

Ein/e Hauswirtschaftsmeister/-in oder ein/e Koch/Köchin lässt sich z.B. finden, aber jemand, der dabei mit den Grundlagen der Vollwerternährung umgeht bzw. überhaupt einen Bezug dazu hat, schon schwieriger. Da ist der/die Autodidakt/-in in Sachen Kochen, der /die sich aber intensiv und engagiert mit der Ernährungslehre auf der Basis der Vollwerternährung auseinander gesetzt hat, möglicherweise die bessere Wahl. Während man beim Thema Ernährung aber vielleicht nach der Devise handeln kann: „Es kommt auf einen Versuch an“ ... da der Schaden begrenztbar und nicht existenziell bedrohlich scheint, ist dies in Bereichen wie Entspannung/Selbsterfahrung nicht mehr möglich: Denn wenn der Kurs hier „schief geht“, dann hat dies u.U. direkte körperliche oder psychische Schäden bei einzelnen Teilnehmer/-innen zur Folge.

Um einen Qualitätsstandard der Gesundheitsbildung an den Volkshochschulen zu erreichen, wurden von der Pädagogischen Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes 1994 „Empfehlungen zur Qualifikation“ von KursleiterInnen herausgegeben. Neben den fachlichen Qualifikationsmerkmalen spielen vor allem Qualifikationsmerkmale entsprechend dem Verständnis von Gesundheitsbildung an Volkshochschulen eine wesentliche Rolle. Diese Qualifikationen müssen aber nicht unbedingt durch Bescheinigungen nachgewiesen werden, eine langjährige Erfahrung z.B. als KursleiterIn ist mindestens genauso wertvoll.

Zur Diskussion und den Voraussetzungen um als „GesundheitsbildnerIn“ an der Volkshochschule arbeiten zu können wird an anderer Stelle nochmals eingegangen.

3.1.3. Grenzen der Gesundheitsbildung

Nachdem des Öfteren die Rede von Expansionsmöglichkeiten der Gesundheitsbildung war, stellt sich die Frage, wo denn die Grenzen zu sehen bzw. zu ziehen sind. Vorherrschend ist wohl die Meinung, dass die Erwachsenenbildung vor allem - möglicherweise sogar ausschließlich - im Bereich der primären Prävention tätig sein sollte.

Die häufigste Form, wie sich Krankenkassen an diesen Präventionsmaßnahmen finanziell beteiligen, ist die individuelle Förderung des Teilnehmers und Kassenmitgliedes, der die Teilnehmergebühren teilweise oder ganz ersetzt bekommt.

Das ist insofern problematisch, als es im Ermessen der Kassen liegt, für welchen Kurs (und evtl. auch: für welches Mitglied) sie die Förderung übernehmen. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass die Kassen - von Ausnahmen sicherlich abgesehen - recht restriktiv bei der Auswahl förderungswürdiger Kurse verfahren, oftmals reduziert es sich auf standardisierte Kurse wie „Abnehmen - aber mit Vernunft“ oder das „Nichtraucher-Training“.

Die Grenzen zur „Alternativen Gesundheitskultur“ sind für die Volkshochschulen nicht immer leicht zu ziehen. Das Thema Therapie taucht innerhalb der Gesundheitsbildung insbesondere an zwei Stellen auf: Zum einen im sog. „Psychobereich“, der sich aus höchst unterschiedlichen, insbesondere aus den Feldern Entspannung, Selbsterfahrung, Verhalten zusammensetzt und zum anderen im Bereich „Leben mit Krankheiten und Abhängigkeiten“.

Der Graumarkt von Therapie, Bildung und religiösen Organisationen macht auch vor den Toren der Volkshochschule keinen halt. Die oft alternativen Methoden der Körpertherapie, esoterische Selbstfindungswege und fernöstliche Praktiken machen einen erheblichen Teil des Gesundheitsangebotes aus. Lobo fragt bereits Ende der siebziger Jahre aufgrund der „Esoterikwelle“: „Sollen die Volkshochschulen sich hintanstellen und passiv zuschauen oder kommt hier eine Aufgabe auf sie zu (...)?“ (Lobo 1979, S.302).“ In den letzten 20 Jahren setzen sich Mitarbeiter der Volkshochschulen immer wieder mit den Grenzbereichen des Angebots in der Gesundheitsbildung auseinander und versuchen Kriterien zur Qualitätssicherung und Angebotsauswahl zu finden.

Angeht der Bedrohungen in unserer Zeit hat vor allem im Gesundheitsbereich das Bedürfnis nach Orientierung und Lebenshilfe stark zugenommen. Mit diesen Bedürfnissen werden an die Volkshochschulen auch therapeutische Erwartungen herangetragen. Obwohl es unmöglich ist, Bildung und Therapie klar zu trennen und viele Verfahren, gerade im Bereich der Gesundheitsbildung „therapieentlehnt“ sind, bezieht die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen den klaren Standpunkt, keine Therapie anzubieten.

Dies liegt im Selbstverständnis von Erwachsenenbildung, aber auch in deren Möglichkeiten begründet. Therapie, im medizinisch definierten Sinne, erfordert immer einen Rahmen, der durch Kriterien wie Einbettung in das Gesundheitswesen, Klärung der individuellen Probleme, Möglichkeiten der Krisenintervention, Nachbetreuung etc. charakterisiert ist.

Lebenshilfe erfordert jedoch in vielen Fällen kein in diesem Sinn therapeutisches Handeln. Häufig reichen Gespräche in einer Gruppe, Mitgefühl, Solidarität, praktische Hilfen etc. völlig aus, um eine momentane Krise zu bewältigen und zu verarbeiten.

Zunehmend mehr Menschen können oder wollen ihre Probleme nicht (mehr) in ihrer natürlichen, sozialen Umgebung bewältigen. Für sie sind entsprechende VHS-Angebote eine Möglichkeit, zwischenmenschliche Unterstützung erfahren bzw. geben zu können.

Aufgabe der Volkshochschule ist es, Bedürfnisse nach Orientierung und Lebenshilfe aufzugreifen, mit Angeboten, die eine kritische und umfassende Auseinandersetzung sowohl auf der Informations- als auch auf der Erfahrungsebene ermöglichen. Dabei gilt es jedoch nicht, Anweisungen von „Experten“ weiterzugeben, die uns sagen wollen, wie wir uns zu verhalten haben, sondern Möglichkeiten zu eröffnen, selbstbewusster und selbstbestimmter zu leben, seine wirklichen Interessen, Bedürfnisse und Wünsche erkennen und vertreten zu können.

Eine solche Zielsetzung schließt zwangsläufig Richtungen, Themen und Methoden aus, die manipulieren oder Anschauungen und Einsichten von Teilnehmer/-innen vorab einfordern. Dies gilt z.B. für Angebote, die darauf ausgerichtet sind, esoterisches (also nur „Eingeweihten“ zugängliches) Wissen in unkritischer, indoktrinierender oder missionierender Form zu vermitteln.

Der große Einfluss der alternativen Heilmethoden und der daraus abgeleiteten Angebote an den Volkshochschulen war z.B. für den Münchner VHS-Vorstand Anlass, eine Art „Selbstverpflichtung zu kritischer Rationalität“ zu formulieren.

Auf der anderen Seite bleibt festzuhalten, dass die große Nachfrage an „alternative Gesundheitsbildung“, Antworten und Angebote brauchen. Es reicht nicht einfach nur zur Seite zu schauen oder so zu tun als gäbe es dies nicht. Es bedarf hier einer kritischen Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Ein weiteres Grenzthema: Für VHS-Mitarbeiter stellen sich im Zusammenhang mit Gesundheitsbildung immer wieder folgende Fragen: Können oder dürfen Volkshochschulen Kranke in ihre Kurse aufnehmen, und zwar in Kurse, die - in welcher Form auch immer - die Krankheit lindern helfen soll? Zunächst einmal: Es gibt Kranke, die sich in ärztliche Behandlung begeben und solche, die es (noch) nicht tun/getan haben. Diese zweite Gruppe gibt sich in der Regel auch in VHS-Kursen nicht als krank aus, allenfalls ist vielleicht von Befindlichkeit die Rede.

Bleiben wir bei der Gruppe, die in ärztlicher Behandlung ist: Es ist klar, dass die individuelle Therapie des Arztes hier absolute Priorität hat.

Aber:

Was ist, wenn auch aus ärztlicher Sicht im Sinne eines dauerhaften Heilungserfolges eine Verhaltensänderung wünschenswert erscheint - sei es nun in Bezug auf eine Ernährungsumstellung, auf Möglichkeiten, mit „Stress“ besser umzugehen, auf Bewegungsmangel zu reagieren?

Ist es in einem solchen Fall für den Mediziner nicht fast zwingend, dem Patienten nicht nur mehr oder weniger abstrakte Vorschläge zu machen, sondern ihn sozusagen ein Stück weit „an der Hand“ zu führen, bis er entsprechende Möglichkeiten gefunden hat (was bestimmt nicht immer heißen muss, ihm einen VHS-Kurs zu vermitteln)? z. Zt. wird beispielsweise im Bereich der Rehabilitation darüber diskutiert, inwieweit eine für sich allein stehende Kur von 4 oder 6 Wochen sinnvoll ist, wenn nicht anschließend eine Möglichkeit besteht, in einer Gruppe - z.B. an der VHS - weiterzuarbeiten.

Ein weiterer Aspekt: Gibt es eigentlich einen Grund, Kranke daran zu hindern, sich aus eigener Initiative mit z.B. Naturheilverfahren oder Entspannungsverfahren oder mit Selbstbehandlungsmethoden bei Deformationen der Wirbelsäule oder einem Thema wie Vollwerternährung zu beschäftigen - es sei denn, dass es klare Kontraindikationen zur vorgesehenen ärztlichen Therapie gibt?

Oder: Was spricht eigentlich aus medizinischer Sicht dagegen, wenn sich Kranke - zumal chronisch Kranke - in Gruppen zusammenschließen und die Volkshochschule dabei Anlaufstation oder sogar Initiator wird? Allenfalls aus pädagogischer oder bildungstheoretischer Sicht kann man fragen, ob es sich bei der Bildung von Selbsthilfegruppen, um die es hier letztlich geht, noch um Weiterbildungsangebote oder früher oder später doch um Sozialarbeit handelt. Dies hängt entscheidend von den Zielen/Inhalten ab, die sich die Gruppe stellt bzw. erarbeitet.

Problematischer wird es, wenn Teilnehmer in den Kursen sitzen, die eigentlich primär in ärztliche Behandlung gehören, was häufig bei psychischen Erkrankungen der Fall ist.

Das Therapieproblem spielt auch im Bereich der Rehabilitation eine Rolle. Soll die Volkshochschule beispielsweise Koronargruppen für Infarktgeschädigte oder Warmwassergymnastik für Rheumakranke oder Kurse für Krebsbetroffene einrichten oder ist dies grundsätzlich Therapie bzw. zumindest keine Weiterbildung mehr? Sicher ist, dass solche Angebote:

- sich an einen jeweils sehr speziellen Personenkreis wenden und
- ganz besonders sorgfältig geplant und durchgeführt werden müssen.

3.2. Das Programm Gesundheitsbildung an Volkshochschulen ?

3.2.1. Ziele und Aufgaben

Das Profil des Fachbereichs Gesundheitsbildung hat sich in den letzten Jahren entscheidend gewandelt. Auf der Basis des Rahmenplans „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“, der 1985 von Deutschen Volkshochschul-Verband herausgegeben wurde, haben viele Volkshochschulen ihre Programme neu strukturiert.

Dies war unweigerlich eine Reaktion auf die immer stärker werdende Nachfrage nach Gesundheitsbildung. Nicht nur die Zahl der Veranstaltungen und Teilnehmer/-innen hatte sich erhöht, auch das Programmangebot wurde erheblich ausgeweitet und differenziert. In vielen Volkshochschulen ist die Gesundheitsbildung mittlerweile der zweitgrößte Angebotsbereich.

Mit dem Wandel im Gesundheitswesen und im Verständnis von Gesundheit wurden auch neue Bedürfnisse und Erwartungen an die Volkshochschulen herangetragen. In dem zunehmend umkämpften Markt Gesundheitsbildung sehen sich die Volkshochschulen dabei einem wachsenden Kreis von Anbietern gegenübergestellt (andere Institutionen und Verbände der Gesundheitsvorsorge, Krankenkassen, Berufsverbände, Vereine, private Unternehmen, ...)

Die „Gesundheitswelle“ rollt und es erscheint schwierig verlässliche Prognosen einer zukünftigen Entwicklung aufgrund der verschiedenen Einflüsse und der inhärenten dynamischen Kräfte abzugeben. Die Gefahren einer Fehlentwicklung in Richtung „platter Kommerz und naiver Gesundheitsfanatismus“ drohen. Immer noch ist die Gesundheitsbewegung auch eine „Suchbewegung“ mit durchaus wirtschaftlichen Interessen ihrer Akteure. Vor allem die Fitness-, Wellness- und Freizeitindustrie erlebt einen anhaltenden Boom. Das Geschäft mit der Angst blüht gleichermaßen gut wie das Geschäft mit der Hoffnung. Eine besondere Variante dieser Kommerzialisierung stellt die Verbindung von gesundheitlichen und spirituellen Angeboten dar. Ihr Dogma ist, Gesundheit zur Ideologie zu erheben, mit dem Effekt, dass Krankheit und Kranke diskriminiert werden.

Aber auch eine standespolitische Okkupierung und einseitige Professionalisierung der Gesundheitsbildung führt zu einer Überformung der Freizeitaktivitäten und die Betroffenen werden wieder zu Statisten einer Maschinerie degradiert. Gesundheit wird so wieder ein subjektives Gut, abhängig von körperlicher und mentaler Fitness und somit zum individuellen Modetrend.

Leitprinzip der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen sollte daher das „Ermöglichen von Gesundheit“ sein. Es geht davon aus, dass Gesundheit ein Wert ohne Maß, ist und nicht von außen definiert werden kann. Sein Ziel ist es, jedem Menschen seinen eigenen, je besonderen Weg zu mehr Gesundheit zu ermöglichen und ihn dabei zu unterstützen.

Eine so verstandene Gesundheitsbildung impliziert Angebote, Didaktik und Methoden, die soziales und partizipatorisches Lernen initiieren, Lernprozesse behutsam einleiten und die darauf ausgerichtet sind, keine fertigen Rezepte zu liefern oder neue Abhängigkeiten zu erzeugen. Sie trägt auf diese Weise dazu bei, die Kompetenz und Autonomie der Teilnehmer/innen zu fördern.

Das Programm Gesundheitsbildung an Volkshochschulen sollte Dozenten, Mitarbeiter und Kursanbieter insbesondere folgende Lernkompetenzfelder eröffnen:

Persönliches Lernen und Selbstentwicklung, z.B. durch Aneignung gesunder Lebensweisen.

Kooperationslernen, z.B. durch Teamfähigkeit und das Erkennen anderer Positionen und Situationen.

Organisationslernen, z.B. durch organisationsbezogenes Denken.

Vernetzungslernen, z.B. durch das Erkennen und das Nutzen von Unterstützungssystemen.

Für die Kursteilnehmer sollten Kompetenzfelder bereitgestellt werden, die folgende Gedanken verkörpern:

- Gesundheitsvorsorge - statt (nur) Krankheitsverhütung
- (Bewusstseins) -Bildung - statt Erziehung
- Herstellung von Zusammenhängen
- Förderung von Autonomie und Laienkompetenz
- Hilfe zur Selbsthilfe

3.2.2. Transfer der Kursteilnehmer - Kompetenzfelder

Kompetenzfeld 1: Gesundheitsvorsorge - statt (nur) Krankheitsverhütung

Das zentrale Anliegen der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen ist die Gesundheitsvorsorge, die Primäre Prävention. Da Gesundheit mehr ist, als die Abwesenheit von Krankheit, will sie neben der Verminderung verhütbarer Erkrankungen vor allem zur Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen beitragen. Nicht die Merkmale von Krankheiten sondern die Gesundheit und der Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit stehen im Vordergrund (Gesundheitsorientierung).

Bildungsangebote sollten deshalb nicht vorrangig daraufhin konzipiert sein, dass bei den Adressaten bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen oder dass sich die Lernprozesse vornehmlich mit der Vermeidung bestimmter Einzelkrankheiten auseinandersetzen. VHS-Teilnehmer/-innen können auch erwarten, dass sie in den Kursen und Seminaren Unterstützung erfahren, um den Bezug zu ihrer Gesundheit wiederzufinden und gesundheitsfördernde Handlungsschritte zu erproben.

Kompetenzfeld 2: Bewusstseinsbildung - statt Erziehung

Soziales und partizipatorisches Lernen, das darauf ausgerichtet ist, den je eigenen Weg zu mehr Gesundheit zu ermöglichen und Gesundheit fördert anstatt fordert, schließt erzieherisches, belehrendes oder gar moralisierendes Kursleiterverhalten aus. Erziehung setzt immer auch voraus, dass jemand weiß, was für andere gut (gesund) ist. Gesundheitsbildung braucht Gespräche, soziale Unterstützung und das kooperative Miteinander- und Voneinander-Lernen. Da sich Lernen nie nur auf der inhaltlichen Ebene vollzieht - was und wie gelernt wird, hängt auch entscheidend davon ab, wie sich die sozialen Beziehungen in der Gruppe gestalten - gewinnt das Moment des Sozialen Lernens eine zusätzliche Bedeutung. Der Kursleiter ist nach diesem Verständnis oft ein Fragender, der Anstöße gibt, Gespräche moderiert und offen ist, auch für andere Entwicklungen und Sichtweisen in der Gruppe.

Kompetenzfeld 3: Herstellung von Zusammenhängen

Eine Gesundheitsbildung, wie sie dem Rahmenplan zugrunde liegt, geht weit über die Absicht hinaus, Gesundheit durch individuelles Verhalten allein zu verbessern, ohne zugleich auch das Umfeld zu berücksichtigen, das solches Verhalten schafft oder verstärkt.

Sie bezieht den ganzen Menschen mit ein, seine Lebens- Arbeits- und Umweltbedingungen und umfasst neben Bewegung, Ernährung und Entspannung auch Lebensfelder wie, Gesellschaft und Umwelt, Psychische Stabilität und soziale Kompetenz, Leben mit Krankheiten und Abhängigkeiten etc. Daraus resultiert auch der interdisziplinäre Charakter von Gesundheitsbildung. Mit den Wissensbereichen Naturwissenschaften, Ökologie, Gesellschaft, Politik, Psychologie und Hauswirtschaft bestehen vielfältige Verbindungen und Zusammenhänge. Eine integrative Gesundheitsbildung greift Aspekte aus unterschiedlichen Bereichen auf und führt zusammen, was auch in unserer Lebenswelt miteinander verflochten ist. Ein integratives Verständnis von Gesundheitsbildung sollte allerdings nicht nur in dem einzelnen Kurs oder Seminar sichtbar werden, sondern auch in der Planung und Durchführung eines fächer- und fachbereichsübergreifenden Gesamtangebots. Es stellt die Angebote nicht isoliert nebeneinander, sondern verdeutlicht deren inneren Zusammenhang.

Mit integrativ ist hier jedoch nicht eine Ganzheitlichkeit gemeint, die nach dem Motto: „*Alles hängt mit allem zusammen*“ eine diffuse Gesamtschau vermittelt. Vielmehr ist damit das Bemühen angesprochen, die Zusammenhänge dort lernrelevant und konkret zu machen, wo sie nachvollziehbar und erfahrbar sind. Praktisches, kognitives und effektives Lernen miteinander zu verschränken und so in Balance zu bringen, dass das Erfahrene nachgespürt und das Gelernte im Spannungsfeld Individuum - Gesellschaft - Umwelt reflektiert werden kann, ist eine didaktische Forderung, die zwar generell an das Lernen (mit Erwachsenen) gestellt wird, in der Gesundheitsbildung jedoch eine besondere Bedeutung erhält.

Kompetenzfeld 4: Förderung von Autonomie, Laienkompetenz und Hilfe zur Selbsthilfe

Die besondere Stellung einer partizipations- und handlungsorientierten Gesundheitsbildung beruht darauf, dass hier, wie in keinem anderen Bildungsbereich, der Mensch in seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Existenz angesprochen wird. Sie fordert nicht nur seine Mitarbeit, sondern im stärksten Maße, auch seine Selbstverantwortung und Eigenaktivität. Hier kommt es darauf an, die Verbindungen zwischen fachwissenschaftlichen Erkenntnissen und konkreten Gesundheitsbedürfnissen herzustellen und sie in pädagogisch verantwortlichen Weise zu bearbeiten. Partizipation setzt Selbstbewusstsein, Kompetenz und Autonomie voraus. Menschen zu befähigen, ihr Gesundheitspotenzial bestmöglichst zu entfalten und sie in die Lage zu versetzen, Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit selbst zu treffen und auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, einwirken zu können, ist dabei die zentrale pädagogische Aufgabe. Eine so verstandene Gesundheitsbildung wird an vielen, auch unvermuteten Stellen zur politischen und ökologischen Bildung. Oft stellt sie sich nur in Widersprüchen her. Es gilt, diese zu thematisieren, „sie auszuhalten“ und sie zu bearbeiten, ohne in Scheinwelten zu flüchten.

3.2.3. Auswertung von Erfahrungsberichten und Projekten zum Gesundheitsverhalten an Volkshochschulen, denen ein integrativer, interdisziplinärer, dezentraler sowie adressatenorientierter Ansatz zugrunde liegt.

Die Analyse von Fortbildungstexten des Projektes „Gesundheitsbildung“ zeigen deutlich, dass zwischen den Entwürfen bzw. den Auffassungen der Autorinnen ein breiter Kontext von Gesundheitsbildung besteht.

Ich versuche, durch einige Forschungsfragen, einen denkbaren roten Faden durch die Texte anzusprechen. Die Fragen sind als Annäherung an die generelle Überlegung gedacht:

- Welche Art von Gesundheitsbildung will die Volkshochschule (auch im Unterschied zu anderen Institutionen), welche nicht??

Für diesen Zweck wird auf einige „Grundsätzlichkeiten“ aus dem Rahmenplan Gesundheitsbildung der Volkshochschule Bezug genommen (wird in einem späteren Kapitel ausführlich beschrieben). Zum Teil werden dabei Erfahrungen und Beobachtungen aus dem Umgang mit dem Rahmenplan einfließen.

Die Forschungsfragen im Einzelnen :

1. Wie bzw. wodurch kann zum Ausdruck kommen, dass es sich bei der Gesundheitsbildung nicht um Techniken, sondern erst einmal um Bewusstseinsbildung und die Entwicklung eines Verständnisses von Gesundheit und Krankheit handelt?

Trainingsabsichten, die davon abstrahieren, gibt es anderenorts zu Genüge. Ignoriert wird dabei oft der Bezug, den jeder/jede zu Krankheit und Gesundheit hat, sowie wie die Beurteilung von Faktoren, die zu Krankheit oder Gesundheit führen können. Unterschiedliche Auffassungen darüber sind möglich, ihnen können dann verschiedene Ansatzpunkte zur Prävention entsprechen.

Bei der Vorstellungen des Rahmenplans oder Diskussionen über Gesundheitsbildung war es für mich immer wieder verblüffend festzustellen, wie spontan und lebhaft persönliche Einschätzungen und Beurteilungen geäußert wurden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Kursleiter, Hauptamtliche Mitarbeiter (HPM) oder, z.B. Vertreter des Gesundheitsamtes handelte.

Ergebnisse einer Arbeitsgruppe aus einer Fortbildungswoche der Volkshochschule ergaben erfreulicherweise, dass die Inhalte der Fortbildungstexte für die Adressaten, Hauptamtliche Mitarbeiter und Kursleiter nichts Abstraktes waren, obwohl sie als Multiplikatoren angesprochen waren. Pädagogische, Mitarbeiter/innen sollten gerade deshalb aber, auch auf ihr eigenes Verständnis von Gesundheit und Krankheit reflektieren und es überprüfen, denn es prägt die Art ihrer Bildungsarbeit. Überdies kann die Rückversicherung über das eigene Bewusstsein (und in der Folge das Planung- oder Konzeptionsverständnis) und eigenes Gesundheitsverhalten eventuell zu mehr Aufmerksamkeit für die Bewusstseinsbildung der Teilnehmer und zum Respekt davor führen.

Das ist u.a. der Grund dafür, dass im Rahmenplan ein erweitertes Gesundheitsverständnis zum Ausgangspunkt für die nachfolgenden Strukturüberlegungen wurde.

2. Wie lässt sich anregen, dass Gesundheit gefördert und nicht etwa gefordert wird (Gesundheitsbildung als Beitrag zur Gesundheitsförderung)?

Das ist natürlich auch eine Frage des zugrunde liegenden Verständnisses, das sich in diesem Fall aber nicht nur in der Anlage von Kursen, sondern sicher auch sehr konkret im Kursleiterverhalten und im Kontakt mit den Teilnehmern auswirken wird. Die Frage nach Gesundheitsbildung im Kontinuum von Gesundheitsförderung und -erziehung lässt sich daraus ableiten.

Zur Pflicht wurde Gesundsein im 3. Reich gemacht, Kranksein wurde als Schädigung der Volksgesundheit ausgelegt. Dem stehen heute Ansätze gegenüber, die beispielsweise ein „ökologisches Konzept der Gesundheitsförderung“ (Franzkowiak/Wenzel,) oder ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ (Rappaport) entwerfen.

Dabei rückt mehr in den Vordergrund, dass Menschen in ihren Kompetenzen gestärkt werden sollen, um gesund sein/werden zukönnen, dass sie dafür durchaus schon Fähigkeiten besitzen, dass aber das Vorhandensein solcher Fähigkeiten direkt gebunden ist an die jeweilige soziale Situation, an leitende Normen, kulturelle Muster und der gleichen. Angehörige verschiedener sozialer Schichten verfügen in unterschiedlichem Maße über materielle Güter, aber auch über Zeit, Qualifikationen, Kompetenzen und Informationen.

Je tiefer die soziale Position von Individuen ist, desto weniger haben sie Anteil an verschiedenen, gesellschaftlich hochbewerteten Gütern und Ressourcen und sind daher umso mehr unerwünschten, d.h. stressproduzierenden Ereignissen und Zuständen ausgesetzt.

Ungleiche Verteilung von Gütern, Fähigkeiten und Fertigkeiten bedeuten gleichzeitig aber auch unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten: Sie bestimmt insbesondere die Einflussmöglichkeiten auf die Umwelt. Die Form der Stressbewältigung - nach außen versus nach innen gerichtetes Verhalten- ist somit eine Funktion der dem Individuum zur Verfügung stehenden Mittel, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Je weniger solche Mittel und Kompetenzen zur Verfügung stehen, desto kleiner ist die Stressbewältigungskapazität und desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für intrapersonale Formen der Spannungsverarbeitung. Mit anderen Worten: Die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Störungen nimmt mit abnehmender sozialer Stellung zu.

Unterschiedliche Einflussmöglichkeiten auf die Umwelt sind jedoch nicht nur eine Folge der sozialen Lage in der Gesellschaft, sondern auch der Verhaltenserwartungen, die durch das soziokulturelle System festgelegt werden: Soziale Normen können bestimmten Gruppen die Anwendung von Verhaltensweisen zur Beeinflussung der Umwelt verschließen. Dies trifft in modernen Gesellschaften insbesondere für Frauen zu. Über die geschlechtsspezifische Sozialisation verinnerlichen Frauen Normen, Stress eher passiv zu ertragen als aktiv über die Veränderung der Umwelt zu bewältigen. *„Im weiteren beeinflussen die über den Sozialisationsprozess verinnerlichten kulturellen Muster die Art und Weise, wie Stress bewältigt wird.“* (Buchmann/Karrer/Meier 1985, S. 14)

Zum einen könnte das für die Gesundheitsbildung bedeuten, auf die soziale Situation von Teilnehmern (auch im Kurs) stärker einzugehen, zum anderen aber auch, dort Halt zu machen, wo nur Teilnehmer selbst Impulse, Erkenntnisse, Handlungsanregungen in ihren spezifischen Alltag integrieren können. Die Vermittlung gesundheitsrelevanter Bildungsinhalte sowie Umsetzungshilfen ist damit ja keineswegs ausgeschlossen. Eine Entscheidung darüber, was sie umzusetzen vermögen oder wollen, ist aber allemal ihre Sache. Wichtig scheint mir zu sein, dass Teilnehmer nicht als Hohlkörper verstanden werden, in die Gesundheitsbotschaften „abgefüllt“ werden.

Erziehung zu problematisieren ist nach meiner Erfahrung nicht nur Begriffsklitterei, sondern hat einen Sinn, weil sich dahinter auch bestimmte Absichten verbergen. Es gibt Kollegen, die kein Problem darin sehen, zur Gesundheit zu erziehen, da ja Gesundheit etwas Positives ist. Andere wollen sehr bewusst erziehen, weil das automatisch die eigene Position im pädagogischen Prozess erhöht. Damit geht oft einher, dass Teilnehmern Kompetenzen bei der Lebensbewältigung oder beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit von vornherein abgesprochen werden (im Kreis der Autoren des Rahmenplans hatten wir es z.B. mit einer solchen Auffassung zu tun). Das Modell der Risikofaktoren und Erziehungsabsichten „passen“, wie die Realität zeigt, sehr gut zueinander. Häufig wird in der Folge auch gesundheitsgerechtes Verhalten eingefordert, statt zu analysieren, warum Teilnehmer welche Risiken eingehen, und zu prüfen, welche Möglichkeiten sie in ihrem Alltag zur Risikominderung zur Verfügung haben bzw. wie Fähigkeiten dafür gefördert werden können.

3. Auf welche Weise und an welchen Orten kann das Prinzip „Herstellen von Zusammenhängen“ für die Gesundheitsbildung deutlich gemacht werden?

Stichworte hierzu sind: umfassendes Gesundheitsverständnis - integrative Sichtweise - fächer- bzw. fachbereichsübergreifende Planung, Kursdurchführung und Zusammenarbeit.

Nicht nur im Hinblick auf das Gesundheitswesen wird der schillernde Begriff der Selbstverantwortung diskutiert. Was bedeutet er in Anbetracht einer Gesundheitsbildung, die Bewusstsein, Verständnis und Kompetenzen fördern statt erziehen will?

Im Rahmenplan wird darunter im Großen und Ganzen verstanden, dass Zusammenhänge im Angebot und durch das Angebot hergestellt werden, die für die Gesundheit relevant sind, aber im Alltag nicht mehr erkannt oder erlebt werden können. Zusammenhänge, wie sie in der Realität immer weniger zu durchschauen oder zu erfahren sind, werden also zum Lernen angeboten, damit Teilnehmer in ihrem Alltag Interessen die ihrer Gesundheit nützen, aktiver, informierter, selbstbewusster und das heißt auch mit mehr Selbstverantwortung wahrnehmen können.

Selbstverantwortung für die Gesundheit bedingt demnach, dass auch Grundlagen und die Mitte dafür bereitgestellt werden, und genau dafür kann u.a. die Erwachsenenbildung eine Hilfe sein. Selbstverantwortung, die gefordert wird, ohne dass soziale Situationen mitbedacht werden, welche Gesundheitsvorsorge erschwert oder gar angesichts von Lebensbedingungen unmöglich machen, erscheint demgegenüber verzerrt.

In diesem Kontext ist auch für die Erwachsenenbildungsarbeit zu unterscheiden zwischen der Berücksichtigung und dem Eingehen auf Subjektives und einer Individualisierung, die den Einzelnen auf sich selbst zurückwirft, ihm also gerade Zusammenhänge vorenthalte, die gleichwohl ständig wirksam sind.

Solche Zusammenhänge sind sicher nicht ein für alle Mal für ein Angebot herauszukristallisieren und festzulegen, sondern es handelt sich um Spannungsverhältnisse, denen ständig von neuem nachzuspüren ist.

„Zusammenhänge herstellen“ ist also ein anleitendes (Leit-) Prinzip, das den pädagogischen Mitarbeiter anregen soll, Wechselwirkungen zu untersuchen bzw. zu thematisieren. Sie können sicher nur beispielhaft verdeutlicht werden. Bei der Rezeption der Fortbildungstexte des Projektes „Gesundheitsbildung“, habe ich den Eindruck, dass vor allem einmal die Fülle dessen, was Gesundheitsbildung an Volkshochschulen sein kann, überrascht und erfreut zur Kenntnis genommen wurde. Über das Spektrum hinaus zielt er aber auf integratives Arbeiten, und genau dafür könnten jetzt in einem weiteren Schritt die Fortbildungstexte eine Funktion erfüllen.

Was heißt es für die Planung, die Kursdurchführung die Kooperation nach außen und hausintern?

Und was heißt Integration für den einzelnen Kurs und für das Gesamtangebot?

Reicht es aus, möglichst viele und vielfältig Angebote additiv nebeneinander zusetzen?

Für besonders bedenklich halte ich es zurzeit, wenn eine integrative Sichtweise und das Herstellen von Zusammenhängen mit „Ganzheitlichkeit“ eins gesetzt wird. Sehr oft wird dadurch eine Harmonievorstellung suggeriert, die nicht in die Wirklichkeit hinein, sondern aus ihr herausführt. Das kann bei der Mystifizierung bestimmter fernöstlicher Traditionen oder Heilverfahren (Heilsversprechungen) ebenso der Fall sein wie bei bestimmten Formen der Körperarbeit oder bei Therapieorientierungen. Problematisch oder gefährlich scheinen sie mir zu sein, wenn sie unterstellen, durch Teilnahme daran könnten sich Menschen „ganzheitlich“ entfalten - ohne Rücksicht auf die sie umgebende alltägliche Realität (und das ist auch eine der Technologie- und Arbeitsmarktentwicklung, der Sozial- bzw. Gesundheitspolitik, der Umweltschäden, der sozialen Diskriminierung usw.).

Es erscheint mir zu einfach und unzureichend, mit Sarkasmus dem unverkennbaren Bedürfnis nach intensiver Kommunikation, nach bewusster Beziehung zu anderen, zum eigenen Körper, zur Psyche, nach Sinn im Leben, nach Lebendigkeit zu begegnen. Das sind meines Erachtens alles Wünsche, die nach mehr Menschlichkeit verlangen angesichts einer wirtschaftlichen, technologischen und militärischen „Aufrüstungsbewegung“, die Menschliches zunehmend zu ignorieren und überflüssig zu machen. In Reaktion darauf suchen sich diese Menschen Nischen, in denen sie sich als „ganze“ Person noch wichtig fühlen können oder in denen Sinn zu finden meinen und sei es im Transzendentalen.

Wie also, um die Frage noch einmal anders zu stellen, kann eine Volkshochschule Möglichkeiten schaffen, der Einheit von Körper Geist und Seele im Blick auf Gesundheit und Krankheit nachzugehen, sie bewusster zu machen, ohne Flucht Tendenzen aus der Realität bzw. der Gesellschaft zu eröffnen oder zu verstärken?

Wie können Bewusstseinsprozesse, die ein Kurs angeregt hat, in den Alltag zurückgeführt werden?

Wie können Teilnehmer gestärkt werden, um in ihrem Umfeld gesünder zu leben, aber auch dafür, auf dieses Umfeld im Interesse der Gesundheit einzuwirken?

Die lebendige Kontaktaufnahme zu sich selbst ist sicher ein wichtiges Moment von Gesundheitsbildung, gleichzeitig aber sollten Teilnehmer reflektieren lernen, was ihre Gesundheit alltäglich stört oder hemmt, sei es in Beziehungen, im Lebensmittelgeschäft oder der Arztpraxis, bei der Krankenversicherung am Arbeitsplatz usw., an mehreren, sozialen Orten - gleichzeitig also.

4. In welcher Weise kann der Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit für die Gesundheitsbildung hervorgehoben werden?

Nach so viel Ansprüchlichkeit rücken mit dieser Frage die kleinen Schritte in den Vordergrund. Um kleine Schritte geht es beim Übergang von Gesundheit zu Krankheit und ebenso beim Lernen darüber. Krankheiten entstehen nicht von heute auf morgen, ebenso wenig vollzieht sich eine Heilung im Handumdrehen.

Es sind häufig auch weniger „kritische Lebensereignisse“, die - plötzlich auftretend - die Gesundheit beeinträchtigen, sondern es sind viele kleine Dauerbelastungen, über Jahre hinweg die ineinander greifen und sich gegenseitig verstärken.

Gesundsein kann in diesem Sinne als Gleichgewichtsprozess gesehen werden, der nie statisch wird bzw. abgeschlossen ist (deshalb ist es fürs Lernen und Sensibilisierung für diesen Prozess, auch nie zu spät).

Das Verständnis von einem Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit beinhaltet auch, dass Grenzen nicht eindeutig festzulegen sind.

Viele Gesundheitserziehungsprogramme oder auch die Schulmedizin gehen von einem abgegrenzten Krankheitsbegriff aus. Dieses Denken ist aber auch sehr verbreitet in den Alltagskonzepten vieler Menschen (ich bin gesund, wenn ich nicht krank bin).

Durch die Betonung des Prozesses zwischen Gesundheit und Krankheit wird der Nutzen primärer, Prävention hervorgehoben. Viel wichtiger aber scheint mir der Effekt zu sein, dass nicht Ohnmacht und Hilflosigkeit der Krankheit gegenüber verstärkt werden, sondern dass sich dadurch mehr Veränderungsmöglichkeiten zum „Gesundbleiben“ und „Wieder-gesund-werden“ ergeben - nicht als Heilsversprechen, statt dessen in kleinen Schritten.

3.3. Der Rahmenplan „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“

1985 wurde der Rahmenplan „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ vom Deutschen Volkshochschul -Verband mit der Förderung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) herausgegeben. Damit lagen zum ersten Mal allgemeine Richtlinien für eine Didaktik der Gesundheitsbildung, ihrer Lernprozesse und Formen vor.

Der Rahmenplan Gesundheitsbildung ging aus einem Projekt der Pädagogischen Arbeitsstelle (PAS) des Deutschen Volkshochschul-Verbandes hervor. Mitglieder des Autorenteam waren Vertreter von Volkshochschulen, von Landesverbänden der Volkshochschulen, der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die diese Veröffentlichung auch gefördert hat. In der folgenden Ausführung werden die Grundgedanken des Rahmenplans wiedergegeben.

An den Volkshochschulen der Bundesrepublik entfaltet der Angebotsbereich der Gesundheitsbildung trotz langjähriger Tradition seit einigen Jahren einen neuartigen Charakter. Die augenfällige Zunahme im Angebotsvolumen ist nur eines der Merkmale, die für einen Entwicklungsprozess sprechen. Veränderte inhaltliche Akzentsetzungen in den Volkshochschulprogrammen weisen darüber hinaus auch auf einen bemerkenswerten qualitativen Wandel hin.

Die Intentionen

In dieser Situation ist der Rahmenplan erarbeitet und publiziert worden. Er versteht sich als Empfehlung für die Planung und Durchführung eines Programms der Gesundheitsbildung, stellt einen ersten Schritt zu einem Gesamtkonzept für diesen Angebotsbereich dar und unternimmt den Versuch, der Gesundheitsbildung ein auch nach außen hin erkennbares und vertretbares Profil zu geben.

Im Rahmenplan sind theoretische Überlegungen und einzelne Stufen praktischer Umsetzung miteinander verknüpft, er ist also konkreter Ausdruck eines bestimmten Theorie-Praxisverhältnisses, das auf die Erwachsenenbildungsarbeit bezogen wird. Diese Absicht realisiert sich in mehreren Schritten:

1. Ausgangspunkt und Richtlinie für den Rahmenplan ist ein Grundverständnis von Gesundheit, Krankheit und den Aufgaben von Gesundheitsbildung, das einleitend vorgestellt wird.
2. Mit Bezug auf diese Aufgabenstellung und auf bereits bestehende Formen der Angebotspraxis werden Perspektiven eines möglichen Gesamtprogramms in Überblicken entworfen und grafisch dargestellt.

3. Die neun Angebotsfelder, die sich auf diese Weise für die Gesundheitsbildung eröffnen, werden im Einzelnen mit Zielvorstellungen und didaktischen Hinweisen beschrieben.
4. Der letzte Umsetzungsschritt ist ein besonderes Kennzeichen des Rahmenplans. Zwischen verschiedenen Themen bzw. Angeboten werden Zusammenhänge hergestellt und ebenfalls grafisch veranschaulicht. Diese fächer- und fachbereichsübergreifende Bezugnahme aufeinander orientiert sich an dem Grundverständnis von Gesundheitsbildung, das den gesamten Rahmenplan trägt.

Ziel der Veröffentlichung eines Rahmenplans war es also, für die Erwachsenenbildung insgesamt Anregungen mit programmatischem Charakter vorzulegen und gleichzeitig deutliche Signale zu setzen für die Reichweite, die Möglichkeiten und Besonderheiten der Förderung von Gesundheit durch die Arbeit der Volkshochschulen.

Keine starren Wege vorschreiben

Die Urheber des Rahmenplans verzichteten darauf, für die Angebotsentwicklung in der Gesundheitsbildung starre Wege vorzuschreiben oder Rezepte zu geben. Das bedeutet, dass der Rahmenplan sich erst mit Leben füllt und an Gestalt gewinnt durch die Auslegungen und Interpretationen, die pädagogische Mitarbeiter aufgrund ihrer jeweiligen örtlichen Bedingungen vornehmen. Trotz dieser Offenheit vertritt der Rahmenplan eine unverwechselbare Auffassung von Gesundheitsbildung, die bestimmte Ziele und Vorgehensweisen zur Konsequenz hat und demgegenüber andere ausschließt. Es kann hilfreich sein, darauf noch einmal einen Blick zu werfen angesichts sehr unterschiedlicher Positionen, die mittlerweile im Gesundheitsbereich vertreten werden, ohne dass deren direkte oder indirekte Absichten immer durchsichtig gemacht würden.

Das Blickfeld weiten

Auch heute noch erscheint es ungewohnt, dass der Rahmenplan seinen Ausgangspunkt bei der Gesundheit, dem Prozess zwischen Gesundheit und Krankheit und der primären Prävention statt bei der Krankheit nimmt.

Die Orientierung beschränkt sich also nicht auf einzelne, herausragende Zivilisationserkrankungen, mit denen der Umgang bzw. deren Heilung erleichtert werden soll. Dieses Feld ist als Angebotsbereich nicht vernachlässigt, es steht aber auch nicht im Vordergrund. Statt dessen wird der Hauptakzent darauf gelegt, die Gesundheit aktiv zu schützen und zu verbessern und dadurch gleichzeitig der Krankheitsentstehung etwas von ihrer Schicksalhaftigkeit zu nehmen.

Geht man ausschließlich von Krankheitsbildern und deren Symptomen aus, so ist die Gefahr groß, dabei auch einer vereinfachenden, instrumentellen und zergliedernden naturwissenschaftlichen Denkweise zu verfallen, die in unserer Kultur das Verständnis von Krankheit noch immer sehr tief greifend bestimmt. Vielfältige Ursachen und die Entstehungsgeschichte von Krankheiten beispielsweise werden weitgehend ausgeblendet. Auch zählen nur die körperlichen Erscheinungen, psychische und vor allem soziale Komponenten verlieren sich als Restgrößen. Voneinander isoliert werden ebenfalls die Krankheit und ihr „Krankheitsträger“, der erkrankte Mensch also, über den befunden wird. Auf diesem Wege konnten Risikofaktorenmodelle entstehen, mit deren Hilfe die Existenz der häufigsten westlichen Zivilisationserkrankungen „entpersönlicht“ und auf einige wenige krankheitsriskante Verhaltensweisen durch einfache Ableitungen zurückgeführt wurden. Ausgeblendet bleiben u.a. Fragen danach, ob in unserer Gesellschaft ein Leben ohne Risiken überhaupt möglich ist, welche Lebensbedingungen Menschen dazu bringen, sich risikohaft zu verhalten und welche Wahlfreiheiten ihnen offen stehen.

Auslöser für diese Vereinfachungen ist ein Erkenntnisdrang, der eine große Fülle von verflochtenen Befunden und beziehungsreichen Phänomenen auf eine Hand voll grundsätzlicher Mechanismen reduziert, um sie wissenschaftlich untersuchen zu können. Die Wechselwirkung zwischen körperlichen, seelischgeistigen, sozialen und umweltbedingten Einflüssen auf Gesundheit und Krankheit wird außer acht gelassen, um eindeutiger Forschungsergebnisse erzielen zu können. Diese stellen aber nur noch Wirklichkeitsausschnitte dar, aus denen sich die sehr viel umfassendere Realität nicht mehr rekonstruieren lässt. Da sie „handhabbarer“ sind, wirken sie gleichwohl stark handlungsanleitend in die ärztliche und gesundheits- „erzieherische“ Praxis hinein und prägen sogar nachhaltig den allgemeinen Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Durch eine andere Aufmerksamkeitsrichtung, durch die Wahrnehmung von Faktoren, die auf die Gesundheit einwirken und die für eine primäre Prävention relevant sind, weitet sich unversehens das Blickfeld wieder. Es bieten sich vielfältigere Möglichkeiten, aktiv etwas zur Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung zu tun und dabei von der Lebenswirklichkeit von Adressaten auszugehen. Der Verlust einer eindeutigen Bestimmbarkeit dessen, was Gesundheit und Krankheit ist, sollte demgegenüber geringfügig erscheinen.

Bilden statt erziehen

Ein weiteres Merkmal des Rahmenplans ist sein Einsatz für eine Gesundheitsbildung anstelle der Erziehung. Das erscheint selbstverständlich, wenn das Lernen Erwachsener im Vordergrund steht. Wie nicht wenige Aktivitäten im Bereich des Gesundheitswesens zeigen, wird aber noch allzu oft (oder von neuem) angenommen, Erwachsene könnten zur Gesundheit erzogen werden, gesundheitsgerechtes Verhalten sei ihnen gleichsam „einzutrichtern“.

Das setzt voraus, dass einer nicht nur stellvertretend bestimmt, was Gesundheit ist und der Gesundheit anderer gut tut, sondern dass er es anderen beizubringen versucht ohne Rücksicht auf vorhandene Barrieren und Widerstände. Ein solches Vorverständnis kommt nicht ohne Normbildungen aus und ist mit der Definition von „falschem“ und „richtigem“ Verhalten schnell bei der Hand. Diese erzieherischen Wege sind eingleisig, eng gefasst und lassen wenig Respekt vor dem Teilnehmer zu, der eher zum Konsum verdammt denn zur Aneignung aufgefordert wird. Gesundheitsrelevante Ziele orientieren sich auf diese Weise nicht an den erwachsenen Lernern und ihren unterschiedlichen Interessen und Lebensumständen, sondern der Erwachsene wird am Erziehungsziel gemessen.

Soziales Lernen ermöglichen

Eine besonders fatale Verbindung können gerade Erziehungsabsichten mit der Individualisierung von Gesundheitsbeeinträchtigungen eingehen. Krank macht von diesem Standort aus lediglich das, was der Einzelne versäumt hat, und Schuldzuweisungen sind rasch verteilt. Das Postulat der Selbstverantwortung wird nicht gefördert, sondern unversehens eingefordert (gar im Interesse der Volksgesundheit) ohne Rücksicht auf die dafür notwendigen Kompetenzen und Fähigkeiten, die ja keineswegs gleich verteilt sind.

Diese Art von Individualisierung geht sowohl an den subjektiv sehr vielfältigen Bedingungen und Bedeutungen von Gesundheit und Krankheit vorbei wie auch an der Tatsache, dass Gesundheitshandeln stets soziales Handeln ist.

Im Mittelpunkt des Rahmenplans steht demgegenüber das Spannungsverhältnis zwischen individueller und gesellschaftlicher Bedingtheit und Bedeutung von Gesundheit und Krankheit. Gesundheitsbildung wird deshalb zuerst einmal als Bewusstseinsbildung im Kontext sozialen Lernens verstanden, d.h., Teilnehmer sollen im Austausch miteinander das für sie Bedeutungsvolle an Gesundheit und Krankheit erkennen können statt Fremdbestimmungen - am eigenen Bewusstsein vorbei - einfach zu übernehmen. Ebenfalls sollen sie lernen können, wie ihr ganz persönlicher Gesundheitszustand von unterschiedlichsten äußeren Gegebenheiten, der Umwelt im weitesten Sinne, beeinflusst wird. In den Gegensatz zur Erziehung tritt darüber hinaus das Ziel der Gesundheitsförderung. Teilnehmer können unter diesem Vorzeichen gemeinsam mit anderen nach Wegen zu ihrer Gesundheit suchen und sie erproben. Wie die Erfahrung zeigt, wird jeder Mensch je nach Bedürfnissen, Interessen oder Voraussetzungen einen jeweils anderen Zugang bevorzugen. Wichtig erscheint es, dass die Erwachsenenbildung entsprechend verschiedenartige Lernmöglichkeiten eröffnet und darüber dennoch nicht aus dem Auge verloren wird, dass Gesundheit umfassender zu verstehen und von mehreren Einflussfaktoren abhängig ist, die in Beziehung zueinander stehen.

Zusammenhänge erschließen

Dies führt zu einer dritten Eigenschaft des Rahmenplans, auf die bereits eingangs ausdrücklich hingewiesen wurde: Gesundheitsbildung versteht sich in diesem Text integrativ. Sie ist fächer- bzw. fachbereichsübergreifend entworfen und stellt Zusammenhänge her.

Die Forderung nach mehr Interdisziplinarität und Integration ist nicht neu und erscheint besonders im Hinblick auf die Bestimmungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit und deren Wechselbeziehungen untereinander schlüssig. In der Gesundheitsbewegung wird nun aber gerade in jüngster Zeit die Wiederentdeckung der Tatsache, dass körperliche, seelisch-geistige und soziale Faktoren der Gesundheit (vgl. Definition der Weltgesundheitsorganisation) stets miteinander verbunden sind, zur „Ganzheitlichkeit“ verformt.

Von einzelnen ihrer Vertreter wird das Bild beschworen, als könne sich jeder Mensch grenzenlos selbst entfalten und mühelos zu vollendeter Harmonie und Abgerundetheit gelangen. Es sind trügerische Heilsversprechen, die hier gegeben werden. Beim näheren Hinschauen verkürzt sich nämlich häufig „Ganzheitlichkeit“ entgegen der Wortbedeutung auf eine diffuse Einheit von Körper und Seele, wohingegen soziale Faktoren zu Störfaktoren werden und immer wieder zu Randerscheinungen verkümmern.

Fraglos sind nun aber viele unserer gesundheitlichen Probleme in entscheidender Weise sozial beeinflusst, ja, generell ist das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit ohne seine kulturellen, gesellschaftlichen und politischen Komponenten gar nicht begreifbar. Eine „Ganzheitlichkeit“, die diese Erkenntnis umgeht, kann leicht zur Fluchtbewegung aus einer unliebsamen Wirklichkeit geraten und dort verschleiernd wirken, wo es im Interesse der Gesundheit Zusammenhänge aufzudecken gilt.

Gesundheitsbildung, wie sie im Rahmenplan vertreten ist, spielt nicht mit illusionären Zielvorgaben oder „ganzheitlichen“ Normen, sondern geht von Zusammenhängen aus, die erst gemeinsam mit den Teilnehmern erarbeitet und näher erklärt werden können. Es sind solche Zusammenhänge, in die ihre Gesundheit im Alltag verflochten ist. Oft genug handelt es sich um Wechselbeziehungen, die ihnen mehr oder weniger unbewusst oder wegen ihrer Komplexität nicht mehr zugänglich sind, die aber faktisch und tagtäglich erhebliche Wirkkraft im Hinblick auf Gesundungs- oder Erkrankungsprozesse entfalten.

Derartige Einflüsse, die sich bemerkbar machen, aber nicht erschlossen werden können, führen zu Passivität oder Resignation, gesundheitlichen Belastungen also, denen mit einer Erkenntnis durch Lernen begegnet werden kann.

Anregungen geben

Dieses Verständnis einer Gesundheitsförderung für Erwachsene bedeutet zweifellos eine schwierigere und mühevollere Aufgabe, als es bei der reinen Informationsvermittlung der Fall wäre. Unter anderem ist der erforderliche Aufwand an didaktischer Fantasie und Vorarbeit erheblich höher. Die Geduld des Erwachsenenpädagogen, die ohnehin immer auf die Probe gestellt ist, weil Lernergebnisse - als Erfolgssignal und Rückmeldung für seine Arbeit - so schwer greifbar sind, wird hier außerdem besonders strapaziert.

Dennoch bleibt festzuhalten: Lernprozesse in der Gesundheitsbildung sind Wachstumsprozesse, sie brauchen Zeit und Unterstützung. Der Erwachsenenpädagoge kann nicht selbstverständlich davon ausgehen, dass Teilnehmer von sich aus nach einem integrativ angelegten Kurs oder Seminar verlangen. Es zeigt sich aber sehr wohl und in ermutigender Weise, dass Lernbedürfnisse im Gesundheitsbereich sich dann erweitern, wenn Veränderungsmöglichkeiten auch nur punktuell „am eigenen Leibe“ erfahren wurden, plötzlich wollen Teilnehmer mehr wissen, anderes erproben.

Darauf sollten Planer wie Kursleiter vorbereitet sein. Für eine solche pädagogische Arbeit, bei der die Verbindung von Bildungsinhalten statt ihrer Isolierung voneinander im Vordergrund steht, bietet der Rahmenplan Hilfen an, er verfolgt didaktische Schritte, die die Rekonstruierbarkeit von Zusammenhängen aufleuchten lassen. Mit seinen Intentionen ist der Rahmenplan als Anregung für Mitarbeiter an Volkshochschulen zu verstehen, eingefahrene Gleise zu verlassen, fächerübergreifende didaktische und methodische Wege zu erproben und konzeptioneller Kreativität mehr Raum zu geben.

Fazit

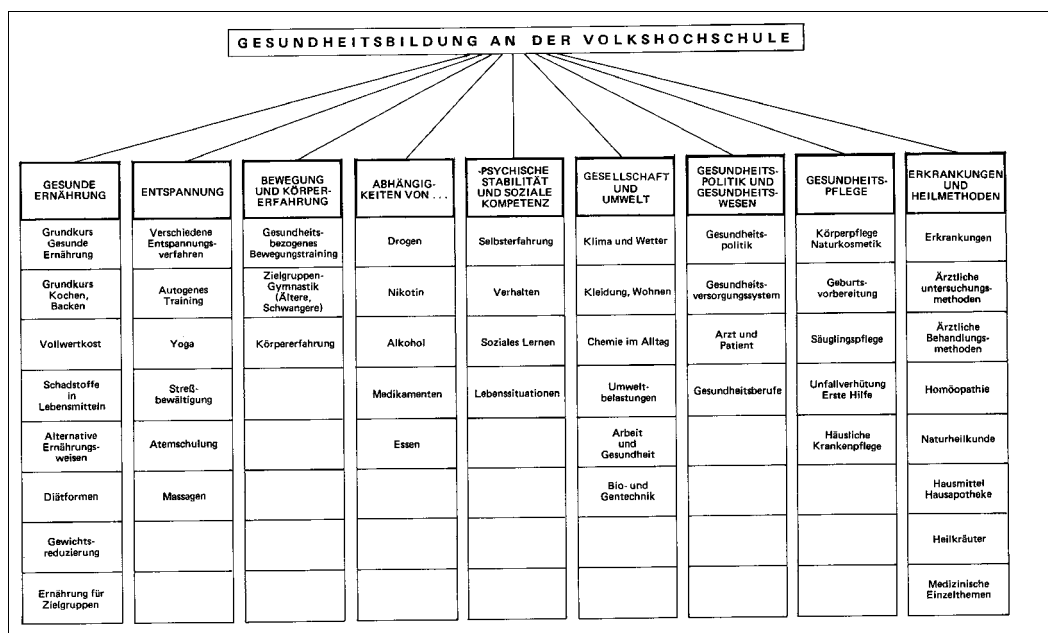
Entsprechend den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsbildung versteht sich der Rahmenplan als eine Gesamtkonzeption, die der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen ein nach innen und außen erkennbares Profil geben soll. Er ist als Empfehlung für die Planung und Durchführung eines Programmangebots gedacht und will LeiterInnen und pädagogischen MitarbeiterInnen an Volkshochschulen Überblick, Orientierung und Anregungen für ihre praktische Arbeit geben. Der Rahmenplan soll dazu beitragen, die Gesundheitsbildung als umfassende, fachübergreifende Aufgabe zu verwirklichen. Gleichzeitig macht er aber auch deutlich, welche Themen und Richtungen nicht (primär) Aufgabe der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen sind bzw. sein können. Es liegt ausdrücklich in seiner Intention, dass

- er nicht definiert, was Gesundheit ist
- er keinen festen Rahmen vorschreibt
- er keine fertigen Konzepte vorgibt

Im Rahmen dieser Arbeit wäre weiter zu untersuchen:

- Inwieweit der Rahmenplan „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen den Diskussionsstand innerhalb der Gesundheitsbewegung widerspiegelt?
- Welche Inhalte und Ziele der Rahmenplan vermitteln will und ob sie in ihrer Realisation eingehalten werden können?
- Wodurch sie sich von vergleichbaren Rahmenplänen zur Gesundheitsbildung/förderung unterscheiden?

Die folgenden Grafiken geben einen Überblick über die Bereiche der Gesundheitsbildung, die eine nach Lebensfeldern die andere nach Inhaltsbereichen unterteilt. Die verschiedenen Blickwinkel sollen die unterschiedliche Herangehensweise bei der Planung eines Angebots verdeutlichen.



3.3.1. Die Gesundheitsbildung und ihre neuen Aufgabenbereiche

Die Anregungen des 1985 fertig gestellten Rahmenplans Gesundheitsbildung wurden von den Volkshochschulen überwiegend positiv aufgenommen. Einige Volkshochschulen sind dazu übergegangen, ihr Programm ganz neu zu strukturieren. Die Veranstaltungen sind dort so zusammengefasst, dass die vielfältigen Zusammenhänge und Bezüge der Gesundheit deutlicher werden und dass der Fachbereich auch ein nach außen erkennbares Profil bekommt.

Auch die regionale und lokale Zusammenarbeit mit anderen Institutionen der Gesundheitsbildung konnte vielerorts verstärkt werden. Insbesondere die Krankenkassen waren sehr interessiert, enger mit Volkshochschulen zu kooperieren. In vielen Regionen übernehmen sie Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit in diesem Programmbereich. Darüber hinaus konnten zunehmend mehr Volkshochschulen ihren Teilnehmern mitteilen, dass deren Krankenkassen bei bestimmten Angeboten 50 und mehr Prozent der Kursgebühren erstatteten.

Hinsichtlich der Veranstaltungsformen zeichnete sich in der Gesundheitsbildung ein Trend zu kompakteren Veranstaltungen ab, hin zu Tagesseminaren, Wochenendseminaren und Gesundheitswochen. Sie sind oft so konzipiert, dass der interdisziplinäre Charakter bereits mitprogrammiert und dass das Lernen in angenehme Freizeitgestaltung eingebettet ist.

Dieser Typus von Maßnahmen (im ministeriellen Fachjargon „Intensivmaßnahmen“ genannt) wird z.B. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert. In den letzten Jahren ist die Anzahl der geförderten Maßnahmen deutlich gestiegen.

Einige Volkshochschulen haben mit Erfolg auch Arbeitskreise zu gesundheitlichen Themen eingerichtet. Sie bieten den Interessenten mit diesem Angebot ein Forum, das kontinuierliches Mit- und Voneinander-Lernen ermöglicht.

Die Gesundheitsbildung ist heute an vielen Volkshochschulen ein zentraler Programmbereich. Die Angebote werden in der Regel stark nachgefragt, vor allem dann, wenn sie praktisch ausgerichtet sind und zur eigenen Aktivität anregen und leiten.

Viele Anzeichen sprechen dafür, dass der Stellenwert von Gesundheit in unserer Gesellschaft steigt und das Bedürfnis nach gesundheitlicher Bildung weiterhin zunehmen wird. Die Volkshochschulen sind mit der Neustrukturierung ihrer Aufgabenbereiche darauf vorbereitet worden, wie wir sehen werden.

Die Gesundheitsbereiche und ihre neuen Aufgabenbereiche im Einzelnen:

Ernährung

Beim Ernährungsbereich gibt es von Volkshochschule zu Volkshochschule sehr viele Besonderheiten:

Zunächst einmal sind Kurse zur „praktischen Ernährungslehre“ (sprich: Kochkurse) in der Vergangenheit nicht in erster Linie dem Gesundheitsbereich zugeordnet worden; dies hat sich erst in letzter Zeit im Zusammenhang mit Stichworten wie Vollwerternährung, Heilfasten, ernährungsbedingte Krankheiten und „Chemie in Lebensmitteln“ geändert.

Auch heute findet man derartige Kurse im (eigenständigen) Bereich Hauswirtschaft, im Bereich Freizeitgestaltung, „Kreatives Tun“ oder auch im Bereich Wirtschaft.

Manche Volkshochschule verzichtet vollständig auf praktische Kurse in diesem Bereich, sei es, dass es Absprachen mit anderen Institutionen gibt (Familienbildungsstätten, Stadtwerke usw.) oder sei es schlicht aus bereits angesprochenen Raumproblemen.

Entspannung

Der Bereich Entspannung, sicher schon traditionell ein beliebtes Feld vieler VHS-Programme, ist in den letzten Jahren oft noch umfangreicher geworden. Einige Aspekte der neueren Entwicklung lassen sich wie folgt kennzeichnen:

- der Anteil männlicher Teilnehmer wird allmählich größer,
- der Anteil derer, die auf einen Hinweis ihres Arztes in einen Kurs kommen, wird größer,
- es ist zu beobachten, dass die Zahl der Verfahren, die in VHS-Kursen angeboten werden, ständig wächst - vorbei sind die Zeiten, da es nur Autogenes Training und Yoga gab,
- die „neuen“ (alten) Angebote beschäftigen sich kaum mit den gesellschaftlichen Ursachen von Stress; der Trend zur Individualisierung ist deutlich.

Bewegung

Beim Bereich Bewegung scheiden sich zunächst die Geister, was davon zum Gesundheitsbereich gehört und was nicht (z.B. was die interne Aufteilung in der VHS angeht). Hinzu kommt, dass dieser Bereich schon „traditionell“ am ehesten dem Subsidiaritätsprinzip zugeordnet wird, d.h., dass oftmals umstritten ist, ob Gymnastik-/Sportangebote zum VHS-Programm gehören oder nicht besser den Vereinen zugeordnet werden sollen.

Ein zunehmender Trend ist festzustellen bei Angeboten, in denen im Sinne einer Kombination sowohl Elemente von Entspannung als auch von Bewegung enthalten sind. Der Bereich der Körpererfahrung gehört hierher, aber auch ein Angebot wie „Tai Chi Chuan“ oder „Atem und Bewegung“, „Bewegung und Entspannung“.

Psychische Stabilität und soziale Kompetenz, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen

Die Bereiche Psychische Stabilität und soziale Kompetenz, Gesellschaft und Umwelt, Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen sollen hier nicht umfassend besprochen werden, da sie bis heute meist nicht originär zur Gesundheitsbildung zählen (was nichts darüber aussagt, wie wünschenswert dies ist). Aus dem Bereich Psychische Stabilität und soziale Kompetenz soll das Stichwort „Selbsterfahrung“ aufgegriffen werden. Wenn es einen Bereich innerhalb der Gesundheitsbildung gibt, in dem die Gefahr eines Abgleitens in Therapie groß ist, dann diesen.

Zum Bereich Gesellschaft und Umwelt werden Angebote am ehesten im Bereich Politik zu finden sein; gemein sind ihnen mit Angeboten unter dem Stichwort „Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen“, dass es oft nicht leicht ist, dafür Teilnehmer/-innen zu gewinnen.

Noch eine allgemeine Bemerkung zu diesen drei Bereichen:

Volkshochschulen sollten darüber nachdenken, ob sie ihre Möglichkeiten, aktuell zu sein, genügend ausnutzen. Erinnerung sei an das Thema Gentechnik, wo viele Leute händeringend sowohl nach Information als auch nach Gesprächsmöglichkeiten gesucht haben. In diesem Fall war mit Sicherheit der Hinweis auf die Medien, die viel schneller reagieren können und deswegen diese Anstrengungen nicht lohnten bzw. nicht belohnt würden (mit Teilnehmern) falsch: Bei einem solch elementaren Thema blieben zu viele Fragen offen bzw. Unsicherheiten bestehen.

Themen lassen sich in der heutigen Zeit immer wieder finden; wo sind denn ganz aktuell die BSE-Fälle aufgegriffen worden, welche Rolle könnte Volkshochschule (auch heute noch) bei der Diskussion über Gesunde Ernährung und Tierprodukte spielen?

Aber nicht jedes aktuelle Thema eignet sich zur kurzfristigen und kurzen Abhandlung - erinnert sei hier an ein Thema wie Aids. Bei allen aktuellen Fragestellungen, die sich in Zukunft zeigen, sollten die folgenden Grundfragen nicht verdrängt werden:

- Ist Volkshochschule die richtige Institution?
- Was kann sie, wenn ja, leisten?
- Was sollte dabei beachtet werden?

Angesichts der Tatsache, dass viele gesellschaftliche Probleme massiver und dringender werden, ist allerdings die Frage erlaubt, ob Volkshochschule sich bei Themen wie Aids überhaupt entziehen kann.

Gesundheitspflege und Abhängigkeiten

Der Bereich der Gesundheitspflege ist wohl einer der unproblematischen innerhalb der Gesundheitsbildung. Möglicherweise deswegen ist es allerdings auch der Bereich, in dem es oftmals sehr viele Anbieter gibt und damit verbunden manchmal mehr oder weniger klare Absprachen darüber, was einzelne Institutionen machen (dürfen, sollen) und was nicht.

Erste-Hilfe-Angebote sind oft zu finden bei den Organisationen der Rettungsdienste wie z.B. Deutsches Rotes Kreuz, Arbeitersamariter-Bund, Malteser usw., die freilich gerne mit der VHS zusammenarbeiten, sei es, um Raumprobleme zu lösen, sei es, um besser Teilnehmer rekrutieren zu können.

Geburtsvorbereitung, Säuglingspflege, Stillgruppen u.ä. sind häufig eine Domäne von Familienbildungsstätten oder auch von Pro Familia; hier sollte Volkshochschule nach Lücken forschen, um sie dann - auch in Kooperation - zu füllen.

Zum Thema „Abhängigkeiten“ heißt es im Rahmenplan:

„Die Veranstaltungen an Volkshochschulen zu Abhängigkeiten gehen über den Rahmen von Informationen und Gesprächen selten hinaus. Therapeutisch angelegte Angebote gehören nicht zur Aufgabe der Volkshochschule ...“

Dem ist zuzustimmen und zu ergänzen, dass die zu Beginn beschriebenen Informationsangebote natürlich oft unter „extremem Teilnehmermangel“ leiden. Man möge sich doch einmal fragen, wer denn wohl und warum zu einer Veranstaltung „Werden wir arzneimittelabhängig?“ gehen wird:

- Diejenigen, die arzneimittelabhängig sind?
- Diejenigen, die darüber stehen und sich aus einer solchen Warte mokiert über die immer schlimmer werdenden Verhältnisse äußern?
- Die potenziell Gefährdeten?

In diesem Bereich ist es äußerst schwierig, überhaupt tragfähige Angebote zu entwickeln. In diesem Sinne ist das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) entwickelte „Nichtraucher-Training“ tatsächlich eine Ausnahme - als reines Verhaltenstraining angelegt findet es doch oft ausreichend viele Teilnehmer.

Erkrankungen und Heilmethoden

Der Bereich „Erkrankungen und Heilmethoden“ wiederum ist schwer überschaubar; dies betrifft einmal die bunte Palette der zu bindenden Angebote, zum anderen aber auch die fließenden Übergänge hin zur Therapie. Einige Bemerkungen:

- Die stärker werdende Nachfrage hängt zu einem guten Teil mit der Unzufriedenheit über Entwicklungen im Bereich der Schulmedizin - besser noch - mit Missständen/Enttäuschungen im existierenden Gesundheitswesen zusammen.
- Es wird schwer sein, jeweils eine Entscheidung darüber zu treffen, welches Naturheilverfahren „seriös“, „begründbar“ ist, sich „bewährt“ hat, für den Nichtkranken sinnvoll zu erlernen ist. Hier hilft letzten Endes nur eine Prüfung mit erworbenem Wissen oder durch ein Gutachten eines „Experten“.
- Volkshochschule soll und kann nicht eine zweite Heilpraktikerschule werden, auch wenn einige Angebote vielleicht manchmal den Anschein erwecken. Hier spielt eher die „Lückenbüßerfunktion“ bzw. das Eintreten für den schwächeren eine Rolle. Das bedeutet:

So lange Naturheilverfahren gegen starke Mächte in der etablierten Medizin zu kämpfen haben, sollte die Volkshochschule ihnen ein Diskussionsforum bieten, was aber niemals ausschließt, dass sie sich auch mit Themen der naturwissenschaftlichen Medizin befasst (vielleicht auch hier, um Versäumnisse auszugleichen): Wer versteht denn eigentlich sein Elektrokardiogramm, wer versteht das, was sein Arzt ihm dazu erzählt? Wer weiß denn etwas über die Wirkung von Strahlen, sei es in der Röntgendiagnostik oder beim größten anzunehmenden Unfall im Atomkraftwerk? Und wer versteht denn den Beipackzettel bei seiner verschriebenen Medizin? Dies könnten Fragen sein, die auch in diesen Bereich gehören.

Allgemein lässt sich aber sagen:

Gesundheitsbildung in verschiedene Angebotsbereiche zu entwickeln, bietet demnach die Chance, nicht lediglich nur ein „Systemwissen“ zu vermitteln, das einen Begriff von eingeschränkter Vernunft impliziert, den wir seit Horkheimer „instrumentelle Vernunft“ zu nennen gewohnt sind. Statt dessen kann „Bildungswissen“ Gestalt gewinnen, welches auch ohne Sinnlichkeit, Erfahrung und Eigentätigkeit nicht zu denken ist und dennoch Qualifikation keineswegs ausschließt. Seine Besonderheiten können in sechs Merkmalen beschrieben werden:

- Gestaltbarkeit: Historisch-politische Zusammenhänge aufzeigen.
- Durchschaubarkeit: Wissenschaftsorientierung und Erkenntniskritik fördern.
- Sinnlichkeit: Zur Eigentätigkeit anregen und Erfahren mit Erleben verbinden.
- Ganzheitlichkeit: Den Zusammenhang der Lebenspraxis verständlich machen.
- Solidarität: Beschränkungen abbauen und den Schüler (den Lernenden) stärken.
- Pfleglicher Umgang mit der Natur: mit der eigenen wie mit der äußeren.

Fachliches Wissen allein, das wird spätestens hier deutlich, reicht für einen solchen Bildungsansatz nicht aus, sondern der Umgang mit Wissen und seine Handhabung im Lebenszusammenhang treten in den Vordergrund.

3.3.2. Zusammenfassung und Ausblick

Nicht erst seit AIDS ist bekannt, dass Informationen und Gesundheitsaufklärung an Grenzen stoßen. An diesem Fall wird besonders augenfällig, wie die Beschränkung auf den Transfer schulmedizinischer Fakten die lernende Auseinandersetzung mit einer gesundheitlichen Bedrohung geradezu erschlagen kann.

Bildung für Gesundheit fordert dazu heraus, sich tatsächlich erst einmal ein Bild von Gesundheit zu machen. Die Gesundheitsbegriffe sind in unserer Gesellschaft prall gefüllt mit Normen Definitionen, Ideologien, mit politischen Leitvorstellungen, standespolitischen Interessen, kulturellen Traditionen, dem zufolge mit verschiedensten Sichtweisen, die es aufzuschlüsseln gilt. Die Begriffe und ihre Verschränkungen laden aus diesem Grund zur Aneignung einer eigenen Definition ein als Grundvoraussetzung für mehr Autonomie und Selbstbestimmung. Dafür sind Experimente unerlässlich.

Deutungsversuche sind ja als Elemente von Erwachsenenbildung längst anerkannt, angesichts eines neuartigen Rahmenplans und einer neuen Angebotsstruktur also sicher erst recht zulässig - nicht nur für TeilnehmerInnen, sondern auch für diejenigen, die konzeptuell dafür verantwortlich sind. Was rational oder irrational, was kognitiv oder emotional, was seriös, was laienhaft ist, sollte mit mehr Anstrengung und Geduld im (haus-)internen pädagogischen Diskurs und durch Verständigung und Aushandlung zwischen KursleiterInnen und TeilnehmerInnen erst geklärt werden.

Aspekte politischen Lernens beispielsweise finden sich gerade beim Thema Gesundheitsbildung jenseits (oder diesseits) gewohnter Verortungen: Nicht mehr allein die Themen herkömmlicher Politik, in der die übergreifenden Strukturfragen im Vordergrund stehen und aus denen auch die politische Bildung bisher vorwiegend ihre Themen schöpfte, sondern Fragen der Lebensqualität, der individuellen Selbstverwirklichung, der Lebensgestaltung auch im nahen Bereich, des sozialen Zusammenlebens und der sozialen Kompetenz und Sensibilität bestimmen immer stärker die Lernprozesse.

Eine eigene Definition von Gesundheit und Krankheit, ihre Förderung und Bildung zu entwickeln; sie im Alltag zur Wahrung von Interessen und Rechten zu behaupten, kann sich als sehr nachdrücklicher Akt politischen Handelns herausstellen, der nicht nur Bildungsbevorzugten vorbehalten bleiben muss. Und so mancher Kurs, der sich mit mehr Körperbewusstsein oder seelischen Phänomenen beschäftigte mit dem Ziel einer Hilfe zur Selbsthilfe, wurde zum Anstoß dafür. Entscheidend ist, dass sich Informationsaufnahme, Selbsterfahrung, Handlungserprobung und Reflexion jeweils entfalten können, unabhängig davon, welcher didaktische Zugang gewählt wurde. Vor allem in kompakteren Veranstaltungsformen, auch in Exkursionen, in Projekten werden solche integrativen Ansätze, bei denen die Grenzen zwischen Umwelt, Arbeitswelt, Gesundheit, Politik fließend sind, längst praktiziert. Es fehlt aber noch an aufmerksamer und anerkennender Rezeption dafür.

Gesundheitsbildung, so ließe sich schließen, darf nicht Subjektivität, körperliche, seelische und gefühlsmäßige Persönlichkeitsanteile unter den Tisch fallen lassen (und durch Ausgrenzung letztendlich einem Psycho-/Esoterik-Boom Vorschub leisten) sondern muss die individuelle mit einer kollektiven Subjektivität verbinden können. Den Horizont der Ersteren bilden u.a. Persönlichkeit und Autobiografie, den der Zweiten die Gesellschaft bzw. die Geschichte. Ort der organisierten Begegnung beider Ebenen kann gerade eine Erwachsenenbildungseinrichtung sein: So etwas muss auch gedacht und möglich gemacht werden, dafür muss Fantasie freigesetzt werden. Dafür könnte eine Volkshochschule Raum geben. Volkshochschulen sind einige der wenigen öffentlichen Räume, wo man sich zu solchen Anlässen treffen kann. Und wir haben zu wenig davon, wir brauchen viel mehr öffentliche Räume, wo wir uns gemeinsam verständigen können über angemessenere Formen unseres Lebens.

Lassen sich denn nun aus dem vorher Gesagten gewisse Besonderheiten des Bereiches Gesundheitsbildung benennen und dazu vielleicht auch noch gute Tipps, für die künftigen Hauptamtlich Pädagogischen Mitarbeiter (HPM) zusammenstellen? Vorweg: Rezepte gibt es leider, wie so oft, nicht - es sei denn, dass man über die Arbeit im Gesundheitsbereich lernt, Grünkernfrikadellen zu backen. Der Gesundheitsbereich hat in den letzten Jahren steigende Teilnehmerzahlen vorzuweisen; vielerorts ist damit eine Umstrukturierung bzw. vielleicht sogar ein Umbruch verbunden.

Dass die Rolle der Erwachsenenbildung gerade angesichts der gegenwärtigen Diskussion über das Gesundheits-/Medizinsystem keineswegs endgültig feststeht, ist evident. Letzten Endes wird man sagen können, dass es hier auch um Verteilung von Einflussphären gehen wird. Dabei wird es wichtiger, dass Volkshochschulen sich einen festen Platz im Bereich der Gesundheitsbildung „erkämpfen“. Die Probleme, die sich dabei u.a. ergeben können, sollen hier nochmals zusammengefasst werden: - es gibt kaum Volkshochschulen, an denen die Gesundheitsbildung ein eigenständiger Bereich ist, der auch von einem Hauptamtlichen Mitarbeiter (HPM) als einziger Bereich betreut wird;

- damit verbunden ist die Tatsache, dass in all den Fällen, in denen Gesundheit ein Bereich von mehreren ist bzw. „mit“ - betreut wird, die Kompetenz in aller Regel nicht im Gesundheitsbereich liegt (zumindest in der Vergangenheit ist eine Tätigkeit als HPM für Professionen aus dem Bereich Gesundheit wenig attraktiv gewesen);
- wie geht der/die HPM mit dieser fehlenden originären Kompetenz um?
- Wo äußert sie sich besonders?

Wichtig scheint zunächst - gerade gegenüber den Medizinprofessionen - darauf hinzuweisen, dass es um Gesundheitsbildung geht und dass die Kompetenzen hier auch vorhanden sind.

Wichtig ist aber auch die eigene Weiterbildung in Sachen medizinisches Grundwissen - Ernährungslehre - Sport und Bewegung - Überblick über wichtigste Entspannungsverfahren etc.. Hier ist zu fordern, dass entsprechende Weiterbildungsangebote gemacht werden.

Allen im Gesundheitsbereich Tätigen sollte bewusst sein, dass in diesem Bereich nicht nach dem Motto „Es kommt auf einen Versuch an“ geplant werden kann; nimmt man das eben genannte Kompetenzproblem hinzu, ergibt sich, dass man, zumindest zu Beginn, äußerst vorsichtig bei neuen Angeboten sein sollte. Dies könnte insbesondere denjenigen schwer fallen, die bereits andere Bereiche betreut haben.

Auch Teilnehmerberatung in der Gesundheitsbildung kann sich als schwierig gestalten. Nämlich dann, wenn der potenzielle Teilnehmer seine Krankengeschichte erzählt oder den „besten“ Kurs zu Bekämpfung seines Stresses genannt haben will. Hier wird deutlich, dass das Thema „Therapie und Bildung“ auch für die Mitarbeiter und Anbieter eine ganz handfeste Bedeutung für den Alltag hat.

3.3.3. Kooperation mit anderen Institutionen und Verbänden

Eine effiziente, bedarfsdeckende Gesundheitsvorsorge erfordert das Zusammenwirken einschlägiger (gemeinnützig tätiger) Institutionen und Verbände. Es ist vor allem dann geboten, wenn sich Interessen und Ziele weitgehend decken.

Anzustreben sind Kooperationen

- auf lokaler/regionaler Ebene - unter gleichwertigen Partnern
- ohne Verlust an Autonomie der Beteiligten

Als Form der Zusammenarbeit haben sich Arbeitsgemeinschaften bewährt, mit dem Ziel, das Angebot an primärpräventiven Maßnahmen zu koordinieren und kontinuierlich weiter zu entwickeln. Häufig geben sie Programme heraus, die alle Veranstaltungen für das jeweilige Semester zusammenstellen (Gesundheitsführer, Gesundheitskalender, ...) und in großer Auflage verteilt werden. Der VHS kommt hier oft die Aufgabe zu, die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft zu koordinieren.

Mit nahezu allen Krankenkassen bestehen darüber hinaus auch direkte Formen der Zusammenarbeit. Von der Ankündigung der VHS - Angebote in den Kassen-Mitteilungen bis hin zu Übernahme von Referentenhonoraren und Bereitstellung von Räumlichkeiten werden alle (Misch-)Formen praktiziert. Bei vielen VHS-Kursen erstatten sie ihren Mitgliedern einen Teil der Gebühren (derzeit meist 50%).

Mit dem sich verschärfenden Wettbewerb geraten die VHS'n allerdings zunehmend auch in den Konkurrenzkampf der Krankenkassen. Hier gilt es, sich im Sinne des Bildungsauftrags der VHS'n klar abzugrenzen und dem Einwirken von Fremdinteressen entgegenzuwirken.

Einen besonderen Stellenwert hat im Bereich Gesundheitsbildung die Kooperation mit Selbsthilfegruppen. Für diese Gruppierungen ist die VHS oft Initiatorin und Partnerin zugleich. Nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe entstehen sie auch durch VHS - Kurse, in denen spezielle Problem- oder Lebenssituationen thematisiert werden.

Kooperationen, in welcher Form auch immer, sollten stets auch Anlass sein, seine eigenen Ziele und Aufgaben zu überdenken. Kooperationen sind immer dann sinnvoll, wenn sie die eigene konzeptionelle Arbeit anregen und nicht beschränken.

3.3.4. Qualifikation der KursleiterInnen

Eine Gesundheitsbildung, wie sie der Rahmenplan der Volkshochschule versteht, stellt hohe Anforderungen an die fachliche, vor allem aber an die pädagogische Qualifikation der Kursleiter/innen (siehe dazu auch TEIL 2, Kap.7.3.).

Es erfordert die Kompetenz und Bereitschaft:

- fachübergreifende Bezüge herzustellen
- Wissens- und Erfahrungslernen miteinander zu verknüpfen
- auf Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmer einzugehen
- Gespräche zu moderieren
- offen zu sein, auch für andere Sichtweisen.

Um dazu Anregungen und Unterstützung geben zu können, veranstalten die VHS-Landesverbände Tagungen und Seminare im Rahmen ihrer Kursleiter - Fortbildung.

Die Qualifikation der Kursleiter/innen und damit die Qualität der Kurse wird auch im Hinblick auf die Ausweitung des VHS-Angebots und die zunehmende Konkurrenzsituation im Gesundheitsbildungsbereich verstärkt ins Blickfeld der Auseinandersetzung mit anderen „Anbietern“ geraten. In den vorausgegangenen Kapiteln wurden bereits Qualifikationen angesprochen, die von Mitarbeitern im „Berufsfeld Gesundheit“ zu wünschen sind.

Auch wenn die Lehraufgaben meist von nebenberuflichen Kräften wahrgenommen werden, so ist doch auch für sie eine gewisse pädagogische Professionalität in diesem Bereich der Erwachsenenbildung erforderlich. Allerdings ist das thematische Spektrum der Gesundheitsbildung sehr breit, sodass es schwieriger ist, hierfür ein pädagogisches Profil zu umschreiben, als z.B. für den Fremdsprachenbereich.

Die didaktische Vielfalt liegt auf verschiedenen Ebenen:

- im Bereich der Lernziele: von der kognitiven Einsicht in gesellschaftliche Zusammenhänge bis zu einem Verhaltenstraining,
- im Bereich der Inhalte: von medizinischen Kenntnissen bis zu philosophischen und religiösen Inhalten und zu Ernährungswissen,
- im Bereich der Zielgruppen: von heterogenen Gruppen bis zu Teilnehmern mit bestimmten Krankheiten,
- im Bereich der Organisationsformen: von Abendkursen bis zu informellen Selbsthilfegruppen.

Die didaktische Gemeinsamkeit dieser Bildungsangebote besteht darin, dass

1. der menschliche Körper zum Lernthema wird, dass
2. Reflexionsphasen mit Aktionsphasen verbunden sind, dass
3. in Gruppen mit pädagogischer Leitung gelernt wird und dass
4. auch bei eingegrenzten Themen - z.B. der Ernährung - in der Regel eine interdisziplinäre Sichtweise wünschenswert ist.

Bei den Anforderungen kann grundsätzlich zwischen makrodidaktischen Aufgaben der Programmplanung und -durchführung und mikrodidaktischen Aufgaben der Veranstaltungsplanung und -durchführung unterschieden werden. Dabei sind für die Programmplanung meistens hauptberufliche, für die Veranstaltungsleitung meist „freie“ Mitarbeiter zuständig. Trotz dieser Arbeitsteilung ist es jedoch wünschenswert, dass auch die hauptberuflichen Mitarbeiter kontinuierliche Erfahrungen durch eine eigene Lehrtätigkeit sammeln.

Programmplanung

Wer für die Programmplanung in einer Bildungseinrichtung verantwortlich ist, muss zunächst konzeptionell arbeiten. Es muss eine gewisse Stetigkeit und Kontinuität des Bildungsangebots gewährleistet sein, und zugleich muss das Angebot für aktuelle Probleme und Themen offen bleiben. Das Programm muss manifeste Bedürfnisse der Bevölkerung befriedigen, und es muss Lerngruppen ansprechen, die nicht ohne weiteres zu den „Bildungsaktiven“ gehören. Auch sollte möglichst ein konzeptioneller Zusammenhang zwischen den einzelnen Themen und eine Verzahnung mit anderen Fachbereichen - z.B. der beruflichen und politischen Bildung - erkennbar sein.

Und - last not least - müssen die personellen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Programmgestaltung sichergestellt sein. Im Einzelnen lassen sich folgende Aufgaben unterscheiden:

Bedarfs- und Bedürfnisanalyse

Zum Bedarf gehören die gesellschaftlich relevanten Lernerfordernisse, z.B. die Aufklärung über „neue“ Krankheiten wie z.B. Aids oder auch Gesundheitsrisiken der Kernkraftwerke. „Quellen“ der Bedarfsermittlung sind die Massenmedien (incl. Fachzeitschriften), aber auch Expertengespräche z.B. mit Medizinern und Fachleuten des Gesundheitswesens.

Mit Bedürfnissen sind dagegen die subjektiv geäußerten Bildungsinteressen gemeint. Die Bedürfnisse lassen sich z.B. erschließen durch eine Analyse früherer Teilnehmerstatistiken: Bei welchen Themen wurde ein großer Zulauf registriert, welche Seminare mussten mangels Beteiligung ausfallen? Gelegentlich können auch Teilnehmerbefragungen durchgeführt werden. Allerdings sollte sich die Erwachsenenbildung nicht nur nach dem Marktprinzip an der akuten Nachfrage orientieren, sondern sie sollte auch neue, ungewöhnliche Themen anbieten und so eine Schrittmacherfunktion erfüllen.

Lokale Angebotsanalyse

Die vorausgegangenen Kapitel haben gezeigt, dass viele Institutionen Bildungsangebote zur Gesundheit machen. Diese Angebotsvielfalt führt gelegentlich zu Konkurrenzsituationen und Parallelangeboten. Wünschenswert sind zumindest auf lokaler Ebene Absprachen und Koordinierungsgespräche. Die „Programmplaner“ sollten einen Überblick haben über die Angebote benachbarter Einrichtungen. Eine Analyse älterer Programme kann Lücken im Themenangebot und in der Zielgruppenorientierung deutlich machen. Eine Angebotsanalyse ist aber auch in anderer Hinsicht wichtig: Die hauptberuflichen Mitarbeiter/-innen sind in der Regel auch verantwortlich für den Text der Seminarankündigungen. Eine kritische Sichtung von Arbeitsplänen macht sensibel für ansprechende oder abschreckende Texte, für verständliche oder unverständliche Formulierungen, für realistische oder unrealistische Lernziele, für präzise oder unklare organisatorische Hinweise.

Institutionelle Kooperation

Um neue Zielgruppen anzusprechen, ist in der Regel eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, mit Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Betrieben, Gewerkschaften usw. wünschenswert. Denkbar ist auch eine Kooperation bei der Finanzierung. Gelegentlich sind gemeinsame Veranstaltungen mehrerer Institutionen z.B. in „Gesundheitswochen“ möglich. In vielen Fällen ist auch eine Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten und Beratungsstellen erforderlich.

Werbung und Öffentlichkeitsarbeit

Auch die Werbung erfordert in der Regel eine Zusammenarbeit mit anderen Bildungseinrichtungen und der Presse, aber auch mit Schulen, Betrieben, Krankenkassen und Vereinen.

Eine ungezielte schriftliche Werbung, z.B. durch Plakate ist meist weniger effektiv als gezielte Informationen - z.B. Handzettel - mit persönlicher Ansprache. Deshalb sollten Kontakte mit „Multiplikatoren“ und „Bezugspersonen“ der Zielgruppe geknüpft werden, auch um Anregungen für neue Themen zu bekommen

Stufung der Angebote

Es ist sicherlich nicht anzustreben, dass jeder Bürger von der Wiege bis zu Bahre gesundheitlich „beschult“ wird. Andererseits werden die Ziele der Gesundheitsbildung nicht durch eine einmalige Seminarteilnahme erreicht, sondern sie erfordern eine gewisse Stetigkeit der Bildungsbemühungen.

Dazu ist ein langfristiges, strukturiertes Lernangebot notwendig. Zwar lassen sich die Gesundheitskurse in der Regel nicht - wie im Fremdsprachenbereich - in Anfänger- und Fortgeschrittenenkurse gliedern, aber es sind Anschluss Themen denkbar, zu denen - z.B. durch Hinweise im Arbeitsplan – „Scharniere“ eingeplant werden können. So kann z.B. zum Ende eines Diätkurses auf geeignete Ökologieseminare hingewiesen werden. Von einem Yogakurs können Verbindungen zu Seminaren über fernöstliche Religionen hergestellt werden.

Eine andere Möglichkeit der Stufung besteht in der thematischen Koppelung von Einzelveranstaltungen, Abendkursen und Bildungsurlaubsseminaren.

Organisationsformen

Die Bedeutung der Veranstaltungsformen, der Räume und Zeiten wird oft unterschätzt. Für Gymnastik- und Kochkurse, die mit Übungen zu Hause verbunden sind, bietet sich meist der Abendkurs an. Bei Meditationsthemen oder bei Themen, die primär ein soziales Lernen erfordern, sind Wochen- oder Wochenendseminare angemessener. Die Veranstaltungsform prägt in hohem Maße das Lernklima: Wer an einem Abendkurs teilnimmt, erwartet in jeder Sitzung einen eindeutigen Lernfortschritt. Wer an einem Wochenendseminar teilnimmt, hat meist mehr Muße und Geduld für offene Phasen des Erfahrungsaustausches.

Charakteristisch für Seminare der institutionalisierten Erwachsenenbildung ist, dass

- a) nur begrenzt spezielle Probleme einzelner Teilnehmer behandelt werden können, dass
- b) die Lernzeit knapp bemessen ist, dass
- c) die didaktische Struktur eher von der Thematik geprägt wird und dass
- d) Emotionalität nur begrenzt „ausagiert“ werden kann.

Erscheinen diese Vorgaben unangemessen - z.B. bei Krebskranken - so bieten sich eher offene Formen wie Gesprächskreise oder Selbsthilfegruppen an.

Auch auf die Bedeutung der „Lernökologie“ ist man seit einiger Zeit verstärkt aufmerksam geworden. Damit ist die Lernumgebung, das „Ambiente“ gemeint. Schon die Sitzordnung determiniert das Lernverhalten. Tische fordern einen anderen Lernstil heraus als Stühle in einem Kreis. Wer an einem Gesundheitsseminar teilnimmt, ist meist besonders sensibilisiert für „ungesunde“ und ungemütliche Lernbedingungen.

Evaluation

Unter Evaluation versteht man die Auswertung und Wirkungskontrolle des Bildungsangebots. Erste Hinweise für die „Akzeptanz“ eines Themengebietes liefert die Teilnehmerstatistik: Welche Kurse waren überbelegt, welche unterbelegt? Wer hat teilgenommen: Jüngere oder Ältere, Männer oder Frauen? In welchen Kursen war der Teilnehmerschwund groß, in welchen gering?

Wertvolle Aufschlüsse sind auch von einem Fragebogen zu erwarten, der weder zu lang noch kompliziert sein muss. Ein solcher Fragebogen kann Angaben über die Wirksamkeit der Werbemaßnahmen, über die Erreichbarkeit des Lernorts, über die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten u.ä. enthalten. Auch kritische Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge sollten geäußert werden können.

Auch ein Gespräch mit allen beteiligten Lehrkräften am Ende eines Semesters ist eine gute Evaluationsgelegenheit. Darüber hinaus fördern solche Gespräche die Identifikation der freien Mitarbeiter mit der Institution, einen Erfahrungsaustausch und eine Verzahnung der einzelnen Programmbereiche.

Eine weitere Form der Evaluation ist die Hospitation. Viele Dozenten werden gegenüber Hospitationen mit Angst und Abwehr reagieren. In der Tat sollte eine Hospitation nicht als Kursleiterkontrolle organisiert werden, sondern als wechselseitige Information und Beratung. Wenn der hauptberufliche Mitarbeiter mit allen Kursleitern von Anfang an vereinbart, wie und zu welchem Zweck eine Hospitation für alle Beteiligten ergiebig ist, werden Konflikte und Verärgerungen leichter vermieden.

Mitarbeiterfortbildung

Die Möglichkeiten regelmäßiger Mitarbeiterfortbildungen sind sicherlich institutionell sehr unterschiedlich. Dennoch ist die Notwendigkeit unstrittig. Es reicht nämlich keineswegs aus, dass auf Kursleiterkonferenzen lediglich organisatorische Fragen behandelt werden. Ich will hier nicht alle Formen und Konzepte der Mitarbeiterfortbildung darstellen, sondern auf zwei praxisbezogene Möglichkeiten hinweisen:

- Mitarbeiterfortbildung durch Supervision (z.B. in Balint-Gruppen): Kursleiter stellen schwierige Situationen oder Konflikte aus ihren Veranstaltungen dar, die gemeinsam analysiert werden.
- Mitarbeiterfortbildung mit Hilfe von Video-Aufzeichnungen: Aufzeichnungen aus Kursen werden gemeinsam ausgewertet, Alternativen erörtert und u.U. auch erprobt.

Reflexion der Gesundheitsbildung

Die hauptberuflichen Mitarbeiter/-innen müssen sich kritisch der gesellschaftlichen Funktionen und Funktionalisierungen der Gesundheitsbildung vergewissern. Dass solche Veranstaltungen auch der „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen dienen sollen, liegt auf der Hand und ist auch nicht verwerflich. Problematisch ist allerdings, wenn gesellschaftliche Probleme der Gesundheit, der Zivilisationskrankheiten und der Umweltbelastung durch pädagogische Maßnahmen individualisiert und entpolitisiert werden. Vor allem reine Verhaltenstrainingsprogramme auf Basis des Risikofaktorenmodells können zu einer solchen Verkürzung und Verschiebung des Problems beitragen. Alle gesundheitspädagogischen Maßnahmen sollten aus einem kritischen, umfassenden Bildungsbegriff abgeleitet werden. Über eine solche bildungstheoretische Fundierung aber ist ebenfalls eine intensive Verständigung mit den Kursleitern erforderlich. Jedenfalls sollte der pädagogische Mitarbeiter in der Lage sein, Gesundheitsbildung theoretisch überzeugend und gesellschaftskritisch zu begründen (Legitimation).

Veranstaltungsdurchführung

Wenn man über Qualifikationsanforderungen und Aufgaben eines/einer Kursleiters/-in schreibt, besteht die Gefahr einer idealistischen Überforderung: Kursleiter/-innen sollen fachkundig und anregend, humorvoll und sensibel, allgemein gebildet und charmant sein. Mir geht es im Folgenden nicht um einen solchen übermenschlichen Idealtypus, sondern um konkrete, erlernbare Fähigkeiten und didaktisch-methodische Situationen.

Auch hier erschwert jedoch die Vielfalt der Themen und Veranstaltungsformen eine Vereinheitlichung der pädagogischen Tätigkeiten: Die Leiterin eines Gymnastikkurses für schwangere Frauen benötigt andere Qualifikationen als ein Referent, der über neue Erkenntnisse der Krebsforschung berichtet. Dennoch lassen sich einige pädagogische Basisqualifikationen für Gesundheitsbildung beschreiben.

Fachwissen

Es ist selbstverständlich, dass Kursleiter/-innen über ein Fachwissen verfügen sollten, das dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht. Je nach Seminarthema ist dies ein medizinisches, ein ernährungswissenschaftliches oder auch ein arbeitswissenschaftliches Wissen. Wenn er/sie nicht selbst Fachmann/-frau ist, sondern Experten als Referenten eingeladen werden, so muss er/sie in der Lage sein, ein Gespräch zwischen diesem Experten und den Teilnehmern anzuregen, die Fachterminologie in Umgangssprache zu übersetzen, Fragen aus der Sicht der Teilnehmer zu stellen usw..

Dabei ist es wünschenswert, dass Vorgespräche mit den Referenten geführt werden, in denen der Verlauf der Veranstaltung gemeinsam geplant sowie die Lerninteressen und Vorkenntnisse der Teilnehmer erläutert wird. Die „kommunikative Kompetenz“ bezieht sich in diesem Fall also nicht nur auf den Umgang mit den Teilnehmern, sondern auch mit den Fachleuten.

Lernziele

In der Vergangenheit war man vielfach überzeugt, den Lernerfolg durch eine Operationalisierung, d.h. eine exakte, messbare Formulierung von Lernzielen wesentlich verbessern zu können. Inzwischen ist dieser Optimismus gedämpft worden, da sich

1. komplexe Bildungsziele, wie „Gesundheitsbewusstsein“ nur bedingt operationalisieren lassen und da
2. die Lernprozesse und Lernerfolge individuell sehr unterschiedlich sind. Dennoch muss sich der Kursleiter genau überlegen:
 - a) welche Lernziele er schwerpunktmäßig anstrebt,
 - b) welche Lernziele in der Kürze der Zeit erreichbar sind,
 - c) wie sich kognitive, affektiv motivationale (z.B. Bereitschaft zu und pragmatische (Handlungs-) Ziele zueinander verhalten,
 - d) wie Lernziele z.B. nach dem Grad der Schwierigkeit eingestuft werden sollten,
 - e) wie sich vielschichtige Bildungsziele in realisierbare Teilziele gliedern lassen.

Als Planungshilfe ist die Lernzieltaxonomie des Amerikaners B. Bloom brauchbar. Bloom hat zahlreiche Lehrpläne und Lehrbücher verschiedener Fächer untersucht und daraufhin einen umfassenden Lernzielkatalog aufgestellt, der hier (verkürzt) wiedergegeben wird. Bloom unterscheidet kognitive, affektive und psychomotorische Lernzielbereiche:

<i>kognitiv</i>	<i>affektiv</i>	<i>psychomotorisch</i>
Wissen	Wahrnehmung	Kraft
Verstehen
Anwendung	Interesse	Geschicklichkeit
Analyse
Synthese	Engagement	Bewegungs- koordination

Bewertung

Diese Lernziele sind hierarchisch gestuft, im kognitiven Bereich nach dem Grad der Komplexität, im effektiven Bereich nach dem Grad der Internalisierung (Verinnerlichung).

Hierzu ein Beispiel:

Lernziel ist, eine Antwort auf die Frage zu finden „Nützen mir Meditationsübungen“?

Kognitiv ist diese Frage auf der Bewertungsebene angesiedelt. Um diese Bewertung vornehmen zu können, muss ich wissen, welche Merkmale zur Meditation gehören, ich muss das Wesen der Meditation verstehen, ich muss konkrete Übungen anwenden können, ich muss die psychischen, physiologischen, u.U. auch religiösen Elemente analysieren können, ich muss diese Philosophie mit meinem Selbstkonzept in Beziehung setzen können (Synthese), um dann entscheiden zu können (Bewertung). Parallel dazu wächst oder sinkt mein effektives Interesse, u.U. bis zur Entschlossenheit, täglich zu meditieren.

Eine solche Lernzielanalyse ist zur Planung eines Seminars notwendig. Es kann aber auch hilfreich sein, im Verlauf eines Seminars mit den Teilnehmern zu erörtern, welche Lernziele bisher erreicht wurden und welche nicht (vgl.: Metakommunikation).

Reduktion der Stofffülle

Ein Lernzielkatalog wie der von B. Bloom ist formal, d.h. inhaltsneutral. Diese Lernziele müssen deshalb mit entsprechenden Inhalten verknüpft werden. Dies ist in solchen Kursen unproblematisch, in denen sich der Kursverlauf aus der Logik der Sache ergibt: z.B. in Gymnastikkursen von einfachen zu schwierigen Übungen, in Kochkursen von der Auswahl der Zutaten bis zur Erprobung und Begutachtung. In vielen mehr theoretischen Seminaren z.B. über Gentechnologie, über Zivilisationskrankheiten, über gesundheitsschädliche Arbeits- und Umweltbedingungen ist es erforderlich, eine begründete Auswahl aus der Fülle des Stoffes vorzunehmen und diese Lerninhalte sachlogisch und psychologisch zu gliedern.

Eine mögliche Alternative ist ein deduktives oder induktives Vorgehen. Ein deduktiver Kursverlauf orientiert sich an den Strukturen (Grundbegriffe, Fragestellungen, Schemata ...) eines Gebietes wie z.B. Gentechnik. Der Teilnehmer eignet sich zunächst eine „kognitive Landkarte“ von Kategorien und Verknüpfungen an, mit deren Hilfe er sich dann die Praxis erklärt.

Das induktive Konzept geht dagegen von einzelnen Fällen und Beispielen aus z.B. der Streit um eine künstliche Befruchtung, um allmählich allgemeinere Zusammenhänge und Theorien zu erarbeiten.

Ein Sonderfall des induktiven Vorgehens ist das exemplarische Prinzip. Hier wird ein typischer Fall aus der Lebenswelt der Teilnehmer bearbeitet, der allgemeine gesellschaftliche Strukturen „erschließt“.

Partizipation der Teilnehmer

Vom Kursleiter wird erwartet, dass er „vorbereitet“ ist, dass er ein Konzept hat, dass er Vorschläge zum Seminarverlauf macht. Gleichzeitig muss er offen sein für die Interessen und Anregungen der Teilnehmer. Sein eigenes Konzept ist ein Angebot, ein „Verhandlungsgegenstand“. Eine solche Verständigung muss didaktisch-methodisch geplant werden. Die Anfangssituation eines Kurses ist deshalb besonders wichtig, weil hier die Weichen für den weiteren Seminarverlauf gestellt werden. Dies gilt einerseits für das sozial emotionale Klima, also für die Umgangsformen, für eine angstfreie Atmosphäre, für die Kommunikationsformen. Andererseits sollte in der Anfangssituation eine (vorläufige) Verständigung über wünschenswerte Ziele, Inhalte und Methoden des Kurses erfolgen. Es geht in der Anfangssituation also nicht nur um das „Kennenlernen“, sondern auch um die didaktische Strukturierung. Die Teilnehmerpartizipation ist allerdings nicht auf die Anfangsphase beschränkt, sondern durchgängiges Prinzip einer teilnehmerorientierten Erwachsenenbildung.

Teilnehmerorientierung

Teilnehmerorientierung bedeutet in der Erwachsenenbildung (mindestens) zweierlei:

1. permanente Partizipation und Verständigung.
2. eine inhaltliche Orientierung an der Lebenswelt und Biografie der Teilnehmer.

Gesundheitsbildung ist in erster Linie Identitätslernen, weniger eine fachliche Qualifizierung oder eine politische Diskussion. Der Teilnehmer besucht ein Gesundheitsseminar oft aufgrund von (z.T. befürchteten) Krankheiten oder aus Unzufriedenheit mit dem eigenen Lebensstil oder auf der Suche nach neuen Lebensmöglichkeiten. Auch wenn die Teilnehmer sich nicht alle in einer Identitätskrise befinden, so sind sie doch in der Regel verunsichert und „betroffen“.

Um diesen persönlichen Bedürfnissen entsprechen zu können, erscheint es für den Kursleiter wichtig, mehr über die Lebenswelt, die Biografie, die Probleme und Deutungsmuster der Teilnehmer zu erfahren.

Häufig sind die Teilnehmer auch bereit und interessiert, über sich zu erzählen. Dennoch und gerade deshalb ist vom Kursleiter eine besondere psychosoziale Sensibilität gefordert:

1. Er muss gleichsam für „vertrauensbildende Maßnahmen“ sorgen, damit die Teilnehmer über ihre Hoffnungen und Ängste sprechen und auf Verständnis der Gruppe rechnen können.
2. Er muss die persönlichen Berichte ständig thematisch „rückkoppeln“, d.h. auf das Thema beziehen, damit sie auch für die anderen Teilnehmer lerneffektiv und ergiebig bleiben.
3. Er (und die Gruppe) darf nicht aufdringlich werden, wenn ein Teilnehmer in Ruhe gelassen werden will und (noch) nichts von sich selbst preisgeben möchte.
4. Er muss über das Geschick verfügen, Teilnehmer zu „bremsen“, die ständig und ausführlich ihre Lebensgeschichte erzählen und die Gruppe langweilen.

Wichtig ist auch eine Analyse des „Ist-Standes“ in der Gruppe: Was wissen die Teilnehmer bereits? Mit welchen Motiven und Problemlagen nehmen sie teil? Welche Deutungsmuster und Lernbarrieren sind vorherrschend? Welche Teilnehmer sind Experten auf Teilgebieten?

Zur Teilnehmerorientierung gehört aber auch, dass der Kursleiter offen ist, indem er z.B. seine eigenen Interessen äußert und auch begründet, warum er bestimmte Fragestellungen für wichtig hält, die den Teilnehmern vielleicht noch fremd sind.

Metakommunikation

Unter Metakommunikation versteht man Reflexionen und Gespräche über den bisherigen Verlauf des Kurses, über den eigenen Lernfortschritt, aber auch über Unzufriedenheit und gruppendynamische Störungen. Solche „Denkpausen“ werden relativ selten angeregt, sei es, dass der Kursleiter den Eindruck hat, der Kurs liefere „reibungslos“, sei es, dass die Zeit dafür zu schade erscheint. Andererseits gibt es Hinweise dafür, dass die Kursleitersicht eines problemlosen Kursverlaufs oft täuscht und dass metakommunikative Phasen den Lernprozess meist positiv beeinflussen, sodass sich die „vertane“ Zeit bezahlt macht.

Anlässe für eine solche Metakommunikation können sein:

- ein hoher Teilnehmerschwund
- Desinteresse und Müdigkeit der Gruppe
- wenige Vielredner und viele Schweiger
- Konflikte und Kontroversen in der Gruppe

Eine solche Metakommunikation sollte methodisch vorbereitet werden.

Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Blitzlicht: Jeder Teilnehmer sagt einen Satz, wie er sich gerade fühlt.
- Satzergänzungsmethode: Alle Teilnehmer schreiben auf einen Zettel: „Mir gefällt an diesem Kurs (an der Seminarleitung, an der Gruppe“ und: „Mir missfällt ...“
- Prozessanalyse: Die Teilnehmer füllen einen kurzen Fragebogen aus, in dem sie Zustimmung oder Ablehnung äußern, z.B. „Das Thema interessiert mich.“ „Die Gruppe arbeitet effektiv.“ „Ich komme jederzeit zu Wort.“ „Der Kursleiter strukturiert gut.“

Solche Umfragen sind aber immer nur Anlass für Gespräche, nicht schon Ergebnis der Metakommunikation.

Methodenwechsel

Je lernungewohnter die Teilnehmer sind, desto schneller lässt die Konzentration z.B. beim Zuhören nach. Für körperlich arbeitende Erwachsene kann auch langes Stillsitzen anstrengend sein. So wird aus motivationalen und lernpsychologischen Gründen ein häufiger Methodenwechsel empfohlen. Allerdings ist auch bekannt, dass Erwachsene oft überredet werden müssen, um sich auf eine neue, ungewohnte Methode einzulassen.

Die Fülle der Methoden kann hier nicht dargestellt werden: Impulsreferate, verschiedene Formen der Kleingruppenarbeit, Streitgespräche, Expertenbefragung, Planspiel, Rollenspiel, sokratisches Gespräch, Experimente, Erkundungen, Videoaufnahmen, kontrollierter Dialog, „Aquarium“

In jedem Fall sollte eine Methode didaktisch begründet sein. So ist Kleingruppenarbeit nicht unbedingt effektiver als eine Plenumdiskussion. Der Einsatz eines Overhead-Projektors ist überflüssig, wenn die Folien nichts sagend sind. Bei unseren empirischen Untersuchungen haben wir festgestellt, dass ältere Erwachsene mehr Zeit benötigen, um sich an eine neue Arbeitsform zu gewöhnen, als jüngere. Auch hier gilt, dass Erwachsene „dosiert“ und behutsam mit neuen Situationen konfrontiert werden sollten.

Andererseits sollte der Kursleiter auch den Mut haben, eine neue Arbeitsform auszuprobieren. Vor allem sollten regelmäßig auch solche Methoden angewandt werden, die eine Selbstevaluation, d.h. eine Überprüfung des Lernfortschritts durch die Teilnehmer selbst, ermöglichen. Nichts motiviert mehr als die Erkenntnis des eigenen Lernzuwachses.

Selbstreflexion des Kursleiters

In der didaktisch-methodischen Literatur wird vorwiegend erörtert, was der Pädagoge für die Teilnehmer tun kann und soll. Genau so wichtig ist aber die Vergewisserung, was die pädagogische Tätigkeit für ihn bedeutet. Was motiviert ihn, einen Kurs zu leiten? Welche Arbeitsform macht ihm Spaß? Welche Themen sind ihm wichtig? Was erwartet er von den Teilnehmern? Es ist nicht nur wichtig, die Lernstile der Teilnehmer zu entdecken, sondern auch den der eigenen Persönlichkeitsstruktur entsprechenden Lehrstil herauszufinden.

Eine positive Verstärkung wünschen nicht nur die Teilnehmer, sondern auch die Kursleiter. Dabei ist es jedoch wichtig, positive Rückmeldungen nicht überzubewerten und voreilig zu verallgemeinern. Kritische Hinweise nicht als Kränkung, sondern als Hilfe zu verstehen, fällt oft nicht leicht. So sind auch die Einwände gegen Hospitationen häufig Rationalisierungen von Ängsten und Vermeidungsreaktionen. Solche Ängste lassen sich vielleicht durch regelmäßige wechselseitige kollegiale Hospitationen abbauen.

Jeder Kursleiter sollte nicht nur fragen, was die Teilnehmer gelernt haben, sondern auch, was er selbst von den Teilnehmern und über sich gelernt hat.

3.4. Der Lehrgang Gesundheitsbildung des Bayerischen Volkshochschulverbandes

In der Nachfolge des Rahmenplans „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ wurden in verschiedenen Pädagogischen Landeszentralen unterschiedliche Konzepte einer Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung verfolgt. Als stellvertretendes Beispiel soll in diesem Abschnitt die Entwicklung - und die Erfahrungen daraus – eines Qualifizierungslehrgangs für GesundheitsbildnerInnen des Bayerischen Volkshochschulverbandes vorgestellt werden. Die Auswahl fällt auch deswegen auf Bayern, da die Volkshochschule in Bayern, neben Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, zu denen gehörte, die in ihren konzeptuellen Überlegungen für eine Modernisierung der Gesundheitsbildung Ende der 80er Jahre, am weitesten waren. Ferner war der Autor bei dieser „Aufbauarbeit“ an der Konzeption der Qualifizierungsmaßnahme und ihrer Umsetzung als damaliger Mitarbeiter durchgehend beteiligt. Allen Beteiligten wurde die Notwendigkeit klar, zunächst die Qualifikation der MitarbeiterInnen und KursleiterInnen voranzutreiben. Die KursleiterInnen sollten mit dem „neuen Verständnis von Gesundheitsbildung“ zum verbesserten qualitativen Kursangebot der Volkshochschulen beitragen. Es war ausdrücklich nicht das Ziel des Lehrgangs, Kursleiterinnen zur Durchführung von Kursen zu befähigen, für die sie nicht bereits vorher qualifiziert waren.

Der Lehrgang „Zusatzqualifikation GesundheitsbildnerIn“ eröffnete die Möglichkeit eine beschriebene Qualifikation zu erwerben.

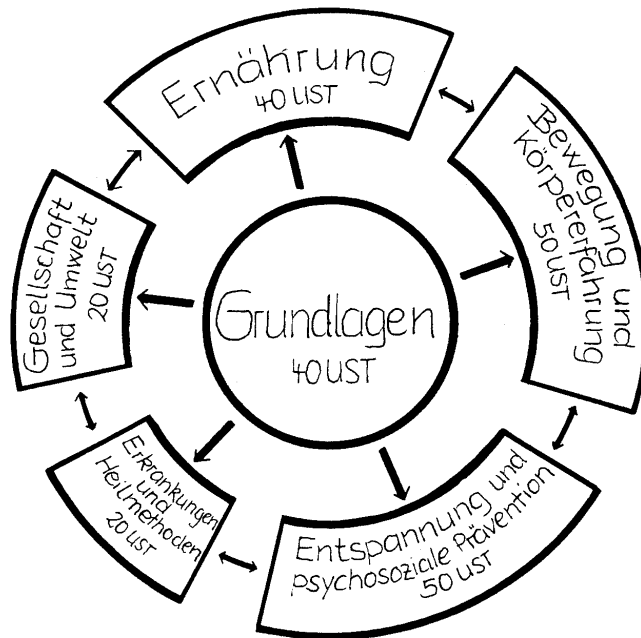
Allgemein lässt sich sagen, der Lehrgang „GesundheitsbildnerIn/VHS“ war als ein wesentliches Angebot zur Qualifizierung von VHS-Kursleitern in der Gesundheitsbildung gedacht. Zukünftige KursleiterInnen sollten auf der Basis des Rahmenplans „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“ grundsätzliche Kenntnisse vor allem über die anderen, nicht selbst ausgeübten Bereiche der Gesundheitsbildung vermittelt und die vielfältigen Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen verdeutlicht und erfahrbar bekommen.

Im Rahmen dieser Arbeit ist zu untersuchen:

- Welche Inhalte und Ziele der Lehrgang vermitteln will und ob sie in ihrer Realisation eingehalten werden konnten??

3.4.1. Skizzierung der einzelnen Bausteine des Lehrgangs

Der Lehrgang umfasst ca. 220 Unterrichtsstunden und beinhaltet folgende Bausteine:



Die Qualifikation „GesundheitsbildnerIn/VHS“ konnte nach der Absolvierung des Lehrgangs in einer landeseinheitlichen Prüfung erworben werden. Die Prüfungsmodalitäten sowie weitere Details der Lehrgangsdurchführung übernahm eine zentrale Kommission.

Nachdem in einer 1. Phase (Oktober 1989 - Juli 1990) 3 Bausteine:

Ernährung,
Bewegung und Körpererfahrung sowie
Entspannung und psychosoziale Prävention

konzipiert und in Pilotprojekten erprobt wurden, begann der Lehrgang offiziell im Herbst 1991. An dieser Stelle soll in Stichworten eine Kurzschilderung der Inhalte der einzelnen Bausteine erfolgen:

1. Baustein: Grundlagen der Gesundheitsbildung
(40 UST/2 Wochenendseminare)

1.1. Gesundheitsverständnis

verschiedene Ansätze:

individuell, gesellschaftlich, geschlechtsspezifisch, philosophisch, religiös, ideologisch, somatisch, psychosomatisch, psychologisch
Definitionen von Gesundheit/Gesundheitsbildung

1.2. Gesundheitsmotive

individuelle, soziale, geschlechtsspezifische, politische., historische, ökonomische, ökologische Motive

1.3. Gesundheitsförderung

Formen der Gesundheitsförderung

Information/Aufklärung, Verhaltensprävention, Verhältnisprävention

Modelle der Gesundheitsbildung und deren Hintergründe

1.4. Gesundheitsbildung an Volkshochschulen

Selbstverständnis

Stellung und Aufgaben der VHS,

Ziele der Gesundheitsbildung an VHS'N und der DVV-Rahmenplan

Entwicklungen und Erfahrungen

Didaktische Leitlinien, Groblernziele, Stellenwert von Information, Selbsterfahrung, Reflexion und Übungen, Soziales Lernen

Abgrenzung: Bildung - Beratung - Therapie,

2. Baustein: Ernährung

(40 UST/2 Wochenendseminare)

2.1. Grundlagen der Ernährungsphysiologie

Bestandteile der Nahrung, Verdauung, Aufgabe der Nährstoffe

2.2. Ernährungsformen

Vollwertige Ernährung (DGE), Vollwert-Ernährung

(Prof. Leitzmann), Vollwerternährung (Dr. Brucker)

Vegetarismus, Makrobiotik

2.3. Ernährung, Gesellschaft und Umwelt

Ernährungsverhalten

Soziale und psychologische Faktoren, Fehlernährung

Nahrungsmittelproduktion

Qualität und Verarbeitung, Schadstoffe

Ökologische Aspekte

3. Baustein: Bewegung und Körpererfahrung
(50 UST/1 Wochenseminar)
 - 3.1. Grundlagen der Anatomie und Physiologie des Körpers
 - 3.2. Atem und Bewegung
Didaktik und Bedeutung des Atems,
Atemräume, Atemzentren,
Atemrhythmus, Elemente der Atemarbeit
 - 3.3. Ziele und Methoden der Körperarbeit
Training der Fitness, Sensibilisierung des
Körpergefühls, Körperbewusstsein durch Selbsterfahrung,
Bewegung als soziales Erlebnis
 - 3.4. Methoden
Fitnessgymnastik, Funktionelle Gymnastik,
Rhythmische Gymnastik, Tanz, Bewegungsspiele,
Yoga, Feldenkrais, T'ai Chi, Qi Gong
 - 3.5. Bewegung - Gesellschaft - Umwelt
Rolle des Körpers in unserer Gesellschaft, Bewegungsmangel, einseitige
Bewegungen, Fitnesswahn, Massensport und ökologische Auswirkungen
4. Baustein: Entspannung und psychosoziale Prävention
(50 UST/1 Wochenseminar)
 - 4.1. Rolle von psychischer Stabilität und sozialer
Kompetenz in unserer Gesellschaft
Lebenssituationen, Stress und Stressbewältigung,
Krisen und Krisenbewältigung
 - 4.2. Ziele und Formen der psychosozialen
Prävention an Volkshochschulen
Verfahren zur Entspannung und Stressbewältigung
Training sozialer Kompetenzen, Selbsterfahrungs-
gruppen, Umgang mit Konflikten, Soziales Lernen
 - 4.3. Physiologische und psychologische Grundlagen
der Entspannung
 - 4.4. Verfahren der Entspannung und kritische Bewertung
Autogenes Training, Funktionelle Entspannung
Progressive Relaxation, Eutonie, Bioenergetische Übungen,
Katathymes Bild erleben

Um zu gewährleisten, dass der gesamte Lehrgang von weiteren interessierten Volkshochschulen durchgeführt werden kann, wurden parallel zu dieser Erprobung im WS 1990/91 eine Multiplikatorenschulung für die Teamer des Lehrgangs durchgeführt.

Zur Gestaltung der Lehrgangsmaterialien

Zu jedem Baustein wurde ein Lehrbrief von ca. 30 - 40 Seiten, ein Materialenteil von ca. 100 Seiten und eine ca. 5-seitige Handreichung für die Lehrgangsdurchführung erstellt.

Der Lehrbrief beinhaltet ferner in einem 1. Teil, Zielsetzung und Lernziele (Grob- und Feinlernziele) mit didaktisch-methodischen Hinweisen für die Umsetzung in die Kurspraxis. Im 2. Teil wurden dann die wesentlichen Fachinhalte in kompakter Form beschrieben und visualisiert. Der Lehrbrief konnte somit von den Teilnehmern als vorbereitende Information wie auch als Glossar für die häusliche Nachbereitung des jeweiligen Bausteins genutzt werden.

Eine Methode aus jedem Baustein sollte parallel zum Lehrgang intensiver kennen gelernt und geübt werden.

Der Materialenteil sollte ergänzende und vertiefende Unterlagen aus bereits vorhandenen Kurskonzepten sowie einschlägige Artikel, Übersichten und Schautafeln aus der Literatur zusammenstellen.

3.4.2. Der Lehrgang Gesundheitsbildung als gescheiterter Versuch einer Professionalisierung in der Erwachsenenbildung

Der Lehrgang GesundheitsbildnerIn an Volkshochschulen wurde zwischen 1991 und 1993 in München und Nürnberg angeboten. Waren die Anmeldezahlen für diesen Lehrgang seitens der KursleiterInnen zunächst sehr groß, ließ die Resonanz nach zwei Jahren deutlich nach und wurde später ganz eingestellt. Die folgende kritische Auswertung entstand während eines Diskussionsforums mit den beteiligten Anbietern des Lehrgangs.

Warum hatte der Lehrgang GesundheitsbildnerIn so wenig Resonanz?

Es gab dafür mehrere Gründe. Ein Punkt ist sicherlich die zu geringen Werbeaktivitäten, um diesen Lehrgang über die Grenzen von München und Nürnberg hinaus bekannt zu machen. Des Weiteren ist für viele auch das Ziel im Verlaufe des Lehrgangs relativ fragwürdig geworden. Offenbar wurde der Lehrgang auf dem Gesundheitsmarkt - zumindest bei der Zielgruppe, die mit diesem Lehrgang angesprochen werden sollte - nicht angenommen. Die Zielgruppe sind eigentlich Frauen, die nach der Familienpause wieder zurück in einen Beruf wollen, sich orientieren wollen, was Neues suchen. Aber dazu ist dieser Lehrgang nicht geeignet gewesen.

Viele kritische Stimmen äußerten übereinstimmend, dass man zu wenig „Neues“ in diesem Lehrgang lernen würde, was man nicht schon vorher wusste.

Dies war auch das Ergebnis einer Befragung der Teilnehmer an diesem Lehrgang. Aber es gab sehr unterschiedliche Antworten auf die Frage, was sie jetzt mit diesem Lehrgang machen würden. Hauptsächlich wurden die fehlenden Perspektiven nach dem Besuch eines solchen Lehrgangs geäußert. Oder besser gesagt, viele Teilnehmer wussten nach dem Lehrgang überhaupt nicht, was sie eigentlich damit anfangen sollten.

Es wurde auch seitens des Diskussionsforums geäußert, dass der Zeitpunkt mit diesem Lehrgang zu starten auch sehr ungünstig war. Zwar „boomt“ die Gesundheitsbildung und viele wissen, dass sie auch ohne „spezielle“ Weiterbildung genommen werden. Und dies nicht nur von Volkshochschulen, sondern auch von Krankenkassen oder privaten Organisationen und Anbietern. D.h. die Notwendigkeit so eine Zusatzqualifizierung vorzunehmen ist für manche nicht ersichtlich. Das wäre natürlich anders, wenn dies zur Bedingung gemacht werden würde, dass z.B. Kursleiter und Kursleiterinnen an Volkshochschulen - und nicht nur da - eine fundierte Qualifikation haben müssen, um als „integrativer Gesundheitsbildner“ tätig zu werden. Dann und nur dann hätte dieser Lehrgang einen Sinn, weil er dann eine Zusatzqualifikation wäre.

Aber dies wurde nicht abgefragt, weil die Volkshochschulen auch heute noch, fast jeden nehmen, auch ohne besondere Zusatzqualifikation. Die KursleiterInnen fragen sich natürlich zu recht, warum soll ich 2.000 DM zahlen, wenn ich die Stelle auch ohne diese Qualifikation bekomme.

Ferner ist sicherlich ein weiteres Problem, dass das Bewusstsein, dass Gesundheitsbildung mehr ist, als nur ein „bisschen“ Vorturnen und die Teilnehmer in die Entspannung zu versetzen, durch die beschriebene „allgemeine“ Expansion im Gesundheitsbildungsbereich weggefallen ist oder nicht mehr so im Vordergrund steht.

Inwieweit wurden die Inhalte und Ziele einer stärkeren Professionalisierung der Gesundheitsbildung in diesem Lehrgang verwirklicht?

Der Lehrgang ist von den Entwicklungen ausgegangen, die ab 1985 in dem Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen, von der damaligen Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV, festgelegt wurden. Dort sind auch die Konzeptionen mit eingeflossen, die den Lehrgang mit ihren Inhalten und Methoden, sowie ihren Ziele, die entwickelt wurden, eingeflossen.

Das Problem aber war, dass die Volkshochschulen durch die stärkere Marktorientierung, durch die Verwaltungsreform und Budgetierung sich zunehmend in Zugzwang sahen, im Gesundheitsbereich zu expandieren. Denn dies brachte einfach das nötige Geld auch für andere Bereiche, manchmal für die gesamte Volkshochschule.

Es waren ja früher zwei Gebiete, die nicht als so wichtig erachtet wurden. Sie galten, als viel zu praktisch und man meinte, dass sie auch nicht der geistigen Bereicherung oder Entwicklung dienen. Man wollte sich eigentlich an diesen Bereichen nicht so „schmutzig machen“. Und jetzt plötzlich, durch diese finanzielle Situation, in der sich die Kommunen befanden und durch den Zwang zur Budgetierung, gewannen diese Bereiche an Bedeutung. Natürlich wurde dann alles, was vorher entwickelt wurde, weitgehend über Bord geworfen. Man brauchte Wirbelsäulen-Gymnastik bzw. Übungsleiter für Wirbel-säulen-Gymnastik. Also bildete man die aus. Man brauchte einen Chi - Gong Lehrer, also wurde da ausgebildet, man brauchte Übungs-leiter für Autogenes Training, also bildet man die aus usw. Aber immer mit dieser Orientierung. Das und sonst nichts. Sicherlich ist dies auch eine VHS spezifische Angelegenheit, denn wie die VHS genutzt wurde, war hauptsächlich dieser „offene“ und „formbare“ Werkstattcharakter, der ja auch durchaus positiv ist. Einfach ein Ort, wo man relativ viel „instrumentieren“ kann und ausprobieren kann oder auch entwickeln kann.

Aber trotzdem gibt es daneben einen „freien“ Markt und dort gibt es ganz andere „ökonomische“ Regelmechanismen oder ganz einfach andere Mechanismen. Um z.B. in diesem Markt zu bestehen, ist es einfach notwendig, dass man Werbung betreibt bzw. auf sich aufmerksam macht. Dass etwas angeboten wird, was die Leute brauchen und das entscheidet der Markt wie offen bzw. wie zu der Markt ist. Und bei der Volkshochschule beschäftigte man sich eher mit Pädagogik im ursprünglichen Sinn. Dies lag vielleicht an der eigenen Organisation der VHS oder auch aus der Geschichte heraus. Aber sie beschäftigten sich weniger um die Gesundheitsvermittlung im engeren Sinn.

Dies hat sich heute schon eher gewandelt. Mit der Budgetierung ist es tatsächlich so, dass ein Teil des Auftrages der Volkshochschulen, die sozial ökologische Bildung in dem Bereich Gesundheitsbildung nach pädagogischen Prinzipien ist. Konzeptionsgeleitet und zielgruppenspezifisch, sozial integrativ zu organisieren, zu planen und anzubieten. Dies ist die eine Seite. Die andere Seite ist aber die stärkere Orientierung am Markt, d.h., es werden mehr Einnahmen gebraucht und diese sind nur zu erzielen, indem man die Werbung verstärkt. Und wenn man das verfolgt, hat sich in den letzten Jahren eine sehr starke Marketingorientierung voll-zogen. Das sieht man auch daran, dass die Programme bunter sind, auch „pfiffiger“ sind. Viele Volkshochschulen nehmen auch Marktforscher oder Marketingfachleute als Berater, interaktive CDs, Computer-Systeme kommen auf den Markt. Also auch Volkshochschulen müssen sich viel stärker über Werbung oder andere Aktionen auf den Markt begeben. z.B. wie mit einer Aktion, dass die Teilnehmer/innen zum ersten Kursabend öffentl. Verkehrsmittel kostenlos nutzen können. Dies sind alles Versuche, sich auf dem Markt zu positionieren.

Das zweite im Marketing-Bereich ist, dass die Überlegung stärker wird, dass einfach das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmen muss. Wir können von den Teilnehmer/innen mehr Geld verlangen, aber wir müssen dann auch etwas anbieten, was dem entspricht. Und da gehört z.B. das Ambiente dazu (also Schulräume sind nicht die geeignetsten) und natürlich auch die Qualifikation der Kursleiter und Kursleiterinnen.

Und wenn man - wie zu den „Boomzeiten“ - alles nimmt was kommt, ist dies „nur“ in der Phase der Expansion möglich. Wenn die Volkshochschule sich aber auf diesem Markt behaupten will, dann wird es wichtig sein, dass die KursleiterInnen sehr gut qualifiziert sind und damit auch an sich und an die eigene Planungsphilosophie bindet.

Die Volkshochschulen haben immer noch eine dominante , in manchen Regionen eine „marktbeherrschende“ Situation in der Gesundheits-bildung. Entweder sie versuchen weiterhin rein „angebotsorientiert“ zu handeln, denn werden sie die Teilnehmer verlieren, die die Qualitätsstandards der anderen Anbieter erwarten und an denen die Volkshochschule sich messen lassen muss. Dann werden sich die zukünftigen Teilnehmer sich überlegen: Gehe ich überhaupt noch zur Volkshochschule? Die Alternative wäre, die Volkshochschule lässt sich auf diesen Vergleich mit dem Wettbewerb ein und sucht nach besseren Qualitätsstandards, versucht ihr Angebot dadurch zu verbessern, versucht mitzuhalten, versucht die Kursleiter stärker an sich zu binden d.h. auch zum Teil durch bessere Honorierung, die Kursleiter auch an der Fortbildung zu beteiligen.

Professionalisierungsbemühungen der Volkshochschule und ihre Gefahren

In München wird z.B. die Teilnahme am Lehrgang damit honoriert, dass die Kursleiter/innen, die an dem Lehrgang teilgenommen haben mehr verdienen. Deshalb läuft auch der Lehrgang in München besser als in anderen Orten. Es werden auch Zuschüsse bei der Teilnahme am eigenen Lehrgang gegeben. Dies ist aber natürlich immer abhängig vom Budget, ob Geld für so etwas vorhanden ist. Bundesweit gibt es diese Trends noch nicht, weil die Kursleiter und Kursleiterinnen im Gesundheitsbereich weitgehend freiberuflich tätig sind. Viele dieser Freiberufler, die an den Volkshochschulen tätig sind, sind nicht ausschließlich bei den Volkshochschulen tätig, sondern auch für Sportvereine, Krankenkassen und möglicherweise auch in Privatpraxen tätig. Und in bestimmten Bereichen führt es dann dazu, dass diese FreiberuflerInnen eine richtige Monopolstellung haben und somit einfach verlangen, können was sie wollen. z.B. im Chi Gong oder Tai Chi Bereich. Das ist ja auch der Grund warum man z.B. einen eigenen Lehrgang Chi Gong beim Bayerischen Volkshochschulen-Verband eingeschoben hat. Die Teilnehmer sollten im Bewegungsbereich langjährige Erfahrung haben und sollten mind. ein Jahr Eigenerfahrung in Chi Gong oder Tai Chi gemacht haben.

Sie sollten sich begleitend zu diesem Lehrgang in Chi Gong auch weiterbilden, in einem normalen fortlaufenden Kurs. Doch weil die Zielgruppe bzw. Teilnehmergruppe zu klein war, hat man dies ein wenig geöffnet. Und dadurch haben auch nicht alle die ideale Voraussetzung mitgebracht. Doch die Frage ist, wie qualifiziert sind die KursleiterInnen, wenn sie rauskommen bzw. diesen Kurs gemacht haben?

Sie können sicher in einer dieser Chi Gong Formen unterrichten. Das können sie theoretisch auch, wenn sie in der Gesundheitsbildung mitmachen. Was da auch nie verstanden wurde von den Lehrgangsteilnehmerinnen war, dass es nicht nur Angebote gibt die sich nach der Methode richten. Es gibt ja nicht nur Chi Gong, Wirbelsäulengymnastik, Vollwert-Ernährung, Yoga etc. Und das war ja auch das Ziel des Lehrganges: Es besteht durchaus die Möglichkeit verschiedene Elemente miteinander zu verbinden und integrative Angebote zu formulieren. Und da wären eigentlich genug Möglichkeiten da. Die Frage ist nur immer, ob die Leute dies von ihrer Grundsubstanz rüberbringen können und eine Nachfrage dafür da ist.

D.h., dass auch die Kursleiterinnen und Kursleiter sich einfach viel stärker am Markt orientieren müssen, sobald sich die Volkshochschule auf den Markt begibt. D.h. wiederum man muss irgendwelche „Lockangebote“ machen auf die die Teilnehmer reagieren. Man kann nicht völlig am Trend oder an Modebezeichnungen vorbeikommen.

Man kann es also nicht einfach aus dem Kopf heraus oder am Tisch entwickeln, sondern man muss schon auch schauen, was wird gefragt. Auch das ist ein Problem was alle Kursleiterinnen und Kursleiter haben, gerade im Selbsterfahrungsbereich. Da reicht es eben nicht gute Ideen zu. Bestimmte Sachen kommen gut an, ein oder zwei Mal, weil z.B. gerade ein Buch darüber erschienen ist, oder weil man gerade in der „Szene“ darüber redet oder weil es gerade ein Trend ist. Also, wenn die KursleiterInnen das berücksichtigen, dann kann da viel passieren, weil das ja wiederum das ist, was die Leute wollen. Nämlich im Grunde eine umfassendere, ganzheitliche erlebnisorientierte, lebendige Sache.

Das war auch ein Grund so einen Lehrgang überhaupt zu entwickeln, dass man zu dem bisherigen oder traditionellen Gesundheitsmarkt „Alternativen“ bieten wollte. So eine Alternative sollte wahrscheinlich auch dieser Gesundheitsbildner sein, der eben nicht „nur“ ein Spezialist auf einem Gebiet ist, sondern möglichst ein umfassendes Wissen hat.

Das eine Professionalisierung sehr stark abhängig ist von den organisatorischen und strukturellen Gegebenheiten Vorort, also von der Infrastruktur des Gesundheitssystems, soll am Beispiel der Volkshochschularbeit in Nürnberg veranschaulicht werden. Hier wurden sehr früh die Zeichen des organisatorischen Wandels innerhalb des Gesundheitsbereichs erkannt.

3.4.3. Gesundheitsbildung am Beispiel der Volkshochschule Nürnberg

Aufgrund des kritischen Erfahrungsberichts und der Aufarbeitung der Defizite hinsichtlich des Scheiterns des Lehrgangs GesundheitsbildnerIn an Volkshochschulen als Professionalisierungsmaßnahme haben Verantwortliche der Volkshochschulen nach Auswegen in der Gesundheitsbildung gesucht. Ein Hauptproblem des Lehrgangs war sicherlich auch die „halbherzige“ Ausrichtung. In keinem Gesundheitsbildungsbereich gab es eine wesentliche Vertiefung. Die Inhalte und ihre Methode blieben an der Oberfläche - mehr ein Methodenüberblick als wirklich eine Qualifizierung. Man könnte auch sagen, die bisherige Angebotsstruktur hat, weder gesundheitspolitische Resonanz - sie bewegt, sich in einem gesundheitspolitischen Freiraum - noch vollzieht sich Gesundheitsbildung (intern) koordinierend über alle Fachbereiche.

Am Beispiel der Gesundheitsbildung an der Volkshochschule in Nürnberg sollen mögliche Konsequenzen daraus erörtert werden.

Durch die Sektionierung des in folgende Bereiche:

Politische Bildung

Pädagogik

Psychologie

Programm für Behinderte und Nichtbehinderte

Hauswirtschaft

Freizeitgestaltung

Ökologie

Zielgruppenarbeit + Sonderveranstaltungen

(Gesundheitspolitische Foren, Kooperation Gesundheitsstudio)

wird die Gesundheitsbildung in Nürnberg aufgegliedert in bestimmte (und bei weitem nicht genügende) Problemfelder und ist dem Primat Angebot/Nachfrage unterworfen. Die Nachteile dieser Programmstruktur werden zusätzlich durch den verstellten Blickwinkel und durch die fehlenden Bezüge zur gesellschaftlichen Wirklichkeit der potenziellen Teilnehmer im Gesundheitsbildungsbereich evident. So wird der Anspruch einer umfassenden und Handlungsbezüge herstellenden Gesundheitsbildung mit den verschiedenen und unterschiedlichen Lebensbezüge der Teilnehmer unterhöhlt.

Angestrebt werden muss eine problembezogene Angebotsstruktur, die die bisherigen Fachbereichsgrenzen nicht nur überwinden, sondern in andere Fachbereiche quasi als innovativer Bumerang wieder zurückwirken kann. D.h. wir müssen am vorhandenen Gesundheitsbewusstsein, das eigentlich Krankheitsbewusstsein und Lebensverunsicherung ist, global und deshalb fächerübergreifend anknüpfen.

Die besondere Stellung einer partizipations- sowie handlungsorientierten Gesundheitsbildung beruht dar auf,

- dass sie wie kein anderer Bildungsbereich die Totalität des Menschen anspricht, eine leibliche, seelische, geistige, soziale und ökonomische Existenz, seine intellektuellen, emotionalen und moralischen Willenskräfte
- dass sie nicht nur seine Mitarbeit, sondern im stärksten Masse auch seine Eigenaktivität und Selbstverantwortung fordert.

Hier liegt auch der besondere Handlungsbedarf der Volkshochschulen, da gerade sie in der Lage sein sollten, die Verbindungen zwischen einem fachwissenschaftlichen Erkenntnisstand, Selbsthilfeinitiativen und konkreten Gesundheitsproblemen von Betroffenen (Teilnehmern) herzustellen.

Ein zentrales Problem der Aufteilung der Gesundheitsbildung in verschiedene Handlungsfelder und der daraus resultierenden Abteilung konkreter Handlungsstrategien entsteht nicht nur durch das bisher fehlende konzeptionelle Wissen, sondern vor allem durch die zugrunde liegende und grundsätzliche Konzeptionslosigkeit in der Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung insgesamt. D.h., das zentrale Problem von Gesundheitsbildung ist das vorherrschende und scheinbar perfekt funktionierende System der Krankheitsversorgung.

Aus diesem System rekrutieren sich nun aber nicht nur Teilnehmer, die nicht selten bei den Volkshochschulen einen Ausweg aus ihrer „Krankheit“ suchen, sondern auch die Kursleiter auf der Suche nach stärkerer Professionalisierung. Allein gelassen in ihrem Spezialistentum und in ihrer Unfähigkeit als Spezialisten in einem hoch spezialisierten Krankheitsversorgungs-System für sich einen Wirkungsbereich aufzutun zu müssen, der schon längst nicht mehr vorgesehen ist.

Während also humanistische Psychologen, Ärzte und Mitarbeiter in medizinischen bzw. psychosozialen Bereichen permanent an der Konzeptionslosigkeit eines eklektischen sog. „ganzheitlichen“ Gesundheitsbegriffs ohne praktische Infrastruktur, scheitern müssen (und über ihre Arbeit an der VHS die Hoffnung aufrechterhalten können hier für eine bessere Alternative und eine vollere Praxis „werben zu können“), scheitern fortschrittliche Mitarbeiter im vorherrschenden Krankheitssystem ständig an den dort vorherrschenden starren Strukturen.

Fazit: Die Volkshochschule muss aus beiden Tätigkeitsbereichen „Sozialarbeiter“ und „Gesundheitsarbeiter“ Mitarbeiter gewinnen, die zur Überwindung ihrer ungewollten Spezialisierung und Dequalifizierung beitragen wollen.

Dies erfordert einerseits intensivere Kooperationsmodelle und interdisziplinäre Fortbildungsmaßnahmen, aber andererseits auch einen neuen „Dozentenstatus“.

Kooperationsmodelle:

Wichtig ist hier die Schaffung von Teams, die projektorientiert und problemumfassend arbeiten, und sich dabei auch fortbilden können für ihre hauptberufliche bzw. freiberufliche Praxis. Dies kann erfolgen auf der Grundlage einer fächerübergreifenden Zusammenarbeit zum Thema „Gesundheit und Bildung“.

Dozentenstatus:

Der Dozent an der Volkshochschule war bisher „wissenschaftlich“ autonom, aber planerisch kaum mitverantwortlich. Seine Mitwirkung reduzierte sich im Wesentlichen auf den eigenen Kurs. Der neue Projekt - Mitarbeiter oder „Teamer“ wird verstärkt Planungsaufgaben und Projekt - Dokumentation mit übernehmen müssen. D.h., er wird zunehmend von der kursbezogenen Selbstüberprüfung zur projekt- und problembezogenen und somit gesundheitspolitischen Auseinandersetzung mit der eigenen „Arbeit“ finden. Dadurch könnte Gesundheitsbildung stärker auch als berufliche Bildung verstanden werden.

Die Vorteile sind evident:

- Fortbildung für Sozial- und Gesundheitsarbeiter
- Erweiterung der Laienkompetenz
- Gesundheits- und Umweltbildung als integraler Bestandteil der beruflichen Bildung
- Entwicklung neuer Formen der Zusammenarbeit

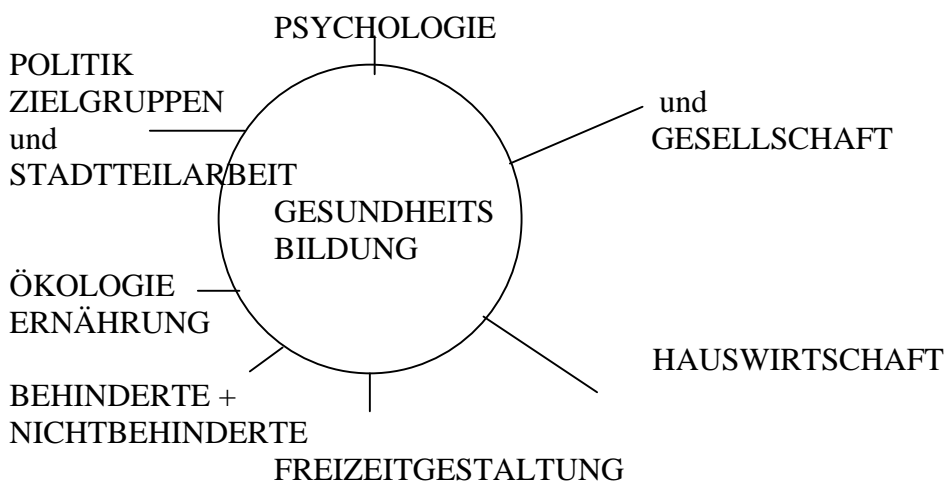
Dies ist längerfristig nur erreichbar, wenn die VHS seinen Ort als Freiraum im Gesundheitswesen aufgibt und sich in ihm einrichtet als Kristallisationspunkt von Konfliktfeldern in einem heiß umstrittenen Gesundheitsnetz mit all seinen Schnittkanten, Löchern und Auffangnischen. Wenn die Volkshochschule dabei den Freiraum der Möglichkeiten nicht aufs Spiel setzt, sondern ins Spiel bringt, um eine Veränderung dieses umstrittenen Gesundheitsnetzes zu bewirken, so wird es ihm nicht an Bündnispartnern fehlen.

3.4.4. Modell einer inhaltlichen und strukturellen Vernetzung

Wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich werden sollte, war die Einrichtung des neuen Bereichs „Gesundheitsbildung“ mit einer Umorganisation der Programmstruktur verbunden. Dabei stellte zum einen eine „projektbezogene“ gegenüber bisheriger „kursbezogener“ Gesundheitsarbeit einen wichtigen Eckpfeiler dar, zum anderen sollte eine „dezentralisierte“ der bisherigen „zentralisierten“ Angebotsstruktur vorgezogen werden da sie:

- Probleme dort aufgreift, wo sie auftreten
- neue Kooperationsmodelle und Vernetzung erst ermöglicht
- mit Betroffenen arbeiten kann.

Inhaltliche Vernetzung des neuen Arbeitsbereiches



Ziel der inhaltlichen und strukturellen Vernetzung

Verwirklichung einer interdisziplinären Team - Leitung des neuen Arbeitsbereiches Entwicklung und Erprobung spezifischer Vermittlungs- und Handlungsstrategien für breit gestreute und flächendeckende Gesundheitsprävention experimentelle, projektorientierte Aufdeckung und „Behandlung“ gesellschaftsbedingter Gesundheitsdefizite vor Ort.

Neben der Bedeutung der inhaltlichen Vernetzung (Interdisziplinarität Qualifizierungsaspekt, gesundheitspolitische Bedeutung) spielt der strukturelle Aspekt eine wichtige Rolle.

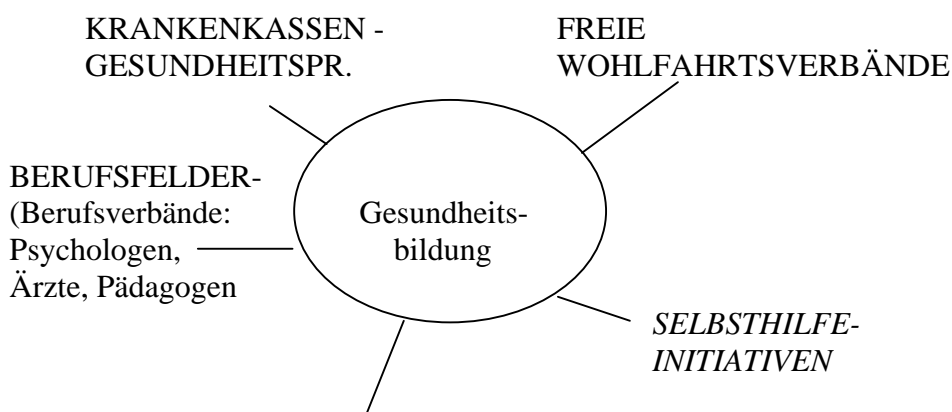
Erst die strukturelle Vernetzung erlaubt der Volkshochschule wie in Nürnberg überhaupt ein Gesundheitsbildungsprojekt zu verwirklichen:

- Notwendigkeit qualifizierter, Bündnispartner im Gesundheitssystem
- Notwendigkeit von Drittmitteln (Krankenkassen, Landeszentralen usw.) zur Finanzierung der Projekte

Nicht zuletzt unter diesem Aspekt erscheint die Einstellung neuer Mitarbeiter, Weiterbildungslehrer dringend erforderlich. Ihre Aufgabe wäre auch Geldquellen anzuzapfen um sich und das Programm, zum Teil zumindest, selbst finanzieren zu können. Zurzeit gehen dem Fachbereich nicht unerhebliche Zuschussmöglichkeiten verloren, weil keine Zeit vorhanden ist, sich um solche zu kümmern.

Der weitere Ausbau der Gesundheitsbildung bzw. die Umorganisation des Fachbereichs hängt jedoch zentral von der Möglichkeit ab, diese vorhandenen Quellen mitzubeneutzen.

Strukturelle Vernetzung des neuen Arbeitsbereiches am Beispiel der Volkshochschule in Nürnberg



STÄDTISCHE ÄMTER (J/WS/KuF/Gh/FH/GWA/Ref.IV,V,VIII, usw).

Die Hauptziele des neuen Arbeitsbereichs „Gesundheitsbildung“ mussten von Anfang an schrittweise angegangen werden:

Gemeinsam ist ihnen, dass sie in konkrete Projekte münden und z.T. experimentell in Gesundheitswerkstätten (in einem überschaubaren Rahmen) angegangen und überprüft wurden.

In all diesen Projekten wurden sowohl die vier Hauptziele des Fachbereichs:

1. Projektarbeit und Dezentralisierung
2. Neue Kooperationsmodelle
3. Neuer Dozentenstatus
4. Gesundheitsbildung auch als berufliche Bildung (Weiterbildung)

als auch die drei Arbeitsziele:

1. Interdisziplinarität
2. Selbsthilfeorientierung
3. Prävention

angegangen.

Aufgabenschwerpunkt ist die inhaltliche und strukturelle Vernetzung des neuen Fachbereichs Gesundheitsbildung wie sie modellhaft dargestellt wurde. Dies kann realisiert werden durch Projekte mit folgenden Phasen:

In der ersten Phase sollten u. a. folgende Bereiche ausgearbeitet werden:

- Bestandsaufnahme der Gesundheitsversorgung im Raum Nürnberg bzw. in einzelnen Stadtteilen (in Kooperation mit Gesundheitsreferat, Sozialreferat und Krankenkassen).
- Bestandsaufnahme der schon vorhandenen Projekte mit ähnlichen gesundheitspolitischem Anspruch.
- Bestandsaufnahme von und Aussprache sowie Absprache mit möglichen Kooperationspartnern.
- Kooperationsabsprachen auf bestimmte Stadtteile und Problemfelder bezogen.
- Erkundung räumlicher Voraussetzungen für dezentrale Angebote.
- Kontakte intensivieren zu privaten und öffentlichen Gesundheitsstellen und Krankenversicherungsträgern.
- Entwicklung von Kooperationsmodellen mit freien Trägern und Selbsthilfeinitiativen.
- Planung eines Gesundheitszentrums bzw. von Gesundheitswerkstätten am Bildungszentrum.

Bereits in dieser ersten Planungsphase musste ein besonderer Schwerpunkt auch auf konkrete Vorbereitungsmaßnahmen und Strategieüberlegungen für die weitere Realisation gelegt werden. Insbesondere wurde hier schon verwirklicht:

- Konzeption und Erstellung didaktischer Modelle und Materialien im Gesundheitsbereich
- Konzentration und Zusammenstellung des in Frage kommenden BZ-Angebots in Richtung eines umfassenden sowie fächerübergreifenden Gesundheits- bzw. Umweltbegriffs.
- Organisation projektorientierter Gesundheitsbildung, d.h. Festlegung der jeweiligen Modellschwerpunkte in den Gesundheitswerkstätten.

Insgesamt war es sinnvoll parallel zu den theoretischen Vorarbeiten erste praktische Experimente zu organisieren und durchzuführen. Ein besonderes Feld für praktische Experimente sind die so genannten Gesundheitswerkstätten (siehe auch Kap.2.8.3.3.) mit dem Vorteil von adressatenspezifischen Kooperations- und Vernetzungsmodellen, die im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

3.4.5. Gesundheitswerkstätten

Das Bildungszentrum der Stadt Nürnberg geht als Volkshochschule über den üblichen Rahmen von nachfrageorientierter Erwachsenenbildung hinaus. Im Fachbereich Gesundheit und Umwelt sind die „Gesundheitswerkstätten“ angesiedelt, die schon mit ihrem Namen den prozesshaften Charakter der dort geleisteten Arbeit verdeutlichen. Wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit ist, eine lokale Vernetzung zu initiieren, zu fördern und selbst aktiver Teil bestehender Netze soziokultureller und gesundheitsfördernder Arbeit zu sein.

Neue Planungsphilosophie in der Gesundheitsbildung

Erst in den letzten Jahren lieferten neuere Konzeptionen sozialer Gesundheitsförderung verbindlichere Grundlagen für die Planung von Angeboten der Gesundheitsbildung, für eine Verstärkung der Bemühungen um Kooperation und Vernetzung und für eine Systematisierung der Kursleiterinnen-Qualifikation.

Traditionelle Gesundheitsbildung im Rahmen der Volkshochschulen findet in Form von systematischen Kursangeboten statt, die zentral organisiert und weitgehend nachfrageorientiert ausgerichtet sind. Den TeilnehmerInnen wird ein Sicheinlassen auf vorgegebene Strukturen (Semestereinteilung, Einschreibemodalitäten, Kursform, evtl. lange Anfahrtswege usw.) abgefordert. Dies erschwert aber gerade der bildungsungewohnten Bevölkerung den Zugang und spricht vorwiegend Bevölkerungsgruppen an, die sich sowieso schon mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen. So wurde in Nürnberg bei einer Befragung von Kursteilnehmerinnen, die Angebote zur Gesundheitsbildung besuchen, festgestellt, dass Akademiker, Studenten und Personen aus helfenden Berufen überproportional vertreten waren. Der Anteil der Angestellten widerspiegelt in etwa den Bevölkerungsdurchschnitt, während Arbeiter kaum in den Kursen zu finden waren.

Mit der in den letzten Jahren stattgefundenen Diskussion über neue Ansätze in der Gesundheitsbildung wurde die traditionelle Planungsideologie abgelöst durch das Bemühen, ein differenziertes und flächendeckendes Grundangebot zur integrativen Gesundheitsbildung zu entwickeln, das sowohl aktuellen Erfordernissen anpassbar als auch gegenüber kurzfristigen Trendscheinungen resistent sein kann. Darüber hinaus wurden, wie in den Gesundheitswerkstätten der Volkshochschule Nürnberg, neue Strukturen geschaffen, die es möglich machen, sich schon in der Planungsphase für die Bedürfnisse und Interessen verschiedener Adressaten zu öffnen und diese soweit wie möglich einzubeziehen.

Der integrative Bildungsprozess bedeutet, Gesundheit in ihren wechselseitigen Bezügen, ihren biologischen, psychosozialen und umweltbedingten Zusammenhängen zu erkennen und auch bei der Analyse eines Teilbereichs den vernetzten Entstehungszusammenhang nicht zu verlieren. Von allen Beteiligten fordert es einen Prozess der Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit, der zum Wesen von Gesundheit gehört und nicht Ausdruck einer Unvollkommenheit ist, die irgendwann beendet sein wird. Eine so verstandene Gesundheitsbildung orientiert sich an den Zielen von Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawacharta der Weltgesundheitsorganisation formuliert sind. Gesundheitsbildung kann zur Gesundheitsförderung beitragen durch:

- Schaffen von Gelegenheiten, sich selbst über die Wechselbeziehungen der eigenen Gesundheit klarer zu werden (Entwicklung persönlicher Kompetenzen ermöglichen). Unterbreiten von Angeboten, die der eigenen Gesundheit förderlich sind, Krankheiten verhindern und gesundes Leben ermöglichen (zum Wohlbefinden beitragen)
- Unterstützen von Aktivitäten, die auf gesundheitsförderliche Lebenswelten abzielen (Voraussetzungen für gesünderes Leben schaffen). Fördern von Kooperation, die dazu dient, strukturelle Gegebenheiten bürgernah zu verändern (Fach- und Institutionen/initiativen übergreifend arbeiten)

Volkshochschulgemäße Gesundheitsbildung im Dienste der Gesundheitsförderung steht jedoch zunächst angesichts des Vorherrschens ökonomischer (Kostendämpfung), medizinischer (Risikofaktormodell) und moralischer (individuelle Selbstverantwortung) Planungsideologien unter massivem Legitimationsdruck: gegenüber Politikern, denen die Kosten einer Neuorientierung in der Gesundheitsversorgung hin zur Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawacharta) unkalkulierbar erscheinen; gegenüber öffentlicher Verwaltung, die immer noch unter einem expansiven Krankheitsversorgungssystem leidet; gegenüber einem florierenden Gesundheitsmarkt, der von der Individualisierung und Industrialisierung der Versorgung profitiert; aber schließlich auch gegenüber den Gesundheitskonsumenten, die existenzielle Verunsicherung durch Gesundheitsbedrohung allzu verständlich durch Verdrängung und Delegation der Zuständigkeit an Helfer verarbeiten.

Auf kommunaler Ebene kann der Volkshochschule als „neutraler“, im Gesundheitswesen an sich nicht verankerter Institution eine wichtige Impuls- und Moderatoren-Rolle zufallen. Sie kann dazu beitragen, in Zusammenarbeit mit kommunalen und freien Trägern gemeinsame Perspektiven kommunaler Gesundheitsförderung oder betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln und zu erproben.

Gesundheitswerkstätten in Nürnberg : Praktische Erfahrungen in der Gesundheitsbildung

Um „Bildungsgewohnte“ in den Bildungsprozess mit einbeziehen zu können, müssen die Problemfelder bestimmter Adressatengruppen dort aufgegriffen werden, wo sie auftreten. Dies erfordert wiederum die Entwicklung adressatenspezifischer Kooperations- und Vernetzungsmodelle vor Ort unter Einbeziehung der Betroffenen und nicht nur der professionellen Helfer und Bildner. Dies erfordert den Übergang zu einer dezentralen und kleinräumigen, individuelle und kollektive Bedürfnisse aufgreifenden Angebotsplanung.

Gerade dort, wo Menschen wohnen (im Stadtteil) und arbeiten (im Betrieb) lässt sich ein umfassendes Gesundheitsverständnis nicht technisch oder definitorisch herauslesen aus den konkreten Lebensbedingungen der Bürgerinnen. Es dürfen also nicht nur vorherrschende Gesundheitsbegriffe und -praxen theoretisch untersucht und über Bildungsmaßnahmen vermittelt, sondern es müssen auch Perspektiven entwickelt werden, wie die derzeitige, mangelhafte Gesundheitsversorgung aktuellen und künftigen Herausforderungen angepasst werden kann.

In gemeinsamen Lernprozessen müssen die individuellen Gesundheitsbegriffe erkannt, an eigenen Bedürfnissen überprüft und in der eigenen Lebenspraxis verändert werden. Das bedeutet aber, dass die Volkshochschule in entsprechenden Projekten nicht nur als Kursanbieterin und Wissensvermittlerin auftreten kann, sondern vor allem auch als „Lernende“, als „Teilnehmerin“, als Beteiligte an einem komplexen, die Menschen unter Umständen verunsichernden Orientierungsprozess.

Diese Form der Gesundheitsbildungsarbeit lässt sich mit dem Begriff „Gesundheitswerkstätten“ kennzeichnen. Der Begriff Gesundheitswerkstätten geht - wie im TEIL 2 beschrieben - zurück auf die Idee der Zukunftswerkstätten von Robert Jungk als einer aktiven und kreativen Form des Einbeziehens von BürgerInnen in Entscheidungsprozesse, die sonst nur Politikern, Experten und Planern vorbehalten sind.

Er steht nicht für eine bestimmte Einrichtung, Laden oder Zentrum, sondern für eine Form der Auseinandersetzung mit dem Begriff „Gesundheit“ im weiteren Sinne; Grundlage ist ein offener prozessnaher Arbeitsbegriff, der sich mit seiner Tätigkeit realisiert.

In Ergänzung zum bisherigen Kurssystem streben die Gesundheitswerkstätten vor allem offene, projektbezogene Angebote an, die auch eine nur punktuelle Teilnahme ermöglichen (z.B. Gesundheitsaktionen und „Schnupperangebote“, die zu einer längerfristigen Teilnahme einladen, diese aber nicht voraussetzen). Die Angebote werden formal und inhaltlich den Bedürfnissen der jeweiligen Adressaten angepasst. Dies heißt vor allem auch, Berücksichtigung bildungsorganisatorischer Fragen wie Tageszeit, Veranstaltungsort, Form und Inhalt der Kurse (z.B. Rücksichtnahme auf Sprachbarrieren bei AusländerInnen), Kinderbetreuung, usw.

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, müssen die Gesundheitswerkstätten den Adressaten schon in der Planung der Angebote Mitsprache- bzw. Mitgestaltungsmöglichkeiten einräumen. Dies wird in Gesprächen mit Betroffenen und KooperationspartnerInnen bzw. MultiplikatorInnen erreicht, die auf dieses Gespräch aber meist erst eingestimmt werden müssen, will sich die Gesundheitswerkstatt nicht als besserwisserisch und missionarisch aufdrängt. In einer Gesundheitswerkstatt, in der fächerübergreifendes Wissen, aber auch alltägliche Lebenspraxis zusammenkommen, gibt es im klassischen Sinn keinen „Meister“ mehr, sondern nur noch voneinander Lernende und miteinander Handelnde.

Das Modell der Gesundheitswerkstätten wurde zunächst im Stadtteil Gostenhof erprobt. Gostenhof ist ein sanierungsbedürftiger Stadtteil von Nürnberg mit hoher Mobilitätsrate, sehr dichter Bebauung und wenig grünem Wohnumfeld. Der Anteil der Haushalte mit geringem Einkommen (Arbeiter, Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger) ist überdurchschnittlich hoch. Der Ausländeranteil beträgt mehr als 40 % mit gleich bleibender Tendenz. In Kooperation mit den Einrichtungen und Initiativen im Stadtteil gelang es der Gesundheitswerkstatt, MultiplikatorInnen als KursleiterInnen zu finden, die beruflich bereits im Stadtteil verankert sind oder aufgrund ihrer privaten Situation (Wohnen) in vertrautem Kontakt mit der Bevölkerung stehen. Die Stärkung der gesundheitsbezogenen Kompetenz des/der Einzelnen im Umgang mit ihrem/seinem Körper, aber auch im Umgang mit Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Laienqualifizierung) erfordert die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten in angstreduzierter Atmosphäre; einen solchen „Lernraum“ zu schaffen war eine wichtige Aufgabe der Gesundheitswerkstatt.

In der Anfangsphase verschaffte sich die Gesundheitswerkstatt durch die Teilnahme an Kooperationsgremien der an der „Ökologischen Stadterneuerung“ beteiligten städtischen Dienststellen und Gremien zur Bürgerinnenbeteiligung sowie in Gesprächen mit anderen im Stadtteil tätigen Menschen einen Überblick über die Bedürfnisse und Problemfelder im Stadtteil. Die enge Kooperation und die finanzielle Unterstützung seitens der Sanierungsträger beinhalteten aber auch Ansprüche und Erwartungen an die Gesundheitswerkstatt. So wurden anfangs die Veranstaltungen an den geplanten Baumaßnahmen orientiert und primär ökologische Themen behandelt, wie z.B. Gestaltung des Wohnumfeldes und der Wohnung (Hinterhofbegrünung, Balkonbepflanzung usw.). Diese Angebote stießen jedoch bei den Stadtteilbewohner auf wenig Resonanz. Diese Themen gingen an den Alltagsproblemen der dort lebenden Menschen vorbei, bei denen existenzielle Probleme im Vordergrund standen.

So wurde auf den Stadtteilkonferenzen mit BewohnerInnen - Beteiligung deutlich, dass die geplante Stadttellerneuerung nicht unbedingt nur als positiv von den dort lebenden Menschen gesehen wurde. Einige der StadtteilbewohnerInnen berichteten über den völlig desolaten Zustand ihrer Wohnungen (keine funktionierende Öfen oder Heizung, keine gesicherte Wasserzufuhr, undichte Fenster, kaputte Türen, usw.). Sie teilten aber auch ihre Ängste mit, dass mit den Renovierungs- und Sanierungsmaßnahmen die Mieten so ansteigen könnten, dass sie für sie nicht mehr tragbar seien.

Die Angebote der Gesundheitswerkstatt, die bei der Bevölkerung Anklang fanden und daraufhin im Programm weiterhin und neu ausgeschrieben und entwickelt wurden, waren eher der individuellen- und sozialen Ebene zuzuordnen und dienten eher als Ergänzung zu den baulichen Veränderungen durch das Stadterneuerungsprojekt im- Stadtteil.

Durch den relativ hohen AusländerInnen-Anteil in Gostenhof bot sich an, u.a. gezielt auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe einzugehen. Ausländische, besonders türkische Frauen sind aufgrund ihrer Lebenssituation besonders benachteiligt (Isolation, Bildung, Sprachkenntnisse). Die meisten türkischen Frauen wissen relativ wenig über ihren Körper und seine Funktionen und haben zusätzlich zu den Sprachschwierigkeiten Probleme, sich bei den deutschen Ärzten verständlich zu machen. Das Leben im fremden Kulturkreis führt außerdem zu einer erhöhten psychischen Belastung, die sich häufig in psychosomatischen Beschwerden niederschlägt.

Das Projekt „Gesundheit in der Fremde“ vermittelte diesen Frauen Wissen und Kenntnisse über ihren Körper und schuf Grundlagen für selbst verantwortliches Umgehen mit dem eigenen Körper. Ein weiteres zentrales Anliegen dieses Projektes war die Kooperation mit Vertreterinnen verschiedener Einrichtungen im Gesundheitsbereich (Frauenärzte/ärztinnen, Beratungsstellen, AOK etc.), die zu ausgewählten Themen referierten und Fragen beantworteten.

Dieser Kontakt sollte es den Teilnehmerinnen ermöglichen, Schwellenängste abzubauen und die entsprechenden Einrichtungen gezielter nutzen zu können.

Themen waren vor allem- Aufklärung über die Funktion des Körpers, Schwangerschaft, Verhütung, Kinderkrankheiten, Vorsorgeregelungen und die Kommunikation bei der Ärztin und beim Arzt. Gerade das Themenfeld Schwangerschaft, Verhütung, Abtreibung war für die Frauen äußerst wichtig, hingen doch gerade an der Frage und Entscheidung, ein Kind zu kriegen, vielfach einschneidende Probleme, wie finanzielle Belastungen, beengte Wohnverhältnisse, Arbeitsausfall und zusätzliche psychische Überforderung.

Das Thema Gesundheit erlaubte es den Frauen aber auch, aus dem Haus zu kommen, sich mit anderen Frauen auszutauschen. Für viele Frauen war es eine der ersten Erfahrungen in Deutschland, mit ihren Bedürfnissen und Problemen ernst genommen zu werden, sich zu äußern und Forderungen zu stellen. Sie hatten die Möglichkeit, an Bereichen außerhalb der eigenen Familie teilzunehmen. In ihrer isolierten Lebenswelt konnten Veränderungen des eigenen Erlebens oder Verhaltens kaum stattfinden oder mit anderen zusammen besprochen werden. Interessant war es für sie auch, durch Gespräche, Einblick in das Leben deutscher Frauen zu bekommen.

Neben der AusländerInnen - Arbeit, die inzwischen in Gostenhof zu einem festen Angebot des Bildungszentrums geworden ist, gibt es zahlreiche Kurse und Arbeitskreise, die speziell auf die Bedürfnisse der Bewohner dieses Stadtteils zugeschnitten sind. Die Vernetzung der im Stadtteil tätigen Einrichtungen, Gruppen und Initiativen hatte auch über den Ausgangspunkt der ökologischen Stadteilerneuerung hinaus gehalten und ist vertieft worden. Zurzeit wird an einem Gesundheitsbericht für den Stadtteil unter Federführung des Gesundheitsreferats der Stadt Nürnberg gearbeitet. Als einen Bestandteil des Gesundheitsberichts erstellte die Gesundheitswerkstatt einen Gesundheitswegweiser für den Stadtteil.

Gesundheitswerkstatt Psychiatrie

Räumlich ebenfalls in Gostenhof angesiedelt, aber mit einem Arbeitsbereich, der in die gesamte Region Mittelfranken hineinzieht, ist die Gesundheitswerkstatt Psychiatrie. Diese Gesundheitswerkstatt entstand zunächst aus dem Interesse von psychisch Kranken, die nach Möglichkeiten der Kommunikation über ihre Krankheit und Erfahrungen mit Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung suchten.

Die Gesundheitswerkstatt stellte den Betroffenen die benötigte Infrastruktur (Räume, Telefon etc.) zur Verfügung und unterstützte die Arbeit von Betroffenen für Betroffene. So wurden u.a. umstrittene Behandlungsmethoden öffentlich gemacht, was in Einzelfällen zu bundesweiter Publizität geführt hat. Betroffene mit Psychiatrie-Erfahrung haben inzwischen den Verein „Pandora“ gegründet, der wiederum Beschäftigungsprojekte für psychisch Kranke aufgebaut hat.

Die einmal im Monat stattfindenden Veranstaltungen des Forums Psychiatrie (in Kooperation mit der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) haben sich zu einer allseits akzeptierten und genutzten Austauschmöglichkeit entwickelt. Hier treffen sich Betroffene, Fachleuten sowie Interessierte, um sachlich und kontrovers zu diskutieren. Neue und interessante Projekte aus dem Psychiatrie-Bereich werden vorgestellt und Anstöße für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung gegeben.

Die Kontinuität des Forums Psychiatrie sowie das regelmäßige Erscheinen der von der Gesundheitswerkstatt mitinitiierten Zeitschrift Infoblatt Psychiatrie waren nur dadurch möglich, dass die Gesundheitswerkstatt die Vernetzung im Psychiatrie-Bereich bewusst unterstützt hat und als „neutrale“ Vermittlungsinstanz in einer oft emotional geführten Diskussion fungierte.

Gesundheitswerkstatt Arbeit & Gesundheit

Die genannten Kriterien, die für die Gesundheitswerkstätten-Arbeit im Stadtteil und mit bestimmten Adressatengruppen entwickelt worden sind, übertrug die Gesundheitswerkstatt Arbeit & Gesundheit auf die spezifischen Besonderheiten des Arbeitsfeldes Verwaltung/Betrieb.

Wird nach diesen Kriterien betriebliche Gesundheitsförderung primär als gemeinsamer Lernprozess aller Beteiligten verstanden, stößt sie auf Widersprüche, die für eine betriebsferne Einrichtung wie die Volkshochschule gravierend sein können:

- Effektive Gesundheitsförderung ist ohne die direkte Einbeziehung der Beschäftigten schon in der Phase der Planung nicht machbar. Dies wird aber in den wenigsten Fällen sowohl von Arbeitgeberseite als auch vonseiten der Betriebs- und Personalräte/rätinnen akzeptiert und wird aus vielerlei Gründen nicht praktiziert. Viele Gründe sprechen allerdings auch dafür, dass betriebliche Gesundheitsförderung zum allseitigen Nutzen ist.

- Die gesundheitlichen Interessen der Beschäftigten und die ökonomischen Interessen des Betriebes stehen oft im Widerspruch zueinander, sodass Ansätze zur Gesundheitsförderung nicht zugelassen werden. Dieser Widerspruch ist geringer, wenn die wirtschaftliche Lage des Betriebes Spielräume zulässt bzw. für den Produktionsablauf sowieso größere Gestaltungsspielräume der Beschäftigten erforderlich und vom Arbeitgeber gewünscht sind.

Diejenigen, die meinen, für die Gesundheit der Beschäftigten zuständig zu sein, insbesondere arbeitsmedizinische Dienste, Sicherheitsfachkräfte und (Betriebs-) Krankenkassen, weigern sich, von außen angeregte Aktivitäten aufzunehmen. Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte befürchten, dass durch die Einbeziehung externer Fachkräfte ihre Fachautorität eingeschränkt wird, während Krankenkassen aus Marketinggründen am liebsten ohne Beteiligung anderer tätig werden.

Was zunächst als schier unüberwindliches Hindernis für die Arbeit der Gesundheitswerkstatt Arbeit & Gesundheit erscheint, erweist sich gleichzeitig als Chance. Da die Gesundheitswerkstatt als außen stehende „neutrale“ Instanz angesehen wird, kann sie als Partner eher akzeptiert werden.

Der Zugang zu den Betrieben erfolgt in der Regel nicht über die betrieblichen offiziellen Zugangswege, sondern über einzelne Personen. Gesundheitsförderung im Betrieb hängt sehr vom Engagement dieser Personen ab, die auf den unterschiedlichsten Hierarchieebenen und Positionen anzutreffen sind. Das Engagement dieser Personen zu stärken und zu unterstützen, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitswerkstatt. Zur Umsetzung boten sich folgende Zugangsmöglichkeiten an:

Über die Teilnahme an Seminaren für Arbeitnehmerinnen, die von gewerkschaftlicher Seite organisiert wurden, wurden in Zukunftswerkstätten Szenarien für betriebliche Vorgehensweisen einzelner Beschäftigter entwickelt. Wenn Betriebsräte/-rätinnen bei diesen Seminaren mit anwesend waren, konnte gleichzeitig eine Vermittlung zwischen der Sichtweise eines „einfachen“ Mitarbeiters und eines Arbeitnehmer-Funktionärs stattfinden.

Durch das Angebot überbetrieblicher Arbeitskreise zu den Themen „Arbeit und Gesundheit“ und „Suchtprävention im Betrieb“ fühlen sich insbesondere engagierte Sozialarbeiterinnen, aber auch Mitarbeiterinnen aus Personalabteilungen sowie aufgeschlossene Betriebsärzte und Betriebsräte angesprochen. In den Arbeitskreisen werden praktische Ansätze in den Betrieben und alltägliche Probleme ausgetauscht und neue Ansätze von Fachleuten zur Diskussion gestellt.

Bei Veranstaltungen in Betrieben (Vorträge vor betrieblichen Gesundheits - Arbeitskreisen, innerbetriebliche Seminare, Betriebs- und Personalräte/rätinnen- Schulungen u.a.) wird die Gesundheitswerkstatt als eine Art Sammelbecken von Informationen und Erfahrungen angesehen. Hierbei wirkt sich ebenfalls die Stellung der Gesundheitswerkstatt außerhalb betrieblicher Interessenspositionen positiv aus.

Teilnehmerinnen von Arbeitskreisen sowie Einzelpersonen nehmen das Know-how der Gesundheitswerkstatt in Anspruch, wenn es darum geht, spezielle Probleme zu lösen oder Materialien zu einem bestimmten Thema zu bekommen. Die Gesundheitswerkstatt verfügt über eine reichhaltige Materialsammlung, die ständig ergänzt wird mit Informationen, die insbesondere aus dem Netzwerk Arbeit & Gesundheit im deutschsprachigen Raum stammen.

Das ganze Spektrum der Arbeit der Gesundheitswerkstatt wäre nicht denkbar ohne die Kooperation mit anderen Einrichtungen der Stadt Nürnberg, ohne die Zusammenarbeit mit Gewerkschaften, kirchlichen Einrichtungen und freien Projekten. In der Vorbereitung und Durchführung von Ausstellungen, Workshops, Tagungen und bei Projekten findet ein intensiver Meinungsaustausch statt, der fruchtbar für die Arbeit aller Beteiligten ist.

Der Besuch eines Volkshochschulkurses - ob im Betrieb oder außerhalb - genügt nicht den Ansprüchen betrieblicher Gesundheitsförderung, da sich nichts an den krank machenden Arbeitsbedingungen im Betrieb ändert und meistens nur die Arbeitnehmerinnen die Kurse besuchen, die sowieso schon relativ gesundheitsbewusst leben. Die Arbeit der Gesundheitswerkstatt Arbeit & Gesundheit ist darauf ausgerichtet, Anstöße für Veränderungen im Betrieb zu geben und neue Ansätze in der betrieblichen Gesundheitsförderung, zu unterstützen. Mehr Kontinuität wird angestrebt durch eine Verzahnung der Projektarbeit mit arbeitsplatzspezifischen Gesundheitsangeboten, die u.a. in Kooperation mit Krankenkassen durchgeführt werden.

3.5. Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Aus der Analyse der bisherigen Kapitel lassen sich im Wesentlichen folgende zwölf Grundthemen herausarbeiten, die in einer entwicklungsgeschichtlichen Klärung wichtige Schlussfolgerungen für eine zukünftige Qualitäts- und Professionalisierungsbestimmung der Gesundheitsbildung liefern sollen.

(1) Gesundheitsbildung zwischen Lebenskunst und Krisenmanagement

Einen ersten Problemkomplex stellt die Frage nach der konzeptionellen Grundausrichtung von Gesundheitsbildung dar; d.h., welche Zielsetzungen als möglich, sinnvoll und praktikabel angesehen werden sollen. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt z.B. die historische Entwicklung, so lässt sich deutlich eine sukzessive Loslösung gesundheitlicher Themen vom religiös-transzendenten Gesamtzusammenhang erkennen. Liegt die Beschäftigung mit dem Thema „Gesundheit“ noch bis zum Mittelalter in den Händen von Philosophen, Gelehrten und Geistlichen, die u.a. auch Heilkundige sind, so setzt mit der Aufklärung eine „Spezialisierung“ ein, die sich von metaphysischen Einflüssen zunehmend frei macht. „Gesundheitsbildung“ bedeutet im Altertum immer auch „Lebenskunst“, die sich - aus einer längerfristigen Perspektive heraus - an den Gesetzen der Natur auszurichten versucht. Ziel ist es deshalb, zur Erhöhung der Lebensqualität den wenigen Gebildeten durch pädagogische Unterweisung und Förderung, Lebensregeln zur Erhaltung, Pflege und Verbesserung ihrer Gesundheit anzubieten. Als Luxus, der in einem sozioökonomisch geschützten Raum lebenden Oberschicht, kann Gesundheitsbildung es sich hier leisten, relativ stark „individuumszentriert“ zu bleiben. Entsprechend dominieren dyadische Belehrungen und Unterweisungen, die auf die konkrete, individuelle Bedürfnislage Bezug nehmen.

Mit der Hinwendung zur „Masse“ und deren gesundheitlichen Problemen ändern sich auch die Motive und Inhalte dramatisch. Gesundheitsschutz und Gesundheitserhaltung werden zunehmend mit der ökonomischen und militärischen Frage verknüpft. Das Interesse an der Erhöhung der Lebensqualität weicht dem an der Erhaltung, Erhöhung bzw. Kontrolle von Leistungs-, Wehr- und Arbeitsfähigkeit. Damit entfernt sich die Gesundheitsbildung von den subjektiven und individuellen Interessen der Betroffenen und greift in erster Linie nur noch Themen auf, die mit Arbeits-, Wehr- und Leistungsverlust verbunden sind. Entsprechend wandelt sich auch die Gesundheitsbildung zu einer - der emanzipatorischen Auffassungen von Bildung und Erziehung weitgehend entgegenstehenden - unpersönlichen „Gesundheitspropaganda“, die Fragen nach der Lebensqualität nicht mehr thematisiert, sondern weitgehend nur noch „Handlangerdienste“ für Verwertungsinteressen übernimmt. Aus der ehemals aktiv fördernden Gesundheitsbildung ist eine reaktiv verhindernde Gesundheitsschulung geworden.

Bei genauerer Analyse der Literatur erhärtet sich die Hypothese, dass u.a. folgende Faktoren und Entwicklungen die Gesundheitsbildung seit der Aufklärungsepoche zum „Anhängsel“ und „verlängerten Arm der kurativen Medizin“ werden ließen:

- die ökonomischen und wirtschaftlichen Zwänge mit ihrer einseitigen Orientierung an Arbeits- und Leistungsfähigkeit;
- der Durchbruch des analytischen Denkmodells mit der Förderung des Spezialistentums;
- der sukzessive Verlust einer ganzheitlich geschlossenen metaphysisch verankerten Weltordnung, der durch die zunehmende Konzentration auf konkrete mechanistische Mikroprozesse, den Boden für eine auf Interdisziplinarität, Integration und Langfristigkeit ausgerichtete Lebenskunstlehre vollkommen entzogen wird;
- die zunehmende Favorisierung einer „Lebenselixier“-Auffassung, die mit Paracelsus ihren Anfang nimmt und durch die Fortschritte der Pharmakologie zunehmend in den Mittelpunkt rückt;
- die Konzentration auf direkte und reduktionistisch manipulierbare Ursache-Wirkung-Zusammenhänge, die schnelle und sofortige - auch dramatische Veränderungen möglich macht.

Das Zerschneiden primärer Gesundheitsbildung in isolierte Themenbereiche und „mikroskopische Problemorientierung“ spiegelt u.a. nichts anderes als den Zeitgeist eines zerlegenden und zergliedernden Wissenschafts- und Weltverständnisses wieder. Für integrativ orientierte Lebenskunstlehrer, wie es die „Weisen“ der Antike waren, gibt es seit der Aufklärung bis heute kaum Platz; ihr Wissen und ihre Kenntnisse passen nicht in das nun vorherrschende mechanistische Weltbild. Ob und wie weit eine zukünftige Gesundheitsbildung diese Problematik allerdings für sich lösen kann, bleibt noch zu klären.

(2) Gesundheitsbildung im Spannungsfeld zwischen natürlich biologischer und technologischer kultureller Ordnung

Ein zweiter Fragenkomplex bezieht sich auf das Verhältnis der Gesundheitsbildung zu den Faktoren Umwelt und Zeit. Sie sind, was die historischen Überlegungen anbelangt, für die Gegenwart als besonders problematische Punkte zu betrachten. Wie gezeigt, galt in früheren Zeiten oft derjenige als angesehenster „Heilsbringer“, der die Menschen in die Geheimnisse des Kosmos und der Natur einführen kann. Dieser Vorstellung liegt implizit die Prämisse zugrunde, dass Umwelt, Mitwelt und Natur in sich göttlich und deshalb von Natur aus „gut“ seien.

Zwar konnte der Mensch zu allen Zeiten in die Abläufe der Natur eingreifen, sie nach seinen Vorstellungen modifizieren und verändern, jedoch blieb die Vorstellung von der Natur als höchster Lehrmeisterin weitgehend erhalten, sodass man im Falle von Problemen und Krankheiten letztlich das Verhalten des Menschen und nicht die Natur zu verändern versuchte.

Inzwischen sieht die Situation anders aus: vermutlich in einem nie zuvor da gewesenen Ausmaß lebt der Mensch heute in seiner „zweiten Natur“, in der von ihm selbst geschaffenen Um- und Lebenswelt. In einem früher nicht geahnten Ausmaß bestimmt heute diese „kulturelle“ Umwelt mit ihrer Organisation und Struktur die menschliche Krankheit und Gesundheit. Anzunehmen, dass diese „selbst geschaffene“ Umwelt von sich aus „gut“ und gesund sei, wäre wohl - auch ohne genaue Prüfung - doch allzu vermessen.

Entsprechendes gilt für den der Natur immanenten zeitlichen Rhythmus. Während in früheren Zeiten die Menschen dazu angeleitet wurden, sich in den natürlich kosmischen Rhythmus einfügen zu lernen (z.B. in den Wechsel von Tag und Nacht, von Frühling, Sommer, Herbst und Winter, von Reifungsprozessen und Ruhephasen), dominiert heute in vielen Bereichen eher die Idee der Bezwingung und Manipulation der Natur mit allen ihren dazugehörenden positiven wie negativen Konsequenzen (z.B. in den Bereichen Arbeitsgeschwindigkeit, Genesungs- und Reifungszeit, Tier- und Pflanzenzucht etc.). Anstatt die bestehende Ordnung verstehend anzunehmen und sich assimilieren zu lernen, wird eher versucht, eine neue Ordnung herzustellen, in der „alles“ manipulierbar und erreichbar sein soll.

Angesichts dieser Situation muss eine Gesundheitsbildung - ähnlich wie die Heilkundigen früherer Zeiten, die natürlichen Kräfte des Windes, des Klimas, des Wassers etc. als Grundlage ihrer Lebensregeln mit berücksichtigten - Faktoren wie Umweltverschmutzung, denaturierte und durch chemische Zusatzstoffe haltbar gemachte Nahrung, Lärm, Verkehrsaufkommen, Zeitstruktur, einseitige Arbeitsbelastung und andere vom Menschen geschaffene Lebensbedingungen kritisch reflektieren und entsprechend auf ihre gesundheitlichen Wirkungen hin bedenken. Die damit verbundenen Anforderungen sind gewaltig: konnte sich die Gesundheitsbildung früherer Zeiten noch auf die Erfahrung ihrer Vorgänger beziehen, steht die heutige vor einer neuartigen Situation, die dies nur noch bedingt zulässt.

(3) Gesundheitsbildung zwischen Expertenorientierung und Laienbewegung

Ein dritter bedeutsamer Aspekt ergibt sich aus der Frage nach den Multiplikatoren und Adressaten der Gesundheitsbildung. Hinsichtlich der Multiplikatoren muss berücksichtigt werden, dass bis in die Neuzeit hinein Gesundheitsbildung häufig eine Angelegenheit der Geistlichen, Lehrer und Erzieher ist, da diese einen weitaus direkteren, intensiveren und deshalb auch fruchtbringenderen Kontakt zu den Gesunden haben als das medizinisch geschulte Personal. Dabei geht aus der überlieferten Literatur hervor, dass diese Multiplikatoren z.T. nur „ausführende Organe“ einer von der Medizin entworfenen Konzeption der Gesundheitsbildung sind, z.T. aber auch ihre eigenen konzeptionellen Modelle entwickeln. Im Prinzip bewegen sich die gesundheitsbezogenen Bildungsaktivitäten deshalb immer zwischen einer mehr oder weniger intensiven und fachlich fundierten Beratung durch Experten und einer eher auf den „gesunden Menschenverstand“ vertrauenden und meist emotionalisierten Laienbewegung. Was die Adressaten anbelangt so kann eine heutige Gesundheitsbildung aus der Begrenztheit einiger historischer Ansätze wichtige Konsequenzen ziehen. Diese setzen nämlich häufig einen Grad der Selbstbestimmung aufseiten der Adressaten voraus (z.B. freie Wahl des Ortes, der Speisen, der Zeiteinteilung usw.), der bei den Betroffenen selbst oft nicht gegeben ist; z.B. mögen diese Unterstellungen eine richtige Prämisse gewesen sein, solange sich Gesundheitsbildung nur an aristokratischen Kreisen ausrichtet, sie verlieren jedoch in der Aufklärung und im aufkommenden Industriezeitalter ihre Relevanz. Trotzdem haben sich diese, den Spielraum des Individuums weit überschätzenden Vorannahmen, z.T. bis heute noch nicht wesentlich geändert.

(4) Gesundheitsbildung zwischen moralischem Appell und selbstbestimmter Eigenverantwortung

Als vierter Punkt muss der Aspekt der „Pflicht zur Gesundheit“, i. S. von „moralischer Selbstkontrolle“, wie es z.B. schon in der Aufklärungsepoche formulierte, für die heutige Zeit kritisch betrachtet werden. Obwohl diese Forderung auch heute noch oft genauso unreflektiert vertreten wird wie damals, beginnen Gesundheitspädagogen diese „Selbstverständlichkeit“ genauer zu überprüfen: So fragt HORN (1985) z.B. mit Recht ideologiekritisch, wozu Gesundheit bzw. Gesundsein eigentlich gut sein sollen, bzw. wessen Verwertungsinteressen jeweils hinter dieser Forderung stecken und ob das geforderte Gesundheitsverhalten wirklich auch im Interesse des einzelnen Selbst und nicht nur im Interesse seiner Verwertbarkeit liegt. Im Gegenzug muss natürlich auch gefragt werden, ob bzw. wie viel Krankheit für den Menschen als „sinnvoll“ betrachtet werden kann bzw. ob es überhaupt sinnvoll sein kann zu versuchen, Krankheit völlig zu eliminieren?

Oder ist es möglicherweise so, wie Eva FLACH (1984) auf dem Bremer Gesundheitstag meinte, je mehr wir Anstrengungen unternehmen, die Krankheit „auszurotten“, desto mehr Krankheit werden wir produzieren. Je mehr medizinische Anstrengungen, desto weniger Gesundheit?

Man könnte zur Schlussfolgerung kommen, dass die moderne Medizin in vielen Fällen nicht mehr „heilt“, sondern nur noch von ihr „Abhängige“ schafft, wie z.B. vor allem im Bereich der Psychiatrie oder der „mental disorders“, in dem die Errungenschaften der Medizin bis heute u.a. auch dazu beigetragen haben, die Überlebenszeit von schwer psychisch Kranken und Vollzeitpflegebedürftigen mehr als zu verdoppeln.

In diesem Zusammenhang muss auch gefragt werden, ob es ein Grundrecht des Einzelnen auf Krankheit bzw. Risikoverhalten gibt bzw. eine Verpflichtung der Gemeinschaft oder des Staates, dieses Recht zu tolerieren, ja zu schützen. Zu fragen ist auch, ob diejenigen, die Gesetze, Lebensregeln und Curricula für Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung entwickeln bzw. verordnen tatsächlich in der Lage sind, besser zu wissen, was für die Betroffenen gut ist als sie selbst? Muss sich nicht auch jede Gesundheitsbildung insbesondere der pädagogischen Maxime der „partiellen Bevormundung“ unterwerfen, die aufgrund besseren Wissens, größerer Erfahrung oder größeren Weitblickes des Erziehers bzw. Lehrers im vor- bzw. nachhinein rechtfertigbar sein muss? Rechtfertigbar aber in Bezug auf wessen Wertesystem? Soll das des Teilnehmers oder das des Lehrers, das der Instruktor oder das der Gesellschaft ausschlaggebend sein? Schließlich muss auch der Inhalt und das methodische Vorgehen legitimierbar sein: Hat nicht die Geschichte gezeigt, dass menschliches Wissen und menschliche Kenntnisse sich oft im Nachhinein - gerade, im medizinisch gesundheitlichen Bereich - als zu engstirnig, zu rigide und oft sogar als schädlich erwiesen haben. Die Werte und Vorstellungen wandeln sich und mit ihnen die Inhalte und Methoden.

(5) Gesundheitsbildung zwischen subjektiver und objektiver Bedürfnisorientierung

Eine weitere zentrale Frage hängt mit der „Orientierung am Individuum“ bzw. der „Orientierung an der Sozietät“ zusammen. Diese Dimensionen zeichnen sich dadurch aus, dass sie entweder mehr das Individuum als Einzelwesen mit seinen Problemen und Bedürfnissen oder mehr das Individuum als Teil der Gesellschaft, bzw. die Gruppe oder Sozietät selbst in den Mittelpunkt der Bemühungen stellen.

Unter pädagogischem Aspekt betrachtet, besitzt die erste Orientierung dabei ein größeres „emanzipatorisches Potenzial“, als die zweite, die in „Reinform“ dem pädagogisch emanzipatorischen Standpunkt eher entgegensteht, da sie sich stärker an den Soll-Werten der Gesellschaft oder Gruppe orientiert als an der individuellen Ausgangslage.

Zum Teil geht man im zweiten Fall sogar so weit, dass die individuelle Bedürfnisse eher als „hinderliche Störvariable“ betrachtet werden, da sie weder meß- noch steuerbar ist. „Gesundheit“ reduziert sich dann in diesen Ansätzen zur reinen Funktions- und Leistungsfähigkeit und „Heilung“ bedeutet lediglich Wiederherstellung dieser Fähigkeiten, ohne individuelle Aspekte weiter zu berücksichtigen. Insofern rangieren objektive Diagnose und Messbarkeit vor individuellem Empfinden. So kann im Extremfall z.B. die „individuelle Gesundheit“ völlig hinter die „Gesundheit des Volkskörpers“ zurücktreten müssen.

Dagegen ist die erste Orientierungsvariante stärker an den individuellen Ist-Werten ausgerichtet und eröffnet dadurch eine breitere emanzipatorische Dimension. „Gesundheit“ und „Gesundheitsverhalten“ konzentrieren sich dabei mehr auf die erlebbare Dimension der Mensch-Umwelt-Interaktion, d.h., sie sind u.a. auch Ausdruck und Ergebnis des individuellen Lebensvollzuges. „Gesundheitsbildung“ mit dieser Schwerpunktsetzung orientiert sich entsprechend an den Bedürfnissen, Interessen, Wahrnehmungen und Gefühlen des Einzelnen und zielt auf die Zunahme an Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen. Ihr Anliegen ist es, den Einzelnen zu befähigen, sich soweit als möglich von den Gesundheitsexperten zu „emanzipieren“ und seine Gesundheitsangelegenheiten soweit wie möglich selbstbestimmt regeln zu lernen. Dazu bedarf es aber einer „pädagogischen Sichtweise“ von Mensch und Welt, sowie von Gesundheit, Krankheit und Heilung, die eine aktive Möglichkeit pädagogischer Beeinflussung zulässt bzw. erforderlich macht und unterstellt, dass der Mensch prinzipiell fähig ist bzw. sein sollte, seine gesundheitlichen Belange letztlich selbst zu regeln. Das schließt allerdings nicht aus, dass Teilaspekte gesellschaftsorientierter Konzepte als pädagogisch relevant und notwendig erachtet werden müssen. Lediglich die Grundorientierung wird vom Standpunkt der Ausgangsthese her als pädagogisch problematisch erachtet, da sie dem vorformulierten Verständnis von Gesundheitsbildung insofern widerspricht, als dieses insbesondere die selbstgestalterische und selbstbestimmende Dimension des Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Die Trennung zwischen subjektiver oder objektiver Bedürfnisorientierung gewinnt vor allem seit der Aufklärung, seit ökonomische, politische und militärische Interessen das Gesundheitswesen als „Teil der Verteidigungswissenschaft“ bzw. als Kontroll-, Indoktrinations- und Disziplinierungsinstrument entdeckt haben, große Bedeutung, indem seither immer wieder mit relativ großem Erfolg versucht wurde, „objektiv“ festzuschreiben, was Gesundheit und gesundheitsgerechtes Verhalten ist, bzw. wann jemand gesund sei und wann nicht. Darüber hinaus wird damit zugleich „normiert“, wie sich Kranke und Gesunde zu verhalten haben und welche Rollen sie in der Gesellschaft einnehmen sollen. Gesundheitsbildung, die sich stärker an den objektiven Bedürfnissen orientiert, unterstellt häufig, dass es eine, für das Wohl aller, „objektiv“ richtige Gesundheitsordnung gibt, die - ob vom Einzelindividuum akzeptiert oder nicht - Gesundheit sichert.

(6) Gesundheitsbildung als ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener, dynamischer und lebensbezogener Prozess

Gesundheitsbildung als einen mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundenen, dynamischen Prozess zu verstehen, bezieht sich in diesem Zusammenhang auf zwei Aspekte: zum einen auf den Aspekt eines „kollektiven Lernprozesses“, bei dem ein bestimmtes Verständnis von Gesundheitsbildung nicht den Anspruch erheben kann, das einzig mögliche bzw. sinnvolle zu sein. Vielmehr muss es sich als historisch gewachsenes und dem jeweiligen Zeitgeist verbundenes aber auch gruppenspezifisch-ideologisches Phänomen verstehen, das nicht nur veränderbar ist, sondern - um den Bedürfnissen der Zeit gerecht werden zu können - sogar zur Veränderung verpflichtet ist (Aspekt des sozialen Wandels); zum anderen muss ein dynamisches Verständnis von Gesundheitsbildung auch den Aspekt des individuellen Wandels, also der Veränderungen während des Lebenslaufes und der damit verbundenen verschiedenen Gesundheitsniveaus adäquat berücksichtigen.

Legt man den historischen Aspekt der Dynamik zugrunde, so lässt sich aus der vorausgegangenen idealtypischen Darstellungsweise deutlich erkennen, dass es sich bei den scheinbar „eindeutigen“ Phänomenen von „Gesundheit“ und „Gesundheitsbildung“ um multidimensionale Sachverhalte handelt, die in ihrem Verständnis stark vom geschichtlichen Wandel und „Zeitgeist“ geprägt sind. Am Beispiel der jeweils bevorzugten Multiplikatoren lässt sich das besonders deutlich zeigen. Bei der Durchsicht der einzelnen Konzepte wird offensichtlich, dass sich beim Bemühen um Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit die unterschiedlichsten Personen und Berufsgruppen verdient gemacht haben. So waren es vor allem Philosophen, Ärzte, Priester, Pädagogen und Laien, die Konzeptionen über das Wesen von Gesundheit und Krankheit entworfen und daraus entsprechende Konsequenzen für eine adäquate Gesundheitserziehung bzw. -bildung abgeleitet haben. Entsprechend unterschiedlich gestalten sich deren Definitionen und inhaltlichen Schwerpunktsetzungen.

Allerdings spiegeln alle Konzepte einen dynamischen Aspekt intrakulturellen Wandels wieder, der jeweils, durch neue Einflüsse und Erkenntnisse hervorgerufen, auch Auswirkungen auf die Zielsetzungen und Methoden erkennen lässt. Die Gründe dafür sind vielschichtig: so können einerseits, wie z.B. bei Paracelsus, bereichsinterne, neue wissenschaftliche Entdeckungen oder Erkenntnisse zur Revision herkömmlicher Modelle führen, oder andererseits, wie es bei den Lebensreformern der Fall ist, ein fächer- bzw. bereichsübergreifender Austausch neue Anstöße geben und bisher unbeachtete Aspekte in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken. Schließlich können gesamtgesellschaftliche Strömungen ein Umdenken und Dazulernen erforderlich machen bzw. erzwingen, wie z.B. in der Epoche der Aufklärung.

Die Gesundheitsbildung ist also immer auch „Kind ihrer Zeit“ und trägt bereits die „Saat des Wandels“ in sich. Daraus leitet sich die Forderung ab, dass eine zukünftige Gesundheitsbildung dem sozialen Wandel verpflichtet sein muss, weil sich die Anforderungen an sie, ebenso wie die gesellschaftlichen Werte und Verhältnisse, permanent verändern. Darüber hinaus bedeutet Gesundheitsbildung als dynamischer Prozess, aus biografischer Sicht, dass Bildungsmaßnahmen auch im gesundheitlichen Bereich den Veränderungen der Bedürfnislage über die Lebensspanne hinweg und hinsichtlich der verschiedenen Gesundheitsniveaus, bewusst Rechnung tragen müssen. In den historischen Konzepten differenziert z.B. Hippokrates beide Aspekte: einerseits die verschiedenen Lebensalter als Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und Greisenalter, andererseits die verschiedenen Gesundheitsniveaus von „völliger Gesundheit“ bis zu „lebensbedrohlicher bzw. chronischer Krankheit“. Seiner Ansicht nach unterscheiden sich die verschiedenen Lebensalter ebenso wie die verschiedenen Gesundheitsniveaus schon von Natur aus durch ihre jeweilige „Säfte- und Qualitätenmischung“ und sie bedürfen deshalb auch der entsprechenden, besonderen Berücksichtigung. Konkret heißt das z.B., dass die Ziele, Inhalte und Methoden einer Gesundheitsbildung für alte und kranke Menschen qualitativ von denen anderer Altersstufen oder Gesundheitsniveaus unterschieden werden müssen. So ist es für die genannten Autoren selbstverständlich, dass das, was für einen jungen Menschen gesund sein kann, einen alten u.U. krank macht, bzw. was beim einen als „gesund“ interpretiert wird, beim anderen eher als „krankhaft“ anzusehen ist. Ihrer Auffassung entsprechend muss die altersspezifische „Norm“ von Gesundheit von ihrer allgemeinen Norm unterschieden werden.

Allen Konzepten gemeinsam ist der direkte Bezug zum Leben und zu den verschiedenen Lebenssituationen, die mit so grundlegenden Phänomenen wie Krankheit, Gesundheit und Heilung zusammenhängen. Nahezu ausnahmslos resultieren gesundheitsbezogene Lern- und Bildungsprozesse aus aktuell und konkret erlebbaren, praktischen Notwendigkeiten und Erfordernissen des täglichen Lebens. Dabei ist es unerheblich, ob es der Wunsch nach „körperlicher und geistiger Wohlgeformtheit“ ist, wie bei den Griechen, oder der nach einem „langen Leben“, wie in der Renaissance, der die Menschen dazu motiviert, Gesundheit durch Bildungsprozesse beeinflussen zu wollen: entscheidend ist der jeweilige Lebensbezug, durch den gesundheitsorientiertes Handeln niemals nur Selbstzweck, sondern immer lebensrelevant ist.

(7) Gesundheitsbildung als integrativ-ganzheitlicher Prozeß

Gesundheitsbildung als „integrativ-ganzheitlichen Prozeß“ zu verstehen, kann prinzipiell zweierlei bedeuten: zum einen die Bildung des „ganzen Menschen“ in seiner individuellen Einheit von „Körper, Geist und Seele“ und seinen ökologischen Bezügen; und zum anderen die Bildung des „ganzen Menschen“ im Sinne einer allgemeinen, ganzheitlichen Bildung im Sinne einer umfassenden „Lebenskunst“.

Versteht man unter integrativ-ganzheitlicher Gesundheitsbildung einen Bildungsprozeß, der sich zum einen auf alle genannten Ebenen von Gesundheit bezieht und zum anderen auf deren Integration, d.h. auf ihre wechselseitige Wirkungsweise und Verbundenheit, so gibt es keinen Ansatz, der dies bisher voll geleistet hätte. Zwar bemühen sich verschiedene Vertreter der Gesundheitsbildung nicht nur einen Aspekt (z.B. Körper oder Geist) in den Vordergrund ihrer Aktivitäten zu rücken, doch bleibt das Problem des Ineinandergreifens der verschiedenen Aspekte im wesentlichen ungelöst. Bei den Griechen bedeutet z.B. „ganzheitliche Gesundheitsbildung“ die gleichmäßige Förderung und Berücksichtigung von Körper, Geist und Seele, einschließlich ihrer Wechselwirkungen mit der Umwelt. Eine ähnliche Vorstellung von „ganzheitlicher Gesundheitsbildung“ findet sich auch bei den Lebensreformern, die aber neben dem individuellen, besonders den sozialen und gesellschaftlichen Aspekt betonen. Gesundheit ist demnach nicht mehr nur Sache des Einzelnen, sondern auch des Einzelnen als interaktiv-gesellschaftlichem Wesen in seiner Verantwortung für die Gemeinschaft.

Ganzheitliche Gesundheitsbildung bedeutet dann zweierlei: einmal Bildung im Hinblick auf Wissen und Kenntnisse, auf Werte und Einstellungen, auf individuelle Fertigkeiten und Handlungskompetenzen des Individuums für die eigene Gesundheit und zum anderen auf Kenntnisse, Einstellungen und Fertigkeiten, die gesundheitlich bedeutsame Faktoren des gesellschaftlichen Lebens betreffen. Obwohl beide Aspekte in der Bildungspraxis nicht trennbar sind, zielt die zweite Dimension insbesondere darauf ab, den Einzelnen zu befähigen, gesundheitlich bedeutsame Aspekte des gesellschaftlichen Lebens zu erkennen und seine gesundheitlichen Interessen und Belange mit anderen im gesellschaftspolitischen Kontext zu vertreten. Schließlich läßt sich auch der zweite Aspekt der Ganzheitlichkeit bereits historisch nachweisen, indem nicht nur „kochbuchartige“ und ausschließlich „krisenbezogene“ Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, sondern allgemein lebenspraktische Fähigkeiten im Sinne umfassender „Lebenskunst“ ausgebildet werden, die das Individuum befähigen sollen, sein Leben insgesamt schon vorausschauend so einzurichten, daß vermeidbare, gesundheitliche Krisen verhindert, gesundheitsstabilisierende und fördernde Faktoren gestärkt und situativ reaktive Bewältigungskompetenzen entfaltet werden.

Dort, wo ein Bildungsprozeß von innen nach außen unterstellt wird, also im Sinne einer „bildenden Seelenkraft“, werden schwerpunktmäßig förderliche Veränderungen der „erzieherisch bedeutsamen Umwelteinflüsse“ bevorzugt. So geht es z.B. Hildegard v. Bingen, Paracelsus, oder Kneipp insbesondere darum, die „bildenden Kräfte“ von innen durch entsprechende Umwelteinflüsse zu fördern bzw. hindernde Elemente auszuschalten. Im Gegensatz dazu versuchen Vertreter einer primär von außen möglichen und notwendigen Bildung durch organisierte Individual- und Gruppenerziehung, den Einzelnen zu „bilden“. In diesem Zusammenhang entwickeln z.B. die Griechen ihre „Kunst der rechten Unterweisung“ und die Philanthropen den organisierten Turn- und Sportunterricht zur Förderung der Gesundheit.

Dort, wo Krankheit als Folge mikroorganismischer Vorgänge interpretiert wird, ist der Grad der Vormundschaftlichkeit im allgemeinen größer, dort, wo "life-style-factors" in den Mittelpunkt gerückt werden, kleiner. So basiert im Gegensatz zu früheren Vorstellungen Gesundheitsbildung heute immer noch auf der Prämisse, daß erwachsene Menschen bei entsprechender Bereitstellung von Informationen und Materialien in der Lage sind, selbständig und ihren eigenen Bedürfnissen und Einstellungen gemäß, Entscheidungen so zu fällen, wie dies für ihre momentane Situation am besten ist. Eine „totale Selbstverantwortlichkeit“ würde jedoch dem hier zugrunde gelegten Verständnis von Gesundheitsbildung widersprechen, das mit der Formulierung „Selbstbestimmung soweit wie möglich“ gerade diesen kritischen Übergangsbereich berücksichtigt wissen will, indem der Gesundheitsbildner in verantwortungsvoller Weise und nur „partiell bevormundend“ überall dort unterstützend und helfend eingreift oder anleitet, wo es „von der Sache her“ erforderlich ist und der zu Erziehende dies von sich aus noch nicht vermag. Die Grenzen der notwendigen „partiellen Vormundschaftlichkeit“ werden jedoch dann überschritten, wenn die vormundschaftliche Lernhilfe, z.B. im Interesse eines reibungslosen organisatorischen oder institutionellen Ablaufes oder nach den Wünschen des Gesundheitspersonals, bewußt manipulativ eingesetzt wird. An solchen Orten wird eine uneingeschränkte Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und Selbstbildung nicht zugelassen, sondern es wird ein vormundschaftliches Eingreifen für erforderlich gehalten. Ohne jedoch das vorausgegangene volle Ausschöpfen der gleichberechtigten und symmetrischen Kommunikationsmöglichkeiten im Sinne des „herrschaftsfreien Diskurses“ zu wählen. Letztlich bleibt es der Wertentscheidung des verantwortungsbewußten Gesundheitspädagogen überlassen, je nach individueller Situation abzuwägen, wann, wo und inwieweit vormundschaftliches Eingreifen erforderlich ist.

(8) Gesundheitsbildung als Prozeß zur aktiven Förderung von „Selbsthilfe“ und „Selbstheilung“

Als besondere Teilaspekte der Selbstbestimmung müssen die Momente der „Selbsthilfe“ bzw. „Selbstheilung“ betrachtet werden. In gewisser Weise sind sie direkt von der Krankheitsart und den verschiedenen Gesundheitsniveaus abhängig. D.h., der Grad der Selbstbestimmung nimmt überall dort ab, wo das Gesundheitsniveau des Betroffenen eine bestimmte Schwelle unterschreitet oder die Art der Erkrankung Hilfestellung von aussen erforderlich macht. Wer auf Pflege oder Hilfe einer anderen Person angewiesen ist, wird häufig nur noch eingeschränkt in der Lage sein, sein Leben selbstbestimmt zu führen. Da sich aber Gesundheitsbildung von ihrem Selbstverständnis her nicht nur auf den völlig Gesunden beziehen kann, sondern auch die gesamten Abstufungen der Gesundheitsniveaus einbeziehen muß, erhält auch die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung im Krankheits- bzw. Pflegefall zentrale Bedeutung.

Die Rolle der Gesundheitsbildung im Krankheitsfall bewegt sich historisch zwischen den Polen der „Selbsteilung“ und „Selbsthilfe“ einerseits und der Unterordnung unter die Fachkompetenz der Gesundheitsexperten andererseits. Bei Paracelsus war eine klar Unterordnung unter den Experten zu sehen und seine Ratschläge bzw. Verordnungen, die das Wiedergewinnen von Gesundheit garantiert, geregelt. Der weitgehend passiv behandelte Patient, musste sich in sein Schicksal fügen. In der griechischen und christlichen Konzeption ist dem selbstheilenden Aspekt, insbesondere in den Bereichen Ernährung und Bewegung, relativ breiter Raum gegeben. Leichtere Krankheiten und „Befindlichkeitsstörungen“ können individuell aktiv, im Sinne einer „Selbsthilfe“ und „Selbsteilung“, reguliert werden. Im christlichen Ansatz spielt außerdem noch die Erziehung zu Demut und Hingabe eine entscheidende Rolle. Durch Unterweisung und Selbsterziehung soll im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ der erfolgreiche Umgang mit unabänderlichen, gesundheitlichen Problemen dadurch gelernt werden, daß Krankheit vom Betroffenen unterschiedlich interpretiert werden kann (z.B. als „Prüfung Gottes“). Die Vertreter der Aufklärung gingen auch im Krankheitsfall nicht von ihrer Maxime ab, den Betroffenen so weit und so schnell wie möglich zu befähigen, im Hinblick auf seine Gesundheit selbständig und unabhängig zu werden. Bei den Lebensreformern war es die „Stärkung der Lebenskraft“, die dem einzelnen Handlungsspielraum einräumt und ihn zum „aktiven Partner“ des Heilkundigen werden läßt. Für die Nationalsozialisten stellte die Erziehung zum Ertragen von Schmerz und „Unbill“ auch ein Instrument zur gesundheitlichen „Selbsthilfe“ dar, das sich jeder durch Abhärtung und Training erwerben konnte. Anders dagegen sieht es beim naturwissenschaftlichen Ansatz aus, wonach sowohl Gesundheit als auch Krankheit insbesondere mit der Veränderung der Zellstruktur bzw. Mikroorganismen zu tun haben. Hier soll sich der Kranke in erster Linie passiv behandeln lassen sich streng an die hygienischen und medizinischen Vorschriften halten. Durch eine verklausulierte Sprache („Fachchinesisch“) wird ihm sogar die Einsicht in die Zusammenhänge vorenthalten, so daß eine aktive Beteiligung am Heilungsprozeß nahezu ausgeschlossen ist.

- (9) Gesundheitsbildung als interaktiver und emanzipatorischer Prozeß in Richtung auf ein Mehr an Lebensqualität und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen

Wenn im folgenden vom „emanzipatorischen Prozeß“ die Rede ist, soll dies im Zusammenhang mit Gesundheitsbildung so verstanden werden, daß man damit sowohl die Befreiung von unnötigen individuellen und gesellschaftlichen Zwängen, im Sinne von Vermittlung von Wissen, Kenntnissen und Fertigkeiten an das Individuum und von Reduzierung einschränkender individueller und gesellschaftlicher Momente meint, als auch die Befreiung zur Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen durch das Bestreben zur Erreichung des höchstmöglichen Grades von „Chancengleichheit“ für jeden Einzelnen.

Die Forderung nach Gesundheitsbildung als einem interaktiven und emanzipatorischen Prozeß setzt zunächst voraus, daß zum einen im gesundheitlichen oder gesundheitlich relevanten Bereich „unnötige individuelle und gesellschaftliche Zwänge“ bestehen und dass zum anderen das Prinzip der Chancengleichheit für alle im Hinblick auf gesundheitliche Belange noch nicht im vollen, bereits möglichen Umfang verwirklicht ist.

Zum ersten Punkt ist anzumerken, daß gerade der Gesundheitsbereich eine klassische Domäne ist, in der sowohl notwendige als auch unnötige Abhängigkeit und Vormundschaftlichkeit erfahren wird. Dabei ist es u.a. der traditionelle, biomedizinische Gesundheitsbegriff, der dies nahezu zwangsweise impliziert, da hier der „Patient“ nicht bloß derjenige ist, der nicht nur die Krankheit geduldig erträgt bzw. ertragen muß, sondern auch deren Behandlung. In diesem Zusammenhang lassen sich die bereits formulierten Forderungen historisch nachweisen: einmal sind es die Bestrebungen der gesundheitlichen Aufklärung, die den Menschen über die Bildung seiner Vernunft aus seiner „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ in gesundheitlichen Belangen herausführen wollen. Zum anderen sind es die Aktivitäten und Forderungen der Lebensreformer, die auf den Aspekt der gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen als „gesundheitsbildnerisch bedeutsame Lebenswelt“ hinweisen und ein gemeinsames Handeln in Richtung auf die Schaffung einer „heilen“ Kultur, Lebensgemeinschaft und Gesellschaft propagieren, womit Gesundheitsbildung in ihrem Sinne einen gesellschaftspolitischen Auftrag erhält.

Insgesamt wird der Aspekt der Befreiung von unnötigen individuellen und gesellschaftlichen Zwängen in den meisten Ansätzen nur begrenzt angesprochen. Dies mag u.a. daran liegen, daß die Frage nach „unnötigen Zwängen“ und nach „Chancengleichheit“ überhaupt erst in der Aufklärungsepoche auftaucht. Bis zu dieser werden die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie z.B. Ständeordnung, christliche Lebensvorschriften usw., kaum als „unnötiger Zwang“ oder „Ungerechtigkeit“ thematisiert. Darüber hinaus scheint eine klare Unterscheidung zwischen „unnötigem Zwang“ und „notwendiger Ein- bzw. Unterordnung“ oft nur schwer möglich zu sein, da dies häufig mehr eine Frage der ideologischen Werthaltung als der objektiven Überprüfbarkeit ist.

Was die „Chancengleichheit“ anbelangt, so fordern die Aufklärer die Möglichkeiten der gleichen Chancen auch in bezug auf die gesundheitlichen Belange, wobei damals bereits - soweit wie möglich - einerseits die Unabhängigkeit des Einzelnen vom Gesundheitsexperten intendiert ist und andererseits der gleiche Zugang zu den Gesundheitsdiensten und zum gesundheitlichen Wissen für jedermann gefordert wird. Den emanzipatorisch orientierten Gesundheitsbildner zeichnet dann, ähnlich wie den allgemeinen Erzieher aus, dass er dem einzelnen dazu verhilft, seine gesundheitlichen Angelegenheiten in Zukunft unabhängig vom Experten selbst in die Hand nehmen zu können und sich allmählich - ganz im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ - seinerseits überflüssig macht.

Dabei muss der Ablösungsprozeß bei Krankheiten, für die eine reduzierte Handlungsfähigkeit und eine erhöhte „Pflegebedürftigkeit“ charakteristisch ist, sicherlich anders verlaufen als bei solchen, die den „aktiven und selbstverantwortlich entscheidenden Patienten“ zulassen, ja sogar erfordern. Eine Schwierigkeit besteht allerdings darin, bei der breiten Bevölkerung ein Bewußtsein dafür zu entwickeln, daß wir es bei der Gesundheit sowohl mit einem individuell beeinflussbaren als auch einem sozial determinierten Phänomen zu tun haben. Das „Trägheitsmoment“ zu überwinden, ist besonders schwierig in einer Gesellschaft, die ihre Mitglieder auch im gesundheitlichen Bereich als „Konsumenten“ behandelt, anstatt sie zur Selbstverantwortlichkeit anzuregen.

Einen Weg aus diesem Dilemma weist evtl. die Ausrichtung an den Vorstellungen der Lebensqualität und den „menschlichen Potentialen“. D.h. die Gesundheitsbildung sollte sich weniger auf die Defizite als auf die noch entfaltungsfähigen und entfaltungsbedürftigen Bereiche konzentrieren (siehe dazu auch die Ausführungen über Salutogenese in Kap.2.4.2). Ob Gesunde, Kranke oder Risikopersonen im Mittelpunkt der Bemühungen stehen, ist dabei unerheblich. Im wesentlichen erfolgt die Ausrichtung auf jene Bereiche, die noch erweiterbar und förderungsfähig sind. So ist es verständlich, daß die Gesundheitsbildung bereits bei den Gesunden bzw. bei den Gesundheitsbewußten ansetzt, damit diese präventiv und prophylaktisch aktiv werden.

(10) Ziele und Aufgabenbereiche von Gesundheitsbildung

Als ergänzender Schritt zur Begründung der zentralen Merkmale von Gesundheitsbildung ist nun im folgenden zu klären, welche zukünftigen gesundheitspädagogisch relevanten Ziele und Aufgaben aus den dargestellten Ansätzen ableitbar sind. Wie die historischen und aktuellen Konzepte gezeigt haben, zeichnet sich gesundheitspädagogisches Handeln - insbesondere was seine Ziele betrifft - durch eine beachtliche Bandbreite unterschiedlicher Profile aus. Die Konzepte wurden zunächst daraufhin ausgewertet, welche leitenden und übergeordneten, handlungsbezogenen Zielsetzungen jeweils als dominant zu betrachten sind.

So fiel z.B. auf, daß die, sonst so unterschiedlichen Konzepte, gemeinsam vor allem an der Förderung, Erhöhung und Verbesserung gesundheitlich bedeutsamer Fähigkeiten und Verhaltensweisen interessiert sind. Hinzu kommt, daß vor allem auch ein Schwerpunkt nachweisbar ist, der mehr diejenigen Aktivitäten in den Mittelpunkt stellt, die vor allem eine Erhaltung und Stabilisierung der Gesundheit bzw. des gesundheitsgerechten Verhaltens intendieren. Hier handelt es sich in erster Linie um Maßnahmen, die bereits vorhandene, gesundheitsförderliche Lebensweisen pflegen und unterstützen, um gesundheitsschädliche gar nicht erst entstehen zu lassen.

Etwas andere Akzente setzen die Konzepte, die u.a. auch prophylaktische und vorbeugende Maßnahmen in den Vordergrund stellen, wie das z.B. bei der medizinischen Aufklärung, der naturwissenschaftlichen Hygiene und beim amerikanischen „health promotion“ Ansatz der Fall ist. Im allgemeinen werden hier erst dann vorbeugende Schritte unternommen, wenn bereits die Gefahr besteht, daß sich gesundheitsförderliches bzw. -gerechtes Verhalten zu verschlechtern droht bzw. gesundheitsgefährdendes Verhalten schon erkennbar wird. Einen weiteren Schwerpunkt, der vor allem in der naturwissenschaftlichen Hygiene stark hervortritt, stellt das Bemühen um Wiederherstellung bzw. Restitution von Gesundheit bzw. gesundheitsgerechtem Verhalten dar. Genauso wie Paracelsus davon ausgeht, daß jeder Mensch schon „von Natur aus“ krank ist und der Unterstützung und Heilung durch einen Experten bedarf, konzentriert sich eine krankheitsorientierte Gesundheitsbildung darauf, meist flankierend zu anderen (z.B. kurativen) Maßnahmen, dem Kranken solange pädagogische Hilfestellung zu leisten, bis er wieder gesund ist. Die Schwerpunkte Erhaltung, Vorbeugung und Wiederherstellung umfassen dabei auch alle jene Aktivitäten, die insbesondere auf Lebensverlängerung und -erhaltung (z.B. unabhängig von der Lebensqualität für den Einzelnen) ausgerichtet sind.

Als - für die heutige Zeit - relativ neuen und für den Bildungsbereich nicht ganz unproblematischen Aufgabenbereich thematisiert die Erziehung zur Selbstheilung einen Weg der Heilung durch Selbstdisziplinierung und Selbstkontrolle, i.S. einer Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Sensibilisierung für krankhafte Veränderungsprozesse im Zusammenwirken von Körper und Umwelt sowie zur Freisetzung bereits latent vorhandener Selbstheilungspotentiale. Einen anderen Schwerpunkt setzen sowohl die Vertreter der christlichen Gesundheitsbildung des Spätmittelalters, als auch die Repräsentanten der medizinischen Aufklärung. Für sie muß Gesundheitsbildung vor allem auch Erziehung zur Selbsthilfe und zum Krisenmanagement (coping) sein, d.h. sie muß u.a. nicht nur auf den Umgang mit lebensbedrohlichen bzw. akut gefährlichen Ereignissen und Situationen vorbereiten, sondern auch Selbsthilfemöglichkeiten für anhaltende und dauerhafte (z.B. chronische) gesundheitliche Einschränkungen bereitstellen.

Im Unterschied dazu scheint es das Ziel der christlichen Gesundheitsbildung im Früh- und Hochmittelalter gewesen zu sein, bei den Betroffenen die Fähigkeit zur Akzeptanz, Integration und Kompensation von Unabänderlichem und zum Erkennen der Sinnhaftigkeit von Krankheit und Siechtum zu entwickeln. Mit der Bindung an den Glauben und die gesamte Sinnhaftigkeit göttlichen Waltens betont man hier einmal die Entfaltung der eigenen Kräfte zur Bewältigung schwieriger gesundheitlicher und zum anderen die Bedeutung des seelsorgerischen Beistandes, der oft für die Annahme von unabänderlichen, gesundheitlichen Einschränkungen oder Entwicklungen notwendig ist.

Schließlich unterstreicht der gesellschaftspolitische Ansatz die Notwendigkeit, gesundheitsbezogenes Handeln auch als soziokulturell bedingtes zu begreifen, das, um beeinflußt und in Richtung auf mehr Lebensqualität hin verändert werden zu können, u.a. entsprechender politischer, sozialer und kollektiv-gemeinsamer Anstrengungen bedarf. D.h. auch, daß eine so verstandene Gesundheitsbildung dort, wo es im Interesse der Betroffenen erforderlich und sinnvoll ist, z.B. zu bestimmten Entwicklungen und Mißständen kritisch Stellung bezieht und zu solidarischem Handeln aufruft.

Insgesamt lassen sich also in den dargestellten Konzepten schwerpunktmäßig folgende Ziele und Aufgaben nachweisen:

1. Förderung und Verbesserung („Mehr an Lebensqualität“)
D.h. Gesundheitsbildung konzentriert sich auf die Entfaltung und Erhöhung von bereits gut entwickelten, :gesundheitsförderlichen Fähigkeiten und schon vorhandenen Potentialen.
2. Erhaltung und Stabilisierung
D.h. gesundheitsförderliches Verhalten soll erhalten und stabilisiert sowie gesundheitsschädliches Verhalten vor seiner Entstehung verhindert werden.
3. Prophylaxe und Vorbeugung
D.h. Gesundheitsbildung initiiert Maßnahmen zur Vermeidung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, ergreift vorbeugende Aktivitäten gegen nachlassendes positives Verhalten und versucht bei bereits bestehenden Gefährdungen den Schaden zu begrenzen.
4. Wiederherstellung und Restitution
D.h. Gesundheitsbildung zielt darauf ab, gesundheitsförderliches Verhalten wieder aufzubauen bzw. führt spezifische Maßnahmen zur Wiederherstellung von gesundheitsgerechtem Verhalten durch.
5. Selbstheilung
D.h. Gesundheitsbildung bietet Lernhilfen zur Sensibilisierung und Selbstkontrolle an und entfaltet bzw. setzt - ganz i.S. einer Provozierung der Selbsthervorbringung - selbstheilende Potentiale und Kräfte frei
6. Selbsthilfe und Krisenmanagement (coping)
D.h. Gesundheitsbildung stellt Hilfen im Umgang mit akut auftretenden bzw. chronisch anhaltenden Gesundheitsproblemen im Sinne „Erster Hilfe“ und einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ bereit.
7. Akzeptanz, Integration, Kompensation und Sinnfindung
D.h. Gesundheitsbildung gibt Unterstützung beim Umgang mit und bei der Bewältigung von Krankheit, Gebrechlichkeit, Behinderung und bevorstehendem Tod als unvermeidbaren Tatsachen menschlichen Lebens.

8. Gesellschaftspolitische Interessenvertretung

D.h. Gesundheitsbildung arbeitet auf kollektive und solidarische Vertretung und Sicherung berechtigter, gesundheitsrelevanter Interessen und Ansprüche im gesellschaftlichen Leben hin.

Viele der gewonnenen Vergleiche lassen sich relativ leicht verstehen, wenn man die gleichzeitigen soziokulturellen Strömungen mit berücksichtigt. So erreichen z.B. Prophylaxe und Krisenmanagement wohl nicht zufällig einen besonderen Höhepunkt während der Industrialisierungsepoche, in der man den Wert der individuellen Arbeitskraft für Staat, Militär und Wirtschaft erkennt. Ebenso verständlich ist, daß die Sinnfindung zu einer Zeit besonders betont wird, in der Jenseitsorientierung und schlechte gesundheitliche Versorgung der breiten Bevölkerung Hand in Hand gehen.

Ergänzend ist zu den erörterten Ziel- und Aufgabenbereichen hinzuzufügen, daß es z.B. im ersten Bereich der Förderung, Erhöhung und Verbesserung im allgemeinen bei vielen Menschen (vor allem aber bei Kindern und Jugendlichen) kein direktes „Gesundheitsmotiv“ gibt und deshalb in einigen Ansätzen, z.T. substituierend dafür andere Wünsche, Bedürfnisse und Ziele eingesetzt werden (wie z.B. das „Streben nach körperlicher Schönheit“), die als Indikatoren für Lebensqualität und -bereicherung betrachtet werden können. Als wesentlich erscheint es auch zwischen Erhaltung/Stabilisierung und Prophylaxe/Vorbeugung zu unterscheiden, da im ersten Fall das bereits oder noch vorhandene gesundheitsförderliche Verhalten aktiv gepflegt und stabilisiert wird, während im zweiten Fall die Gefahr der Verschlechterung von gesundheitsbezogenem Verhalten im Mittelpunkt steht.

Darüber hinaus muß es bei Gesundheitsbildung, schon von der Natur der Sache her, immer auch um die - soweit möglich - gleichzeitige Aktivierung von körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen gehen: um Einüben und Sensibilisieren, um Trainieren und Aktivieren, um Wahrnehmen und Erkennen, um kognitive und intuitive Prozesse, um Verstand und Gefühl.

Ferner läßt sich erkennen, daß z.B. die besondere Betonung der Förderung, Erhöhung und Verbesserung gesundheitsgerechten Verhaltens in der Antike erst wieder im 20. Jahrhundert einen vergleichbaren Stellenwert erhielt. Ein anderer Trend läßt sich für die gesellschaftspolitische Interessenvertretung ableiten. Spielte sie bis zur Aufklärung offensichtlich noch keine Rolle, so nimmt ihre Bedeutung zu, je mehr wir uns dem 20. Jahrhundert nähern. Eine ähnliche Entwicklung läßt sich auch für die Selbsthilfe belegen. Alle drei Bereiche, nämlich Förderung, gesellschaftspolitische Interessenvertretung und Selbsthilfe scheinen auch in direktem Zusammenhang mit den gesamtgesellschaftlichen Veränderungen in Richtung auf eine verstärkte Individualisierung zu stehen. In ihnen spiegelt sich nämlich u.a. auch die zunehmende Erweiterung der Ziel- und Aufgabenpalette wieder, die allmählich zur Abdeckung der unterschiedlichsten individuellen Wünsche und Bedürfnisse erforderlich ist. Auch die seit der Aufklärungsepoche relativ geringe Bedeutung von Sinnfindung und Akzeptanz dürfte sich im Zusammenhang mit der Abnahme von Religiosität und der Zunahme von Technik- und Machbarkeitsgläubigkeit entwickelt haben.

Vergleicht man die Ansätze darüber hinaus noch auf ihre Ähnlichkeiten hin, so läßt sich eine besondere Affinität zwischen dem Ansatz der christlichen Gesundheitsbildung des Spätmittelalters, der medizinischen Aufklärung und der naturwissenschaftlichen Hygiene erkennen. Alle drei favorisieren die Bereiche der -Prophylaxe/Vorbeugung und weitgehend auch die der Selbsthilfe/des Krisenmanagements, jedoch berücksichtigen sie weniger die Selbstheilung und den Sinnfindungsaspekt.

Insgesamt kann als Zwischenbilanz festgehalten werden, daß die Gesundheitsbildung ein breites Spektrum von Aufgaben und Zielen umfassen kann, jedoch aus Gründen der Komplexität des Sachverhaltes ohne bewußte vorherige Wertentscheidung und Priorisierung letztlich nicht praktikierbar ist. Die zusammengestellten Ziel- und Aufgabenbereiche sind nicht als konkrete Empfehlungen für die Praxis gemeint, sondern sollen nur als potentielle Möglichkeiten und Grundlagen für eine begründete, individuell-bewußte Wertentscheidung dienen. Dies gilt auch für die bisherige Entwicklung der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Die Kap.3 ausführlich beschriebenen Fragestellungen und Kriterien einer Konzeption von Gesundheitsbildung, die nur einige beachtenswerte Aspekte repräsentieren und lediglich - i.S. von Häberle (1981) - als Orientierungswerte verstanden werden sollen. Außerdem bietet die Zusammenfassung dem Gesundheitspädagogen die Möglichkeit des Vergleiches, um bei seiner eigenen Arbeit z.B. unter- oder überrepräsentierte Aspekte zu erkennen und zu überlegen, ob von ihm bisher unbeachtete Elemente der Gesundheitsbildung nicht auch Aufmerksamkeit verdienen und wie sich der eigene Ansatz in die aufgezeigten weltanschaulichen Standpunkte einordnen läßt.

Allerdings erheben die hier unterschiedenen Ziel- und Präventionsdimensionen weder den Anspruch allumfassend, noch die einzig möglichen zu sein. Jedoch handelt es sich bei ihnen um zentrale Kategorien, die für eine Gesundheitsbildung, die sich im Einklang mit der freiheitlich-demokratischen Grundwerteorientierung versteht, als (auch historisch) begründete Diskussionsgrundlage betrachtet werden können.

Relativierend sei jedoch angemerkt, daß - was die vorgelegte Reihenfolge und Einteilung sowie die begrifflichen Bestimmungen betrifft - für Ergänzungen oder Weglassungen sicherlich triftige Gründe gefunden werden könnten. Doch besteht sowohl bei einer „totalen Integration“ aller darüber hinaus möglichen Dimensionen ohne Prioritätensetzung, als auch bei einer zu engen Eingrenzung auf einige wenige Aspekte die Gefahr, daß dann die Konzeptualisierung zu informationsarm und bedeutungslos wird.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass

1. die einbezogenen Dimensionen nicht isoliert voneinander, sondern als miteinander verwoben zu betrachten sind;
2. die Reihenfolge und Plazierung der dortgenannten Ziel- und Aufgabenbereiche grundsätzlich diskutabel sind;
3. die herausgearbeiteten Aspekte einer zeitgemäßen Gesundheitsbildung zum einen nicht wertfrei und zum anderen nicht statisch und zeitlos sind, sondern dem soziokulturellen und historischen Wandel unterliegen;
4. die erörterten Ziel- und Aufgabenbereiche selbstverständlich in der Praxis nicht immer und überall berücksichtigt und verwirklicht werden können und müssen, sondern für die in der Gegenwart Planenden und Handelnden lediglich als Orientierungshilfe und Hinweis auf die Komplexität ihres Arbeitsfeldes dienen sollen.

Schließlich ergaben sich bei der Analyse der oben genannten möglichen Ziele und Aufgabenstellungen noch verschiedene Fragen, die u.a. mit der praktischen Verwirklichung der Gesundheitsbildung zusammenhängen. Als diskussionsbedürftig erscheint z.B. der Aspekt der lebenslaufbezogenen kompensatorischen Möglichkeiten; d.h. es müssen sich, wie schon gezeigt, die Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsbildung über die gesamte Lebensspanne hinweg nicht nur inhaltlich den veränderten Bedürfnislagen anpassen, sondern auch mit den Möglichkeiten der Kompensation befassen. Unklar ist dabei allerdings noch, wie eine solche inhaltliche Anpassung im Laufe des Lebens aussehen könnte oder sollte, bzw. ob und welche Möglichkeiten der Kompensation bestehen.

(11) Gesundheitsbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung - ein Vergleich von historischen und aktuellen Ansätzen

Nachdem nachgewiesen werden konnte, dass das dieser Arbeit zugrundeliegende Vorverständnis einer zukünftigen Gesundheitsbildung als zutreffend und begründbar betrachtet werden kann und auch mögliche Ziele und Aufgaben abgeleitet werden konnten, ist im folgenden noch der Frage nachzugehen, welche praktische Relevanz die dargestellten historischen und aktuellen Konzepte für eine Gesundheitsbildung haben können, die sich den Leitvorstellungen vom ganzheitlich-personalen Menschen in einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaft verpflichtet weiß.

Obwohl einige der Ansätze in ihren Zielsetzungen und Vorgehensweisen als Gesamtkonzepte nicht akzeptabel erscheinen, implizieren sie z.T. doch partielle und spezifische, für die Gesundheitsbildung fruchtbare Erkenntnisse, die für diese weiterführende Anregungen und Denkanstöße geben können. Mit anderen Worten: mit den - oft sehr einseitigen - historischen und gegenwärtigen gesundheitspädagogischen Positionen sind jeweils eigentümliche Stärken und Schwächen verbunden, die auf ihre Bedeutsamkeit hin untersucht werden müssen.

Je nach der gewählten pädagogischen Intention und den Gesichtspunkten, unter denen Gesundheitsbildung betrieben wird, kann nämlich der eine oder andere Aspekt der dargestellten Konzepte in der gesundheitspädagogischen Praxis Bedeutung gewinnen. Diese Bedeutsamkeit soll exemplarisch für die Erwachsenenbildung herausgearbeitet werden, wobei die nachfolgenden Aussagen m.E. auch für andere Erziehungs- und Bildungsbereiche relevant sind. Unabhängig davon verstehen sich die Ausführungen insgesamt in erster Linie als Diskussionsbeitrag für ein noch wenig entwickeltes pädagogisches Handlungsfeld und weniger als normativ umfassende Richtlinien.

Im einzelnen soll an folgenden zwei zentralen Aspekten aufgezeigt werden, welche praxisrelevanten Beiträge die verschiedenen Ansätze für eine zeitgemäße Gesundheitsbildung zu bieten vermögen:

1. Der Beitrag zur theoretisch-konzeptionellen Absicherung der gesundheitspädagogischen Praxis

Wie die erwachsenenpädagogische Praxis zeigt, plant und handelt jeder im gesundheitspädagogischen Bereich Tätige von einem - oft sehr persönlichen und impliziten - theoretischen Ordnungsmodell aus, mit Hilfe dessen er seine Aktivitäten nicht nur strukturieren, sondern auch gegenüber sich selbst und anderen begründen und rechtfertigen kann. Ein derartiges Modell enthält im gesundheitspädagogischen Bereich - neben vielen anderen Aspekten - zumindest eine Vorstellung von den Grundparametern, die hier der Analyse zugrundegelegt und die, wie die Ansätze gezeigt haben, in ihrer Auslegung sehr verschieden sein können. Wie mit dieser Verschiedenheit konstruktiv umgegangen werden kann und welche Aspekte davon bei der theoretisch-konzeptionellen Absicherung berücksichtigt werden müssen bzw. welche praktischen Konsequenzen daraus gezogen werden können, soll folgend Gegenstand der Überlegungen sein.

2. Der Beitrag zur Planung und praktischen Durchführung von gesundheitsbezogenen Bildungsmaßnahmen

Sind klar umrissene Grundüberzeugungen und Ziele entwickelt, ergibt sich daraus ein Selbst- und Rollenverständnis des Gesundheitspädagogen, das im allgemeinen in der praktischen Arbeit (z.B. in der Methodenauswahl und der didaktischen Aufbereitung des Stoffes) seinen Ausdruck findet. Welche Beiträge die einzelnen Ansätze im Hinblick auf die unterschiedlichen praxisbestimmenden Variablen leisten soll näher untersucht werden.

Der Beitrag zur theoretisch-konzeptionellen Absicherung der gesundheitspädagogischen Praxis

Interessant ist zunächst, daß sich Gesundheitsbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung bis dato als eine praxis orientierte und pragmatische Disziplin versteht, der es weitgehend an einer theoretisch-konzeptionellen Reflexion und Absicherung fehlt. Erst die wildwuchsartigen Entwicklungen in den letzten Jahren zwangen zu einer theoretischen Auseinandersetzung. Insgesamt steht jedoch der schnell wachsenden Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Veranstaltungen auf seiten der Bildungswilligen eine bisher sehr bescheidene theoretische Reflexion und Absicherung durch die Bildungsträger gegenüber. Insofern wird im folgenden versucht, aus den bisherigen Konzepten exemplarisch und schlaglichtartig einige Konsequenzen für die theoretisch-konzeptionelle Absicherung der erwachsenenpädagogischen Praxis zu ziehen:

a. Wachsamkeit gegenüber ideologischer Okkupierung entwickeln

Wie aus der bisherigen Darstellung deutlich wird, ist Gesundheitsbildung oft von Zeitgeistströmungen und soziokulturellen Rahmenbedingungen in eine „Feuerwehrfunktion“ gedrängt worden, wenn aufgrund der vorherrschenden sozialen oder ökonomischen Interessenslage „gesunde Untertanen“ wünschenswert erschienen. Gegenüber dieser Gefahr der ideologischen Okkupierung sollte Gesundheitsbildung auch heute, in einer Zeit des raschen gesellschaftlichen und industriellen Wandels, wachsam sein. Gerade jetzt, in einer Phase der eigenen theoretisch-konzeptionellen und praktischen Um- bzw. Neuorientierung muß sie einseitigen Einflußnahmen unterschiedlichster Gruppierungen widerstehen.

So besteht z.B. im Augenblick die Gefahr, daß erwachsenenpädagogische Gesundheitsbildung zur sozialpädagogischen Hilfsinstanz oder zum Handlanger der Sozialwissenschaften degradiert wird bzw. sich aus der Rolle des verlängerten Armes der kurativen Medizin nicht befreien kann. Damit sich die Gesundheitsbildung in Zukunft ein größeres Maß an Eigenständigkeit sichern kann, sind die Erziehungsabsicht und -erwartungen gerade in der Praxis und durch die Praxis ständig aufs neue ideologiekritisch zu überprüfen.

b. Eine konzeptionelle und inhaltliche Positionierung erarbeiten

Die einzelnen Ansätze (im 2. und 3. Kapitel) haben gezeigt, daß die Rolle und Bedeutung von Gesundheitsbildung insbesondere vom Selbstverständnis der Durchführenden abhängt und davon, wie sich Gesundheitsbildung in den Kanon der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen einordnet bzw. von den bereits vorhandenen Angeboten abgrenzt.

Um diese Einordnung und Abgrenzung vornehmen zu können, muß z.B. grundsätzlich geklärt werden, was Gesundheitsbildung im Rahmen der Erwachsenenbildung eigentlich leisten kann, welche Rolle sie im Zusammenhang mit den anderen gesundheitsorientierten Disziplinen spielen könnte und wie sie z.B. zur Ergänzung oder qualitativen Verbesserung der bestehenden Gesundheitsdienste und -angebote beitragen kann.

Im Interesse der praktischen Umsetzung muß dazu geklärt werden, welche Überschneidungen mit bestehenden gesundheitsorientierten Dienstleistungsangeboten zu erwarten sind bzw. bestehen. Wie die konkrete Abgrenzung und Einordnung in den Kanon der Gesundheitsangebote vorgenommen werden könnte und in welchen Settings (z.B. Krankenhaus, Gesundheitsämter, psychologische Beratungsstellen, Bildungsstätten) bzw. in welcher Form (z.B. Diskussion, gruppenbezogene Unterweisung etc.) Gesundheitsbildung sinnvoll und umsetzbar sein könnte. Auf grundsätzlicher Ebene ist eine klare konzeptionelle Abgrenzung pädagogischer Bildungsveranstaltungen von medizinisch-therapeutischen Interventionen noch zu leisten.

So dürfen Bildungsveranstaltungen z.B. keine Heilbehandlung oder Therapie sein oder diese zu ersetzen versuchen. Sie können bestenfalls als Impulsgeber fungieren und z.B. in Schnupperkursen präventive oder prophylaktische Therapie sein, um damit dem einzelnen den Zugang zu einer ihm adäquaten Heilbehandlung oder Therapie zu erleichtern.

Besondere Vorsicht ist auch bei der Verwendung von historisch bzw. kulturell besetzten Begriffen geboten. Es muß überdacht werden, von welcher terminologisch definitorischen Basis aus Gesundheitsbildung betrieben werden soll. Dazu zählt auch, die in der eigenen Praxis bereits gängigen und selbstverständlichen Termini auf ihre Angemessenheit und gemeinsame Bedeutung hin genau zu überprüfen. Erwartungsgemäß wird man damit auch die sensible Frage berühren, wie und inwieweit die inhaltliche Festlegung von Gesundheit, Krankheit und Heilung Machtfaktoren im gesellschaftlichen Prozeß darstellen, die auch einen direkten Einfluß auf die Realisierung von Gesundheitsbildung ausüben.

Zu einer klaren Positionierung gehört auch, daß sich Gesundheitsbildung über die begriffliche Abgrenzung hinaus inhaltlich von Gesundheitsförderung, -erziehung, und beratung sowie Prävention etc. deutlich abhebt. Als Hauptarbeitsgebiet bietet sich dabei z.B. der Bereich der originären Prävention an, der sich schwerpunktmäßig mit den Interessen von Gesunden und Personen befaßt, wobei entscheidend ist, daß sich Erwachsenenbildung dabei nicht nur auf die Beeinflussung von individuellem Verhalten beschränkt, sondern auch ihrem gesellschaftspolitischen Auftrag gerecht wird, indem sie die Frage nach den ökologischen und interaktiven Einflußfaktoren stellt und aktiv an den Lösungen der damit verbundenen Probleme mitarbeitet.

c. Ein klares professionelles Profil entwickeln

Damit zusammenhängend muß im Interesse der Praxis die konträr diskutierte Frage nach dem Berufsbild des „Gesundheitspädagogen“ noch weiter geklärt werden. Entsprechendes gilt auch für die Rolle und Bedeutung von Wissenschaft und universitärer Forschung für die Gesundheitsbildung. Folgende verschiedene Fragen sind u.a. noch zu klären:

- Welche Basisdisziplinen sollen für Gesundheitsbildung in Betracht gezogen werden (z.B. Gesundheitswissenschaften, Soziologie, Medizin, Pädagogik etc.)?
- Welche Grundqualifikation ist für einen Gesundheitspädagogen notwendig bzw. sinnvoll?
- Ist z.B. eine Akademisierung und Professionalisierung unter Berücksichtigung der augenblicklichen gesellschaftlichen Bedingungen und der zu erwartenden Anforderungen an Gesundheitspädagogen sinnvoll bzw. wünschenswert und wenn ja, in welcher Form?

d. Präventive Akzente setzen und gesundheitlich relevante Lernbereiche im Alltag kultivieren

Desweiteren ist auch die Rolle von Bildung und Erziehung auf den verschiedenen Ebenen der Prävention zu klären; neben der Grundsatzfrage, was Gesundheitsbildung in erzieherischer Hinsicht überhaupt leisten kann, ist dabei insbesondere der Zusammenhang von pädagogischem Handeln und medizinisch-therapeutischem Heilen sowie von Gesundheit, Krankheit und Heilung und dem pädagogischen Potential der (im 1. Kapitel) dargestellten Modelle bzw. ihrer Relevanz für pädagogisches Handeln zu differenzieren.

Auch die Frage nach dem „ganzheitlichen“ Gesundheitsbegriff und seiner alltagspraktischen Bedeutung (Verhältnis von Teil zum Ganzen bzw. die Wechselwirkungen zwischen Körper-Geist-Seele und Umwelt) ist bisher weitgehend ungeklärt geblieben, wiewohl im Kap. 2.8. beschrieben, es dazu recht interessante Anregungen und Methoden gibt. Anregungen für die Praxis können sie auch in bezug auf die Notwendigkeit einer sensiblen Überprüfung von gesundheitsrelevanten Lernbereichen im täglichen Lebensvollzug geben. So weist z.B. der Ansatz von Mehl (1986) auf zweierlei hin, zum einen, daß möglicherweise Gesundheit und Krankheit weit mehr als bisher angenommen mit direkten und indirekten Lernprozessen zusammenhängen und zum anderen, wo eventuell verlorengegangene pädagogische Zusammenhänge wieder aufgedeckt und neu überdacht werden könnten. Dabei wäre es sinnvoll, die bereits bestehenden Bildungsangebote auf ihre implizite gesundheitspädagogische Relevanz hin zu prüfen.

- e. Auf evaluationsorientierte Methodenverträglichkeit und -integration hinarbeiten

Auch die Notwendigkeit eines praxisorientierten Kriterienkatalogs, der den bisherigen „Methodenwirrwarr“ durch eine „Methodenintegration“ ablöst, läßt sich aus den Konzepten ableiten. Hierzu gehört u.a., im Sinne gutachterlicher Gesichtspunkte, Beurteilungs- und Selektionskriterien für Methoden und Inhalte festzulegen, die eine Hilfe zur praktischen Arbeit darstellen (z.B. für den Einsatz geeigneter Dozenten bzw. die Auswahl von sich ergänzenden Angeboten). Dazu kommt die Klärung der Frage, welche Bedeutung, Funktion und Reichweite gesundheitspädagogische Veranstaltungen im gesellschaftlichen Kontext haben können bzw. wo die Grenzen ihrer Wirkung liegen und welche Weiterentwicklung möglich bzw. notwendig ist.

Schließlich ergibt sich die dringende Notwendigkeit, ein institutionsspezifisches, inhaltliches Rahmenkonzept zu entwickeln, in dem die Bedingungen, Voraussetzungen, Schwerpunktsetzungen und Formen der Inhaltsvermittlung und der Angebote in Fein- und Grobzielen differenziert sind und das Hinweise zur Erfolgskontrolle und Evaluation enthält. Die Volkshochschulen haben hier mit dem Rahmenplan Gesundheitsbildung eine Vorreiterrolle inne (siehe auch Kap.3.3. Rahmenplan „Gesundheitsbildung an Volkshochschulen“).

- f. Risikobereitschaft, Kreativität und Experimentierfreudigkeit fördern

Solange Gesundheitsbildung mangels besseren Wissens als „didaktisch-methodisches Versuchshandeln“ (Venth, 1987) betrachtet werden muß, bedarf es der Risikobereitschaft, Kreativität und dem offenen gegenseitigen Austausch aller Beteiligten, der dann besonders fruchtbringend ist, wenn es gelingt, eine Atmosphäre der Wertschätzung, des Vertrauens und der Akzeptanz herzustellen. Als Paradebeispiel für diesen gemeinsamen „spirit“ kann die pragmatische und experimentierfreudige Vorgehensweise bei der Gestaltung und Durchführung des Lehrgangs für GesundheitsbildnerInnen an den Volkshochschulen betrachtet werden. Insbesondere der in Kap.2 diskutierte Rahmenplan ist dabei kein theoretisches Konstrukt, keine leblose Idee, sondern ein praktisches Experimentierfeld, eine von allen Beteiligten gelebte Philosophie, ein innovationsbetonter und dem Wandel verpflichteter Ansatz. Die Gesundheitsbildung muss sich eine starke Unterstützung und Akzeptanz bei den Teilnehmern erwerben und sichern, indem sie sich erfahrungsorientiert und interdisziplinär ausrichtet.

(12) Chancen und Risiken einer Professionalisierung innerhalb der Gesundheitsbildung

Wie in anderen Abschnitten dieser Arbeit bereits geschehen, wurde der Sinn und die Notwendigkeit einer Professionalisierung von Gesundheitsbildung am Orientierungsmodell der Volkshochschule diskutiert. Das gesundheitspädagogische Feld in der Bundesrepublik stellt ein noch weitgehend unstrukturiertes und oft noch ein lediglich neben- bzw. ehrenamtlich bearbeitetes Aufgabengebiet dar (siehe auch Kap. 2.6.). Obwohl hierzulande die Gesundheitserziehung seit den 30er Jahren den Gesundheitsämtern als Pflichtaufgabe zugewiesen wurde, befinden sich die Professionalisierungstendenzen immer noch in der Anfangsphase.

Zum einen wird darüber diskutiert, ob das Berufsbild eines „Gesundheitspädagogen“ zu „institutionalisieren“ wäre und erforderlich ist und auf der anderen Seite vertritt die Forschungs- und Entwicklungsgruppe „Gesundheitswissenschaften“ an der Universität Bielefeld den entgegengesetzten Standpunkt, der sich widerspiegelt im Diplom-Aufbaustudium „Gesundheitswissenschaften“. Hier wie auch in Bielefeld, Köln, Bremen, Oldenburg oder Wuppertal existieren inzwischen Studiengänge im Bereich Gesundheitswissenschaften und damit –bildung.

Dazwischen aber liegen eine Vielzahl von Programmen, Schulungen, Zusatzqualifizierende Maßnahmen, Kurse und Gesundheitsgruppen. Gerade die Volkshochschule ist aus ihrem Selbstverständnis heraus angetreten, nicht nur auf einer „Gesundheitswelle“ auf zu springen, sondern gesellschaftlich relevante Angebote und Qualifizierungsmaßnahmen zu erstellen und durch zu führen.

Wie wir sehen konnten, fehlte es an der Volkshochschule nicht an konzeptionellen Ideen. Sie konnte aber ihre – in den 80er Jahren – entstandene Vorreiterrolle in Sachen Gesundheitsbildnerqualifizierung nicht ausnutzen. Die angestrebte „gesellschaftlichpolitische“ Etablierung und damit verbunden eine „seriöse“ Verwendung der Berufsbezeichnung „Gesundheitsbildner“ wurde nicht eingelöst.

Die Neben- und freiberuflichen Dozenten, die Kursleiter und die angehenden „Gesundheitsbildner“ haben zumindest zurzeit keine Aussicht die eigene Professionalität durch Qualifizierungsmaßnahmen an den Volkshochschulen wesentlich zu verbessern.

An dieser Situation wird sich auch nichts Wesentliches durch die „Qualitätsdebatten“ ändern – auch wenn dies für den Leistungsnachweis der zu erbringenden Gesundheitsangebote unausweichlich ist. Aber Qualität entscheidet hier nicht über Berufsrollenperspektiven, sondern macht ihre Perspektivlosigkeit erst deutlich.

Ein Beleg hierfür ist, dass die „Verberuflichung“ über die Gründung einer nicht mehr überschaubaren Zahl von Bildungsvereinen und –institutionen stattfindet. Also eher in den Nischen und der Grauzone des Gesundheitsmarktes. Dieser zum Teil „antiprofessionellen Situation“ steht die Volkshochschule immer noch „hilflos“ gegenüber und muss sich in diesem Markt der Anbieter und Nachfrager oft „naserümpfend“ behaupten.

Pädagogischer Impetus oder Rückzug schadet jedoch mehr als es nützt. Der Begriff der Professionalisierung meint keineswegs nur oder vorrangig „Verberuflichung“ z.B. der Gesundheitsbildung, sondern meint auch den differenzierten Umgang mit interdisziplinärem Wissen wie auch ein diagnostisches und flexibles sowie vernetztes Handeln in einem Praxisfeld wie der Gesundheit.

Mit dem Lehrgang GesundheitsbildnerIn und der Umstrukturierung eben in diesem Fachbereich, wurde zumindest dieses Teilziel erreicht.

Hiermit sind Chancen aber auch Risiken verbunden.

Chancen:

- Neue bildungsunterprivilegierte Menschen können auch ohne viel Geld angesprochen werden.
- Konkrete und angepasste Prävention und Reha lassen sich mit den Betroffenen und primär in ihren Interessen realisieren durch Ausweitung der Mitsprache und Mitbestimmung.
- Schwellenängste, sich mit der eigenen Gesundheit auseinandersetzen zu wollen werden abgebaut.
- Die VHS bringt sich in kooperative Planung des Gesundheitswesens ein und kann relativ „unbefleckt“ die Vernetzung fördern.
- Teilnehmer beginnen sich selbst zu organisieren und greifen nur noch partiell auf Ressourcen der VHS zurück und dies mit Unterstützung der VHS.
- Dozenten schaffen sich neue Tätigkeitsfelder und möglicherweise Arbeitsplätze aufgrund eines erweiterten „Gesundheits- und Organisationsbewusstseins“.
- VHS kann neue Finanzierungsquellen erschließen (Kassen’, Arbeitsverwaltung, Gesundheitsministerien Verbände, usw.).
- Selbst- und Mitbestimmung im Gesundheitsbereich werden gefördert.
- VHS ist auf Herausforderungen an Gesundheit und Umwelt vorbereitet und kann Lösungsstrategien vermitteln.

Risiken:

- Die dazu notwendige Offenheit und Selbsthilfeorientierung lässt sich mit den Strukturen der VHS alleine nicht verwirklichen.
- Durch eine Politisierung der Gesundheitsbildung verliert das BZ seinen bisherigen Freiraum. Die Betroffenen verlieren dann möglicherweise einen letzten Schonraum im Gesundheitssystem.
- Die Gefahr besteht, dass bei stark individuellem Leidensdruck falsche Hoffnungen aufgebaut werden.
- VHS wird im Zuständigkeitsgerangel zermürbt und zieht sich resigniert aus gesundheits-, politischer Auseinandersetzung zurück.
- Gebotener Freiraum wird aufgrund der fehlend Legitimation, aber auch wegen der schwerer kontrollierbaren Selbsthilfe gesprengt.
- Dozenten nutzen ihre erworbenen Qualifikationen im freiberuflichen, privatwirtschaftlichen Sektor. VHS blutet aus, weil es Mitarbeiter verliert und diese ihm zur Konkurrenz werden (siehe jetzt schon Psychomarkt)
- VHS wird abhängiger von nichtkommunalen Geldgebern.
- Mitbestimmung kann Autonomieverlust auf bestimmten Entscheidungsebenen mit sich bringen.
- Es ist irgendwann wirklich zu spät. Es geht nur noch ums blanke Überleben. Gesundheitsbildung ist dann reine Illusion.

Dass mit diesen Risiken umgegangen werden kann und die Chancen ergriffen werden können lässt sich aus der Praxis der letzten fünfzehn Jahren Gesundheitsbildung und den Gesundheitswerkstätten an der VHS ableiten.

Die institutionelle Professionalisierung einer Volkshochschule als Anbieter von Gesundheitsbildung hängt ab von folgenden Voraussetzungen:

- Die Gesundheitsbildung muss sich allen öffnen.
- Gesundheitsbildung ist nur möglich, wenn die Bereitschaft besteht bzw. gefördert wird, zur Kooperation mit allen, die bereit sind eine öffentliche, wenn auch kontroverse Gesundheitsdiskussion zu führen.
- Die Realisierung „offener“, konkreter und „nicht diskriminierender“ Gesundheitsangebote ist nur über kooperative Planung möglich. Möglichst viele Interessen müssen also an der Planung schon beteiligt werden.
- Die Planer (Institutionen) müssen lernen, neuen Umgang mit neuen, vielleicht „fremden“ Teilnehmern zu pflegen, also die Sorge verlieren, die routinierten Entscheidungswege zu verlassen.
- Die Planer (Institutionen) müssen ihre eingeübten und möglicherweise eingefahrenen Strukturen in Frage stellen oder zumindest in Frage stellen lassen können.
- Der Pädagogische Impetus muss zurückgenommen werden um mehr Vertrauen darauf setzen zu können, dass engagierte Bürger sich auch selber helfen können und vor allem wollen.
- Die pädagogische Förderung muss sich verstärkt der gemeinsamen Selbsthilfe (Nachbarschaftshilfe) gegenüber der individuellen Do-it-yourself Hilfe widmen.
- Planer und Institutionen müssen mehr Raum zur selbst organisierten Gesundheitshilfe gewähren und hierzu vermehrt Ressourcen zur Verfügung halten können.
- Kontroverse Standpunkte müssen als immer wieder diskutierte aber nach wie vor, ungelöste weiterhin in die öffentliche Diskussion eingeworfen werden (dies vor allem bei Minderheiten-Positionen) ohne sie durch den „Auftrag-Pluralismus“ ausschalten zu können.
- Bestehende Konfliktfelder müssen ohne Rücksicht auf vorherrschende „Interessen“ aufgezeigt, verdeutlicht und versachlicht werden können.

Hierfür hat die Volkshochschule ein großes Potenzial an Möglichkeiten. Die strukturellen Voraussetzungen sind 1985 mit der Entwicklung eines Rahmenplans zur Gesundheitsbildung und mit der Qualitätsoffensive VHS-Qualitätsring, ein gemeinsames Vorgehen zur Qualitätssicherung (nach den EFQM-Richtlinien), Anfang 2001 geschaffen worden.

Individuelle Professionalisierung: Professionelles Handeln von GesundheitsbildnerInnen

Woher weiß ein Kursleiter, ob er professionell handelt? Kann eine Institution der Erwachsenenbildung diese Professionalität erkennen, und womit könnte sie diese unterstützen? Zu den Aufgaben eines Programmbereichs in einem Dachverband der Erwachsenenbildung gehören die Beratung der Bildungseinrichtungen, die Entwicklung von Kurskonzepten, Unterrichtsmaterialien und innovativen Projekten, die Entwicklung und Betreuung von Lehrgängen mit Prüfungen, die Konzeption eines Qualitätssicherungssystems, die Klärung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Trägern, die Aufarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis, vor allem aber die Fortbildung von KursleiterInnen mit dem Ziel, zu professionellem Handeln beizutragen. In der Frage danach, was dieses professionelle Handeln ausmacht und wie dafür qualifiziert werden kann, entsteht schnell Einigkeit darüber, dass ausreichende fachliche Kompetenz und methodisch-erwachsenenbildnerisches Können dazu gehören.

Unzweifelhaft ist ausreichendes Wissen eine Voraussetzung dafür, anderen Wissen zu vermitteln. Aber woher weiß man, wann das Wissen ausreichend ist? Ist es auch möglich, daß zuviel Expertenwissen einer Vermittlung im Wege steht? Welches Wissen ist relevant? Ist das benötigte Wissen abhängig vom Wissensstand der Teilnehmenden und von der Art der Zielgruppe?

Höchstwahrscheinlich erleichtert methodische Kenntnis die Entscheidung über den richtigen Methodeneinsatz, aber ein multimedialer Methodeneinsatz in maximaler Vielfalt macht keinen guten Unterricht aus. Nicht die Methode selbst und auch nicht der Methodenwechsel sind das Entscheidende, sondern das diesem zugrundeliegende didaktische Anliegen und die Frage nach der Vorbereitung der Lernenden auf den aktiven Umgang mit der Konstruktivität von Wissen. Wonach läßt sich beurteilen, welches die für die Vermittlung angemessene Methode ist? Welches erwachsenenbildnerische Wissen ist für die Praxis relevant und welches eventuell verzichtbar? Ob die Fach- und Methodenkompetenz ausreichen, kann nur abhängig von den Zielen und in der Reflexion des eigenen Handelns entschieden werden. Demnach sind die Ziele des eigenen Handelns genauso bedeutsam wie die Ziele, die für das Handeln anderer, der Lernenden, gesetzt werden sollen. Eine professionelle Haltung, die im Seminar „gelebt“ und „verkörpert“ wird, dient im positiven Sinne auch der eigenen Fach- und Methodenkompetenz.

Neben der Fach- und Methodenkompetenz hängt das professionelle Handeln drei Eckpunkten ab:

- der Klarheit und Beschreibbarkeit von Zielen des eigenen Handelns im professionellen Kontext,
- einer professionellen Haltung, die das Erreichen der Ziele wahrscheinlicher macht und sich als ein Leitbild des eigenen Handelns beschreiben läßt,
- der Reflexion eigenen Handelns, einschließlich der Selbstevaluation, die auch eine Überprüfung und Veränderung von Zielen und Leitbild beinhaltet, die immer wieder neu in Frage stellt.

Diese drei Eckpunkte sind in einer wechselseitigen Abhängigkeit zu sehen. Sie bilden einen Kreislauf professionellen Handelns. Sie legen Möglichkeiten des Handelns fest, indem sie andere ausschließen (Ziele, Leitbild), und sie erweitern die Möglichkeiten des Handelns, indem sie die getroffene Wahl in Frage stellen (Reflexion). Sie beschreiben einen Lernprozeß, die Bereitschaft zu Veränderungen der eigenen Person in ihrer Umwelt, d.h. die Interaktion im Lehr-Lern-Prozeß. Besonders die Volkshochschulen bieten hier, durch ihre institutionellen Offenheit und Experimentierfreudigkeit, viele Freiräume, für eine sich stetig weiter entwickelnde Gesundheitsbildung.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die „Gesundheitsbewegung“ als eine „Suchbewegung“, die ihre endgültige Ausrichtung und Kontur noch nicht gefunden hat auch Gefahren ausgeliefert ist und deshalb von den verschiedensten Interessengruppen zu beeinflussen versucht wird. Dabei spielen nicht zuletzt auch wirtschaftliche Faktoren eine zentrale Rolle. Vor allem die Fitness-, Wellness- und Freizeitindustrie erlebte in den letzten Jahren einen unerwartet starken Boom. Das Geschäft mit der Angst blüht gleichermaßen gut wie das mit der Hoffnung. Solange sich auf dem „Gesundheitsmarkt“ die Produkte absetzen lassen, besteht bei vielen keine Notwendigkeit, sich über die z.T. dubiosen Praktiken, unausgegorenen Konzepte und überhöhten Preisen ernsthaft Gedanken zu machen. Oft nützen auch Scharlatane und Schwärmer die Marktlücke, um durch lustbetonte und attraktive Lernerfahrungen die Frage nach Qualität und Effizienz zu kaschieren. Auch der gesellschaftliche Druck, die im gewerblich industriellen Bereich verlorengegangenen Arbeitsplätze im Dienstleistungssektor zu kompensieren, trägt erheblich zur raschen Expansion dieses Marktes bei.

Falls es zu einer standespolitischen Okkupierung und einseitigen Professionalisierung von Gesundheitsbildung kommen sollte, besteht schließlich noch die grundsätzliche Gefahr, der medizinischen Überformung der Freizeitaktivitäten, durch die die Betroffenen letztlich wieder zu Statisten einer Maschinerie degradiert werden könnten, die Gesundheitsbildung nur noch verkürzt auf das Individuum bzw. auf körperliche Fitness reduziert und dabei die übrigen Aspekte aus Komplexitätsgründen außer acht lässt (z.B. wirtschaftliche bzw. ökologische Faktoren, etc.).

So kommt es für die Gesundheitsbildung darauf an, sich weder von Modetrends abhängig zu machen, noch blind und unkritisch der Gesamtentwicklung zu folgen, sondern durch eine eigenständige und - wenn nötig auch unbequeme - Rolle die Entwicklungen im Sinne der in dieser Arbeit dargestellten Konzeption von Gesundheitsbildung mitzugestalten.

Literaturverzeichnis

Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991): Wohlbefinden. Theorie - Empirie – Diagnostik. Weinheim

Abholz, Heinz-Harald u.a. (1990): Gesundheitsreform und ihre Folgen. Jahrbuch für kritische Medizin. Berlin

Abt, Hans Günter (1987): Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung im Bereich der Erwachsenenbildung. Köln

Abt, Hans Günter (1989): Gesundheitsförderung durch Krankenkassen: Eine gesundheits-politische Hoffnung für die Zukunft? Medizinsoziologie 1/1 1989. (ohne Ortsangabe)

Adam, Hans / Henke, Klaus-Dirk (1993): Gesundheitsökonomie. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Adelmann, Gerd und Voigt, Ulla (1991): Verkehr und Gesundheit. Was tun mit dem ganzen Verkehr? In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): VHS-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt

Albrecht, Birgit (1993): Selbsthilfe und Einflussnahme am Beispiel Körperbehinderter Göttingen e.V.. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Allmer, H. (1990): Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen, Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Alpheis, Hannes (1989): Kontext und Mehrebenenanalyse. Neue Perspektiven für den Netzwerkansatz? In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Altgeld, Thomas (1993): Kooperation - eine Begriffsbestimmung jenseits schöner Worte und Zauberformeln. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Altgeld, Thomas /Laser (1994): Projekt Arbeitskreise Gesundheit. Dokumentation. Hannover

Anders, Bärbel (1987): Regionale Gesundheitstage - Ziele, Durchführung und Erfahrungen. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV(Hrsg.): VHS-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt

Anders, Bärbel /Birk, Sabine (1987): Mitarbeiterfortbildung in der Gesundheitsbildung. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): VHS-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt

Andersen, H. H. /Graf von der Schulenburg, J.-M. (1991): Forschungsfragen und Gegenstände der Gesundheitsökonomie. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Anderson, Ina (1992): Geschlechtstypische Attributionen und psychische Gesundheit. In: Brähler, Elmar /Felder, Hildegrad (Hrsg): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Andritzky,W.(1977): Alternative Gesundheitskultur. Eine Bestandsaufnahme mit Teilnehmerbefragung. Berlin

Angermeyer, Matthias C. (1991): Zuviel Streß. Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursachen ihrer Krankheit. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. S. 116- 127. Heidelberg

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Antons, K. (1974): Praxis der Gruppendynamik. Göttingen

Aquino, Karin /Göpel, Eberhard /Timm, Wolfgang (1993): Methodenwerkstatt. Gesundheitsförderung und Ökologie. Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens. Hannover

Arbeitsgemeinschaft von Einrichtungen für Familienbildung (Hrsg.) (1988): Frau und Gesundheit. Bonn

Arbeitskreis großstädtischer Volkshochschulen (Hrsg.) (1989): Die Volkshochschule als Mittelpunkt der Weiterbildung in öffentlicher Verantwortung. Konferenzbericht, Köln 12.-15. April 1989. Bochum

Aries, Wolf D. (1989): Gesundheitserziehung als kommunale Aufgabe. In: Der Städtetag. (ohne Ortsangabe)

Aries, Wolf D. (1990): Auch Gesundheit will immer wieder neu gelernt sein. Für das Gesundheitstraining sind Zeit und Anleitung nötig - erprobte Curricula liegen inzwischen vor, Weiterbildung 3. (ohne Ortsangabe)

Aries, Wolf D. (1991): Strukturen gesundheitsfördernder Dienstleistungen. Gesundheitsladen - Netzwerk „Gesunde Städte“. (ohne Ortsangabe)

Arnold, R., Wiegerling, H.(1983): Programmplanung in der Weiterbildung. Frankfurt am Main

Arnold, Michael (1993): Gesundheitssystemforschung. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Aust. B., (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin

Backes, Otto /Stebner, Frank A. (1993): Gesundheitsrecht. In: Hurrelmann / Laaser W.(Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Badura, Bernhard (1990): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung, Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Badura, Bernhard (1991): Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. Vortrag anlässlich der Einrichtung eines Kollaborationszentrums der WHO und des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. In: Die Betriebskrankenkasse, 12, 1991. Essen

Badura, Bernhard (1992): Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S.43-52. Köln

Badura, Bernhard (1993a): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan/Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Badura, Bernhard (1993b): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Badura, Bernhard (Hrsg.) (1991): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. 2. Auflage, Frankfurt a.M.

Badura, Bernhard / Elkeles,Th./ Krieger,B./ Kammerer,W. (1989): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Stuttgart

Badura, Bernhard / Lenk, K. (1989): Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? In: Labisch, Alfons (Hrsg.): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt

Badura, Bernhard /Schott, T /Trojan, Alf (1991): Medizinsoziologie und Public health. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Badura, Bernhard /von Ferber, C. (1991): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. München

Bals, Thomas (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. Köln

Bartholomeyczik, Sabine (Hrsg.) (1988): Beruf, Familie und Gesundheit bei Frauen. Berlin

Bartsch, Norbert.(1991): Der Gesundheitstrainer in Kur und Rehabilitation. Mitarbeiterfortbildung der Akademie für Gesundheitsförderung in der Rehabilitation, Prävention 14. Köln

Barz, H. (1997): Dramatisierung oder Suspendierung der Sinnfrage ? Anomietendenzen im Bereich Religion und Kirche. In: Heitmeyer, W.(Hrsg.): Was treibt die Gesellschaft auseinander ? Frankfurt a.M.

Bass, Eilen /Davis, Laura (1990): Trotz allem. Wege zur Selbstheilung für sexuell missbrauchte Frauen. Berlin

Bauer, Manfred /Berger, Hartmut (1993): Versorgung und Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke Erwachsene und alte Menschen. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Beck, Dieter(1981): Krankheit als Selbstheilung. Frankfurt a. M..

Becker, Peter (1990): Prävention, Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Becker, Peter (1992): Die Bedeutung integrativer Modell von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle. Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt a.M.

Bedenbecker-Busch, Mechthild /Bolg, Ulla /Ritz-Schulte, Gudula (1987): Gesundheitsbildung als Weg zur Selbsthilfe - Beispiel: Förderung der Selbstheilungskräfte durch Entspannung. Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt a.M.

Behrendt, Jörn-Uwe (1992): Gesundheits- und Umweltbildung. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 213-228. Frankfurt a.M.

Behrendt, Jörn-Uwe / Kohl, Ulrich (1990): Qualifikationsangebote in den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung und Public Health. Eine Erhebung an bundesdeutschen Hochschulen. In: Prävention 13. Köln

Beier, Dr. Fred-Jürgen (1990): Auf dem Wege zu einer gesunden Stadt, Beiträge zum Nürnberg-Plan, Reihe B: Gesundheitsplanung. Nürnberg

Belschner, Wilfried (1993): Beteiligung an der Gesundheitsförderung. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Belschner, Wilfried /Müller-Doohm, S. (1993): Junge Generationen zwischen Liebe und Bedrohung, Paradoxien der Aids-Aufklärung. Berlin

Bengel, Jürgen (1992): Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Risikoverhalten. In: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S.69-90. Köln

Bengel, Jürgen /Belz-Merk, M. (1990): Subjektive Gesundheitskonzepte. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Bengel, Jürgen /Koch,V. /Bühne - Scharlan , Ch. (1988): Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz

Berger, Wilhelm (Hrsg.) (1991): Zukunft der Weiterbildung. Versuche, Probleme, Alternativen in Österreich. München

Berkeley holistic center (Hrsg.) (1982): Buch der ganzheitlichen Gesundheit. Bern

Berkling, J. /Krasemann, E.O. (1990): Beeinflusst Gesundheitswissen das Verhalten? In: Öffentliches Gesundheitswesen. Universität Berlin

Besems, T. (1977): Überlegungen zum intersubjektiven Unterricht in der integrativen Pädagogik, in: Petzold, H.G. und Brown, G.I.: Gestaltpädagogik, Konzepte der integrativen Erziehung. München

Bielser, Marco (14/1994): Das Modell „Gesundheitswerkstatt“. Grundlagen der Weiterbildung. Nürnberg

Bielser, Marco; Menge, Eberhard. (1994): Der Bayerische Volkshochschulverband und Gesundheitsförderung im Betrieb. Beitrag zum Workshop: Möglichkeiten und Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, unveröffentlicht. Neumarkt

Bielser, Marco; Grassmann Herbert (4/1988): Integrative Ansätze und Perspektiven im Bereich Gesundheit und Umwelt. Volkshochschule im Westen. Frankfurt a.M.

Bielser, Marco; Grassmann Herbert (1987a): Entwicklung eines Programmbereichs „Gesundheit und Umwelt“, Pädagogische Arbeitsstelle des DVV(Hrsg.): vhs - Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt a.M.

Bielser, Marco (1987b): Zum Selbstverständnis der Erwachsenenbildung zwischen Beratung und Therapie. Irrwege - Auswege – Wege. In: Wissenschaft und Berufserfahrung. Bad Heilbronn

Birkner, B. /Neubauer, G. (1991): Prävention aus der Sicht sozialversicherter Privathaushalte: Erklärungsansätze und Versuch der empirischen Überprüfung. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Blättner, Beate (1998): Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bad Heilbronn

Blättner, Beate (1990): Initiativen der Gesundheitsbildung aufgezeigt am Beispiel niedersächsischer Volkshochschulen. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitsschule VHS“ - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Blättner, Beate (1991): „Stärkt oder schwächt die Gesundheitsbildung Frauen?“ Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.): Gesundheitsbildung - Angelegenheit von Frauen? Soest

Blättner, Beate (1993a): Entwicklungen einer Gesundheitsbildung von und für Frauen. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): vhs - Kurs und Lehrgangsdienst 40. Frankfurt a.M.

Blättner, Beate (1993b): Machtmissbrauch in der Gesundheitsbildung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung. Hannover

Blättner, Beate (1993c): Wie geschlechtsspezifisch ist die Gesundheitsbildung? In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Frauen in der Gesundheitsbildung. Hannover

Blättner, Beate (1994): Vom Fachbereich zum Projekt. Komplexe Themen und vernetzte Bildungsangebote in der Volkshochschule. In: Hagedorn, Friedrich /Jungk, Sabine /Lohmann, Mechthild /Meyer, Heinz H. (Hrsg.): Anders Arbeiten in Bildung und Kultur. Kooperation und Vernetzung als soziales Kapital. Weinheim/Basel

Bobzien, Monika (1993): Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung. Blätter der Wohlfahrtspflege. In: Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93. Stuttgart

Bobzien, Monika /Stark, Wolfgang (1991): Empowerment als Konzept psychosozialer Arbeit und als Förderung von Selbstorganisation. In: Balke, Klaus /Thiel, Wolfgang (Hrsg.): Jenseits des Helfens. Freiburg

Bock, Thomas (1992): Wie viel Krankheit braucht der Mensch? Risiken der Prävention aus der Sicht der Psychiatrie. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.109-118.

Boenecke, Fritz u.a. (1991): Prävention im Wandel. Herausforderungen an die psychosoziale Praxis. Fachtagung vom 11.-13.03.1991. Köln

Bögle, Reinhard (1988): Irrationalität im Bereich Gesundheitsbildung. Pädagogische Anmerkungen. In: Das Forum 2. (ohne Ortsangabe)

Bohr, Manfred (1990): Zur Zusammenarbeit von Volkshochschulen und Krankenkassen aus Sicht der Betriebskrankenkassen. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitsschule VHS“ - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Böllert, K. (1990): Vom Nutzen der Gesundheitsförderung für eine präventive soziale Arbeit. In: Neue Praxis 20. (ohne Ortsangabe), S. 471-478

Born, Petra (1992): Geschlechtsstereotype und psychische Gesundheit - Konzepte von PsychologInnen. In: Brähler, Elmar /Felder, Hildegrad (Hrsg.): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Bott, Regula (1992): Prädikative Medizin - alte Eugenik im neuen Gewande. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 9-35, Frankfurt

Brähler, Elmar /Felder, Hildegrad (Hrsg.) (1992): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Brand, K.-W. (1988): Selbsthilfe und neue soziale Bewegungen. Historische und internationale Vergleichsaspekte. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Brandenburg, Alexander und Riedl, Gerhard (1988): Gemeindepsychiatrie, Volkshochschule im Westen. Dortmund

Brandenburg, U. / Kollmeier, H. / Kuhn, K. / Marschall, E. /Oelke, P. (1990): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Erfolge, Defizite, künftige Strategien., Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Bremerhaven

Breitwieser, Ulrike (1989): Vom Wissen zum tun. Erfahrungen aus dem Modellversuch Gesundheitsbildung. In: Politische Bildung, 11. Österreich

Breitwieser, Ulrike /Elsigan, Gerhard (1989): Modellversuch Gesundheitsbildung. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Breloer, G. u.a.(1980): Teilnehmerorientierung und Selbstbestimmung in der Erwachsenenbildung. Braunschweig

Breyer, Birgit (1990): Entspannungskurse an Weiterbildungseinrichtungen. Jahrbuch der Zeitschrift für Humanistische Psychologie. Eschweiler

Brockmann, Anna Dorothea (1992): Gesundsein - selbst fördern und gestalten. In: Sonntag, Ute /Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit. Oldenburg

Bröskamp-Stone, U./ Schmacke, N./Walter, U./ Kickbusch, I.(1998): Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Wien/Baltimore

Brusis, Ilse (1988): Gesundheitspolitik und Lebensqualität. Ankündigung. Gewerkschaftliche Bildungspolitik

Bubert, Rudi (1987): Soziale Netzwerke und Gesundheitsförderung. Risiken und Bewältigungsformen von Eltern und Jugendlichen. München

Buchholtz, Anke (1991): Alltagskonzepte psychischer Krankheit. Subjektive Theorien von Angehörigen. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, S. 127 –143. Heidelberg

Buchinger, Silvia (1987): Gesundheitsförderung im Rahmen der Erwachsenenbildung. Einheit in der Vielfalt. Baden

Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (1997): Gesundheit und Allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bonn

Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (1980): Berichtssystem Weiterbildungsverhalten. Bonn

Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hrsg.) (1993): Gesundheitsforschung 2000. Programm der Bundesregierung. Bonn

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.(1997): Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Hrsg.: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Bonn

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.) (1988): Gesundheit für alle - alles für die Gesundheit. Bonn

Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.) (1991): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung im Betrieb. Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.) (1998): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6: Was erhält den Menschen gesund ? Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Internationale Konferenz, Köln, 6.-8. Oktober 1991. Taubertshausheim

Burfeind, Heidrun (1990): Zur Zusammenarbeit von Volkshochschulen und Krankenkassen aus Sicht der VHS Emden. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitsschule VHS“ - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen?. Hannover

Buschmann, Mechthild Kröner, Sabine (1987): Frauen in Bewegung. Der feministische Blick auf Sporttheorie, Sportpraxis und Sportpolitik. Dokumentation des ersten feministischen Seminars in Bielfeld 1987. Ahrensburg

Busse, Stefan, (1990): Handlungsfähigkeit und Persönlichkeit. In: Schröder, Harry /Reschke, Konrad (Hrsg.): 15 Jahre Psychologie an der Alma mater Lipsiensis. Leipzig

Capital, (1997): Arzt- und Patientenbefragung 1997. Veröff. gemeinsam mit Schwarz Pharma und Emnid. Köln.

Capra, Fritjof (1984): Wendezeit - Bausteine für ein neues Weltbild. Bern/München/Wien.

Capra, Fritjof (1983): Krise und Wandel in Wissenschaft und Gesellschaft. In: Dethlefsen, Thorwald/Dahlke, Rüdiger: Krankheit als Weg. München.

Christoph, Franz / Müller, Christa (1990): Der Gesundheitsfetisch. Über Inhumanes in der Ökologiebewegung. (ohne Ortsangabe)

Cize, Jutta (1990): Initiativen zur Selbsthilfe. In: Das Forum, 4. (ohne Ortsangabe)

Cize, Jutta (1994): Selbsthilfegruppen (aus dem Gesundheitsbereich) und VHS-Gesundheitsbildung neue Perspektiven der Erwachsenenbildung an der VHS. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS. Berlin

Cloetta, B. /Werner, M. /Noak, H. (1992): Gesundheitskurse als Interventionen in Betrieben. Öffentliches Gesundheitswesens. Stuttgart

Collatz, Jürgen (1993): Migration und Gesundheitsförderung, Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Conrad, Günter (1993): Das Gesunde-Städte-Projekt der WHO. Ziele, Entwicklungen, Ergebnisse. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Conrad, Günter /Schmidt, Werner (1990): Glossar. Gesundheitsförderung. Eine Investition für die Zukunft. Internationale Konferenz, Bonn, 17.-19. Dezember 1990. Tauberbischofsheim

Cramer, Friedrich (1994): Chaos und Ordnung in Biologie und Medizin - auf dem Wege zu ganzheitlichem Denken. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfahrt (Hrsg.) Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt /Main,

Cramer, Manfred (1989): Umweltkrise und der psychosoziale Bereich. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung S.71-96. Freiburg

Cramer, Manfred (1992a): Prävention angesichts ökologischer Bedrohungen. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. S.133-150. Köln

Cramer, Manfred (1992b): Vom Zerfall der Klinischen Psychologie zur Gemeindepsychologie in der Umweltkrise. In: Böhm, Ingrid /Faltermaier, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Statistisches Bundesamt in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim. Bonn.

Degenhardt, Bodo (1987): Gesundheitswochenende -ein Beispiel komplexen Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Pädagogische Arbeitsstelle des DVV(Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt

Demmer, Hildegard (1993a): Entwicklungsperspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Demmer, Hildegard (1993b): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Betrieben – Einleitung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Deneke, F.W./ Ahrens, S./ Bühring, B./ Haag, A./ Lamparter, U./ Richter, R. / Stuhr, U. (1987): Wie erleben sich Gesunde? Hamburg

Deppe, Hans-Ulrich (Hrsg.), Friedrich, Hannes (Hrsg.) und Müller, Rainer (Hrsg.) (1991): Öffentliche Gesundheit. Frankfurt a. M.

Deter, Detlev (Hrsg.) und Straumann, Ursula (Hrsg.) (1990): Personenzentriert Verstehen, gesellschaftsbezogenes Denken, verantwortlich Handeln. In: Theorie, Methodik und Umsetzung in der psychosozialen Praxis. Köln

Dethlefsen, T., Dahlke, R. (1983): Krankheit als Weg. München

Deutscher Volkshochschulverband (1985): Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn

Deutschmann, Christel /Guggenmoos-Holzmann, Irene (1993): Statistische Methoden der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Diewald, Martin (1989): Informelle soziale Beziehungen in der Bundesrepublik. Eine Individualisierung sozialer Netzwerke? In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Dikau, H.J. (1984): Bedingungen ökologischen Handelns. Weinheim

Döpke, Christine (1994): Praktische Erfahrungen in der Selbsthilfe-Unterstützung an Volkshochschulen. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der PAS. Berlin

Dossey, Larry(1987): Die Medizin von Raum und Zeit - ein Gesundheitsmodell. Reinbek bei Hamburg.

Dreher, Birgit (1988): Diskussionspapier zur Fachbereichskonferenz Gesundheitsbildung. Unveröffentlichtes Manuskript. Hannover Northeim

Dross, Margret (1991): Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg. S.59-69

Ducki, Antje und Greiner, Birgit (1990): Gesundheit ist mehr als Beeinträchtigungsfreiheit. Eine handlungstheoretische Betrachtungsweise von Gesundheit. Technische Universität. Berlin

Ducki, Antje und Greiner, Birgit (1991): Gesundheit als Prozess. Technische Universität. Berlin

Ducki, Antje und Greiner, Birgit (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Technische Universität. Berlin

Eberl, Waltraud (1990): Erster Hietzinger Gesundheitstag. In: Die Österreichische Volkshochschule. Wien

Eberle, Gudrun (1990): Leitfaden Prävention. Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen. St. Augustin

- Eck, Claus - D. (1987): Arbeit und psychische Gesundheit. Zürich
- Eckert, Andreas (1987): Didaktische und methodische Wege der Gesundheitsbildung. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): VHS-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt
- Eckert, Th.(1999): Zur Professionalisierung beruflicher Tätigkeiten. Unveröffentl. Habilitationsschrift. Freiburg i.Br.
- Eisenreich, Gerhard und Riedl, Ingrid (1987): Psychiatrische Gesundheitsvorsorge an Volkshochschulen. München
- EI-Gebali-Rüter, Traute (1993): In: Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Kleiden, Baltmannsweiler.
- Elkeles, Thomas und Seifert, Wolfgang (1992): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Langzeitanalysen mit dem Sozio - Ökonomischen Panel. In: Soziale Welt, 43. Berlin
- Epstein, F.H. (1989): Gemeindeorientierte Prävention - Wissenschaftliche Grundlagen. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.
- Ernst, Heiko (1990): Gesund ist, was Spaß macht. Weinheim
- Ernst, Heiko (1992): Gesund ist, was Spaß macht. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 152-166. Frankfurt a.M.
- Essing, Hans-Günther (1988): Gesundheitserziehung in der Erwachsenenbildung. In: Engagement für die Erwachsenenbildung. Bamberg
- Fafflock, Heike(1990): Eine lebensweltbezogene Gesundheitsbildung. Umsetzungsversuche im Fachbereich Gesundheit und Umwelt am BZ Nürnberg in Gesundheitswerkstätten, Praktikumsbericht. Universität Bremen
- Faltermaier, Toni (1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. S. 45-58. Heidelberg
- Faltermaier, Toni (1992): Gesundheit in der Gemeinde: Perspektiven einer Gesundheitspraxis und Forschung. In: Böhm, Ingrid /Faltermaier, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Faltermaier, Toni /Krause Jacob, Marianne /Flick, Uwe /Böhm, Ingrid (1992): Gemeindepsychologisches Handeln: Eine Einführung. In: Böhm, Ingrid /Faltermaier, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Faltermaier, T.(1991): Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick,U.(Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg

Faitis, Michael /Trojan, Alf /Deneke, Christian /Hildebrandt, Helmut (1989): Gesundheitsförderung im informellen Bereich. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweitbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Fehr, Rainer /Kobusch, Adriane-Bettina /Wichmann, Heinz-Erich (1993): Umwelt und Gesundheit. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Ferber, C. von (1991): Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Forschungsverbund „Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Ferber, Christian von (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung. Psychomed 4/4. München

Feser, Herbert (1991): Weiterbildung gesundheitliche Prävention für pädagogische, psychosoziale und helfende Berufe. In: Prävention 14. Köln

Feser, Herbert (Hrsg) (1990): Gesundheitliche Prävention durch Sozialarbeiter und Sozialpädagogen. Dortmund

Feuerstein, Günter / Badura, Bernhard (1991): Patientenrechte durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. (ohne Ortsangabe)

Fidler, A.H. /Calkins, D.R. /Fuentes, E.G. (1992): Gesundheitsförderung und Wellness- Programme in privaten korporativen Unternehmen. Probleme transnationaler und -kultureller Übertragbarkeit. Öffentliches Gesundheitswesen . Stuttgart

Filipp, S.-H. (1990): Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand. Gesundheitspsycho-logie. Universität Berlin

Finke, Karl (1993): Selbsthilfe und Einmischung. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Flach, E.: Wege zur Gesundheit sind Wege zur Ganzheit. Vortrag vom 4.10.1984, gehalten auf dem Bremer Gesundheitstag

Flehsig, K.H., Haller, H.D. (1975): Einführung in das didaktische Handeln. Stuttgart

Follmer R, (1999): Wie zufrieden sind die Kunden? Gesundheitsdienstleistungen im Urteil der hessischen Bevölkerung. In: AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen (Hrsg.): Qualität nachgefragt. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen. Bad Homburg

Forsa, (1996a): Meinungen zum Gesundheitswesen in Deutschland. Repräsentativbefragung für die Zeitschrift DM. 24./25.10.1996.

Forsa, (1996b): Eigenbeitrag zum Sparen im Gesundheitswesen. DAK-Gesundheitsbarometer. 1./2. August 1996.

Forsa, (1996c): Krankenversicherung - Sparen oder Zusatzversichern? DAK- Gesundheitsbarometer. 4./5. Juni 1996.

Forsa, (1997): Im Kreuzfeuer: Kann man sich Krankheit noch leisten? Repräsentativbefragung für RTL Television. 3./6.1.1997.

Fraunhofer Institut Systemtechnik und Innovationsforschung, (1995): Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens aus der Sicht von Ärzten und Experten. Eine Delphi-Befragung im Auftrag der Firma Janssen GmbH, Neuss. Karlsruhe.

Frankl, U. E.(1974): Der unbewusste Gott. München.

Franzkowiak, Peter/Wenzel, Eberhard (1985):Gesundheitsförderung, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85

Frese, Michael, (1989a): Ressourcen: ein zentrales Mittel beim Umgang mit Stress. Universität München

Frese, Michael (1989b): Ressourcen: ein zentrales Mittel beim Umgang mit Stress. In: Kaplun, A. Wenzel, E.R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Hamburg

Frick-Bär, Gabriele und Bär, Udo (1989): Das Gesundheits- und Bewegungszentrum Duisburg Nord. Ein gemeinwesenorientiertes Projekt integrativen Gesundheits-Erlebens, Prävention, 12. Köln

Friczewski, Franz (1993): Arbeit mit Gesundheitszirkeln in den Projekten des AOK-Landesverbandes Niedersachsen. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.) Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Friedrich, Waltraud (1989): Wie lehrt und lernt man Gesundheit?. Universität Bielefeld

Fuhr, Reinhard/Gremmler-Fuhr, Martina(1988): Faszination Lernen. Transformative Lernprozesse im Grenzbereich von Pädagogik und Psychotherapie.

Fuss, R. / Stark W. (1988): Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. Ausblicke in die Zukunft. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Gavranidou, Maria (1992): Frauenerwerbsbeteiligung und Wohlbefinden. In: Brähler, u. Elmar/ Felder, Hildegrad (Hrsg): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Gawor, Heike /Kettler, Angela /Knäbchen, Sieglinde (1993): „Sich annehmen – abnehmen“ Ein Beispiel für künftige integrative Konzepte der Gesundheitsbildung aus Frauensicht. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): vhs- Kurs - und Lehrgangsdienst 40. Frankfurt a.M.

Gerl, H. (1985): Methoden der Erwachsenenbildung. In: Raapke, H.-D., Schulenberg, W. (Hrsg.): Handbuch der Erwachsenenbildung, Band 7. Stuttgart

Gerl, H., Pehl, K. (1983): Evaluation in der Erwachsenenbildung. Bad Heilbronn

Gesunde Städte-Netzwerk (1993): Gesunde Städte Symposium 1993 15. und 16.11. in Köln. Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand - was kann sie für gesundheitlich und sozial Benachteiligte leisten? Köln

Gesundheitsakademie - Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur. (1990): Ist Gesundheit mach(t)bar? Perspektiven einer sozialökologischen Gesundheitspolitik. Beiträge der Autoren/Autorinnen für die Jahrestagung der Gesundheitsakademie vom 18. - 21.10. 1990 in Soest. Bremen.

Giegel, Hans-Joachim, Frank, Gerhard, Billerbeck, Ulrich (1988): Industriearbeit und Selbstbehauptung. Berufsbiographische Orientierung und Gesundheitsverhalten in gefährdeten Lebensverhältnissen

Giesert, Marianne und Höfle, Margit (1991): Gewerkschaftliche Bildungsarbeit im Bereich „Arbeit und Gesundheit“. In: WSI-Mitteilungen. (ohne Ortsangabe)

Göckenjan, Gerd (1987): Gesundheit, Ärzte, Staat - Ein Überblick. In: Venth, Angela (Hrsg.):Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb

Göckenjan, Gerd (1991): Stichwort: Gesundheit. In: Deppe, H.U., Friedrich, H. und Müller, R. Öffentliche Gesundheit - Public Health. Frankfurt a.M.

Göckenjan, Gerd (1992): Gesundheitsbegriff - warum Gesundheit definieren?, Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Godo, Ilse / Hildebrandt, Helmut / Mursa, Wolfgang (1993): Auf dem Weg zum Gesundheitshaus - erste Schritte eines evangelischen Krankenhauses zu einem Pilotkrankenhaus im WHO-Netzwerk „Health Promoting Hospitals“. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Göpel, Eberhard (1999): Macht – Geld – PatientInnen – gesund ? Anregungen für eine Gesundheitsreform. Frankfurt a.M.

Göpel, Eberhard (1996): Macht -Vernetzung – gesund ? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt a.M.

Göpel, Eberhard (1988): Gesundheit ist mehr. Selbsthilfe im Gesundheitswesen. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Göpel, Eberhard (1990a): Wie lebt das Leben? Lebensmodelle und ihre methodischen Konsequenzen für die Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bearb.) :Gesundheit. Oldenburg

Göpel, Eberhard (1990b): Zielsetzung und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Gesundheitsschule VHS - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Göpel, Eberhard(1986): Überlegungen zur politisch-kulturellen Bedeutung des Gesundheitsmotivs, in: Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 11 Argument-Sonderband AS 131. Berlin.

Göpel, Eberhard(1990): Wie lebt das Leben! Lebensmodelle und ihre methodischen Konsequenzen für die Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bearb.): Gesundheit Berufsfelderweiterung für Pädagoginnen und Pädagogen, Band 2. Oldenburg.

Göpel, Eberhard (1992a): Didaktisches Konzept des „Kurs Gesundheitsförderung“, unveröffentlichtes Manuskript. Bielefeld

Göpel, Eberhard (1992b): Prävention und Partizipation: der Wandel von einem patriarchischen zu einem partnerschaftlichen Modell in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.35-42.

Göpel, Eberhard (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Schulen - Einleitung, in: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Göpel, Eberhard (1994): Reflexionen über Zielsetzungen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung, in: Göpel, Eberhard / Schneider - Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Göpel, Eberhard /Schneider-Wohlfahrt, Ursula (Hrsg.) (1994): Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Frankfurt a.M.

Göpel, Eberhard /Peckedrath, Fritz /Redeker, Dieter (1988): Gute Besserung! Unterrichtshilfen zur aktuellen Gesundheitspolitik. Pädagogische Anregungen für Lehrer und Ausbilder. In: Gewerkschaftliche Bildungspolitik, 12. (ohne Ortsangabe)

Gostomzyk, Johannes G. (1993): Versorgung mit medizinischen Einrichtungen In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Göttsching, C. (1990): Grenzen von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung. Öffentliches Gesundheitswesen . Stuttgart

Gräser, Silke (1994): Kooperation und Evaluation im Gesundheitsplenum Oldenburg e.V. Oldenburg

Gratz, Wolfgang (1993): Institutionen verändern. Empowerment, Organisationsentwicklung und systemische Beratung - Wie werden aus hilflosen Helfern machtvolle Kämpfer gegen Verkrustung und Klientelisierung?. Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93. Stuttgart

Griefahn, Barbara (1993): Arbeitswelt und Gesundheit. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Gronemeyer, Marianne (1994): Die Herrschaft des Sichtbaren. Gesundheit - Bedarf oder Bedürfnis?. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Gropengiesser, Ilka / Schneider, Volker (Hrsg.) (1990): Gesundheit - Wohlbefinden, Zusammenleben, Handeln. Seelze

Grossmann, Ralph (1988): Arbeitsbelastung und Gesundheit. Arbeitnehmer beurteilen ihre Arbeitsplätze. (Ohne Ortsangabe)

Grossmann, Ralph (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung - Organisationsentwicklung durch Projekt-

management. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Grossmann, Ralph (Hrsg.)/ Breitwieser, Ulrike u.a. (1991): Gesundheitsförderung: Appelle sind zu wenig! Beispiele regionaler Bildungsarbeit. München

Grottian, Giselind (1991): Gesundheit und Krankheit in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei. Frankfurt a.M.

Grunow-Lutter, Vera /Grunow, Dieter (1989): Inanspruchnahme von sozialen Netzwerken in der alltäglichen Gesundheitsselfhilfe. Grenzen und Probleme der Aktivierung von sozialen Ressourcen bei der Krankheitsbewältigung. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.). Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Gueinzius, Irmgard (1993): Gesundheitsförderung in einem mittelständischen Betrieb. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Guss, K. (1977): Über die gestalttheoretischen Grundlagen der integrativen Pädagogik, in: Petzold, H., Brown, G.: Gestaltpädagogik, Konzepte der integrativen Erziehung. München

Haag, Antje (1992): Zum Problem der psychischen Gesundheit heute - Psychoanalytische Reflexionen zu einer empirischen Studie. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M., S. 72-83.

Häberle, P.(1981): Erziehungsziele und Orientierungswerte im Verfassungsstaat. Freiburg/München

Hafeneger, Benno /Schirrmacher, Gerd (Hrsg.) (1991): Zwischen Selbsthilfe und sozialen Diensten. In: Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Frankfurt a.M.

Haisch, Jochen /Zeitler, Hans (1991): Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. (Ohne Ortsangabe)

Haihuber, Max (1991): Lebensstil und Lebensqualität. Gesundheitliche Chancen aus ärztlicher Sicht. (Ohne Ortsangabe)

Händel, Marlies (1994): Was bringt Menschen zur Selbsthilfe, wie organisieren sie sich und welche Formen der Unterstützung wollen Sie?, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der

NAKOS in Kooperation mit der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV.
Berlin

Handbuch der Salutogenese(1998): Ullstein Medical Verlag. München

Hartmann, Bernd (1993): Betriebliche Gesundheitsdienste in den Organisationsstrukturen für die Gesundheitsförderung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Hartmann, Fritz (1994): Das Prinzip der Verantwortung in der modernen Heilkunde und in der Gesundheitsvorsorge. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfahrt (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Hatkemeyer, Johannes F. (1993): Erwachsenenbildung nach Rio. Ökologische Stadtentwicklung am Beispiel eines Bürgerbeteiligungsprojektes der Volkshochschule Osnabrück. Grundlagen der Weiterbildung. Osnabrück

Haug, Christoph V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“ - Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik. Bad Heilbrunn/Obb

Haug, Frigga (1988): Erinnerungsarbeit. Frauen und Selbsthilfe. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Heckmann, G. (1981): Das sokratische Gespräch. Hannover

Heilinger, Anneliese (1989): Volkshochschularbeit zum Thema Gesundheitsbildung im Spannungsfeld zwischen Erweiterung und Abgrenzung. Wien

Heindl, Ines (1993): Essen und Trinken, alltägliches Verhalten und Wohlbefinden. In: Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Baltmannsweiler.

Heinemann, Horst (1987): Angebote statt „Erziehung“. Vorsorge-Arbeit ohne Zeigefinger. In: Prävention 10. Köln

Hellmeier, Wolfgang /Brand, Helmut /Laaser, Ulrich (1993): Epidemiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Hellrich, Gert (1989): Die Transformation von der nekrophilen zur biophilen Prävention. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg, S.40-56.

Henke, K.-D. (1991): Langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.): Public health. Berlin

Henkelmann, Th. / Karpf, D. (1987): Die Gesundheitserziehung ist weitgehend krankheitsorientiert. Ergebnisse einer Umfrage. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Herzlich, Claudine (1991): Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg, S.293-302.

Hien, Wolfgang (1992): Mythos der Disposition, Ökogenetik und genetische Toxikologie - Ein Problemaufriss am Beispiel des Krebses durch Anilin. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt, S. 293-307.

Hildebrandt, Helmut (1989a): Neue Brücken-Instanzen für Gesundheitsförderung. Aktivieren, vermitteln, beteiligen. WHO-Symposium, 3.-7. Dez. 1989. Hamburg

Hildebrandt, Helmut (1989b): Gesundheitsförderung, die neue Zielvorstellung der Weltgesundheitsorganisation. Vorschläge für eine andere Strukturreform. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Hildebrandt, Helmut (1990): Kommunale Gesundheitsförderung und der soziale Gesundheitsbegriff - Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.):"Gesundheitsschule VHS" - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Hildebrandt, Helmut / Trojan, Alf (Hrsg.) (1987): Gesündere Städte - kommunale Gesundheitsförderung. Materialien und Ideen zum „Healthy Cities“ Projekt der Weltgesundheitsorganisation. Hamburg

Hildebrandt, Helmut /Trojan, Alf (1989): Gemeindebezogene Netzwerkförderung. Ansätze und Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt zur Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Hildebrandt, Helmut/Trojan, Alf (1992): Auf dem Weg zu „gesünderen Städten“ - Vom Programm zur Praxis vor Ort. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M, S. 117-140.

Hockel, Curd Michael (1992): Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen personenzentrierter Psychologie. In: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.201-219.

Höfle, Margit und Peckedrath, Fritz (1992): Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Betrieb gehören zusammen! Seminarkonzeption für Betriebs- und Personalräte. Gewerkschaftliche Bildungspolitik. Bad Kreuznach

Höfle-Brückner, Margit (1990): „Früher war ich nach der Arbeit müde, heute bin ich kaputt“, Gewerkschaftliche Bildungspolitik. Bad Kreuznach

Hohlfeld, Rainer (1992): Prädikative Medizin - Die schöne neue Welt der Humangenetik. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 321-332. Frankfurt a.M.

Hollstein, Walter (1992): Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler, Elmar /Felder, Hildegrad (Hrsg): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.) (1991): Sinnliche Wahrnehmung, Körperbewusstsein, Gesundheitsbildung. Praktische Anregungen und Reflexionen. Weinheim

Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.) (1993): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung: Ernähren, Bewegen, Kleiden, Naturerleben. Baltmannsweiler

Homfeldt, Hans Günther / Barkholz, Ulrich / Petersen, Jes (1993): Schulklima und Organisationsentwicklung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Hörmann, Georg/ Göpel, Eberhard u.a. (1989): Gesundheit als Mythos

Horn, Klaus (1987): Gesundheitserziehung. Grenzen individueller Problemlösungsstrategien. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/ Obb.

Horn, K. (1985): Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen. Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten. In: Europäische Monographien zur Forschung in der Gesundheitserziehung (Hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Köln

Horn, Klaus / Beier, Christel / Kraft-Krumm, Doris (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn. Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung. Opladen

Hornung, Rainer (1989): Gesundheitspsychologie: eine neue Perspektive. Universität Zürich

Hornung, Rainer (1990): Prävention und Gesundheitsförderung: Definitionen und Prinzipien. Universität Zürich

Hornung, Rainer (1991): Empowerment - ein neuer Ansatz in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention: Rückblick auf das Weiterbildungsseminar vom 26.-28. Oktober 1990. Zürich

Hübner – Seithe, Erika (1994): Selbsthilfegruppen-Unterstützung im Fachbereich Gesundheit an der Volkshochschule Unna von 1986 bis 1989. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV. Berlin

Huch, Burkhard (1993): Das Krankenhaus als betriebswirtschaftliches System. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Huge, Wolfgang (1989): Gesundheitsbildung und Adressaten-Verhalten. Zu den Grenzen einer neuen Aufgabe der Erwachsenenbildung. Universität Osnabrück

Hüllemann, Klaus Diethart (1993): Das Krankenhaus St. Irmgard in Prien am Chiemsee. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisations-entwicklung. Weinheim und München

Hurrelmann /Laaser (Hrsg.) (1993): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Hurrelmann, Klaus (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim

Hurrelmann, Klaus (1990a): Plädoyer für die Kooperation medizinischer und psychosozialer Dienste für Kinder und Jugendliche. In: Prävention 4/1990, 13.Jahrgang. Köln

Hurrelmann, Klaus (1990b): Sozialisation und Gesundheit. - (B) Gesundheitsverhalten und Gesundheitskognitionen. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Hurrelmann, Klaus / Nordlohe, Elisabeth (1993): Gesundheitsförderung in der Schule. Konzeptionen, Erfahrungen und Evaluationsergebnisse, In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Hurrelmann Klaus /Laaser, Ulrich (1993): Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung, Hurrelmann/Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. Reinbek

Jäckle, Renate(1985): Gegen den Mythos ganzheitliche Medizin. Hamburg.

Jeske, Helmut (1988): Die Verständlichkeit gesundheitserzieherischer Texte. Einfache Textmerkmale bestimmen die Verständlichkeit. Köln

Juchli, Liliane (1994): Das Gesundheitsverständnis im Wandel. Herausforderung durch Wiederentdeckung der Ganzheit. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Juchli, Liliane(1990): Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit. Stuttgart.

Jüttig, D.H. (1980): Methoden des Erwachsenenunterrichts, Studieneinheit im Rahmen des SETMAT - Projektes, hrsg. von der Pädagogischen Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes. Frankfurt a.M.

Jung, U. (1972): Tätigkeitsmerkmale des hauptberuflichen pädagogischen Personals an Volkshochschulen. In: Schulenberg u.a.: Zur Professionalisierung der Erwachsenenbildung. Braunschweig

Jungk, R. /Müllert, N. R. (1989): Zukunftswerkstätten - Mit Phantasie gegen Routine und Resignation. München

Jungk, Robert /Wassermann, Otmar u. a. (1987): Gesundheit ist mehr? Soziale Netzwerke für eine lebenswerte Welt. (Ohne Ortsangabe)

Kaba-Schönstein, Lotte /Lehmann, Manfred /Waller, Heiko (1991): Internationale Fortbildungslehrgänge zur Gesundheitsförderung. In: Prävention 14. Köln

Kammerer, Wolfgang (1991): Prävention im Wandel. Herausforderungen an die psychosoziale Praxis. Fachtagung vom 11. bis 13. März 1991. Köln

Kardorff, Ernst v. (1989): Soziale Netzwerke. Sozialpolitik in der Krise der Vergesellschaftung. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.). Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Kardorff, Ernst v. (Hrsg.) (1989): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt: Soziale Unterstützung im Wandel; wissenschaftliche Analysen und praktische Strategien. München

Kardorff, Ernst v. /Stark, Wolfgang (1989): Einleitung. Zur Konjunktur sozialer Netzwerke in der Krise des Wohlfahrtsstaates. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Kastenbutt, Burkhard (1993): Soziokultureller Wandel des ländlichen Raumes - Veränderte Lebensweisen und psychophysisches Wohlbefinden. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.) Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Kaufmann, F.-X. (1991): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Keesen, Heinz (1993): Gesundheitsförderung im ländlichen Raum, Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.) Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Keil, Annelie (1992): Wenn Körper und Seele streiken. Gesundheit und Krankheit als Gestaltungsprozess des Lebens. In: Sonntag, Ute /Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit. Oldenburg

Keil, Annelie (1994): Gesundheit als Provokation eines hoffenden Lebens - Krankheit als Prinzip der Offenbarung. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Keil, Annelie(1987): Sinnlich Wissen schaffen - Gesundheit als konkrete Utopie. In: Forschungs- und Entwicklungsgruppe „Gesundheitswissenschaften“ des Oberstufen-Kollegs an der Universität Bielefeld (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften - Beiträge zur Diskussion. Bielefeld.

Keil, Annelie (1988): Gezeiten. Leben zwischen Gesundheit und Krankheit. Kassel

Keil, Annelie /Milles, Dietrich /Müller, Rainer (1991): Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsförderung. (Ohne Ortsangabe)

Keupp, Heiner (1988): Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation. Sozialpsychologische Studien. Heidelberg

Keupp, Heiner (1988): Selbsthilfeinitiativen - Lernprozesse in Selbstorganisation und Impulsgeber für den Umbau des Sozialstaats. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Keupp, Heiner (1991): Sozialepidemiologie - Zur gesundheitspolitischen Hypothek der Klassengesellschaft. In: Hörmann, G. / Körner, W (Hrsg.): Klinische Psychologie. Reinbek

Keupp, Heiner (1992a): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit. Lebenssouveränität und Empowerment. In: Psychomed 4/4. München

Keupp, Heiner (1992b): Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit: Lebenssouveränität und Empowerment. Universität München

Keupp, Heiner (1993a): Aufrecht gehen lernen. In einer Welt riskanter werdender Chancen: eine Empowermentperspektive für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93. Stuttgart

Keupp, Heiner (1993b): Fetisch Identität. Gesundheitsdiskurs als Identitätspolitik - Von der Fremd- zur Selbstvergesellschaftung. In: Dr. med. Mabuse 84 (Juni/Juli 1993). Frankfurt a.M.

Kickbusch, Ilona (1987): Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Kickbusch, Ilona (1989): Öffentliche Gesundheit. In: Labisch, Alfons (Hrsg.): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Frankfurt a.M.

Kickbusch, Ilona (1992a): Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 96-116. Frankfurt a.M.

Kickbusch, Ilona (1992b): Plädoyer für ein neues Denken: Muster - Chaos - Kontext. Neue Handlungsansätze in der Gesundheitsförderung. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln

Kickbusch, Ilona (1992c): Vorwort von Milz, Helmut: Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen Umgang mit sich selbst. München /Zürich

Kickbusch, Ilona (1993a): Praxis der Gesundheitsförderung. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Kickbusch, Ilona (1993b): Vorwort von Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim /München

Kickbusch, I./Trojan, Alf.(1988):Gemeinsam sind wir stärker. Frankfurt a.M.

Kilian, Reinhold (1992): Lebenslage und primärpräventives Gesundheitsverhalten, Soziale Probleme 3.Jhg.

Kleiber, Dieter (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme. In: Psychomed 4/4. München

Klesse, Rosemarie /Sonntag, Ute /Brinkmann, Marita /Maschesky-Schneider, Ulrike (1992): Gesundheitshandeln von Frauen. Leben zwischen Selbstlosigkeit und Selbstbewusstsein. Frankfurt a. M.

Klicznik, Hans-Peter (1993): Gesundheit als Unternehmensziel. In: Pelikan / Demmer Hurrelmann(Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim /München

Knoll, J. (1986): Kurs- und Seminarmethoden. München

Knoll, J (1977): Gruppentherapie und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn

Koch, Andrea (1991): Gesundheitslernen. Programme, Konzeptionen, Teilnehmerinnen. Essen

König, Frank (1993): Gesundheitsforen in Göttingen. In: Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Koopmann, Ute (1987): Krankheit - Gesundheit. Ein Beispiel für einen Elementarbildungskurs. Informationen Alphabetisierung und elementare Qualifikationen. (Ohne Ortsangabe)

Krämer, Markus und Lauer, Hiltrud (1987): Krankheit als Chance. Arbeitsmaterial für die Erwachsenenbildung. Kassel

Krause, F. u.a. (1982): Sport und Erwachsenenbildung, Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschulverbandes. Frankfurt a.M.

Krause, Regina (1990): Prävention bei den allgemeinen Ortskrankenkassen. In: Sperling, Heide (Hrsg.): Gesundheit. Band 2. Oldenburg, S.93-110.

Krohne, H.W. (1990): Stress und Stressbewältigung. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin

Krüll, Marianne (1994): Was ist Innen - was ist Außen? Verkörperung der sozialen Welten am Beispiel des Frau-Seins und Mann-Seins. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Kükelhaus, H., Lippe, R. zur (1982): Entfaltung der Sinne. Frankfurt a.M.

Kuhn, Karl (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung Stand und Perspektiven. In: Trojan, Alf Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. S. 141-151. Frankfurt a.M.

Kupfer, Jörg /Felder, Hildegrad /Brähler, Elmar (1992): Zur Genese geschlechtsspezifischer Somatisierung. In: Brähler, Elmar /Felder, Hildegrad (Hrsg): Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Opladen

Kurella, Stefan (1992): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985 – 1991. Berlin

Kütemeyer, Mechthilde (1994): Die Medizin braucht mehr „weibliches“ Denken. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Laaser, Ulrich /Hurrelmann, Klaus /Wolters, Paul (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann/Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Labisch, Alfons (1989a): Homo hygienicus: soziale Konstruktion von Gesundheit. In: Wagner, F. Medizin. Momente der Veränderung. Berlin

Labisch, Alfons (1989b): Kommunale Gesundheitsförderung - Entwicklungslinien, Konzepte, Perspektiven. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Labisch, Alfons (Hrsg.) (1989c): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Labisch, Alfons (1992): Homo hygienicus, Frankfurt a.M.

Lafaille, Robert (1994): Auf dem Weg zu einer Gründung der Gesundheitswissenschaften: Möglichkeiten, Herausforderungen, Fallstricke. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.) Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1988): Gesundheit in Baden-Württemberg. Handbuch für regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung. Stuttgart

Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V. (1977): Arbeitsplatzbeschreibung für Pädagogische Mitarbeiter und Leiter an Volkshochschulen, (Mskr.) Hannover

Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1990): „Gesundheitsschule VHS“ Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Dokumentation des vhs-Kolloquiums am 13-14.Februar 1990 in Hannover, vhs -Texte und Beiträge. Hannover

Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.) (1994): Lebenlassen - der Versuch einer Integration von Gesundheits- und Umweltbildung. Beiträge zur Fachbereichstagung vom 19. - 20.1.1993 in Hamburg, , vhs - Texte und Beiträge. Hannover

Larcher, Reinhard (1987): Der mündige Patient. Zur Humanisierung der Humanmedizin - ein Lehrstück in Basisdemokratie, Erwachsenenbildung in Österreich

Lasch, Wolfgang Helmut /Müller-Lasch, Doris (1991): Paradigmenwechsel in Psychologie und Gesundheitserziehung. In: Hafenecker, Benno /Schirrmacher, Gerd (Hrsg.): Zwischen Selbsthilfe und sozialen Diensten: Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Frankfurt a.M.

Legewie, Heiner (1987): Alltag und seelische Gesundheit. Gespräche mit Menschen aus dem Berliner Stephanviertel. Bonn

Legewie, Heiner (1989): Sinnfindung und seelische Gesundheit im Alltag. Obdachlosigkeit, Ruhestand, Tschernobyl. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Legewie, Heiner (1992): Was hat Tschernobyl mit Gemeindepsychologie zu tun? Fiktive Werkstattnotizen 1985 bis 1990. In: Böhm, Ingrid /Faltermaier, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Lehmann, Gudrun (1991): Angebote zur Gesundheitsbildung. Dargestellt am Beispiel der Volkshochschulen des Landes Thüringen. In: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): Erwachsenenbildung in den neuen Ländern. Frankfurt a.M.

Lehmann, Harald (1993): Trends betrieblicher Gesundheitsförderung in den alten Bundesländern. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Lehmann, Harald /Lehmann, Manfred /Pott, Elisabeth (1991): Gesundheitsförderung - eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung. Dargestellt am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: Prävention 14. Köln

Leidel, Jan (1989): Die Rolle des Gesundheitsamtes in der kommunalen Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung. Bielefeld

Leidel, Jan (1993): Gesundheitsförderung - Anspruch und Wirklichkeit. In: Gesunde Städte Netzwerk: Symposium Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand - Was kann sie für gesundheitlich und sozial Benachteiligte leisten?. Köln

Leitner, Günther (1992): Gesundheit. In: Bildungsimpuls. Österreich

Levin, L.S. (1987): Selbsthilfe: zum Zwecke grundlegender Veränderungen in nationalen Strategien. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

- Liepmann, D. (1990): Entwicklung von Gesundheitsprogrammen in Organisationen. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin
- Linhard, Gerhard (1990): Horner Gesundheitstage. Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. In: Niederösterreichische EB -Informationen. Österreich
- Lobing, Hubert (1992): Empowerment als Gratwanderung. Die Anleitung einer Selbsthilfe-gruppe psychiatrischer PatientInnen. In: Böhm, Ingrid /Faltermaier, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg
- Lobing, Hubert (1993): Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie - Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93. Stuttgart
- Lucchetti, Sandra (1991): Zwischen Herausforderung und Bedrohung. Subjektive Krank-heitstheorien bei HIV-Infektion und AIDS. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg, S.144-159.
- Lüde, Rolf v. (1993): Neue Konzepte der Organisationsentwicklung an Schulen. In: Pelikan /Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim/ München
- Lüthi, R.: Gesundheitsförderung und Erwachsenenbildung. In: Education permanente B5/2, Zeitschrift der Schweizer Vereinigung für Erwachsenenbildung
- Macy, Joanna (1986): Mut in der Bedrohung. Psychologische Friedensarbeit im Atomzeitalter. Ein Selbsterfahrungsbuch. München
- Mader, W. (1983): Lernen oder Heilen? Zur Problematik offener und verdeckter Therapieangebote in der Erwachsenenbildung. In: Schlutz, E. (Hrsg.): Erwachsenenbildung zwischen Schule und sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn
- Mannchen, Irene; Rothfischer, Brigitta; Distler, Rainer (10/1989): Konzeptentwurf für einen Ansatz stadtteilbezogener Gesundheitsbildungsarbeit am Bildungszentrum Nürnberg / Gesundheitswerkstätten am Bildungszentrum. Unveröffentlicht. Nürnberg
- Manker, Lothar (1987): Umwelt und Gesundheit in der Erwachsenenbildung. Hessische Blätter für Volksbildung, 37. Frankfurt a.M.
- Manstetten, Rudolf /Bonse-Rohmann, Mathias (1992): Zur Problematik der Gesundheitsbildung als Teil der Berufsbildung. Aufgezeigt am Beispiel gesundheitsberuflicher Ordnungsmittel. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik. (ohne Ortsangabe)

Maschewsky-Schneider, Ulrike /Klesse, Rosemarie /Sonntag, Ute (1991):
Lebensbedingungen, Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von
Frauen. In: Stahr, Ingeborg Jungk, Sabine /Schulz, Elke (Hrsg.):
Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München

Mattes, Petra (1991): Gesundheit und Krankheit im internationalen
Vergleich. Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik. In:
Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit.
Heidelberg, S. 87-98.

Matzat, Jürgen (1987): Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen in der
Gesundheitsvor- und nachsorge. Prävention. Köln

May-Steinhausen, Ingeborg (1990): Büro und Umwelt - der
Bildschirmarbeitsplatz. Frankfurt a.M.

Meerpohl, Michael (1989): Gesundheit als Politikum, Materialien zur
Politischen Bildung, 4. (ohne Ortsangabe)

Mehl,L. (1986): Mind over Matter. Berkeley,CA

Meier, Marion (1993): Gesundheitsförderung für Frauen in der
Weiterbildung, Veranstalter-Gemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische
Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Meifort, Barbara (Hrsg.) (1991): Schlüsselqualifikationen für gesundheits-
und sozialpflegerische Berufe. Ergebnisse der Hochschultage Berufliche
Bildung 90. Alsbach

Menge, Eberhard (1991): Gesundheitswerkstatt Arbeit & Gesundheit.
ZATU -Material 9. Nürnberg

Mergner, Ulrich /Mönkeberg-Tun, Edeltraut /Ziegler, Gerd (1990):
Gesundheit und Interesse. Zur Fremdbestimmung von Selbstbestimmung
im Umgang mit Gesundheit. In: Psychosozial 12.Jg. Heft 11 (Nr.42). (ohne
Ortsangabe)

Mey, Ludwig (1990): Das Modell Frühbehandlung und aktives
Gesundheitstraining der Deutschen Angestellten Krankenkasse. In:
Sperling, Heide (Bearb.): Gesundheit. Band 2. S. 111 – 142. Oldenburg

Milz, Helmut (1992): Der wiederentdeckte Körper. Vom schöpferischen
Umgang mit sich selbst. München, Zürich

Milz, Helmut (1994): Persönliche Gesundheit in ökosozialer
Verantwortung. Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen. In: Göpel,
Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit.
Frankfurt a.M.

Mischke, W., Raapke, H.-D., Sielaff, L. (1982): Lerneinheit Methoden. Medien in nebenberuflicher Qualifikation . (Hrsg. vom Universität Oldenburg). Weinheim

Mitterweger, Eike (1993): Die Personalpflege bei der Wacker-Chemie – Gesundheits-förderung als Unternehmensziel. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisations-entwicklung. Weinheim /München

Mohr, G. (1990): Arbeit und Gesundheit. - Krankheit, Stress und Krankheitsbewältigung. Universität Berlin

Müller, H.W. (1989): Gesundheit - eine klassische Investition in die Gemeinde. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Müller, R. (1987): Der „amputierte“ Mensch. Kritik des Belastungs-Beanspruchungs-Konzept der traditionellen Arbeitswissenschaft und der Arbeitsmedizin. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb

Müller, W. /Laaser, U. /Kröger, E. /Murza, G. (1991): Zur Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wertung der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Literatur. In: Schwartz, F. W. Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A.

Murza, Gerhard (1989): Gemeindeorientierte Prävention - Stellenwert und Strukturen kommunaler Arbeitsgemeinschaften bei Modellprojekten. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Berlin

Murza, Gerhard /Werse, Wolfgang (1986): Kommunale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung: Schreibtischidee oder realistische Herausforderung? Eine Situationsanalyse in Nordrhein-Westfalen . Prävention 3/1986, 9.Jahrgang. Köln

Niedersächsische Kommission Gesundheitsförderung (1992): Arbeitsprogramm Gesundheit 2000, neue Wege der Gesundheitsförderung. In Niedersachsen Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen (Hrsg.). Hannover

Nitsche, Heinz (1993): Gesundheit im Stukkateur – Handwerk. In: Pelikan / Demmer Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim/München

Nitschke, August (1994): Technik und Bewegungsverhalten in Vergangenheit und Zukunft. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Nöldner, W. (1990): Gesundheitsverhalten in Freizeit und Urlaub. Universität Berlin

Nowak, M. (1990): Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes - neue Perspektiven für Krankenkassen und Kommunen, Öffentliches Gesundheitswesen 52. Stuttgart

Nowak, Peter / Stellamor, Viktor (1993): Gesundheitsförderung als Strategie für Pflegereform und Stationsreorganisation - Beispiele aus dem Wiener WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“. In: Pelikan /Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim / München

Olbricht, Ingrid (1993): Was Frauen krank macht. Der Einfluss der Seele auf die Gesundheit der Frau. München

Olbricht, Ingrid (1989): Alles Psychisch ? Der Einfluss der Seele auf unsere Gesundheit. München.

Ott-Gerlach, Gisela (1991): Betriebliche Gesundheitsförderung als Interessenschwerpunkt von Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens. Öffentliches Gesundheitswesen Sonderheft 1. Stuttgart

Otterbach, Peter; Volk, Hanne(1994): Mitarbeiter/innen - Training: Gesundheitsförderung im Büroalltag, Projektbericht. Nürnberg

Overbeck, G. (1987): Krankheit als Anpassung. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb

Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg) (1985): Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Bonn

Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (1988): Arbeitskreis der hauptberuflich geleiteten regional arbeitenden Volkshochschulen. Bericht der 23. Konferenz vom 9. bis 11. Mai 1988 in Deidesheim. Frankfurt a.M.

Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (1993a): Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (Profilpapier), entwickelt vom Arbeitskreis der Volkshochschul-Landesverbände und der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV. Frankfurt a.M.

Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg) (1993b): „sich annehmen abnehmen“. Ein Kurskonzept der Volkshochschulen. Frankfurt a.M.

Paulus, Peter (1992): Zur Einführung: Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Praxis. In: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.9-16.

Paulus, Peter (Hrsg.) (1992): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln

Pelikan, Jürgen M. / Demmer, Hildegard, Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim und München

Pelikan, Jürgen M. Krajić, Karl (1993): Gesundheitsförderung im und durch das Krankenhaus, in: Pelikan /Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Pelikan, Jürgen M. Lobnig, Hubert (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung in Krankenhäusern. In: Pelikan /Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Pelikan, Jürgen M. / Lobnig, Hubert / Nowak, Peter (1993): Das Wiener WHO- Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ Konzepte, Strategien und Methoden. In: Pelikan /Demmer Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Perrez, M.(1991): Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In: Perrez & Baumann (Hrsg) Lehrbuch Klinische Psychologie. Bd. 2. Bern

Pilgermair, Peter (1991): Fachbereich: Gesundheitspsychologie. EB Information - Weiterbildung in Tirol. Innsbruck

Presker, Ewald (1991): Gesundheitsbildung als Dienstleistung der Volkshochschule. Dienstleistung Erwachsenenbildung. Wien

Probst, Wilfried (1993): Naturerleben. In: Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Baltmannsweiler

Raapke, H.-D. (1985): Didaktik der Erwachsenenbildung. In: W. Schulenburg (Hrsg.). Stuttgart

Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/85. Stuttgart

Rasfeld-Maruhn, Margret (1993): Gesundheitsförderung an einem Gymnasium im Kontext des Gesunde Städte-Projektes in Essen. In: Pelikan /Demmer /Hurrelmann (Hrsg.) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Raven, Uwe F (1990): Gesundheitserziehung im Rahmen einer strukturgenetischen Sozialisationstheorie. Zur kompetenztheoretischen Rekonstruktion eines Gegenstandsbereiches der Sozialarbeit-Sozialpädagogik, Neue Praxis, 20. (ohne Ortsangabe)

Reckmann, G. (1981): Das sokratische Gespräch. Hannover

Reinicke, Hans (1987): Kommunale Maßnahmen öffentlicher Gesundheitsvorsorge in der Stadt Dortmund. Ein Beispiel für den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik Deutschland. In: Prävention. Köln

Renn, Heinz (1992): Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung - am Beispiel der Suchtprävention. In: Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Reschauer, G./Kälble, K.(1997): Postgraduierte Studiengänge an Universitäten. In: Kälble, K./Troschke J.v.(Hrsg.): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Freiburg

Reschke, K. /Schmidt, H. /Schröder, H. /Schuhmacher, J. (1990): Medizin- und gesundheitspsychologische Forschung. In: Schröder, Harry /Reschke, Konrad (Hrsg.): 15 Jahre Psychologie an der Alma mater Lipsiensis. Leipzig

Retzgen, B. (1992): Gesundheitsförderung durch den ÖGD unter besonderem Aspekt der Förderung des Selbsthilfebereiches, Öffentliches Gesundheitswesen. Stuttgart

Retzgen, Bernd /Schmidt, Waldemar (1989): Gesundheitsbüro - neue Wege im Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Prävention 1/1989, 12.Jahrgang. Köln

Riedmüller, B., (1988): Kommunale Sozialpolitik und Selbsthilfe. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Rittner, Volker (1994): Selbstbehauptung mit dem Körper. Schlankheit, Fitness und Sportlichkeit als Körperideale und neue soziale Zwänge. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Robra, B.-P. (1991): Gesundheitsziele - Chancen für ein ge-/zergliedertes Gesundheitswesen, In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöcke, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.): Public health. Berlin

Röhrle, Bernd (1989): Soziale Stützsysteme: Grundlagen und Möglichkeiten einer ökologisch orientierten Prävention. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.):

Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg, S. 117-127.

Röhrie, Bernd (1989): Zur Rezeption des Konzeptes der sozialen Netzwerke in der Psychologie. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Rosenbrock, Rolf (1993a): Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Rosenbrock, Rolf (1993b): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Rosenbrock, Rolf /Kühn, Hagen / Köhler, Barbara Maria (Hrsg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin

Roth, Patrick (1993): Die Seele braucht Zeit, sonst schrumpft sie. Aktionen zum seelischen Gesundsein, Sozialarbeit 11/1993. (ohne Ortsangabe)

Ruff, Frank M. (1991): Gesundheitsgefährdungen durch Umweltbelastungen. Ein neues Deutungsmuster. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg

Runge, Bernd (1990): Partner in der Gesundheitsbildung. In: Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): Gesundheitsschule VHS - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Sachs-Pfeiffer, Toni (1989): Partizipation: Teilhaben statt Teilnehmen. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Sachverständigenrat Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989/1994): Jahresgutachten. Baden-Baden

Schack, Manfred (1988): Gesundheitswochen im Betrieb. Ein Projekt des AOK-Gesundheitszentrums Langenfeld. In: Prävention 11. Köln

Schaefer, Gerhard (1992): Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern - Eine internationale Vergleichsstudie. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt, S. 50-71.

Schäfer, Gerhard v. /Homfeldt, Hans (1989): Wie lehrt und lernt man Gesundheit. (ohne Ortsangabe)

Schäffter, Ortfried (1994). Zwischen Einheit und Vollständigkeit. Weiterbildungs-organisation - ein lockerverkoppeltes Netzwerk. In: Hagedorn, Friedrich /Jungk, Sabine / Lohmann, Mechthild / Meyer, Heinz H.

(Hrsg.): Anders Arbeiten in Bildung und Kultur. Kooperation und Vernetzung als soziales Kapital. Weinheim und Basel

Scheibler, Dieter / Weinig, Christa (1992): Zwischen allen Stühlen: Konzeptionelles Arbeiten in der Kommunalverwaltung. In: Böhm, Ingrid / Faltermaier, Toni / Flick, Uwe / Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Schenk, Herrad (1994): Die Sehnsucht nach dem privaten Glück. Von der Schwierigkeit, im Zeitalter der lauten Sexualität Intimität zu leben. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Scheuch, Klaus (1991): Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand von Pädagogen. Studie. Berlin

Scheuch, Klaus (1993): Betriebliche Gesundheitsförderung in den neuen Bundesländern. Fundamente, Barrieren, Entwicklungschancen. In: Pelikan / Demmer / Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Schley, Wilfried (1993): Innovation und Selbsterneuerung an Schulen - Anstöße zur Lehrerkooperation und Organisationsentwicklung als systemische Beiträge zur Gesundheitserziehung. In: Pelikan / Demmer / Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Schmidt, Gunter (1992): Gesundheit als Moral - Präventive Medizin als Verhaltenskontrolle. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Schmitz, E. (1984): Erwachsenenbildung als lebensweltbezogener Erkenntnisprozess. Hrsg.: Schmitz, E., Tietgens, H In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Bd. 11. Stuttgart

Schneider, Volker (1992): Gesundheitsförderung. (ohne Ortsangabe)

Schneider-Wohlfahrt, Ursula / Risse-Engels, Elisabeth / Wack, Otto Georg / Wolf, Rainer (1994): Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfahrt (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Schneider-Wohlfahrt, Ursula / Wack, Otto Georg (1993): Auf dem Weg zu einer umweltbezogenen Gesundheitsbildung. In: Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen. Dortmund

Schröder, Harry (1992a): Aufgaben und Probleme der Prävention in den neuen Bundesländern. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln

Schröder, Harry (1992b): Emotionen - Persönlichkeit – Gesundheitsrisiko. In: Psychomed 4/4. München

Schröder, Harry (1992c): Gefühle - Persönlichkeit – Risikofaktoren. Universität Leipzig

Schröder, Harry (Hrsg.) / Reschke, Konrad (Hrsg.) (1992): Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung. Regensburg

Schröder, Harry /Schröder, Christiane (1990): Gesundheit in der Einheit von Persönlichkeits- und Leistungsentwicklung - eine Bestandsaufnahme zu Konzeptbildung und Forschung. In: Schröder, Harry Reschke, Konrad (Hrsg.): 15 Jahre Psychologie an der Alma mater Lipsiensis. Leipzig

Schuller, Marianne (1992): Reproduktionsmedizin und die Reproduktion des Normalen . Eine Fallgeschichte der Gen- und Reproduktionstechnologie. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Schulte-Cloos, Christian (1991): Gesundheitsförderung. Ein Arbeitsfeld für Sozialpädagogen/-arbeiter? In: Hafenecker, Benno /Schirmacher, Gerd (Hrsg.): Zwischen Selbsthilfe und sozialen Diensten: Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Frankfurt a.M.

Schulterobben, Roswitha (1993): Selbsthilfe und Einflussnahme, Veranstaltergemeinschaft (Hrsg.): Niedersächsische Gesundheitstage. Gemeinsam Gesundheit fördern. Osnabrück

Schulze, Christa/ Welters, Ludger (1991): Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg

Schumann, Gabriele (1993): Gesundheit kann man nicht kaufen. In: Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen. Dortmund

Schwane-Heitmann, Barbara (1993): Durch Selbstwahrnehmung zum körpergerechten Handeln im Alltag, Baltmannsweiler. In: Hans Günther (Hrsg.): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. Homfeldt

Schwartz, Friedrich.W. /Babura,B. / Brecht,J.G., /Hofmann,W. /Jäckel,K.-H. /Trojan,A. (1991): Public Health. Texte zum Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin

Schwarzenau, Annette (1993): Gesundheitskonferenz als Instrument der kommunalen Gesundheitsförderung. In: Gesunde Städte Netzwerk: Symposium Gesundheitsförderung auf dem Prüfstand - Was kann sie für gesundheitlich und sozial Benachteiligte leisten? Köln

Schwarzer, Ralf (1990): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen

- Schwarzer, Ralf (1990): Gesundheitspsychologie. Einführung in das Thema. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin
- Schwarzer, Ralph (1992): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen /Toronto /Zürich
- Schwarzer, Ralf /Leppin A. (1990): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten, , Gesundheitspsychologie. Universität Berlin
- Schwendter, Rolf (1992): Zukunftsvisionen einer gesunden Politik. Herausforderungen an die psychosoziale Praxis. In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln
- Schwendter, Rolf. (2000): Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen
- Schwenkmezger, P. (1990): Ärger, Ärgerausdruck und Gesundheit. Gesundheitspsychologie. Universität Berlin
- Seim, Heinz (1990): Gesundheitsbildung an Volkshochschulen, Sperling, Heide (Bearb.): Gesundheit. Band 2. S.143- 162. Oldenburg
- Siebert, H., Dahms, W., Karl, Ch. (1982): Lernen und Lernprobleme in der Erwachsenenbildung. Paderborn
- Siebert, H. (1985): Erwachsenenbildung als Bildungshilfe. Bad Heilbrunn
- Siebert, Horst (1990): Didaktik der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bearb.): Gesundheit. Band 2. Oldenburg
- Siebert, Horst (1990): Zur Professionalität der Erwachsenenbildung - Pädagogische Aufgabe von Mitarbeitern und MitarbeiterInnen in der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bearb.): Gesundheit. Band 2. Oldenburg
- Sievers, Burkard (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München
- Siesina, W. (1990): Gesundheitszirkel - Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. Bremerhaven
- Sonntag, Ute /Belschner, Wilfried (1994): Evaluation des Projektes „Kurs Gesundheits-förderung“ des Landesverbandes der Volkshochschulen Niedersachsens e.V. Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens. Oldenburg
- Sperling, Heide (1990). Methoden in der Gesundheitsbildung. In: Sperling, Heide (Bear.): Gesundheit. Band 2. Oldenburg
- Sperling, Heide (Bear.) (1990): Gesundheit. Zusatzqualifikation. Berufsfelderweiterung für Pädagogen und Pädagoginnen. Oldenburg

Spiegel, Ingrid (1989): Gesundheitsförderung durch Angebote der Erwachsenenbildung. Evaluation der Entwicklungstendenzen bei Volkshochschulen 1986 und 1988 in den Studienregionen der DHP. In: Prävention 12. Köln

Spiegel, Ingrid (1990): Selbsthilfeförderung im ländlichen Raum. Aufbau und Implementation der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen beim Forschungsprojekt Modell Bergen. In: Prävention, 13. Köln

Stadler, Matthias (1992): 1. Melker Gesundheitstag, Die Österreichische Volkshochschule. Österreich

Stahr, Ingeborg (1992): Frauengesundheitsbildung als wissenschaftliche Weiterbildung. Stand und Perspektiven. Empirische Forschung zur Bildung Erwachsener. Frankfurt a.M.

Stahr, Ingeborg /Jungk, Sabine /Schulz, Elke (Hrsg.) (1991). Frauengesundheitsbildung. Grundlagen und Konzepte. Weinheim/München

Stark, Wolfgang (1987): Prävention. Fortschrittsmythos, Allmachtsphantasien, Gefahren und realistische Ansatzpunkte. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Stark, Wolfgang (1989): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg

Stark, Wolfgang (1989): Prävention als Gestaltung von Lebensräumen. Zur Veränderung und notwendigen Reformulierung eines Konzeptes. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Stark, Wolfgang (1991): Prävention und Empowerment, in: Hörmann, Georg /Körner, Wilhelm (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbeck bei Hamburg

Stark, Wolfgang (1992): Gemeindepsychologische Geschichte(n): Zur Bedeutung von Geschichten für eine gemeindepsychologische Perspektive. In: Böhm, Ingrid /Faltermair, Toni /Flick, Uwe /Krause Jacob, Marianne (Hrsg.): Gemeindepsychologisches Handeln. Ein Werkstattbuch. Freiburg

Stark, Wolfgang (1993): Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93. Stuttgart

Stark, Wolfgang/ Bobzien, Monika (1988): Das „Innenleben“ von Selbsthilfegruppen. „Empowerment“ als Selbstverständnis und

Arbeitsprinzip. In: Bauer, Rudolph (Mitverf.): Zurück in die Zukunft. Selbsthilfe und gesellschaftliche Entwicklung. München

Stark, Wolfgang /Hildebrandt, Helmut (1989): Versuche partizipativer Prävention auf kommunaler Ebene: Das „Healthy-Cities“-Projekt der WHO. Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Stemmler, Dieter (Hrsg.) / Nader, Ursula / Neises, Gerd (1992): Marketing im Gesundheits- und Sozialbereich, Einführung und Grundlagen für die Praxis. Bern

Stock,C./Badura,B.(1995) Fördern positive Gefühle die physische Gesundheit? Eine Forschungsnotiz. ZfG 1/95, S. 74-89

Straumann, Ursula E. (1992). Prävention zwischen Individuum, Institution und Gesellschaft. In: Paulus, Peter (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.119-132.

Svoboda, Brigitte (1993): Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. In: Pelikan / Demmer /Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim und München

Tausch, Reinhard (1992). Präventive Förderung der seelisch-körperlichen Gesundheit: Wirksame psychologische Möglichkeiten In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln, S.53-68.

Teegen, Frauke (1992): Ganzheitliche Gesundheit. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Thoß, Elke (1994): „Sexuelle Gesundheit“: Ein neuer Bezugsrahmen. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Tietgens, H. (1986): Erwachsenenbildung als Suchbewegung. Bad Heilbrunn

Tietze, Konrad Wolfgang /Bartholomeyczik, Sabine (1993): Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit. In: Hurrelmann /Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Timm, Wolfgang (1987): Ansätze für ein soziales Gesundheitswesen. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Timmermann, Ute /Kappelhoff, Uschi (1992): Gesundheit in Frauenhand - nur ein Traum? In: Sonntag, Ute /Gerdes, Ursula (Hrsg.): Frau und Gesundheit. Oldenburg.

Tippelt, Rudolf (1999): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Opladen

Trautner, Christoph /Berger, Michael (1993): Medizinische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann /Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Trojan, A. /Deneke, C. /Faltis, M. /Hildebrandt, H. (1991): Gesundheitsförderung durch Selbsthilfegruppen, freie Einrichtungen, Vereine und Initiativen. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Trojan, Alf (1986). Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke in der Gemeinde. Blätter der Wohlfahrtspflege. Stuttgart

Trojan, Alf (1989): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke in der Gemeinde. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Trojan, Alf (1992). Gesundheit fördern statt kontrollieren? Ein kritischer Streifzug durch die Präventionslandschaft. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Trojan, Alf (1993): Ohnmacht kränkt. Empowerment wirkt gesundheitsfördernd - Zur Stärkung der Selbsthilfe und Durchsetzungsfähigkeiten von einzelnen und von Gruppen. Blätter der Wohlfahrtspflege Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 2/93 . Stuttgart

Trojan, Alf /Hildebrandt, Helmut (1989): Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: Stark, Wolfgang (Hrsg): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Freiburg

Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (1992): Zur Zukunft medizinischer und sozialwissenschaftlicher Strategien der Prävention. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

Trojan, Alf /Stumm, Brigitte (Hrsg.) (1992): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. Frankfurt

Troschke, J. v. (1979): Übersicht über die gesundheitspezifischen Methoden. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. den zur Gesundheitserziehung. Bonn

Troschke, J. von /Riemann, K. (1991): Bürgerbefragungen als Beitrag gemeindebezogener Berichterstattung und -planung. In: Schwartz, F. W. /Badura, B. /Brecht J.G. /Hofmann, W. /Jöckel, K.-H. /Trojan, A. (Hrsg.) Public health. Berlin

Troschke, Jürgen von (1989): Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland. In: Labisch, Alfons (Hrsg): Kommunale Gesundheitsförderung - aktuelle Entwicklungen, Konzepte, Perspektiven, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege. Frankfurt a.M.

Troschke, Jürgen von (1993): Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In: Hurrelmann/ Laaser (Hrsg): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Venth, Angela (1987a): Gesundheitsbildung als Chance zur Lebensgestaltung. Pädagogische Arbeitsstelle des DVV(Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt a.M.

Venth, Angela (1987b): Gesundheitsförderung durch Volkshochschulen. Der Rahmenplan Gesundheitsbildung. Zeitschrift für Weiterbildung in Rheinland-Pfalz. Mainz

Venth, Angela (1987c): Zum Verhältnis zwischen Umweltbewußtsein und Gesundheitsbewusstsein in der Erwachsenenbildung. Hessische Blätter für Volksbildung. Frankfurt a.M.

Venth, Angela (1988a): Bildungswissen statt Systemwissen. Überlegungen zum didaktischen Verständnis eines Angebotsbereichs. Volkshochschule im Westen. Dortmund

Venth, Angela (1988b): Gesundheit und Umwelt - Überlegungen zum didaktischen Verständnis eines Angebotsbereiches. Volkshochschule im Westen. Dortmund

Venth, Angela (1988c): Verbraucherbildung als Chance zu mehr Aneignung von Gesundheit. Verbraucherbildung mit Erwachsenen. Frankfurt a.M.

Venth, Angela (1990a): Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Gesundheitsförderung. Der Rahmenplan Gesundheitsbildung an Volkshochschulen und seine Auswirkungen, Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsens (Hrsg.): „Gesundheitschule VHS“ - Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Hannover

Venth, Angela (1990b): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung. Aufschlüsse über die ungewöhnliche Entwicklung eines Angebotsbereichs, Volkshochschule - das kommunale Weiterbildungszentrum. Bonn

Venth, Angela (1991a): Grenzüberschreitungen vom Privaten ins Öffentliche am Beispiel der Gesundheitsbildung. Vom Hinweisscharakter weiblicher Bildungsinteressen und Lebenslagen, Hessische Blätter für Volksbildung. Frankfurt a.M.

Venth, Angela (1992): Zur eigenen Logik von Widerständen gegen Wissen und Bildung. In: Buschmeyer, H. (Bearb.): Sozialwissenschaftliche und pädagogische Beiträge zur ökologischen Bildung. Soest

Venth, Angela (1993): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung, Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen. Dortmund

Venth, Angela (1994a): Gesundheitsbildung als Schlüssel für den gesellschaftlichen Umgang mit der Natur. Ein Thema für Männer und Frauen. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Venth, Angela (1994b): Gesundheitsförderung durch Erwachsenenbildung als Unterstützung von Selbsthilfe - das Konzept der Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. In: (Nakos) (Hrsg.): Selbsthilfegruppen-Unterstützung in Volkshochschulen - Möglichkeiten und Chancen. Fachtagung der NAKOS in Kooperation mit der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV. Berlin

Venth, Angela (Hrsg.) (1987): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Verres, Rolf (1992): Die Lust am Risiko - Gedanken zu einer lebensnahen Gesundheitspsychologie. In: Trojan, Alf / Stumm, Brigitte (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt a.M.

VHS-Handbücher für Kursleiter, (1999-2000): Ernst Klett Verlag. Stuttgart

Vogel, Ernst (1990): Fortbildungsveranstaltungen in Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung für Erzieherinnen aus Kindergärten . Köln

Vogel, Klaus, Kütemeyer, Mechthilde, Gronemeyer, Marianne (1993): Der gläserne Mensch oder die Wiederbelebung der Körper. Frankfurt

Vogt, Irmgard (1993): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann /Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim und Basel

Voigt, Ulla (1987): Gesundheitsforen, Pädagogische Arbeitsstelle des DVV(Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst. Frankfurt a.M.

Voigt, Ulla (1988): Das „healthy cities“ -Projekt und die Volkshochschulen, Volkshochschule im Westen. Dortmund

Volkshochschule Köln (1993): Der Fachbereich Gesundheitsvorsorge an der Volkshochschule Köln. Informationen Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen. Dortmund

Volkshochschulverband Baden-Württemberg (Hrsg.) (1988): Gesundheitsbildung im Seniorenprogramm. Stuttgart

Volkshochschulverband Baden-Württemberg (Hrsg.) (1990): Integrative Angebote in der Gesundheitsbildung. Stuttgart

Volrad-Deneke, J.Fua (1985): Aktuelle Fragen der Sozialmedizin. Bochum

Von Schlippe, A./Schweitzer, J. (1998): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen

Waller, Heiko (1992): Neuorientierung psychosozialer Dienste für Gesundheitsförderung? In: Paulus, Peter (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln

Walschburger, P. (1990): Biopsychologische Aspekte der Gesundheit, Gesundheits- psychologie. Universität Berlin

Wasem J, Günther B, (1998): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Eine Bestandsaufnahme. Neuss 1998

Weber, H. (1990): Emotionenbewältigung. Gesundheitspsychologie. Berlin

Wendt, Wolf Rainer (1994): Lebenssituation, soziale Bewältigung und Gesundheit: Der soziosomatische Zusammenhang. In: Göpel, Eberhard / Schneider-Wohlfart (Hrsg.): Provokationen zur Gesundheit. Frankfurt a.M.

Wenzel, Eberhard (1987): Risikoverhalten. Einige Bemerkungen zu einem alltäglichen Phänomen. In: Venth, Angela (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn/Obb.

Wenzel, Eberhard (1990): Gemeindeorientierung und Gesundheitserziehung. Soziale Kontrolle über das „richtige Leben“, Psychosozial 12.Jg. Heft 11 (Nr.42). (ohne Ortsangabe)

Wenzel, Peter (1989): Ein unzertrennliches Paar: Umweltschutz und Gesundheitsfürsorge. In: Bildungsmarkt 5. Hamburg

Wiedemann, Peter M. (1989): Alfred Schütz: Lebensweltansatz als Ausgangspunkt für eine historische Psychologie. In: Kardorff, Ernst v. (Hrsg.): Zwischen Netzwerk und Lebenswelt. Soziale Unterstützung im Wandel. München

Wilke, Stefanie /Grande, Tilman (1991): Krankheitskonzepte als Verhandlungsgegenstand. In: Flick, Uwe (Hrsg): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Heidelberg

Wilm, Stefan / Auguststein, Angelika /Jork, Klaus (1990): Gemeindegetragene Gesundheitsförderung im Alltag. Langen lebt gesund. (ohne Ortsangabe)

Windaus-Walser, Karin (1991): Geschlechtsneutralität und Entsubjektivierung des Weiblichen in der sozialen Arbeit. In: Hafenerger,

Benno /Schirmacher, Gerd (Hrsg.): Zwischen Selbsthilfe und sozialen Diensten. Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit. Frankfurt a.M.

Wintersberger, Barbara (1990a): Jugend und Gesundheit in Europa. Erwachsenenbildung in Österreich. Österreich

Wintersberger, Barbara (1990b): Weiterentwicklung der Gesundheitsbildung. Das WHO-Konzept der Gesundheitsförderung, Die Österreichische Volkshochschule. Österreich

Wittpoth, Jürgen (1987a): Gesundheitsbildung: Alles hängt irgendwie mit allem zusammen. Volkshochschule im Westen. Dortmund

Wittpoth, Jürgen (1987b): Mit neuen Leitbildern gegen überflüssige Gebrechen. Zum Selbstverständnis von hauptberuflichen pädagogischen Mitarbeitern (HPM) in der Gesundheitsbildung. Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung. (ohne Ortsangabe)

Ziehe, T., Stubenrauch, H. (1982): Plädoyer für ungewöhnliches Lernen. Hamburg

Zimmermann,R. (1996): Symbolisation und Vermarktung von Gesundheit. In: GesundheitsAkademie Bremen/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, NRW (Hrsg.): Neue Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu aktuellen Themen aus der Gesundheitsförderung und -bildung. Frankfurt a.M.